

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
КРИВОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Факультет психолого-педагогічний
Кафедра загальної та вікової психології

ПСИХОЛОГІЧНІ МАРКЕРИ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ФАХІВЦІВ
МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Кваліфікаційна робота студентки
групи ЗППм-24-1
ступінь вищої освіти – магістр
спеціальності 053 Психологія

Черняєвої Тамари Анатоліївни

Керівник: професор, доктор психологічних наук
Токарева Н. М.

ЗАПЕВНЕННЯ

Я, **Черняєва Тамара Анатоліївна**, розумію і підтримую політику Криворізького державного педагогічного університету з академічної доброчесності. Запевняю, що ця кваліфікаційна робота виконана самостійно і не містить академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації. Я не надавала і не одержувала недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Криворізького державного педагогічного університету ознайомлена. Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.



ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз феноменології емоційного інтелекту в зарубіжній та вітчизняній психології	9
1.1. Емоційний інтелект як психологічний феномен	9
1.2. Особливості виявлення емоційного інтелекту медичними працівниками	18
Висновок до розділу 1	26
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження вираження емоційного інтелекту фахівцями медичної галузі	27
2.1. Організація психодіагностичного вимірювання показників емоційного інтелекту фахівців медичного профілю	27
2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження маркерів емоційного інтелекту фахівців медичної галузі.....	32
Висновок до розділу 2	47
РОЗДІЛ 3. Ресурси розвитку емоційного інтелекту фахівцями медичної галузі.....	48
3.1. Обґрунтування теоретико-методологічних засад програми розвитку емоційного інтелекту фахівців-медиків	48
3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивальної програми оптимізації емоційного інтелекту медиків	54
Висновок до розділу 3	59
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	63
ДОДАТКИ	70

ВСТУП

Актуальність дослідження. Складний, насичений травмівними подіями та стрес-факторами соціальний простір воєнного часу руйнує усталеність світоустрою людини, створює загрози ментальному здоров'ю та життєдіяльності. Все більше людей потребують фахової психологічної та медичної допомоги. Разом з тим в непростих умовах сьогодення гостро постає питання розвитку соціальної відповідальності, емоційної культури та емоційного інтелекту фахівців допоміжних професій.

Особливо нагальною проблема оптимального розвитку емоційного інтелекту є у сегменті надання медичної допомоги різним категоріям людей, які потерпають від наслідків війни і мають пройти випробування на життєстійкість. «Відповідальність за здоров'я людини, необхідність приймати рішення, що впливають на її життя, переживання особистих колізій – все це формує подвійний тиск і вимагає від медичного працівника наявності відповідних особистісних якостей для мінімізації негативного впливу цих чинників» – наголошує у своєму дисертаційному дослідженні Н. В. Унгурян [40, с.17]. В контексті означеного вагомим чинником ефективної професіоналізації фахівців медичної галузі ми розглядаємо емоційний інтелект.

Емоційний інтелект (*Emotional intelligence*, EI) стало тлумачиться науковцями як невід'ємна складова професійного самоздійснення фахівців (див. до прикладу напрацювання П. С. Білецького, В. В. Зарицької, Ю. А. Завацького, Н. В. Унгурян, Л. М. Карамушки, О. О. Лукашова та ін. [3; 15; 16; 18; 26; 39]). Вченими констатовано, що емоційний інтелект відображує функціональне поєднання емоційних і раціональних показників фахової компетентності і професійної культури персоналу медичних закладів [3; 4; 40]. Адже саме емоційний інтелект увиразнює здатність фахівців розуміти сутнісні маркери емоцій, конкретизувати емоційні аспекти міжособистісних взаємин та регулювати емоційні реакції у кризових ситуаціях надання медичних послуг. Водночас, про що свідчать чисельні

дослідження зарубіжних (R. Bar-On, J. Parker, D. Goleman, J. Mayer & G. Geher та ін. [47; 53; 57; 60 etc.al]) та вітчизняних (С. П. Дерев'янка, В. В. Зарицька, О. С. Козарик, Є. В. Карпенко, О. П. Лящ, Е. Л. Носенко та інші [13; 15; 16; 21; 28; 32]) науковців, оптимальний рівень емоційного інтелекту особистості варто розуміти як інструмент збереження ментального здоров'я людини, її конструктивної (особистісної та професійної) ідентичності.

Разом з тим, попри визнання актуальності проблеми розвитку емоційного інтелекту працівників медичної галузі у царині загальної психології та психології праці, потребують подальшого вивчення питання впливу індивідуально-психологічних ресурсів медичних працівників на ефективність професійної діяльності. Недостатньо систематизованими у науковій літературі, на наш погляд, є й психологічні показники емоційного інтелекту, що позначають усвідомлюваність індивідуального ставлення особистості до викликів сучасних реалій життя. Дослідження маркерів емоційного інтелекту суголосне запитам суспільства щодо формування ефективного професійного та особистісного профілю фахівців медичної галузі в умовах воєнного часу.

Відтак, актуальність теми дослідження, науково-прикладна та соціальна значущість означеної проблеми стали визначальними у виборі теми магістерської кваліфікаційної роботи: «Психологічні маркери емоційного інтелекту фахівців медичної галузі».

Мету даного магістерського дослідження ми вбачали у виявленні психологічних показників емоційного інтелекту у професійній діяльності медичних працівників та визначенні можливостей розвитку емоційного інтелекту як інтегративного особистісного ресурсу фахівців медичної галузі.

Для досягнення мети необхідно було розв'язати такі **завдання**:

1. Проаналізувати та узагальнити проблемні аспекти виявлення емоційного інтелекту у несталому соціальному просторі.

2. Визначити психологічні особливості прояву емоційного інтелекту фахівцями медичної галузі.
3. Емпірично перевірити психологічні маркери емоційного інтелекту медичних працівників.
4. Розробити та апробувати комплексну корекційно-розвивальну програму оптимізації емоційного інтелекту медичних працівників.
5. Оцінити ефективність запропонованої програми у професіогенезі медичних працівників.

Об'єкт дослідження: феноменологія виявлення емоційного інтелекту особистості.

Предмет дослідження: психологічні особливості прояву емоційного інтелекту у професійній діяльності медичних працівників.

Теоретико-методологічною основою дослідження ми вважали:

- загальнотеоретичні принципи суб'єктно-діяльнісного підходу щодо розвитку особистості (С. Д. Максименко, В. О. Роменець, О. Я. Чебикін та інші);
- теоретико-методологічні підходи науковців до вивчення феномену емоційного інтелекту у дискурсі життєздійснення (R. Bar-On, J. Parker, D. Goleman, J. Mayer & G. Geher, K. A. Puffer; С. П. Дерев'янка, В. В. Зарицька, О. С. Козарик, Є. В. Карпенко, О. П. Лящ, Е. Л. Носенко та інші);
- закономірності професіогенезу фахівців медичної галузі (П. С. Білецький, Є. Є. Волченко, В. В. Зарицька, Н. В. Унгурян та ін.);
- концепції здоров'язбереження людини (П. С. Білецький, Ю. А. Завацький, Н. В. Унгурян, Л. М. Карамушки, О. О. Лукашов) та її соціальної підтримки (Т. В. Комар, Л. М. Карамушка, Т. М. Титаренко, Н. М. Токарева, Ю. М. Швалб та ін.).

Методи і методики дослідження. Розв'язання поставлених завдань здійснювалося шляхом використання загальнонаукових методів та методів психологічного дослідження:

- теоретичних методів: аналіз наукових концепцій та поглядів дослідників щодо психологічних особливостей прояву ЕІ в сучасних умовах життя, систематизація психологічних маркерів ЕІ медичних працівників, теоретичне моделювання та узагальнення умов оптимізації прояву ЕІ у професійній діяльності медичних працівників;
- емпіричних методів: спостереження, тестування показників ЕІ працівників медичної галузі;
- статистичних методів: обрахування індивідуальних показників емоційного інтелекту за ключем методик та середніх показників маркерів емоційного інтелекту у вибірковій сукупності респондентів; розрахунок відсоткових показників; кореляційний аналіз даних (r -Spearman) із подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням.

Статистична обробка результатів дослідження здійснювалася за допомогою пакету статистичних програм SPSS (версія 22.0)

Задля окреслення базових маркерів емоційного інтелекту працівників медичної галузі були використані такі **психодіагностичні методики**:

- 1) Методика визначення емоційного інтелекту (EQ) Н. Холла, призначена для виявлення здібності особистості розуміти відносини, що репрезентуються в емоціях, та керувати своєю емоційною сферою на основі прийняття адекватних рішень [45, с. 28 – 30].
- 2) Тест емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна, що дозволяє виявити особливості взаємозв'язку емоційного інтелекту та показників міжособистісної взаємодії респондентів [45, с. 55 – 60].
- 3) Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О.Калюк, О.Савченко) [35]

Вибіркову сукупність склали 42 медичні працівники (лікарі віком 32 – 56 років) із різним стажем професійної діяльності та різним фаховим профілем. Вибіркова сукупність була сформована рандомно. Емпіричні дані були отримані шляхом індивідуального опитування респондентів.

Дослідження було здійснене на базі Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» – багатoproфільного закладу охорони здоров'я, який надає населенню Криворізької територіальної громади амбулаторну та стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу.

Дослідження тривало протягом 2024–2025 навчального року згідно із планом роботи над магістерським кваліфікаційним дослідженням.

Практичне значення результатів кваліфікаційного магістерського дослідження полягає в деталізації маркерів емоційного інтелекту працівників медичної галузі. Отримані дані можуть бути використані для усвідомлення ресурсів ефективного професіогенезу та подолання проявів емоційного вигорання у професійній діяльності фахівців медичної галузі. Також матеріали дослідження можуть бути використані здобувачами психологічної освіти у підготовці до занять із дисциплін психологічного циклу.

Надійність і вірогідність дослідження забезпечувалися репрезентативністю вибірки, науковою обґрунтованістю теоретичних позицій дослідження, використанням методів дослідження, адекватних меті і завданням магістерської кваліфікаційної роботи, коректним застосуванням методів математичної статистики.

Апробація результатів дослідження. Базові теоретичні та практичні положення дослідження були обговорені на науково-методичному семінарі Психологічної лабораторії особистісного розвитку (проект кафедри загальної та вікової психології КДПУ).

Структура роботи

Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків та списку використаної літератури, який налічує 64 джерел (19 іноземною мовою) та 3 додатків; містить 7 рисунків та 11 таблиць.

Текст кваліфікаційної роботи викладено на 74 сторінках, з яких основного тексту – 62 сторінки.

РОЗДІЛ 1. Теоретичний аналіз феноменології емоційного інтелекту в зарубіжній та вітчизняній психології

1.1. Емоційний інтелект як психологічний феномен

Проблемне поле емоційної культури особистості здавна перебуває серед найбільш дискусійних сегментів наукових досліджень, що пояснюється значущістю емоцій у життєдіяльності людини. Інтерес наукової спільноти скерований зокрема й на феномен емоційного інтелекту, виважені наукові розвідки в царині якого розпочалися у ХХ столітті, про що свідчить історіографія питання [2; 31; 33; 41; 58].

Протягом 1900 – 1969 років ХХ століття наукові дискусії зосереджуються навколо інтелекту та аспектів його виявлення: з'являються чисельні теорії інтелекту (Г. Майєр, Ч. Спірмен, Е. Торндайк, Д. Векслер та ін.), створюються тести для його вимірювання, досліджуються сфери виявлення соціального інтелекту.

Варто відзначити зокрема внесок Д. Векслера у формування ідеї про ірраціональну (афективно-емоційну) складову інтелекту. Загалом вчений розглядав інтелект як здатність особи до доцільної поведінки, раціонального мислення та ефективної взаємодії із навколишнім світом [цит. за: 2, с. 257]. Разом з тим, у 1940 році у статті «Неінтелектуальні фактори в загальному інтелекті» Д. Векслер зауважив, що для системного оцінювання інтелекту необхідно враховувати також і «неінтелектуальні аспекти мислення», серед яких були названі не лише загальна працездатність психіки, але й її афективно-регулятивні компоненти психіки («афективні» здібності), що впливають на успішність людини у соціальному середовищі [там само]. І хоча твердження вченого не було підтримане науковою спільнотою, проте по суті ідея Д. Векслера щодо значущості «афективно-регулятивної» складової інтелекту вже можна трактувати як виявлення емоційного інтелекту.

Дослідження соціального інтелекту в перспективі посприяли розвитку уявлень про емоційний інтелект та його природу.

Важливим етапом формування теоретичних засад емоційного інтелекту стали 1970 – 1989 роки, коли в центрі уваги науковців опинилися питання взаємовпливу когнітивних та емоційних процесів. Протягом цього періоду утверджується бачення емоцій як важливої підсистеми свідомості. До прикладу, у концепції Р. Лазаруса [54] когнітивні процеси (сприйняття, розуміння, оцінювання подій) розглядаються як необхідна умова появи емоцій. Вчений зазначає, що кожна емоційна реакція, незалежно від її змісту, є функцією особливого роду пізнання, а емоційне переживання відбиває певний важливий момент загальної реакції людини на ситуативні чинники. Відповідно, Р. Лазарусом констатовано: емоції скеровують когнітивну активність особистості, увиразнюють способи адаптації людини до емоційно насиченого середовища [54].

Найбільш близьким до усвідомлення сутнісних ознак емоційного інтелекту вважається американський психолог Г. Гарднер (H.Gardner), автор моделі множинного інтелекту особистості. У 1983 році побачила світ робота Г. Гарднера «Межі розуму: теорія множинного інтелекту» [49], в якій аргументовано представлено думку про множинність виявлень інтелекту як сукупності взаємопов'язаних розумових здібностей. Вченим наголошено, що продуктивність життєдіяльності людини пов'язана не лише із загальним інтелектом, але й із множинними інтелектуальними формами – логіко-математичним, вербальним, просторовим, музичним, тілесно-кінестетичним, міжособистісним та внутрішньо особистісним [50, с.281].

У контексті аналізу феноменології ЕІ варто зупинитися на двох виділених дослідником формах інтелекту – міжособистісному інтелекті та внутрішньоособистісному інтелекті.

Міжособистісний інтелект (*interpersonal intelligence*) Г. Гарднер тлумачить як здатність особи розуміти настрої, почуття інших людей, а також використовувати цю інформацію для прогнозування їхньої поведінки. Показниками міжособистісного інтелекту можна вважати емпатію,

толерантність, комунікабельність, конгруентність та діалогізм у стосунках [цит. за: 2, с.261].

Внутрішньоособистісний інтелект (*intrapersonal intelligence*) означає здатність людини розуміти себе, оцінити свої емоції та почуття, страхи і мотиви; спроможність формувати адекватну Я-концепцію для ефективного функціонування [цит. за: 31, с.24]. Проявляється внутрішньоособистісний інтелект особи, на думку Г.Гарднера, через рефлексію, самооцінку, самоконтроль та мотивацію досягнень.

З часом Г.Гарднер певною мірою переосмислив власну теорію [51], більш чітко окреслив емоційний інтелект у площинах пізнання й використання особою персональних емоційних станів та емоцій інших людей для вирішення проблем і регулювання поведінки.

