

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ**

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

**на тему: ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВУ АСЕРТИВНОСТІ В ЛІКАРІВ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ**

Виконала: студентка II курсу,
групи 8.0532-з-3
спеціальність: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Трофімова Анастасія Володимирівна
Керівник: д. психол. н., професор кафедри
психології Шевченко Н.Ф.
Рецензент: к.психол.н., доцент, завідувач
кафедри психології Губа Н.О.

Запоріжжя – 2023

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології

Кафедра психології

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 – «Психологія»

Освітня програма Психологія

Спеціалізація – Психотерапія і консультування

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри _____

к.психол.н., доцент. Н.О. Губа

« ____ » _____ 2023 р.

З А В Д А Н Н Я

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ

Трофімовій Анастасії Володимирівні

1. Тема роботи Особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики
керівник роботи Шевченко Наталія Федорівна, д. психол.н., професор,
професор кафедри психології

затверджені наказом ЗНУ від «26» 09 2023 року № 1505-с

2. Строк подання студентом роботи _____

3. Вихідні дані до роботи аналіз психолого-педагогічної літератури

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки: здійснити теоретичний аналіз психологічних чинників асертивної поведінки, провести аналіз психологічної особливості професійної діяльності лікаря, виявити особливості складових психологічної моделі лікарської діяльності, розглянути організацію та методичне забезпечення дослідження та оцінка розвитку складових асертивності.

5. Перелік графічного матеріалу: 1 таблиця, 4 рисунка.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 1	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 2	Шевченко Н.Ф., професор		
Розділ 3	Шевченко Н.Ф., професор		
Висновки	Шевченко Н.Ф., професор		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень –лютий 2023 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2023 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень-травень 2023 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	липень 2023 р.	Виконано
5	Робота над третім розділом	червень -серпень 2023 р.	Виконано
6	Написання висновків	вересень 2023 р.	Виконано
7	Передзахист	жовтень 2023 р.	Виконано
8	Нормоконтроль	листопад 2023 р.	Виконано

Студент _____ А.В. Трофімова

Керівник роботи _____ Н.Ф. Шевченко

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ О.М. Грединарова

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 67 сторінки, 4 рисунок, 1 таблиця, 60 джерел.

Мета роботи полягає у теоретично та емпірично дослідженні особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики.

Об'єкт дослідження – асертивність особистості

Предмет – особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики.

В основу дослідження покладено припущення про те, що асертивність є складним утворенням, що визначається гармонійним розвитком її структурних компонентів (когнітивного, афективного, поведінкового) та виступає професійно важливою якістю лікаря загальної практики.

Методи дослідження: теоретичні: аналіз, класифікація, порівняння, систематизація, узагальнення теоретичних та емпіричних даних з проблематики дослідження; емпіричні: тестування за психодіагностичними методиками: «Дослідження рівня асертивності» (В. Каптоні, Т. Новак), «Методика діагностики емоційного інтелекту» (Н. Холл), «Стратегії подолання стресових ситуацій» (шкала «асертивні дії; С. Хобфолл)

Наукова новизна дослідження полягають у тому, що:

- емпірично досліджено особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики;
- розроблено структурну модель асертивності як інтегративного ієрархічно-структурного утворення особистості лікаря;
- поглиблено, розширено та доповнено уявлення про психологічні чиники розвитку асертивності, асертивних стратегій поведінки, особливостей їх прояву, зокрема, в професійній діяльності лікарів;
- набули подальшого розвитку теоретичні уявлення про ієрархічну структурованість асертивності, її інтегральність та функції.

АСЕРТИВНІСТЬ, АСЕРТИВНА ОСОБИСТІТЬ, ІНДИВІДУАЦІЯ, АСЕРТИВНІ ДІЇ, АСЕРТИВНІ СИТУАЦІЇ, ОСОБИСТІСНИЙ РІВЕНЬ, РЕФЛЕКСІЯ, КОМУНІКАЦІЯ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ.

SUMMARY

Trofimova A.V. Peculiarities of Assertiveness in General Practitioners.

Master's qualification work: 67 pages, 4 drawing, 1 tables, 60 sources.

The purpose of the work is to theoretically and empirically investigate the peculiarities of the manifestation of assertiveness in general practitioners.

The object of research is the assertiveness of the individual

The subject is the peculiarities of the manifestation of assertiveness in general practitioners.

The research is based on the assumption that assertiveness is a complex entity determined by the harmonious development of its structural components (cognitive, affective, behavioral) and is a professionally important quality of a general practitioner.

Research methods: theoretical: analysis, classification, comparison, systematization, generalization of theoretical and empirical data on research issues; empirical: testing according to psychodiagnostic methods: "Research of the level of assertiveness" (V. Capponi, T. Novak), "Methodology for the diagnosis of emotional intelligence" (N. Hall), "Strategies for overcoming stressful situations" (scale "assertive actions"; S. Hobfoll).

The scientific novelty of the research is that:

- empirically investigated the peculiarity of the manifestation of assertiveness in general practitioners;
- a structural model of assertiveness as an integrative hierarchical-structural formation of a doctor's personality was developed;
- a deepened, expanded and supplemented understanding of the psychological mechanisms of the development of assertiveness, assertive strategies of behavior, the peculiarities of their manifestation, in particular, in the professional activity of doctors;
- theoretical ideas about the hierarchical structure of assertiveness, its integrality and functions have gained further development.

ASSERTIVENESS, ASSERTIVE PERSONALITY, INDIVIDUATION, ASSERTIVE ACTIONS, ASSERTIVE SITUATIONS, PERSONAL LEVEL, REFLECTION, COMMUNICATION, RESPONSIBILITY

ЗМІСТ

ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ АСЕРТИВНОСТІ ОСОБИСТОСТІ.....	10
1.1. Генеза поняття асертивності у вітчизняній та зарубіжній літературі.....	10
1.2. Психологічні чинники асертивної поведінки.....	20
1.3. Асертивність як особистісна якість: специфіка та структурна організація.....	25
РОЗДІЛ 2. АСЕРТИВНІСТЬ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ.....	29
2.1. Психологічні особливості професійної діяльності лікаря	29
2.2. Складові психологічної моделі лікарської діяльності.....	35
2.3. Асертивність як умова успішної взаємодії лікаря з пацієнтом.....	39
РОЗДІЛ 3. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ АСЕРТИВНОСТІ В ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ.....	44
3.1 Організація та методичне забезпечення дослідження.....	44
3.2. Особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики.....	47
3.3. Оцінка розвитку складових асертивності.....	48
ВИСНОВКИ.....	57
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	61

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна вітчизняна та світова лікарська переконливо доводить, що успішність процесу профілактики і лікування не може бути забезпечена тільки лікарським рівнем підготовки фахівця. Дослідження науковців свдчать про те, що практично в усіх галузях медицини диференціюється психологічна складова – організація суб'єкт-суб'єктної взаємодії, що забезпечує взаємну коректність та ефективність дозволених відносин. У зв'язку з цим актуальності набуває проблема асертивності лікаря – суб'єктної властивості особистості, що інтегрує ініціативу та готовність до ризику у важких життєвих ситуаціях, здібність конструктивно відстоювати свої права, проявляючи етичне ставлення до інших людей, будучи при цьому відповідальним за власну поведінку.

В контексті професійної діяльності лікаря актуально, що, на відміну від деструктивних маніпуляції та агресії, асертивна поведінка розглядається як адекватність у певній конкретній ситуації, діалогічна взаємодія, забезпечення зворотного зв'язку, формування зони довірчого спілкування, що налаштовує на взаєморозуміння та взаємоповагу.

Концепції асертивності та асертивної поведінки з'явилися в середині двадцятого століття під впливом основних положень гуманістичної психології (А. Маслоу, Р. Мей, К. Роджерс, Е. Фромм), транзактного аналізу (Е. Берн), гештальт-терапії (Ф. Перлз), біхевіоризму (Дж. Вольпе, А. Лазарус), в працях представників соціально-когнітивного напрямку (А. Бандура).

Зарубіжні науковці частіш звертаються до вивчення асертивної поведінки (Ф. Зімбардо, В. Каппоні, Е. Солтер), а вітчизняні (Л. Бутузова, Т. Дріга, Л. Марчук, Л. Ніколаєв, Н. Подоляк, О. Саннікова) – до дослідження асертивності як особистісної риси. Так, в соціально-психологічних

дослідженнях українських науковців асертивність вивчалась спочатку в межах таких синонімічних понять, як впевненість у собі, самоствердження, нонконформізм тощо, а згодом почала розглядатись як окрема особистісна якість.

В дослідженнях останніх років досліджуються різні аспекти асертивності: соціально-психологічні особливості формування асертивної поведінки у професійному становленні майбутніх психологів (Л. Марчук), розвиток асертивності підлітків у різних умовах соціалізації (Л. Ніколаєв), психологічні особливості розвитку асертивності в юнацькому віці (В. Лучків), проблеми міжособистісної асертивності (Д. Еймс, А. Лі, А. Вацлавек).

Водночас, попри значну кількість праць з проблематики асертивності в зарубіжній науці та підвищення інтересу до неї останнім часом серед вітчизняних дослідників, поза увагою дослідників залишається питання асертивності лікарів.

Отже, соціальна значущість проблеми та її недостатнє вивчення зумовили вибір теми дослідження: «Особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики».

Об'єкт дослідження: асертивність особистості.

Предмет дослідження: особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики.

Мета дослідження – теоретично та емпірично дослідити особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики.

В основу дослідження покладено припущення про те, що асертивність є складним утворенням, що визначається гармонійним розвитком її структурних компонентів (когнітивного, афективного, поведінкового) та виступає професійно важливою якістю лікаря загальної практики.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі завдання:

1. Здійснити аналіз теоретико-методологічних підходів до вивчення асертивності особистості.
2. Розкрити чинники асертивності та асертивної поведінки.
3. Визначити психологічні характеристики професійної діяльності лікаря.
4. Емпірично дослідити особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики.

Методи дослідження. Теоретичні: аналіз, класифікація, порівняння, систематизація, узагальнення теоретичних та емпіричних даних з проблематики дослідження. Емпіричні: тестування за психодіагностичними методиками: «Дослідження рівня асертивності» (В. Каппоні, Т. Новак), «Методика діагностики емоційного інтелекту» (Н. Холл), «Стратегії подолання стресових ситуацій» (шкала «асертивні дії; С. Хобфолл)

Експериментальна база дослідження. Емпіричне дослідження особливостей асертивності лікарів проводилося на базі. В дослідженні взяли участь 21 лікар загальної практики віком 35-45 років.

Наукова новизна та теоретичне значення дослідження полягають у тому, що:

- емпірично досліджено особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики;
- розроблено структурну модель асертивності як інтегративного ієрархічно-структурного утворення особистості лікаря;
- поглиблено, розширено та доповнено уявлення про психологічні чинники розвитку асертивності, асертивних стратегій поведінки, особливостей їх прояву, зокрема, в професійній діяльності лікарів;
- набули подальшого розвитку теоретичні уявлення про ієрархічну структурованість асертивності, її інтегральність та функції.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ДОСЛІДЖЕННЯ АСЕРТИВНОСТІ ОСОБИСТОСТІ

1.1. Генеза поняття асертивності у вітчизняній та зарубіжній літературі

Поняття «Асертивність» – досить нове в психології; воно є похідним від англійського «assert» (відстоювати, стверджувати, захищати). Згідно з психологічним словником, термін «асертивність» з'явився в середині 20 століття в працях представників біхевіористського напрямку психології та описував людину, яка є впевненою в собі, успішною, здатною регулювати власну поведінку і нести за неї відповідальність незалежно від зовнішніх впливів і оцінок. Відповідно до цього, близькими до асертивності поняттями є впевненість у собі, самоприйняття, адекватна самооцінка, відповідальність за свої рішення, самодостатність й доброзичливість [21]. Англійське поняття «assert oneself» також є синонімом і перекладається як: «відстоювання своїх прав», «відстоювання своєї свободи всупереч волі інших», «самовизначення».

Асертивність – це характеристика особи, яка впевнена в собі, вміє відстоювати свої погляди, має сильну волю і водночас толерантно ставиться до протилежних поглядів. Це певний показник здатності людини адаптуватися до нових ситуацій, переконливості, здатності відстоювати власні цінності та настанови.

Аналіз наукової літератури показує, що в контексті філософської науки асертивність кваліфікується як базова впевненість у власному майбутньому та важливий аспект знань, які особа може здобути [30].

В роботах німецько-американського філософа П. Тілліха йдеться про те, що невпевненість особи у своєму теперішньому та майбутньому становищі є основою для розвитку різних форм онтологічної тривоги та невротичного страху. Пізніше ця теза знайшла своє підтвердження в психологічній теорії невротичного розладу особистості (А. Адлер, К. Абрахам, Г. Салліван, З. Фрейд, Е. Фромм, К. Хорні).

Видатний нідерландський філософ Б. Спіноза в своїх працях розглядав впевненість у собі як форму надії. На думку науковця, особа набуває впевненості в собі, коли вона сподівається на реалізацію своїх життєвих цілей.

Взагалі, західні філософи розглядали асертивність особистості в межах антропоцентричної парадигми. Впевненість особи в майбутньому розумілась як нерозривно пов'язана з чимось вищим. Українські філософи додали категорію віри до питання асертивності.

На думку Г. Сковороди та І. Франка, питання асертивності пов'язане з вірою в Бога і в те, що особа несе відповідальність за свої вчинки перед ним. Розмірковуючи над поняттям впевненості, філософська традиція в нашій країні виходить з того, що людина здатна зберігати свої моральні переконання та особисту позицію і протистояти зовнішнім впливам за різних обставин. У цьому контексті впевненість у собі розглядається як своєрідна моральна стійкість, без якої неможлива будь-яка життєдіяльність.

