

**ПРИВАТНЕ АКЦІОНЕРНЕ ТОВАРИСТВО
«ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МІЖРЕГІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ»**

Кафедра _____

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ
Завідувач кафедри

« ____ » _____ 202_р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

за темою: **Взаємозв'язок соціального інтелекту та рівня конфліктності у
медичних працівників під час війни**

Студентки Топокової Тетяни Володимирівни
курсу II
групи ТУкв-8-24-М1ПС(1.6зс)
спеціальності 053 «Психологія»
Керівник к.псих.н., доцент
Срібна О.В.

Оцінка:

Національна шкала _____
Кількість балів: _____ ECTS _____

Члени комісії _____

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

(підпис)

(прізвище та ініціали)

м. Київ 2026 рік

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ВОЄННИХ УМОВАХ: КОНФЛІКТОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ.....	10
1.1. Визначення соціального інтелекту та його складових у науковій літературі	10
1.2. Роль соціального інтелекту у професійній діяльності медичних працівників	21
1.3. Чинники прояву конфліктності у медичних працівників в умовах війни.....	29
1.4. Вплив соціального інтелекту на конфліктні ситуації в медичній практиці	35
Висновки до розділу 1.....	40
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА КОНФЛІКТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	42
2.1. Організаційні засади дослідження та характеристика обраних методик	42
2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження.....	55
Висновки до розділу 2.....	75
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ЗАСІБ ЗНИЖЕННЯ КОНФЛІКТНОСТІ	80
3.1. Методика реалізації формувального етапу дослідження	80
3.2. Результативність формувального етапу та її аналіз.....	98
Висновки до розділу 3.....	106
ВИСНОВКИ.....	110
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	114
ДОДАТКИ.....	122

ВСТУП

Актуальність дослідження специфіки соціального інтелекту в когорті медичного персоналу в контексті військових дій детермінується низкою пріоритетних аспектів. Сучасний глобальний простір постійно зіштовхується з багаточисельними військовими колізіями, які неминуче спричиняють не лише масштабні деструктивні наслідки та незворотні людські втрати, але й генерують величезну кількість постраждалих осіб. В подібних екстремальних обставинах значущість медичних фахівців набуває критичного характеру, оскільки саме на них покладається відповідальність за оперативне надання кваліфікованої допомоги особам із пораненнями та травматичними ушкодженнями. Медичні працівники, особливо функціонуючи в умовах бойових дій, піддаються значному психоемоційному навантаженню. Необхідність прийняття миттєвих рішень, безперервне функціонування в надзвичайних умовах, а також перманентна конфронтація з феноменом летальності — сукупність цих чинників становить серйозне випробування для їхнього рівня розвитку соціального інтелекту. В атмосфері підвищеного стресу та хронічної напруженості міжособистісні взаємини між колегами можуть схилитися до конфліктності. Глибинне розуміння особливостей соціального інтелекту сприятиме ідентифікації детермінант, які провокують конфліктні інциденти, а також подальшій розробці превентивних стратегій для їхнього уникнення.

У сучасній світовій парадигмі, що перебуває під впливом багатовекторних соціокультурних, політичних та економічних детермінант, пріоритетність осмислення специфіки соціального інтелекту набуває безумовної очевидності. Соціальний інтелект може бути верифікований як комплексна компетенція суб'єкта, що охоплює здатність до адекватного сприйняття, глибинного розуміння та ефективного регулювання міжособистісних взаємин і комунікативної взаємодії у соціальному середовищі. У сфері професійної

діяльності, зокрема в медичній галузі, ця зазначена здібність визнається критично значущою.

Медичний персонал перманентно перебуває на передовій лінії взаємодії з глибинними людськими емоціями, психологічними травмами та міжособистісними конфліктами. Особливо значні випробування для їхньої професійної компетентності та психоемоційної резилієнтності (стійкості) генерує військовий контекст. В обставинах бойових дій, де об'єктивна реальність насичена стресогенними чинниками, травматичним досвідом та непередбачуваністю, спроможність до соціальної перцепції, емпатії та конструктивної реакції на конфліктні інциденти детермінує не лише рівень професійної ефективності медичного фахівця, але й його психологічне благополуччя.

Дане магістерське дослідження сфокусоване на емпіричному вивченні специфіки соціального інтелекту в когорті медичних працівників, які здійснюють професійну діяльність в умовах війни, з акцентуванням на його ключовій ролі у виникненні конфліктних ситуацій.

Теоретичне підґрунтя дослідження базується на наукових напрацюваннях провідних вчених, які досліджували феномен соціального інтелекту. Серед вітчизняних науковців слід виокремити С. Дерев'янка, Н. Ковригу, Л. Колісника, Є. Носенка, М. Смульсон, а серед зарубіжних — Р. Бар-Она, Д. Гоулмана, Д. Карузо, Д. Люсіна, Дж. Мейера, П. Селовея.

Об'єкт дослідження: феномен конфліктності медичного персоналу, який здійснює професійну діяльність в екстремальних умовах військового часу.

Предмет дослідження: специфіка впливу соціального інтелекту на генезис та прояви конфліктних взаємин у професійному середовищі медичних фахівців в умовах воєнної агресії (воєнного стану).

Мета дослідження: емпіричне встановлення кореляційного взаємозв'язку між показниками соціального інтелекту та рівнем конфліктної поведінки в когорті медичного персоналу в умовах військового конфлікту, а також

виявлення якісних особливостей детермінуючого впливу соціального інтелекту на формування проявів конфліктності.

Гіпотеза дослідження: висувається припущення, що існує обернено пропорційний зв'язок між рівнем сформованості соціального інтелекту медичних працівників в умовах війни та їхньою схильністю до конфліктності. Зокрема, передбачається, що високі показники соціального інтелекту сприяють мінімізації деструктивної конфліктної поведінки та підвищенню ефективності подолання напружених професійних ситуацій. Відповідно, недостатній рівень соціального інтелекту може слугувати чинником зростання інтенсивності конфліктних інцидентів серед медичного персоналу в умовах воєнного стану.

На основі мети дослідження (встановлення кореляційного зв'язку між соціальним інтелектом та конфліктністю) та предмета (роль соціального інтелекту у виникненні конфліктів) визначаються **наступні завдання:**

- 1) Проаналізувати та систематизувати основні теоретичні підходи до визначення сутнісних характеристик поняття "соціальний інтелект", окреслити його структурні компоненти та функціональну значущість у контексті психології;
- 2) Здійснити теоретичний аналіз та обґрунтувати критичну роль соціального інтелекту у забезпеченні ефективності професійної діяльності медичного персоналу, особливо в екстремальних умовах;
- 3) Виокремити та обґрунтувати провідні соціально-психологічні чинники, що детермінують прояви конфліктної поведінки серед медичних працівників в умовах бойових дій (воєнного стану);
- 4) Діагностувати та емпірично дослідити рівень сформованості соціального інтелекту та показники конфліктності у вибірці медичних працівників, які працюють в умовах війни;
- 5) Встановити та інтерпретувати кореляційний взаємозв'язок між рівнем соціального інтелекту та інтенсивністю проявів конфліктних ситуацій у практичній діяльності медичного персоналу.

Методи дослідження. На теоретичному рівні для всебічного вивчення обраної проблематики застосовувалися такі методи, як аналіз і синтез наукової літератури, що дозволило розкрити сутність соціального інтелекту та конфліктності. Також використовувалися систематизація та узагальнення теоретичних положень для формування концептуальної моделі дослідження та формулювання висновків.

Для збору емпіричних даних та діагностики досліджуваних психологічних змінних було використано комплекс психодіагностичних методик:

Опитувальник К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації», призначений для виявлення пріоритетних стратегій реагування на конфлікти (суперництво, співробітництво, компроміс, уникнення, пристосування).

Методика дослідження соціального інтелекту Дж. Гілфорда і М. Саллівена як базовий інструмент для виміру здатності розуміти інформацію соціального характеру та прогнозувати поведінку.

Тест Соціального Інтелекту Джорджа Вашінгтона .

Шкала виміру Соціального інтелекту Тромсе (TSIS), використані для поглибленої оцінки специфічних компонентів соціального інтелекту.

Тест-опитувальник соціально-комунікативної компетентності, що визначає практичну спроможність до ефективної взаємодії та спілкування.

Статистико-математичні методи: для кількісної обробки та інтерпретації отриманих емпіричних даних використовувався кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта лінійної кореляції Пірсона (r). Цей метод дозволить встановити спрямованість та інтенсивність зв'язку між рівнем соціального інтелекту та показниками конфліктності (що відповідає поставленій меті).

Емпірична База Дослідження. Експериментальну вибірку дослідження склав медичний персонал Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради». Загальний обсяг

вибірки становить 31 особу, включаючи 14 чоловіків та 17 жінок. Дана вибірка є релевантною предмету дослідження, оскільки охоплює медичних працівників, які здійснюють професійну діяльність в умовах воєнного часу.

Наукова новизна дослідження полягає у: вперше виявлено та емпірично обґрунтовано специфічні детермінанти прояву деструктивної конфліктності у професійному середовищі медичних працівників, які функціонують в умовах широкомасштабного військового конфлікту; теоретично обґрунтовано та доведено ключову роль соціального інтелекту як психологічного ресурсу для ефективної регуляції поведінки у напружених та конфліктних ситуаціях, а також як вагомого чинника мінімізації рівня конфліктності в медичному колективі в умовах воєнного стану; розроблено та запропоновано комплексні практичні рекомендації, спрямовані на цільовий розвиток соціального інтелекту, що має на меті суттєве підвищення ефективності професійної взаємодії та превенцію міжособистісних конфліктів у медичних установах.

Теоретична значущість дослідження полягає у внесенні внеску у розвиток психологічної науки, зокрема: у поглибленні наукових уявлень щодо кореляційного взаємозв'язку між рівнем соціального інтелекту та тенденцією до конфліктності у професійній діяльності медичних працівників; в уточненні структурно-функціональних компонентів соціального інтелекту в нетипових та екстремальних умовах воєнного часу, що розширює розуміння цього феномену; у виявленні та науковому поясненні специфічних соціально-психологічних чинників, які детермінують та посилюють конфліктність у медичному середовищі, підтверджуючи або коригуючи існуючі теоретичні моделі.

Практична значущість результатів дослідження має вагоме прикладне значення і полягає у: наданні емпіричного підґрунтя для розробки та подальшої імплементації цільових корекційно-розвивальних програм, спрямованих на підвищення рівня соціального інтелекту медичного персоналу; створенні умов для суттєвого зниження деструктивних проявів конфліктності, підвищення ефективності професійної міжособистісної взаємодії та оптимізації

психологічного клімату в медичних колективах, які функціонують в екстремальних умовах військового часу; можливості використання отриманих діагностичних даних і практичних рекомендацій у роботі психологічних служб та кадрових підрозділів закладів охорони здоров'я.

Структура роботи. Магістерська робота характеризується логічною структурою, яка повністю відповідає вимогам до наукових кваліфікаційних праць. Вона складається з вступу, де обґрунтовано актуальність, визначено мету, завдання, об'єкт, предмет, гіпотезу та методи дослідження; трьох основних розділів, що розкривають теоретичні засади та аналізують емпіричні результати висновків до кожного розділу та загальних висновків, де узагальнено ключові результати роботи; списку використаної літератури, що налічує 74 найменування, з яких 4 джерела подано іноземними мовами. Загальний обсяг роботи становить 121 сторінку, при цьому основний зміст викладено на 92 сторінках. Робота ілюстрована 3 таблицями та 7 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СОЦІАЛЬНИЙ ІНТЕЛЕКТ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ У ВОЄННИХ УМОВАХ: КОНФЛІКТОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТ

1.1. Визначення соціального інтелекту та його складових у науковій літературі

Соціальний інтелект трактується як комплексна інтегративна спроможність особистості до продуктивної міжособистісної взаємодії, що включає в себе ефективне сприйняття, глибинний аналіз та адекватне реагування на широкий спектр соціальних стимулів.

В контексті військових дій, де медичні фахівці постійно зіштовхуються з динамічними, непрогнозованими та високостресовими ситуаціями, функціональна значущість соціального інтелекту набуває критичного характеру. Даний підрозділ присвячений критичному огляду фундаментальних теорій та концепцій соціального інтелекту, детальному висвітленню його структурних складових та механізмів онтогенетичного (формування) розвитку. Пріоритетна увага зосереджується на аналізі модифікуючого впливу військового контексту на рівень та специфіку прояву соціального інтелекту, що безпосередньо корелює з інтенсивністю конфліктності міжособистісних взаємин медичних працівників. Підсумовуючи зміст цього розділу, буде окреслено основні вектори подальших досліджень та сформульовано ключові дослідницькі питання, на розв'язання яких буде спрямовано наступний етап наукової роботи.

Соціальний інтелект корелює з глибинною обізнаністю щодо соціальних норм, цінностей та групових очікувань того соціокультурного середовища, в якому функціонує індивід. Ця компетенція передбачає спроможність до тонкої перцепції соціальних відтінків (таких як іронія чи сарказм), диференціації автентичності інформації від маніпулятивного спотворення (обману), а також

забезпечення адекватного реагування на соціальні сигнали оточуючих. Крім того, соціальний інтелект пов'язаний із соціальною креативністю, тобто здатністю генерувати інноваційні моделі взаємодії та забезпечувати успішну адаптацію до нових соціальних сценаріїв.

Специфіка професійної діяльності медичного персоналу в умовах військового конфлікту зумовлює особливі випробування для їхнього соціального інтелекту. Фахівці вимушені оперативно адаптуватися до перманентної трансформації соціальних ролей, здійснювати ефективну взаємодію з пацієнтами в екстремальних умовах, а також запобігати виникненню деструктивних конфліктів у командній роботі під час виконання критично важливих завдань. У зазначеному контексті глибинне усвідомлення власних соціальних емоцій, а також прояв емпатії до інших суб'єктів перетворюються на ключові детермінанти, що визначають успішність професійної діяльності.

Усвідомлення пріоритетної значущості глибинної соціальної перцепції та продуктивної міжособистісної взаємодії у сучасній суспільній динаміці спровокувало зростання наукової зацікавленості до феномену соціального інтелекту. Незважаючи на те, що значна кількість науковців присвятила свої дослідження проблематиці соціального інтелекту, дана категорія залишається об'єктом активних наукових дебатів.

До сьогодні в психологічній науці відсутнє уніфіковане та консенсусне трактування терміна «соціальний інтелект», незважаючи на його інтенсивне застосування в різноманітних галузях цієї дисципліни. Слід зазначити, що, відповідно до лексикографічних джерел (зокрема, словника іноземних слів під редакцією Н.Г. Комлева), генезис терміна «інтелект» походить від латинського слова «intellectus», що семантично трансформується як «розуміння», «знання» та «розум».

Історично категорія "інтелект" бере свій початок у філософських доктринах античного світу. Як зазначав О.А. Алексапольський, термін «інтелект» був вперше введений до наукового обігу Марком Туллієм

Цицероном, який виводив його з латинського кореня «intelligentia», що семантично означає «спроможність до розуміння».

Також дослідник підкреслював, що вже в першоджерелах Арістотеля та Платона інтелект розглядався як окрема категорія, де проводилася чітка диференціація між «розумом», «здоровим глуздом» та «розсудливістю». Платон, зокрема, визначав інтелект як специфічну спроможність мислення, відокремлюючи його від інших психічних феноменів, таких як емоційні переживання (почуття) чи інтуїтивне пізнання.

Згідно з концепцією М.К. Акімової, наукове оформлення поняття «інтелект» відбулося у ХІХ столітті завдяки впровадженню його Френсісом Гальтоном. Гальтон обстоював тезу, що фундамент усіх інтелектуальних здібностей базується на генетичних чинниках, тоді як вплив освіти та соціального середовища має лише допоміжне значення. Ця концепція на тривалий часовий період визначила вектор наукових розробок у даній сфері.

Спочатку термін «інтелект» асоціювався винятково з раціонально-логічними процесами мислення, однак на сучасному етапі ця категорія трактується як загальна інтегративна система, що охоплює всі пізнавальні (когнітивні) процеси в цілому.

На сучасному етапі наукового прогресу категорія інтелекту трактується як одна з найбільш глибоких та багатоаспектних когнітивних компетенцій індивіда. Варто підкреслити, що спроби формулювання однозначного та чіткого трактування поняття «інтелект» і досягнення консенсусу з цього питання незмінно зустрічають значні методологічні труднощі [25,с.12-34].

Що стосується феномену соціального інтелекту, то в науковому середовищі спостерігається численність його інтерпретацій. У генералізованих термінах соціальний інтелект визначається як спроможність до коректної перцепції та інтерпретації поведінкових актів та інтенцій (намірів) інших суб'єктів, що забезпечує продуктивну комунікацію та успішну соціальну адаптацію. Критично важливим завданням особистісного розвитку виступає

набуття релевантних навичок взаємодії з оточуючим середовищем. Акцентується, що соціальний інтелект залишається актуальною проблематикою в сучасній психології, яка підлягає інтенсивному дослідженню та ґрунтовному аналізу [70, с. 282].

Згідно з концепцією Р. Стернберга, соціальний інтелект розглядається як комплексна спроможність до ефективної міжособистісної взаємодії, що охоплює перцепцію переживань та емоційних станів інших індивідів, глибинне розуміння мотиваційної сфери їхніх вчинків, а також здатність до емпатії [74, с. 197-198]. Огюст Конт та Ганс Айзенк акцентували увагу на соціально орієнтованих аспектах інтелекту. Зокрема, Г.Ю. Айзенк, спираючись на філософські ідеї О. Конта, інтерпретував соціальний інтелект як механізм перцепції та осягнення інших суб'єктів, а також як компетенцію бачити соціальну ситуацію з перспективи іншої особи [1, с. 11-13].

Відповідно до наукової позиції Д.В. Люсіна, виокремлюють три ключові методологічні підходи до трактування феномену соціального інтелекту:

1. Соціальний інтелект розглядається як автономний тип інтелекту, що порівнюється з іншими його видами (наприклад, математичним чи вербальним).
2. Трактування соціального інтелекту як сукупності знань, умінь та навичок, що формуються в процесі соціалізації.
3. Визначення соціального інтелекту як стабільної риси особистості, яка детермінує успішність у міжособистісних взаєминах [40, с. 49-51].

Наукові джерела свідчать, що термін «соціальний інтелект» був уперше інтегрований в науковий обіг Е. Торндайком у 1920 році. Згідно з трактуванням Е. Торндайка, соціальний інтелект визначається як автономна від загального інтелекту спроможність до адекватної та ефективної взаємодії у соціальному контексті [48, с. 116-118].

На думку В.М. Куніциної, подальший вектор наукових розробок у сфері соціального інтелекту був переважно спрямований на уточнення його концептуального змісту. Наприклад, у 1937 році Г. Олпорт розглядав соціальний

інтелект як специфічну здатність до глибинного розуміння інших індивідів, прогнозування їхніх поведінкових актів та успішної адаптації до різноманітних соціальних ситуацій. Для Олпорта соціальний інтелект виступав дієвою здібністю, що інкорпорується до комплексу особистісних якостей і сприяє більш повному осягненню оточуючого середовища [48, с. 120].

У дослідженнях Ж. Годфруа акцентується на позиції, що соціальний інтелект може бути прирівняний до соціальної перцепції або соціальної логіки. Таке дуалістичне (розділене) сприйняття обох концепцій у психології є результатом їхнього автономного вивчення у різних галузях наукового знання [42, с. 324-326].

В свою чергу, Н.В. Баблюян посилається на трактування В. Штерна, де соціальний інтелект розглядається як адаптаційний механізм, що реалізується через психічну реакцію на соціальний об'єкт, у якій ключову роль відіграє свідомо або підсвідомо рефлексія [18, с. 17].

У 80-х роках ХХ століття започатковано нові методологічні підходи до вивчення соціального інтелекту. Д. Кітінг (D. Keating) запропонував діагностичний інструментарій для вимірювання морального та етичного мислення індивіда. М. Форд та М. Тісак (M. Ford and M. Tisak) у 1983 році акцентували пріоритетну увагу на важливості ефективного розв'язання соціальних проблем для функціонування соціального інтелекту. Вони інтерпретували соціальний інтелект як сукупність специфічних когнітивних здібностей, орієнтованих на комплексну обробку соціальних даних.

В.М. Куніцина зазначає, що у міжнародному психологічному дискурсі існує значне розмаїття підходів до соціального інтелекту. Наприклад, у наукових працях Н. Кентора (N. Cantor) фокус уваги зміщується на когнітивні стилі. Він прирівнює соціальний інтелект до когнітивної компетентності, аргументуючи це тим, що саме ця компетентність дозволяє індивіду оптимально сприймати соціальне оточення відповідно до власних потреб [34, с. 85].

У світлі наявної наукової дискусії серед фахівців з приводу визначення категорії «соціальний інтелект», стає очевидним, що сучасна психологічна наука перманентно здійснює пошук консенсусних відповідей на питання цієї проблематики. Існує обґрунтоване сподівання, що новітні методики дослідження сприятимуть глибшому осягненню сутнісних характеристик цього поняття — чи є воно лише узгодженим конструктом, чи справжнім психологічним феноменом, який відкриває для особистості можливості сприйняття світу в його багатогранності та різноманітності.

Резюмуючи викладені теоретичні положення, доцільно сформулювати авторське визначення соціального інтелекту наступним чином: Соціальний інтелект — це комплекс інтегрованих психічних механізмів, що надають індивіду змогу адекватно аналізувати соціальні ситуації, приймати обґрунтовані рішення та здійснювати відповідні поведінкові акти згідно з мінливими умовами оточуючого середовища. Ця унікальна інтелектуальна спроможність координує та спрямовує пізнавальні (когнітивні) акти, орієнтовані на осмислення соціальних взаємин, та детермінує ефективність соціальної адаптації особистості в соціумі. Соціальний інтелект являє собою багатовимірний конструкт, який інкорпорує в себе численні структурні компоненти, що забезпечують ефективну інтеграцію особистості з соціальним оточенням. Серед основних елементів виокремлюють: здатність особи розпізнавати та глибинно розуміти мотиваційну сферу інших суб'єктів, спрямованість на успішне пристосування до різноманітних соціальних умов, забезпечення аналізу та прогнозування поведінки на основі соціальної інформації, процес набуття релевантного досвіду в міжособистісних взаєминах, відповідальність за адекватну емоційну реакцію на соціальні події та спроможність до емпатії (співчуття), стимулювання пошуку інноваційних рішень у соціальних контекстах. Сукупність цих компонентів функціонує в гармонійній взаємодії, формуючи цілісний соціальний інтелект, який слугує інструментом для продуктивної взаємодії з навколишнім світом. Взаємозалежність цих елементів підтверджується значною кількістю емпіричних

досліджень, які демонструють, що успішність міжособистісних взаємин та адаптивність у соціумі детермінуються гармонійним поєднанням усіх зазначених складових.

Проте, слід зазначити, що рівень сформованості кожного із зазначених компонентів соціального інтелекту може суттєво варіюватися залежно від індивідуально-психологічних особливостей особистості, накопиченого життєвого досвіду, а також культурного та соціального контексту.

Як приклад, індивід, який формувався в умовах інтенсивної соціальної взаємодії, демонструватиме високий рівень соціальної перцепції та адаптивності, тоді як особа, вихована в умовах соціальної ізоляції, може мати більш розвинене соціальне раціонування, що зумовлено перманентною потребою в аналізі та прогнозуванні поведінки інших.

Особливу увагу варто приділяти тому, що соціальний інтелект виступає динамічною категорією, здатною до розвитку та модифікації протягом усього життєвого циклу. Системна освіта, цілеспрямована самоосвіта, психотерапевтичні інтервенції, тренінги міжособистісних навичок та накопичення релевантного соціального досвіду — сукупність цих чинників сприяє підвищенню рівня соціального інтелекту і, відповідно, покращенню якості міжособистісних взаємин та загальній адаптивності особистості до зовнішнього середовища [28, с. 60-62].

У кінцевому підсумку, соціальний інтелект виконує ключову функцію у життєдіяльності індивіда, детермінуючи якість міжособистісної взаємодії, спроможність адекватно реагувати на соціальні виклики та успішно реалізовувати власний потенціал у соціальному середовищі.

Проводячи глибинний аналіз, доцільно виокремити додаткові аспекти, які інтегративно взаємодіють з основними структурними компонентами соціального інтелекту:

- Соціальна інтуїція. Цей невід'ємний компонент надає індивіду змогу миттєво, навіть без ґрунтового когнітивного аналізу, сприймати динаміку соціальної

ситуації або емоційний стан співрозмовника. Вона відіграє критично важливу роль у неформальних соціальних взаємодіях, де оперативні рішення часто базуються на інтуїтивних відчуттях.

- Соціальна пластичність. Забезпечує спроможність особистості до гнучкої адаптації в різноманітних соціальних ситуаціях, швидко модифікуючи стратегії поведінки відповідно до контексту. Ця компетенція набуває особливої значущості у сучасному динамічному світі, де темп соціальних трансформацій є надзвичайно високим.

- Соціальна рефлексія. Передбачає здатність особи до самоаналізу власних поведінкових актів та дій у соціальному контексті, критичне осмислення помилок і досягнень з метою подальшого розвитку та удосконалення соціальних навичок.

- Соціальна мотивація. Виступає рушійною силою (детермінантою), яка стимулює індивіда до активної участі в міжособистісних взаємодіях, пошуку нових соціальних зв'язків та взаємин з іншими суб'єктами.

З практичної точки зору, свідоме усвідомлення та цілеспрямований розвиток компонентів соціального інтелекту здатні суттєво покращити якість життя особистості, сприяючи її соціальному зростанню, професійній самореалізації та особистісним досягненням.

Дослідження феномену соціального інтелекту відкриває нові методологічні горизонти для психології, поглиблюючи наше розуміння механізмів та детермінант міжособистісної взаємодії [62, с. 98; 63, с. 621-623].

Серед основних функціональних аспектів соціального інтелекту виокремлюють:

- Соціальне прогнозування. Цей провідний аспект соціального інтелекту надає індивіду змогу передбачати імовірні результати власних дій у міжособистісних взаєминах, а також прогнозувати реакції інших суб'єктів на ці дії. Завдяки цій спроможності, особа може стратегічно планувати свою поведінку для досягнення оптимального результату у соціальній взаємодії.

- Соціальна емпатія. Включає здатність до ідентифікації та глибинного розуміння емоційних станів інших людей, а також активне співпереживання їм. Даний компонент є критично значущим для побудови стійких та змістовних відносин, а також для ефективної комунікації в складних психоемоційних обставинах.
- Соціальна регуляція. Полягає в майстерності управління власними емоціями та поведінковими реакціями у соціальному контексті. Зокрема, це проявляється у спроможності демонструвати самоконтроль у конфліктних ситуаціях, адаптивно реагувати на провокації та зберігати гармонію у взаєминах.
- Соціальне навчання. Виконує ключову роль у динаміці розвитку соціального інтелекту. Це перманентний процес, під час якого особистість засвоює нові соціальні навички, коригує своє ставлення до інших та модифікує власну поведінку відповідно до набутого соціального досвіду.