У подальшому наукові погляди Г.Гарднера склали підґрунтя першої теоретичної концепції емоційного інтелекту, фундаторами якої стали американські дослідники – професор психології й декан вищої школи наук і мистецтв Єльського університету П.Селовей і професор Нью-Гемпширського університету Дж.Мейєр. Вченими опубліковано цикл статей [55; 56 – 59], в яких сформульовано сутнісні ознаки поняття «емоційний інтелект», що тлумачиться як сукупність ментальних здібностей, які сприяють усвідомленню і розумінню особою власних емоцій та емоцій інших людей, констатовано, що емоційний інтелект передбачає здатність людини «безпомилково сприймати емоції, оцінювати і генерувати їх таким чином, щоб допомогти мисленню, розуміти емоції й ідентифікувати їх, а також рефлекторно скеровувати емоції з тим, щоб сприяти своєму емоційному й інтелектуальному зростанню» [55]. Крім того групою дослідників під керівництвом Дж.Мейєра та П.Саловея [55 – 60] було деталізовано структуру ЕІ як системи, що відображує п'ять груп здібностей людини, як-от:

- 1) здібності, що зумовлюють сприйняття, усвідомлення та ідентифікацію людиною власних емоцій, причин їхнього виникнення та способів вираження;

- 2) здатність особи до використання емоцій для оптимізації інтелектуальної діяльності – регулювання (фасилітація) емоцій з метою контролю емоційних реакцій у когнітивних процесах, що дозволяє особі контролювати рівень тривожності, роздратованості, підвищувати власну стресостійкість;
- 3) здатність особи мотивувати себе до діяльності, емоційно реагуючи на досягнення перспективної мети, що може виявлятися у вмінні відкладати отримання миттєвого задоволення заради реалізації більш значущих віддалених завдань;
- 4) здібність до розпізнавання та розуміння емоцій інших людей за фізичними ознаками, поведінкою (наприклад, через виявлення емпатії), що є важливим елементом продуктивної міжособистісної взаємодії;
- 5) здатність підтримувати доброзичливі відносини з оточенням (вимір соціальних здібностей), своєрідне «мистецтво позитивного ставлення до інших людей» [цит. за: 31, с.25 – 27].

Аналітичний огляд напрацювань фахівців у полі вивчення різних сторін виявлення емоційного інтелекту дозволяє стверджувати, що у 90-х роках ХХ століття емоційний інтелект стає предметом психологічних досліджень, що увиразнено в різних теоретичних концепціях і чисельних публікаціях науковців.

Варто звернути увагу зокрема й на дослідження ізраїльського психолога американського походження Р. Бар-Она, який означив некогнітивну природу емоційного інтелекту [46], для прояснення якої дослідник вводить поняття емоційного коефіцієнта EQ (*emotional quotient*, за аналогією до IQ – *intelligence quotient*) [цит. за: 2, с.263].

За визначенням Р. Бар-Она, емоційний інтелект – це сукупність некогнітивних (особистісних, емоційних і соціальних) компетенцій і навичок, які допомагають людині ефективно функціонувати згідно із вимогами і тиском оточення [47, с.378] у п'яти сферах життєтворення, а саме:

- 1) внутрішньоособистісній сфері (реалізується у вимірах самопізнання), що маркується усвідомленням особою власних емоцій, впевненістю у собі, самоповагою, самоактуалізацією;
- 2) у сфері міжособистісних стосунків (увиразнює комунікативний потенціал), розкривається у показниках здатності взаємодіяти з іншими людьми, емпатії, соціальної відповідальності;
- 3) у сфері адаптивності (адаптаційні здібності), що передбачає здатність особистості вирішувати проблеми, адекватно змінювати форми реагування у кризових ситуаціях, здатність до емоційної лабільності;
- 4) у сфері управління стресом (засвідчує антистресовий ресурс), що характеризує стійкість особи до стресс-факторів, здатність до самоконтролю і саморегуляції;
- 5) сфера загального емоційного фону, настрою (означає позитивність світосприйняття), що відображує такі тенденції як оптимізм та суб'єктивне задоволення життям [47].

Поширенню концептуальних положень феноменології емоційного інтелекту посприяли напрацювання американського журналіста і психолога Даніеля Гоулмана, і передусім видана у 1995 році у США і адресована широкій аудиторії книга «Емоційний інтелект: Чому він може значити більше, ніж IQ» [52]. У своїх роздумах про емоційний інтелект автор наголошує, що «емоційне життя – сфера, яку можна опанувати, так само як математику або читання, але потребує особливих умінь. Від того, як майстерно людина оволодіває потрібними емоційними навичками залежить її життя» [11, с. 80]. Дослідник констатує, що справжнім показником інтелекту є саме EQ (показник емоційного інтелекту), а не IQ (показник логічного інтелекту) насамперед у тих сферах, «де розумові здібності є відносно менш значущими для досягнення успіху – там, де, наприклад, емоційна саморегуляція та емпатія відіграють більшу роль, ніж суто пізнавальні здібності» [11, с.15].

Автор зосереджується передусім на практичних аспектах емоційного інтелекту та його значущості для підтримання психологічного здоров'я людини. Зокрема Д. Гоулман зауважує, що людина із високим рівнем EQ краще усвідомлює взаємозв'язок між емоціями, мисленням та діяльністю, здатна управляти емоційними проявами, гармонійно взаємодіяти із оточенням, що відкриває для неї широкі можливості для самоздійснення [52; 53; 11].

Структура ЕІ у теоретичному обґрунтуванні даного феномену Д. Гоулманом [52] містить такі компетентності як-от:

- 1) самопізнання (емоційна самосвідомість) – здатність людини аналізувати власні емоції, усвідомлювати вплив емоцій та почуттів на власний психічний стан, що зумовлює зокрема й наявність адекватної самооцінки, яка дозволяє людині розуміти свої сильні сторони, усвідомлювати межі своїх можливостей та наявність почуття власної гідності;
- 2) самоконтроль – здатність контролювати емоції, проявляти відкритість, адаптивність, впевненість у собі та оптимізм;
- 3) соціальна чутливість – спроможність до співпереживання (прояв емпатії, ієрархія відповідальності), здатність орієнтуватися у широкому діапазоні емоційних сигналів;
- 4) управління стосунками – унормування особистісних стосунків, здатність до урегулювання конфліктів, до командної роботи та продуктивної співпраці [52; 11].

Водночас Даніель Гоулман наголошує, що виписана ним структура ЕІ може трансформуватися залежно від професійної діяльності людини та викликів соціокультурного простору.

Пріоритетним напрямом подальших досліджень зарубіжних психологів (до прикладу: [59; 60; 61]) стало прояснення сутності емоційного інтелекту. У змішаних моделях ЕІ тлумачиться як сукупність розумових, особистісних та мотиваційно-вольових рис, характеристик самосвідомості та соціальних

навичок, що сприяють адаптації особистості до життєвих та професійних викликів та досягненню успіху в різних сферах діяльності.

Не оминули увагою феноменологію емоційного інтелекту і вітчизняні психологи: ідея єдності емоцій та інтелекту знайшла своє відображення зокрема у працях Н. А. Басюк, О. І. Боковець, С. П. Дерев'янка, В. Ф. Калошина, Є. В. Карпенко, О. П. Лящ, Е. Л. Носенко, А. Г. Четверик-Бурчак та інших психологів [2; 5; 13; 17; 20; 28; 31; 32; 42]. Зокрема вченими аналізується роль емоційного інтелекту в системних вимірах опанування людиною складних, стресогенних ситуацій. До прикладу, О. І. Боковець, О. І. Власова, А. Г. Четверик-Бурчак звертають увагу на виміри емоційного інтелекту як ресурсу психічного здоров'я, що дозволяє особистості контролювати відчуття внутрішньої рівноваги, сприяє гармонійному розвитку особистості, створює можливості для самореалізації та розкриття потенціалу людини [5; 9; 42].

Професор Е. Л. Носенко фокусує увагу на вивченні феномену ЕІ як «особливої форми відображення у свідомості та поведінці людини динамічної єдності внутрішніх (диспозиційних) ознак особистості та її зовнішніх актуальних переживань в ситуаціях емоційного реагування» [31, с. 12]. Із урахуванням модальності емоційних реакцій, конгруентності/ не конгруентності цієї модальності ситуаційним подразникам Е. Л. Носенко означає такі критерії оцінювання сформованості емоційного інтелекту особистості як-от:

- 1) домінування зовнішнього (поведінкового, ситуативного) компонента над внутрішнім (низький рівень виявлення ЕІ), що свідчить про переважання реактивних емоційних реакцій на основі механізму умовнорефлекторної поведінки із переважанням недостатньої усвідомленості ознак та ризиків емоціогенної ситуації, низького самоконтролю та високого ситуативного спричинення реакцій.

Особи із низьким рівнем сформованості емоційного інтелекту характеризуються домінуванням негативних емоцій, високим рівнем тривожності, негативним самоствленням і ставленням до інших осіб;

- 2) домінування внутрішнього компонента над зовнішнім (середній рівень сформованості EI), що відповідає довільному здійсненню зовнішньої активності із застосуванням певних вольових зусиль, що відображаються на рівні емоційних переживань.

Особам із середнім (помірним) рівнем сформованості EI характерні високий рівень самооцінки та самоконтролю, поєднання стратегії зосередженості на завданні зі стратегією емоційного реагування, а також утвердження суб'єктивного відчуття психологічного благополуччя, усвідомлення наявності EI;

- 3) гармонійне поєднання внутрішніх та зовнішніх проявів емоційного реагування на емоціогенні подразники (над ситуативний, високий рівень сформованості EI), що визначається існуванням у людини усвідомленої індивідуальної системи цінностей щодо особисто можливих альтернатив поведінки в конкретних ситуаціях життєдіяльності та широкого спектру унормованих соціальних навичок.

Соціальна поведінка осіб із високим рівнем EI є внутрішньо вмотивованою в усіх аспектах життєдіяльності, така особистість позитивно ставиться до себе та до інших людей, свідомо оцінює адекватність своєї поведінки у показниках конгруентності, гармонії з іншими [32, с. 96].

Ми цілком підтримуємо думку Е. Л. Носенко, що роль емоційного інтелекту у досягненні особою життєвого успіху ґрунтується на спроможності суб'єкта адекватно розпізнавати витoki власних емоцій та емоцій інших людей, здійснювати на цьому підґрунті самоконтроль, підтримувати доброзичливі стосунки з навколишніми, виявляти наполегливість у досягненні мети [32].

Вагомі напрацювання щодо феномену емоційного інтелекту простежуються в науковому доробку й інших психологів. Так, до прикладу, Є. В. Карпенко, С. П. Дерев'янка розглядають ЕІ як фактор соціально-психологічної адаптації особистості в емоціогенних умовах життєтворення [13; 17; 20; 21].

Дослідження М. М. Шпак [43] емпірично підтверджують значущість емоційного інтелекту у забезпеченні психологічного благополуччя особистості – суб'єктивного відчуття задоволення, гармонії та внутрішньої рівноваги у фізичній, емоційній, духовній, соціальній сферах.

У дисертаційному дослідженні Н. В. Ковриги інтерес авторки зосереджений на стресозахисній та адаптивній функціях емоційного інтелекту («емоційної розумності») [22]. Суголосно вивчається роль ЕІ як чинника розвитку резильєнтності особистості О. П. Лящ [28].

Узагальнюючи результати аналітичного огляду наукової літератури із досліджуваної проблематики, вважаємо доречним погодитися із усталеним у психологічній науці розумінням емоційного інтелекту як інтегральної властивості особистості (або стійкої ментальної здібності), що реалізує здатність людини адекватно сприймати, усвідомлювати та конструктивно регулювати власні емоційні процеси, розуміти емоційні реакції інших людей задля ефективного поводження у емоціогенних ситуаціях. Емоційний інтелект є надважливим ресурсом емоційної саморегуляції особистості, що є особливо актуальним в умовах стресогенного соціального простору воєнного часу.

Функціональна єдність емоційних та інтелектуальних процесів у структурі ЕІ (постановки та вирішення задач сприйняття й опрацювання емоцій як життєво важливої інформації, розпізнавання і розуміння емоцій, управління емоційними проявами в емоційно насичених ситуаціях) детермінує більш високу адаптивність та стресостійкість особистості у різних сферах життєтворення, і зокрема у сфері професійної діяльності фахівців медичної галузі.

1.2. Особливості виявлення емоційного інтелекту медичними працівниками

Медична галузь є одним із найбільш складних сегментів діяльності людини, професійне здійснення якого потребує не лише спеціальних знань і практичних навичок, але й відповідних особистісних якостей фахівців – високого рівня сформованості гуманістичних цінностей та морально-психологічних властивостей. Актуальність даної тези зростає в умовах війни в Україні, що спричиняє суттєве підвищення емоційного навантаження у фаховій діяльності медичних працівників.

Виклики сьогодення стосуються передусім ускладнення протоколів надання медичних послуг різним категоріям осіб в умовах воєнного часу, а також необхідності підвищення у суспільстві довіри до персоналу медичних закладів, що ґрунтується на засадах відповідності працівників медичних установ принципам професійної ідентичності та кваліфікаційної етики.

Ми абсолютно поділяємо думку Є. Кулібаби та О. Кобилянського щодо необхідності чіткого орієнтування сучасної медицини на «інтегральний біопсихосоціальний підхід, що передбачає комплексне вивчення людини, включаючи психологічні аспекти» [24, с.110]. Це підтверджують зокрема чисельні наукові розвідки психологів, соціологів, медиків у царині вивчення показників ефективної професійної ідентичності представників медичної галузі. Профіль професійної ідентичності особистості медичних працівників стало знаходитися в полі уваги науковців, що відображено у дослідженнях П. С. Білецького, Є. Є. Волченко, Ю. А. Завацького, Н. В. Унгурян, Т. В. Комар, О. Г. Лисенко, Л. П. Міщихи, В. О. Рудого-Трипольського, В. Толмачевської, Д. М. Шульги, С. О. Потапова [1; 3; 10; 23; 25; 30; 34; 39; 38; 44] та інших дослідників. Зокрема у дисертаційному дослідженні В. О. Рудого-Трипольського [34, с.9–11] у структурі професійної ідентичності фахівців медичної галузі виокремлено такі блоки структурних складових:

- 1) блок мотиваційно-ціннісних компонентів, що відображають суб'єктивне ставлення фахівця до професії, його мотивацію до професійної діяльності та навчання, особистісні цілі та інтереси, а також емотивність, як ціннісне усвідомлення ролі та значення професійної діяльності.

Автор акцентує увагу на передусім на таких загальних мотиваційних інваріантах медичної діяльності як безкорисливий інтерес до людини, бажання допомагати людям, отримуючи від цього моральне задоволення, розуміння лікарського обов'язку, усвідомлення принципів лікарської етики. Водночас, згідно із умовиводами науковця варто зважати також і на маркери особистісно обумовленої мотивації: розуміння фахівцем ролі та сенсу професійної діяльності у парадигмі успіху лікування та профілактики хвороб; альтруїзм; соціальна та особистісна відповідальність; допитливість, схильність до саморозвитку;

- 2) блок когнітивно-оцінних компонентів, що містить знання та розуміння змісту професійної компетентності у логіці професійної діяльності і реалізується у комплексі таких компетенцій як медична ерудиція у галузі професійної діяльності, спостережливість, уважність до деталей, володіння алгоритмом постановки діагнозу (аналіз ситуації, формулювання завдання, отримання нових даних, необхідних для ефективного вирішення діагностично-лікувального завдання), вміння вибудовувати розумові стратегії відповідно до вимог ситуації, відкритість новому досвіду тощо;
- 3) блок функціонально-діяльнісних компонентів, який відображає рівень сформованих фахових умінь та навичок, як загально-професійних (навчальних, комунікативних, рефлексивних та ін.), так і спеціальних (практичні навички застосування сучасних технологій, методи вирішення професійних завдань різного рівня складності) тощо.