Вітчизняний науковець Л. Ніколаєв [30] також розглядає асертивність як характеристику рішучості та стійкості особистості (стійкість поглядів, цінностей, настанов, ставлень), тобто здатність зберігати власну позицію в різних ситуаціях, критично ставитися до поведінки, що суперечить особистим поглядам, настановам і переконанням. На думку дослідника, асертивна особистість – це особистість, яка здатна відстоювати власну позицію та змінювати ситуації і власну поведінку відповідно до власних цілей.

Перейдемо до розгляду основних підходів до вивчення асертивності в психологічній науці.

Відомий американський психолог Е. Солтер [46], засновник умовно-рефлекторної терапії, стверджував, що, надаючи психотерапевтичну підтримку клієнтам з міжособистісними труднощами, він може допомогти їм, навчивши їх певним поведінковим навичкам, які отримали назву «асертивність». В своїй монографії «Умовно-рефлекторна терапія» автор розкрив біологічні витоки асертивності, які він розглядав як результат переважання гальмування над збудженням у нервовій системі.

Е. Солтер охарактеризував асертивність як здатність брати на себе відповідальність за власні дії, конструктивно відстоюючи свої права та демонструючи позитивне ставлення до інших. Іншими словами, дослідник визначив асертивність як найбільш прийнятний і конструктивний метод міжособистісної взаємодії.

Узагальнюючи власний досвід психотерапії, Е. Солтер [21] виділив шість характеристик здорової, асертивної особистості:

- 1) чуттєвість мовлення: відкрите, спонтанне і невимушене вираження своїх почуттів та емоцій;
- 2) експресивність і гармонійність поведінки й мовлення: чітке невербальне вираження емоцій та гармонія між вербальною та невербальною поведінкою;
- 3) здатність протистояти та атакувати: вміння відкрито та прямо висловлювати свої погляди, не зважаючи на інших;
- 4) свідомо використовувати висловлювання «я», щоб продемонструвати відсутність спроб сховатися за неясними висловлюваннями;
- 5) вміння приймати компліменти (висловлювати згоду, коли тобі роблять комплімент) є свідченням того, що людина відкидає власний комплекс неповноцінності та недооцінку своїх сил і якостей;

б) вміння імпровізувати та спонтанно виражати емоції, потреби та щоденні турботи.

Слід відзначити, що зміст цих характеристик обумовлений біхевіористичною позицією автора. Описуючи певний рівень поведінкової регуляції особистості, наведені характеристики не описують ніяких особистісних якостей.

Е. Солтер розробив програму тренінгу асертивності згідно з визначеними критеріями здорової особистості. Запропонована ним програма містила певний алгоритм завдань для виконання:

- 1) навчити зовнішньому (експліцитному) вираженню емоцій, особливо в міжособистісних стосунках;
- 2) тренування узгодженості між внутрішнім суб'єктивним сприйняттям емоцій та зовнішнім мимичним і пантомимичним вираженням;
- 3) підкріплення нових поведінкових моделей через диференційований зворотний зв'язок (інформацію) від інших;
- 4) розвиток усвідомлення та прийняття власної відповідальності через навчання використанню займенника «я» при вираженні власних бажань;
- 5) навчання вмінню діяти спонтанно та гнучко в ситуації групової взаємодії та в реальних життєвих ситуаціях;
- 6) тренінг самоствердження у формі самосхвалення.

Запропонований та успішно апробований Е. Солтером тренінг асертивності здійснив значний вплив на подальші дослідження цього феномену. Згодом розроблену тренінгову програму тренінгу вдосконалили та популяризували Дж. Вольпе [59] та А. Лазарус [21].

Згодом зарубіжні вчені провели чимало досліджень асертивності як на теоретичних, так і експериментальних (Р. Алберті, К. Вілсон). Цей інтерес підігрівався бажанням знайти найбільш конструктивні шляхи взаємодії між людьми, особливо в подружніх стосунках. За результатами досліджень було виявлено, що асертивність є елементом міжособистісного партнерства, в

якому кожен суб'єкт взаємодії може відстоювати свої права і захищати їх, не завдаючи шкоди і не вступаючи в конфлікт з іншим. При цьому партнери повинні довіряти один одному і діяти спокійно, впевнено та сміливо. Експериментальні дослідження чітко продемонстрували конструктивні переваги асертивної, а не агресивної, пасивної чи маніпулятивної поведінки.

Загалом дослідники дійшли висновку, що асертивна поведінка є більш ефективною для зміцнення суспільства, встановлення продуктивних міжособистісних стосунків, досягнення цілей та кар'єрного розвитку. Вони також виявили, що асертивність є фактором психологічного здоров'я. Це означає, що психологічно здорові люди мають вищий рівень асертивності, ніж ті, хто має психічні розлади [49, 55]. Ці висновки призвели до низки подальших досліджень, спрямованих на оптимізацію тренінгу асертивності, зокрема в контексті поведінкової психотерапії. Розроблені програми рідтвердили свою ефективність: учасники значно знизили рівень тривожності, соціального страху, агресії та ворожості, підвищили впевненість у собі та відчули позитивні зміни в Я-концепції [49].

В емпіричних дослідженнях представники когнітивно-поведінкового напрямку [53, 56] продемонстрували значні позитивні зв'язки між асертивністю та емоційним інтелектом, адаптивністю, соціальною компетентністю, успішністю в академічній сфері (навчання).

Представниками інших напрямів були здійснені спроби надати власне визначення терміну асертивності. Наприклад, когнітивні психологи визначають асертивність як наявність позитивних конструктів і відсутність тривожних думок [56, 58]. Науковці виявили, що асертивна поведінка сприймається оточуючими як більш адекватна, ніж агресивна та деструктивна, і більшою мірою сприяє досягненню мети. Крім того, асертивні висловлювання, тобто прояви асертивності у вербальній формі, сприймаються і оцінюються оточуючими більш прихильно порівняно зі звинувачувальними висловлюваннями.

Отже, більшість концепцій асертивності були розроблені в рамках біхевіоризму, під впливом гуманістичної психології (А. Маслоу, Р. Мей, Г. Олпорт, К. Роджерс), гештальт-терапії (Ф. Перлз) [46], транзактного аналізу (Е. Берн [5]), соціально-когнітивної психології (А. Бандура [4]). Дослідження феноменологічних характеристик асертивності базується на гуманістичних положеннях про існуванні конструктивної сутності людського Я, потреби в самореалізації та самоактуалізації, прагненні протистояти маніпуляціям, відкритості та довірі до світу, визнанні цінності кожної особистості. Основними принципами гештальт-терапії в дослідженні асертивності є такі: потреба особи у психологічному зростанні, принцип «тут і зараз» (актуальність проблеми), розширення сфери самоусвідомлення та прийняття відповідальності за події власного життя. Психологічний розвиток людини полягає у балансі між емоціями, потребами та самоконтролем, у встановленні чесних і відкритих стосунків з іншими, у переході від маніпуляції до реалізації [20].

Вивчення асертивності також ґрунтується на таких неофрейдистських концепціях, як «індивідуація» та характерологічний «панцир». За К. Юнгом індивідуація – це природний розвиток особистості з її самовизначенням та індивідуальними особливостями. Характерологічний панцир, за В. Райхом – це захисний механізм, який виникає внаслідок деструктивного ставлення до суспільства і перешкоджає розвитку особистості.

В руслі транзактного аналізу (Е. Берн [5]) сновними положеннями, які здійснили вплив на розвиток теорії асертивності, стали визнання продуктивності его-стану «дорослий», набуття автономії через розвиток інтегрованого «дорослого», звільнення від маніпулятивних сценарних ігор та набуття чесних і відкритих форм спілкування.

В руслі соціально-когнітивного напрямку (А. Бандура) важливими категоріями стали самоефективність, екстернальність суб'єтивного контролю та принцип взаємного детермінізму. Згідно з цим напрямом психології, на

поведінку суб'єкта впливає не тільки соціальне середовище, але й сам суб'єкт відіграє активну роль у створенні свого кола спілкування, оточення. Особа може досягти високого рівня самоефективності, усвідомлення власної компетентності, впевненості у власних здібностях і можливостях, очікування успіху в процесі виконання завдань або розв'язання проблем.

Таким чином, можна зробити висновок, що під впливом теорії гуманістичного напрямку науковці додали до змісту поняття асертивності вирази, які не мають нічого спільного з етимологією слова «асертивність»: повага до прав інших, ставлення до інших з повагою, довіра один до одного та відкрита, довірлива та чесна взаємодія.

У соціально-психологічних дослідженнях українських психологів (у радянський період) асертивність безпосередньо не вивчалася, натомість аналізувалися схожі поняття (наприклад, впевненість у собі, напористість, рівень самоконтролю, переконання, життєстійкість та ін.).

Сучасний український дослідник Л. Ніколаєв [30] проаналізував ці дослідження у своїй дисертаційній роботі. Науковець зазначив, що в межах концепції спільної діяльності впевненість у собі визнається домінуючим чинником у процесі постановки та досягнення власних цілей в умовах життєдіяльності в колективах і малих групах (В. Шадріков, Г. Суходольський, В. Волков та ін.). У рамках психології особистості вивчалася її роль, значення, функції та психологічні механізми (А. Барабанщиков, В. Забродін), а в психології управління впевненість у собі розглядалася як професійно важлива якість керівника і ключовий чинник прийняття управлінських рішень (А. Завалішина, В. Козелецький). Вивчалися також проблеми впевненості в собі у соціально-психологічному тренінгі (Л. Петровська, Ю. Ємельянов). Опосередковано проблема асертивності вивчалася також у сфері міжособистісного спілкування та взаємодії.

Феномени асертивності та асертивної поведінки почали активно вивчатися українськими науковцями на початку 21 століття [21; 30; 31]. Слід зазначити, що якщо зарубіжні дослідники вивчали цей феномен переважно через біхевіористський дискурс (взяття на себе відповідальності, відстоювання своїх прав, прояв впевненості, спокійна та наполеглива поведінка, повага до прав, переконання, відмова тощо), то вітчизняні дослідники тяжіли до екзистенційного розуміння асертивності, що ґрунтується на гуманістичних концепціях Р. Емерсона, А. Маслоу, Р. Мея, Г. Оллпорта, Ф. Перлза, К. Роджерса, В. Франкла, Е. Фромма, надаючи перевагу вивченню її як якості особистості. Асертивність характеризують як інтегральну якість особистості, що визначається незалежністю від оцінок інших людей, здатністю до самостійної регуляції власної поведінки.

Українська дослідниця В. Лучків [20] в своїй дисертаційній роботі виділила кілька напрямів дослідження асертивності. В межах першого напрямку асертивність ототожнювалася з однією з особистісних характеристик: автономністю (В. Семиченко [36], Е. Солтер), наполегливістю та впевненістю в собі (М. Сміт), самоствердженням (Л. Курганська [17]), самоактуалізацією (Е. Шостром [47]).

В межах другого напрямку вивчаються особливості асертивної поведінки (Р. Алберті, С. Стаут).

В межах третього напрямку асертивність досліджується в контексті професійного самовизначення (Л. Марчук [21]), педагогічної (Н. Подоляк [31]), управлінської (Ю. Дутчак [10]), медичної та журналістської (Г. Синоруб [37]) діяльностей, як умова продуктивної взаємодії та психологічного потенціалу особистості (С. Мельничук [24]).

Основною причиною збільшення кількості досліджень асертивності є суспільний запит на звільнення людей від шаблонів конформізму, авторитаризму та тоталітаризму. У сучасному мінливому соціально-економічному та політичному кліматі суспільство потребує особистостей,

здатних відстоювати власні ідеї незалежно від позиції інших, протистояти маніпулятивним впливам, впевнено декларувати свої інтереси та цілі і досягати їх з повагою до інших. Наукове вирішення одвічного протиріччя між прагненням людини до звільнення від світу та її онтологічною залежністю від нього (Е. Фромм [45]) залишається актуальним і сьогодні.

Нещодавнє збільшення кількості досліджень асертивності та бажання розвивати навички асертивної поведінки підтверджується досвідом психотерапевтичної практики. Серед актуальних запитів В. Лучків [20] виділяє такі: необхідність знаходження більш продуктивних форм поведінки та розвиток особистісних якостей, за допомогою яких долаються соціальний страх, тривога, почуття провини, неприйняття власної особистості.

У світлі цих соціальних запитів асертивність почала вивчатися як інтегральна властивість особистості, а поряд з асертивною поведінкою почала вивчатися «асертивна особистість».

Феноменологічний аналіз філософських та психологічних концепцій суб'єктності дозволив В. Лучків дійти висновку, що асертивність є центральним компонентом структури активного суб'єкта життєдіяльності. Це пов'язано з тим, що його основними проявами є почуття цілеспрямованості, впевненості та відповідальності, які здатні гарантувати самодостатність та ефективність [20].

В процесі дослідження асертивності дослідники іноді надто розширюють значення цього явища та ототожнюють його з самоефективністю [4], показником асертивності. Деякі дослідники розглядають феномен асертивності як близький до поняття «самість» (за К. Юнгом), що характеризується прагненням до трансценденції (за Е. Фроммом [45]). З точки зору екзистенціалістської філософії, асертивність означає, що в кожен момент життя людина вирішує, що робити далі і в якому напрямку розвиватися. Багато сучасних психологів розглядають асертивність з точки зору того, що суб'єкт є автором власного життя.

Відзначимо, що сучасними вітчизняними вченими асертивність досліджується переважно як комплексна інтегративна характеристика особистості, системна складна різнорівнева властивість особистості [21; 28; 30; 35; 41].

В українському соціально-психологічному словнику подано наступне визначення асертивності: уміння людини впевнено і гідно поводитись, наполегливо відстоювати свої права чи точку зору, не зневажаючи прав інших [38].

Іноді в наукових працях асертивність розглядається в контексті суміжних понять, таких як «асертивна особистість», «асертивні дії», «асертивні ситуації», «асертивна поведінка». З феноменологічної точки зору вона вивчається як функція психіки, зокрема як когнітивний процес, як особливість мотиваційної сфери та як риса особистості, що є її невід'ємною характеристикою. Ці поняття не є чітко розмежованими і часто використовуються як синоніми.