Таким чином, детальний розгляд структурних компонентів та ключових функцій соціального інтелекту надає змогу глибинно осягнути механізми, за допомогою яких індивіди здійснюють перцепцію, комплексний аналіз та адекватне реагування на соціальне середовище. Отримані теоретичні знання можуть бути імплементовані з метою підвищення якості міжособистісних взаємин, оптимізації комунікаційних процесів та зростання ефективності соціальної взаємодії в цілому.

Соціальний інтелект інкорпорує в себе низку ключових складових, які забезпечують продуктивну міжособистісну взаємодію та сприяють успішній соціальній адаптації індивіда [41, с. 210-212]:

- Соціальна перцепція (сприйняття). Визначається як спроможність до розпізнавання інформації про інших суб'єктів, їхні установки (ставлення), емоційні стани та потреби. Цей компонент надає змогу усвідомлювати та аналізувати соціальну ситуацію.

- Соціальна чуйність (сенситивність). Являє собою здатність відчувати емоційний стан оточуючих та глибинно розуміти їхні почуття й переживання. Це сприяє формуванню соціальної спільності та взаєморозуміння.
- Соціальна комунікація (спілкування). Тракується як майстерність ефективної комунікативної взаємодії з іншими людьми, що включає навички активного слухання, артикуляції власних думок та ідей, а також ефективне ведення діалогу та конструктивне розв'язання конфліктів.
- Соціальний контроль (регуляція). Полягає у спроможності регулювати власну поведінку та емоційні реакції у соціальних ситуаціях. Це охоплює навички керування емоціями, демонстрацію адекватної та конструктивної поведінки в різноманітних обставинах.
- Соціальна компетентність. Виступає загальною інтегративною спроможністю до ефективної взаємодії з іншими, включаючи здатність вирішувати конфліктні ситуації, співпрацювати в команді, розв'язувати спільні проблеми та досягати загальних цілей.
- Соціальна адаптивність. Це здатність до пластичного пристосування до різноманітних соціальних ситуацій та соціокультурних середовищ, включаючи нові обставини та культурні контексти.
- Соціальне навчання. Представляє собою перманентний процес набуття нових знань та відповідних навичок у сфері соціальної взаємодії та комунікації.

Соціальний інтелект виступає провідним елементом ефективної комунікації та продуктивної взаємодії у суспільстві. Це інтегративна спроможність особистості до ідентифікації, осягнення та управління міжособистісними ситуаціями, прогнозування поведінки інших суб'єктів та адекватного реагування на її трансформації. Соціальний інтелект інкорпорує в себе глибинне розуміння міжособистісних взаємин, майстерність адаптації до різноманітних соціальних контекстів, спроможність до перцепції та інтерпретації інформації про оточуючих, а також вміння конструктивно розв'язувати проблеми у міжособистісних взаємодіях. Залежно від специфіки

контексту та поставлених перед індивідом завдань, доцільно диференціювати низку видів соціального інтелекту, таких як: практичний, теоретичний, емоційний та стратегічний. Кожен із зазначених видів відповідає за конкретний аспект комунікації та взаємодії з оточенням. Дана спроможність є комбінацією природних (уроджених) диспозицій та соціального досвіду, набутого в процесі життєдіяльності, освіти та взаємодії з різними суб'єктами [58, с. 346-348].

Практичний соціальний інтелект визначається як спроможність індивіда до пластичної адаптації у різноманітних соціальних ситуаціях, ефективної взаємодії з широким колом суб'єктів та оперативного розв'язання міжособистісних проблем у реальному часі. Цей вид інкорпорує перцепцію та інтерпретацію інформації, отриманої з оточення, а також адекватне поведінкове реагування на неї.

Теоретичний соціальний інтелект охоплює сукупність знань та глибинне розуміння соціальних норм, правил та динаміки функціонування соціальних груп. Особа з високим рівнем такого інтелекту здатна аналітично осмислювати соціальні ситуації, прогнозувати поведінку інших та формувати фундаментальне розуміння соціальних процесів.

Емоційний соціальний інтелект стосується компетенції розпізнавання, осягнення та регуляції власних та чужих емоційних станів. Це критично важлива спроможність для формування емпатії, співчуття та побудови глибоких міжособистісних зв'язків.

Стратегічний соціальний інтелект включає спроможність до планування та цільового використання соціальної інформації для досягнення конкретних цілей. Цей аспект може бути пов'язаний з лідерством, переконуванням (персуазією) або будь-якою іншою діяльністю, що вимагає виваженого та спрямованого застосування соціальних ресурсів.

Разом усі зазначені аспекти соціального інтелекту сприяють індивідам у процесі адаптації до складних соціальних структур, побудови продуктивних

взаємовідносин та досягнення успіху у різноманітних соціальних сценаріях [51, с. 240-242].

Варто підкреслити, що всі наведені складові елементи та функції соціального інтелекту є інтегративно взаємопов'язаними і критично значущими для успішного функціонування у суспільстві. Цілеспрямований розвиток соціального інтелекту здатен покращити якість міжособистісних взаємин, сприяти успішній адаптації до різних соціальних середовищ та підвищити загальний рівень комунікаційної компетентності особистості.

1.2. Роль соціального інтелекту у професійній діяльності медичних працівників

Соціальний інтелект виконує критично значущу функцію в професійній сфері медичного персоналу. Внаслідок перманентної взаємодії з пацієнтами та їхніми родинами, а також необхідності ефективної кооперації з колегами, високий рівень соціальних навичок та глибинне соціальне осмислення становляться невід'ємним атрибутом їхньої роботи. Провідні аспекти цієї ролі включають:

- Емпатична спроможність уможливорює більш продуктивну комунікацію з пацієнтами у високостресових ситуаціях.
- Ефективна комунікація виступає ключем до глибинного осягнення потреб та запитів пацієнта.
- Медична сфера базується на принципах командної кооперації, де взаєморозуміння між колегами набуває критичного значення для оптимальної координації спільних дій.
- Оперативне прийняття рішень фундаментується на інтеграції та аналітичній обробці соціальної інформації.

- Культурна компетентність сприяє адекватному реагуванню на специфічні потреби пацієнтів із різних етнокультурних груп.

- Управління стресом, підкріплене соціальним інтелектом, забезпечує психічну стабільність медичних працівників у вимогливому професійному середовищі.

У загальному підсумку, соціальний інтелект слугує надійною основою для ефективної медичної практики, цілеспрямованої на надання якісного обслуговування пацієнтам [18, с. 20-22].

Підвищення якості надання медичних послуг є неможливим без глибинного розуміння психічних процесів індивіда. Соціальний інтелект надає змогу медичному персоналу здійснювати перцепцію не лише фізичного стану пацієнта, але й осягати його багатогранний емоційний та психологічний світ. Успіх терапевтичного процесу нерідко детермінується здатністю лікаря взаємодіяти на більш глибокому рівні, виявляючи приховані тривоги або страхи пацієнта.

На практичному рівні медичні спеціалісти регулярно стикаються з ситуаціями, які вимагають ініціації діалогу з пацієнтом чи його родичами щодо складного діагнозу або інвазивних методів лікування. У таких обставинах спроможність до інтерпретації невербальних сигналів ("читання між рядками"), розуміння неартикульованих страхів або думок може набути вирішального значення для забезпечення адекватного підтримуючого середовища для пацієнта.

Крім того, у процесі функціонування медичних установ, ефективність взаємодії між працівниками є ключовою детермінантою успіху. Наявність у команді осіб із високорозвиненим соціальним інтелектом сприяє більш продуктивній кооперації, що, у свою чергу, підвищує загальну ефективність робочого процесу.

Окрім того, на сучасному етапі стрімкого розвитку медицини та технологій, спроможність до адаптації до трансформацій, адекватного

реагування на нові виклики та інноваційні підходи набуває статусу високоцінного професійного активу.

У цьому контексті соціальний інтелект також виконує ключову регулятивну функцію, сприяючи медичним фахівцям у пришвидшеному засвоєнні нових методик та діагностично-лікувальних інструментів, а також забезпечуючи ефективнішу комунікацію з колегами та пацієнтами щодо впровадження цих нововведень.

У психологічному контексті соціальний інтелект медичних працівників набуває критичної ролі, оскільки їхня щоденна професійна взаємодія не обмежується лише пацієнтами, а поширюється на їхні сім'ї та колег.

Емпатія, що трактується як спроможність відчувати та осягати емоції інших [32, с. 88-90], надає змогу лікарю глибинно розуміти психоемоційний стан пацієнта, сприяє зміцненню терапевтичної довіри та оптимізації комунікативного процесу.

Ключові функціональні аспекти соціального інтелекту в медичній практиці включають:

- Соціальна перцепція: Інтерпретація міжособистісних взаємин та невербальних сигналів, що виступає необхідною умовою для ефективної комунікації.
- Соціальна адаптивність: Сприяє продуктивній професійній діяльності в умовах високого стресу.
- Соціальне розв'язання проблем: Охоплює ефективну командну взаємодію та конструктивне вирішення конфліктів, що є інтегративною складовою професійної компетентності.
- Саморефлексія: Уможливорює медичному працівнику критично осмислювати власні дії, рефлектуючи їхній вплив на оточуючих.

Сукупність цих чинників формує психологічну резиліентність, яка допомагає медичному персоналу запобігати синдрому професійного вигорання, підтримуючи при цьому високий рівень дбайливого ставлення до пацієнтів.

Соціальний інтелект також сприяє медичним працівникам у глибинному осягненні комплексу культурних, соціальних та емоційних детермінант, які

мають вплив на стан здоров'я пацієнтів. Наприклад, розуміння сімейних динамік або релігійних переконань може набувати критичної значущості при наданні якісного медичного догляду пацієнтам із різних соціокультурних чи етнічних груп.

Більше того, спроможність адекватної перцепції та відповідного реагування на емоційний статус пацієнта сприяє прийняттю більш виважених клінічних рішень. Коли медичний працівник здатен коректно інтерпретувати реакцію пацієнта, він отримує можливість превентивно підготуватися до відповіді на потенційні запитання, страхи чи занепокоєння, що, у свою чергу, покращує сприйняття пацієнтом догляду та зміцнює терапевтичну довіру до лікаря.

Крім цього, психологічна здатність до адаптації до нових або нетипових ситуацій, яка є інтегральною складовою соціального інтелекту, є особливо важливою при функціонуванні в динамічних середовищах медичного догляду, таких як відділення екстреної допомоги, де ситуаційна змінність може бути надзвичайно швидкою.

Насамкінець, ефективна міжособистісна комунікація, що фундаментується на високому соціальному інтелекті, сприяє зміцненню командного духу серед медичних працівників. Це, у свою чергу, оптимізує координацію надання медичного догляду та підвищує загальну якість лікування для пацієнтів [62, с. 100-102].

Таким чином, соціальний інтелект виконує ключову роль у професійній діяльності медичного персоналу, детермінуючи якість комунікації та взаємодії як з пацієнтами та їхніми родичами, так і з іншими суб'єктами медичного процесу. Відповідно до сучасних психологічних концепцій, соціальний інтелект може бути трактований як комплекс психічних процесів, спрямованих на перцепцію, осягнення та прогнозування соціальної поведінки інших індивідів.

У медичному контексті ця спроможність набуває особливої актуальності, оскільки лікарі та медичні сестри регулярно стикаються з необхідністю взаємодії

в умовах підвищеного стресу, де коректне розуміння емоційного стану пацієнта здатно суттєво вплинути на результативність надання медичної допомоги.

Додатково, високий рівень соціального інтелекту може слугувати чинником, що сприяє глибшому розумінню культурних та соціодемографічних особливостей пацієнтів. Це, у свою чергу, прямо підвищує якість діагностичних процедур та результативність терапевтичного лікування.

Особливо важливо акцентувати на критичній ролі соціального інтелекту в міжпрофесійній взаємодії. Спроможність конструктивно кооперувати з іншими членами медичної команди, прогнозувати їхні поведінкові реакції та адекватно відповідати на професійні виклики — є ключовою умовою для формування ефективної та злагодженої команди, яка гарантує надання високоякісних медичних послуг.

Аналіз наукових публікацій із зазначеної проблематики підтверджує критичну значущість соціального інтелекту як ключової психологічної особливості особистості [64, с. 15-17]. Соціальний інтелект інкорпорує в себе критичні аспекти професійно значущих якостей, які систематично розглядалися у низці досліджень. Ці якості традиційно представляються у формі переліків або теоретичних моделей професійних компетентностей.

Однак, детальний розгляд наукових праць свідчить про те, що роль соціального інтелекту у контексті професійних якостей спеціаліста часто асоціюється з такими інтегративними компетентностями, як комунікативна, соціально-психологічна, а також іншими різновидами соціальної взаємодії.

Варто підкреслити, що зазначена проблематика переважно сфокусована на дослідженні вже сформованого професіонала, ігноруючи (знехтувавши) критично важливий період професійного становлення (формування). Саме цей аспект і став провідним у фокусі нашого аналізу (ключовим для нашого аналізу). В умовах сучасності, що характеризується високим темпом технологічних та інформаційних трансформацій, процес становлення молодого фахівця набуває особливої значущості. Перед сучасними закладами вищої освіти постає завдання

формування спеціалістів, які будуть адаптовані до безперервного навчання, самовдосконалення та продемонструють готовність до гнучкого реагування на зміни у власній професійній сфері. Окрім фундаментальних знань у своїй галузі, майбутній фахівець повинен розвивати комплекс професійно важливих якостей та навичок для забезпечення високої продуктивності у роботі та перспективного кар'єрного зростання.

Сучасні трансформації у системі медичного обслуговування, впровадження страхової моделі медицини та процеси інтеграції України з європейським освітнім простором вимагають негайної модернізації освітньої системи у галузі охорони здоров'я. Кінцева мета полягає у підготовці спеціалістів, які будуть відповідати глобальним кваліфікаційним вимогам. Для підвищення рівня підготовки медичних працівників є важливим втілення новітніх наукових концепцій, акцентуючи увагу не лише на фахових (предметних) знаннях, але й на цілеспрямованому розвитку особистісних та соціальних якостей.

Професійна діяльність медичного персоналу нерозривно пов'язана з іманентними емоційними та морально-етичними навантаженнями, що зумовлено постійним контактом із пацієнтами, які переживають страждання. Фахівці зіштовхуються з феноменом смерті, піддаються значному психічному тиску та несуть високу відповідальність за благополуччя інших осіб. Перманентний стрес, інтенсивні емоційні переживання та моральні дилеми – сукупність цих чинників здатна спричинити розвиток синдрому професійного вигорання.

Додаткові детермінанти, що посилюють психоемоційний стрес, включають роботу в нічний час, ризик професійного інфікування (страх перед професійним зараженням), втрату пацієнта, а також виникнення конфліктів із пацієнтами чи їхніми родичами. Існують й інші аспекти, що негативно впливають на професійне благополуччя медиків:

- Нерелевантні (не завжди адекватні) умови праці.

- Високі кваліфікаційні вимоги до професіоналізму.
- Обмежені ресурсні забезпечення.
- Необхідність поєднання робочих та сімейно-побутових (домашніх) обов'язків.

З огляду на це, набуває особливої важливості зосередження уваги на цілеспрямованому розвитку емпатії та готовності до співчуття у майбутніх спеціалістів медичної сфери.

Необхідність ґрунтовного дослідження емоційної сфери майбутніх медичних фахівців впливає з критичної важливості емоцій як «барометра» психічного здоров'я особистості. Емоції виконують ключову функцію у перцепції, когнітивних процесах (логіці та думках) та регуляції поведінки індивіда. Особливо актуальним це стає для професій, де емоційний стрес є іманентною (невід'ємною) складовою роботи, і медицина належить до таких галузей.

Такі чинники, як інтенсивний емоційний тиск, відсутність адекватних умов для відновлення (відпочинку) та недостатня психологічна підтримка, можуть спричинити шкоду професійному добробуту медичних працівників. Збільшене психологічне навантаження здатно провокувати низку проблем, пов'язаних зі здоров'ям. Професійні стреси в медичній сфері вимагають міждисциплінарної уваги, охоплюючи аспекти від медицини до психології та соціології [54, с. 260-262].

Медичні працівники, окрім професійних знань, повинні володіти високим рівнем емпатії, толерантності, емоційної стійкості та стресостійкості. Наприклад, медична сестра повинна не лише досконало володіти своєю спеціальністю, але й мати розвинені гуманістичні якості та комунікативні навички для ефективної взаємодії з пацієнтами.

Ключові якості, що характеризують емоційний компонент професійної придатності медичних працівників, включають: емпатію, здатність до розуміння інших, співчуття та майстерність формування довірчих взаємин. Позитивний

зворотний зв'язок та довіра з боку пацієнтів відіграють важливу роль у терапевтичному процесі.

Емоційна готовність медичних працівників до надання допомоги виступає ключовою професійною характеристикою. Вона інкорпорує спроможність до оперативної мобілізації та глибинного усвідомлення відповідальності перед пацієнтом, який потребує втручання. Емоційна реактивність медика формується паралельно з розвитком соціальних мотивів, спрямованих на забезпечення добробуту інших. Хоча співчуття до пацієнта є важливим аспектом медичної діяльності, пріоритет під час надання допомоги має належати професіоналізму та абсолютній зосередженості. Фахівцям у медицині необхідно перманентно зберігати концентрацію та емоційний спокій.

Самосвідомість та рефлексія виконують важливу функцію у професійному зростанні медика. Його поведінка повинна характеризуватися збалансованістю: незважаючи на те, що пацієнти можуть сприймати медичного працівника як емоційно дистанційованого, критично важливо демонструвати емпатію, не втрачаючи при цьому професійну концентрацію.

Емоційна стабільність медичного персоналу є вирішальною для їхньої роботи. Емоційний стан може слугувати відображенням загального психічного статусу, а його нестабільність здатна негативно вплинути на якість та обґрунтованість клінічних рішень, які приймає лікар.

Для забезпечення оптимальної взаємодії з пацієнтами медичним працівникам необхідно володіти такими професійно значущими якостями, як уважність, терплячість та повага. При цьому критично важливо демонструвати високий рівень соціальної сенситивності для коректного визначення необхідної психологічної дистанції: усвідомлення моментів, коли доцільно скоротити дистанцію для підтримки, а коли необхідно зберігати професійну відстороненість.

Таким чином, доцільно стверджувати, що соціальний інтелект виступає однією з ключових професійних компетентностей для медичних працівників.

Він сприяє ефективному розв'язанню професійних завдань та суттєвому підвищенню якості медичної допомоги.

1.3. Чинники прояву конфліктності у медичних працівників в умовах війни

Конфлікт у своєму загальнотеоретичному розумінні являє собою прояв глибоких суперечностей, які виникають внаслідок дивергенції (різниці) поглядів, ціннісних орієнтацій та інтересів індивідів. Учасники конфлікту здійснюють перцепцію цих розбіжностей як протиріччя з їхніми власними установками, що провокує прагнення домінування (нав'язати власну точку зору), психологічне напруження та опір. Низька комунікативна компетентність може генерувати конфлікти на міжособистісному рівні (сварки) та деструктивні явища у групі (плітки). З психологічної точки зору, ці прояви трактуються як форма маніфестації конфлікту.

Загальні причини виникнення конфліктів охоплюють комплекс соціальних, політичних, економічних, демографічних та психологічних чинників. У професійному середовищі медичних команд основні джерела конфліктів пов'язані з невдоволенням умовами праці та режимними аспектами, порушенням службової етики та нормативно-правових актів (законодавства про працю), обмеженістю ресурсного забезпечення, проблемами комунікативної взаємодії, розбіжностями у методах та стратегіях досягнення спільних професійних цілей.

Ключові елементи структури конфлікту інкорпорують: суб'єктів конфлікту, детермінанти його виникнення, взаємну перцепцію сторін у ситуації, що виникла, а також цілеспрямовані та емоційно насичені поведінкові акти конфліктуючих осіб.

Детермінанти виникнення конфліктних ситуацій підлягають класифікації на зовнішні (об'єктивні) та внутрішні (суб'єктивні). Ці чинники несуть потенційну загрозу для продуктивної взаємодії у професійному та особистісному середовищах, а також спричиняють психологічний дискомфорт.

Динаміка розвитку конфлікту може бути відстежена через його послідовні стадії, починаючи з моменту виникнення та завершуючись його резолюцією .

Розглядаючи процес ескалації конфлікту, доцільно виокремити такі ключові етапи: первинна дивергенція, формування опозиційних поглядів, актуалізація конфліктного поля, руйнування комунікативного клімату, психоемоційне насичення, пік конфлікту, поведінкова агресія.

Значущість спостереження полягає у встановленому взаємозв'язку між стадією та ймовірністю вирішення: на початкових етапах існує близько 90% можливості розв'язати конфлікт; на середніх етапах цей показник скорочується до 45%, а при досягненні піку (ворожі дії) шанси на врегулювання знижуються до 5%.

Адекватна діагностика фаз конфлікту та чинників, які сприяють його поглибленню чи послабленню, надає змогу стороні, зацікавленій у конструктивній резолюції, обрати найоптимальніший метод регулювання ситуації. Це дозволяє запобігти потенційно деструктивним наслідкам, мінімізуючи ризики небажаних результатів конфлікту.

Критично важливо зазначити, що динаміка перебігу конфлікту значною мірою детермінується стратегією поведінки, обраною його учасниками. Обрана стратегія фундаментується на двох ключових параметрах: активності у діях (напористість) та співпраці (кооперативності). Перший параметр відображає ступінь рішучості індивіда у відстоюванні власних інтересів, тоді як другий — рівень готовності індивіда враховувати потреби та інтереси опонента.

Шляхом інтеграції цих двох параметрів доцільно виокремити п'ять основних тактик поведінки у конфлікті:

Кооперація - характеризується високою активністю та високою готовністю до співпраці. Це підхід, спрямований на знаходження інтегративного рішення, яке задовольняє інтереси обох сторін .

Конкуренція - виявляє високу активність, але низький рівень співпраці. Це стратегія, де домінує прагнення до перемоги над опонентом за будь-яку ціну ;

Пристосування - відзначається низькою активністю, але високою співпрацею. Тут акцент зміщується на максимальне задоволення потреб та інтересів опонента;

Ігнорування - демонструє низькі показники як у активності, так і у співпраці. Це стратегія, коли особа намагається ухилитися від міжособистісного конфлікту;

Компроміс: Характеризується помірною активністю і помірною співпрацею. Ця тактика передбачає пошук взаємоприйнятних умов для обох сторін шляхом часткових взаємних поступок.

Залежно від специфіки конкретної ситуації, будь-яка із зазначених стратегій (співпраця, опір, поступка, уникнення, компроміс) може бути визнана виправданою та функціональною. Проте, існує тенденція (на жаль, багато людей), коли індивіди демонструють ригідність, застосовуючи лише одну тактику у всіх життєвих сценаріях.

Для ефективного розв'язання та превенції конфліктів необхідно враховувати, що особа, як правило, вступає у конфліктну ситуацію, коли вона набуває критичної значущості для неї, але водночас індивід не може ідентифікувати адекватного шляху вирішення. З цієї перспективи, пріоритетним завданням виступає глибинне осягнення мотиваційної сфери та позиції іншої сторони.

Дотримуючись певного комплексу принципів поведінки у професійному колективі, можна ефективно мінімізувати виникнення конфліктних ситуацій. Критично важливо пам'ятати про професійну етику у роботі, уникати

деструктивних явищ , дотримуватися службового етикету спілкування та демонструвати готовність до взаєморозуміння .

В умовах воєнного стану медичні працівники зазнають значного психоемоційного стресу та напруження, які спричиняють інтенсифікацію проявів конфліктності у їхній взаємодії з пацієнтами, колегами та іншими суб'єктами медичного процесу.

Ключові чинники, що детермінують ці прояви, включають:

- Екстремальні умови функціонування. Робота в умовах обмежених ресурсів, дефіциту медикаментів та обладнання, що провокує фрустрацію та професійне виснаження;
- Емоційне перевантаження. Зумовлене постійним контактом із травмами, смертю та стражданнями, що може спричинити емоційне вигорання;
- Непередбачуваність воєнних дій. Генерує почуття нестабільності та невизначеності у майбутньому;
- Міжособистісні розбіжності. Викликані напруженим робочим графіком та необхідністю командної роботи під високим стресом [46, с. 13-15].
- Культурні та етичні конфлікти. Потенційно виникають у складі міжнародних або міжетнічних команд.
- Фізичне виснаження. Перевтома та хронічний недосип, які негативно впливають на якість та обґрунтованість клінічних рішень.
- Психічні розлади, спричинені війною. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) або інші психічні дисфункції, які можуть негативно позначатися на поведінці медичних працівників.

Таким чином, важливо розуміти, що конфлікти у медичному середовищі в умовах війни є майже неминучими, однак глибинне розуміння причин їх виникнення може сприяти ефективному пошуку шляхів їх конструктивного врегулювання [66, с. 293-295].

Доповнюючи вже згадані чинники конфліктності у медичних працівників в умовах воєнного стану, слід враховувати наступні критичні аспекти [66, с. 297]:

- Етичні дилеми. Воєнні умови регулярно ставлять медичний персонал перед складними етичними виборами. Це включає, наприклад, визначення пріоритетності лікування при обмежених ресурсах (медичне сортування), або вироблення моральної позиції щодо надання допомоги пораненим комбатантам (ворожим бійцям);
- Соціальна ізоляція. Оскільки значна частина медичних працівників може бути відірвана від своїх сімей та близьких на тривалі періоди, це спричиняє відчуття ізоляції, самотності та емоційного відчуження;
- Трансформація ролей. В умовах війни традиційне розуміння професійної ролі медика підлягає змінам. Медичний працівник може бути змушений виконувати функціональні обов'язки, які не кореспондують його попередньому досвіду чи спеціалізації.
- Міжкультурні бар'єри: Якщо медичні команди формуються з представників різних культур чи національностей, мовні бар'єри та дивергенція у культурних цінностях можуть спровокувати непорозуміння та міжособистісні конфлікти;
- Різниця у сприйнятті ризику. Індивідуальні відмінності у сприйнятті та ставленні до професійного ризику серед медичних працівників також можуть стати джерелом конфлікту чи напруженості;
- Атмосфера екстремальної відповідальності. В умовах війни кожне клінічне рішення та кожна дія медика може мати прямий вплив на критичний баланс між життям і смертю пацієнта, що генерує стійку атмосферу високої відповідальності та надмірного стресу;
- Розуміння та врахування цих комплексних чинників набуває критичної значущості для розробки ефективних стратегій профілактики та управління конфліктами, а також для підтримання психологічного благополуччя медичних працівників в умовах воєнного стану.

Чинники прояву конфліктності у медичних працівників в умовах війни доцільно розглядати у комплексі внутрішніх (суб'єктивних) та зовнішніх (об'єктивних) впливів. Внутрішні чинники це емоційне вигорання, відчуття безпорадності та хронічний стрес, які є прямим наслідком безперервної праці в екстремальних умовах, посилення дезадаптивних особистісних рис, таких як нестабільність, висока тривожність або підвищена імпульсивність, що може провокувати конфліктні ситуації. Зовнішні чинники: обмеженість ресурсів, високий рівень загрози життю та константний дефіцит часу, що ускладнює процес прийняття клінічних рішень, необхідність командної роботи під великим навантаженням і в умовах дефіциту інформації, що здатно викликати непорозуміння та міжособистісні конфлікти. Крім того, на загострення конфліктності впливає недостатня психологічна підготовка медичних працівників до особливостей праці в умовах війни, а також відсутність адекватних методів релаксації та стратегій самопомоги в екстремальних умовах.