Особливу увагу В. О. Рудий-Трипольський приділяє комунікативній компетенції, у вимірах якої підкреслює важливість наявності навичок

емпатійного спілкування;, відсутності стереотипів сприйняття хворого, вміння вибудовувати конструктивні стосунки з пацієнтом у процесі вирішення діагностично-лікувальних завдань, та здатності до емоційного самоконтролю та саморегуляції в складних (або й у екстремальних) умовах, високої стресостійкості в критичних ситуаціях професійної діяльності (гострі шоківі стани хворого, кома, порушення психічної діяльності тощо) [34, с.10], що цілком відповідає структурним показникам емоційного інтелекту особистості;

- 4) блок особистісно-рефлексивних компонентів, що деталізує комплекс індивідуально-типологічних особливостей фахівця, які впливають на індивідуальний стиль професійної діяльності та відображують здатність особи до самоаналізу, самоконтролю, самооцінки і професійно-особистісного розвитку.

Дослідник наголошує на значущості психологічної компетентності у професійній діяльності фахівців медичної галузі (до прикладу, здатності до поєднання клінічного діагнозу з психологічною діагностикою, вміння усвідомлювати характер емоційних станів та властивостей пацієнтів) [34, с.10 – 11].

Таким чином, напрацювання психологів підтверджують, що професійна ідентичність працівників медичної галузі вибудовується не лише на підставі професійних знань та вмінь фахівців, але й потребує адекватного деонтологічного профілю спеціалістів – психологічних якостей, необхідних для ефективного виконання обов'язків на всіх рівнях надання фахівцями медичних послуг. Серед таких професійно важливих якостей представників медичної галузі науковці передусім називають такі, що зумовлюють розширення функціональних ресурсів та особистісного потенціалу медиків, як-от:

- відповідальність та професійна компетентність, розуміння важливості своєї ролі в системі охорони здоров'я;

- високорозвинені розумові властивості: здатність приймати адекватні рішення в умовах недостатності інформації, усвідомлювати причинно-наслідкові послідовності та взаємозв'язки між явищами, критичність мислення, креативність;
- висока концентрація уваги, спостережливість, здатність бачити навіть незначні зміни у досліджуваному об'єкті;
- емоційна стабільність, стресостійкість – здатність протистояти емоційним навантаженням професійної діяльності та працювати в екстремальних умовах;
- здатність до емпатії – розуміння почуттів, емоційних станів та потреб пацієнтів, співпереживання, співчуття;
- комунікативність, здатність до конструктивного міжособистісного та міжгрупового спілкування у професійному середовищі [12; 14; 29; 30; 44].

Означені професійно важливі якості представників медичної галузі цілком узгоджуються із структурними компонентами емоційного інтелекту особистості, який розглядається дослідниками як один із ключових факторів успішної діяльності представників соціономічних професій, і зокрема – медицини [61; 12; 24; 30]. Це пояснюється низкою специфічних особливостей професійної діяльності працівників у сфері охорони здоров'я, як-от:

- значна відповідальність за життя і здоров'я пацієнтів [26];
- тривале перебування у «полі негативних емоцій» – страждання, болю, відчаю, страху, роздратування, що через дію механізму емоційного зараження передаються й персоналу медичних закладів;
- нерівномірний режим праці із нічними та добовими чергуваннями, що порушує природні біоритми праці і відпочинку й негативно позначається на адаптаційних та відновлювальних можливостях організму;

- незадовільні умови надання медичних послуг, значні фізичні та психоемоційні навантаження [3; 12; 24 та ін.].

Саме виміри ЕІ як інтегративної здатності особи усвідомлювати та розуміти власні емоції, а також емоції інших людей, керувати ними та використовувати їх для адаптації до соціального середовища [61] дозволяють фахівцям оптимізувати професійну діяльність у стресогенних умовах пролонгованого психоемоційного перевантаження та відповідальності за життя та суб'єктивне благополуччя інших людей. Емоційний інтелект синхронізовано проявляє себе у вимірах як інтраперсональних компонентів (усвідомлення та розпізнання особою власних емоцій, самоконтроль і саморегуляція емоційних станів), так і міжперсональних компонентів (емпатія, соціальні навички) [61], що беззаперечно «сприяє підвищенню ефективності діяльності медичного персоналу через покращення їхньої емоційно-комунікаційної компетентності, врівноваження психоемоційного стану, а також оптимізації професійної адаптації» [24, с.109]. А тому ЕІ особистості варто розглядати як значущий компонент професійної компетентності фахівців медичної галузі. Більш високий рівень сформованості ЕІ асоціюється з вищим професійним успіхом та кращою ефективністю фахівців на робочому місці: особи із більш високим ЕІ демонструють підвищену індивідуальну когнітивну продуктивність, навички міжособистісного спілкування з меншою кількістю конфліктів, здатність до саморозвитку [48; 61; 62; 12]. Разом з тим тривала фрустрація потреб медичних працівників (лікарів, медсестер тощо), накопичення невдоволення щодо своєї професії можуть призводити до знецінення важливості спілкування з пацієнтами, появи професійної деформації та емоційного вигорання [25, с. 62].

Аналіз наукових публікацій та узагальнення власного практичного досвіду роботи в сфері охорони здоров'я стали підґрунтям для співставлення особистісних профілів медичних працівників із різним рівнем сформованості емоційного інтелекту (табл. 1.1.):

Показники особистісного профілю медичних працівників із різним рівнем емоційного інтелекту

Особистісні ресурси	Особи із оптимальним рівнем ЕІ	Особи із критично низьким рівнем ЕІ
Здатність до розпізнавання та ідентифікації емоцій	Здатні об'єктивно ідентифікувати та конструктивним способом виражати свої емоції та емоції інших; розуміють їхні причини та наслідки	Суб'єктивно інтерпретують емоційні реакції, що спричиняє упереджене ставлення до емоціогенних ситуацій та дезадаптивність у ситуаціях невизначеності та когнітивний дисонанс при вирішенні фахових завдань
Здатність до емоційної саморегуляції, управління емоціями	Орієнтовані на збереження психологічної рівноваги та професійного довголіття	Мають проблеми із контролем емоцій, схильні до імпульсивних емоційних спалахів; високотривожні, що знижує професійну ефективність
Стресостійкість, сприйняття стресу	Сприймають стресові ситуації як виклик, що стимулює саморозвиток; здатні до адаптації	Відчувають постійне перенапруження, емоційне вигорання, виснаження через хронічний стрес, депресію
Самоприйняття	Позитивно ставляться до себе, своїх успіхів, мають адекватну самооцінку, впевнені у власних силах	Відзначаються несталістю Я-концепції, мають неадекватно занижену (або завищену) самооцінку, часто невпевнені в собі
Взаємовідносини з колегами та пацієнтами	Здатні до конструктивного діалогу, вибудовують міцні, довірливі відносини, проявляють емпатію, що покращує ефективність командної роботи у багатопрофільному середовищі мед закладів	У спілкуванні схильні до авторитарності, емоційного відчуження; часто порушують норми морально-етичного порядку; мають труднощі в командній діяльності
Культура поведінки у конфліктних ситуаціях	Здатні попереджати та ефективно вирішувати конфлікти між пацієнтами, колегами або в міжособистісних стосунках, що сприяє стабільній та комфортній робочій атмосфері	Часто провокують конфліктні ситуації різного типу через нерозуміння емоційного стану інших людей, що деструктивно впливає на психологічний клімат у колективі
Здатність до релаксації	Здатні дистанціюватися від негативних чинників, вміють переключатися, розслаблятися для відновлення сил	Мають проблеми із відпочинком, часто – безсоння, соматичні розлади

[Цит. за:12; 24; 30; 39; 40]

Узагальнюючи результати аналітичного огляду наукової літератури, можемо констатувати, що розвиток емоційного інтелекту фахівців медичної галузі позитивно позначається на здатності особистості «будувати терапевтичний альянс, проявляти емпатію, ефективно працювати в команді, розвивати комунікативні навички, управляти стресом, а також удосконалювати організаційні й лідерські здібності» [24, с.110]. Емоційний інтелект зумовлює також розвиток загальної емоційної культури особистості, що, відповідно до умовиводів О. П. Лящ, передбачає такі основні аспекти: емоційний відгук на широке коло явищ, які відбуваються у суспільному житті та у сегменті моральних цінностей; розвинута здатність розуміти, поважати і цінувати почуття інших людей, проявляти до них увагу; розвиток емпатії – здатність співпереживати почуттям інших людей, а також усвідомлювати сенсовість переживань; вміння ділитися своїми переживаннями з близькими; почуття відповідальності за свої переживання перед собою і оточуючими людьми [27, с.130].

З огляду на власний практичний досвід у сфері охорони здоров'я можемо припустити, що найбільш затребуваною у фаховій діяльності медичних працівників є здатність до управління емоціями. Даний аспект ЕІ виявляється у здатності контролювати інтенсивність прояву емоцій, і зокрема – стримувати надмірно сильні емоції, у вмінні контролювати їхнє зовнішнє вираження та, за необхідності, довільно викликати певну емоцію [27, с.112–113].

Формування та розвиток емоційного інтелекту особистості відбувається протягом усього життя людини і залежить від багатьох факторів, які у площині аналізу медичної сфери О. Г. Лисенко [25, с.61–62] поєднує у чотири групи:

- емоційні чинники, що відображують емоційну насиченість практики надання медичних послуг та амбівалентність емоційних переживань щодо власної діяльності лікарів та медсестер: з одного боку це може бути задоволення успішно проведеним лікуванням пацієнта, а з іншого

- розчарування через помилки у діагностично-лікувальних діях, виснаження, втома тощо;
- соціально-психологічні чинники, і передусім визнання престижності та якості професійної діяльності фахівців медичної галузі, їхніх здобутків і права на професійне зростання;
- особистісні чинники, що зумовлюють здатність (і готовність) лікарів та медсестер до конструктивного вирішення морально-етичних проблем у професійній діяльності, здатність емоційно відсторонюватися від переживання втрат або горювання на користь усвідомлюваних відповідальних рішень;
- соціокультурні (середовищні) чинники – організаційні параметри праці медичного персоналу (раціонально складений графік роботи, можливість користуватися новими технологіями, прогресивним досвідом колег), соціально-психологічний клімат у колективі тощо.

Варто зважати й на можливі труднощі у формуванні та виявленні ЕІ працівниками медичної галузі:

- егоцентризм, зосередженість працівника на власній особистості, що призводить до нездатності помічати і правильно оцінювати емоційний стан інших людей;
- неадекватність самооцінки, почуття власної переваги над іншими;
- почуття тривоги, пов'язане з емоціями інших людей або власними, що спричиняє потребу у відстороненні, уникненні проблем;
- будь-яка вигода від нерозуміння (або небажання розуміти) емоцій інших людей;
- відсутність (або викривлення) досвіду дотримання прийнятих у суспільстві форм вираження емоцій [27, с.137].

Множинність форм виявлення ЕІ медичними працівниками на рівні оптимального функціонування та контролю за емоційною сферою особистості, зумовлює необхідність фахової психологічної підтримки.

Висновок до розділу 1

У першому розділі магістерського кваліфікаційного дослідження представлено результати теоретичного аналізу феноменології емоційного інтелекту (ЕІ) працівників медичної галузі. Теоретико-методологічний огляд наукової літератури із досліджуваної проблеми дозволяє констатувати чисельність теоретичних та практико зорієнтованих досліджень зарубіжних та вітчизняних вчених, спрямованих на вивчення сутності, структури та показників емоційного інтелекту особистості.

У вимірах інтегративного підходу до аналізу ЕІ його функціональне призначення розглядаємо як системну властивість, що забезпечує здатність розпізнавати та ідентифікувати власні емоції; сприймати, оцінювати та розуміти емоції інших; мотивувати самого себе та інших (попри труднощі, наполегливо йти до досягнення мети); стримувати імпульсивні дії, контролювати та унормовувати емоційні реакції у змінних умовах життєтворення. Доведено, що саме емоційний інтелект допомагає людині захистити власну психіку від травмівних впливів, убезпечити організм від психологічних та фізіологічних дисфункцій, допомагає повернутися в зону стійкості і відновити суб'єктивне благополуччя.

Із урахуванням викликів воєнного часу в галузі охорони здоров'я констатовано необхідність вивчення ЕІ як значущого складника професійної компетентності медичних працівників. Означене виправдано тим, що розвиток ЕІ фахівців медичної галузі сприяє підвищенню ефективності діяльності медичного персоналу через покращення їхньої емоційно-комунікаційної компетентності, врівноваження психоемоційного стану (зниження ризиків професійного вигорання), а також оптимізації професійної адаптації в умовах командної роботи в багатопрофільному медичному середовищі, створенню стабільного робочого простору медичного закладу. Відзначено, що особи із високим рівнем розвитку ЕІ більш адаптивні та ефективні у перспективі професійного самоздійснення.

РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження вираження емоційного інтелекту фахівцями медичної галузі

2.1. Організація психодіагностичного вимірювання показників емоційного інтелекту фахівців медичного профілю

За результатами теоретико-аналітичного огляду наукових досліджень феноменології емоційного інтелекту та особливостей виявлення ЕІ фахівцями медичної галузі нами була розроблена логічна схема емпіричної частини даного кваліфікаційного (магістерського) дослідження.

Метою емпіричного дослідження було обрано психодіагностичне вимірювання типових маркерів емоційного інтелекту медичних працівників як інтегративного особистісного ресурсу фахівців медичного профілю, а також оцінювання можливостей оптимізації емоційного інтелекту осіб досліджуваної групи із різним рівнем суб'єктивного благополуччя.

Досягнення мети емпіричного дослідження потребувало вирішення низки **завдань**:

1. Змодельовати послідовність організації та виконання емпіричного дослідження типових показників соціального інтелекту працівників медичної галузі.
2. Підібрати науково обґрунтований та валідний психодіагностичний інструментарій для вимірювання показників ЕІ як інтегративного особистісного ресурсу фахівців з медицини.
3. За допомогою обраних методик здійснити психодіагностичне вимірювання типових показників емоційного інтелекту та суб'єктивного благополуччя фахівців медичної галузі; виконати аналіз та інтерпретацію отриманих даних.
4. Розробити та апробувати комплексну корекційно-розвивальну програму оптимізації емоційного інтелекту медичних працівників.
5. Здійснити оцінювання ефективності запропонованої корекційно-розвивальної програми у професіогенезі медичних працівників.

Базою емпіричного дослідження було обрано Комунальне підприємство «Криворізька міська клінічна лікарня №2» – багатoproфільний заклад охорони здоров'я, який надає населенню Криворізької територіальної громади амбулаторну та стаціонарну спеціалізовану медичну допомогу.

Вибіркову сукупність склали 42 медичні працівники (лікарі віком 32 – 56 років) із різним стажем професійної діяльності та різним фаховим профілем. Вибіркова сукупність була сформована рандомно згідно з критерієм добровільної згоди респондентів долучитися до емпіричного дослідження. Суголосно до загальної логіки магістерської кваліфікаційної роботи: «Психологічні маркери емоційного інтелекту фахівців медичної галузі» ознаки віку, статево-рольової приналежності та фахової спеціалізації лікарів вибіркової сукупності у дослідженні не враховувалися.