Грунтуючись на аналізі теоретичних та емпіричних досліджень асертивності можна зробити висновок, що її основними характеристиками є суб'єктні особистісні якості: впевненість у собі, автономність, самодостатність та нонконформізм. Ці якості повинні реалізовуватися одночасно з адекватним сприйняттям інших людей, розумінням внутрішнього світу інших та вираженням поваги до них. Емпатія як інтегративна характеристика особистості забезпечує оптимальне відображення внутрішнього світу інших [11], а тому її поєднання з суб'єктними якостями забезпечує оптимальну варіативність асертивності та асертивної поведінки [19].

1.2. Психологічні чинники асертивної поведінки

Відповідно до принципу детермінізму (від лат. *Determinare* – визначати), будь-які психічні явища закономірно залежать від чинників, що їх породжують. Цей принцип поширюється й на асертивність.

Дослідники вивчають як зовнішні (біологічні та соціальні), так і внутрішні (психологічні та суб'єктивні) чинники розвитку асертивності та асертивної поведінки. До зовнішніх детермінант розвитку асертивності належать особливості виховання вдома і в школі, вплив на дитину референтних осіб і груп, особистий соціальний досвід. До внутрішніх умов належать індивідуально-психологічні характеристики особистості, базові потреби, особливості мотиваційної та ціннісної сфер [19, 21].

Якщо зарубіжні науковці зазвичай досліджують детермінанти асертивної поведінки [13; 56], то українські [7; 9; 20] вивчають передумови та чинники розвитку асертивності як особистісної риси. Зокрема, вітчизняні вчені досліджують асертивність у процесі самореалізації особистості та доводять, що формування автономії та відповідальності є необхідними передумовами для саморозвитку асертивності. Л. Марчук [20] в ході емпіричного дослідження на вибірці студентів довела, що соціально-психологічними чинниками асертивної поведінки є соціометричний статус особистості в студентському середовищі, характеристики соціально-психологічного клімату та професійна ідентичність. Дослідниця також перелічила структурні елементи та показники сформованості асертивної поведінки. Ціннісно-мотиваційний компонент – це орієнтація на гідне представлення себе світові з урахуванням цілей, інтересів і потреб інших суб'єктів, прагнення до самоаналізу, саморозвитку і самореалізації. Когнітивний компонент – знання про зміст, особливості вираження та умови формування асертивної поведінки в процесі професійного розвитку. Рефлексивно-оцінний – збалансованість соціальних та особистісних

характеристик, емоційна врівноваженість, рівновага у стосунках з оточуючими та рефлексія. Регулятивний компонент – автономність, контроль емоційних проявів, відповідальність, наполегливість [20, с. 6].

Існує чимало досліджень, присвячених окремим чинникам асертивності. Наприклад, Ф. Зімбардо [13] розглядає адекватну самооцінку як фактор розвитку впевненості в собі (асертивності), а А. Бандура [4] визнає високу самоефективність, засновану на мотивації до успіху.

У дослідженнях, присвячених детермінації асертивності, також поширеним є встановлення психологічних корелят цього феномену та його змістовних складових. Так, українська дослідниця Н. Подоляк [31] експериментально зафіксувала кореляційні зв'язки між асертивністю та самоствавленням. Виявлено значущі позитивні зв'язки між узагальненими показниками асертивності та самоповагою, аутосимпатією, самоприйняттям та самоінтересом, а також негативні зв'язки з самовпевнністю та самозвинуваченням. Впевнені в собі люди виявилися більш схильними до інтернального локусу контролю та ризику і характеризувалися такими якостями, як товариськість, врівноваженість, відкритість, мужність, сміливість, самодостатність та емоційна стабільність.

Н. Подоляк [31] на основі кореляційного, факторного та якісного аналізу експериментальних даних складає портрет асертивної особистості: такі люди вміють володіти собою, мають високий самоконтроль, вони спокійні, мають почуття власної гідності, впевнені в собі, емоційно стабільні, вміють спілкуватися з іншими та досягати результатів, не використовуючи агресію або маніпулятивну поведінку. Вони не є невротичними, сором'язливими, пригніченими, депресивними, дратівливими чи агресивними.

Зв'язок між асертивністю та психологічним здоров'ям було показано в багатьох дослідженнях [55; 57 та ін.]. За даними досліджень встановлено, що асертивність математично достовірно позитивно корелює з психологічним

здоров'ям та зрілістю, адекватною самооцінкою, почуттям власної гідності та самоповагою. Асертивність має негативні кореляції з депресією й емоційним вигоранням.

Оскільки асертивна поведінка включає в себе напористість, позитивну самооцінку та конструктивну агресію, взаємозв'язок між асертивністю та агресією часто вивчався в наукових дослідженнях. Наприклад, асертивні стратегії подолання стресу пов'язані з рівнем конструктивної агресії; показники асертивності мають негативні кореляції з показниками вразливості до маніпуляцій [19, 20].

Іншим напрямком досліджень є встановлення чинників розвитку асертивності в онтогенезі. Науковцями [8; 30] зроблено висновок про те, що на розвиток асертивності в підлітковому віці впливають об'єктивні (сімейне середовище, особливості навчання і виховання в закладах освіти, стан здоров'я школярів) та суб'єктивні чинники (рівень розумового розвитку, особистісний розвиток, успішність в навчальній або позанавчальній діяльності, мотивація, досвід асертивної поведінки та особливості міжособистісних стосунків з дорослими та однолітками).

У дослідженні соціальних навичок молодших підлітків група дослідників [53] виявила значну позитивну кореляцію між асертивністю учасників і їхньою самооцінкою та успіхом у міжособистісній взаємодії. Виявлено, що розвиток асертивності сприяє ефективності соціальної адаптації молодших підлітків. Дослідження взаємозв'язку між асертивністю та емоційним інтелектом у старшокласників виявило статистично значущу позитивну кореляцію між цими феноменами.

Зазвичай дослідження асертивності фокусуються на конкретних вікових групах, але в деяких роботах представлено порівняльний аналіз її кореляцій у різних онтогенетичних інтервалах (В. Шейнов). Наприклад, експериментальне порівняння корелятив асертивності у дорослому віці (вчителі) та ранній юності (студенти) виявило вікові особливості у

співвідношенні між асертивністю та самооцінкою людини. Якщо у вчителів асертивність не пов'язана зі шкалами самооцінки, то у студентів такі якості, як доброта, чесність, толерантність, відповідальність і вимогливість позитивно пов'язані з асертивністю.

Дослідники [19, 20, 28] виявили, що чинниками негативного впливу на асертивність є: соціальні страхи (страх бути розкритикованим або виглядати неадекватним в очах інших, страх бути відкинутим, страх опинитися в центрі уваги або в незнайомій ситуації, страх бути відкинутим або почути відмову від інших, страх бути відкинутим); почуття провини та сорому, невпевненість та неадекватна самооцінка, нестабільність, агресивність, високий рівень тривожності та напруженості, знижене прагнення до успіху (переважання прагнення уникати невдач).

Прихильники біхевіоризму розглядають асертивну поведінку в якості чинника таких особистісних якостей, як внутрішня впевненість у собі, самооцінка та самоповага. Досить часто асертивність досліджується як чинник розвитку різних явищ. Так, асертивність визначається як системна характеристика особистості адаптованого суб'єкта та складова конкурентоспроможності учнівської молоді й успішної професійної кар'єри [8]. Асертивність вивчалася як основа успішної міжособистісної взаємодії в майбутній професійній діяльності [48], чинник формування в студентській молоді почуття власної гідності, самоповаги, моральної поведінки [7] та соціально-психологічної адаптації студентської молоді [9]. Асертивність як особистісна якість виражається в почутті внутрішньої свободи, впевненості та довіри до себе, а також є критерієм психологічного здоров'я особистості.

А. Лазарус, засновник поведінкової психотерапії, показав, що асертивна поведінка в психотерапевтичній взаємодії визначається системою соціальних і психологічних факторів. По-перше, це чотири соціальні компетенції: вміння вступати в контакт, розпочинати і завершувати розмову; вміння відмовляти – казати «ні»; чесно говорити про свої почуття і потреби, а

також чітко виражати позитивні і негативні емоції. Внутрішні психологічні компетенції також включають філософію життя, оцінку та ставлення [46].

Подібне трактування чинників асертивної поведінки є близьким до поглядів представників гуманістичної психології. Основною мотивацією поведінки асертивних особистостей з гуманістичною спрямованістю є схильність творити добро і здатність любити. Тому асертивність пов'язана з цінностями, світоглядом, відповідною поведінкою, мораллю та етикою, які є важливими аспектами процесу міжособистісної взаємодії. Оскільки людські цінності, прояви доброти і любові ґрунтуються на здатності до емпатії, багато дослідників вивчали роль і місце емпатії в структурі асертивності та асертивної поведінки [6, 11, 19].

До складових асертивності відносять здатність брати на себе відповідальність, увагу та повагу до інших, повагу до інтересів інших, саморегуляцію, впевненість у собі, саморефлексію, самооцінку та автономію, але багато дослідників розглядають також емпатію. Зокрема, чеські психологи В. Каппоні та Т. Новак ввели поняття «емпатійна асертивність», описуючи переваги асертивної поведінки та пропонуючи поради щодо її розвитку. Під звичайною асертивністю дослідники послідовно розуміють асертивну поведінку без будь-яких пояснень. Суть емпатійної асертивності полягає у захисті власних інтересів, а також у розумінні інших.

Слід зазначити, що дані зарубіжних дослідників щодо кореляції емпатії та асертивності є суперечливими. Згідно з висновками Р. Поля, М. Бендера і Г. Лахмана [20], ці феномени не корелюють між собою. Водночас, під час досліджень асертивності та чуйності в учнів та їхніх вчителів дослідники виявили, що учні більш довірливо та позитивно ставляться до вчителів, яких вони сприймають як чуйних та асертивних. Довіра і гармонія між людьми були ще вищими, коли напористість і чуйність були високими по відношенню один до одного. Крім того, автори виявили гендерні відмінності в тому, як проявляється асертивність. Наприклад, жінки були більш

напористими у близькому міжособистісному спілкуванні, тоді як чоловіки були більш напористими у формальному спілкуванні; у жінок більш розвиненою виявилися емпатія, а у чоловіків – асертивність.

1.3. Асертивність як особистісна якість: специфіка та структурна організація

Здійснений аналіз літературних джерел показав, що в сучасній науці досі відсутній єдиний підхід до визначення асертивності, її структури, особливостей прояву, чинників, динаміки розвитку та взаємозв'язку з іншими психосоціальними феноменами.

В цілому в науковій літературі [20] виділяється кілька категоріальних груп характеристик асертивності:

1. Компоненти світогляду: творче ставлення до життя, саморозвиток, цілісність, прагнення до самореалізації, автономності, самоактуалізації, активна життєва позиція.

2. Когнітивні компоненти: усвідомлення своїх прав, особистісних особливостей, усвідомлення сильних і слабких сторін, вміння мислити, вміння аналізувати свою поведінку і вчинки, адекватність самооцінки.

3. Емоційні компоненти: самоконтроль, милосердя, відкритість, емпатія.

4. Суб'єктивні характеристики: потреба в саморозвитку, психологічна свобода і впевненість, внутрішня відповідальність за власну поведінку і життя (інтернальність), впевненість у собі, довіра до себе, самоповага, творчі здібності;

5. Поведінкові (конативні) прояви: вміння відстоювати свої права і позицію в конфліктних ситуаціях; гармонійність мовлення і поведінки; здатність до імпровізації; відкритість і спонтанність у поведінці та

емоційному вираженні; вміння йти на контакт і чітко висловлювати свої бажання і почуття.

б. Соціально-психологічні характеристики: повага та визнання прав інших, вміння приймати похвалу на свою адресу.

Отже, асертивність – це інтегративна якість особистості, що включає в себе складно структуровану систему особистісних і соціально-психологічних характеристик. Дослідники, які розглядають асертивність з гуманістичної та екзистенціалістської точки зору, описують якості асертивної особистості як психологічно здорові та реалізовані риси особистості, суб'єктність (автономність, незалежність, самодостатність, відповідальність, свободу вибору, активність, креативність та позитивне ставлення до себе та інших). В. Татенко підкреслює, що «Бути суб'єктом – значить бути джерелом активності, дії, думки, цінностей і смислів, хотіти і починати причинний ряд із самого себе, виходити за межі наперед визначеного, бути спроможним відповідально перетворювати світ і себе в цьому світі за власними проектами, враховуючи соціальні і природні закони світобудови» [39, 329].

Асертивність передбачає рівний розподіл важливості власних прав і прав іншого, своїх і чужих (партнера) потреб, інтересів і цінностей. Іншими словами, асертивність найбільш яскраво проявляється в міжособистісних стосунках, в професії типу «Людина – людина» (зокрема, лікар), на тлі вираження просоціальної або гуманістичної спрямованості. Емпатія є основою для розвитку орієнтації на партнера по спілкуванню [11]. Асертивні особистості не пасивно пристосовуються до системи «Людина – людина», а діють активно, роблячи стосунки в ній більш конструктивними та продуктивними.

У цьому контексті В. Лучків [20] визначає асертивність як інтегративну характеристику особистості, що виявляє емпатійну суб'єктність в організації власного життя в системі «Людина – людина». На думку дослідниці, емпатійна суб'єктність – це системна взаємодія між емпатійним досвідом (в

одній модальності) та суб'єктними характеристиками особистості (автономність, активність, саморегуляція, самовизначення, відповідальність).

Перейдемо до узагальнення структурної моделі асертивності особистості. Як і інші психологічні феномени, асертивність може проявлятися на когнітивному, емоційному та поведінковому (діяльнісному) рівнях відповідно до схеми У. Мак-Дугалла щодо психологічних процесів. На основі аналізу наукового матеріалу вважаємо, що структурна організація асертивності особистості включає когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти.