Накопичення цих факторів може призвести до збільшення кількості конфліктних ситуацій, зниження ефективності надання медичної допомоги та погіршення психологічного благополуччя медичних працівників [22, с. 200].

Додатково, в умовах воєнного стану медичний персонал регулярно стикається з гострими етичними дилемами. Прикладом є необхідність визначення пріоритетності надання допомоги в умовах критичного дефіциту ресурсів. Фахівці змушені долати інтенсивний моральний стрес у ситуаціях, які вимагають оперативного прийняття життєво важливих рішень. Ця етична напруга може спричиняти відчуття вини, безпорадності, а також викликати міжособистісні конфлікти серед членів команди щодо пріоритетів і методології лікування.

До чинників, що посилюють конфліктність, належить і взаємодія медичних працівників з військовими або іншими владними структурами. Дивергенція у ціннісних орієнтаціях, операційних пріоритетах та

функціональних завданнях може бути причиною непорозумінь та конфліктних ситуацій на міжорганізаційному рівні.

Ряд соціально-психологічних чинників також сприяє виникненню синдрому професійного вигорання серед медиків такі як нестабільність графіку роботи, підвищене робоче навантаження, відсутність адекватної матеріальної винагороди та загальне стресове робоче середовище, регулярний контакт з психологічно складними та емоційно важкими пацієнтами.

Насамкінець, соціальна ізоляція, дефіцит підтримки та обмежений доступ до кваліфікованої психологічної допомоги спричиняють посилення відчуття стресу та безвиході. В таких екстремальних умовах медичні працівники можуть зіштовхуватися з феноменом самотності, відчуттям нерозуміння з боку колег та відсутністю можливості артикулювати власні переживання. Сукупність цих психосоціальних чинників прямо посилює конфліктність у медичній команді.

1.4. Вплив соціального інтелекту на конфліктні ситуації в медичній практиці

Соціальний інтелект набуває вирішального значення у процесі резолюції (вирішення) конфліктних ситуацій у медичній практиці. Цей інтегративний термін трактується як спроможність особистості розпізнавати, аналітично осмислювати та ефективно реагувати на емоції, мотиваційну сферу та поведінкові акти інших суб'єктів [63, с. 625]. У медичному середовищі, де взаємодія з пацієнтами та колегами часто характеризується емоційною насиченістю та непередбачуваністю, соціальний інтелект може слугувати ключовим інструментом для мінімізації напруженості та продуктивного врегулювання конфліктів.

Медичні фахівці з високим рівнем соціального інтелекту демонструють здатність до глибинної перцепції потреб пацієнтів, ефективного прогнозування

їхніх реакцій та відповідного коригування власних дій. Ці спеціалісти також більш відкриті до кооперації з колегами, здані оперативно ідентифікувати першопричини конфлікту та конструктивно працювати над його розв'язанням.

На противагу, медичні працівники з низьким рівнем соціального інтелекту можуть зіштовхуватися з труднощами у комунікативній взаємодії, некоректно тлумачити емоційні сигнали пацієнтів чи колег. Це може призводити до непорозумінь та посилення міжособистісних конфліктних ситуацій.

Розглядаючи взаємодію медичного персоналу з пацієнтами, критично важливо акцентувати на комунікативних складових соціального інтелекту. У ситуаціях, коли пацієнт звертається до лікаря, перебуваючи у стані тривоги або страху, визначальну роль відіграють не лише фахові медичні знання та клінічний досвід, але й спроможність лікаря емпатійно відгукнутися, досягнути складові емоційного статусу пацієнта та коректно артикулювати свої висловлювання [55, с. 15]. На практиці, наприклад, лікар із високим рівнем соціального інтелекту здатний оперативно ідентифікувати невербальні сигнали тривоги чи розпачу пацієнта. Враховуючи цю інформацію, медичний фахівець може адаптувати свій комунікативний підхід, надаючи додаткові роз'яснення або психологічну підтримку. Це, у свою чергу, сприяє зниженню рівня стресу у пацієнта та забезпечує більш продуктивний перебіг лікувального процесу.

Соціальний інтелект виступає ключовим елементом у процесі управління конфліктами в будь-якій професійній діяльності, включаючи й медичну практику. Це спроможність індивіда досягати та ефективно взаємодіяти з іншими людьми, прогнозувати їхні реакції, відчувати їхні емоції та психоемоційні стани, а також здійснювати регуляцію власних емоцій у соціальних контекстах.

Основні аспекти впливу соціального інтелекту на конфліктні ситуації в медичній практиці [35, с. 112-115]:

- емпатійна функція. Медичні професіонали з високим рівнем соціального інтелекту здатні демонструвати глибше співчуття пацієнтам, розуміючи їхні тривоги та больові відчуття. Емпатія може ефективно знижувати напругу у

випадках, коли пацієнт або його родина відчуває роздратування або розчарування.

- оптимізація комунікації. Соціальний інтелект сприяє медичним фахівцям у продуктивній комунікації з пацієнтами, їхніми родинами та іншим персоналом.

Вони володіють майстерністю коректної артикуляції своїх думок і почуттів, що мінімізує вірогідність виникнення конфліктів.

- розпізнавання невербальних сигналів (перцептивна функція). Фахівці з добре розвиненим соціальним інтелектом здатні «зчитувати» невербальні сигнали пацієнтів чи колег. Це допомагає їм своєчасно виявити початкові ознаки невдоволення або конфлікту та адекватно на них реагувати.

- емоційна саморегуляція. У медичному середовищі регулярно виникають стресові ситуації. Професіонали з високим соціальним інтелектом спроможні ефективніше керувати власними емоціями, що знижує ризик ескалації конфлікту.

- підтримка командної взаємодії. Соціальний інтелект сприяє підтриманню позитивних взаємин між колегами. Спроможність до кооперації, взаєморозуміння та підтримка може допомогти уникнути або оперативно вирішити конфлікти в команді.

У підсумку, соціальний інтелект виступає критично важливим інструментом для медичних професіоналів у їхньому прагненні забезпечити оптимальний догляд пацієнтам та запобігти непорозумінням і конфліктам у професійному середовищі.

Соціальний інтелект сприяє медичним працівникам у прогнозуванні імовірних реакцій пацієнтів на специфічні новини чи медичні процедури. Це надає можливість превентивно підготувати пацієнта до сприйняття інформації або до дії таким чином, щоб мінімізувати рівень стресу чи потенційний опір.

Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. у своїй праці зазначають, що медичні фахівці з високим рівнем соціального інтелекту володіють майстерністю чіткого встановлення професійних меж. Це сприяє уникненню

надмірного втручання в особисте життя пацієнта і, водночас, підтримує довірливі терапевтичні відносини [45, с. 22-24].

Здатність до адаптації до різних соціальних ситуацій та культурних контекстів є важливим аспектом соціального інтелекту. У медичному середовищі, де пацієнти можуть мати диференційований культурний, релігійний або соціальний фон, ця спроможність до адаптації здатна ефективно запобігати виникненню численних конфліктів.

Усвідомлення диференції між співчуттям (compassion/empathy) і симпатією дозволяє медичним фахівцям ефективно підтримувати пацієнтів, зберігаючи при цьому професійну дистанцію. Співчуття уможлиблює досягнення емоцій пацієнта без емоційного поглинання цими почуттями, тоді як симпатія може спричинити втрату об'єктивності та порушення професійних меж.

Медичні працівники з високим рівнем соціального інтелекту не лише здатні виявляти ознаки конфлікту на ранніх стадіях, але й ефективно імплементувати стратегії їх вирішення. Це забезпечує формування спокійного та продуктивного робочого середовища.

В умовах медичної практики, де емоційна інтенсивність часто є надмірною і де високий рівень стресу виступає нормою, цілеспрямований розвиток соціального інтелекту може слугувати не лише захисним механізмом від виникнення конфліктів, але й ключовим інструментом для підтримання позитивних взаємин між персоналом і пацієнтами.

Додатково, в умовах високої завантаженості у медичних установах, соціальний інтелект сприяє оптимальному взаєморозумінню між колегами. Цей чинник набуває критичної важливості в екстрених ситуаціях, коли медична команда повинна демонструвати оперативне реагування та точну синхронізацію спільних дій.

Слід підкреслити, що соціальний інтелект також впливає на профілактику професійного вигорання медичних працівників. Спроможність диференціювати власні емоції від емоцій пацієнта, розпізнавати та обробляти професійний стрес і

конфлікти в колективі забезпечує ефективний психологічний захист та сприяє стійкості до професійного вигорання.

Інтеграція соціального інтелекту у професійний розвиток медичного працівника може слугувати надійною опорою для профілактики конфліктних ситуацій. Передусім, лікарям із високим рівнем соціального інтелекту легше адаптуватися до динамічно змінюваних ситуацій, а також розуміти та адекватно реагувати на емоційні потреби пацієнтів.

При аналізі медичних кейсів часто фіксуються ситуації, коли медичний персонал зіштовхується з диференційованими культурними, соціальними та релігійними переконаннями пацієнтів. Ці розбіжності можуть виступати потенційними джерелами непорозумінь або конфліктів.

Індивід із розвиненим соціальним інтелектом здатен глибше відчувати ці відмінності, осягати соціокультурний контекст пацієнта і, як результат, обирати оптимальні стратегії комунікації для підтримання взаєморозуміння та формування довіри [38, с. 96-98].

Крім того, важливо підкреслити, що медичні працівники, які володіють високим рівнем соціального інтелекту, частіше демонструють гнучкість у прийнятті рішень. Ця когнітивна та поведінкова гнучкість забезпечує можливість індивідуалізованого підходу до різних пацієнтів, адаптації до їхніх індивідуальних потреб та уникнення застосування стандартних шаблонів спілкування, які можуть виявитися неефективними у специфічних ситуаціях.

Зрештою, глибинне розуміння та ефективне застосування соціального інтелекту в медичній практиці не лише сприяє превенції конфліктних ситуацій, але й суттєво підвищує якість медичної допомоги. Цей механізм прямо зміцнює довіру пацієнта до лікаря, що, у свою чергу, здатно позитивно вплинути на результативність (результати) терапевтичного лікування.

Висновки до розділу 1

У результаті теоретичного аналізу проблематики соціального інтелекту та його взаємозв'язку з конфліктністю медичних працівників в умовах воєнного стану було встановлено, що соціальний інтелект являє собою багатовимірне психологічне утворення. Він охоплює комплекс спроможностей до досягнення поведінки інших індивідів, адекватної інтерпретації їхніх емоційних станів, мотивів та намірів, а також до прогнозування динаміки міжособистісних взаємодій. У науковій літературі соціальний інтелект трактується як сукупність когнітивних та емоційних здібностей, що забезпечують ефективність соціальних контактів і конструктивне вирішення проблемних ситуацій.

У професійній діяльності медичних працівників соціальний інтелект виконує функцію ключового регулятора комунікативної взаємодії. Це зумовлено тим, що результативність лікувального процесу, рівень довіри та психологічного комфорту суттєво залежать від майстерності фахівця встановлювати контакт з пацієнтами, їхніми родичами та колегами. В умовах війни ця роль значно посилюється, адже медики постійно зіштовхуються з підвищеним професійним навантаженням, інтенсивними емоційними викликами та необхідністю оперативного ухвалення рішень у критичних ситуаціях.

Аналіз чинників, що зумовлюють прояви конфліктності серед медичних працівників у воєнний період, виявив їхню множинність, серед яких: екстремальні умови праці, дефіцит ресурсів, професійне вигорання, підвищений рівень стресу та тривожності, а також загострені етичні дилеми, які вимагають оперативного вирішення. Сукупність цих факторів істотно підвищує ризик міжособистісних конфліктів у медичному середовищі.

Особливе значення в цьому контексті набуває вплив соціального інтелекту на процес виникнення та розв'язання конфліктних ситуацій у медичній практиці. Високий рівень розвитку соціального інтелекту сприяє формуванню толерантності, емпатії, спроможності до конструктивного діалогу та пошуку

компромісів. Натомість, його недостатній розвиток може спричиняти непорозуміння, неефективну комунікацію та ескалацію конфліктів.

Отже, соціальний інтелект виступає ключовим чинником, що детермінує рівень конфліктності медичних працівників, особливо в умовах воєнного стану. Його цілеспрямований розвиток та підтримка є необхідними передумовами для збереження психологічної стійкості медичного персоналу, оптимізації професійних взаємин, забезпечення ефективного виконання їхніх професійних функцій у кризових ситуаціях.

Аналіз теоретичних джерел засвідчує нагальну необхідність подальших емпіричних досліджень у цій сфері. Такі дослідження мають бути спрямовані на розробку обґрунтованих засобів та методик підвищення рівня соціального інтелекту медичних працівників, що є критично важливим для ефективного виконання їхніх професійних обов'язків в умовах війни.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНИЙ АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА КОНФЛІКТНОСТІ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

2.1. Організаційні засади дослідження та характеристика обраних методик

Сучасний медичний дискурс постійно трансформується, особливо в контексті фасилітації взаємодії з пацієнтами та професійною спільнотою. Соціальна компетентність суб'єктів медичної практики визнається ключовим чинником успішності професійної діяльності, оскільки детермінує якість міжособистісної комунікації, оптимізацію вирішення дискусійних ситуацій та продуктивність командної кооперації.

У поточному розділі акцентується увага на емпіричному вивченні соціального інтелекту медичних фахівців як потенційного детермінанта конфліктогенності. Провідною метою є верифікація ступеня кореляції рівня соціального інтелекту зі спроможністю медичних працівників запобігати та врегульовувати конфліктні колізії.

Дослідна когорта охоплює 31 медичного працівника Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради» (14 чоловіків та 17 жінок).

Для реалізації поставлених дослідницьких завдань було обрано та застосовано такий комплекс діагностичних методик [37, с. 417; 67, с. 26-28]:

- Опитувальник К. Томаса «Діагностика стратегій поведінки в конфліктній взаємодії»;
- Тест-методика дослідження соціального інтелекту (Дж. Гілфорд та М. Саллівен);
- Тест Соціального Інтелекту Джорджа Вашінгтона;

- Шкала вимірювання Соціального інтелекту Тромсе (Tromsø Social Intelligence Scale);
- Тест-опитувальник оцінки соціально-комунікативної компетентності.

Деталізація обраного діагностичного інструментарію. Опитувальник К. Томаса «Діагностика стратегій поведінки в конфліктній взаємодії» Опитувальник К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації» фундаментується на концептуальній моделі Томаса-Кілмана, яка постулює п'ять основних стратегій реагування на конфліктну колізію: ігнорування , акомодация, домінування , компроміс та кооперація .

Зазначена методика Томаса-Кілмана спрямована на ідентифікацію домінуючої з п'яти перелічених стратегій, яку індивід найбільш часто застосовує для врегулювання дискусійних ситуацій. Діагностичний інструментарій традиційно охоплює ситуативні судження або сценарії, де респонденту пропонується детермінувати свою типову реакцію на конфліктний інцидент.

Опитувальник К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації» є валідним діагностичним інструментом, розробленим з метою сприяння усвідомленню індивідами типових патернів їхньої реакції в умовах дискусійних ситуацій.

Концептуальна модель Томаса-Кілмана фундаментується на інтерсекції двох фундаментальних вимірів: асертивності , що відображає інтенсивність прагнення задовольнити власні інтереси, та кооперації , що визначає рівень спрямованості на задоволення інтересів іншої сторони . Поєднання цих вимірів детермінує п'ять основних стратегій поведінки у конфлікті. Домінування характеризується високою асертивністю та низькою кооперацією, коли суб'єкт прагне до одноосібної перемоги та нав'язування власної позиції. Акомодация поєднує низьку асертивність з високою кооперацією, внаслідок чого індивід ігнорує власні інтереси на користь опонента. Ігнорування демонструє низькі показники за обома вимірами, оскільки особа ухиляється від прямої взаємодії та вирішення конфлікту. Компроміс розташовується посередині (середня

асертивність і кооперація), оскільки сторони прагнуть до взаємних поступок та часткового задоволення інтересів ("золота середина"). Нарешті, Кооперація має високі показники за обома вимірами; суб'єкти орієнтовані на пошук оптимального (інтегративного) рішення, що максимально задовольняє потреби обох сторін.

Методика функціонує шляхом пропозиції респондентам низку конфліктних сценаріїв, на підставі результатів опрацювання їхніх відповідей ідентифікується домінуючий стиль реагування. Використання цього інструментарію сприяє оптимізації міжособистісної взаємодії, поглибленню особистісного саморозвитку та підвищенню ефективності командної кооперації.

Методика Томаса-Кілмана (ТКІ) спрямована на емпіричну діагностику особливостей реагування індивіда в умовах конфліктної взаємодії. Інтерпретація результатів за відповідними шкалами уможливорює ідентифікацію домінантних патернів (форм) поведінки у конфліктних взаєминах. Провідним визначається той стиль, який отримав найвищий кумулятивний бал.

Стратегія Конкуренції передбачає імперативне насадження власних поглядів на опонента. Застосування цієї стратегії може бути виправданим у специфічних контекстах, зокрема, коли прийняте рішення релевантне для загального колективного інтересу, а не обмежене персональними потребами однієї особи; коли досягнення результату має критичне значення для ініціатора стратегії; або в умовах жорсткого часового ліміту, коли дискусії є недоцільними. На відміну від конкуренції, Співпраця визнається як найбільш конструктивна тактика у конфлікті, оскільки вона сприяє підтримці продуктивного діалогу та трансформує опонента з противника на повноцінного партнера у процесі пошуку взаємовигідного рішення.

Стратегія Компромісу спрямована на досягнення резолюції конфлікту шляхом часткового задоволення інтересів кожної з конфлікуючих сторін. Натомість, Уникнення орієнтоване на мінімізацію проявів конфліктної ситуації,

а не на її сутнісне розв'язання. Зазначена стратегія може виступати як захисний механізм у відповідь на тривалий дискусійний процес.

Пристосування, або Поступка, означає відмову індивіда від конфронтації та нівелювання власних позицій. Така поведінка може бути детермінована низкою чинників, зокрема: усвідомленням власної помилки, прагненням підтримувати конструктивні міжособистісні зв'язки або необхідністю мінімізувати ескалацію конфлікту.

Експертна спільнота рекомендує оптимальне комбіноване використання усіх п'яти стратегій, при цьому бажаним діапазоном середнього значення для кожного стилю вважається від 5 до 7 балів. Значне відхилення від цього нормативного стандарту може свідчити про надмірну або недостатню гнучкість у застосуванні певних тактик реагування на конфлікт.

Методичний інструментарій Дж. Гілфорда і М. Саллівена для емпіричного вивчення соціального інтелекту спрямований на верифікацію спроможності індивіда до продуктивної міжособистісної взаємодії, адекватного усвідомлення соціальних обставин та прогностичної антиципації поведінки інших суб'єктів.

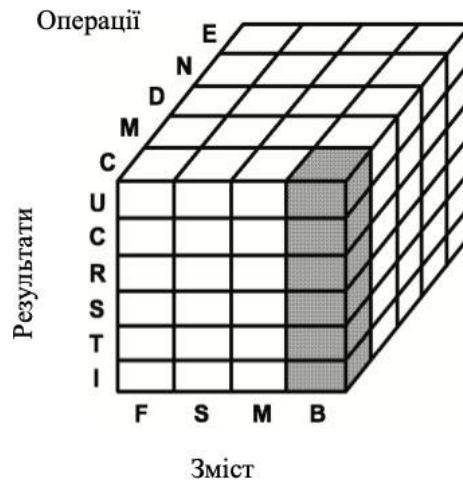
Дана методика концентрується на таких ключових аспектах соціального інтелекту, як перцепція емоційних станів, розуміння патернів міжособистісних зв'язків та здатність до адаптації у різноманітних соціальних контекстах. У рамках тестування респондентам пропонуються різноманітні соціальні сценарії, де вони мають ідентифікувати найбільш адекватну відповідь або поведінкову реакцію. Отримані результати уможливають класифікацію осіб відповідно до їхнього рівня розвитку соціального інтелекту, виявляючи їхні потенційні переваги та дефіцити у міжособистісних відносинах. Зазначений діагностичний інструмент може бути релевантним у сферах психологічного консультування, відбору та оцінки персоналу (рекрутингу) та підвищення ефективності командної кооперації. Проте, слід враховувати, що, як і будь-який психометричний інструмент, ця методика має певні обмеження, тому її

результати потребують комплексного розгляду в синтезі з іншими емпіричними даними про особу.

Термін «соціальний інтелект» було ініційовано Е. Торндайком у 1920 році для позначення активності індивіда у сфері міжособистісних взаємин. Згодом цей конструкт набув широкого спектра інтерпретацій у працях різних психологів. Г. Оллпорта у 1937 р. асоціював соціальний інтелект зі здатністю до швидкого й інтуїтивного оцінювання інших суб'єктів та антиципації їхніх поведінкових реакцій. Він трактував його як «особливий дар», що сприяє гармонізації взаємодії з оточенням, акцентуючи увагу на соціальній адаптації, а не на глибинному когнітивному розумінні особистості. У 1960-х роках Дж. Гілфорд, який розробив перший валідизований інструмент для вимірювання цього феномену, розглядав соціальний інтелект як унікальний набір інтелектуальних здібностей, спрямованих на розуміння поведінки інших. Він інтегрував його як складову частину власної широкої моделі інтелекту. Важливо зауважити існування диспропорції між високим рівнем інтелекту в предметних галузях (наприклад, академічному чи професійному) та потенційною неспроможністю індивідів до ефективних міжособистісних взаємодій. Цей факт підкреслює специфічність і автономність соціального інтелекту як окремого когнітивного домену.

Протягом понад двох десятиліть Дж. Гілфорд та його колеги-дослідники з Університету Південної Каліфорнії проводили ґрунтовні факторно-аналітичні студії, ключовою метою яких була розробка валідизованої тестової програми для оцінки універсальних когнітивних здібностей. Кульмінацією цих досліджень стала кубічна модель структури інтелекту. Зазначена модель уможливіє ідентифікацію 120 автономних факторів інтелекту, які підлягають систематизації на основі трьох головних категорій, пов'язаних з обробкою інформації: зміст представленої інформації (форма, в якій інформація презентується індивіду), операції, що застосовуються до обробки інформації (когнітивні процеси, спрямовані на обробку вхідних даних), конкретні результати цієї

обробки (форми, в яких оброблена інформація структурується та виражається). Кожна інтелектуальна спроможність визначається як унікальна комбінація специфічного змісту, виконаної операції та досягнутого результату, і відображається як взаємодія цих трьох показників. Розглянемо характеристики кожної з цих трьох змінних, вказуючи відповідні літерні позначення (показники наведені в дужках).



Перша фундаментальна категорія у структурі інтелекту Дж. Гілфорда – Зміст (або Тип представленої інформації) – диференціює характеристики вхідних даних, які підлягають когнітивній обробці. Вона включає такі виміри:

- Образи (F). Це сенсорні відображення, які охоплюють візуальні, аудіальні, кінестетичні та пропріоцептивні модальності, репрезентуючи сутнісні особливості об'єктів або явищ у конкретній формі.
- Символи (S) . Це формалізовані знакові системи, такі як літери, числа, музичні ноти та різноманітні кодові елементи (шифри).
- Семантика (M). Це інформація, концентрована на поняттєвому рівні, переважно вербалізована; стосується словесних ідей, абстрактних концептів або ключової думки комунікативного повідомлення.
- Поведінка (B). Це специфічні дані, що вказують на аспекти міжособистісної взаємодії, включаючи мотиваційні чинники, емоційні настрої, переконання та інші фактори, що детермінують дії суб'єкта.

Друга ключова категорія моделі Гілфорда – Операції – деталізує когнітивні процеси, які застосовуються індивідом для обробки вхідної інформації:

- Пізнання (C). Когнітивний акт, що включає виявлення, ідентифікацію та інтерпретацію представлених даних.
- Пам'ять (M). Здатність до фіксації та репродукції інформаційного масиву.
- Дивергентне мислення (D). Процес, орієнтований на генерацію великої кількості альтернативних відповідей або рішень, пов'язаних з вихідними даними.
- Конвергентне мислення (N). Формування єдиного логічно обґрунтованого висновку на основі аналізу наданої інформації.
- Оцінка (E). Процедура аналізу та визначення цінності інформації відносно заданого критерію .

Третя категорія – Результати – описує конкретні форми структурування та вираження обробленої інформації:

- Елементи (U). Індивідуальні, дискретні частинки або фрагменти даних, які не підлягають подальшому розкладанню.
- Класи (C). Об'єднання об'єктів або інформаційних одиниць на основі спільних сутнісних характеристик.
- Відношення (R). Способи зв'язку або асоціації між різними інформаційними елементами.
- Системи (S). Комплекси взаємозалежних даних або інформації, які формують інтегровану та цілісну структуру.
- Трансформації (T). Модифікації або адаптації інформаційного контенту відповідно до певних правил чи цілей.
- Імплікації (I). Логічно дедуковані висновки або передбачувані результати, отримані на підставі аналізу наявної інформації.

Класифікаційна схема, розроблена Дж. Гілфордом, охоплює 120 автономних інтелектуальних здібностей. Кожна здібність репрезентується як окремий елемент у тривимірному просторі (малий куб) за допомогою трьох координат: Зміст (Тип інформації), Операції та Результати.

Переваги цієї концептуальної моделі інтелекту полягають у наступному:

- **Комплексність та Глибина.** Дж. Гілфорд ініціював комплексний підхід до інтелекту, запропонувавши одну з найбільш глибоких та деталізованих моделей когнітивних здібностей у психології.
- **Прогностичний Потенціал.** Модель характеризується прогностичною валідністю, сприяючи передбаченню та верифікації існування невідомих раніше інтелектуальних факторів.
- **Аналітична Здатність.** Високий рівень деталізації дозволяє класифікувати майже всі відомі інтелектуальні здібності та істотно розширює аналітичні можливості досліджень.
- **Виявлення Специфіки.** Зазначена система уможлиблює ідентифікацію специфіки інтелектуальної активності в різноманітних контекстах та типах завдань.
- **Вплив на Креативність та Соціальний Інтелект.** Модель Гілфорда стала теоретичним підґрунтям для досліджень у сфері креативності, акцентуючи увагу на значенні дивергентного мислення. Завдяки його роботі, поняття «соціальний інтелект», запропоноване ще у 1920 році, набуло конкретного методологічного інструментарію для вимірювання і стало релевантним для сучасної психологічної практики.

Методика дослідження соціального інтелекту структурована у вигляді чотирьох взаємопов'язаних субтестів (частин): «Закінчення історій», «Категорії експресії», «Словесна виразність», «Доповнення історії». Варто зазначити, що три з цих компонентів оперують словесним матеріалом, тоді як одна частина є вербальною. Субтести спрямовані на оцінювання чотирьох ключових аспектів соціального інтелекту за моделлю Гілфорда – розуміння категорій (CBS), систем (CBT), аналізу результатів поведінки (CBI). Два додаткові субтести сфокусовані на здатності індивіда розуміти базові компоненти (CBU) та взаємозв'язки (CBR) у поведінкових актах.

Дана методика адаптована для осіб різних вікових когорт, починаючи з дев'ятирічного віку . Однак, у поточному дослідженні репрезентовані лише дані дорослих респондентів. Встановлено, що ефективність виконання тесту не демонструє кореляції зі статевою належністю особи, проте вищий освітній рівень може позитивно впливати на отримані результати.