Емпіричні дані були отримані шляхом індивідуального опитування респондентів.

Дослідження тривало протягом 2024–2025 навчального року згідно із планом роботи над магістерським кваліфікаційним дослідженням.

Емпірична група методів була представлена тестуванням, зокрема були використані такі методики психологічної діагностики як-от:

- 1) Тестова методика визначення емоційного інтелекту (EQ) Н. Холла, скерована на оцінювання здатності людини усвідомлювати, розуміти та управляти власними емоціями а також емоціями інших осіб на основі прийняття адекватних рішень [45, с. 28 – 30].
- 2) Тест емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна, що дозволяє виявити особливості взаємозв'язку емоційного інтелекту та показників міжособистісної взаємодії респондентів [45, с. 55 – 60].
- 3) Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О.Калюк, О.Савченко) [35]

Методика визначення емоційного інтелекту (EQ) Н. Холла побудована на загальних теоретичних уявленнях про емоційний інтелект і призначена для виявлення здатності розуміти внутрішні переживання особистості, які

можуть відтворюватися в емоційній сфері. Методика дозволяє оцінити рівень розвитку маркерів ЕІ особистості і визначити сформованість компетентності у сфері емоційних проявів.

Тест складається з 30 тверджень і містить 5 субшкал:

- емоційна обізнаність, що відображує здатність особи усвідомлювати і розуміти власні емоційні реакції, поповнювати словник емоцій;
- здатність до управління своїми емоціями, що характеризується емоційною гнучкістю, здатністю стримувати руйнівні переживання, збереженням самовладання та відчуття суб'єктивного благополуччя у стресових ситуаціях;
- самомотивація, що свідчить про здатність особи до управління поведінкою, віднайдення найбільш ефективних способів досягнення мети, готовність до ризику;
- емпатія – вміння співпереживати і надавати підтримку іншим людям, виявляти повагу до інших, бути толерантними;
- здатність до розпізнавання емоцій інших людей, вміння впливати на емоційний стан інших осіб.

Шкала відповідей є шестиступеневою (шкала Лайкерта) та включає такі варіанти відповідей: повністю не погоджуюсь (-3 бали), в основному не погоджуюсь (-2 бали), частково не погоджуюсь (-1 бал), частково погоджуюсь (+1 бал), в основному погоджуюсь (+2 бали), повністю погоджуюсь (+3 бали). Автор методики розрізняє три рівні емоційного інтелекту за кожною із субшкал: низький (7 і менше балів), середній (8 – 13 балів) та високий (14 і більше балів). Інтегральний рівень емоційного інтелекту з урахуванням домінантного знаку визначається за такими кількісними показниками: 70 і більше балів – високий рівень сформованості; 69 – 40 балів – середній рівень; 39 і менше балів – низький рівень розвитку ЕІ [45, с. 28 – 30].

Діагностичний ресурс *тесту «ЕмІн» Д. В. Люсіна* надає можливість оцінити здатність респондентів розуміти власні емоції

(внутрішньоособистісний EI) та емоції інших (міжособистісний EI). Автор скеровує свій інтерес на два полюси емоційного інтелекту:

- здатності особи до розуміння своїх емоцій та емоцій інших осіб: встановлювати сам факт наявності емоційного переживання у себе або в інших, ідентифікувати ці емоції, розуміти причини та наслідки емоцій;
- здатності особи управляти власними емоціями та емоціями інших осіб, зокрема: контролювати інтенсивність емоцій та їхні зовнішні прояви, мати здатність при необхідності викликати ту чи іншу емоцію.

Тест складається із 46 тверджень, що оцінюються респондентами за ступенем їхньої відповідності власному досвіду за чотирибальною шкалою (від 0 до 3 балів) у координатах від «цілком не погоджуюсь» до «цілком погоджуюсь» у прямих і зворотних значеннях. Отримані результати відображають п'ять субшкал: два інтегральних показники міжособистісного EI та три показники внутрішньоособистісного EI що відображують маркери «Розуміння емоцій» та «Управління емоціями»; також визначається загальний (комплексний) показник рівня EI респондентів [45, с. 55 – 60].

Зважаючи на трактування емоційного інтелекту як форми набутого емоційного досвіду, що базується на здатності особи розуміти свої емоції та керувати ними в системі міжособистісної комунікації і зумовлює переживання людиною стану суб'єктивного благополуччя, до психодіагностичного інструментарію була долучена методика оцінювання даної ознаки. Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О.Калюк, О.Савченко) [35] спрямована на вимірювання структурних (когнітивних) компонентів суб'єктивного благополуччя респондентів.

Методика «КОСБ-3» містить 20 тверджень, які оцінюються респондентами за допомогою порядкової шкали Лайкерта 5-бальною шкалою (від «повністю не погоджуюся» – 1 бал до «повністю погоджуюся» – 5 балів). Діагностичний ресурс даної методики дозволяє виміряти три незалежні

показники (субшкали когнітивного профілю благополуччя) задоволеності життям:

- задоволеність власним життям;
- невдоволеність собою і розчарування в житті;
- задоволеність відносинами з іншими [35, с. 26–30].

Вибір означених методик до використання в емпіричному розділі даного кваліфікаційного магістерського дослідження був зумовлений такими чинниками:

- 1) психометричними властивостями (валідністю, надійністю) та діагностичною ресурсністю обраних тестів;
- 2) коротким терміном опитування (в середньому на проходження тесту витрачається до 10 – 15 хвилин), що є надважливим мотиваційним чинником залучення фахівців медичної галузі до опитування;
- 3) досить низьким рівнем можливостей зумисного корегування отриманих даних у площинах соціальної бажаності, оскільки оцінку здійснює експерт за відповідними субшкалами.

Результати психодіагностичного вимірювання були піддані первинному математичному аналізу (виконано розрахунки індивідуальних показників емоційного інтелекту за ключем тестових методик, обраховано середні та відсоткові показники досліджуваних явищ).

Крім того був використаний непараметричний метод рангової кореляції Спірмена (r -Spearman), який дозволяє означити наявність і напрям кореляційного зв'язку між двома ознаками або профілями ознак в межах певної групи досліджуваних.

Процедура статистичного аналізу досліджуваних параметрів виявлення ЕІ була зреалізована за допомогою програми статистичного обрахування даних SPSS-22.

2.2. Аналіз результатів психодіагностичного дослідження маркерів емоційного інтелекту фахівців медичної галузі

Отримані під час психодіагностичного (констатувального) етапу емпіричного дослідження індивідуальні показники виявлення медичними працівниками емоційного інтелекту та психологічного благополуччя були піддані кількісному аналізу згідно із ключем методик із подальшою інтерпретацією даних.

Узагальнення та систематизація середніх показників вимірювання маркерів емоційного інтелекту за тестом EQ Н. Холла зафіксували домінування серед лікарів вибіркової сукупності помірного рівня ЕІ із тяжінням до нижньої межі ознаки (див.: *табл. 2.1*).

Таблиця 2.1.

Середні величини показників емоційного інтелекту лікарів вибіркової сукупності (за шкалами тесту EQ Н. Холла)

Показники Сушкали методики	Показники тестової норми (помірного рівня ознаки)	Середні величини у вибірці ($\bar{x}$)	Стандартне відхилення
Емоційна обізнаність	8 – 13 балів	$\bar{x} = 12,48$	4,20
Управління власними емоціями	8 – 13 балів	$\bar{x} = 6,23$	5,38
Самомотивація	8 – 13 балів	$\bar{x} = 8,25$	6,42
Емпатія	8 – 13 балів	$\bar{x} = 7,02$	6,23
Розпізнавання емоцій інших людей	8 – 13 балів	$\bar{x} = 7,54$	4,05
Інтегральний показник ЕІ	40 – 69 балів	$\bar{x} = 44,12$	12,03

На посередньому рівні значущості зафіксовані маркери емоційного інтелекту за субшкалами «Емоційна обізнаність» ($\bar{x} = 12,48$), «Самомотивація» ($\bar{x} = 8,25$). Це свідчить про достатній рівень усвідомлення респондентами сенсових ознак власних переживань, розуміння сильних і слабких сторін своєї емоційності, що може бути доволіно використано медичними працівниками у прагненні до самоздійснення. Найменш сформованим серед фахівців-медиків виявився показник, що відображує здатність респондентів до управління власними емоціями ($\bar{x} = 6,23$). А отже залучені до емпіричного

дослідження особи недостатньо навчені стратегіям контролю над власною емоційною сферою, схильні до імпульсивних реакцій у складних ситуаціях. Критично наближеними до нижньої межі розвитку виявилися також маркери емпатійності, здатності до співпереживання пацієнтам або іншим особам ($\bar{x} = 7,02$), а також здатність до розпізнавання емоцій інших осіб ($\bar{x} = 7,54$).

Деталізувати зроблені висновки дозволяють результати аналізу відсоткового розподілу респондентів за рівнями розвитку показників ЕІ (табл. 2.2.) .

Таблиця 2.2.

**Узагальнені показники емоційного інтелекту
лікарів вибіркової сукупності (за субшкалами тесту EQ Н. Холла)**

Рівень прояву Субшкали	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
	Кількість респондентів у % (N = 42)		
Емоційна обізнаність	29% (12 осіб)	52% (22 особи)	19% (8 осіб)
Управління власними емоціями	62% (26 осіб)	31% (13 осіб)	7% (3 особи)
Самомотивація	24% (10 осіб)	67% (28 осіб)	9% (4 особи)
Емпатія	52% (22 особи)	34% (14 осіб)	14% (6 осіб)
Розпізнавання емоцій інших людей	55% (23 особи)	31% (13 осіб)	14% (6 осіб)
Інтегральний рівень ЕІ	45% (19 осіб)	43% (18 осіб)	12% (5 осіб)

Було з'ясовано, що 52% залучених до дослідження лікарів демонструють середній рівень емоційної обізнаності, а отже вони досить впевнено орієнтуються в полі емоційних явищ, здатні ідентифікувати емоції та розмежовувати їх на продуктивні та деструктивні. Разом з тим респонденти керуються переважно суб'єктивними уявленнями щодо емоцій, мають проблеми із означенням варіацій емоційної експресії вербально. Вартує уваги і той факт, що 29% медичних працівників мають критично низький рівень емоційної обізнаності: їм складно ідентифікувати та інтерпретувати свої емоції, проговорювати змістові ознаки переживань. І лише 19% опитаних лікарів досить навчені в оцінюванні інтенсивності своїх емоцій, розуміють їхнє значення і усвідомлюють вплив емоцій на поведінку.

Подібні тенденції простежуються також у профілі ЕІ лікарів за шкалою «Самотивація»: серед респондентів переважає оптимальний середній рівень значущості ознаки – 67% опитаних лікарів засвідчили схильність до внутрішнього мотивування (зокрема і емоційного підкріплення мотиваційних рішень), проте це виявляється ситуативно і не пов'язане із втіленням планів у життя. 24% залучених до дослідження фахівців медичного профілю демонструють низький рівень самотивації до виконання професійних обов'язків та самодисципліни, відповідно для них більш вагомими є зовнішні мотиваційні спонуки, їм притаманний критично низький рівень наполегливості у досягненні поставлених завдань. І лише 9% респондентів вибіркової сукупності виявилися здатними втілювати свої бажання в життя й підкріплювати свої дії внутрішніми спонуканнями.

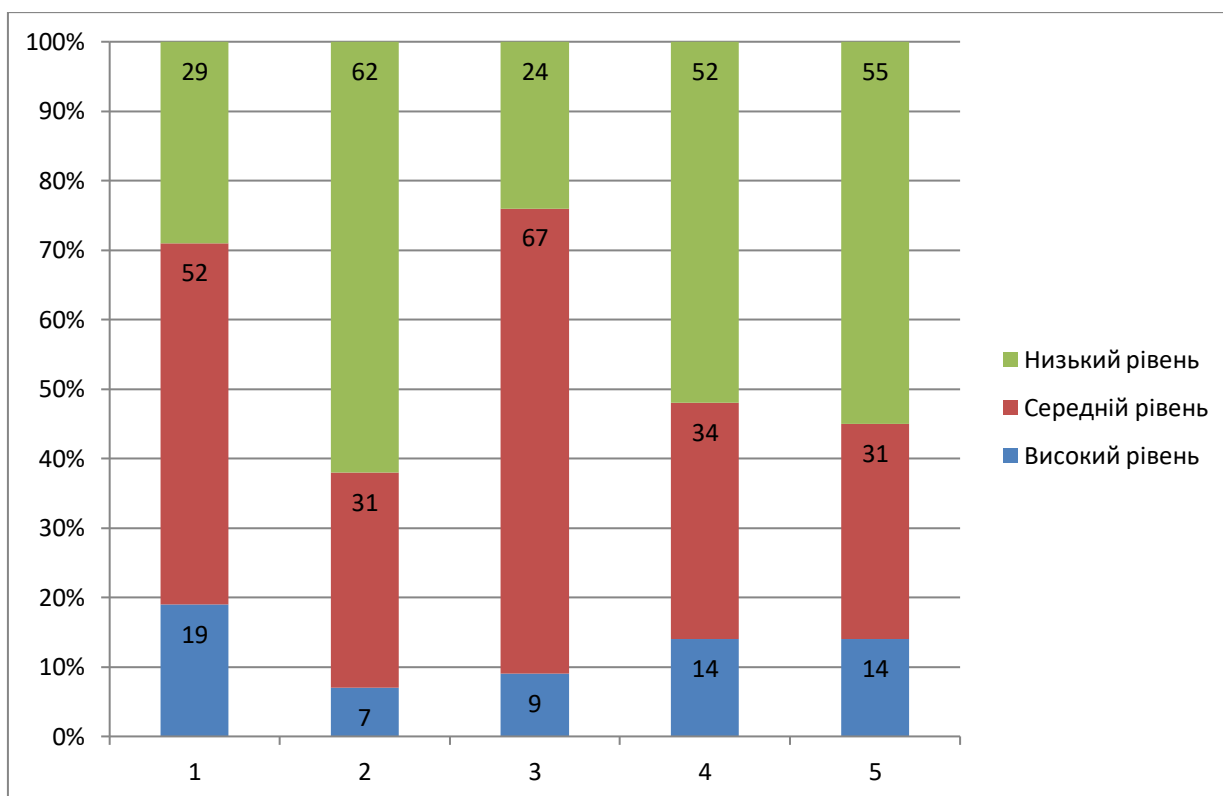
Водночас викликає занепокоєння критично низький рівень виявлення залученими до емпіричного дослідження лікарями здатності до управління власними емоціями (у 62% медиків) та розпізнавання емоцій інших людей (у 55% лікарів). А отже можна констатувати, що більшість опитаних лікарів часто не можуть впоратися з емоційною експресією і мінімізувати вплив переживань на професійну діяльність та стосунки із колегами. Вони діють імпульсивно, послуговуючись не стільки раціональною логікою, скільки ситуативними емоційними реакціями на стрес-фактори. Це може бути пов'язано зокрема із значним емоційним навантаженням на лікарський корпус під час війни в Україні, що спричиняє ознаки професійного вигорання (хронічної втоми, деперсоналізації, редукції). 44% залучених до опитування лікарів здатні до оптимального розпізнавання емоцій інших людей (31% на посередньому рівні та 14% на високому рівні); вони демонструють вміння ідентифікувати не лише власні емоції, але й емоційні реакції пацієнтів, здатні впливати на експресивний стан інших людей та за необхідності надавати їм підтримку.