Когнітивний компонент характеризується розумінням власного Я, здатністю до моделювання адекватних поведінкових стратегій в міжособистісній взаємодії (конструктивної асертивної взаємодії) за рахунок аналізу та узгодження власних інтересів з моральними нормами, цінностями.

Афективний компонент проявляється у самоповазі, здатності до емпатійного переживання за рахунок моральної рефлексії [11].

Поведінковий компонент розкривається в поведінкових стратегіях (наборах ефективних в різних соціально-психологічних ситуаціях навичок впевненої поведінки), які враховують інтереси партнера по взаємодії.

За умови розвинутої системної взаємодії цих компонентів в поєднанні з такими суб'єктними характеристиками, як емпатійність, автономність, інтернальність, впевненість, особа вміє заявити про власні інтереси, розуміти та поважати позицію партнера по спілкуванню. Будучи інтегративною особистісною якістю, асертивність дає можливість швидко адаптуватися до нових умов життєдіяльності та налагоджувати конструктивну взаємодію з оточуючими, виконуючи адаптаційну, комунікативну, регулятивну, цілепокладальну та консолідуючу функції [20].

Асертивність сприяє активному відстоюванню власних інтересів, водночас орієнтуючись на цінності взаємоповаги та позитивно адаптуючись до свого оточення, не використовуючи деструктивних та егоцентричних

методів взаємодії. Здатність конструктивно взаємодіяти з іншими, визнавати цінність інших та прагнути до самовдосконалення уможлиблює регулятивну функцію асертивності. Консолідуюча функція реалізується через взаєморозуміння, взаємопідтримку та постановку спільних завдань і цілей з партнерами. Цілепокладальна функція полягає в умінні знаходити найбільш конструктивні способи досягнення поставлених цілей.

Таким чином, асертивність – це ієрархічна системна якість особистості, яка являє собою відповідну життєву позицію і проявляється у стосунках з оточуючими та поведінці.

РОЗДІЛ 2.

АСЕРТИВНІСТЬ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРЯ

2.1. Психологічні особливості професійної діяльності лікаря

Професія лікаря є багатогранною, що проявляється в багатстві явищ, які вона охоплює: життя, смерть, хвороба і здоров'я. Професія лікаря є культурно-історичним феноменом, що асоціюється з відповідальністю, довірою, емпатією. Лікування – це своєрідне мистецтво бачити сутність хворобливих феноменів через їх переломлення в суб'єктивному досвіді лікаря шляхом їх кристалізації в діагностичне судження [1].

Однією з найважливіших особливостей медичної професії є особистість лікаря та наявність особистісного рівня в професійній діяльності. Особистісний рівень – це інтеграція таких компетенцій і якостей, як авторитет, автономія, відповідальність, рефлексивність, асертивність. Специфіка лікарської діяльності формує такі суб'єктивні параметри, як клінічне мислення.

Образ лікаря також включає в себе покликання як єдність суб'єктивного пізнавального інтересу до професії та повної самореалізації його особистості і творчих здібностей. Покликання, яке вкорінене в процесі соціалізації та культурному досвіді особистості, реалізується через практику [32].

Стандарти медичної освіти розрізняють загальні (універсальні) та спеціальні (професійно спеціалізовані) компетентності. Кінцевими результатами навчання в медичних закладах вищої освіти є цінності та смисли, загальнокультурні, навчальні та пізнавальні компетентності, комунікативні навички, соціальні та трудові навички, навички саморозвитку. Нові вимоги до фахівців включають професіоналізм, толерантність до

невизначеності, розвиток комунікативних навичок, формування професійної ідентичності, автономії та осмисленої життєвої орієнтації, що сприятиме розширенню медичної освіти в процесі спеціалізації.

На початку ХХ ст. німецьким психологом В. Штерном була розроблена методика складання узагальненого психологічного портрета конкретної особистості – психограмма. Професіографія є специфічним підходом до вивчення професійної діяльності завдяки описово-технічній та психофізіологічній характеристики різних видів діяльності. Опис і аналіз здійснюються відповідно до певних вимог, таких як психологічна обґрунтованість, повне психологічне відображення дійсності в описі та конструктивний опис діяльності. Шляхом об'єктивного дослідження професіографія має на меті розкрити складність професії, виявити її сутнісні та структурні особливості, розкрити різноманіття відносин особистості професіонала з предметами, знаряддями і продуктами праці, іншими людьми та багатьма конкретними явищами, пов'язаними з трудовим процесом, розкрити внутрішню напруженість різних психічних функцій професіонала і на цій основі визначити весь спектр потреб людини як суб'єкта відповідної професійної діяльності, що знайде своє відображення в професіограмі.

Аналіз психологічних особливостей професійної діяльності лікарів як активних суб'єктів дозволив виокремити особливості їхньої професійної діяльності:

- необхідність розвитку психічних і фізичних якостей у напрямку до досконалості шляхом спеціалізованого навчання;
- наявність особливих емоцій в результаті професійної діяльності: висока залученість до довільних подразників і перевтома через постійну активну розумову роботу; емоційне перенавантаження; складні робочі дії;
- характер спілкування з партнерами (пацієнтами і колегами) визначається характером і особливостями виконавців, кожен з яких створює індивідуальну цінність цього продукту праці;

- робота лікаря завжди нова, багато моментів абсолютно неможливо спостерігати і пояснити ззовні, а ті моменти, які присутні, потребують спеціального психологічного аналізу [1, 2, 32, 40, 42, 43].

У професійній діяльності лікаря міжособистісні стосунки розглядаються як «суб'єкт-суб'єктні». Такі відносини включають в себе не тільки стосунки з іншими людьми, але й ставлення до себе, тобто самоствавлення. Особливістю спілкування є те, що, на відміну від усіх інших взаємодій, воно розкриває психологічні якості людини. В суб'єкт-суб'єктному типі спілкування перед учасниками стоїть два завдання: зрозуміти партнера, а також бути повністю зрозумілими іншою людиною. Емоційний компонент суб'єкт-суб'єктної настанови до іншої особи визначається тим, що основними емоційними процесами, задіяними в інтерсуб'єктній міжособистісній комунікації, є емпатія, співчуття, симпатія та емоційний резонанс. Емпатійні міжособистісні стосунки характеризуються почуттям ідентифікації з іншими, взаємною міжособистісною ідентифікацією [14].

Професійна діяльність лікарів спрямована на збереження та зміцнення здоров'я населення, надання медичної допомоги пацієнтам, їх лікування та якнайшвидше повернення до працездатності. Ця діяльність включає медичну допомогу, профілактику, боротьбу з епідеміями та санітарно-епідеміологічний нагляд.

Робочі цілі медичної діяльності – запобігати хворобам, рятувати життя і полегшувати страждання – є прямим втіленням гуманістичних ідей (здоров'я і щастя людей). Гуманістичні принципи та імперативи розвивалися протягом всієї історії медицини. Згідно з ними, медичні працівники не мають права завдавати шкоди здоров'ю людини, спричиняти смерть пацієнта або використовувати його скрутне становище заради збагачення.

Об'єкт діяльності лікаря – пацієнт (хвора людина, яка потребує медичної допомоги); предмет праці – життя і здоров'я людини.

Знаряддя праці лікаря – спеціалізоване медичне обладнання та інструменти.

Результат праці – відновлення працездатності та нормального функціонування життєво важливих органів і систем пацієнта.

Основні форми медичної діяльності – послуги, що надаються під час догоспітальної, амбулаторної та стаціонарної високотехнологічної медичної допомоги, організаційні процедури якої визначаються Міністерством охорони здоров'я України.

Вимогами до підготовки медичних працівників є наявність медичної освіти, знань, умінь і навичок, необхідних для виконання своїх обов'язків, базових знань з психології, базових знань з метичної деонтології (етики).

Розглянемо питання щодо вимог до особистісних якостей лікаря.

Особистісна складова діяльності: фізичне та психічне здоров'я, емпатія, сформована система моральних принципів: чесність, порядність, емоційна стабільність та самоконтроль, відповідальність, дисциплінованість, справедливість, рішучість, наполегливість, відсутність агресії. Усі ці якості в сукупності описують асертивність.

Сенсорно-перцептивна складова: швидкість і точність сенсомоторних реакцій, витривалість, координація рухів, точність динамічних і статичних рухів очей, точність сприйняття кольору, швидкість і точність оцінки швидкості, адекватний обсяг уваги, здатність до переключення уваги, спостережливість, вміння відбирати важливу інформацію.

Інтелектуальна складова: здатність прогнозувати перебіг подій, вміння знаходити кілька можливих рішень, посилена зорова пам'ять, швидка орієнтація в невідкладних станах пацієнта, здатність мислити логічно і клінічно, вміння робити висновки з суперечливої інформації, вміння приймати рішення в умовах дефіциту інформації та часу.

Комунікативна складова: розвиненість таких якостей, як комунікабельність, низька сугестивність, вміння встановлювати психологічний контакт з різними типами людей, здатність здійснювати цілеспрямований психологічний вплив, вміння обирати адекватні форми спілкування. Мовні навички: вміння чітко і логічно висловлювати свої думки; мова повинна бути чіткою та зрозумілою.

Медична діяльність є складною, оскільки вимагає значних інтелектуальних та емоційних зусиль, а в деяких випадках – фізичних зусиль, витривалості, уваги та високої працездатності, часто в екстремальних або стресових ситуаціях.

Професійне спілкування є одним з основних видів взаємодії між лікарями та пацієнтами в медичних установах. Спілкування з пацієнтами суттєво відрізняється від спілкування зі здоровими людьми. Це складний, багатогранний процес встановлення і розвитку контакту між людьми, що виникає з потреби у спільній діяльності і передбачає обмін інформацією, вироблення спільних стратегій взаємодії, усвідомлення і розуміння інших. Продуктивне професійне спілкування вимагає високого рівня розвитку асертивності.

Професійна діяльність лікарів характеризується високим рівнем нервово-психічного напруження, особливо лікарів, які працюють з «важкими» пацієнтами та складними випадками в медичній практиці; ненормованим графіком, частими невизначеними ситуаціями при вирішенні професійних завдань, необхідністю вибору найкращого з багатьох методів досягнення професійних цілей, високим ступенем відповідальності за результати діяльності, різноманітністю і складністю професійних завдань [32].

Перейдемо до розгляду професійно важливих якостей лікаря.

Моральні якості: чесність, бажання і готовність допомагати іншим, доброзичливе ставлення до інших, альтруїстичність та милосердя, вміння зберігати таємниці від інших.

Особистісні психологічні якості: емоційна зрілість, у тому числі відповідальність за власні дії та вчинки; відкритість; здатність до емпатії; позитивний настрій; здорове почуття гумору по відношенню до себе; толерантність по відношенню до інших; вміння діяти та спілкуватися з людьми в будь-яких життєвих ситуаціях.

Естетичні якості: акуратність, охайність.

Інтелектуальні якості: загальна ерудованість, загальні та спеціальні професійні знання, здатність мислити глибоко, широко і творчо.

Професійні навички та вміння: кваліфіковане володіння всіма необхідними навичками проведення лікувальних і діагностичних процедур, наявність багатofункціональної професійної підготовки.

Загальний культурний рівень: різнобічна розвиненість особистості, прагнення до саморозвитку, професійного самовдосконалення і самореалізації.

Отже, важливими професійними якостями лікаря є такі: емоційно-вольова стійкість, уважність, відповідальність, аналітичне клінічне мислення, порядність, акуратність, емпатія, наполегливість, здатність швидко приймати рішення в ситуаціях невизначеності, сумлінність, довіра до себе та позитивна самооцінка, професійна ідентичність та авторитет [42]. З цього переліку асертивність інтегрує в собі такі якості, як відповідальність, емпатія, наполегливість, здатність швидко приймати рішення в ситуаціях невизначеності, довіра до себе та позитивна самооцінка, емоційно-вольова стійкість. Технологія суб'єкт-суб'єктної взаємодії, що забезпечує взаємну коректність та ефективність дозволених відносин, виступає ключовим компонентом асертивності.

2.2. Складові психологічної моделі лікарської діяльності

В межах медичної моделі лікарської діяльності самоідентифікація лікаря і пацієнта постає у світлі медичного знання. Лікар виступає суб'єктом, а пацієнт – об'єктом лікування, що сприяє встановленню стереотипних відносин, які не враховують психологічних особливостей пацієнта та його ціннісних пріоритетів.

В психологічній моделі взаємодії пацієнт і лікар діють як цілісні колективні суб'єкти в процесі лікування, профілактики та реабілітації. Лікар керує пацієнтом у рефлексивний спосіб через процес донесення до пацієнта причини прийняття рішень. Рефлексія – це процес критичного осмислення поточної діяльності, вміння описувати, аналізувати і співвідносити свої дії з ситуацією, а також здатність обґрунтовувати необхідність коригування перебігу діяльності. Рефлексивна особистість характеризується почуттям перспективи та відповідальності у поведінці та життєвих ситуаціях [26]. У такій рефлексивній моделі два суб'єкти впливають один на одного через вільну волю, довіру та спільну відповідальність.

Довіра є однією з ключових психологічних передумов суб'єкт-суб'єктних відносин і має особливе значення в контексті взаємодії пацієнт-лікар. Довіра є формою саморефлексії соціального суб'єкта, яка може бути адекватною або неадекватною, включаючи переоцінку або недооцінку власних можливостей. Вона має значний вплив на самоідентифікацію індивіда та його соціальну ідентичність. Довіра як віра в іншого означає, що цей інший є надійним і незмінним у своїх базових якостях. Довірі в інтерсуб'єктивній комунікації сприяють базові психологічні потреби людини у відкритості, саморозкритті [1, 2].

Довірче спілкування (суб'єкт-суб'єктна орієнтація партнерів по спілкуванню) призводить до сприятливої інтерпретації комунікативних намірів партнерів по спілкуванню. Якість комунікації, ступінь її діалогічності

та можливість досягнення порозуміння можна визначити за наявністю достатнього взаєморозуміння [14].