Для проведення діагностики використовуються чотири окремі тестові буклети. Кожен субтест включає від 12 до 15 завдань. Процедура виконання кожної частини тесту підлягає суворому часовому лімітуванню.

«Тест соціального інтелекту Джорджа Вашингтона» (GWIST) дійсно є одним з піонерних психометричних інструментів, цілеспрямовано розроблених для вимірювання соціального інтелекту. Створений у 1928 році, він був призначений для оцінки спроможності індивіда до розуміння та прогностичної антиципації поведінки інших суб'єктів.

Тест фундаментується на трактуванні соціального інтелекту, запропонованому Е. Торндайком, як здатності ефективно розуміти та керувати людьми, інституціями та подіями. GWIST передбачає виконання різноманітних завдань, включаючи аналіз соціальних наративів (історій), які вимагають інтерпретації поведінкових патернів персонажів, а також завдань на ідентифікацію оптимальних методів взаємодії у конкретних соціальних контекстах. Незважаючи на свою інноваційність у період створення, наразі цей тест вважається застарілим та надмірно спрощеним відповідно до сучасних стандартів психодіагностики. Тим не менш, GWIST має важливе історико-методологічне значення у контексті розвитку психометрики та становлення емпіричних досліджень соціального інтелекту. Початковим психометричним інструментом для емпіричного вимірювання соціального інтелекту виступив «Тест соціального інтелекту Джорджа Вашингтона» (GWIST), розроблений у 1928 році. Первинна редакція тесту включала сім субтестів, які були спрямовані на аналіз наступних аспектів соціальної компетентності: соціальна ситуаційна обізнаність, запам'ятовування імен та особистостей, спостереження за

поведінкою індивідів, визначення психологічних станів на основі вербальних висловлень, розпізнавання емоцій за виразом обличчя, соціальна освіченість. розуміння гумору. У подальших версіях тесту (1931, 1949, 1955) перші чотири субтести були збережені. Проте, компоненти, пов'язані з інтерпретацією виразів обличчя та соціальною освіченістю, були еліміновані. Натомість був доданий субтест, сфокусований на оцінці здатності до розуміння гумору. Слід також зазначити, що у 1935 році американський психолог Е. Долл презентував перший тест соціального інтелекту, розроблений специфічно для дитячої когорти.

4 «Шкала виміру соціального інтелекту Тромсе» (Tromsø Social Intelligence Scale, TSIS) є валідизованим психометричним інструментом, розробленим для оцінки рівня соціального інтелекту. Він ґрунтується на концепції, що трактує соціальний інтелект як сукупність специфічних компетенцій, які сприяють продуктивній міжособистісній взаємодії індивіда.

TSIS спрямована на вимірювання трьох ключових аспектів соціального інтелекту:

- Соціальний інформаційний процесинг (Social Information Processing) (когнітивна спроможність до адекватного усвідомлення мотиваційних чинників, емоційних станів та думок інших суб'єктів).
- Соціальні навички (Social Skills) (компетенції, необхідні для ефективної комунікації та взаємодії з оточенням).
- Соціальне передбачення (Social Awareness / Social Arrangement) (здатність до прогностичної антиципації розвитку соціальних ситуацій на основі інформації, отриманої про інших учасників взаємодії).

Для оцінки зазначених компонентів TSIS пропонує набір пунктів, до яких респонденти висловлюють свій ступінь згоди або незгоди за визначеною шкалою оцінювання. Обчислені результати уможливають детермінацію загального рівня соціального інтелекту особи. Даний діагностичний інструмент є релевантним для дослідників, зацікавлених у вивченні міжособистісних компетенцій або ефективності комунікативних процесів, фахівців у сфері

психологічного консультування та коучингу, які працюють з клієнтами над оптимізацією їхніх соціальних навичок.

Згідно з концепцією авторів D.H. Silvera, M. Martinussen та T.I. Dahl, зазначена методика репрезентує всю комплексність сучасних уявлень про соціальний інтелект, що дозволяє адекватно відобразити різноманіття підходів до його теоретичного визначення.

Однією з ключових переваг цього інструменту є його багатоаспектність, яка забезпечує можливість врахування широкого спектра поглядів на феномен соціального інтелекту. Шкала соціального інтелекту Тромсе структурована на основі трьох фундаментальних субшкал:

- «Сприйняття соціальної інформації» (Social Information Processing). Даний компонент фокусується на когнітивній спроможності до розуміння та прогнозування міжособистісних взаємодій та емоційних станів інших суб'єктів.

- «Соціальні навички» (Social Skills). Ця шкала інкорпорує здатність особи до поведінкової адаптації та гнучкості у різноманітних соціальних ситуаціях та контекстах.

«Соціальна свідомість» (Social Awareness/Regulation). Акцентує увагу на інтроспекції, ефективній взаємодії з власними емоціями та цілепокладанні .

Досліджуваній когорті пропонується 21 твердження (пункт опитувальника), які вони оцінюють за семибальною шкалою Лайкерта від 1 до 7, де 7 репрезентує максимальний рівень згоди (Див. Додаток 1). Максимальний кумулятивний бал, який може бути отриманий за даною методикою, становить 49 балів . У поточному дослідженні була використана модифікована версія шкали.

Цей діагностичний інструмент було обрано через його операційну простоту застосування та аналізу емпіричних даних, а також завдяки підтверженій ефективності та психометричній якості в європейських дослідженнях. Незважаючи на те, що тест Тромсе є менш відомим у порівнянні з методикою Гілфорда, він демонструє високі показники валідності, надійності та

характеризується доступністю у практичному застосуванні. Дана методика акцентує увагу на спроможності індивіда до продуктивної комунікації з оточенням, що може розглядатися як один з емпіричних критеріїв соціального інтелекту.

Тест-опитувальник соціально-комунікативної компетентності є діагностичним інструментом, призначеним для оцінки здатності особи до ефективної взаємодії в різноманітних соціальних контекстах. Соціально-комунікативна компетентність інтегрує комплекс навичок, умінь та спеціалізованих знань, необхідних для оптимальної комунікації та кооперації з іншими суб'єктами. Залежно від конкретної версії опитувальника та його завдань, він може оцінювати такі аспекти соціально-комунікативної компетентності:

- Емпатія (спроможність до когнітивного розуміння та афективного співпереживання почуттів інших людей).
- Вербальна комунікація (майстерність чітко і структуровано висловлювати власні думки та ідеї засобами мови).
- Невербальна комунікація (здатність до інтерпретації мимічних виразів, жестикуляції та інших форм невербального передавання інформації (боді-ленгвідж).
- Навички активного слухання (уміння концентровано сприймати іншу особу без переривань та формування передчасних висновків).
- Регуляція конфліктів(спроможність до превенції або конструктивного вирішення соціальних конфліктних колізій).
- Адаптація до соціальних ситуацій(здатність до гнучкого пристосування до різноманітних соціальних обставин та культурних контекстів).

Критично важливо усвідомлювати, що специфіка змістовного наповнення та структурна організація опитувальника може варіюватися залежно від авторів-розробників, цільового призначення та цільової аудиторії, для якої він був адаптований. При використанні подібного діагностичного інструментарію

необхідно брати до уваги його психометричні характеристики (наприклад, валідність, надійність) та контекстуальні умови, в яких буде здійснюватися тестування.

Окрім основних компетенцій, що підлягають вимірюванню в рамках тесту, додатково можуть бути інкорпоровані питання, спрямовані на детермінацію здатності особи до саморефлексії та саморегуляції в соціальному середовищі.

Це охоплює, наприклад, аналіз того, як індивід сприймає та реагує на соціальний тиск, рівень його навичок самоконтролю в умовах стресових ситуацій, а також спроможність до критичної оцінки власної комунікативної поведінки та її коригування відповідно до вимог ситуації.

Результати опитувальника уможливають чітку ідентифікацію конкретних зон розвитку для підвищення рівня комунікативної компетентності особи. Цей діагностичний потенціал є корисним для формування освітніх програм, проведення тренінгів з особистісного вдосконалення або для планування професійного кар'єрного зростання.

Ключовим аспектом є усвідомлення того, що соціально-комунікативна компетентність не є статичною характеристикою, а здатна до прогресивного розвитку протягом усього життєвого циклу шляхом навчання, накопичення досвіду та активної взаємодії з різноманітними соціокультурними контекстами. Відповідно, регулярне проведення тестування та систематична самооцінка можуть слугувати ефективним механізмом для моніторингу прогресу та розробки адекватних стратегій для подальшого розвитку цієї життєво важливої компетенції.

2.2. Аналіз та інтерпретація результатів дослідження

В умовах глобалізаційних процесів та стрімкої трансформації соціокультурного середовища, соціально-комунікативна компетентність набуває статусу однієї з ключових мета-навичок (soft skills), яка фасилітує ефективну адаптацію індивіда, продуктивну взаємодію з різноманітними соціальними групами та успішне досягнення персональних цілей.

У поточному емпіричному дослідженні взяв участь 31 медичний фахівець Комунального некомерційного підприємства «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради» (структуровані як 17 жінок та 14 чоловіків).

Віковий діапазон досліджуваних осіб коливався в межах від 30 до 55 років.

1) В процесі проходження опитувальника Томаса-Кілмана респондентам було запропоновано 30 дихотомічних тверджень, кожне з яких містило два можливих варіанти відповіді. Учасникам необхідно було детермінувати той варіант поведінки, який найбільш точно репрезентує їхню типову реакцію в конфліктній ситуації (Див. Рис. 2.2.1.).

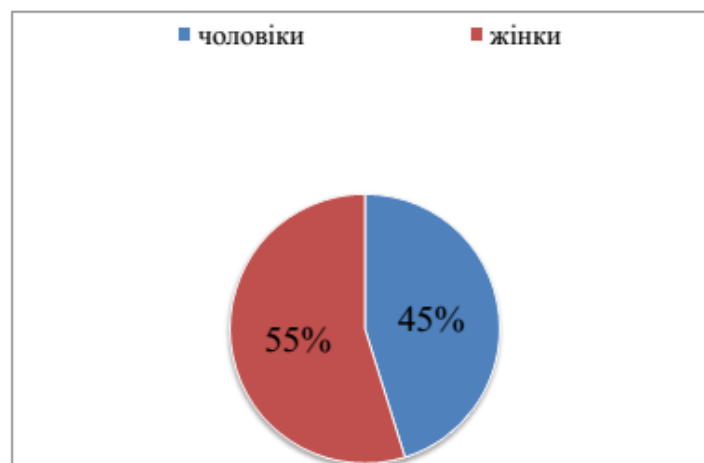


Рисунок 2.2.1. Відсоткове співвідношення методикою Томаса-Кілмена

Згідно з розподілом відповідей, серед опитаних осіб найчастіше зустрічаються моделі конфронтації та співпраці. Виявлено вміння комунікувати та готовність розв'язувати проблеми шляхом співпраці.

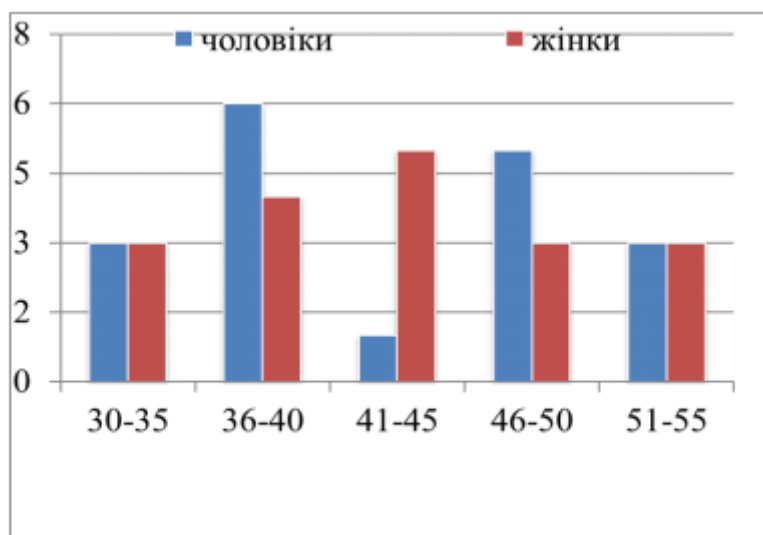


Рисунок 2.2.2. Співвідношення вікових особливостей вибірки

Аналіз гендерних диференціацій виявив, що жінки-респонденти схильні до самосприйняття крізь призму міжособистісних стосунків та афіліації. Водночас чоловіки-респонденти більшою мірою орієнтовані на самовизначення через домінування та соціальний контроль, що проявляється у вираженні асертивності та автономності (Див. Табл. 2.2.1).

Відповідно до отриманих результатів методики Томаса-Кілмана, спостерігається, що жінки та чоловіки демонструють перевагу тим стратегіям управління конфліктами, які корелюють з традиційними стереотипами гендерних ролей.

У дискусійних ситуаціях жінки, на відміну від чоловіків, частіше застосовують тактику акомодатії, що відображає їхню орієнтацію на збереження відносин. Натомість чоловіки виявляють вищу схильність до конфліктних дій та застосування стратегії домінування.

Таблиця 2.2.1.
Дані щодо стилів поведінки у конфліктній ситуації (за методикою К. Томаса-Кілмена)

Стилі поведінки	Кількість респондентів	%
Уникання	7	22.5
Суперництво	4	12.9
Прийняття	6	19.3
Компроміс	7	22.5
Співпраця	7	22.5

Емпіричні дані також свідчать про більш часте застосування стратегії уникнення конфліктів чоловіками-респондентами у порівнянні з жінками.

Цей патерн поведінки може корелювати з усталеними гендерними стереотипами, які передбачають для чоловіків вищий рівень емоційної стриманості та самоконтролю в публічних дискусіях.

Крім того, існує ймовірність, що більша схильність чоловіків до ігнорування конфліктних ситуацій може бути зумовлена дискомфортом, який вони відчувають у складних соціальних взаємодіях. Така соціальна дезадаптація стимулює їх до мінімізації контакту та уникнення потенційно конфліктогенних колізій.

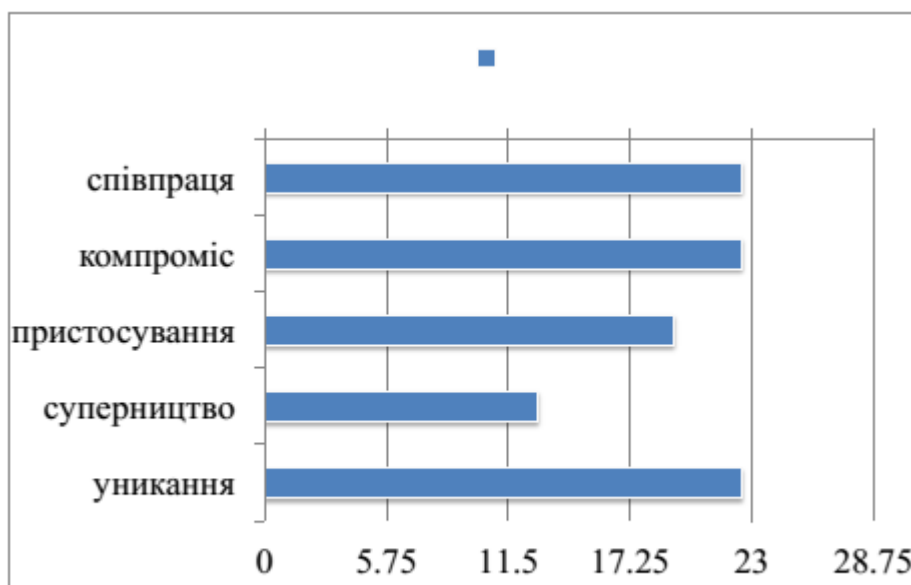


Рисунок 2.2.3. Відсоткове співвідношення (за методикою К.Томаса)-Кілмена

Аналіз гендерних диференціацій у дослідній когорті продемонстрував, що жінки-респонденти виявляють вищу схильність до застосування Компромісу та демонструють поведінкову гнучкість у міжособистісній взаємодії. Водночас, чоловіки-респонденти частіше орієнтуються на стратегію конкуренції та характеризуються меншою готовністю до повноцінної співпраці. Було встановлено, що жінки частіше застосовують тактику уникнення конфліктів. Ця тенденція може бути зумовлена не лише гендерними особливостями, але й

чинниками посадової ієрархії та соціального статусу в медичному закладі. Існує гіпотеза, що спостережуване зменшення виражених гендерних розбіжностей у стилях розв'язання конфліктів серед медичних працівників пов'язане з впливом професійної соціалізації. Даний процес вимагає від фахівців адаптації до конкретних поведінкових стандартів, що є необхідним для ефективного функціонування в медичній системі.

Зокрема, для забезпечення просування кар'єрними сходами у медичній сфері, жінкам-професіоналам часто доводиться опановувати риси, які традиційно атрибутовуються чоловічим моделям поведінки (наприклад, асертивність). Цей механізм стимулює їх до поведінкового пристосування та вирівнювання стратегій реагування на конфлікт з гендерно стереотипними очікуваннями від домінантних позицій.

Нижче буде наведено результати опитування за методикою дослідження соціального інтелекту (Дж.Гілфорд і М. Саллівен) (Рис 2.2.4).



Рисунок 2.2.4 За методикою дослідження соціального інтелекту (Дж.Гілфорд і М. Саллівен)

Розподіл рівнів соціального інтелекту серед медичних працівників, виміряний за методикою Дж. Гілфорда і М. Саллівен, виявив переважно середні та нижче середнього показники:

низький рівень соціального інтелекту виявлено у 13 % опитаних;
нижче середнього – у 26 %;
середній рівень мають 32 % досліджуваних, що становить найбільшу частку вибірки;
вище середнього зафіксовано у 23 %;
високий рівень – лише у 6 % респондентів.

Найбільша частка респондентів (32%) демонструє середній рівень соціального інтелекту. Сукупно більше третини опитаних (39%), (сума низького та нижче середнього рівнів) мають показники, що свідчать про потенційні труднощі в соціальній взаємодії та комунікації. Лише невелика група (6%) медичних працівників має високий рівень соціального інтелекту.

Це вказує на нагальну потребу впровадження цільових навчальних програм для підвищення соціально-комунікативної компетентності медичного персоналу. Така необхідність критично зростає в умовах війни, де ефективна командна взаємодія та емпатія є вирішальними чинниками успішного надання медичної допомоги.

Аналіз кількісних показників, отриманих за Методикою дослідження соціального інтелекту (Дж. Гілфорд і М. Саллівен), дозволяє сформулювати наступні висновки. Діапазон балів у дослідній когорті становить від 9 (мінімальний бал) до 50 (максимальний бал). Середнє значення загального бала у всіх респондентів можна приблизно оцінити як 31 бал $(9 + 50)/2 = 31$. Це значення відповідає середньому рівню розвитку соціального інтелекту. Таким чином, переважна частина респондентів характеризується середнім або нижче середнього рівнем соціального інтелекту. Ця тенденція може свідчити про певний дефіцит у навичках міжособистісного спілкування та соціалізації в межах досліджуваної групи.

Для проведення більш деталізованого та обґрунтованого аналізу виявлених показників доцільно зібрати додаткову інформацію про респондентів (наприклад, вік, стаж роботи, попередній досвід навчання чи тренінгів), оскільки

ці змінні можуть суттєво впливати на формування та прояв їхнього рівня соціального інтелекту.

Вивчення особливостей соціального інтелекту у медичних працівників набуває виняткової актуальності, особливо в контексті воєнних дій. Ці професіонали функціонують в умовах екстремальних стресових ситуацій, що вимагає від них не лише фахових медичних знань та клінічних навичок, але й глибокої перцепції психологічного стану пацієнтів та колег по команді.

Рівень соціального інтелекту прямо впливає на адаптивність та продуктивність персоналу в екстремальних обставинах.

Середній рівень соціального інтелекту. Медичні працівники з середніми показниками зберігають здатність до достатньо ефективної комунікації та адекватного сприйняття емоційного фону пацієнтів та колег. Проте, в екстремальних умовах війни такого рівня може бути недостатньо для проактивного запобігання конфліктам та усунення міжособистісних непорозумінь.

Низький рівень соціального інтелекту. Фахівці з низьким рівнем соціального інтелекту виявляються менш адаптованими до конструктивного вирішення конфліктів. Ця обставина може спровокувати появу внутрішньокорпоративних суперечностей, що особливо критично в умовах підвищеного стресу на війні.

Високий рівень соціального інтелекту. Такі медичні фахівці характеризуються спроможністю до швидкої фасилітації довірливих стосунків, прогностичної антиципації та глибокого розуміння емоцій інших, а також до високоефективного врегулювання конфліктів. В умовах війни ця компетентність є ключовим детермінантом у збереженні командної згуртованості та забезпеченні високої продуктивності роботи медичного підрозділу.

Оскільки соціальний інтелект часто корелює з усталеними гендерними ролями у суспільстві, вкрай важливо враховувати цей аспект при формуванні медичних команд. Жінки, які продемонстрували схильність до Співпраці та

Компромісу, можуть бути винятково корисними у ситуаціях, що вимагають дипломатичності та забезпечення командної згуртованості. Водночас, чоловіки, схильні до Конкуренції та Домінування, можуть ефективно проявляти себе в обставинах, які потребують швидкої рішучості та наполегливості .

Тест соціального інтелекту Джорджа Вашингтона спрямований на вивчення спроможності особистості до розуміння та прогностичної антиципації поведінки інших суб'єктів у різних соціальних контекстах. Він дозволяє оцінити, наскільки індивід здатен розпізнавати та інтерпретувати емоції, мотиви та наміри оточуючих, а також передбачати їхню поведінку в конкретних ситуаціях.

У контексті вивчення особливостей соціального інтелекту медичних працівників в умовах війни, такі когнітивні здібності набувають критичної важливості, оскільки вони безпосередньо впливають на якість міжособистісної комунікації, ефективність командної кооперації та майстерність конструктивного вирішення конфліктів.

Загальні результати опитування, отримані за Тестом соціального інтелекту Джорджа Вашингтона, демонструють наступний розподіл рівнів соціального інтелекту серед досліджуваних медичних працівників (Див. Діаграму):

- Високий рівень було виявлено у 25% опитаних.
- Середній рівень є домінуючим та становить 63% вибірки.
- Низький рівень продемонстрували лише 12% учасників.

Переважає більшість медичних фахівців (63%) характеризується середнім рівнем соціального інтелекту. Це свідчить про достатню, але не максимальну спроможність до адекватного розуміння та прогнозування поведінки інших. Ці середні результати вказують на їхню здатність адаптуватися до роботи в екстремальних умовах війни, хоча вони можуть відчувати певні труднощі в комплексних міжособистісних стосунках.

Позитивною тенденцією є те, що значна частина респондентів (25%) виявила високий рівень соціального інтелекту. Цей фактор сприяє ефективній комунікації та зниженню конфліктності у професійній діяльності.

Невеликий відсоток осіб з низькими показниками (12%) вказує на точковий дефіцит у соціально-комунікативних навичках у частини персоналу. Слід приділити особливу увагу медичним працівникам з низьким рівнем соціального інтелекту; їхні потреби мають бути враховані при плануванні професійної підготовки або при розподілі функціональних обов'язків.

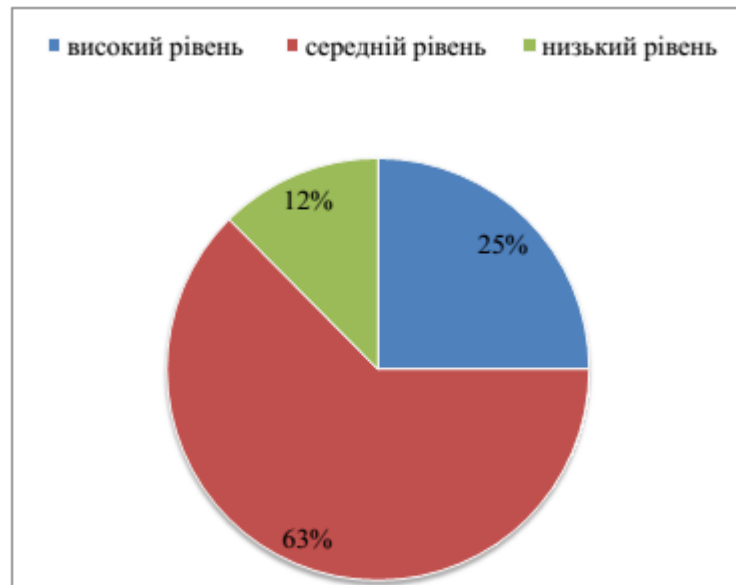


Рисунок 2.2.5. Тест соціального інтелекту Джорджа Вашингтона

3) «Шкала виміру соціального інтелекту Тромсе» є спеціалізованим інструментом, розробленим для комплексної оцінки соціального інтелекту особистості. Методика зосереджується на таких ключових аспектах, як соціальний інформаційний процесинг та соціальні навички. Ці параметри дозволяють дослідити спроможність індивіда до адекватного сприйняття, коректної інтерпретації та ефективного налагодження міжособистісних взаємин. Особливості соціального інтелекту у медичних працівників в умовах війни, виміряні за Шкалою виміру соціального інтелекту Тромсе, демонструють наступний розподіл показників (Див. Таблиця 2.2.2):

Таблиця 2.2.2

Загальні показники обробки соціальної інформації, соціальних навичок, соціального усвідомлення та соціального інтелекту за методикою Тромсе (у балах)

	<i>Обробка соціальної інформації</i>	<i>Соціальні навички</i>	<i>Соціальне усвідомлення</i>	<i>Соціальний інтелект</i>
Середнє	33,35	28,68	24,77	28,93
Стандартна похибка	0,88	0,55	0,84	0,45
Медіана	33	28	25	29
Мода	28	28	18	30,67
Стандартне відхилення	6,82	4,23	6,48	3,50
Коефіцієнт варіації	20	15	26	12

Шкала виміру соціального інтелекту Тромсе дозволила оцінити здатність особистості до перцепції, інтерпретації та налагодження міжособистісних взаємин у контексті професійної діяльності медичних працівників в умовах війни.

Результати розподілу рівнів соціального інтелекту за основними компонентами є наступними:

Компонент Соціального Інтелекту (Субшкала)	Високий Рівень	Середній Рівень	Низький Рівень
Сприйняття соціальної інформації	26% 8 осіб	48% 15 осіб	26% 8 осіб
Соціальний аналіз	29% 9 осіб	39% 12 осіб	32% 10 осіб
Соціальна Навички	19% 6 осіб	45% 14 осіб	36% 11 осіб

Підсумовуючи аналіз за Шкалою Тромсе, більшість медичних працівників, які функціонують в умовах війни, характеризуються середнім рівнем соціального інтелекту. Незважаючи на це, вони загалом демонструють достатній рівень сформованості навичок у розумінні соціальної інформації (соціальний інформаційний процесинг). Проте, можуть спостерігатися певні труднощі в аспектах соціальної взаємодії та соціального аналізу, що потребує подальшої корекції.