На низькому рівні переважно виявляється й емпатія респондентів (засвідчено у 52% опитаних лікарів), що свідчить про емоційний дискомфорт

респондентів, недостатню терпимість лікарів щодо інших осіб та їхніх недоліків. Іноді медичні працівники даної групи допускають бездіяльність, відсторонення від проблем пацієнтів або колег. Це може бути пояснено збільшенням розриву між вираженням емоцій та співпереживанням, розширенням сфери економії емоцій, що суперечить морально-етичній спрямованості професії лікаря, пов'язаної із «відповідальністю за життя людини, проявом милосердя й альтруїзму (див. до прикладу: [38, с.204].

У професійному профілі 48% медичних працівників виявлено емпатійність в оптимальному діапазоні значень (34% на посередньому рівні та 14% на високому рівні ознаки): вони досить активно відгукуються на переживання інших осіб, здатні на емпатійні дії та вчинки, готові до співчуття і співпереживання іншим людям.

Результати дослідження показників ЕІ залучених до емпіричного дослідження лікарів унаочнено на гістограмі (Рис. 2.1.):



Примітка: 1 – Емоційна обізнаність; 2 – Управління власними емоціями; 3 – Самомотивація; 4 – Емпатія; 5 – Розпізнавання емоцій інших людей

Рис. 2.1. Показники виявлення емоційного інтелекту лікарями (за субшкалами тесту EQ Н. Холла)

В цілому ж результати діагностичного вимірювання маркерів ЕІ лікарів за методикою Н. Холла засвідчили, що інтегральний рівень емоційного інтелекту загальної групи медичних працівників відповідає низькому та середньому діапазонам значень (це відображено у профілі 45% та 43% опитаних відповідно), а отже фахівці медичної галузі потребують фахової психологічної допомоги в оптимізації процесу контролю експресивних реакцій у професійній діяльності.

Уточнення та деталізацію показників внутрішнього та зовнішнього профілів емоційного інтелекту фахівців медичної галузі було здійснене за допомогою тесту емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна. Узагальнені результати вимірювання середніх величин досліджуваних маркерів наведені у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

**Середні величини показників емоційного інтелекту лікарів
вибіркової сукупності (за шкалами тесту «ЕмІн» Д. В. Люсіна)**

Шкали методики	Показники	Показники тестової норми (помірного рівня ознаки)	Середні величини у вибірці ($\bar{x}$)	Стандартне відхилення
Загальний показник ЕІ		79 – 92 бали	$\bar{x} = 79,15$	12,03
Міжособистісний ЕІ		40 – 46 балів	$\bar{x} = 40,52$	8,34
Внутрішньоособистісний ЕІ		39 – 47 балів	$\bar{x} = 39,04$	9,38

Аналіз середніх величин виявлення долученими до емпіричного дослідження лікарями показників емоційного інтелекту підтвердив переважання у вибірковій сукупності середніх значень виявлення інтегрального типу ЕІ ($\bar{x} = 79,15$ із незначним розкидом стандартних відхилень).

Також у діапазоні середніх значень (на нижній межі виявлення ознаки) зафіксовано показники міжособистісного ЕІ, що позначає здатність особистості орієнтуватися у вимірах емоційної експресії інших людей ($\bar{x} = 40,52$), та внутрішньоособистісного ЕІ, який визначає здатність особи розуміти власні емоції та адекватно управляти ними ($\bar{x} = 39,04$).

Для розуміння сутнісних ознак особистісного профілю ЕІ лікарів нами були розглянуті маркери відсоткового розподілу долучених до діагностичного вимірювання медичних працівників за рівнями сформованості міжособистісного та внутрішньоособистісного показників ЕІ (див.: табл. 2. 4.):

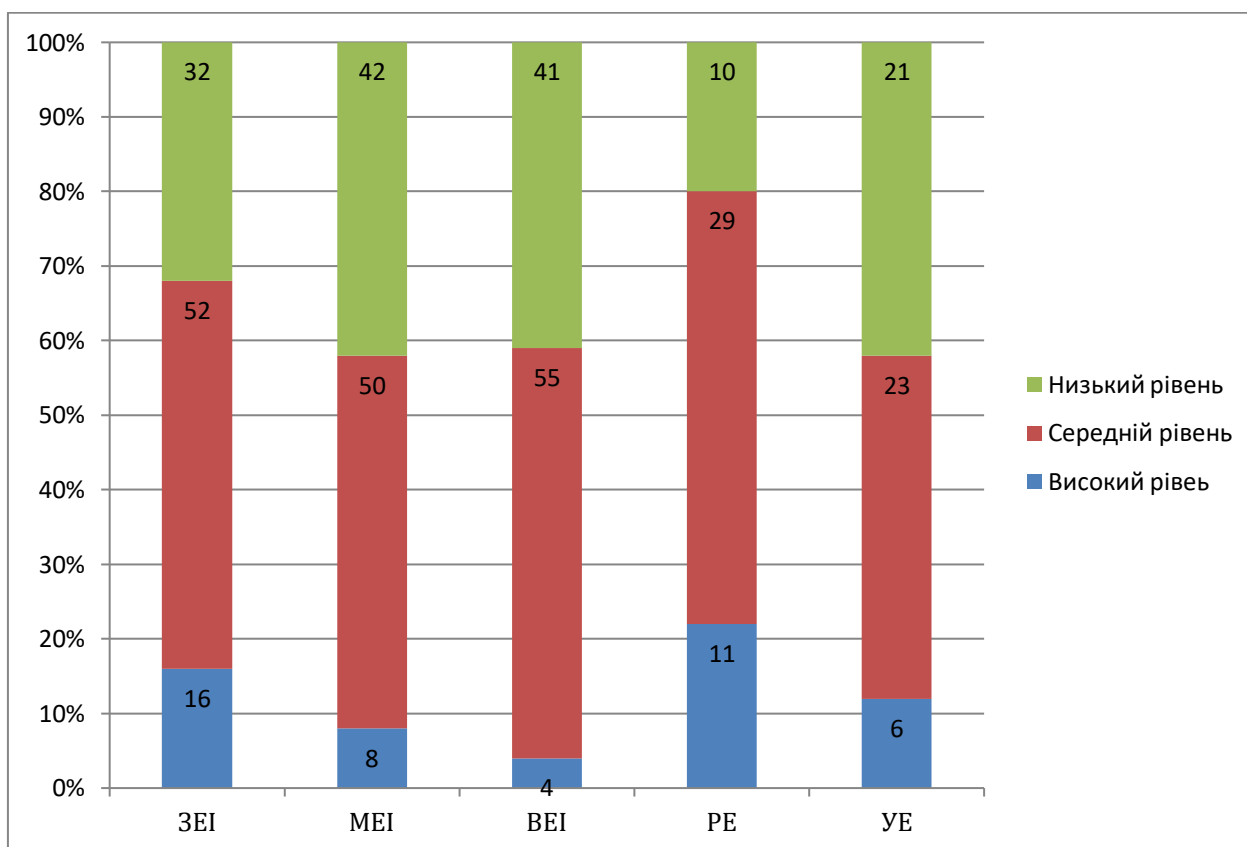
Таблиця 2.4.

**Розподіл показників емоційного інтелекту лікарів
вибіркової сукупності (за тестом «ЕМІН Д. В. Люсіна»)**

Рівень прояву	Дуже низький рівень	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень	Дуже високий рівень
Шкали та субшкали	Кількість респондентів у % (N = 42)				
Загальний показник ЕІ (ZEI = PE+UE)	12 % (5 осіб)	20 % (8 осіб)	52 % (22 особи)	9 % (4 особи)	7 % (3 особи)
Розуміння емоцій в цілому (PE)	3 % (1 особа)	7 % (3 особи)	29 % (12 осіб)	7% (3 особи)	4 % (2 особи)
Управління емоціями в цілому (UE)	9 % (4 особи)	12 % (5 осіб)	23 % (10 осіб)	3 % (1 особа)	3 % (1 особа)
Міжособистісний ЕІ (MEI= PME+ UME)	7 % (3 особи)	35 % (14 осіб)	50 % (21 особа)	4 % (2 особи)	4 % (2 особи)
Розпізнавання емоцій інших людей (PME)	3 % (1 особа)	25 % (10 осіб)	29 % (12 осіб)	2 % (1 особа)	4 % (2 особи)
Управління емоціями інших (UME)	4 % (2 особи)	10 % (4 особи)	21 % (9 осіб)	2 % (1 особа)	0
Внутрішньо особистісний ЕІ (BEI=PBE+UBE+CE)	7 % (3 особи)	34 % (14 осіб)	55 % (23 особи)	4 % (2 особи)	0
Розпізнавання власних емоцій (PBE)	0	20 % (8 осіб)	29 % (12 осіб)	4 % (2 особи)	0
Управління власними емоціями (UBE)	7 % (3 особи)	7 % (3 особи)	19 % (8 осіб)	0	0
Самоконтроль експресії (CE)	0	7% (3 особи)	7 % (3 особи)	0	0

Було з'ясовано, що серед залучених до опитування лікарів переважає середній рівень виявлення інтегральних показників емоційного інтелекту: 52% респондентів засвідчили дану ознаку в межах оптимального діапазону виявлення. Однак викликає занепокоєння досить значна кількість опитаних (32%), чий ЕІ фіксується на критичній межі виявлення: у 12% на дуже низькому рівні, а у 20% на низькому рівні значущості. Тоді як високий рівень виявлення ЕІ простежується лише у 16% опитаних лікарів (7% на дуже

високому рівні, 9% на високому рівні значущості). Співвіднесення загальних показників за субшкалами даного тесту – «Розуміння емоцій» та «Управління емоцій» дозволило констатувати переважання показників оптимального рівня виявлення у лікарів вибіркової сукупності маркерів розуміння емоцій: 29% респондентів зафіксували дану ознаку і діапазоні помірному рівня сформованості, а 11% – на рівні високого рівня, тоді як за субшкалою «Управління емоціями» аналогічні показники виявлено у 23% та 6% медичних працівників. А отже, результати емпіричного дослідження свідчать про дисонанс у виявленні показників ЕІ працівників закладів охорони здоров'я: розуміючи сенсові виміри переживання емоцій (як власних, так і іншими людьми) лікарі недостатньо навчені використовувати свої знання для контролю експресивних реакцій та управління емоційною сферою (див. рис. 2.2.).



Примітка: ЗЕІ – Загальний показник ЕІ; МЕІ – Міжособистісний ЕІ; ВЕІ – Внутрішньоособистісний ЕІ; РЕ – Розуміння емоцій в цілому; УЕ – Управління емоціями в цілому

Рис. 2.2. Показники виявлення емоційного інтелекту (за шкалами тесту «ЕМІн» Д. Люсіна)

Примітним є також те, що у профілі лікарів вибіркової сукупності відсутні позиції в діапазоні дуже високого рівня виявлення ознак за субшкалами «Управління емоціями інших осіб», «Управління власними емоціями» та «Самоконтроль експресії». Це свідчить про те, що долучені до емпіричного дослідження представники медичної галузі певною мірою володіють соціальними навичками та здатні до ситуативної регуляції емоційних реакцій, проте не завжди це виходить вдало: учасники дослідження в цілому відзначаються недостатнім уявленням щодо підтримання емоційного фону або ж зниження інтенсивності емоційних переживань в складних (або й екстремальних) ситуаціях. В свою чергу означені дефекти опанування навичками ЕІ ускладнюють самоздійснення лікарів у галузі професійної діяльності: фахівцям складно взаємодіяти з колегами, пацієнтами та їхніми рідними через відсутність досвіду конструктивного скерування власних емоцій та здатності контролювати емоційні реакції інших осіб.

Аналіз та узагальнення показників міжособистісного та внутрішньоособистісного формату виявлення емоційної культури працівників медичної галузі фіксують домінування ознаки у діапазоні середньої значущості: 50% лікарів демонструють оптимально середній рівень міжособистісного ЕІ, 55% – внутрішньоособистісного ЕІ.

Разом з тим викликає занепокоєння той факт, що 42% учасників опитування засвідчили критично низькі показники ЕІ за шкалою міжособистісного інтелекту (MEI): у 35% лікарів переважає низький рівень сформованості даної ознаки, а у 7% – дуже низький. Це дозволяє стверджувати, що медичні працівники даної групи не достатньо навчені ставити себе на місце інших людей, розпізнавати та ідентифікувати їхні емоційні сигнали і отримувати потрібні комунікативно-експресивні відгуки, ресурсні можливості ЕІ використовується недостатньо. Подібна ситуація спостерігається й у площині виявлення внутрішньоособистісного емоційного інтелекту (BEI): 41% опитаних засвідчили низький (34%) та дуже низький

(7%) рівні розвитку BEI. А отже респонденти залежно від ситуації намагаються розібратися в собі, у своїх внутрішніх переживаннях, але наразі їм не завжди вдається достатнє рефлексування, щоб усвідомити істинні потреби власного Я; у них недостатню розвинена здатність розуміти свої емоції, управляти ними. А отже маємо наголосити, що у складних умовах емоційно напруженого сьогодення фахівці медичної галузі потребують кваліфікованої психологічної підтримки у площині напрацювання навичок адекватного виявлення емоційного інтелекту.

Наступним кроком емпіричного дослідження ми вважали уточнення векторів дотичності показників EI фахівців медичної галузі (лікарів) та когнітивних параметрів суб'єктивного благополуччя респондентів. З цією метою була використана методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» в адаптації українською мовою О. Калюк та О. Савченко [35].

Результати опрацювання отриманих за допомогою цієї методики середніх величин показників суб'єктивного благополуччя лікарів вибіркової сукупності наведені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Середні величини показників усвідомлення респондентами суб'єктивного благополуччя (за субшкалами методики КОСБ-3)

Показники Субшкали	Середній рівень тестової норми	Середні величини ($\bar{x}$)	Стандартне відхилення
Задоволеність власним життям	20 – 28	$\bar{x} = 16,00$	10,43
Невдоволеність собою та розчарування в житті	17 – 22	$\bar{x} = 24,65$	8,42
Задоволеність відносинами з іншими	23 – 30	$\bar{x} = 21,02$	7,31
Загальний рівень задоволеності життям	24 – 38	$\bar{x} = 24,38$	12, 04

Аналіз та узагальнення результатів отриманих даних дозволяє констатувати, що представники медичної сфери оцінюють власне життя на посередньому рівні тестової норми ($\bar{x} = 24,38$), хоча й на нижній межі значущості ознаки.

Найбільш виразно невдоволення фахівців медичної галузі вибіркової когорти даного дослідження своїм життям виявляється за персоналізованою субшкалою «Невдоволеність собою та розчарування в житті» (усереднений показник $\bar{x} = 24,65$ при діапазоні середньотипової норми 17 – 22 бали). Згідно із інтерпретаційними схемами методики можемо констатувати, що високий рівень невдоволеності собою спричиняє у респондентів переживання суб'єктивного відчуження, недовірливе ставлення до своїх можливостей, зневіру в здатності подолання труднощів власними силами, що перешкоджає здійсненню абсолютної повноти буття. Це може зумовлювати переживання ситуацій неуспіху, використання деструктивних способів опанувальної поведінки, нездійсненністю очікувань [цит. за: 35, с.93].