Детермінантами довірчого спілкування є важливість того, що людина розповідає про себе іншій людині, ступінь довіри до неї та встановлення психологічного контакту. Довірча взаємодія характеризується наступними ознаками: стабільність та міцність встановленого контакту; відсутність жорсткого контролю і формального психологічного впливу; щирість; впевненість у тому, що отримана інформація не буде використана на шкоду; залученість до внутрішнього світу іншого (емпатія). Отже, наявність довіри перетворює безособові комунікативні дії на спілкування. Довіра гарантує ефективну комунікацію, внутрішнім змістом якої є діалог, в якому проявляється комунікативна суб'єктність і орієнтація на іншу сторону. Без довіри міжособистісні стосунки стають конфронтаційними і ворожими, з протилежними пропозиціями.

Комунікація – це процес, суть якого полягає не лише в передачі та отриманні інформації, а й у виробленні нових знань та створенні спільності для співрозмовників. Тому комунікація, побудована на механізмах довіри, формує особистісну ідентичність. Довіра задає тон професійній та компетентній поведінці, а в середовищі співпраці співрозмовники демонструють високий ступінь співпраці, спільної інтеграції, відданості та відповідальності.

Відповідальність за власне здоров'я та підвищений внутрішній локус контролю є базовими умовами психологічної моделі впливу та наслідків взаємодії лікаря і пацієнта. Відповідальність за себе означає готовність і здатність практикувати моделі поведінки, що сприяють здоров'ю. Це означає відмову від дисфункціональної поведінки (куріння, вживання алкоголю та інших шкідливих звичок). Відповідальність – здатність людини свідомо реагувати контролювати, управляти та формувати власну діяльність у певній ситуації. Відповідальність – це усвідомлення та рефлексія суб'єктом власного

авторства щодо ситуації, в якій він опинився, вибору, який він робить, і своєї здатності впливати на ситуацію. Зміст відповідальності суб'єкта має ціннісне значення для суб'єкта і пов'язаний з його бажаннями, потребами та сподіваннями. Психологічна сутність відповідальності полягає в максимальному вираженні суб'єктивної позиції в діяльності. Іншими словами, це гарантія якісного рівня діяльності, гарантія її результатів і добровільне зобов'язання бути готовим відповідати за будь-які наслідки [29].

Прийняття відповідальності, її перекладання та зняття з себе стосуються того, наскільки людина готова повністю оцінити всі наслідки своїх дій чи бездіяльності. Уникнення відповідальності в умовах невизначеності та численних ризиків спирається на психологічні захисні механізми. До них належать компульсивність, перенос відповідальності на інших, заперечення, уникнення самостійних дій та рішень [43, 44].

Аналіз наукових джерел дозволив визначити основні характеристики суб'єкт-об'єктних відносин в системі «пацієнт-лікар»:

- наявність і визнання суб'єктами лікування спільної, єдиної мети спільної діяльності;
- власне ставлення пацієнта до самого себе як до активного, автономного, відповідального суб'єкта терапевтичного процесу;
- партнерські, психологічно рівноправні відносини між пацієнтом і лікарем – суб'єктами лікування;
- діалогічність та зворотній зв'язок при здійсненні суб'єктами лікування своїх дій.

Отже, психологічна модель взаємодії «лікар-пацієнт» розглядає пацієнта як активну, рефлексивну особу, яка здійснює самоконтроль і саморегуляцію під час лікування, реабілітації та профілактики, що сприяє суб'єкт-суб'єктному діалогу «лікар-пацієнт». Продуктами рефлексивної діяльності є адекватна самооцінка, самоконтроль, саморегуляція та психологічно очікувані результати. У цій моделі особливо важливою є

відповідальність за здоров'я пацієнта під час реабілітації та профілактики. Дотримання пацієнтом вимог щодо модифікації способу життя та поведінки активізує фігуру пацієнта. Зрештою, успіх лікування залежить від цінностей пацієнта, його готовності захищати своє здоров'я та усвідомлення відповідальності. Лікарі повинні підходити до цього в діалозі, довіряючи автономії пацієнта і його розумінню того, що для нього найкраще, а не вважати, що тільки їхні власні уявлення є правильними [1, 2, 14, 25, 26].

Таким чином, включення індивідуальних психологічних особливостей пацієнта в діагностичний процес і в інтерпретацію результатів лікування розширює діагностичні можливості лікарів. Рівень рефлексивності пов'язаний з почуттям відповідальності, підвищує рівень мотивації до ведення здорового способу життя та продукує високі показники якості життя. Рефлексивність впливає на психоемоційний стан пацієнта, когнітивне визначення, осмисленість життя та ціннісні орієнтації, а також на медичні показники та очікування від лікування. У моделі психологічної взаємодії в системі «лікар-пацієнт» пацієнт розглядається як рефлексуюча особистість, яка здійснює самоконтроль і саморегуляцію під час реабілітації та профілактики. Спільна діяльність породжує суб'єкт-суб'єктну комунікацію через механізми, що посилюють рефлексивність суб'єкта [18].

Така модель співробітництва має на увазі асертивність партнерів. Партнерство має на увазі модель поведінки, коли лікар і пацієнт є рівноправними партнерами у досягненні мети, пов'язаної зі здоров'ям пацієнта, і як партнери створюють зрозумілі та прозорі домовленості, при необхідності їх переглядаючи. Вони чесні один з одним, відкрито обговорюють усі питання та готові йти на компроміс, щоб знайти найкраще рішення. Асертивна взаємодія передбачає повагу кордонів один одного (лікаря та пацієнта) без порушення своїх кордонів.

2.3. Асертивність як умова успішної взаємодії лікаря з пацієнтом

Асертивність виступає не лише якістю, що забезпечує ефективність професійних контактів у соціономічних професіях. На думку науковців [19, 21, 28, 30], асертивність як комплексна особистісна властивість виконує системоутворюючу функцію у структурі особистості, становлячи основу особистісного адаптаційного потенціалу, сприяє становленню таких взаємовідносин з навколишнім світом, які сприяють творчому зростанню, розширенню ступеню свободи та саморозвитку на основі відповідальності за вибір своїх дій і відносин із собою та оточуючими. Проаналізовані нами визначення та сутнісні характеристики асертивності вказують на те, що ця особистісна якість є важливим атрибутом професіоналізму лікаря, оскільки дозволяє особистості гнучко адаптуватися до швидкозмінних умов, сприяє збереженню соціального і психічного здоров'я лікаря.

За час вивчення асертивності зарубіжними психологами отримано чимало цікавих результатів різних аспектів асертивності в медичних працівників.

В сфері медичного обслуговування здатність персоналу асертивно реагувати у критичних чи небезпечних ситуаціях є життєво важливою навичкою, завдяки якій рятуються життя пацієнтів. При асертивній поведінці медичний працівник може діяти професійно та поважати права пацієнтів, не принижуючи при цьому свого статусу (S. Gaddis [52]).

Це підтверджується даними американської дослідниці П. Балтер (P. Butler [51]), яка описує асертивну поведінку як чесне самовираження у чотирьох аспектах:

- 1) відкритий вираз позитивних емоцій;
- 2) відкритий вираз негативних емоцій;
- 3) здатність до самозахисту (уміння сказати «ні»);

4) власна ініціатива (уміння пропонувати та просити, дотримуючись власної гідності).

Асертивна поведінка дозволяє успішніше протистояти стресу, зберегти високу самооцінку, самостійно досягати своїх цілей. Асертивні особи відкриті, оптимістичні і гнучкі, насолоджуються життям і справляються з проблемами, що передбачає пряме та відкрите спілкування. Вони здатні встановлювати близькі стосунки і приймати себе та інших такими, якими вони є, вміють слухати інших людей і прислухатися до критики. Вони здатні висловити свої почуття. При необхідності звертаються за підтримкою, допомогою та порадами, вони поважають думку інших людей. Все це вказує на загальні характеристики асертивності та почуття самоповаги (Т. Humpreys).

У багатьох дослідженнях вчені зафіксували значний зворотний зв'язок між асертивністю та тривожністю: це дозволяє з упевненістю стверджувати, що чим вищий рівень асертивності, тим нижчий рівень тривожності.

Зокрема, в дослідженні Н. Уорлі (N. Worley [60]) було виявлено негативну високо значущу кореляцію між асертивністю та тривожністю у студентів – майбутніх лікарів факультетів акушерства, гінекології та медсестринської справи.

М. Патерсон із співавторами (M. Paterson [54]) встановили, що тривожність досліджуваних лікарів-дієтологів була обернено пропорційна їх асертивності, а остання – прямо пропорційна самоефективності. Відсутність асертивності (як і низька самоефективність) є ключовими факторами у появі занепокоєння.

Важливо також, що асертивність виявилася негативно корельована з емоційним вигоранням у медичних працівників, про що свідчать дані дослідження японських науковців (E. Suzuki [57]).

Зважаючи на сприятливі результати асертивної поведінки, її розцінюють як модель бажаної поведінки у сфері медичного обслуговування.

Серед результатів навчання асертивності медперсоналу дослідники відзначають: запобігання неухважному відношенню до пацієнтів (D. Poroch, W. McIntosh), покращення асертивних навичок лікарів та медсестер та застосування їх при лікуванні хворих (B. Holroyd, J. Rowley, P. Edwards), велика задоволеність працею медичних працівників (E. Creech, D. Boyle), поліпшення управлінських навичок (J. Milstead), досягнення внутрішньої свободи, зміцнення авторитету та впливу (C. Begley, M. Glacken), вміння лікарів справлятися зі стресами (S. Bower), збільшення ефективності медичної допомоги в умовах нестабільних ситуацій (D. Benton), знання методів адекватного реагування на поведінку пацієнтів (P. McCartan, O. Hargie).

В роботі М. Андерсена зі співавторами (M. Andersen [50]) встановлено, що асертивність пацієнтів допомагає їм у отриманні належної медичної допомоги, а також у більш об'єктивному сприйнятті можливостей лікарів, що їх лікують.

Навчання асертивності є ефективним способом підвищення самооцінки та досягнення самоповаги (D. Marsh). Дослідники майбутніх лікарів наголошують на виправданості участі студентів у вирішенні складних завдань, які дозволяють їм підвищити самооцінку в ході їх успішного вирішення. Вивчення впливу курсів навчання асертивній поведінці підтвердили, що набуття навичок асертивної поведінки тягне за собою зростання впевненості в собі та самооцінки (T. Shimizu, S. Kubota, N. Mishima). Була виявлена позитивна статистично значуща кореляція між навичками асертивної поведінки та самооцінкою, тобто чим вища асертивність студента-медика, тим вища його самооцінка. В роботі Й. Ліна із співавторами (Y. Lin) показано, що після тренінгу асертивності самооцінка та асертивність студентів-медиків значно підвищилися. Більш того, низька самооцінка може сформувати агресивні і пасивні особистісні риси, тоді як висока самооцінка формує асертивні риси особистості.

Отже, беручи до уваги специфіку професійної діяльності лікаря та даних емпіричних досліджень, можна дійти висновку, що асертивність є професійно важливою якістю, атрибутом професіоналізму лікаря, яка дозволяє гнучко адаптуватися до швидкозмінних умов, передбачає повагу кордонів один одного без порушення своїх кордонів, сприяє збереженню соціального і психічного здоров'я лікаря. Структурну модель асертивності лікаря представлено на рис.2.1.

Когнітивний компонент містить саморозуміння та здатність до моделювання адекватних поведінкових стратегій в системі «Лікар-пацієнт».

Афективний компонент характеризується здатністю до емпатійних переживань з приводу почуттів іншого, розпізнавання емоцій інших людей (в даному випадку – пацієнта).

Поведінковий компонент проявляється в поведінкових стратегіях, які враховують не лише власні, а й інтереси партнера по спілкуванню; набір ефективних в різних соціально-психологічних ситуаціях навичок впевненої поведінки.

В основі функціонування компонентів асертивності лежать механізми емпатії, ідентифікації, особистісної та моральної рефлексії.



Рис. 2.1. Структурна модель асертивності лікаря

За результатами теоретичного дослідження припущення у тій його частині, що асертивність виступає професійно важливою якістю лікаря загальної практики, може вважатися підтвердженим.

РОЗДІЛ 3.

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОЯВУ АСЕРТИВНОСТІ В ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ

3.1 Організація та методичне забезпечення дослідження

Мета дослідження – емпірично дослідити особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики.

В основу дослідження покладено припущення про те, що асертивність є складним утворенням, що визначається гармонійним розвитком її структурних компонентів (когнітивного, афективного, поведінкового) та виступає професійно важливою якістю лікаря загальної практики.

Емпіричне вивчення особливостей прояву асертивності в лікарів проводилося у три етапи.

Перший етап: теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури з теми дослідження, визначення підходів до вивчення проблеми асертивності та асертивної оведінки, обґрунтування структурної моделі асертивності лікарів;

Другий етап: здійснення підбору надійного пакету психодіагностичного інструментарію, формування дослідної вибірки, здійснення емпіричного дослідження особливостей прояву асертивності в лікарів загальної практики.

Третій етап: кількісний та якісний аналіз числових даних, інтерпретація результатів дослідження, перевірка робочої гіпотези.

Емпіричне дослідження особливостей асертивності лікарів проводилося на базі. В дослідженні взяли участь 21 лікар загальної практики віком 35-45 років.

Інструментарієм дослідження стали такі методики:

- «Дослідження рівня асертивності» (В. Каппоні, Т. Новак) [30];

- «Методика діагностики емоційного інтелекту» (Н. Холл) [3];
- «Стратегії подолання стресових ситуацій» (шкала «асертивні дії»; С. Хобфолл) [21].

Методика «Дослідження рівня асертивності» (В. Каппоні, Т. Новак) [30] складається з 24 запитань, на кожне з яких є два можливих варіанти відповіді (позитивна і негативна). В опитувальнику автори виділили 3 шкали, одна з яких – шкала соціальної бажаності, друга – шкала незалежності та автономності, третя – шкала впевненості, рішучості, опори на власні сили.