За результатами комплексного дослідження соціального інтелекту серед медичних працівників, які працюють в умовах війни, можна виокремити наступні відсоткові відношення загальних рівнів соціального інтелекту (Див. Рис. 2.2.6):

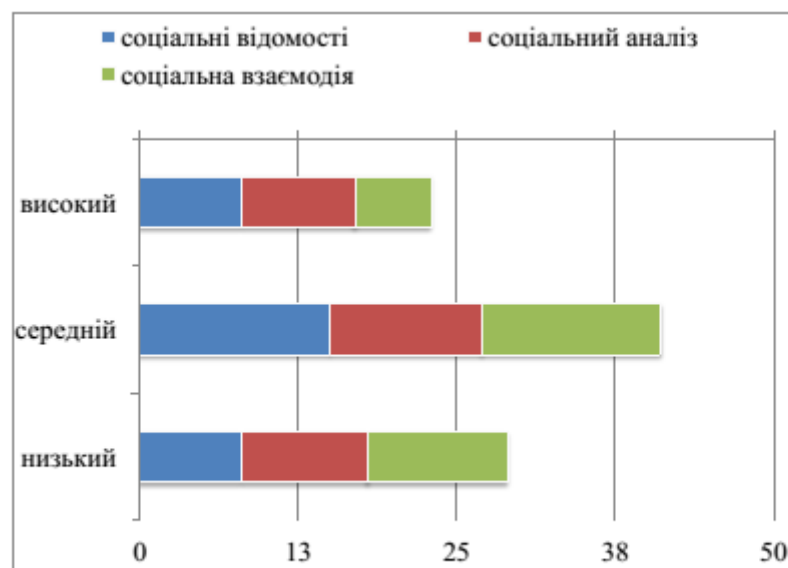


Рисунок 2.2.6. Особливості соціального інтелекту за Шкалою виміру соціального інтелекту Тромсе

Детальний аналіз розподілу рівнів соціального інтелекту за Шкалою Тромсе серед медичних працівників демонструє суттєві відмінності за субшкалами .

1. Сприйняття соціальної інформації. Середній рівень виявився домінуючим – 48.4% респондентів демонструють середню спроможність розуміти та сприймати соціальні ситуації. Високий та низький рівні мають ідентичні частки

– по 25.8% кожен, що вказує на полярність у здатності індивідів виявляти та розуміти соціальні відомості.

2. Вміння робити соціальні висновки (Навички аналізу). Середній рівень зафіксовано у 38.7% осіб. Низький рівень є другим за величиною показником – 32.3% працівників відчують ускладнення при аналізі соціальних ситуацій. Високий рівень має 29.0% медиків, демонструючи добре розвинені навички аналізу.

3. Соціальна взаємодія (Навички). Найбільша частка припадає на середній рівень – 45.2% респондентів мають загальну здатність до спільної діяльності, хоча можливі труднощі у комунікації. Низький рівень зафіксовано у 35.5% осіб, що є найбільшим показником низького рівня серед усіх субшкал TSIS і вказує на проблеми у вирішенні конфліктів та комунікації. Високий рівень є найменш представленим – 19.4% респондентів здатні до успішної спільної діяльності.

Високий рівень у субшкалі «Сприйняття» означає високу спроможність до глибокого розуміння соціальних ситуацій та легкість у проявленні емпатії. У сфері «Аналізу» це вказує на добре розвинені аналітичні навички та здатність до формування правильних висновків про поведінку інших. Висока «Соціальна взаємодія» підтверджує успішність у спільній діяльності та конструктивному вирішенні конфліктів.

Середній рівень за субшкалою «Сприйняття» свідчить про достатню здатність розуміти та сприймати соціальну інформацію. «Навички аналізу» характеризуються повністю середнім рівнем у формуванні висновків про поведінку інших. «Соціальна взаємодія» передбачає здатність до спільної діяльності, але з можливими періодичними труднощами у комунікації та врегулюванні конфліктів.

Низький рівень у «Сприйнятті» вказує на низький рівень здатності розуміти та сприймати соціальні ситуації. «Навички аналізу» супроводжуються відчуттям суттєвих ускладнень при аналізі соціальних ситуацій. Низька «Соціальна взаємодія» проявляється у виражених труднощах у спільній

діяльності, підвищеній ймовірності конфліктів та важкості у встановленні ефективної комунікації.

Аналіз показників за Шкалою виміру соціального інтелекту Тромсе свідчить про те, що медичні працівники, які працюють в умовах війни, переважно демонструють середній рівень соціального інтелекту. Найвищий рівень соціального інтелекту спостерігається в аспекті виявлення та розуміння соціальної інформації. Однак соціальний вивід і взаємодія потребують певних покращень. На цьому тлі особливо виділяється питання ефективної соціальної взаємодії, де більшість респондентів мають середній і низький рівень.

4) Дослідження, проведене за допомогою валідизованого тесту-опитувальника, спрямованого на діагностику соціально-комунікативної компетентності, дало змогу верифікувати певні емпіричні дані. Зазначена діагностична процедура була сконструйована з метою вимірювання рівня комунікативних здібностей, включаючи майстерність міжособистісної взаємодії, навички врегулювання конфліктних ситуацій та здатність до соціальної адаптації. Розподіл показників за компонентами методики є наступним:

- Майстерність міжособистісної взаємодії. Високий рівень зафіксовано у 32 % осіб, що відповідали 10 респондентів, середній рівень характерний для 42 % -13 осіб, а низький рівень виявлено у 23 % вибірки (7 респондентів).
- Навички врегулювання конфліктних ситуацій. 26 % фахівців медичної галузі демонструють високий рівень (8 осіб), середній рівень притаманний 39 % (12 осіб), тоді як 32 % випробовуваних мають низький рівень (10 осіб).
- Соціальна адаптація. Високий рівень засвідчено у 29 % опитаних (9 осіб), середній рівень спостерігається у переважної більшості — 48 % (15 осіб), а низький рівень зафіксовано у 19 % респондентів (6 осіб).

Підсумовуючи, можна констатувати, що переважна частина медичного персоналу, який функціонує в умовах військового середовища, характеризується помірним рівнем соціально-комунікативної компетентності. Водночас, орієнтовно третина учасників дослідження продемонстрували підвищений

рівень згаданих навичок, що дозволяє їм успішно виконувати функції лідерства чи медіації в межах професійного колективу. З іншого боку, сегмент з мінімальними показниками (приблизно п'ята частка досліджуваної групи) може потребувати цільової додаткової підготовки та професійної психологічної підтримки.

Результати емпіричного аналізу засвідчують, що переважна більшість фахівців медичної галузі (74%) демонструє помірний або підвищений рівень комунікативних здібностей. Цей факт підтверджує спроможність персоналу підтримувати конструктивну взаємодію з пацієнтами, колегами та мультидисциплінарною командою навіть в екстремальних умовах військових дій.

Разом з тим, істотна частка респондентів (23%) із мінімальним рівнем може зіштовхуватися з труднощами соціальної адаптації до обтяжливих (стресових) ситуацій і потребує цільової психологічної інтервенції та підтримки. Варто також наголосити, що дві третини опитаних (65%) характеризуються достатніми навичками врегулювання конфліктних ситуацій на помірному чи високому рівнях. Протилежно, значна меншість (32%) потенційно може зазнавати утруднень у процесі кооперації з пацієнтами або колегами в кризових обставинах.

Більшість учасників дослідження (77%) продемонстрували середній або високий рівень адаптивності до соціального оточення, що є критично значущим фактором для підтримання психоемоційної рівноваги (стабільності) в умовах бойових дій.

Загалом, результати дослідження свідчать про відносно високий рівень соціально-комунікативної компетентності переважної частини фахівців медичної сфери.

Проте, ідентифіковано сегмент персоналу, який зазнає утруднень у сфері професійної комунікації та соціальної адаптації. Ця обставина актуалізує необхідність ініціювання цільових освітніх програм та спеціалізованих

семінарів. Їхньою метою має бути підвищення соціальної компетентності означеної групи та формування навичок конструктивного врегулювання конфліктних ситуацій.

Зведені дані ілюструють наступний розподіл учасників за інтегральними рівнями соціально-комунікативної компетентності. Підвищений рівень зафіксовано у 32.26% респондентів. Помірний рівень виявлено у 41.94% респондентів. Мінімальний рівень характерний для 25.81% респондентів.

Примітка: Детальне трактування змісту кожного з верифікованих рівнів соціально-комунікативної компетентності представлено на Рисунку 2.2.7 .

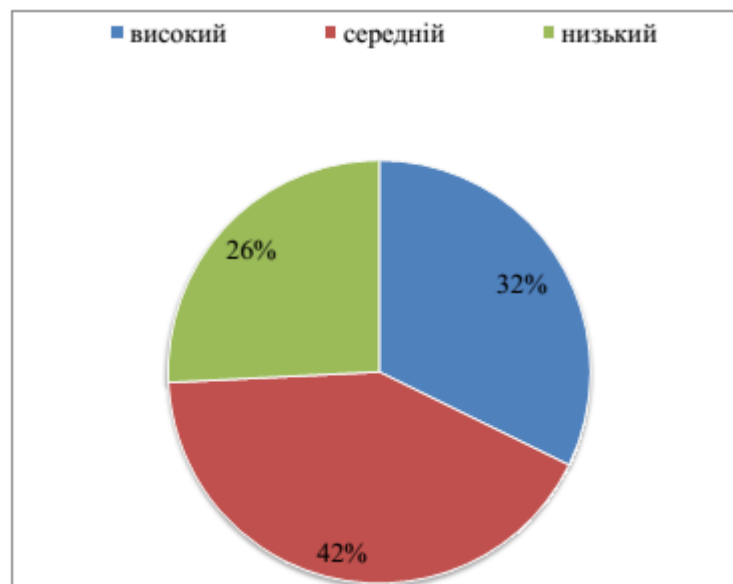


Рисунок 2.2.7 Тест-опитувальник оцінки соціально-комунікативної компетентності

Підвищений рівень соціально-комунікативної компетентності характеризується високою майстерністю міжособистісної взаємодії, ефективною конфліктологією та вираженою здатністю до соціальної адаптації. Особи з цим рівнем компетенції зазвичай проявляють лідерські якості та потенціал медіатора у професійному колективі, будучи спроможними успішно врегулювати суперечності та підтримувати конструктивну комунікацію з оточенням.

Помірний рівень соціально-комунікативної компетентності демонструє наявність у респондентів базових навичок у зазначених сферах (взаємодія, вирішення конфліктів, адаптація). Вони здатні здійснювати продуктивну комунікацію з колегами та пацієнтами, однак можуть потребувати додаткової підтримки або консультацій у процесі розв'язання комплексних конфліктних ситуацій.

Мінімальний рівень соціально-комунікативної компетентності характеризується тим, що респонденти можуть виявляти суттєві утруднення у сфері міжособистісної комунікації та врегулювання конфліктних ситуацій. Для таких осіб може бути складно адаптуватися до складних умов професійної діяльності та ефективної взаємодії з оточенням. Відповідно, для цієї групи критично важливою є цільова додаткова підтримка та освітні інтервенції з метою покращення їхніх соціальних навичок.

З метою верифікації взаємозв'язку між вимірюваними психодіагностичними показниками було здійснено кореляційний аналіз. У рамках цього дослідження застосовувався коефіцієнт кореляції Пірсона .

Якщо між ознаками існує прямий зв'язок, при якому збільшення значення однієї змінної корелює зі збільшенням значення іншої, коефіцієнт набуває значень у діапазоні від 0 до +1. У випадку зворотного зв'язку, коли зростання однієї змінної супроводжується зниженням іншої, коефіцієнт кореляції має від'ємний знак (-) і знаходиться у межах від 0 до -1.

Емпіричні дані щодо кореляції між Методикою Тесту К. Томаса (Стилі поведінки в конфлікті); Методикою Дослідження Соціального Інтелекту (Дж. Гілфорд і М. Саллівен); Тестом Соціального Інтелекту Джорджа Вашингтона; Тестом соціально-комунікативної компетентності; Шкалою виміру Соціального інтелекту Тромсе наведені у Таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3

Результати показників кореляційного аналізу за критерієм Пірсона

	Слабкий рівень соціального інтелекту (за Дж.Гілфорд, М. Саллівен)	Слабкий рівень соціального інтелекту (за Дж. Вашінгтоном)	Слабкий рівень соціального інтелекту (за Тромсе)	Низький рівень соціально-комунікативної компетентності
Уникнення	0.45	0.14	0.2	0.3
Пристосування	-0.23	-0.2	-0.25	-0.42
Конкуренція	0.12	0.3	0.2	0.21
Компроміс	-0.37	-0.2	-0.27	-0.15
Співпраця	-0.46	-0.25	-0.31	-0.36

У Таблиці 2.2.3 наведено числові значення критеріїв мінімального (слабкого) рівня соціального інтелекту, діагностованого за методиками Дж. Гілфорда та М. Саллівен, Дж. Вашінгтона та Тромсе.

Представлена Таблиця 2.2.3 надає можливість зіставити результати діагностики різних аспектів соціального інтелекту за вищезазначеними методиками (Дж. Гілфорд, М. Саллівен, Дж. Вашінгтон, Тромсе). Це дозволяє сформулювати цілісне уявлення про специфіку оцінювання конкретних компонентів на мінімальному рівні залежно від обраного інструментарію вимірювання.

У Таблиці 2.2.3 наведені коефіцієнти кореляції Пірсона, які відображають взаємозв'язок між різними критеріями соціального інтелекту та стилями поведінки у конфліктних ситуаціях (уникання, пристосування, конкуренція, компроміс, співпраця). Позитивне значення (наприклад, +0.45) вказує на прямий зв'язок, де підвищення рівня соціального інтелекту корелює з більш частою

маніфестацією певної стратегії конфліктної поведінки. Негативне значення (наприклад, -0.42) свідчить про обернений зв'язок, де підвищення рівня соціального інтелекту асоціюється зі зниженням частоти прояву відповідної стратегії.

Для інтерпретації отриманих коефіцієнтів застосовано наступну шкалу оцінки сили кореляційного зв'язку (за модулем):

- $0.00 - 0.30$ - слабкий зв'язок.

- $0.30 - 0.50$ - помірний зв'язок.

- $0.50 - 0.70$ - досить сильний зв'язок.

- $0.70 - 1.00$ - сильний зв'язок.

Емпіричний кореляційний аналіз, здійснений за коефіцієнтом Пірсона, виявив низку статистично значущих та помірних взаємозв'язків між мінімальним (слабким) рівнем соціального інтелекту/компетентності та стратегіями врегулювання конфліктних ситуацій.

1. Слабкий Рівень Соціального Інтелекту (Методика Дж. Гілфорда та М. Саллівен). За результатами діагностики за методикою Гілфорда та Саллівен, мінімальний рівень соціального інтелекту має помірний прямий зв'язок зі стратегією уникнення конфліктів ($+0.45$). Це свідчить про те, що фахівці із низькими показниками соціального інтелекту схильні частіше ухилятися від безпосередньої взаємодії в конфліктних ситуаціях. Водночас, зафіксовано помірний обернений зв'язок зі стратегією співпраці (-0.46), що вказує на зниження спроможності до конструктивної взаємодії та пошуку спільних рішень. Зі стратегіями пристосування та компромісу також виявлено слабкі негативні кореляції.

2. Слабкий Рівень Соціального Інтелекту (Методика Дж. Вашінгтона). Кореляційні співвідношення, отримані за методикою Вашінгтона, виявилися слабшими за абсолютним значенням. Проте, відзначено слабкий прямий зв'язок зі стратегією конкуренції ($+0.30$). Це дозволяє припустити, що мінімальний рівень соціального інтелекту асоціюється з дещо підвищеною схильністю до

суперництва в конфлікті. Зв'язки з уникненням (+0.14), співпрацею (-0.25), компромісом (-0.20) та пристосуванням (-0.20) кваліфіковані як слабкі.

3. Слабкий Рівень Соціального Інтелекту (Методика Тромсе). За даними методики Тромсе, виявлено помірний обернений зв'язок зі співпрацею (-0.31), що підтверджує тенденцію зниження орієнтації на конструктивне вирішення конфліктів при низькому соціальному інтелекті. Зафіксовано слабкі кореляції з уникненням (+0.20), компромісом (-0.27) та пристосуванням (-0.25).

4. Низький Рівень Соціально-Комунікативної Компетентності. Аналіз кореляцій низького рівня соціально-комунікативної компетентності виявив прямий помірний зв'язок зі стратегією уникнення (+0.30). Обернені помірні зв'язки зі стратегіями співпраці (-0.36) та пристосування (-0.42). Останній зв'язок є найсильнішим негативним співвідношенням у цій групі, що вказує на значне зниження схильності до згладжування розбіжностей шляхом підкорення інтересам іншого при низькій компетентності. Слабкий позитивний зв'язок із конкуренцією (+0.21).

Результати кореляційного аналізу підтверджують існування статистично значущого взаємозв'язку між мінімальним рівнем соціального інтелекту / соціально-комунікативної компетентності та високим рівнем конфліктності серед фахівців медичної галузі, що функціонують в умовах бойових дій. Встановлено, що особи з низькими показниками соціального інтелекту чи компетентності частіше демонструють схильність до стратегії уникнення конфліктів і виявляють меншу орієнтацію на співпрацю та компроміс. Обернений зв'язок- стилі пристосування та компромісу загалом мають негативну кореляцію з соціальним інтелектом (чим нижчий соціальний інтелект, тим рідше застосовуються ці стратегії). Прямий зв'язок- конкуренція продемонструвала слабкий позитивний зв'язок, проте його сила не була суттєво вираженою.

Емпіричні дані можуть слугувати надійною основою для розробки цільових тренінгових програм та освітніх інтервенцій. Ці заходи повинні бути спрямовані на підвищення ефективності командної взаємодії, зменшення

потенційної конфліктності в професійному середовищі в умовах військового часу. Проведене дослідження свідчить про диференційований рівень соціального інтелекту серед медичного персоналу, який задіяний в умовах бойових дій. Цей інтегральний фактор безпосередньо впливає на спроможність фахівців ефективно врегульовувати конфліктні ситуації, інтенсивність виникнення яких зростає в екстремальних обставинах.

Переважаюча частка медичних працівників демонструє підвищений рівень соціального інтелекту, що сприяє оптимізації комунікації та глибшому розумінню потреб пацієнтів. Проте, ідентифіковано категорію персоналу з помірним або мінімальним рівнем соціального інтелекту, що потенційно генерує труднощі в міжособистісній взаємодії.

Основні детермінанти конфліктності включають високу психоемоційну напругу, дефіцит часу для відновлення (відпочинку), значне професійне перевантаження.

Незважаючи на високий рівень професійних навичок, медичні працівники вимушені зіштовхуватися з додатковими викликами в умовах війни. Зважаючи на це, для забезпечення їхньої підтримки необхідно впровадити спеціалізовані програми підготовки, орієнтовані на покращення соціального інтелекту, розвиток навичок конструктивного вирішення конфліктних ситуацій. Крім того, забезпечення належної організаційної підтримки визнається ключовим фактором для підтримання морального духу персоналу та зниження загального рівня конфліктності.

Подальші емпіричні спостереження підтвердили, що медичний персонал, який пройшов цільові спеціалізовані тренінги з розвитку соціального інтелекту, демонструє більш високу ефективність у процесі кооперації з колегами та пацієнтами. Цей аспект набуває критичної значущості в контексті бойових дій, оскільки якість кожної професійної взаємодії може бути вирішальною. Крім того, дослідження засвідчило, що рівень конфліктності детермінований не лише показниками соціального інтелекту, але й індивідуальними особистісними

характеристиками, зокрема: стресостійкістю, адаптивністю, емоційною стабільністю. Фахівці, які характеризуються підвищеною стресостійкістю та здатністю до оперативної адаптації до динамічних умов служби, успішніше справляються з конфліктами та комплексними викликами, притаманними військово-медичній практиці.

Враховуючи отримані результати, критично важливо, щоб програми професійної підготовки для медичного персоналу включали комплексний набір інтервенцій. Ці заходи мають охоплювати не тільки тренінги з розвитку соціального інтелекту, але й навчання, спрямоване на формування інтеркультурної компетентності, оволодіння методами емоційної регуляції та підвищення стресостійкості. Слід зазначити, що в умовах військового конфлікту ефективність надання медичної допомоги детермінована низкою різноманітних чинників, проте ключовими елементами є рівень соціального інтелекту та пов'язані з ним соціально-психологічні навички. Науковцям та практикам необхідно приділити підвищену увагу дослідженню та розвитку цього аспекту з метою підвищення загальної якості медичних послуг та мінімізації рівня конфліктності в колективах медичних працівників.

Висновки до II розділу

Емпіричні результати дослідження підтвердили ключову роль соціального інтелекту в контексті професійної діяльності медичних працівників, особливо в умовах військового конфлікту. Встановлено, що фахівці з підвищеним рівнем соціального інтелекту демонструють меншу схильність до конфліктності, вищий рівень адаптованості до екстремальних умов праці та ефективнішу кооперацію з колегами і пацієнтами.

Дослідження показало, що в умовах глобалізаційних процесів та соціокультурних трансформацій, комунікативна компетентність та соціальний інтелект є критично важливими детермінантами ефективної взаємодії, зокрема в професійному середовищі медиків.

1. Стратегії Поведінки у Конфліктних Ситуаціях (Методика Томаса-Кілмена). Аналіз стратегій врегулювання конфліктів виявив наступні тенденції:

- Домінуючі моделі. Серед опитаних найбільш поширеними моделями поведінки є конкуренція (конфронтація), співпраця та компроміс.
- Гендерна специфіка. Жінки схильні більше орієнтуватися на підтримання міжособистісних стосунків, застосовуючи тактики пристосування та компромісу, що зумовлює їхню вищу гнучкість у розв'язанні конфліктних ситуацій. Чоловіки частіше демонструють домінування та суперництво, проте також виявляють схильність до уникнення конфліктів, що може бути пояснено соціальними очікуваннями щодо їхньої професійної ролі.
- Трансформація гендерних ролей. Зафіксовано тенденцію до поступового згладжування гендерних відмінностей у професійному середовищі, оскільки жінки інтегрують стандарти поведінки, які традиційно вважаються "чоловічими", з метою сприяння кар'єрному зростанню.

2. Рівень Соціального Інтелекту (Методика Гілфорда-Саллівен). Аналіз, здійснений за методикою Гілфорда-Саллівен, виявив такі закономірності:

- Розподіл Рівнів. Переважна частка респондентів продемонструвала помірний або нижчий за помірний рівень соціального інтелекту. Це вказує на об'єктивну потребу в цільових тренінгах із розвитку навичок міжособистісної комунікації.
- Адекватність Рівня. Фахівці з помірним рівнем соціального інтелекту спроможні підтримувати базову ефективну комунікацію, проте в екстремальних умовах військового середовища цього рівня може бути недостатньо для підтримки конструктивної взаємодії.
- Високий Рівень. Підвищений рівень соціального інтелекту є критично важливим для прояву лідерських функцій, збереження командної згуртованості та ефективного врегулювання конфліктів у кризових ситуаціях.
- Низький Рівень. Мінімальний рівень соціального інтелекту може спричиняти непорозуміння та конфліктні ситуації в колективі, особливо під час інтенсивного стресового навантаження.

3. Гендерний Аспект Соціально-Комунікативної Компетентності. Дослідження засвідчило існування гендерних відмінностей у проявах соціально-комунікативної компетентності:

- Особливості Жінок. Жінки демонструють більшу гнучкість та вищу здатність до співпраці, що визнається перевагою в колективній професійній діяльності. Водночас, у контексті конфліктних ситуацій, жінки менше схильні до уникнення конфліктів, ніж чоловіки.
- Особливості Чоловіків. Чоловіки частіше виявляють рішучість та конкурентність, що може забезпечувати високу ефективність у завданнях, які вимагають наполегливості та авторитетності.

Отже, збалансовані за гендером команди медичного персоналу мають потенціал для оптимального поєднання дипломатичності та згуртованості з необхідною рішучістю та стійкістю у кризових умовах.

4. Діагностика Соціального Інтелекту (Тест Дж. Вашінгтона). Дослідження із застосуванням Тесту соціального інтелекту Дж. Вашінгтона засвідчило, що переважна частина респондентів характеризується помірним рівнем соціального

інтелекту. Цей показник забезпечує базовий рівень адаптації до екстремальних умов діяльності. Разом з тим, наявність фахівців із мінімальним рівнем СІ вказує на накопичену потребу в наданні додаткової цільової підготовки та психологічної підтримки.

5. Структура Соціального Інтелекту (Шкала Тромсе). Аналіз, проведений за Шкалою соціального інтелекту Тромсе, продемонстрував, що найбільш розвиненою є компонента здатності медиків до розуміння соціальної інформації. Однак, сфери соціальної взаємодії та майстерності формулювання соціальних висновків залишаються проблемними. Цей факт підтверджує необхідність удосконалення саме комунікативних навичок та навичок колективної кооперації.

6. Верифікація Соціально-Комунікативної Компетентності

Результати опитувальника соціально-комунікативної компетентності підтвердили, що більшість медичних працівників володіють помірним або підвищеним рівнем комунікативних навичок, що дозволяє їм підтримувати професійну ефективність у кризових умовах. Водночас, група із мінімальним рівнем компетентності вимагає цілеспрямованої психологічної допомоги та додаткових навчальних інтервенцій.

7. Взаємозв'язок Соціального Інтелекту та Конфліктності

Кореляційний аналіз чітко продемонстрував, що мінімальний рівень соціального інтелекту безпосередньо корелює з підвищеною схильністю до конфліктності, зокрема із застосуванням таких моделей поведінки, як уникнення, суперництво та компроміс.

Цей емпіричний факт обґрунтовує критичну необхідність цільового розвитку таких індивідуальних якостей, як емоційна стабільність, стресостійкість та майстерність ефективної діяльності у високонапружених умовах.

8. Детермінанти Конфліктності в Умовах Війни та Комплексний Підхід

Умови військового конфлікту генерують додаткові ризики виникнення конфліктів, що зумовлено операційним перевантаженням, дефіцитом часу для відновлення та значною психологічною напругою. Зважаючи на це, розвиток

соціального інтелекту має бути інтегрований із комплексними програмами підтримки психічного здоров'я та тренінгами з управління стресом та емоційною регуляцією. Цей інтегрований підхід забезпечить підвищення загальної професійної адаптивності медичного персоналу.

Підсумовуючи, доцільно стверджувати, що рівень соціального інтелекту та соціально-комунікативної компетентності виступає одним із провідних чинників ефективності професійної діяльності медичних працівників в умовах військового конфлікту. Фахівці з підвищеними показниками СІ та СКК спроможні виконувати функції лідерів, медіаторів та забезпечувати психоемоційну стабільність у колективі. Для персоналу, який демонструє помірний чи мінімальний рівень, обґрунтованим є проведення спеціалізованих тренінгів, орієнтованих на розвиток комунікативних навичок, емоційної регуляції та стресостійкості. Ці заходи дозволять мінімізувати рівень конфліктності, підвищити командну згуртованість та загальну ефективність надання медичної допомоги в екстремальних умовах. У системі міжособистісних стосунків медичного персоналу були ідентифіковані ключові фігури, які слугують опорою для команди. Це явно свідчить про високу значущість ролі соціального інтелекту в забезпеченні злагодженої професійної діяльності.