На низькому рівні значущості оцінюють лікарі вибіркової сукупності також якість своєї життєдіяльності, задоволеність власним життям в цілому ($\bar{x} = 16,00$ при діапазоні середньотипової норми 20 – 28 балів). Низький діапазон оцінок зафіксований респондентами й у сегменті методики «Задоволеність відносинами з іншими особами» ($\bar{x} = 21,02$ при діапазоні середньотипової норми 23 – 30 балів), що свідчить зокрема про суб'єктивну відстороненість досліджуваних, упередженість у ставленні до осіб, з якими вони взаємодіють у різних сегментах життя (професійна діяльність, сім'я, групи приятелів тощо), неготовність приймати і надавати підтримку та допомогу партнерам по спілкуванню [там само], усвідомлення потреби в переосмисленні характеру міжособистісних стосунків в умовах воєнного часу.

Усвідомлюючи формат суб'єктивного благополуччя як один із показників успішності та умову соціально-психологічної адаптації особистості до невизначених ситуацій, нестабільних соціальних відносин [35, с.90], маємо визнати недостатній рівень психологічного благополуччя залучених до емпіричного дослідження осіб. Працівники медичної галузі досить стримано оцінюють власні функціональні ресурси на шляху до мети і

самоздійснення, невдоволені результатами власної діяльності, кар'єрного зростання та перспективами подальшого розвитку.

Результати опрацювання отриманих за допомогою методики КОСБ-3 індивідуальних даних у відсотковому діапазоні виявлення наведені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Узагальнені показники когнітивної складової суб'єктивного благополуччя респондентів (за методикою КОСБ-3)

Рівень виявлення Субшкали	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
	Кількість респондентів у % (N = 42)		
Задоволеність власним життям	50% (21 особи)	36% (15 осіб)	14% (6 осіб)
Невдоволеність собою та розчарування в житті	7% (3 особи)	31% (13 осіб)	62% (26 осіб)
Задоволеність відносинами з іншими	43% (18 осіб)	48% (20 осіб)	9% (4 особи)
Загальний рівень задоволеності життям (суб'єктивного благополуччя)	31% (13 осіб)	45% (19 осіб)	24% (10 осіб)

Аналіз та узагальнення показників усвідомлення лікарями маркерів суб'єктивного благополуччя дають підстави стверджувати:

- значна кількість респондентів фокусують увагу на негативних аспектах власного життя: 50% опитаних працівників медичної галузі засвідчили низький рівень задоволеності власним життям, що є показником надмірного рефлексування щодо невдач у життєдіяльності та у царині професійного самоздійснення;
- реверсивні (обернені) значення за субшкалою «Невдоволеність собою та розчарування в житті» засвідчили переважання високого рівня усвідомлюваного невдоволення респондентів щодо себе і своїх досягнень (про це свідчать відповіді 62% учасників дослідження). Лікарі даної групи критично ставляться до себе, усвідомлюють недостатність власних особистісних ресурсів, часто відчують

спустошення і розчарування через співставлення себе з іншими особами;

- у діапазоні низьких значень оцінюють лікарі вибіркової сукупності і характер відносин з іншими: 43% респондентів з недовірою ставляться до більшості людей зі свого оточення, не покладаючись на їхню допомогу. І хоча 48% опитаних медичних працівників оцінили стосунки з іншими особами на рівні нормотипових значень, дана категорія когнітивних оцінок потребує уваги психолога (див. рис. 2.3.):

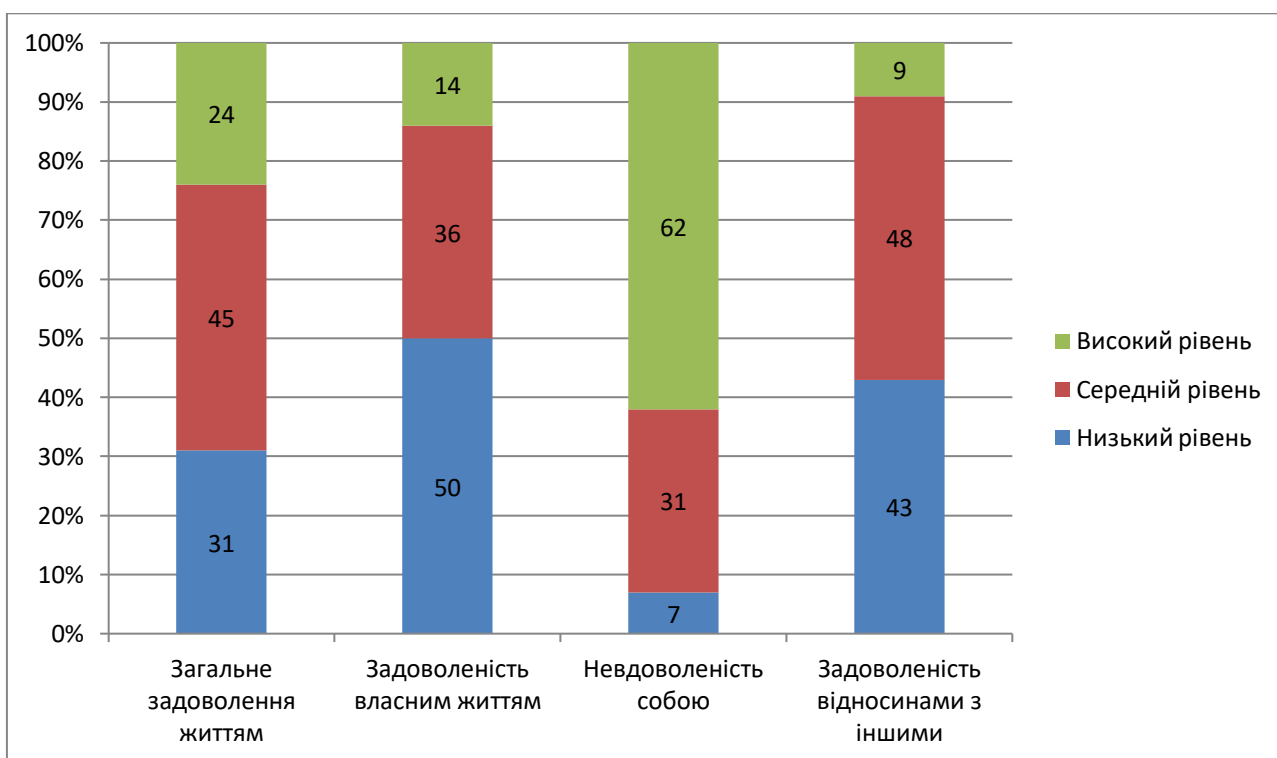


Рис.2.3. Графічне представлення рівнів усвідомлення респондентами показників суб'єктивного благополуччя (за методикою КОСБ-3)

Опрацювання отриманих психодіагностичних даних дозволило констатувати, що інтегральний показник суб'єктивного благополуччя респондентів – оцінювання лікарями загального рівня задоволеності життям – скерований на оптимальний рівень суб'єктивної значущості, що засвідчили 69% учасників опитування: 45% залучених до дослідження лікарів виявили середній рівень значущості даної ознаки, 24% – високий рівень. Особи даної групи в цілому позитивно оцінюють власне суб'єктивне благополуччя і

власну здатність до функціонального відновлення у складних умовах воєнного часу.

Разом з тим 31% опитаних лікарів негативно (на низькому рівні суб'єктивної значущості) ставляться до травмівного досвіду реалій сучасності, відчують зниження життєвого ресурсу і виявляють невпевненість на шляху до мети.

Подальше опрацювання результатів емпіричного дослідження потребувало уточнення наявності статистично достовірних зв'язків між узагальненими параметрами емоційного інтелекту та когнітивними показниками суб'єктивного благополуччя у суб'єктивному профілі долучених до емпіричного дослідження лікарів.

За допомогою критерію Колмогорова-Смірнова отримані результати дослідження були перевірені на нормативність/ ненормативність емпіричного розподілу даних (за допомогою програми SPSS-22), що дозволило обрати стратегію знаходження кореляційних зв'язків між досліджуваними показниками. Зважаючи на особливості розподілу значень (а саме: за умов системного аналізу даних були отримані випадкові величини з ненормальним характером розподілу), для виконання статистичної задачі було обрано непараметричний коефіцієнт кореляції (r_s) Спірмена.

Метод Ч.Спірмена дозволив означити наявність і напрям кореляційного зв'язку між двома досліджуваними профілями ознак: показниками виявлення емоційного інтелекту (за шкалами тесту EQ Н. Холла) та показниками когнітивного аналізу особливостей суб'єктивного благополуччя (за субшкалами методики КОСБ-3 в адаптації українською мовою О. Калюк та О. Савченко).

Процедура кореляційного аналізу досліджуваних параметрів здійснювалася із використанням статистичної програми SPSS-20.

Результати кореляційного аналізу між досліджуваними параметрами наведені у *таблиці 2.7*.

Таблиця 2.7.

Показники коефіцієнтів кореляції (r_s) Спірмена для показників емоційного інтелекту та суб'єктивного благополуччя лікарів

Критерії аналізу	Задоволеність власним життям	Невдоволеність собою	Задоволеність відносинами з іншими	Загальний рівень суб'єктивного благополуччя
Емоційна обізнаність	0,344	0,423*	0,287*	0,426*
Управління власними емоціями	0,626*	-0,586**	0,473*	0,356**
Самотивація	0,521**	-0,262	0,432**	0,528*
Емпатія	0,236	-0,223	0,682**	0,544*
Розпізнавання емоцій іншої людини	0,281	0,175	0,582**	0,534*
Інтегральний рівень EI	0,504*	0,236	0,523**	0,628**

Примітка: статистично значущі зв'язки позначено * для $p \leq 0,05$; ** для $p \leq 0,01$

Для деталізації найбільш статистично значущої інформації нами були обрані зв'язки високої значущості ($p \leq 0,05$ та $p \leq 0,01$) та помірної сили (не менше 0,500). Вивчення результатів кореляційного аналізу досліджуваних параметрів свідчить про те, що фактор управління особою власними емоціями прямо корелює на середньому рівні статистичної значущості із задоволеністю респондентів власним життям ($r_s = 0,626$ при $p \leq 0,05$) та обернено корелює із показником невдоволення собою ($r_s = -0,586$ при $p \leq 0,01$). Означене доводить, що здатність особистості управляти власними емоціями можна розглядати як один із предикторів задоволення лікарів особистісними сценаріями життєтворення. Нездатність людини стримувати зовнішні прояви емоцій (різкі висловлювання, експресивні мімічні та жестові реакції, агресивність тощо) руйнує виміри позитивного самоприйняття, деструктивно позначається на особистісній та професійній ідентичності працівників медичної галузі. Кореляційний зв'язок середнього рівня статистичної значущості пов'язує також фактори задоволеності життям і самотивації особистості ($r_s = 0,521$ при $p \leq 0,01$).

Здатність лікарів співчувати, співпереживати іншим людям, емпатійно реагуючи на соціальні ситуації, пов'язана кореляційним зв'язком середнього рівня статистичної значущості ($r_s = 0,682$ при $p \leq 0,01$) із задоволеністю відносинами із іншими людьми, виміром взаєморозуміння у системі продуктивної комунікації. Вагомим чинником ефективного взаємодії особистості з іншими людьми є також такий показник емоційного інтелекту як здатність особи ідентифікувати (розпізнавати) емоції іншої людини, що позначено кореляційними зв'язками на середньому рівні статистичної значущості ($r_s = 0,582$ при $p \leq 0,05$).

Таким чином статистичний аналіз даних підтвердив існування кореляційного зв'язку помірної сили між досліджуваними факторами в особистісному профілі лікарів вибіркової сукупності (див. рис. 2.4.)

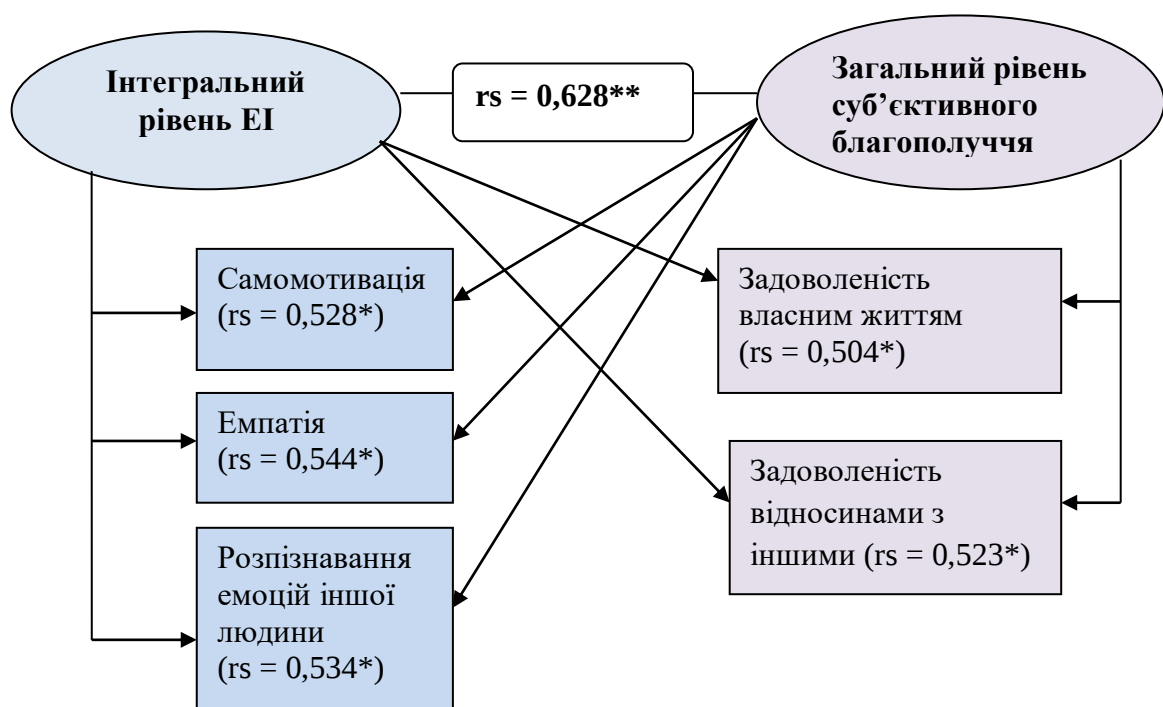


Рис. 2.4. Кореляційні графи між факторами інтегрального рівня ЕІ та загального рівня суб'єктивного благополуччя респондентів

За результатами емпіричного дослідження вважаємо доведеною доцільність сприймання показників емоційного інтелекту як ресурсу суб'єктивного благополуччя фахівців медичної галузі.

Висновок до розділу 2

Другий розділ даного кваліфікаційного магістерського дослідження мав за мету психодіагностичне вимірювання сутнісних ознак ЕІ фахівців медичної галузі. Супутнім завданням ми вважали визначення напряму впливу маркерів ЕІ на переживання респондентами суб'єктивного благополуччя.

Базою емпіричного дослідження було обрано Комунальне підприємство «Криворізька міська клінічна лікарня №2». Вибіркову сукупність склали 42 медичні працівники (лікарі віком 32 – 56 років) із різним стажем професійної діяльності та різним фаховим профілем. Вибіркова сукупність була сформована рандомно згідно з критерієм добровільної згоди респондентів долучитися до емпіричного дослідження.

В якості психодіагностичного інструментарію були залучені валідні тестові методики: тест визначення емоційного інтелекту (EQ) Н. Холла, тест емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна та методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О.Калюк, О.Савченко).