Шкала А (незалежність, автономність).

- 7-8 балів – Надмірна незалежність. Не прислухається до слів інших. Егоїстичний, переоцінює себе. Спроби поводитися асертивно, часто виливаються в агресію.

- 4-6 балів – Досить незалежний, але у своїй незалежності все ж таки увагою та повагою ставиться до думок інших людей.

- 0-3 бали – Виражена залежність від навколишніх людей, несамостійність і невпевненість у собі.

Шкала Б (впевненість, рішучість, опора на свої сили).

- 7-8 балів – Точно знає чого хоче і йде до мети, спираючись на свої власні сили. При зіткненні інтересів здатний домовитися та знайти компромісне рішення, що задовольняє обидві сторони.

- 4-6 балів – Асертивність у типових ситуаціях, але найменша зміна обставин руйнує в нього почуття впевненості у собі.

- 0-3 бали – Страх перед непередбаченими ситуаціями настільки великий, що відчуває якісь сумніви, побоювання.

«Методика діагностики емоційного інтелекту» Н. Холла спрямована на виявлення здатності особистості розуміти стосунки, що репрезентуються в емоціях, та управляти емоційною сферою на основі прийняття рішень. Методика складається з 30 тверджень і містить 5 шкал:

1) емоційна обізнаність;

- 2) управління своїми емоціями (емоційна відхідливість, емоційна неригідність);
- 3) самомотивація (довільне управління своїми емоціями, виключаючи);
- 4) емпатія
- 5) розпізнавання емоцій інших людей (скоріш за все-це уміння впливати на емоційний стан інших людей).

Обробка та інтерпретація результатів здійснюється відповідно до ключа. Рівні парціального емоційного інтелекту у відповідності зі знаком результатів: 14 і більше – високий; 8-13 – середній; 7 і менш – низький.

Методика С. Хобфолла «Стратегії подолання стресових ситуацій» (Strategic Approach to Coping Scale, SACS) визначає дев'ять моделей копінг поведінки: асертивні дії, вступ у соціальний контакт, пошук соціальної підтримки, обережні дії, імпульсивні дії, уникнення, маніпулятивні (непрямі) дії, асоціація дії, і навіть обчислення загального індексу конструктивності. Методика містить 54 твердження, які досліджувані мають оцінити від 1 до 5. В дослідження ми використали шкалу «асертивні дії».

В основу методики С. Хобфолла покладено запропоновану автором багатовісьову модель «поведінки подолання». Така поведінка розглядається ним як стратегії, свого роду тенденції, а не як окремі типи поведінки. Розроблена С. Хобфоллом модель має дві основні вісі: просоціальну – асоціальну, активну – пасивну й одну додаткову: пряму – непряму. Дані вісі являють собою виміри загальних стратегій подолання. У результаті стратегії подолання й моделі поведінки (дії) можна співвіднести їх у такий спосіб: активна – асертивні дії; пасивна – така, що містить обережні дії й уникання; просоціальна – така, що передбачає входження в соціальний контакт і пошук соціальної підтримки; асоціальна – асоціальні й агресивні дії, пряма – імпульсивні дії, непряма – маніпулятивні дії.

Досліджуваним пропонувалися твердження щодо поведінки в напружених (стресових) ситуаціях, які необхідно оцінити в балах залежно

від їхньої відповідності власним діям, після чого обраховувалися показники за шкалою «Асертивні дії».

3.2. Особливості прояву асертивності в лікарів загальної практики

За допомогою методики «Дослідження рівня асертивності» (В. Каппоні, Т. Новак) [30] ми оцінили загальний рівень прояву асертивності досліджуваних лікарів. Результати подано у табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Показники прояву асертивності в лікарів загальної практики

Шкали методики	Показники (М, бали)
А: незалежність, автономність	4,85
Б: впевненість, рішучість, опора на свої сили	7,05
Соціальна бажаність	2,01

Показники респондентів за шкалою А склали 4,85 балів. Такий числовий показник вказує на те, що досліджувані лікарів є досить незалежними, але у своїй незалежності все ж таки з увагою та повагою ставляться до думок інших людей. Досліджувані – самостійні особи, досягають бажаної мети, не завдаючи шкоди оточуючим. Реалістично оцінюють себе, що необхідно при контактах з оточуючими.

За шкалою Б середнє значення за вибіркою становить 7,05 балів. Це може означати, що досліджувані точно знають чого хочуть і йде до мети, спираючись на свої власні сили. При зіткненні інтересів вони здатні домовитися та знайти компромісне рішення, що задовольняє обидві сторони. Добиваються свого, не маніпулюючи опонентами за допомогою почуття провини або яким-небудь іншим засобом із розряду прийомів емоційного

шантажу. Респонденти – досить впенені у собі особи, схильні діяти чітко та рішуче.

За шкалою соціальної бажаності отриманий показник становить 2,01 балів, що свідчить про правдивість та щирість відповідей респондентів.

Отже, за даними діагностики досліджувані лікарі показали досить високий рівень розвитку асертивності, що виявляється у високому ступені прийняття себе та інших, спонтанності та безпосередності поведінки, позитивній самооцінці та оцінці інших людей, прийнятті на себе відповідальності, вірі у власний авторитет, здатності до налагодження тісних і глибоких міжособистісних стосунків тощо. Для асертивної особистості характерні орієнтація на події реального життя, якому надають значущості минуле і майбутнє, незалежність цінностей і поведінки від зовнішніх впливів, здатність самостійно формувати свою думку про життя, свобода вираження своїх потенцій, відкритість, віра в себе і довіра до інших [35, 141].

3.3. Оцінка розвитку складових асертивності

Когнітивний компонент містить саморозуміння та здатність до моделювання адекватних поведінкових стратегій в системі «Лікар-пацієнт». Дослідження когнітивного компонента здійснювалось за допомогою методики діагностики емоційного інтелекту Н. Холла – шкали «емоційна обізнаність» та «самотивація». Отримані результати представлені на рис. 3.1.

За шкалою «Емоційна обізнаність» показники досліджуваних знаходяться в межах високого рівня розвитку – 14,0 балів. Це означає, що досліджуваним лікарям властиво саморозуміння, усвідомлення та розуміння своїх емоцій, постійне поповнення власного словника емоцій. Особи з високою емоційною обізнаністю більшою мірою, ніж інші усвідомлюють та розуміють свій внутрішній стан.

За шкалою «Управління своїми емоціями» числові показники респондентів зафіксовано в діапазоні середнього рівня – 7,85 балів. Це може свідчити про те, що досліджувані не завжди і не в усіх ситуаціях можуть доволіно керувати своїми емоціями. Водночас, вони емоційно відхідливі та певною мірою емоційно гнучкі.

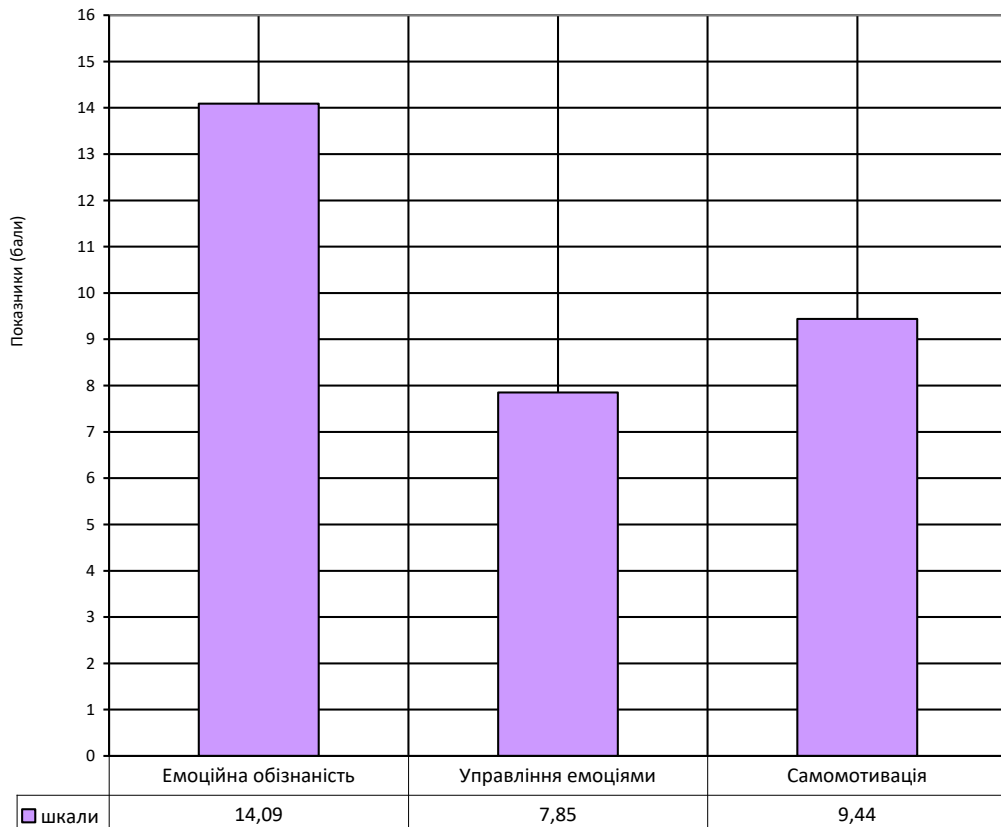


Рис. 3.2. Показники розвитку когнітивного компонента асертивності

Показники за шкалою «Самомотивація» виявлено в межах середнього рівня розвитку 9,44 балів. Такі дані вказують на те, що респонденти здатні управляти своєю поведінкою за рахунок управління емоціями, але в залежності від ситуації. Для них характерно моделювання адекватних поведінкових стратегій, зокрема, в системі «Лікар-пацієнт».

Отже, показники когнітивного компоненту асертивності зафіксовано в діапазоні високого (шкала «емоційна обізнаність») та середнього (шкала «самотивація») рівнів розвитку.

З метою перевірки припущення про те, що асертивність є складним утворенням, що визначається гармонійним розвитком її структурних компонентів (когнітивного, афективного, поведінкового) було проведено кореляційний аналіз.

Кореляційний аналіз за Карлом Пірсоном (r) є методом параметричної статистики, який дозволяє виявити наявність (або відсутність) лінійного зв'язку між двома кількісними показниками, а також оцінити її статистичну значущість. В ході математико-статистичного аналізу даних нами були розраховані коефіцієнти кореляції між загальним рівнем асертивності та показниками її компонентів.

Відповідно до отриманих даних, змінна «асертивність» має позитивні кореляційні зв'язки зі змінними «емоційна обізнаність» ($r=0,391$; $p\leq 0,01$) та «самотивація» ($r=0,407$; $p\leq 0,01$). Отже, саморозуміння, усвідомлення та розуміння своїх емоцій, моделювання адекватних поведінкових стратегій пов'язані з загальним рівнем асертивності. Це підтверджує припущення про зміст когнітивного компонента в структурі асертивності лікарів загальної практики.

Перейдемо до розгляду результатів дослідження афективного компоненту асертивності. Афективний компонент характеризується здатністю до емпатійних переживань з приводу почуттів іншого, розпізнавання емоцій інших людей (в даному випадку – пацієнта).

Дослідження когнітивного компонента здійснювалось за допомогою методики діагностики емоційного інтелекту Н. Холла – шкали «емпатія» та «розпізнавання емоцій інших людей». Отримані результати представлені на рис. 3.2.

За шкалою «Емпатія» показники досліджуваних зафіксовано в межах високого рівня. Це свідчить про те, що досліджувані лікарі розуміють емоції інших людей, вміють співпереживати поточному емоційному стану іншої людини, а також готові надати підтримку. Вони вміють розуміти стан іншої людини з міміки, жестів, відтінків мови, пози.

Числові показники за шкалою «Розпізнавання емоцій інших людей» становлять 15,07 балів. Це означає, що в досліджуваних лікарів це вміння розвинене на високому рівні, вони вміють впливати на емоційний стан інших людей.

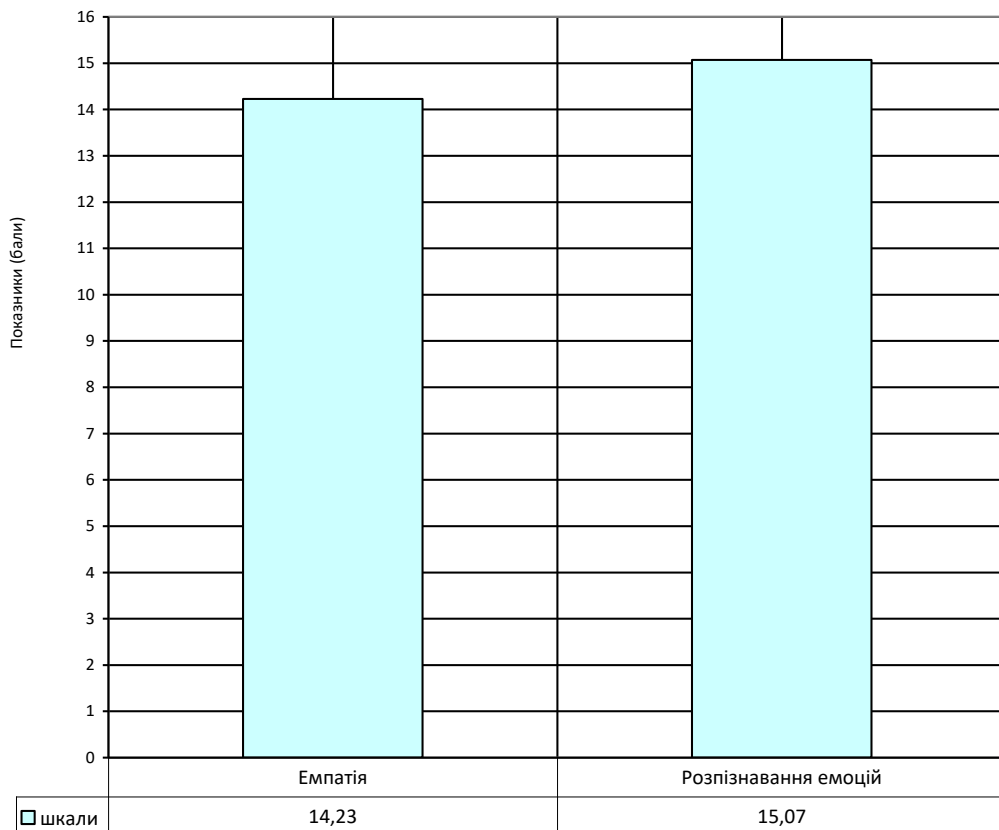


Рис. 3.3. Показники розвитку афективного компонента асертивності

Отже, показники афективного компонента асертивності розвинені в досліджуваних лікарів на високому рівні.