Серед основних детермінант, що впливають на рівень соціального інтелекту, доцільно виокремити професійний досвід, рівень освіти, вікові характеристики та гендерні особливості. Отримані результати дослідження можуть бути використані як надійна емпірична основа для формування цільових тренінгових програм. Ці програми мають бути спрямовані на розвиток соціального інтелекту медичних працівників з метою підвищення їхньої професійної компетентності та мінімізації конфліктності у робочому середовищі. Узагальнюючи, проведене емпіричне дослідження повністю підтвердило висунуту гіпотезу про те, що соціальний інтелект є ключовим чинником, який суттєво впливає на рівень конфліктності в міжособистісних

стосунках медичних працівників, особливо в екстремальних умовах військового часу.

РОЗДІЛ 3

ПРОГРАМА РОЗВИТКУ СОЦІАЛЬНОГО ІНТЕЛЕКТУ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЯК ЗАСІБ ЗНИЖЕННЯ КОНФЛІКТНОСТІ

3.1 Методика реалізації формувального етапу дослідження

На підставі ґрунтовного аналізу наявних дилем у площині соціального інтелекту та його функцій, особливо в військових обставинах, постає нагальна потреба у конструюванні результативних підходів для піднесення цього інтелектуального конструкту.

Ключовим завданням даного параграфа є формулювання цільової програми, яка сприятиме зростанню рівня соціального інтелекту в когорті медичного персоналу.

Емпіричні дані, презентовані у попередніх частинах, переконливо засвідчують кореляцію між рівнем соціального інтелекту та особливостями конфліктної поведінки у лікувально-профілактичному середовищі. Відтак, значущість створення такої ініціативи не підлягає сумніву.

У межах даного розділу ми зосередимо увагу на цільових орієнтирах програми, її фундаментальних засадах та механізмах її реалізації. Крім того, буде представлено деталізований алгоритм проведення навчальних заходів (тренінгів та семінарів), які скеровані на оптимізацію показників соціального інтелекту серед медпрацівників.

Формувальний етап є ключовим елементом наукового пошуку, протягом якого здійснюється безпосередня інтервенція або імплементується навчально-тренувальний процес з метою дослідження динаміки змін у досліджуваному феномені чи об'єкті.

Провідною метою цього етапу є верифікація впливу інтервенції на специфічний параметр, а також забезпечення реплікативності дослідження.

При селекції суб'єктів дослідження необхідно враховувати чітко визначені критерії для забезпечення репрезентативності основних характеристик цільового контингенту .

Інтервенція може мати різноманітний характер , починаючи від освітніх ініціатив до психокорекційних сесій, проте ключовим аспектом є експліцитне визначення її меж та параметрів .

Упродовж усього процесу здійснюється збір емпіричних даних для моніторингу динаміки змін. З метою забезпечення повної об'єктивності дослідження доцільно задіяти контрольну групу, яка не буде піддаватися експозиції інтервенції . По завершенні етапу проводиться детальний аналіз здобутих даних, на основі якого формулюються висновки щодо ефективності застосованої методики . На фінальній стадії , залежно від отриманих результатів розробляються рекомендації стосовно подальшого використання або модифікації обраного алгоритму .

На підставі результатів аналізу емпіричних даних було визнано за необхідне імплементувати тренінговий курс з емоційного інтелекту для всіх респондентів, зокрема, для фахівців медичної галузі . Зазначене навчання було організовано після завершення робочої зміни . Була сконструйована цільова програма , спрямована на оптимізацію командної згуртованості шляхом покращення показників емоційного інтелекту. У межах даного дослідження була сформована експериментальна вибірка, що складалася з 31 особи (чоловіків) медичного персоналу Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради», для якої була реалізована зазначена інтервенційна програма. Контингент був сформований з осіб, які попередньо брали участь у емпіричному дослідженні.

Ключова мета даної програми «Програма розвитку соціального інтелекту» полягає в оптимізації соціального інтелекту (СІ) серед учасників.

Для досягнення цієї мети було сформульовано низку взаємопов'язаних завдань, а саме:

- Фасилітація гармонізації міжособистісних взаємин у професійній групі .
- Розвиток компетенцій міжкультурної комунікації та кооперації .
- Стимулювання прояву лідерського потенціалу особистості.
- Формування гуманістичних цінностей та емпатійного відгуку .
- Культивування позитивного когнітивно-емоційного фрейму .
- Мінімізація деструктивних агресивних тенденцій та формування адаптивних стратегій реагування на психоемоційне напруження.
- Спонування до інтроспекції щодо власних афективних станів та розвиток емпатії .

Під час проведення тренінгових модулів будуть застосовуватися інтерактивні ме, що за результатами імплементації програми учасники досягнуть консолідації міжособистісних зв'язків , оптимізації соціального інтелекту, підвищення компетенцій у сфері конструктивної медіації .

Навчальні сесії тривалістю від 90 до 120 хвилин (1,5 - 2 години) будуть відбуватися на щотижневій основі .Основна ціль програми полягає у подальшій систематичній роботі над розвитком соціального інтелекту серед медичних працівників, незалежно від їх адаптаційного потенціалу.

Ця Програма сфокусована на акумуляцію соціально-психологічних навичок , інтенсифікацію процесів саморозвитку та посилення механізмів саморегуляції. Завдання, які реалізуються у межах розвиткової програми, охоплюють:

- Набуття компетенцій щодо ефективних стратегій поведінки та міжособистісної взаємодії .
- Формування внутрішньої мотивації до особистісного зростання та самодетермінації .
- Розвиток адекватної самооцінки, підвищення рівня самосприйняття та зміцнення особистісної впевненості .

- Оволодіння навичками зниження психоемоційного напруження , конструктивного розв'язання конфліктних ситуацій, асертивної поведінки та інтроспективної рефлексії.

Кожен навчальний модуль інтегрує наступні уніфіковані елементи:

- Декларування мети сесії та встановлення очікуваних результатів.
- Актуалізація попередньо засвоєних знань та мотиваційне стимулювання.
- Теоретичний блок з верифікацією та корекцією набутих знань.
- Практикум .
- Рефлексивний аналіз я) заняття.

Методологічне забезпечення включає такі форми роботи, як: інформування, міні-лекції, бесіди, дискусії, рольове моделювання , ситуаційний аналіз, метод "репетиція поведінки" та релаксаційні техніки.

Для забезпечення процесу навчання використовуються різноманітні дидактичні матеріали, зокрема: паперові носії , письмове приладдя , маркери , адгезивна стрічка, клейкі нотатки , різальні інструменти , а також мультимедійні ресурси . На кожен структурну одиницю відводиться часовий проміжок у межах 5-10 хвилин., кожна з яких матиме двогодинну тривалість, із частотою проведення 2-3 рази на тиждень, для групи 31 учасника.

ЗАНЯТТЯ 1

Тема: Соціальний інтелект

Цільова Мета: Ознайомлення респондентів з концепцією «соціальний інтелект» (CI); створення атмосфери довіри та психологічного комфорту ; формування внутрішньої мотивації до самоактуалізації .Очікувані результати: розвиток комунікативних компетенцій ; оптимізація процесів обробки соціальної інформації; збір зворотного зв'язку від учасників тренінгової групи.

Мотиваційний вектор : спрямований на інтенсифікацію процесів самопізнання та сприяння особистісному зростанню .

Організаційний блок : Презентація фасилітатора ; первинне знайомство з членами групи ; верифікація теми та дефініція правил функціонування у груповому форматі.

"Вітаю! Сьогодні я виконую функцію фасилітатора, моє ім'я... Я висловлюю вдячність за можливість ініціації співпраці . Розпочнімо процедуру знайомства! Просимо Вас на аркуші паперу зафіксувати свій ідентифікатор (ім'я), використовуючи стилістично нетиповий шрифт (наприклад, каліграфічний – з вензелями, або готичний). Особливості графічного оформлення є додатковим діагностичним інструментом для тренера. Ваша креативність вже імponує нам ! Хоча ми характеризуємося гетерогенністю , водночас демонструємо гомогенні риси . Передчуваю , що наша спільна діяльність буде надзвичайно плідною!"

Далі фасилітатор переходить до обговорення організаційних аспектів тренінгового процесу.

"Наші інтерактивні сесії заплановані з частотою один раз на тиждень у ... Часовий ліміт для кожного заняття становить 1,5–2 години. Зважаючи на високу динаміку групової роботи та з метою забезпечення можливості для самопрезентації кожному учаснику, критично важливим є дотримання встановлених норм у групі.

Пропоную кожному учаснику сформулювати по одній нормі ! У разі консенсусу щодо запропонованої норми, я її фіксую . Якщо виникає дисонанс, будь ласка, аргументуйте свою позицію та запропонуйте альтернативний варіант .

Розпочну з власної пропозиції: ... Чи існує консенсус ? Зафіксовано ! Акцентую, що ці норми є обов'язковими побажаннями кожного суб'єкта групи. Ми культивуватимемо взаємоповагу ! Особисто очікую саме цього відчуття — взаємоповаги та колективної єдності, що виходить від кожного до всіх та від усіх до кожного.

Які Ваші персональні очікування від наших спільних зустрічей ?"

Відповіді респондентів (учасників) підлягають обов'язковій фіксації.

"Отже, тематичне спрямування ... Тема характеризується високою релевантністю, прагматичністю та значущістю .

Пропоную розширити ваше бачення, відповівши на наступні питання :

- Якщо це релевантно, то це стосується... (наприклад, незвіданих аспектів, інноваційних знань)

- Якщо це прагматично , то це передбачає ... (наприклад, конкретні інструменти, застосування у професійній діяльності)

- Якщо це значуще , то це детермінує ... (наприклад, персональний чи соціальний вплив, довгострокові перспективи)

Інформація, отримана від учасників , є ключовим діагностичним матеріалом для фасилітатора.

"Ваші відповіді є вельми змістовними , прагматичними та значущими! Ці аспекти ми можемо узагальнити двома термінами — «соціальний інтелект»!"

Після цього ініціюється групова дискусія та уточнення семантичних меж цього ключового поняття.

Вправа «Самопрезентація»

Мета цього завдання полягає в сприянні оптимізації навичок експресії емоційних станів та інтенсифікації механізмів психологічної адаптації .
Процедура виконання:Учасникам пропонується вербалізувати персонально значущі події, декларувати , що викликає у них найбільше здивування, що індукує пізнавальний інтерес та що є джерелом позитивного афекту . Виконання здійснюється за за круговою системою. (У разі дистанційного формату фасилітатор визначає черговість відповідей респондентів). По завершенню завдання відбувається обговорення, під час якого аналізуються такі аспекти: що виявилось більш критичним для виконання в процесі вправи та яка подія була найлегшою для відтворення.

Вправа «Неолексика»

Мета цього завдання – культивування здатності до соціальної перцепції за умов мінімальної інформативної насиченості . Процедура виконання: Респонденти отримують ідентичні аркуші паперу та уніфіковане письмове приладдя . Після цього кожному необхідн письмово зафіксувати 10 оригінальних , сконструйованих слів, які не є запозиченням або комбінацією існуючих мовних одиниць .Зміст цих слів не повинна мати конкретного смислового навантаження . Час, відведений на виконання , становить 3–5 хвилин. Сформовані картки з лексемами збираються та підлягають рандомізації . Після цього кожен респондент випадково отримує картку, створену іншим учасником. Учасники презентують зміст своєї картки, а інші члени групи формулюють гіпотези щодо авторства. Особа, яка створила картку , визначає нового «власника» своєї картки. На завершення проводиться групове обговорення, під час якого ідентифікуються найскладніші та найпростіші аспекти виконання.

Вправа «Чотири сценарії»

Мета цього завдання — продовження формування компетенцій з декодування вербальних та невербальних сигналів. Процедура виконання: Респонденти отримують індивідуальні картки із детальною інструкцією стосовно ролі чи поведінкового сценарію , який вони мають відтворити . Зміст інструктивних карток залишається конфіденційним . Картки класифікуються на 4 категорії , і для кожної категорії передбачені відповідні деталізовані інструкції. Після завершення вправи проводиться дискусія, під час якої учасники обмінюються власним досвідом та спостереженнями.

Вправа «Психологічний профіль»

Мета цього інтерактивного завдання полягає в оптимізації компетенцій зі створення психологічного профілю іншої особистості , вдосконаленні навичок компаративного аналізу членів соціального оточення та розвитку здатності до ідентифікації індивіда на основі описової характеристики. Процедура виконання: Кожен респондент отримує завдання сконструювати психологічний портрет будь-кого з членів тренінгової групи , уникаючи фіксації

зовнішніх ознак. Учасники озвучують свої гіпотези щодо авторства представленого профілю, тоді як авторський суб'єкт прагне зберегти свою інкогнітальність.

ЗАНЯТТЯ 2

Тема: Розширення соціальної усвідомленості

Цільова Мета: Поглиблення інформаційного контенту; ро; опанування технік саморелаксації; консолідація групи та формування сприятливого психоемоційного середовища.

Очікувані результати: Розвиток комунікативних вмінь; підвищення показників емпатійності; розвиток навичок експресії емоційних станів та інтроспективної рефлексії.

Актуалізація попередньо засвоєних знань. Ініціювання бесіди з метою верифікації рівня розуміння дефініції «Соціальна усвідомленість».

Мотиваційний вектор: Спрямований на самопізнання, стимулювання особистісного зростання та усвідомлене демонстрування емпатії.

Теоретичний блок: Проведення міні-лекційного курсу на тему «Розширення соціальної свідомості», з урахуванням рівня наявного знаннєвого базису. Здійснення контролю засвоєних знань.

У рамках практичної частини передбачено серію інтерактивних вправ, спрямованих на емпіричне засвоєння ключових соціальних та емоційних компетенцій:

- Вправа «Відповіді невпадал». Стимулює формування реакцій, які цілеспрямовано суперечать загальноприйнятому сприйняттю.
- Вправа «Нехай буде, що буде». Сприяє розвитку навичок саморегуляції та адаптації до непередбачуваних обставин.
- Вправа «Маніфестація». Дозволяє вербалізувати індивідуальні переконання та ціннісні орієнтири у груповому просторі.

- Вправа «Техніка «Недільний вечір». Слугує інструментом для психоемоційної стабілізації та релаксації через застосування специфічного методу .

Вправа «Відповіді невіпади»

Мета цього завдання — ініціювати психоемоційне розвантаження учасників та забезпечити сприятливу атмосферу. Процедура виконання: Тренер пропонує ігрову взаємодію , під час якої один з учасників адресує запитання іншому, а відповідь повинна бути абсолютно несподіваною та не корелювати із запитанням . Наприклад, запитання стосовно поточних справ може викликати відповідь, асоційовану з кольоровим спектром . Ця вправа каталізує релаксацію та нівелює надмірну ригідність (занадто серйозного ставлення) [9].

Вправа «Нехай буде, що буде»

Мета цього завдання — зниження загального рівня тривожності та створення атмосфери довіри . Процедура виконання: Учасники здійснюють обмін інформацією щодо власних страхів та побоювань, акцентуючи увагу на філософському принципі «Дій адекватно обставинам, і результат буде прийнятний» (принцип «Роби, що потрібно, і нехай буде, що буде»). Ця вправа підтримує феномен колективної згуртованості та модифікацію поведінкових патернів під впливом групової динаміки. Фасилітатор забезпечує ретельний контроль за активністю респондентів та підтримує паритетність участі.

Вправа «Маніфестація»

Мета цього завдання — продовження формування та вдосконалення вмінь експресії емоційних станів та артикуляції персональних поглядів. Процедура виконання: Учасники переглядають короткометражні відеофрагменти з різноманітним емоційним контентом , після чого демонструють власні емоції з максимальною інтенсивністю . Тренер стимулює активну участь респондентів та підсумовує завдання через групову дискусію .

Техніка «Недільний вечір»

Мета цієї техніки — сприяти особистісному зростанню, кристалізації інтересів, досягненню емоційної гомеостатичності та розвитку навичок

інтроспективної рефлексії. Процедура застосування: Техніка полягає в тому, щоб виділення вечірнього часу неділі стало персональним часовим ресурсом для занять, що приносить задоволення. Учасники можуть залучатися до різних видів діяльності, ініціювати нові захоплення та відновлювати ресурси. Фасилітатор акцентує на критичній важливості вільного часового проміжку для саморозвитку та особистісного зростання.

ЗАНЯТТЯ 3

Тема: Акт взаємопізнання.

Цільова Мета: Ініціація процесу знайомства респондентів між собою; формування концептуального розуміння соціального інтелекту (СІ) та здійснення самооцінки учасниками.

Вправа «Ім'я – це важливо» (Тривалість: 15 хв.)

Цільова Мета: Первинна фасилітація та стимулювання міжособистісної взаємодії у груповому форматі.

Ресурсне Обладнання: Аркуш паперу, письмове приладдя.

Процедура виконання: Учасники розташовуються по колу. За сигналом фасилітатора, вони формують підгрупи за критерієм спільності імен. У випадку унікальності імені, респондент з таким ідентифікатором виконує завдання індивідуально. Після завершення групування, тренер формулює завдання.

Інструкції: Кожна сформована підгрупа має презентувати своє спільне ім'я, розкриваючи його етимологічне походження та ключові характеристики. За відсутності цієї інформації, учасники можуть ділитися історіями щодо номінації та особи, яка здійснила вибір імені. Також доцільно обговорити, які деривативні форми від імені є найбільш прийнятними.

У подальшій фазі тренінгу, фасилітатор може презентувати низку стандартизованих методик для емпіричного дослідження соціального інтелекту

(СІ). Здобуті емпіричні дані підлягають ретельному аналізу та груповому обговоренню протягом 45-хвилинного часового інтервалу.

1. Вправа «Початкове знайомство».

Цільова Мета: Ознайомлення респондентів з базовими концептуальними положеннями; імплементація понятійного апарату «соціальний інтелект».

2. Вправа «Точки зору» (Рольове моделювання):

Відтворіть імітаційний сценарій, де кожен індивід має відмінну точку зору на специфічну ситуацію. Кожна особа репрезентує альтернативну роль та прагне до емпатійного осягнення мотиваційних факторів та афективних станів інших членів групи.

3. Вправа «Кооперативний проект» : Спільними зусиллями розробіть та реалізуйте конкретний проект або ініціативу. Критично важливим є урахування диференційованих позицій, досягнення колективних рішень та ефективна командна взаємодія.

4. Вправа «Діалог на гарячі теми» :

Організуйте групову дискусію стосовно актуальних і значущих тем. Ініціюйте запит щодо множинності точок зору та стимулюйте формування конструктивної комунікації.

Вправа «Наратив від імені іншого суб'єкта»

Процедура: Запропонуйте респондентам конструювати історії, але з перспективи інших осіб. Ця методика фасилітує глибинному розумінню різних життєвих позицій.

Вправа «Діагностика афективних станів»

Процедура: Запропонуйте набір з візуалізацією різних емоційних експресій. Учасники повинні здійснити вибір тих карток, які, на їхню думку, найбільш повно відображають їхній актуальний психоемоційний стан.

Вправа «Активне слухання»

Процедура: Сформууйте пари, де одна особа презентує свій досвід за день, а інша зосереджує увагу виключно на процесі аудіювання. По завершенню

нарративу , партнер повинен здійснити рекапітуляцію та деталізацію озвученої інформації .

Вправа «Колективне вирішення конфліктів»

Процедура: Створіть імітаційну конфліктну ситуацію та запропонуйте учасникам ініціювати спільне рішення . Критично важливим є застосування компетенцій медіації та пошуку компромісних стратегій.

Вправа «Виразні обличчя»

Процедура: Продемонструйте учасникам зображення , що експресують різні емоції. Запропонуйте їм відтворити ці мімічні вирази та ідентифікувати , які афективні стани супроводжують цей процес.

Весь комплекс цих завдань сприяє розвитку комунікативних , емпатійних компетенцій, формуванню толерантності до різноманіття поглядів та здатності до колективної діяльності , що загалом веде до оптимізації соціального інтелекту

ЗАНЯТТЯ 4 «Мій світ в оточенні інших».

Цільова Мета: Поглиблення групової перцепції ; оволодіння компетенціями емпатії, розуміння та відтворення афективних станів інших суб'єктів.

Вправа 1. «Жест та ім'я» (Тривалість: 10 хв.)

Цільова Мета: Фасилітація психологічного розвантаження у групі та поглиблення процесу взаємознайомств респондентів . Процедура виконання:

Кожен респондент по черзі вербалізує свій ідентифікатор , супроводжуючи його індивідуалізованим кінетичним патерном . Далі, весь колектив одночасно артикулює ім'я та реплікує кінетичний патерн особи, що здійснила самопрезентацію .

Вправа 2. «Арт слухання» (Тривалість: 60 хв.)

Цільова Мета: Сприяння більш ґрунтовному взаємопізнанню учасників, вивчення та тренування емпатичного слухання; формування атмосфери консенсусу та солідарності в групі. Процедура виконання: Респонденти розподіляються на підгрупи, що налічують 6–8 осіб, за гомогенним гендерним критерієм. Вони розташовуються по колу. Один із членів підгрупи займає

центральну позицію та обирає тематичний вектор для дискурсу : «Досвід перебування чоловіка серед чоловічого та жіночого контингенту» або «Досвід перебування жінки серед жіночого та чоловічого контингенту».

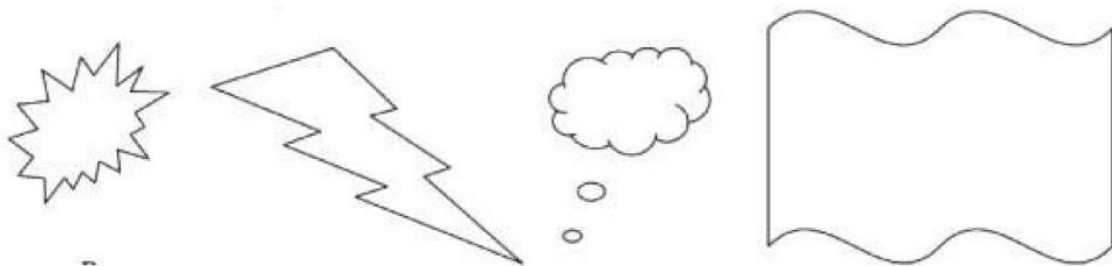
Члени підгрупи здійснюють активне аудіювання , уникаючи інтервенції у наратив . Кожен респондент має ліміт у 10 хвилин для презентації. Після вичерпання відведеного часу, наступний учасник переміщується у центральну позицію.

Слід зазначити , що обраний тематичний фокус може індукувати у респондентів (чоловіків чи жінок) інтенсивне співпереживання та емпатійний відгук , які підлягають подальшому аналізу в ході групової дискусії . З плином часу та поглибленням групової довіри, учасники демонструють зростання рівня відкритості та схильності до вербалізації власних афективних переживань. Для контингенту з недостатнім досвідом групової роботи, тематичні блоки можуть бути адаптовані відповідно до актуальних потреб групи.

Вправа 3. «Невербальна експресія» (Тривалість: 15 хв.)

Цільова Мета: Демонстрація функціональної ролі невербальних комунікативних сигналів у контексті міжособистісної взаємодії .

Ресурсне забезпечення : Візуальні зображення абстрактних фігур/облич , позначених як: «Мамліна», «Жакарега», «Куки», «Буба», розміром А4.



Інструкція до Вправи «Невербальна експресія» . Пропоную звернути увагу на класичний когнітивний експеримент. Вам буде презентовано чотири невідомі лексеми гіпотетичної мови, які позначають абстрактні візуальні об'єкти :

«Мамліна», «Жакарега», «Кука», «Буба». Спробуйте інтуїтивно ідентифікувати, яке візуальне зображення корелює зі словом «Мамліна» та яке — зі словом «Жакарега». Які асоціативні зв'язки виникли в процесі селекції? Охарактеризуйте ці візуальні конфігурації, які специфічні особливості Ви в них помітили? Багаточисельні емпіричні дослідження засвідчили, що більшість індивідів, незалежно від їхньої культурної чи етнічної приналежності, асоціюють лексеми «Мамліна» та «Жакарега» з першими двома візуальними формами, а лексеми «Кука» та «Буба» — з третьою та четвертою, які мають більш округлі контури.

На основі результатів цього експерименту груповий контингент здійснює рефлексію та приходять до розуміння, що кожна вербальна одиниця та поведінковий акт функціонують у специфічному соціальному контексті, який сприймається іншими суб'єктами не лише на раціонально-логічному рівні.

Вправа 4. «Соціальний відгук» (Тривалість: 20 хв.)

Цільова Мета: Розвиток компетенцій з експресії емоційних станів та почуттів за посередництвом мимічної мускулатури.

Ресурсне забезпечення: Індивідуальні дзеркала.

Процедура виконання: Тренер акцентує увагу на критичній значущості миміки у процесі комунікації та інтерпретації афективних станів. Далі респондентам пропонується перелік емоцій, які вони мають відтворити, використовуючи миміку, контролюючи себе у дзеркалі: гнів, тривога, відчуженість, захоплення, очікування, здивування, обурення, зневага. Здійснюється рефлексивний аналіз якості виконання завдання.

Вправа 5. «Асоціативні символи» (Тривалість: 15 хв.)

Цільова Мета: Вдосконалення навичок соціальної інтуїції.

Процедура виконання: Тренер ініціює завдання, пояснюючи процедуру: «Ми здійснюватимемо обмін асоціаціями, які викликає кожен присутній. Ця асоціація може бути представлена у формі будь-якого образу — біологічного об'єкта, артефакту чи природного феномену. Після завершення обговорення

стосовно конкретного респондента, фасилітатор звертається до нього із запитанням : яка із запропонованих асоціацій виявилася найбільш влучною, несподіваною чи релевантною .

Цей вид діяльності реалізується послідовно стосовно всіх членів групи.

ЗАНЯТТЯ 5. «Глибинний аналіз афективних станів»

Цільова Мета: Дослідження фундаментальних емоційних процесів, осягнення власних афективних станів .

1. Вправа «Соціальна фокусна точка» . Сумка таємниць.

2. Вправа (Тривалість: 30 хв.)

Мета: Формування колективної ідентичності та конструювання атмосфери довіри серед учасників.

Ресурсне забезпечення : Паперові носії для візуалізації, періодичні видання для створення візуальної композиції , маркери, кольорові олівці.

Процедура виконання : Учасники розподіляються на малі групи по 2–3 особи. Кожній підгрупі пропонується створити колаж, який буде відображати їхній суб'єктивний емоційний простір . По завершенню роботи групи здійснюють презентацію своїх візуальних композицій та ініціюють їхнє обговорення .

Узагальнення: Кожен індивід переживає диференційовані емоції, проте способи їх експресії та інтенсивність можуть істотно варіюватися .

ЗАНЯТТЯ 4: «Сприйняття та довіра».

Мета: Інтенсифікація автентичності респондентів ; вдосконалення компетенцій самопізнання та саморегуляції; консолідація почуття довіри.

Вправа 1. Тривалість: 15 хв.

Мета:Стимулювання групової інтуїції та невербального консенсусу.

Усі учасники розташовуються по колу.

Інструкція: «Перед нами стоїть спільне завдання: спробувати синхронно , не консультуючись та не використовуючи вербальну комунікацію ,

продемонструвати ідентичну кількість пальців на обох верхніх кінцівках . Я фіксуватиму часовий інтервал : один, два, три. На сигнал «три» всі разом демонструємо пальці. Ми підтримуємо верхні кінцівки у піднятому положенні протягом достатнього часу для оцінки, чи досягли ми поставленої мети. Якщо умова не виконана , ми ініціюємо наступну спробу. Чи всі аспекти зрозумілі ? Розпочинаємо виконання».