Аналіз та узагальнення результатів діагностичного вимірювання ЕІ фахівців медичної галузі зафіксували домінування показників середнього діапазону значущості. Разом з тим виявлено, що недостатньо сформованими у профілі лікарів є навички управління власними емоціями (62% лікарів засвідчили низький рівень ознаки), розпізнавання емоцій інших осіб (у 55% лікарів) та емпатії (у 52% лікарів).

Інтегральний показник суб'єктивного благополуччя респондентів також орієнтований на оптимальний рівень значущості (45% залучених до дослідження лікарів виявили середній рівень значущості даної ознаки, 24% – високий рівень).

Кореляційний аналіз із використанням непараметричного коефіцієнта кореляції (r_s) Спірмена підтвердив існування зв'язку між парметрами емоційного інтелекту та показниками суб'єктивного благополуччя.

РОЗДІЛ 3. Ресурси розвитку емоційного інтелекту фахівцями медичної галузі

3.1. Обґрунтування теоретико-методологічних засад програми розвитку емоційного інтелекту фахівців-медиків

На підставі ґрунтовного аналізу теоретичних та психодіагностичних аспектів дослідження психологічних маркерів емоційного інтелекту фахівців медичної галузі нами була розроблена логічна схема подальшого вивчення можливостей оптимізації емоційного інтелекту медичних працівників як ресурсу відновлення суб'єктивного благополуччя респондентів.

Реалізація задуму емпіричного дослідження потребувала вирішення організаційних та дослідницьких **завдань**:

1. Розробити комплексну корекційно-розвивальну програму оптимізації емоційного інтелекту медичних працівників.
2. Апробувати запропоновану програму оптимізації емоційного інтелекту медичних працівників у професійному просторі діяльності працівників медичної галузі.
3. Здійснити оцінювання ефективності запропонованої корекційно-розвивальної програми у професіогенезі медичних працівників.

Об'єктом формувального впливу були обрані типові показники емоційного інтелекту працівників медичної галузі, означені на етапі психодіагностичного вимірювання ЕІ.

Фундаментальною умовою реалізації дослідницького задуму ми вважали контекстне професійне середовище надання медичних послуг фахівцями у єдності зовнішніх та внутрішніх ознак. Зовнішній контекст дослідження ми розглядали у площині впливу екстремальних умов, в яких наразі працюють медичні працівники і які часто спричиняють виникнення внутрішніх суперечностей, когнітивного дисонансу, емоційного вигорання в їхній професійній діяльності [40, с.73–74]. Внутрішній контекст дослідження передбачав урахування показників особистісного профілю лікарів вибіркової

сукупності: сформованість компонентів ЕІ, вираженість ціннісно-сміслових орієнтацій, локусу контролю, усвідомлення маркерів суб'єктивного благополуччя тощо.

В якості психологічних механізмів формувального впливу ми розглядали усвідомлення фахівцями медичної галузі необхідності в переосмисленні когнітивно-поведінкових сценаріїв реагування на експресивні переживання у процесі виконання професійних обов'язків, а також прийняття ними цінностей відповідальності, автономії в саморозвитку та самоздійсненні (див. до прикладу: [8; 40, с.72; 26]).

Психологічним підґрунтям моделювання корекційно-розвивальної програми оптимізації емоційного інтелекту медичних працівників ми вважали теоретико-методологічне положення щодо процесуального характеру показників емоційного інтелекту особистості.

Згідно із дослідженнями Д. Гоулмана, В. В. Зарицької, Е. Л. Носенко, Н. В. Ковриги, Н. В. Унгурян та інших психологів [8; 11; 16; 22; 32; 39; 40] емоційний інтелект піддається розвитку протягом життя людини: у дитинстві в процесі навчання і виховання [22; 27; 31; 32], так і у дорослої людини у процесі спеціально організованих тренінгів [3; 6; 10; 11; 36; 53; 62], зорієнтованих передусім на розвиток навичок свідомого регулювання емоцій [9; 37].

У своєму кваліфікаційному дослідженні ми підтримуємо ідею щодо можливості розвитку структурних елементів емоційного інтелекту у спеціально створених умовах психологічної інтервенції [3; 4; 7; 10; 36; 38; 62; 64].

На засадах означеного вище була розроблена програма оптимізації емоційного інтелекту медичних працівників (Додаток А) із урахуванням двох напрямів психологічної інтервенції: просвітницького та корекційно-розвивального.

Реалізація просвітницької складової запропонованої нами програми передбачала розширення діапазону емоційної обізнаності долучених до

програми лікарів: переосмислення засадничих принципів та закономірностей функціонування емоційної сфери особистості, удосконалення здатності до усвідомлення конструктивних та деструктивних сенсів емоційних переживань, і зокрема – у системі фахової діяльності лікарів. Здійснення просвітницьких завдань було сплановано у форматі *лекційного курсу із елементами практикуму*.

Теоретико-методологічним підґрунтям лекційного курсу та психологічного практикуму ми вважали системні положення раціональної роз'яснювальної терапії [36, с.274 – 275], в межах якої за допомогою логічних доведень і переконань, зміни Я-висловлювань людини, її настанов можна забезпечити переструктурування суб'єктивного світосприймання особистості [там само].

Корекційно-розвивальна складова програми оптимізації показників ЕІ особистості була скерована на здійснення системного психологічного впливу на учасників програми:

- уточнення ціннісних орієнтирів особистісної та професійної ідентичності працівників медичної галузі (соціальної відповідальності, особистісної автономності, готовності до самоосвіти та самоздійснення фахівців тощо);
- розвиток здібностей працівників медичної галузі до конструктивного діалогу та оптимальної контекстної поведінки в емоційно насичених (або й екстремальних) ситуаціях, здатності до рефлексії та раціонального аналізу власних емоцій та емоцій інших людей;
- удосконалення здатності лікарів до управління власними емоціями, актуалізація особистісних ресурсів самоконтролю експресивних реакцій та прийняття логічних рішень у стресогенних ситуаціях.

Зважаючи на те, що розвиток (або удосконалення) навичок самовладання, управління емоціями потребує повторюваних вправ, для розвитку здатності до усвідомленої регуляції емоцій фахівцями медичної галузі нами був обраний *формат тренінгу особистісного зростання* як

методу психологічного впливу і активного навчання у просторі інтенсивної групової взаємодії (Додаток Б). Згідно із специфікою тренінгу особистісного зростання було передбачено удосконалення навичок самопізнання, самоаналізу та самоуправління, підвищення впевненості фахівців медичної галузі у власних можливостях, досягненні оптимального рівня суб'єктивного благополуччя.

У структурі кожної тренінгової сесії було передбачено використання спеціальних інтерактивних прийомів і методів, що забезпечують впровадження корекційно-розвивальних вправ для корекції та/або розвитку певних психологічних характеристик особистості [19, с.20] і зокрема – навичок управління емоціями та самоконтролю експресивних реакцій [36; 40]. Крім того корекційно-розвивальна робота передбачала використання змістовно-сміслових інтерактивних технік: діагностичних інтерв'ю, творчо-аналітичних завдань, корекційно-розвивальних вправ, дискусій «із відкритим закінченням», «мозкових штурмів», методу кейсів, рольових ігор тощо [19, с.20].

Також у роботі з тренінговою групою ми зважали на труднощі професійної адаптації медичних працівників в умовах війни, що передбачало приділення додаткової уваги в корекційно-розвивальному просторі тренінгу атмосфери толерантності до невизначеності, готовності до емоційно відкритого паритетного діалогу з іншими людьми, усвідомленого підкріплення проявів адекватної рефлексивності в емоційно насичених ситуаціях.

Паралельно із роботою в тренінгу учасники програми оптимізації показників ЕІ згідно із запитом отримували індивідуальні консультації, призначенням яких ми вважали надання психологічної підтримки та додаткових роз'яснень медичним працівникам на шляху особистісного розвитку. Посттренінговий супровід респондентів був скерований на рефлексію отриманого під час тренінгу досвіду, закріплення набутих навичок у реаліях професійної діяльності з надання медичних послуг, усвідомлення

перспектив самоздійснення та настанов переживання суб'єктивного благополуччя.

При моделюванні корекційно-розвивальної програми оптимізації показників ЕІ працівників медичної галузі ми послуговувалися вивіреними принципами психологічного супроводу особистості (або соціальної групи) у вимірах розвивального впливу [63; 4; 36; 40 та ін.], як-от:

- принцип індивідуального підходу до організації психологічного супроводу особистості на основі розуміння і визнання індивідуальності людини як цінності;
- принцип системності: єдність і взаємодоповнюваність психологічних методів у цілісній системі психологічного впливу на особистість;
- принцип цілеспрямованого впливу на засадах відкритого соціального партнерства: усвідомлене застосування специфічних методів і прийомів впливу на поведінку людини, що потребують високого професіоналізму та технологічної мобільності;
- принцип відповідальності спеціалістів за результати діагностично-корекційної роботи;
- принцип конфіденційності: анонімність у роботі та необхідність дозованого надання інформації фахівцям різного профілю [цит. за: 36, с. 269].

Значну увагу в організації апробації корекційно-розвивальної програми оптимізації показників емоційного інтелекту працівників медичної галузі було приділено формуванню вибіркової сукупності. Передусім нами були враховані

- узагальнені результати психодіагностичного вимірювання показників ЕІ;
- узагальнені показники переживання респондентами суб'єктивного благополуччя;

- добровільної згоди лікарів Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2» долучитися до участі у програмі розвитку показників ЕІ.

До участі в програмі оптимізації показників емоційного інтелекту працівників медичної галузі були відібрані 14 лікарів, у психологічному профілі яких були зафіксовані проблемні маркери виявлення ЕІ та суб'єктивного благополуччя:

- 6 осіб із низьким рівнем інтегрального показника ЕІ та низьким рівнем загального показника суб'єктивного благополуччя. Додатковим чинником залучення лікарів цієї групи до програми ми вважали надмірну самовпевненість, знижений самоконтроль і нечутливість до зворотного зв'язку в оцінюванні емоцій інших людей.
- 8 осіб із помірним рівнем інтегрального показника ЕІ та середнім рівнем загального показника суб'єктивного благополуччя. Додатковим чинником залучення лікарів цієї групи до програми ми вважали виражену тривожність, напруженість та схильність до депресивності (що були виявлені за результатами спрямованого спостереження за респондентами та структурованої бесіди);

Програма розвитку елементів емоційного інтелекту працівників медичної галузі реалізовувалася протягом травня – липня 2025 року (2,5 місяців). Загальний обсяг програми становив 20 годин. Було проведено 10 занять тривалістю 2 години кожне. Заняття проводилися один раз на тиждень.

Після завершення корекційно-розвивальної роботи із стабілізації та розвитку показників емоційного інтелекту залучених до програми працівників медичної галузі нами був проведений контрольний моніторинг (ретестування) динаміки змін у виявленні ЕІ із використанням тесту «ЕмІн» Д. В.Люсіна, що дозволи зробити необхідні висновки щодо ефективності запропонованої нами програми.

3.2. Оцінка ефективності корекційно-розвивальної програми оптимізації емоційного інтелекту медиків

Згідно із логічною послідовністю виконання емпіричного дослідження можливостей унормування оптимальних показників емоційного інтелекту працівників медичної галузі нами було зrealізоване завдання оцінювання ефективності запропонованої програми. Для цього було виконано ретестування (контрольне психодіагностичне вимірювання) показників ЕІ та суб'єктивного благополуччя респондентів з метою визначення передбачуваної динаміки змін.

Для ретестування нами були відібрані такі методики:

- 1) Тест емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна [45, с. 55 – 60].
- 2) Методика «Когнітивні особливості суб'єктивного благополуччя (КОСБ-3)» (О.Калюк, О.Савченко) [35]

У роботі з методикою вимірювання емоційного інтелекту «ЕмІн» Д. В. Люсіна ми зосередилися на узагальнених показниках емоційного інтелекту залучених до корекційно-розвивальної програми лікарів – міжособистісного та внутрішньоособистісного формату ЕІ, що виявляються у здатності респондентів до розуміння емоцій та управління ними. (табл. 3.1.).

Таблиця 3.1.

Розподіл показників емоційного інтелекту у вибірковій сукупності до і після тренінгу (за шкалами тесту «ЕмІн Д. В. Люсіна»)

Рівень виявлення Субшкали	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Конст. зріз	Контр. зріз	Конст. зріз	Контр. зріз	Конст. зріз	Контр. зріз
	Кількість респондентів у % (N = 14)					
Загальний показник ЕІ	43 % (6 осіб)	15% (2 особи)	57% (8 осіб)	64% (9 осіб)	0	21% (3 особи)
Міжособистісний ЕІ	36% (5 осіб)	15% (2 особи)	64% (9 осіб)	57% (8 осіб)	0	28% (4 особи)
Внутрішньо особистісний ЕІ	57% (8 осіб)	36% (5 осіб)	43% (6 осіб)	57% (8 осіб)	0	7% (1 особа)
Розуміння емоцій в цілому	36% (5 осіб)	15% (2 особи)	64% (9 осіб)	57% (8 осіб)	0	28% (4 особи)
Управління емоціями в цілому	64% (9 осіб)	43% (6 осіб)	36% (5 осіб)	50 % (7 осіб)	0	7% (1 особа)

Аналіз загальної динаміки показників ЕІ учасників корекційно-розвивальної програми доводить, що під впливом психологічної інтервенції показники емоційного інтелекту працівників медичної галузі покращилися. Суттєві зміни прослідковуються у діапазоні низького рівня виявлення ознак ЕІ за рахунок перерозподілу кількості респондентів із середнім та високим рівнями сформованості показників ЕІ. До прикладу: кількість осіб із низьким рівнем виявлення загального показника ЕІ серед лікарів вибіркової сукупності зменшилася на 28%, тоді як на 7% збільшилася кількість осіб із середнім рівнем виявлення ознаки та на 21% - із високим рівнем (див.: рис. 3.1.):

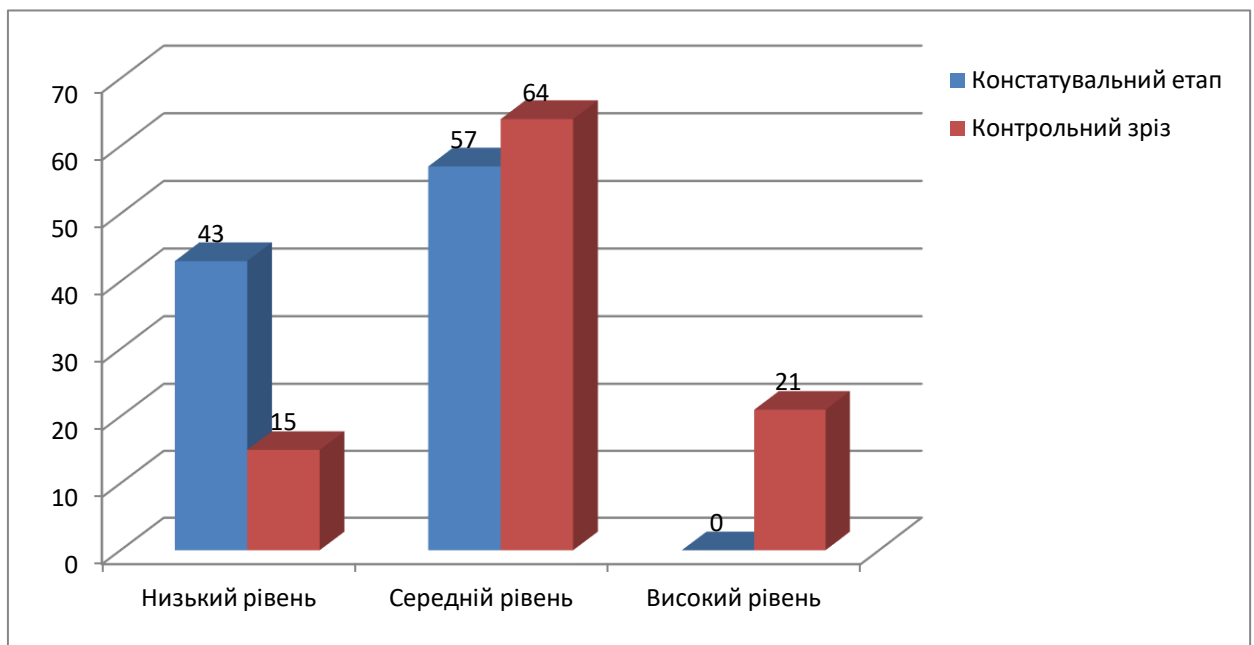


Рис. 3.1. Графічне представлення динаміки загального показника ЕІ лікарів (до і після тренінгу)

Варто відзначити досить виражену тенденцію змін за показниками шкали «Міжособистісний ЕІ»: на 21% зменшилася кількість осіб із низьким рівнем емоційного інтелекту та на 28% збільшилася кількість осіб із високим рівнем виявлення ознаки. А отже можемо констатувати, що за результатами роботи в програмі оптимізації показників ЕІ працівників медичної галузі респонденти покращили навички налагодження конструктивних міжособистісних відносин із колегами та із пацієнтами із застосуванням

технік активного слухання, виявлення емпатії та адекватного поводження в емоційно напружених ситуаціях. Подібна динаміка спостерігається й у діапазоні показників за шкалою «Розуміння емоцій», а отже фахівці медичної галузі можуть більш впевнено почуватися при ідентифікації емоційних станів як власних, так і експресивних проявів інших осіб.