Емпатія, здатність сприймати та співпереживати емоційні стани інших людей – дуже важливі аспекти відносин між лікарем і пацієнтом. У своїй практиці з пацієнтами лікарі часто можуть відчувати емоції своїх пацієнтів, спираючись на характер їхньої невербальної поведінки, а не на вербальні повідомлення. Емпатичний підхід лікаря проявляється у здатності відчувати емоційний стан пацієнта в кожен момент спілкування з ним і давати зрозуміти пацієнтові, що його повністю розуміють.

Згідно з кореляційним аналізом, змінна «асертивність» має позитивні кореляційні зв'язки зі змінними «емпатія» ($r=0,481$; $p\leq 0,01$) та «розпізнавання емоцій інших людей» ($r=0,437$; $p\leq 0,01$). Отже, здатність сприймати та співпереживати емоційні стани інших людей, впливати на емоційний стан інших пов'язані з загальним рівнем асертивності. Це підтверджує припущення про зміст афективного компонента в структурі асертивності лікарів загальної практики.

Розглянемо результати дослідження поведінкового компоненту асертивності. Поведінковий компонент проявляється в поведінкових стратегіях, які враховують не лише власні, а й інтереси партнера по спілкуванню; набір ефективних в різних соціально-психологічних ситуаціях навичок впевненої поведінки.

Діагностика поведінкового компонента асертивності здійснювалася за допомогою методики С. Хобфолла «Стратегії подолання стресових ситуацій» (Strategic Approach to Coping Scale, SACS) – шкала «асертивні дії». Отримані результати представлені на рис. 3.4.

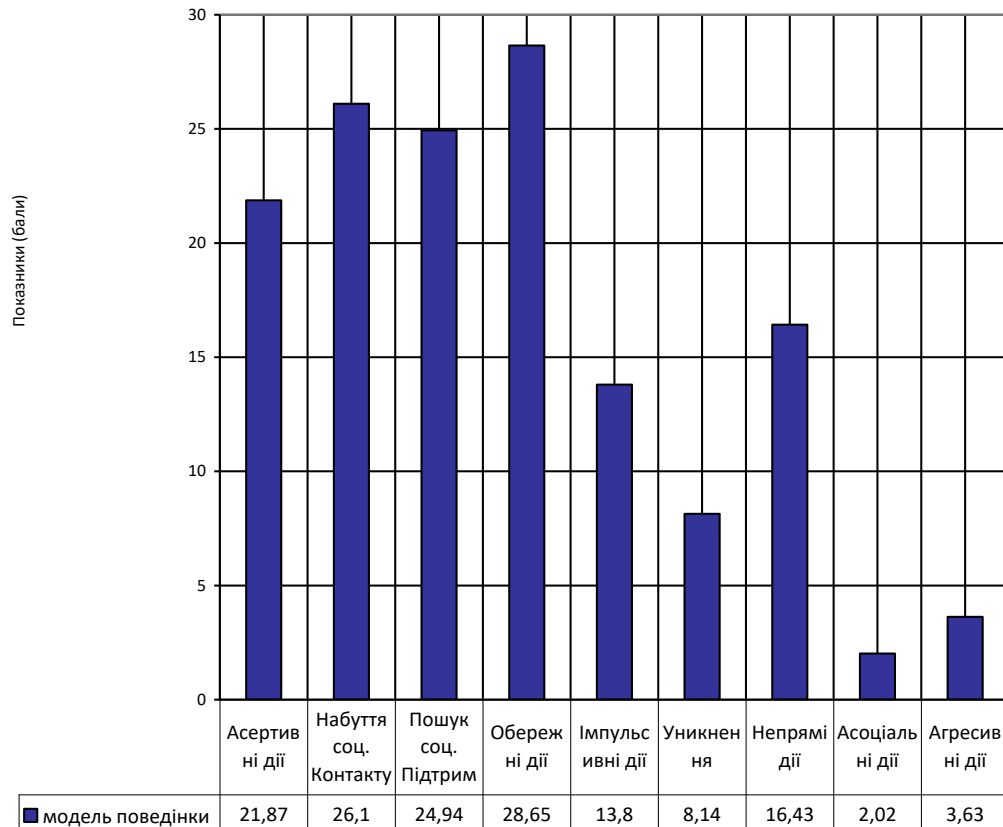


Рис. 3.4. Показники розвитку поведінкового компонента асертивності

1. Стратегія подолання: активна. Модель поведінки (дії): асертивні дії.

Згідно з отриманими даними, в досліджуваних лікарів асертивна поведінка розвинена на середньому рівні ($M=21,87$ балів), але з тенденцією до зростання показників. Тобто, для респондентів характерно використовувати поведінкові стратегії, що враховують не лише власні, а й інтереси партнера по спілкуванню, але в залежності від певної соціально-психологічної ситуації, зокрема, в ситуації стресу, вони не завжди вистачає навичок впевненої асертивної поведінки.

З позиції С. Хобфолла, така стратегія подолання є активною. Тобто, при асертивних діях особа активно і послідовно відстоює свої інтереси, відкрито заявляє про свої цілі та наміри, поважаючи при цьому інтереси оточуючих.

2. Стратегія подолання: набуття соціального контакту. Модель поведінки (дії): вступ до соціального контакту для того, щоб спільними зусиллями з іншими ефективніше вирішити критичну ситуацію. Ступінь прояву цієї моделі: висока (26,1 балів).

3. Стратегія подолання: просоціальна. Модель поведінки (дії): пошук соціальної підтримки у стресових ситуаціях, прагнення поділитися своїми переживаннями з іншими людьми, обговорити з ними ситуацію, знайти у них співчуття та розуміння. Ступінь прояву моделі: середня, з тенденцією до високого (24,94 бала).

4. Стратегія подолання: пасивна. Модель поведінки (дії): обережні дії – тривале обмірковування і ретельне зважування всіх можливих варіантів рішень, прагнення уникати ризику, нічого не приймати на віру, довго готуватися у скрутних ситуаціях, перш ніж діяти. Ступінь прояву: висока (28,65 балів).

5. Стратегія подолання: пряма. Модель поведінки (дії): імпульсивні дії, схильність діяти за першим спонуканням, під впливом зовнішніх обставин чи емоцій, без попереднього обмірковування своїх вчинків, зважування всіх «за» і «проти». Ступінь прояву моделі: низька (13,8 балів).

6. Стратегія подолання: пасивна. Модель поведінки (дії): уникнення рішучих дій, що вимагають великої напруженості та відповідальності за наслідки, прагнення віддалитися від конфліктної ситуації, відкладати рішення проблеми, думати про щось інше, відволікатися на інші заняття та види діяльності. Ступінь прояву моделі: низька (8,14 балів).

7. Стратегія подолання: непряма. Модель поведінки (дії): маніпулятивні дії – навмисні та приховані спонукання іншої людини до переживання певних станів, прийняття рішень та виконання дій, необхідних задля досягнення ініціатором своїх власних цілей. Ступінь прояву: низька (16,43 балів).

8. Стратегія подолання: асоціальна. Модель поведінки (дії): асоціальні дії, які характеризується тенденцій виходити за соціально допустимі рамки та обмеження, егоцентризмом, прагненням до задоволення власних бажань не зважаючи на обставини та інтереси інших людей. Ступінь прояву моделі: низька (2,02 бали).

9. Стратегія подолання: асоціальна. Модель поведінки (дії): агресивні дії, спрямовані ні на інших людей, які виявляються у тенденції відчувати негативні почуття при невдачах та конфліктах з іншими людьми, звинувачувати оточуючих у чомусь, відчувати почуття, гніву, роздратування, внутрішньої напруженості, розчарування, незадоволеності. Ступінь прояву моделі: низька (3,63 балів).

З позиції С. Хобфолла, конструктивна стратегія – «здорове» подолання (копінг) є і активним і просоціальним. Активне подолання разом із позитивним використанням соціальних ресурсів (контактів) підвищує стресостійкість людини.

Отже, в досліджуваних лікарів асертивна поведінка розвинена на середньому рівні, тобто, вони в залежності від ситуації здатні активно і послідовно відстоювати свої інтереси, відкрито заявляти про свої цілі та наміри, поважаючи при цьому інтереси оточуючих.

Згідно з даними кореляційного аналізу, змінна «асертивність» має позитивний кореляційний зв'язок зі змінною «асертивні дії» ($r=0,521$; $p \leq 0,01$). Тобто, використання поведінкових стратегій, що враховують як власні, так і інтереси партнера по спілкуванню, впевнена та відповідальна поведінка пов'язані з загальний рівнем асертивності. Це підтверджує припущення про зміст поведінкового компонента в структурі асертивності лікарів загальної практики.

Отже, в ході кореляційного аналізу було підтверджено припущення про те, що асертивність є складним утворенням, що визначається гармонійним розвитком її структурних компонентів (когнітивного, афективного,

поведінкового). В ході теоретичного дослідження було підтверджено припущення у тій його частині, що асертивність виступає професійно важливою якістю лікаря загальної практики.

Перспективним розвитком наукової проблематики вважаємо подальше вивчення особливостей прояву асертивності лікарів інших спеціалізацій, психологічні умови розвитку асертивності медичних працівників.

ВИСНОВКИ

1. Асертивність – це здатність людини брати на себе відповідальність за власні дії, зберігаючи при цьому позитивне ставлення до інших та конструктивно відстоюючи свої права. Основними характеристиками асертивності є такі суб'єктивні якості, як автономність, самодостатність, впевненість у собі та нонконформізм. Ці якості повинні реалізовуватися одночасно з належним ставленням до іншої людини, розумінням її внутрішнього світу та вираженням поваги до неї.

В науковій літературі виділяють кілька напрямків дослідження асертивності. Перший визначає цей феномен як одну з особистісних характеристик (автономія, впевненість, наполегливість, напористість, спонтанність, компетентність і самоактуалізація). Другий напрям спрямований на вивчення особливостей асертивної поведінки як найбільш адекватного та конструктивного способу міжособистісної взаємодії. Третій напрям – дослідження асертивності в рамках професійної автономії, різновиду професійної діяльності, як умови розвитку особистісного потенціалу.

2. Чинниками розвитку асертивності є зовнішні (біологічні та соціальні) та внутрішні (психологічні та суб'єктивні) явища. До зовнішніх детермінант розвитку асертивності належать особливості виховання, вплив референтних осіб і груп, особистий соціальний досвід. До внутрішніх умов належать індивідуально-психологічні характеристики особистості, базові потреби, особливості мотиваційної та ціннісної сфер. В психотерапевтичній взаємодії асертивна поведінка визначається системою соціальних (вміння вступати в контакт, розпочинати і завершувати розмову; вміння відмовляти – казати «ні»; чесно говорити про свої почуття і потреби, а також чітко

виражати позитивні і негативні емоції) і психологічних (філософія життя, оцінка та ставлення) чинників.

Чинниками негативного впливу на асертивність є: соціальні страхи (страх бути розкритикованим або виглядати неадекватним в очах інших, страх бути відкинутим, страх опинитися в центрі уваги або в незнайомій ситуації, страх бути відкинутим або почути відмову від інших, страх бути відкинутим); почуття провини та сорому, невпевненість та неадекватна самооцінка, нестабільність, агресивність, високий рівень тривожності та напруженості, знижене прагнення до успіху (переважання прагнення уникати невдач).

3. Професійна діяльність лікарів спрямована на охорону та покращення здоров'я населення, надання медичної допомоги пацієнтам, лікування хворих та якнайшвидше відновлення їхньої працездатності. Професійне спілкування є однією з основних взаємодій між лікарями та пацієнтами у сфері охорони здоров'я. Процес спілкування з пацієнтами суттєво відрізняється від процесу спілкування зі здоровими людьми. Це складний, багатогранний процес встановлення і розвитку контакту між людьми, який викликаний необхідністю спільної діяльності і передбачає обмін інформацією, вироблення спільних стратегій взаємодії та усвідомлення і розуміння інших.

Асертивність найбільш яскраво проявляється в міжособистісних стосунках, в професії типу «Людина – людина», зокрема, лікар, на тлі вираження просоціальної або гуманістичної спрямованості. У психологічній моделі взаємодії пацієнт і лікар виступають цілісним колективним суб'єктом лікувального, профілактичного та реабілітаційного процесу. Суть психологічної складової взаємодії лікаря і пацієнта полягає в розкритті характеру цієї взаємодії як суб'єкт-суб'єктних відносин; лікар і пацієнт розглядаються як партнери в лікувальній діяльності: лікар, розуміючи особистісні особливості пацієнта і його психічний стан, здатний використовувати ці знання для оптимізації лікувального процесу; пацієнт

здатний адекватно сприйняти ситуацію зі своїм здоров'ям, знайти взаєморозуміння з лікарем, конструктивно взаємодіяти з ним в процесі проведення медичних заходів. Технологія суб'єкт-суб'єктної взаємодії, що забезпечує взаємну коректність та ефективність дозволених відносин, виступає ключовим компонентом асертивності.