Результати цього завдання можуть бути гетерогенними . Іноді групі необхідна значна кількість спроб , іноді — мінімальна . Незалежно від підсумкового результату, ця вправа слугує джерелом значного емпіричного матеріалу для аналізу, який може бути використаний як у процесі поточного тренінгу, так і в подальших соціально-психологічних навчальних модулях .

Доцільно ініціювати обговорення наступних критичних аспектів таких як вплив суспільної думки, феномен групового тиску, ефект впливу авторитету, групова динаміка, колективний афективний стан .

Вправа 2. «Вогнище запитань» (Тривалість: 20 хв.)

Мета: Інтенсифікація автентичності респондентів , вдосконалення компетенцій саморегуляції та аналіз суб'єктивного відчуття довіри.

Процедура виконання: Один із членів групи здійснює рандомізований вибір черговості. Цей респондент займає центральне місце у фокусі запитань . Протягом 10-хвилинного часового інтервалу інші учасники адресують йому запитання, на які він зобов'язаний відповідати чесно. Бажаним є , щоб кожен респондент хоча б один раз опинився в центрі уваги на «вогнище запитань». По завершенню завдання кожному пропонується письмово зафіксувати власні суб'єктивні переживання на окремих аркушах (тобто, афективні стани , що виникли в процесі виконання вправи, формулювання або отримання відповідей на запитання). Тренер збирає всі письмові свідчення та зачитує їх вголос , зберігаючи анонімність авторів.

Ініціюється груповий аналіз отриманих відгуків та рефлексія.

Вправа 3. «Довіра в умовах неконтрольованого падіння» (Тривалість: 20 хв.)

Цільова Мета: Емпіричне дослідження здатності респондентів до саморегуляції афективних станів, а також аналіз феномену довіри як глибинного особистісного конструкту .

Процедура виконання: Респонденти утворюють замкнуту фігуру . Один із членів групи займає центральну позицію , заплющує очі, досягає стану психофізичного розслаблення і здійснює контрольоване падіння назад, покладаючись на підтримку інших учасників. Кожен індивід повинен отримати досвід як «того, хто падає», так і «того, хто здійснює підтримку».

По завершенню вправи ініціюється групова дискусія стосовно афективних станів та суб'єктивних відчуттів , що виникли в процесі виконання завдання (можливий страх, невпевненість, недовіра). Фасилітатор акцентує увагу на кореляції між довірою та безумовним прийняттям , а також на їхній функціональній ролі у формуванні автентичних та щирих міжособистісних стосунків .

Мета: Поглиблення інтроспективного осягнення власних суб'єктивних переживань учасників, осмислення емоційних реакцій та аналіз інтеграції емоційних процесів у життєдіяльності індивіда .

Матеріальне забезпечення :Діагностичні картки із зафіксованими емоціями та почуттями, паперові носії та письмове приладдя .

Процедура виконання: Група розподіляється на малі підгрупи або функціонує індивідуально . Кожному респонденту або підгрупі надаються картки із зображенням різних почуттів та емоцій.

Інструкція: «Здійсніть ранжування карток таким чином, щоб афективні стани на них були згруповані за критерієм схожості ». Після завершення сортування, респонденти обмінюються власними спостереженнями та критеріями категоризації. Наступний крок: «Тепер перегрупуйте картки таким

чином, щоб представлені афективні стани були розташовані як полярні протилежності».

Оскільки індивідуальні реакції можуть суттєво диференціюватися відповідно до персональних переживань та накопиченого досвіду, групова дискусія набуває особливої значущості. Фасилітатор здійснює аналіз отриманих комбінацій спільно з учасниками, розкриваючи семантичне наповнення кожного афективного стану.

ЗАНЯТТЯ 6 «Автентичне Я»

Мета: Активація внутрішніх ресурсів респондентів ; стимулювання креативності та винахідливості.

Вправа 1. «Групова Синхронізація» (Тривалість: 10 хв.)

Цільова Мета: Підготовка групи до подальших інтерактивних завдань , фокусування на міжособистісній взаємодії та перцепція групової гармонії.

Процедура виконання: Респонденти розташовуються у довільному порядку та колективно здійснюють зворотний відлік до десяти. Ключовим аспектом є уникнення попередньої змови щодо черговості та заборона візуального контакту з іншими , а лише інтуїтивне відчуття оптимального моменту для вербалізації власного числа. Це завдання вимагає високого рівня згуртованості та взаємодії між учасниками. Після успішної реалізації всі члени групи відчують посилення єдності та злагодженості.

Вправа 2. «Енергія та відмінності» (Тривалість: 60 хв.)

Мета: Ідентифікація енергетичних градієнтів та розмаїття психологічних станів; розвиток здатності до безперервного когнітивного процесу на обрану тему, використовуючи внутрішню енергію та афективні стани .

Процедура виконання . Передбачено три режими фізичної активності : повільний, гранично статичний темп, звичайна хода, інтенсивний рух .

Фасилітатор встановлює необхідний ритм за допомогою звукових сигналів . Крім цього, ведучий задає тему для «обмірковування». Термін «обмірковування»

тут означає безперервну вербалізацію власних думок, пов'язаних з обраним тематичним фокусом. Критично важливо підтримувати безперервний потік мовлення : без вимог до логічної послідовності або структурної когерентності , єдина вимога — це уникнення пауз у мовленнєвому та ментальному процесах . Завдання розпочинається із сигналу фасилітатора , який детермінує тематичний фокус та обраний ритм локомоції . Респонденти переміщуються у заданому ритмі, артикулюючи власні роздуми субвокально . Наступний сигнал фасилітатора може ініціювати зміну темпу руху.

Після 10-хвилинного часового інтервалу фасилітатор деактивує вимогу щодо фізичної активності , проте пропонує здійснити вибір «партнера» для подальшого дискурсу . Цим «партнером» може бути інший респондент, фізичний об'єкт або просторовий елемент . У випадку вибору іншого учасника як партнера, обидва суб'єкти повинні здійснювати аудіювання , не припиняючи своїх когнітивних процесів.

В рамках цього завдання аналізуються диференціації в енергетичних витратах залежно від специфіки виконуваних завдань. Наприклад, комунікація з підлогою вимагає мінімального енергетичного ресурсу ; зі стіною — дещо більшого ; зі стелею — ще більшого, тоді як взаємодія вимагає максимальної затрати , оскільки інший суб'єкт зобов'язаний виконувати аналогічне завдання .
Додаткова фаза: Фасилітатор особисто стає «партнером» для кожного респондента. Кожен учасник прагне забезпечити свою чутність , що корелює не лише з гучністю артикуляції , а й з інтенсивністю включення у процес. У цьому режимі потреба в енергетичних ресурсах зростає експоненціально , істотно перевищуючи звичайний ліміт кожного індивіда .

3.2. Результативність формувального етапу та її аналіз

За підсумками реалізації комплексу інтерактивних завдань , спрямованих на вивчення специфіки соціального інтелекту (CI) серед фахівців медичної галузі

в екстремальних військових умовах , було здобуто низку вагомих висновків.

По-перше, була зафіксована вища динаміка самоусвідомленості серед респондентів , що свідчить про їхню підвищену адаптивність до кризових обставин та оперативну здатність долати стресові ситуації. По-друге, була виявлена пряма кореляція між високими показниками соціального інтелекту та ефективністю командної взаємодії . Цей аспект є особливо критичним в умовах ведення бойових дій , де злагоджена робота колективу може слугувати вирішальним фактором для збереження людських життів.

Також , учасники з краще розвиненим соціальним інтелектом демонстрували вищий ступінь відкритості до набуття нового досвіду та навчання, проявляючи операційну гнучкість у професійних підходах .

Крім того, емпіричні дані засвідчили , що медичні фахівці демонструють більш виражену здатність до ідентифікації та ефективної медіації конфліктних ситуацій. Подібна адаптивність та оперативна групова інтеграція є критично необхідними в умовах військової кризи , де нерезольовані суперечності можуть призвести до катастрофічних наслідків.

На цьому етапі необхідно провести порівняльний аналіз, отриманих за допомогою стандартизованої методики дослідження соціального інтелекту, до і після реалізації формульованого експерименту.

Таблиця 3.2.1.

Дані щодо стилів поведінки у конфліктній ситуації після проведення формульованого експерименту (за методикою К. Томаса)

Стилі поведінки	Кількість респондентів	%
Уникання	3	9,6
Суперництво	4	6,4
Пристосування	4	6,4
Компроміс	7	35,4
Співпраця	13	38,7

Порівняння емпіричних даних, отриманих за методикою оцінки стилів поведінки до та після реалізації формувального експерименту, демонструє суттєві та позитивні зміни у стратегіях міжособистісної взаємодії серед медичних працівників.

Зафіксовано значне зниження частоти використання деструктивних та пасивних стратегій врегулювання конфліктів:

Стиль Поведінки	До Експерименту	Після Експерименту	Зміна (абс. %)
Уникання	22.5%	9.6%	12.9%
Суперництво	12.9%	6.4%	6.5%
Пристосування	19.3%	6.4%	12.9%

Уникання та Пристосування: Ці стратегії, які часто свідчать про пасивність або ухилення від вирішення проблеми, знизилися майже вдвічі та втричі відповідно (на 12.9% кожна). Це вказує на зростання ініціативності та готовності учасників безпосередньо працювати з конфліктами.

Суперництво: Стратегія, орієнтована на жорстке відстоювання власних інтересів без урахування позиції опонента, також скоротилася (6.5%), що є ознакою зменшення агресивності та підвищення гнучкості.

Зростання Конструктивних Стилів. Спостерігається виражена позитивна динаміка у застосуванні продуктивних та кооперативних стилів:

Стиль Поведінки	До Експерименту	Після Експерименту	Зміна (абс. %)
Компроміс	22.5%	35.4%	12.9%
Співпраця	22.5%	38.7%	16.2%

Співпраця: Цей оптимальний, інтегративний стиль, спрямований на повне задоволення інтересів обох сторін, став домінуючим (38.7%) і збільшився

найбільш суттєво (на 16.2%). Це є найважливішим показником ефективності інтервенції, оскільки відображає високий рівень соціального інтелекту та командної згуртованості.

Компромід: Частота використання компромісу також значно зросла (на 12.9%), що свідчить про підвищення готовності учасників до взаємних поступок та пошуку взаємоприйнятних рішень.

Результати чітко ілюструють, що формувальний експеримент був успішним і призвів до трансформації пріоритетів у виборі стратегій поведінки: від пасивно-деструктивних до конструктивно-кооперативних. Домінуючими стилями після інтервенції стали Співпраця та Компромід (сумарно 74.1%), що є критично важливим для підвищення ефективності взаємодії та психологічної стійкості колективу, особливо в умовах військової напруги.

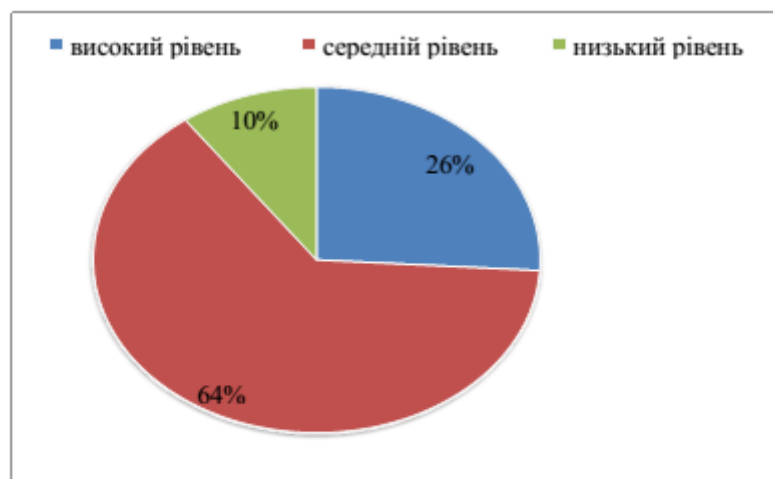


Рис.3.2.1. Результати за Тест соціального інтелекту Джорджа Вашингтона після експерименту

Зокрема, зафіксовано зменшення тенденції до конфліктності та зростання готовності до кооперації та пошуку взаємоприйнятних рішень. Аналізуючи представлені емпіричні дані, можемо констатувати, що реалізований формувальний експеримент виявився ефективним.

У загальному підсумку, проведене дослідження підтверджує, що інтенсивний розвиток соціального інтелекту (СІ) серед фахівців медичної галузі в умовах

військового конфлікту є ключовим детермінантом для мінімізації конфліктності, підвищення ефективності командної взаємодії та забезпечення високоякісної медичної допомоги.

Водночас, дослідження також виявило низку специфічних викликів, з якими стикається медичний персонал в умовах бойових дій. Однією з таких критичних проблем є синдром емоційного вигорання, який, згідно з даними нашого дослідження, частіше маніфестується серед тих респондентів, чий рівень соціального інтелекту є відносно низьким.

Це можна пояснити тим фактом, що такі індивіди менш ефективно справляються з психоемоційним напруженням, мають знижену здатність підтримувати психологічний гомеостаз та забезпечувати злагоджену взаємодію в робочій групі (див. Рис. 3.2.2, Рис. 3.2.3).

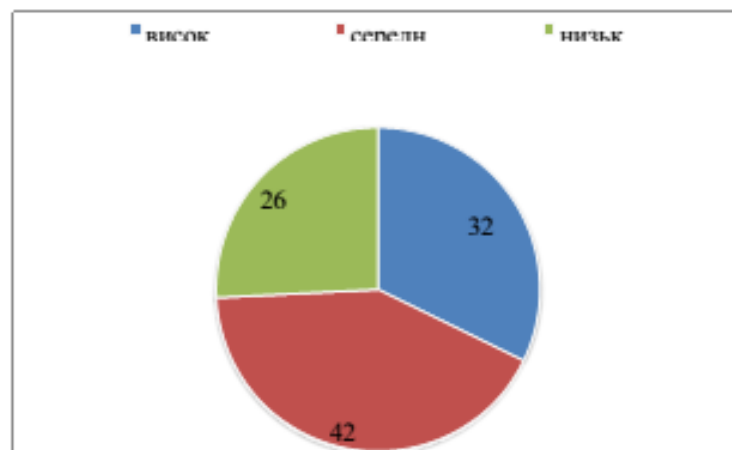


Рисунок 3.2.2. Результати за Тест-опитувальник оцінки соціально- комунікативної компетентності

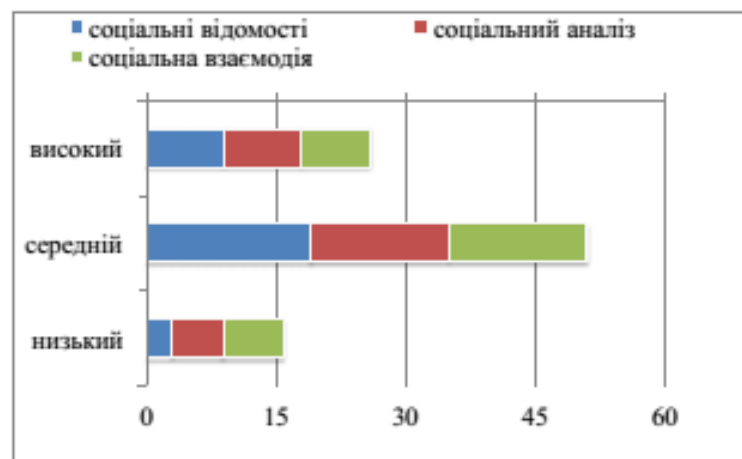


Рисунок 3.2.3. Результати Шкала виміру соціального інтелекту Тромсе

Додатково було встановлено, що в умовах військових дій фахівці медичного профілю з високорозвиненим соціальним інтелектом частіше зіштовхують їхньою підвищеною сензитивністю до потреб та афективних переживань інших, і, як наслідок, вони відчувають значно більший рівень відповідальності за прийняття критичних рішень, що впливають на життєвий шлях пацієнтів.

Ключовим аспектом дослідження виявилася його практична валідність. Після імплементації серії інтерактивних завдань та тренінгових сесій, медичні працівники зафіксували зростання власної адаптивності, посилення впевненості у виконанні професійних функцій та скорочення внутрішньоособистісного конфлікту.

При поглибленому аналізі було встановлено, що медичний персонал, який працює безпосередньо в зоні бойових зіткнень, демонструє інші рівні соціального інтелекту у порівнянні з тими, хто задіяний у тилових госпіталях або медичних закладах. Ця виявлена дисперсія, імовірно, корелює з диференційованим рівнем емоційного та психологічного навантаження, а також відмінностями у досвіді взаємодії з травмованими особами.

Зокрема, фахівці медичної служби, задіяні безпосередньо на передовій, частіше демонстрували підвищений рівень емпатійної компетенції, високу здатність до оперативної адаптації до мінливих обставин та ефективного реагування на екстрені клінічні ситуації.

Водночас, частина цієї вибірки також відзначала зростання рівня внутрішньо-особистісного стресу та синдрому професійного вигорання.

З іншого боку, медичні працівники, які функціонують у тилових госпіталях та спеціалізованих центрах, частіше акцентували увагу на критичній важливості злагодженої роботи, взаємної підтримки.

Їхній клінічний досвід часто корелював з пролонгованою роботою з пацієнтами, що вимагає глибокого розуміння їхнього психофізичного стану та забезпечення адекватної психосоціальної підтримки.

Окрім того, було встановлено, що систематична реалізація тренінгових програм та навчання у сфері соціального інтелекту (СІ) може стати ключовим механізмом для забезпечення ефективної міжособистісної взаємодії між медичними працівниками, підвищення якості надання медичних послуг та загальної психоемоційної стабілізації медичного персоналу.

Специфіка функціонування медичних фахівців у зонах військового конфлікту вимагає не лише високого рівня професійної компетентності, але й критичної психологічної стійкості та здатності до оперативного прийняття рішень в екстремальних умовах.

Військові дії генерують не тільки фізичні травми, але й значні морально-етичні виклики. Медичний персонал регулярно опиняється перед необхідністю складного вибору, зокрема, власним життям задля порятунку пораненого.

Серед респондентів, які були безпосередньо задіяні у зоні бойових дій, було встановлено підвищений рівень внутрішньої конфліктності.

Одним із першопричинних факторів цього феномену є інтенсивне психоемоційне напруження, а також постійна необхідність перебувати у стані підвищеної готовності. Міжособистісні суперечності можуть виникати внаслідок комунікативних бар'єрів, диференційованих підходів до терапевтичних протоколів, або ж зумовлені відмінностями в індивідуально-психологічних характеристиках персоналу.

Проте, якщо аналізувати конструктивні аспекти, значна частка респондентів засвідчила, що саме в екстремальних умовах кризи вони виявили нові грані власної ідентичності, що дозволило їм глибше пізнати себе та своїх колег.

Багато фахівців підкреслювали, що, незважаючи на всі труднощі, їхня професійна діяльність сприяє збереженню людського життя, що приносить значну моральну сатисфакцію.

Ключовим моментом також є підтримка з боку колег, оскільки в умовах воєнного конфлікту саме взаємодопомога і взаєморозуміння стають вирішальними факторами психологічного виживання.

Численні учасники дослідження підтвердили, що психологічна підтримка, обмін професійним досвідом та інтерактивна комунікація з колегами допомагає долати труднощі та підтримувати високу якість професійної діяльності.

Додатково до попередніх висновків, було встановлено, що медичні працівники, які регулярно взаємодіють з колегами та мають доступ до ментальної підтримки, демонструють значно вищий рівень адаптації до стресових чинників, порівняно з тими, хто функціонує в ізоляції або не має доступу до психологічної допомоги.

Додатково було встановлено, що рівень соціального інтелекту (СІ) безпосередньо впливає на здатність індивіда до емпатії, а відтак, і на якісні показники наданої медичної допомоги.

Фахівці з високим рівнем СІ частіше демонстрували більшу толерантність, співчуття та глибоке розуміння потреб своїх пацієнтів, незалежно від рівня психоемоційної напруги чи власних афективних станів.

Особливу увагу в дослідженні було приділено взаємодії медичного персоналу із військовослужбовцями. Виявлено, що між цими двома професійними групами часто виникають комунікативні бар'єри, що пояснюється відмінностями у професійному середовищі та поставлених завданнях. У цьому контексті, соціальний інтелект виступає ключовим чинником, який сприяє успішній взаємодії, досягненню взаєморозуміння та забезпеченню підтримки між ними.

Враховуючи високу динаміку конфліктних ситуацій у військових регіонах, рекомендовано імплементацію спеціалізованих навчальних програм та курсів післядипломної освіти для медичних працівників. Ці програми мають обов'язково включати такі компоненти: елементи психологічного консультування, тренінги з розвитку соціального інтелекту, методики,

спрямовані на вдосконалення ефективної комунікації та взаємодії у військових умовах.

Підсумовуючи, можна констатувати, що індивідуальні характеристики соціального інтелекту (СІ) серед фахівців медичної галузі в умовах воєнного конфлікту є ключовим детермінантом у регулюванні міжособистісної конфліктності.

Проведене дослідження категорично акцентує на критичній необхідності цілеспрямованої професійної підготовки та безперервної психологічної підтримки для цієї стратегічно важливої категорії персоналу.

Висновки до III розділу

В умовах сучасної військової агресії та інтенсивного психоемоційного навантаження медичні працівники систематично зіштовхуються з комунікативними дисонансами, труднощами в регуляції взаємодії з пацієнтами та колегами. Це беззаперечно підтверджує критичну значущість розробки спеціалізованої програми, спрямованої на інтенсифікацію їхнього соціального інтелекту (СІ).

Імплементация цільових тренінгових сесій та семінарів, орієнтованих на розвиток СІ, продемонструвала свою емпіричну ефективність, що виразилося у покращенні комунікативних компетенцій медичного персоналу та статистично значущому зниженні частоти конфліктів у професійному середовищі.

Для потреб дослідження була сформована репрезентативна експериментальна група, до складу якої було включено 31 чоловіка — фахівців медичної галузі КНП «Центральна міська лікарня Кропивницької міської ради». Для цієї когорти була успішно реалізована програма розвитку соціального інтелекту, ключовою метою якої було визначено вдосконалення соціально-

комунікативних навичок респондентів, зміцнення міжособистісних зв'язків та підвищення їхньої здатності до конструктивної резолюції конфліктів.

Реалізована програма передбачала комплексну інтеграцію завдань, які були цілеспрямовано сфокусовані на інтенсифікацію ключових компонентів соціального інтелекту (CI). Серед них: стимулювання лідерського потенціалу, формування гуманістичної парадигми та співчуття, культивування позитивного когнітивного світосприйняття, розвиток емпатійної компетенції та навичок інтроспективної саморефлексії, мінімізація проявів агресивної поведінки та формування адекватних стратегій реагування на стресові чинники.

Для успішної реалізації поставлених цілей програми був застосований диференційований комплекс активних методів навчання у груповому форматі, який включав: інформування, міні-лекції, фасилітовані бесіди, дискусії, рольове моделювання, ситуаційний аналіз, метод «репетиції поведінки» та релаксаційні техніки.

Кожне заняття було організовано згідно з чіткою педагогічною структурою, що забезпечувало систематичність та послідовність освітнього процесу: визначення цільової настанови та очікуваних результатів, актуалізація попередньо засвоєних знань та мотиваційний супровід, теоретичний блок із корекцією знаннєвого базису, практичний модуль та етап рефлексії.

Програма розвитку соціального інтелекту була розрахована на шість модульних занять з оптимальною тривалістю близько двох годин кожне. Частота проведення становила 2–3 рази на тиждень, що дозволило забезпечити систематичне формування соціальних компетенцій та посилення адаптаційного потенціалу медичних працівників.

Матеріально-Медійне Забезпечення: У ході тренінгових сесій застосовувався різноманітний матеріальний та медійний контент, що сприяло підвищенню загальної ефективності навчального процесу та активізації процесів саморозвитку серед учасників.

Очікувані результати впровадження програми включали: консолідацію міжособистісних взаємин у колективі, підвищення загального рівня соціального інтелекту, розвиток компетенцій ефективної командної взаємодії, посилення здатності до конструктивного вирішення конфліктів.

Основною стратегічною метою імплементації програми також є стимулювання особистісного зростання та формування адекватної самооцінки і професійної ідентичності .

Результати апробації повністю підтвердили ефективність розробленої програми інтенсифікації соціального інтелекту серед медичного персоналу в умовах воєнного часу.

Після завершення тренінгового циклу в учасників експериментальної групи було зафіксовано:

- Підвищення рівня самоусвідомленості, що є індикатором зростання адаптивного потенціалу до умов перманентного стресу та здатності до оперативного прийняття рішень у критичних обставинах.
- Пряму кореляційну залежність між високими показниками соціального інтелекту та ефективністю командної взаємодії, а також готовністю до сприйняття нового досвіду та професійного навчання.
- Краще оволодіння навичками ідентифікації та конструктивної резолюції конфліктів серед працівників із високим рівнем СІ.

Аналіз стилів поведінки у конфліктних ситуаціях (за методикою К. Томаса) виявив суттєві та позитивні кількісні зміни після проведення формувального експерименту, що підтверджує ефективність тренінгової програми .

Значне зниження непродуктивних стилів:

- Частота Уникання зменшилася з 22.5% до 9.6% (зниження на 12.9%).
- Використання Суперництва знизилося з 12.9% до 6.4%(зниження на 6.5%).
- Стиль Пристосування зменшився з 19.3% до 6.4% (зниження на 12.9%).

Різде зростання конструктивних стилів:

- Готовність до Компромісу зросла з 22.5% до 35.4% (зростання на 12.9%).
- Схильність до Співпраці підвищилася з 22.5% до 38.7% (зростання на 16.2%).

Ці емпіричні дані однозначно свідчать про позитивний вплив формувальної інтервенції на соціально-комунікативну поведінку респондентів, зокрема на їхню підвищену готовність до конструктивної взаємодії, пошуку інтегративних рішень та ефективної резолюції конфліктів.

Додатково було емпірично встановлено, що позитивні ефекти від імплементації програми мають потенціал слугувати джерелом довготривалої психологічної підтримки для медичних працівників у їхній клінічній діяльності.

З метою забезпечення максимальної стійкості результатів, рекомендовано запровадити систематичний моніторинг показників ефективності програми, регулярну адаптацію методичного інструментарію, безперебійне забезпечення психологічної підтримки для всіх учасників, міждисциплінарну інтеграцію підходів фахівців з психології, соціології та інших релевантних галузей для додаткової оптимізації результативності програми.

Таким чином, програма підвищення соціального інтелекту (СІ) в умовах військового конфлікту є критично важливою для забезпечення якості надання медичної допомоги та сприяння психологічному гомеостазу медичного персоналу, а проведений формувальний експеримент визнано ефективним.

Узагальнені результати програми включають мінімізацію конфліктності у професійному середовищі, інтенсифікацію ефективності командної взаємодії, забезпечення вищої якості медичної допомоги в умовах воєнних дій. Водночас, дослідження чітко засвідчило, що медичні працівники з відносно низьким рівнем СІ частіше схильні до синдрому емоційного вигорання, що безпосередньо зумовлено їхньою зниженою здатністю до ефективного стрес-менеджменту та підтримки психологічного балансу в колективній взаємодії.