4. Беручи до уваги специфіку професійної діяльності лікаря та даних емпіричних досліджень, можна дійти висновку, що асертивність є професійно важливою якістю, атрибутом професіоналізму лікаря, яка дозволяє гнучко адаптуватися до швидкозмінних умов, передбачає повагу кордонів один одного без порушення своїх кордонів, сприяє збереженню соціального і психічного здоров'я лікаря.

5. На основі аналізу специфіки професійної діяльності лікаря та даних емпіричних досліджень розроблено структурну модель асертивності лікаря, яка включає когнітивний, афективний та поведінковий компоненти. Когнітивний компонент містить саморозуміння та здатність до моделювання адекватних поведінкових стратегій в системі «Лікар-пацієнт». Афективний компонент характеризується здатністю до емпатійних переживань з приводу почуттів іншого, розпізнавання емоцій інших людей (в даному випадку – пацієнта). Поведінковий компонент проявляється в поведінкових стратегіях, які враховують не лише власні, а й інтереси партнера по спілкуванню; набір ефективних в різних соціально-психологічних ситуаціях навичок впевненої поведінки. В основі функціонування компонентів асертивності лежать механізми емпатії, ідентифікації, особистісної та моральної рефлексії.

6. За даними діагностики досліджувані лікарі показали досить високий рівень розвитку асертивності, що виявляється у високому ступені прийняття себе та інших, спонтанності та безпосередності поведінки, позитивній самооцінці та оцінці інших людей, прийнятті на себе відповідальності, вірі у власний авторитет, здатності до налагодження тісних і глибоких міжособистісних стосунків. Показники когнітивного компоненту

асертивності зафіксовано в діапазоні високого (шкала «емоційна обізнаність») та середнього (шкала «самотивація») рівнів розвитку: досліджуваним лікарям властиво саморозуміння, усвідомлення та розуміння своїх емоцій, однак досліджувані не завжди і не в усіх ситуаціях можуть довільно керувати своїми емоціями. Дослідження когнітивного компонента показало високий рівень розвитку його показників – емпатії та розпізнавання емоцій інших людей. Діагностика поведінкового компонента асертивності показала, що в досліджуваних лікарів асертивна поведінка розвинена на середньому рівні, тобто, вони в залежності від ситуації здатні активно і послідовно відстоювати свої інтереси, відкрито заявляти про свої цілі та наміри, поважаючи при цьому інтереси оточуючих.

7. Проведений кореляційний аналіз дозволив підтвердити припущення про те, що асертивність є складним утворенням, що визначається гармонійним розвитком її структурних компонентів (когнітивного, афективного, поведінкового). В ході теоретичного дослідження було підтверджено припущення у тій його частині, що асертивність виступає професійно важливою якістю лікаря загальної практики.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Агаркова А. О. Формування професійно-етичної культури майбутніх лікарів у вищих навчальних закладах: автореф. дис. канд. пед. наук : 13.00.07. Київ, 2011. 22 с.
2. Агаркова А. О. Комуникативна компетентність у формуванні професійно-етичної культури майбутнього лікаря. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського*. Серія : Педагогіка і психологія. 2011. № 35. Суми. 166-168. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nzvdpu_pp_2011_35_38.
3. Баклицька О.П., І.О. Баклицький, Р.І. Сірко, В.І. Слободяник. Психодіагностика. Психологічний практикум. Львів : СПОЛОМ, 2015. 464 с.
4. Бандура А. Теорія соціального навчання. URL : https://pidru4niki.com/12281128/psihologiya/teoriyi_sotsialnogo_nauchinna
5. Берн Е. Ігри, у які грають люди. Київ. : Кліб сімейного дозвілля, 2016. 256 с.
6. Бутузова Л. П. Асертивність особистості як основа становлення безпечної поведінки в підлітковому віці. *Проблеми психологічної безпеки: особистість, суспільство, держава*. Матер. Всеукр. наук.-практ. конф. 25 березня 2010 року. Одеса: СМІЛ, 2010.
7. Герасіна С. В. Асертивна поведінка як передумова формування почуття власної гідності та самоповаги студентської молоді. *Проблеми сучасної психології*. 2010. № 10. Сімферополь. 139-148.
8. Глубока І. Асертивна поведінка як одна з основних складових конкурентоздатності й успішної професійної кар'єри учнівської молоді. *Педагогіка і психологія професійної освіти*. 2012. № 1. Суми. 172-178.

9. Дріга Т. Г. Асертивність як чинник оптимізації соціально-психологічної адаптації студентської молоді. *Актуальні проблеми психології*: зб. наук. праць Інс-ту псих. ім. Г. С. Костюка НАПН України, 2013, Т. I, Вип. 39. Суми. 100-105.
10. Дутчак Ю. В. Організованість спортивного менеджера та її психологічні складові. *Молода спортивна наука України* : зб. наук. ст. з галузі фіз. культури та спорту. Львів: ЛДІФК, 2008. Вип. 12. Суми. 90-96.
11. Журавльова Л. П. Психологія емпатії: Монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2007. 328 с.
12. Запорожан В.М., Аряєв М.Л. Біоетика та біобезпека: підручник. Київ. Здоров'я, 2013. 456 с.
13. Зімбардо Ф. Сором'язлива дитина. Як подолати дитячу сором'язливість і попередити її розвиток. Київ. Сварог, 2020. 308 с.
14. Кахно І. В. Діалогічність мовленнєвого спілкування у структурі взаємодії "лікар-пацієнт". *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки*. 2011. Вип. 13. Суми. 143-148.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apspp_2011_13_26.
15. Козич І. В. Асертивна поведінка як новоутворення процесу формування конфліктологічної компетентності майбутнього педагога вищої школи. *Вісник Запорізького національного університету*. 2014. №1 (22).
16. Колтунович Т. А. Етичний кодекс психолога : навч.-метод. посіб. Чернівці: Рута, 2007. 215 с.
17. Курганська Л. Асертивна поведінка вчителя як засіб забезпечення конструктивної взаємодії з учнями. *Нова пед. думка*. 2009. № 3.
18. Лимар Л. В. Модель конструктивної взаємодії в системі відносин "Лікар – пацієнт". *Вісник післядипломної освіти*. 2010. Вип. 1(2). С. 225-231.
URL : [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2010_1\(2\)__28](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpo_2010_1(2)__28).

19. Лучків В. З. Емпатійна детермінація асертивності. *Особистісне зростання : теорія і практика*. Зб. тез за результатами II Всеукраїнської інтернет-конференції / За ред. Л. П. Журавльової, Н. Ф. Портницької, Ю. Ю. Дем'янчук. Житомир : Вид-во ЖДУ ім. І. Франка, 2016. С. 43-44.
20. Лучків В. З. Психологічні особливості розвитку асертивності в юнацькому віці : дис канд.. психол. наук. Київ, 2017. 200 с.
21. Марчук Л. М. Соціально-психологічні особливості формування асертивної поведінки у професійному становленні майбутніх психологів : дис. ... канд. психол. наук. Київ, 2016. 225 с.
22. Маслоу А. Нові кордони людської природи. URL : http://psychologis.com.ua/abraham_maslou.htm
23. Медведєва С. А. Асертивність майбутніх практичних психологів: досвід вивчення. *Соціальні технології: актуальні проблеми теорії та практики: міжвузівський зб. наук. пр. / ред. кол. : В.П. Бех, К.Ю. Богомаз, Л.Ф. Бурлачук та ін. ; гол. ред. О.Л. Скідін. Одеса : Астропринт, 2008. Вип. 39-40. С. 234-240.*
24. Мельничук С. К. Асертивність як детермінанта розвитку психологічного потенціалу студентів. *Вісник Одеського національного університету*. Психологія. 2012. Т. 17, Вип. 8. С. 407-413.
25. Мудріцька В.К. Сучасні погляди медичної етики і деонтології. *Медсестринство*. 2014. №3. С.34–36.
26. Мудріцька В.К. Тактика комунікативної взаємодії медичних працівників та пацієнтів у терапевтичному відділенні. *Медсестринство*. 2014. №4. С.29-30.
27. Мухіна Л. М. Психологічні особливості розвитку конфліктологічної компетентності майбутніх учителів : дис. канд. психол. наук : 19.00.07 Миколаїв, 2019. 259 с

28. Нагаєвська І. О. Психологічні умови розвитку асертивної поведінки в учнів професійно-технічних навчальних закладів : автореф. дис. канд. псих. наук. Київ, 2017. 20 с.
29. Науменко Г. Модель спільного прийняття рішення в медичній практиці. *Психосоматична медицина та загальна практика*. Том 3. № 4, 2018 С. 52-57.
30. Ніколаєв Л.О.. Розвиток асертивності підлітків у різних умовах соціалізації : дис. канд. психол. наук ; Київ. ун-т ім. Бориса Грінченка. Київ, 2016. 264 с.
31. Подоляк Н. М. Індивідуально-психологічні особливості асертивності особистості : автореф. дис. канд. психол. наук. Одеса, 2014. 20 с.
32. Психологічні аспекти медичної праці: навч. посібник / Уклад. І.В. Федік. Київ.: ДП «Вид. Дім «Персонал», 2017. 126 с.
33. Роджерс К. Р. Погляд психотерапію. Становлення людини. Київ. : PSYLIB, 2004. URL : <https://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm>
34. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія : навч. посіб. 3-тє вид, перероб., допов. Київ : Академія, 2017. 366 с.
35. Саннікова О. П., О. І. Санніков, Н.М. Подоляк. Діагностика асертивності : результати апробації методики "ТОКАС". *Наука і освіта*. 2013. № 3. С. 140-144.
36. Семиченко В.А. Психологія особистості. Київ. : Видавець Ешке О.М., 2001. 427 с.
37. Синоруб Г. П. Асертивність як необхідна якість толерантної поведінки журналіста. *Ученые записки Таврического национального университета им. В.И. Вернадского*. Серия «Филология. Социальные коммуникации». 2012. Т. 25 (64). № 4. Ч.№1. С.131-134.
38. Соціально-психологічний словник / В.М. Галицький, О.В. Мельник, В.В. Синявський. Київ., 2004. 250 с.

39. Татенко В.О. Суб'єктно-вчинкова парадигма в сучасній психології. Людина. Суб'єкт. Вчинок : філософсько- психологічні студії / за заг. ред. В.О. Татенка. Київ: Либідь, 2006. 360 с.
40. Тимків І. С., Тимків І. В., Близнюк М. В., Венгрович О. З., Ромаш Н. І., Гавриш І. Т. *Лікар і пацієнт: психологічні типи лікарів*. Архів клінічної медицини. 2012. № 2. С. 120-121. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/akm_2012_2_40.
41. Ульянова Т. Ю. Асертивні тенденції конфліктності. *Наука і освіта*. № 10. 2015. С. 200-206.
42. Федоренко О.Є. Психологія в діяльності лікаря-клініциста. Дерматовенерологія. Косметологія. *Сексопатологія*. 2009, 1-2 (12). С. 284-286.
43. Філоненко М. М. Системний аналіз особистісного становлення майбутнього лікаря. *Психологія : реальність і перспективи*. 2013. Вип. 1. С. 123-126. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/prp_2013_1_46.
44. Філоненко М.М. Психологія особистісного становлення майбутнього лікаря : монографія. Київ: Центр учбової літератури, 2019. 334 с.
45. Фромм Е. Втеча від свободи. Київ: Клуб сімейного дозвілля, 2019. 231 с.
46. Х'єлл Л., Зіглер Д. Теорії особистості. Основні положення, дослідження і застосування. Київ : PSYLIB, 2006.
47. Шостром Е. Людина-маніпулятор: внутрішня подорож від маніпуляції до актуалізації. Київ. : PSYLIB, 2003. 168 с.
48. Щіпановська О.Р., Васильєва І. Г. Асертивність особистості як основа успішної міжособистісної взаємодії у діяльності майбутніх фахівців. *Проблеми та перспективи формування національної гуманітарно-технічної еліти*. 2012. № 30-31. С. 269-275.

49. Ames D., Lee A., Wazlawek A. Interpersonal Assertiveness: Inside the Balancing Act. *Social and Personality Psychology Compass*. 2017. Vol. 11. No6. DOI:10.1111/spc3.12317
50. Andersen M. R., Abullarade J., Urban N. Assertiveness with Physicians Is Related to Women's Perceived Roles in the Medical Encounter. *Women & Health*. 2005. Vol. 42 Issue 2. Pp. 15-33.
51. Butler P. E. Self-Assertion for Women. *Harper and Row*, 1981. 335 p.
52. Gaddis S. Positive, assertive "pushback" for nurses. *Iowa Nurse Reporter*. 2007. No. 20. Pp. 17-19.
53. Jinsi A. J. Self Assertiveness and Emotional Intelligence of Higher Secondary Students. Unpublished M. Ed dissertation. *Farook Training College: University of Calicut*. 2006.
54. Paterson M., Green J. M., Basson C. *Journal of Human Nutrition Diet* 2002. No. 15. Pp. 9-17.
55. Pourjali F., Zarnaghash M. Relationships between assertiveness and the power of saying no with mental health among undergraduate student. *World Conference on Learning, Teaching and Administration Papers, Procedia. Social and Behavioral Sciences*. 2010. № 9. P. 137-141.
56. Ryan E.B., Anas A.P., Mays H. Assertiveness by Older Adults with Visual Impairment: Context Matters. *Educational erotology*. 2008. V. 34. P. 504, 512-515.
57. Suzuki E, Takayama Y, Kinouchi C, Asakura C, Tatsuno H, Machida T, Yanahara H, Kitajima H, Miwa M. A causal model on assertiveness, stress coping, and workplace environment: Factors affecting novice nurses' burnout. *Nurs Open*. 2021 May;8(3):1452-1462. doi: 10.1002/nop2.763
58. Suzuki E., Saito M., Tagaya A. Relationship between assertiveness and burnout among nurse managers. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 2009.

59. Wolpe J. The practice of behavior therapy (3rd ed.). New York : Pergamon Press, 1982. 243 p.
60. Worley N. K. Mental Health Nursing in the Community. St. Louis, MO: Mosby, 1997.