ВИСНОВКИ

Соціальний інтелект (СІ) є фундаментальною складовою комунікативної компетентності кожної особистості, проте в умовах військового конфлікту його функціональна роль у професійній діяльності фахівців медичної галузі багаторазово зростає. Емпіричні дослідження продемонстрували, що високий індекс СІ корелює зі зниженням частоти міжособистісної конфліктності та підвищенням ефективності надання медичних послуг.

Медичний персонал в умовах воєнних дій зіштовхується з екстремальним психоемоційним навантаженням, що може каталізувати виникнення суперечностей як у взаємодії з пацієнтами, так і всередині робочого колективу. Інтенсифікація СІ дозволяє цим фахівцям більш ефективно усвідомлювати та здійснювати регуляцію власних афективних станів, а також сприяє глибинному емпатійному сприйняттю емоцій оточуючих.

Розроблена інтервенційна програма з розвитку соціального інтелекту емпірично підтвердила свою ефективність, забезпечуючи медичним працівникам кращу адаптацію до підвищених вимог професійної діяльності в умовах конфлікту, зростання комунікативної впевненості та скорочення проявів синдрому професійного вигорання.

Інтенсифікація соціального інтелекту демонструє пролонгований позитивний ефект, який не лише оптимізує професійну сферу діяльності медичних працівників, але й каталізує їхній особистісний розвиток, а також підвищує якісні критерії надання допомоги пацієнтам.

Важливо усвідомлювати, що адаптація та імплементація подібних інтервенційних програм в реальних клінічних умовах потребує систематизованого підходу, міждисциплінарної взаємодії з різними фахівцями, а також регулярного моніторингу та корекції методичного апарату.

На підставі здобутих емпіричних даних рекомендується активізувати навчально-методичну роботу, спрямовану на підвищення рівня соціального

інтелекту серед медичного персоналу, особливо в регіонах, які безпосередньо знаходяться під впливом військових конфліктів.

Сумуючи вищезазначене, можна дійти висновку про високу актуальність та практичну цінність дослідження особливостей соціального інтелекту у медичних працівників в умовах війни, а також стратегічну необхідність розробки й успішної імплементації програм його підвищення як ключового чинника мінімізації конфліктності у професійному середовищі.

Міжособистісна взаємодія фахівців медичної галузі в умовах військового конфлікту висуває вимоги щодо високої сенситивності, адаптивності та психологічної резилієнтності. Проведене дослідження акцентувало увагу на тому, що інтенсифікований рівень соціального інтелекту (СІ) може слугувати міцною основою для ефективного реагування на динамічно мінливі виклики, які неминуче виникають у процесі надання медичної допомоги в конфліктних зонах. Психоемоційне напруження та синдром професійного вигорання ідентифіковані як ключові дестабілізуючі фактори, з якими систематично зіштовхуються медичні працівники в умовах війни.

Розвиток СІ надає змогу персоналу глибше усвідомлювати та здійснювати регуляцію власних афективних станів, а також стимулює розвиток емпатійної компетенції. Ця здатність фасилітує більш конструктивну взаємодію медиків з пацієнтами та їхніми родинами, покращуючи загальну якість комунікації та довіру.

Розроблена програма інтенсифікації соціального інтелекту може бути інкорпорована як автономний освітній модуль для фахівців медичної галузі, або як інтегративний компонент у ширші програми психосоціальної підтримки та професійного зростання.

Для забезпечення сталих позитивних результатів критично необхідно гарантувати перманентний супровід та моніторинг процесу імплементації програми, а також її гнучку адаптацію до специфічних потреб і динамічно мінливих викликів, які можуть виникати в умовах військового конфлікту.

Індивідуальні характеристики соціального інтелекту набувають вирішального значення для медичних працівників, особливо в екстремальних умовах війни. Ефективна регуляція власних афективних станів, компетенція взаємодіяти з гетерогенними соціальними групами та оперативне реагування на психосоціальні виклики можуть суттєво оптимізувати якість наданих послуг і мінімізувати ризик виникнення професійних суперечностей (конфліктів).

Проведене дослідження продемонструвало, що медичні фахівці з високим рівнем соціального інтелекту (СІ) виявляють кращу здатність до адаптації в умовах швидкоплинного, нестабільного та непередбачуваного операційного середовища. Вони оперативніше ініціюють пошук ефективних рішень у комплексних клінічних ситуаціях, активно фасилітуючи командну роботу та конструктивну взаємодію між колегами.

СІ сприяє конструюванню психологічної стійкості (резилієнтності) серед медичного персоналу. Цей фактор не лише мінімізує ризик професійного вигорання, але й забезпечує посилену протидію (краще протистояння) психотравмуючим подіям, що є типовим явищем в умовах військового конфлікту.

В обставинах, де медики регулярно зіштовхуються з морально-етичними дилемами, соціальний інтелект дозволяє їм більш об'єктивно здійснювати оцінку ситуації, розуміти перспективи інших суб'єктів та діяти у повній відповідності до професійних та етичних стандартів.

Якість надання допомоги пацієнтам безпосередньо залежить від здатності фахівця взаємодіяти з ними на афективному рівні. Компетенції до емпатії, тонкого відчуття потреб пацієнта та адаптації індивідуалізованого підходу відповідно до їхнього стану суттєво підвищують ефективність медичної інтервенції.

Результати проведеного дослідження чітко артикулюють необхідність інтеграції спеціалізованих програм з інтенсифікації соціального інтелекту (СІ) у стандартні освітні медичні курси та професійні тренінги. Це сприятиме не лише

вдосконаленню професійних компетенцій медичного персоналу, але й оптимізації їхньої взаємодії з робочим колективом та пацієнтами.

На завершення, дослідження акцентує на критичній необхідності інкорпорації психосоціальної підтримки у стандартні операційні процедури надання допомоги медичним працівникам, які функціонують в умовах війни. Підвищення соціального інтелекту є ключовим елементом цієї підтримки, спрямованим на забезпечення сталої якості медичних послуг та підвищення загального психологічного добробуту персоналу. Отримані емпіричні дані забезпечили повне підтвердження початково висунутої гіпотези дослідження.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Айзенк Г.Ю. Know Your Own IQ. Видавництво : «Penguin».2017. 225с.
2. Бантишева О. О. Емоційний інтелект та чинники що впливають на рівень його розвитку. Перспективні напрямки світової науки: збірник статей учасників Двадцять восьмої міжнародної науковопрактичної конференції «Інноваційний потенціал світової науки – XXI сторіччя». Запоріжжя, 2014. С. 12–15.
3. Бантишева О. О., Бондарчук О. І. Емоційний інтелект як чинник попередження схильності до віктимної поведінки осіб юнацького віку та особливий чинник якісного існування особистості. Publishing Center of the European Association of pedagogues and psychologists Science, 2014. С. 107–114.
4. Винославська О. Людські стосунки: Навч. посібник.Київ:»КВІЦ»,2001. 83 с.
5. Власова О.І. Психологія соціальних здібностей: структура, динаміка, чинники розвитку: монографія. Київ: Київський університет, 2015. 308 с.
6. Вовченко О.А. Концептуалізація феномену соціального інтелекту представників допомагаючої професії у: Монографія. Київ: ПП «ЮНІСОФТ», 2021. 450 с.
7. Гасюк М. Б., Крикун Л. В. Емоційний інтелект соціальних працівників . Вчені записки ТНУ імені В. І. Вернадського. Серія : Психологія. Видавничий дім «Гельветика». Том 33(72). 2022. № 1. С. 37–39.
8. Говорун М. В. Проблема «професійного вигорання»: порівняльний аналіз різних професійних груп. Збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський, 2008. Вип. 10. С. 52–55.
9. Головань Т. Необхідність розвитку емоційного інтелекту EQ. Світ виховання, 2010. №3. С. 29–30.
10. Гоулман Д. Емоційний інтелект. Пер. з англ. С.-Л. Гумецької. Харків : Віват, 2018. 512 с

11. Дерев'янку С. П. Активізація розвитку емоційного інтелекту як спосіб оптимізації процесу соціально-психологічної адаптації особистості. Вісник Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут», 2009. № 3. С. 91–98.
12. Дерев'янку С. П. Теоретико-методологічні аспекти цілеспрямованого розвитку емоційного інтелекту. Науковий вісник Херсонського державного університету. Херсон, 2015. Вип 1. Т. 1. С. 23–26.
13. Дмитріюк Н. С. Вплив емоцій на формування та становлення особистості. Проблеми сучасної психології. 2010. № 8. С. 261–271.
14. Жванія Т. В. Емоційна готовність майбутніх хірургів до професійної діяльності. Автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07. Харків. Нац. Пед. Ун-т імені Г.С. Сковороди. Харків, 2012. 22 с.
15. Жигайло Н.І., Стасюк М.М. Роль емоційного інтелекту в процесі професійної освіти. Педагогіка і психологія професійної освіти. 2016. №4. С. 87-97
16. Журавльова Л. П. Психологія емпатії: Монографія. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2017. 328 с.
17. Зайчикова Т. В. Взаємозв'язок між синдромом «професійного вигорання» та особистісними факторами. Наукові записки. Київ, 2005. Вип.26. С. 107–114.
18. Зарицька В. В. Емоційний інтелект: аналіз наукових теорій. Теорія і практика сучасної психології. 2010. Вип. 1. С. 17–22.
19. Зарицька В. В. Емоційно-когнітивні передумови розвитку емоційного інтелекту у період фахової підготовки. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія. Харків, 2011. № 39. С. 30–36.
20. Зарицька В. В. Професійно-формувальні передумови розвитку емоційного інтелекту. Вісник Харківського національного педагогічного університету ім. Г. С. Сковороди. Психологія. Харків, 2009. № 32. С. 45–50.

21. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка, 2016. 219 с.
22. Івашкевич Е. З. Психологічні підвалини міжособистісних взаємин та структури соціального інтелекту особистості. Проблеми сучасної психології. Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський: «Аксіома», 2014. Вип. 23. С. 193–204.
23. Калошин В. Ф. Емоційний інтелект – головний показник ефективності використання людських ресурсів. Практична психологія та соціальна робота. 2008. № 4. С. 54–63.
24. Карпенко Є. В. Емоційний інтелект як фактор особистісного життєздійснення. Психологічні перспективи. 2017. Вип. 30. С. 50–63.
25. Карпенко Є. Емоційний інтелект у дискурсі життєздійснення особистості. Монографія. Дрогобич: Посвіт, 2020. 436 с.
26. Карпенко Є.В. Психологія емоційного інтелекту в дискурсі життєздійснення особистості. Автореферат дисертації на здобуття наук. ступеня доктора психологічних наук. Острог, 2020. 38 с.
27. Кириленко Т. С. Гармонізація емоційних станів особистості. Наука і освіта, 2000. № 1-2. С. 22–23.
28. Карпенко Є.В. Сучасні вектори дослідження емоційного інтелекту особистості. Психологія і особистість. 2019. № 1(15). С. 60-72.
29. Коврига Н. В. Стресозахисна та адаптивна функції емоційного інтелекту: дис. канд. психол. Наук : 19.00.01. Інститут психології імені Г. С. Костюка АПН України. Київ, 2013. 238 с.
30. Кокун О.М. Психологія професійного становлення сучасного фахівця: Монографія. Київ: ДП «Інформ.-аналіт. агентство», 2012. 200 с
31. Колісник Л. О. Проблема діагностики емоційного інтелекту Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного

університету імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України / наук. ред. С. Д. Максименко, Л. А. Онуфрієва. Вип. 26. Кам'янець-Подільський : Аксіома, 2014. №11. С. 278–295.

32. Корольчук В.М. Аналіз результатів диференційно- інтегральної оцінки чинників професійного стресу. Проблеми екстремальної та кризової психології. Збірник наукових праць. Вип. 15. Харків, 2014. С. 88– 96.

33. Корольчук М. С., Крайнюк В. М. Соціально-психологічне забезпечення професійної діяльності в звичайних та екстремальних умовах. Київ: Ніка-Центр, 2016. 580 с.

34. Костюк А. Емоційний інтелект та шляхи його розвитку. Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки». Вип. 2, Т. 1. 2014. С. 85–89.

35. Кульбіда С.В. Особливості комунікативної діяльності медиків : монографія. Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України, відділ навчання жестової мови. Київ: Інтерсервіс, 2021. 200 с.

36. Куценко Я. М. Емоційний інтелект як фактор успішної професійної діяльності. Актуальні проблеми психології, 2010. Т.7. № 23. С. 112–116.

37. Куценко Я. М. Емоційний інтелект: проблеми діагностики. Проблеми сучасної психології, 2011. Вип. 14. С. 417–426.

38. Лазуренко О. О. Аналіз психологічних особливостей складових емоційної компетентності майбутнього лікаря. Психологічний часопис: Зб. наук. праць. №2(4). Вип. 4. Київ, 2016. С. 96–111.

39. Лазько А. Соціальний інтелект студентів-медиків як фактор здійснення волонтерської діяльності. Соціальна психологія. 2011. №2
<https://social-science.uu.edu.ua/article/497>

40. Люсін Д.В.. Емоційний інтелект та емоційна компетентність: проблеми співвідношення. Вісник КНУ імені Тараса Шевченка. Серія «Психологія. Педагогіка. Соціальна робота». 2010. № 2. С. 49–52.

41. Ляц О. П. Детермінанти та можливості формування емоційного інтелекту особистості. Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова: збірник наукових праць. Київ: Вид-во НПУ ім. М.П.Драгоманова, 2015. Вип. 1 (46). С. 210–216.
42. Ляц О. П. Емоційний інтелект як предмет психологічних досліджень. Проблеми сучасної психології. 2013. Вип. 22. С. 324–335.
43. Ляц О. П. Теоретико-методологічний аналіз змісту емоційного інтелекту. Вісник Київського інституту бізнесу та технологій. 2016. С. 47–50.
44. Ляховець Л.О. Чинники формування соціального інтелекту психологів. Ніжин: Видавництво НДУ; ДС Міланік, 2008. Том 1.С.45-55.
45. Марута Н. О., Чабан О. С., Каленська Г. Ю. Особливості емоційного вигорання в працівників сфери охорони неврологічного і психічного здоров'я. Міжнародний неврологічний журнал, 2019. №7. С. 22–30.
46. Матвієнко О. М. Культура здоров'я персоналу та синдром психоемоційного «вигорання»: стратегія і тактика подолання. Персонал. 2007. №1. С. 13–16.
47. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності: навч.-метод. Посібник. Київ: Педагогічна думка, 2012. 112 с.
48. Мателок О., Суходоля Ю. Соціальний інтелект: історія виникнення, динаміка. Точка зору на його сутність та зміст Scientific Journal «Psychology Travelogs», 2023, Вип. 1. С. 116–127.
49. Мащак С. О. Професійне вигорання особистості як соціально-психологічна проблема. Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ, 2012. № 2 (1). С. 444–452
50. Мединська Ю. Я. Проблема віктимності у контексті емоційного інтелекту особистості. Педагогіка і психологія професійної освіти, 2013. №3. С.191–201.
51. Милославська О.В. Особливості взаємозв'язку емоційного інтелекту та соціального інтелекту. Вісн. нац. ун-ту оборони України : зб наук. пр. / Нац.

унт оборони України. Київ. 2012. Вип. 5. С. 240-245.

52. Милославська О.В. Особливості взаємозв'язку емоційного інтелекту та соціального інтелекту. Вісник Національного університету оборони України. 2012. № 5 (30). С. 240-245.

53. Моргун В. Ф. Емоційний інтелект у багатомірній структурі особистості. Постметодика. 2010. № 6 (97). С. 2–13.

54. Наконечна О. В. Структура соціального інтелекту медичних працівників. Національний університет біоресурсів і природокористування України «Young Scientist». № 6 (46). 2017. С. 260–263.

55. Науменко О.С. Соціальний та емоційний інтелект як складові соціальної обдарованості Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць Інституту психології імені Г. С. Костюка НАПН України. Т. VI. Психологія обдарованості. Випуск 8. Житомир: Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2012. 147–155 с

56. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект як соціально значуща інтегральна властивість особистості. Психологія і суспільство. 2004. № 4. С. 95–109.

57. Овчаренко А. Р. Емоційний інтелект як основа соціалізації. Проблеми загальної та педагогічної психології. 2011. Т.13. №3. С. 280–286.

58. Ожубко Г.В. Сутність та структура соціального інтелекту. Проблеми сучасної психології: зб. наук. пр. Кам'янець-Подільського національного ун-ту імені Івана Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2012. Вип. 17. С. 346–358.

59. Островський М. М. Синдром професійного «вигорання» в сімейній медицині: шляхи діагностики та профілактики. Практична медицина. 2008. Т.14. № 4. С. 13–19.

60. Панасенко Н. М., Войтович М. В. Психологічні особливості подолання особистістю життєвих криз. Актуальні проблеми психології: Збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України, 2016. № 5 (16). С. 126–135.

61. Попова Т. С. Теоретичні засади дослідження емоційного інтелекту. Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра Могили комплексу «Києво-Могилянська академія». Серія: Соціологія. 2014. Т.381. Вип.232. С. 63–66.
62. Перепелюк Т.Д. Емоційний інтелект: емпатійний дискурс. Дніпровський науковий часопис публічного управління, психології, права. Випуск 3, 2023 С. 98–102.
63. Руда Н.Л. Соціальний інтелект у структурі інтелекту. Проблеми сучасної психології. 2013. Випуск 21. С.621–629.
64. Стрельников В. Ю. Роль емоційного інтелекту у забезпеченні здоров'я людини. Пост Методика. 2010. № 6. С. 15–22.
65. Струкова Т., Братаніч Б. Соціальний інтелект як складова феліксологічного підходу до соціалізації дитини. Вісник Дніпровської академії неперервної освіти. Серія «Філософія. Педагогіка». 2021. № 1. С. 11–16.
66. Тимофеева Т. О. Залежність синдрому емоційного вигорання від особистісних особливостей у медичних працівників. Актуальні проблеми психології. Київ, 2007. Вип. 7. С. 293–299.
67. Технології роботи організаційних психологів: навчальний посібник / За наук. ред. Л.М. Карамушки. Київ: Фірма «ІНКОС», 2005. 366 с.
68. Четверик-Бурчак А. Г. Механізми впливу емоційного інтелекту на успішність життєдіяльності особистості. Дніпропетровський національний університет ім. О. Гончара; Дніпропетровськ, 2015. 187 с.
69. Шагар В. Сучасний психологічний словник. Харків : ПРАПОР, 2007. 640 с
70. Шпак М. Емоційний інтелект у контексті сучасних психологічних досліджень. Психологія особистості. 2011. № 1. С. 282–288.
71. Ayed A., Khalaf I. A., Fashafsheh I., Saleh A., Bawadi H., Abuidhail J., Joudallah H., et al. Effect of High-Fidelity Simulation on Clinical Judgment among

Nursing Students. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2022. №59. P. 1–6.

72. Brown T., Williams B., Etherington J. Emotional intelligence and personality traits as predictors of occupational therapy students' practice education performance: a cross-sectional study. *Occup Ther Int*. 2016. № 23(4). P. 412–424.

73. Konstantinou M. S., Efstathiou A., Charalambous G., Kaitelidou D., Jelastopulu E. Emotional intelligence and its impact on the emotional factors among nurses. *Journal of Education, Society and Behavioural Science*. 2017. P. 1–13.

74. Sternberg R.J. *The triarchic mind: A new theory of human intelligence*. N.Y.: Viking Penguin Inc. 1988. V.31. P.197-221.

ДОДАТОК А

Тест за методикою К. Томаса «Визначення стилю поведінки в конфліктній ситуації»

Текст опитувальника

Інструкція: Перед вами ряд тверджень, які допоможуть визначити деякі особливості вашої поведінки. Тут не може бути відповідей «правильних» або «неправильних». Люди різні, і кожен може висловити свою думку.

Є два варіанти А і В, з яких ви повинні вибрати один, у більшою мірою відповідає вашим поглядам, вашу думку про себе. У бланку для відповідей поставте виразний хрестик відповідно до одного з варіантів (А або В) для кожного твердження. Відповідати треба як можна швидше.

1.

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

Ст. Чим обговорювати те, у чому ми розходимося, я намагаюся звернути увагу на те, з чим ми обидва згодні.

2.

А. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

В. Я намагаюся улагодити справу з урахуванням інтересів іншого і моїх власних.

3.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

4.

А. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

В. Іноді я жертвую своїми власними інтересами заради інтересів іншої людини.

5.

А. Улагоджуючи спірну ситуацію, я весь час намагаюся знайти підтримку в

іншого.

В. Я намагаюся зробити все, щоб уникнути марної напруженості.

6.

А. Я намагаюся уникнути неприємностей для себе.

В. Я намагаюся домогтися свого.

7.

А. Я намагаюся відкласти рішення спірного питання з тим, щоб з часом вирішити його остаточно.

В. Я вважаю можливим у чимось поступитися, аби домогтися іншого.

8.

А. Зазвичай я наполегливо прагну домогтися свого.

В. Я першою справою намагаюся ясно визначити те, у чому складаються всі порушені інтереси.

9.

А. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якихось виникаючих розбіжностей.

В. Я прикладаю зусилля, щоб домогтися свого.

10.

А. Я твердо прагну досягти свого.

В. Я намагаюся знайти компромісне рішення.

11.

А. Першою справою я намагаюся ясно визначити, в чому полягають всі порушені спірні питання.

В. Я намагаюся заспокоїти іншого і головним чином зберегти наші відносини.

12.

А. Найчастіше я уникаю займати позицію, яка може викликати суперечки.

В. Я даю можливість іншому в чомусь залишитися при своїй думці, якщо він також йде мені назустріч.

13.

А. Я пропоную середню позицію.

Ст. Думаю, що не завжди варто хвилюватися через якихось виникаючих розбіжностей.

30.

А. Я намагаюся не зачепити почуттів іншого.

В. Я завжди займаю таку позицію в спірному питанні, щоб ми спільно з іншим людиною могли домогтися успіху.

Бланк опитувальника

№	А	В	№	А	В	№	А	В
1			11			21		
2			12			22		
3			13			23		
4			14			24		
5			15			25		
6			16			26		
7			17			27		
8			18			28		
9			19			29		
10			20			30		

Ключ до опитувальником

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

**Методика дослідження соціального інтелекту (Дж.Гілфорд і М.
Саллівен)**

Загальний рівень розвитку соціального інтелекту (інтегрального фактора пізнання поведінки) визначається на основі композитної оцінки. Сутність композитної оцінки, яка виражена у стандартних балах, можна визначити наступним чином: таблиця; ключ до методики.

1. Низький соціальний інтелект – від 0 до 12 балів.
2. Соціальний інтелект нижче середнього (середньослабкий) – 13-26 балів.
3. Середній соціальний інтелект (середньовибіркова норма) – 27-37 балів.
4. Соціальний інтелект вище середнього (середньосильний) – 38-46 балів.
5. Високий соціальний інтелект – 47-55 балів.

Субтест 1

“Історії з завершенням”

У цьому субтесті Ви будете мати справу з картинками, на яких зображені життєві ситуації, що відбуваються з персонажем Барні. Барні – це лисий чоловік, за професією – офіціант. У ситуаціях також беруть участь дружина, маленький син і друзі Барні, з якими він зустрічається вдома чи в кафе.

У кожному завданні ліворуч розташований малюнок, що зображує певну ситуацію. Визначте почуття і наміри діючих у ній персонажів і виберіть серед трьох малюнків праворуч той, котрий показує найбільш правдоподібний варіант продовження (завершення) даної ситуації.

Розглянемо приклад.

На малюнку ліворуч Барні, що зачепився за край даху, зляканий і просить допомоги у свого маленького сина. Хлопчик схвилюваний тим, що бачить батька в такому скрутному стані.

Шкала виміру Соціального інтелекту Тромсе

1. Я можу пророкувати поведінку інших людей.
2. Я часто відчуваю, що важко зрозуміти вибір інших людей.
3. Я знаю, що відчуватимуть інші люди після моїх дій.
4. Я часто відчуваю себе невпевнено серед нових людей, яких я не знаю.
5. Люди часто дивують мене тим, що роблять. 6. Я розумію почуття інших людей.
7. Я легко пристосовуюсь до різних соціальних ситуацій.
8. Інші люди гніваються на мене, не будучи здатними пояснити мені чому.
9. Я розумію бажання інших людей.
10. Я здатний швидко освоюватися в нових ситуаціях і одразу знайомитися з людьми.
11. Люди часто гніваються або дратуються, коли я говорю те, що я думаю.
12. Мені важко налагоджувати стосунки з іншими людьми.
13. Я вважаю людей непередбачуваними.
14. Я часто можу зрозуміти, чого хочуть досягти інші, навіть не питаючи їх про це.
16. Я часто спричиняю біль іншим, не усвідомлюючи цього.
17. Я можу передбачити, як інші будуть реагувати на мою поведінку.
18. Я добре підбираю потрібні слова у розмові з новими людьми.
19. Я часто можу зрозуміти, що насправді інші хочуть висловити за допомогою слів, жестів, міміки та інших засобів.
20. Мені часто важко знайти відповідні теми для розмови.
21. Я часто буваю здивований іншими реакціями на те, що я роблю.

Тест-опитувальник оцінки соціально-комунікативної
компетентності

ІНСТРУКЦІЯ

Перед вами ряд тверджень про особливості поведінки, звички і поглядах. Уважно прочитавши кожне твердження, вирішите, згодні ви з ним чи ні. Якщо згодні, поставте в клітці реєстраційного бланка під номером питання цифру 1, якщо не згодні - поставте 0. У самому опитувальнику ніяких позначок не робите. Відповідайте по порядку, не пропускаючи жодного питання і не прагнучи справити краще враження. Ви полегшите собі роботу, якщо будете давати перша відповідь, яка приходить вам в голову.

Тестовий матеріал

1. Якщо в розмові несподівано виникає велика пауза, мені часто нічого не спадає на думку, щоб врятувати ситуацію.
2. Мені прикро, що інші більш щасливі, ніж я.
3. Мені приємно, якщо я повинен висловлювати свою думку з якоїсь справи, не знаючи, що інші думають про це.
4. Я швидко втрачаю самовладання, але також швидко знову беру себе в руки.
5. Людина з неясним або гутнявим вимовою дратує мене.
6. На вечірці, у колі малознайомих людей я теж можу зробити внесок у те, щоб вечір вдався.
7. Я ще не досяг тієї посади, яку заслуговую за результатами моєї роботи.
8. Я ніяковію, коли мене представляють відомому діячеві, бо не знаю, що він про мене подумає.
9. Я можу так рассвірепеть, що, наприклад, б'ю посуд.
10. Я часто пасую перед труднощами ще перш, ніж візьмуся за справу.
11. У відпустці я рідко знайомлюся з іншими людьми.
12. Я не люблю бути в центрі уваги.
13. Якщо я сам не можу прийняти рішення по важливому особистого

ДОДАТОК Д

Результати за методикою Гілфорда

№ респондента	Кількість балів	Рівень соціального інтелекту
1	10	Низький
2	15	Нижче середнього
3	30	Середній
4	42	Вище середнього
5	50	Високий
6	28	Середній
7	36	Середній
8	45	Вище середнього
9	12	Низький
10	18	Нижче середнього
11	20	Нижче середнього
12	32	Середній
13	40	Вище середнього
14	47	Високий
15	27	Середній
16	35	Середній
17	44	Вище середнього
18	11	Низький