Водночас маємо зазначити, що найменш піддалися формувальному впливу показники ЕІ за шкалою «Управління емоціями» (див.: рис. 3.2.):

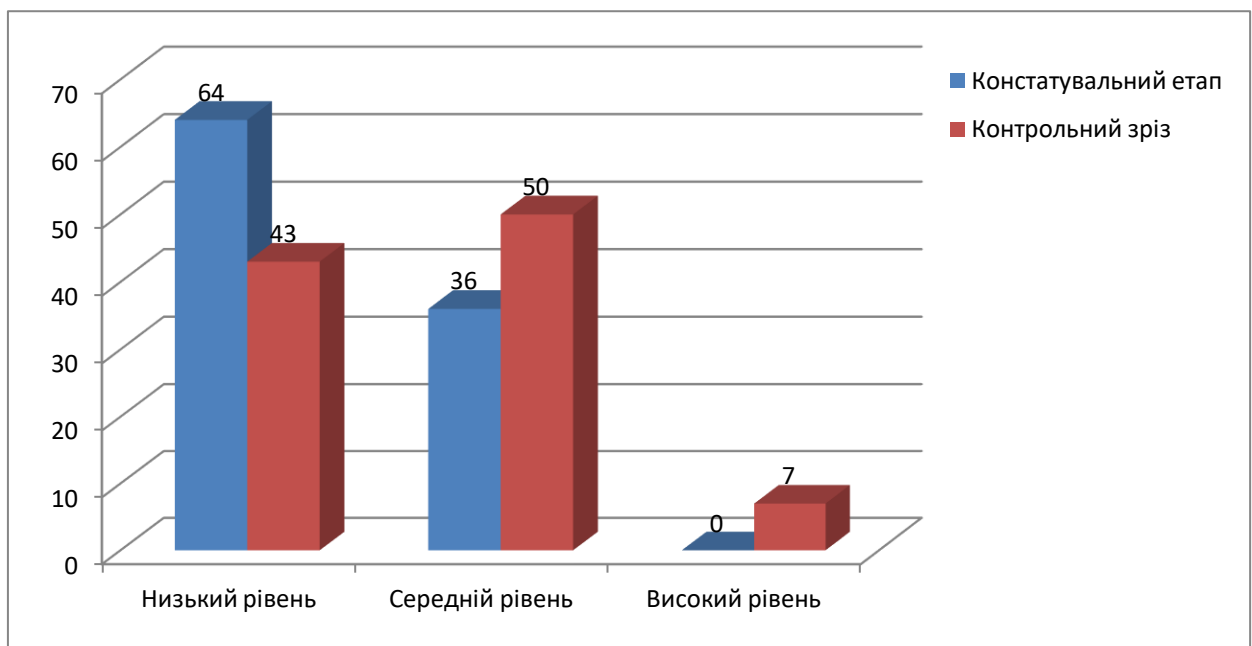


Рис. 3.2. Графічне представлення динаміки здатності лікарів до управління емоціями (до і після тренінгу)

Можемо припустити, що це може бути пов'язано із досить коротким терміном застосування психологічної інтервенції для формування складних навичок самоконтролю та саморегуляції, але при більш пролонгованому тренінговому впливі формування таких навичок може бути більш виразним. Разом з тим, виявлена за результатами повторного тестування (контрольного зрізу) динаміка розвитку типових показників ЕІ медичних працівників доводить позитивну тенденцію змін ЕІ і свідчить про можливість розвитку показників емоційного інтелекту дорослих осіб у професійній діяльності. Відповідно, ефективність запропонованої нами корекційно-розвивальної програми оптимізації маркерів ЕІ працівників медичної галузі вважаємо

доведеною: залучені до програми лікарі навчилися краще розуміти сутність емоційних переживань та значення емоцій у життєдіяльності людини, удосконалили техніки розпізнавання експресивних реакцій та певною мірою опанували досвід управління емоціями.

Розглядаючи показники емоційного інтелекту як ресурс суб'єктивного благополуччя фахівців медичної галузі та зважаючи на покращення показників ЕІ за результатами корекційно-розвивального впливу, можна припустити імовірність позитивного змінення маркерів суб'єктивного благополуччя серед залучених до програми лікарів. Для перевірки даного припущення було здійснене ретестування показників суб'єктивного благополуччя працівників медичної галузі. Результати узагальнення отриманих у форматі контрольного зрізу даних представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Динаміка показників (за субшкалами методики КОСБ-3) суб'єктивного благополуччя респондентів (до і після тренінгу)

Рівень виявлення Субшкали	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	Конст. зріз	Контр. зріз	Конст. зріз	Контр. зріз	Конст. зріз	Контр. зріз
	Кількість респондентів у % (N = 14)					
Задоволеність власним життям	64% (9 осіб)	28% (4 особи)	36% (5 осіб)	57% (8 осіб)	0	15% (2 особи)
Невдоволеність собою та розчарування в житті	0	28% (4 особи)	21% (3 особи)	15% (2 особи)	79% (11 осіб)	57% (8 осіб)
Задоволеність відносинами з іншими	57% (8 осіб)	15% (2 особи)	43% (6 осіб)	64% (9 осіб)	0	21% (3 особи)
Загальний рівень суб'єктивного благополуччя	64% (9 осіб)	15% (2 особи)	36% (5 осіб)	64% (9 осіб)	0	21% (3 особи)

Опрацювання результатів ретестування показників суб'єктивного благополуччя за окремими субшкалами методики КОСБ-3 засвідчило позитивні зрушення такого порядку:

- зменшилася кількість долучених до корекційно-розвивальної програми лікарів із низьким рівнем суб'єктивного благополуччя (Δ 49%) і відповідно покращився рівень суб'єктивного благополуччя

респондентів у діапазоні середнього та високого рівнів виявлення ознаки;

- на 28% збільшилася кількість лікарів вибіркової сукупності, у яких унормувалося суб'єктивне ставлення до себе;
- на 43% збільшилася кількість респондентів, задоволених відносинами з іншими особами.

Позитивна динаміка відображена також у виявленні рівневих ознак загального показника суб'єктивного благополуччя працівників медичної галузі, що унаочнено на рисунку 3.3.

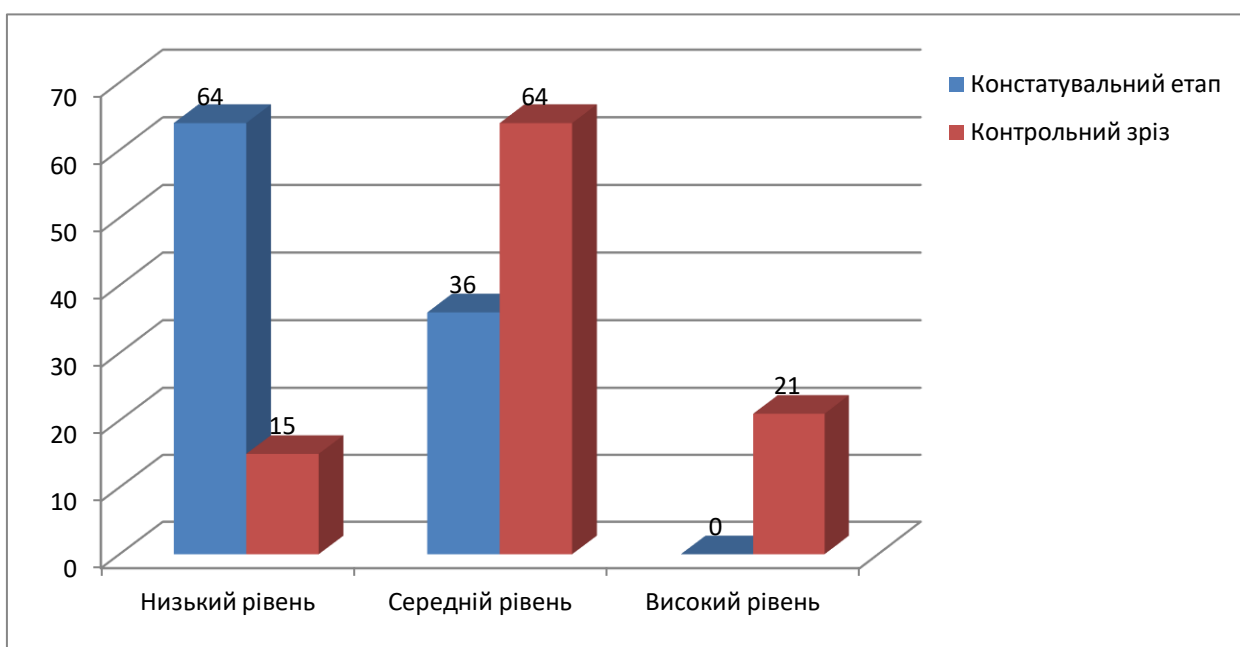


Рис. 3.3. Графічне представлення динаміки загального рівня суб'єктивного благополуччя лікарів (до і після тренінгу)

В цілому означені зрушення у виявленні показників ЕІ та суб'єктивного благополуччя працівників медичної галузі свідчать про переосмислення учасниками тренінг-групи власних ресурсів життєтворення у діапазоні емоційних реакцій, що підтверджено об'єктивними результатами ретестування.

Таким чином, вважаємо завдання кваліфікаційного магістерського дослідження виконаними, мету – досягнутою.

Висновок до розділу 3

Третій розділ магістерської кваліфікаційної роботи висвітлює можливості унормування маркерів емоційного інтелекту фахівців медичної галузі шляхом цілеспрямованого впровадження корекційно-розвивальної програми оптимізації навичок управління емоційною сферою.

Було означено методологічні засади організації корекційно-розвивальної роботи в умовах психологічної інтервенції. В якості психологічних механізмів формувального впливу ми розглядали усвідомлення фахівцями медичної галузі необхідності в переосмисленні когнітивно-поведінкових сценаріїв реагування на експресивні переживання у процесі виконання професійних обов'язків, а також прийняття ними цінностей відповідальності, автономії в саморозвитку та самоздійсненні.

Система корекційно-розвивальної роботи була представлена у вимірах когнітивної психології та раціональної роз'яснювальної терапії, що стали підґрунтям створення авторської програми оптимізації показників ЕІ працівників медичної галузі, скерованої на унормування навичок управління респондентами власними емоціями та самоконтролю експресивних реакцій.

До участі в програмі оптимізації показників емоційного інтелекту працівників медичної галузі були відібрані 14 лікарів Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2».

Програма реалізовувалася протягом травня – липня 2025 року (2,5 місяців). Загальний обсяг програми становив 20 годин. Було проведено 10 занять тривалістю 2 години кожне. Заняття проводилися один раз на тиждень.

Після завершення корекційно-розвивальної роботи із стабілізації та розвитку показників емоційного інтелекту залучених до програми працівників медичної галузі нами був проведений контрольний моніторинг (ретестування) динаміки змін у виявленні ЕІ, що підтвердив ефективність представленої у кваліфікаційній магістерській роботі програми.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційне магістерське дослідження психологічних маркерів емоційного інтелекту фахівців медичної галузі було виконане у форматі теоретико-емпіричного аналізу проблемного поля ЕІ.

За результатами вивчення феноменології емоційного інтелекту працівників медичної галузі ми дійшли таких висновків:

1. Емоційний інтелект традиційно розглядається науковою спільнотою як інтегративна властивість, що забезпечує здатність розпізнавати та ідентифікувати власні емоції, сприймати, оцінювати та розуміти емоції інших, стримувати імпульсивні дії, контролювати та унормовувати емоційні реакції у змінних умовах життєтворення.
2. Чисельні дослідження науковців (психологів, психофізіологів, соціологів) доводять, що високий рівень сформованості емоційного інтелекту сприяє ефективному особистісному зростанню, реалізації поставлених цілей, досягненню успіху та поліпшенню міжособистісних стосунків. Доведено, що емоційний інтелект допомагає людині захистити власну психіку від травмівних впливів, убезпечити організм від психологічних та фізіологічних дисфункцій, допомагає повернутися в зону стійкості і відновити суб'єктивне благополуччя.
3. Підтверджено значущість вивчення ЕІ як складника професійної компетентності медичних працівників, що забезпечує врівноваження психоемоційного стану, зниження ризиків професійного вигорання, а також сприяє оптимізації професійної адаптації фахівців в умовах командної роботи в багатопрофільному медичному середовищі.

Другий розділ даного кваліфікаційного магістерського дослідження мав за мету психодіагностичне вимірювання сутнісних ознак ЕІ фахівців медичної галузі. Вибіркову сукупність склали 42 медичні працівники (лікарі віком 32 – 56 років) Комунального підприємства «Криворізька міська клінічна лікарня № 2». Було доведено:

- в особистісному профілі ЕІ фахівців медичної галузі домінують показники середнього діапазону значущості. Разом з тим виявлено, що недостатньо сформованими у профілі лікарів є навички управління власними емоціями (62% лікарів засвідчили низький рівень ознаки), розпізнавання емоцій інших осіб (у 55% лікарів) та емпатії (у 52% лікарів);
- об'єктивно підтверджено, що рівень сформованості показників ЕІ лікарів вибіркової спільноти позначається на усвідомленні ними суб'єктивного благополуччя: 45% залучених до дослідження лікарів виявили середній рівень значущості даної ознаки, 31% – низький рівень;
- значна кількість респондентів фокусують увагу на негативних аспектах власного життя (50% опитаних працівників медичної галузі), критично ставляться до себе, усвідомлюють недостатність власних особистісних ресурсів, відчують спустошення і розчарування через співставлення себе з іншими особами (62% респондентів); 43% опитаних лікарів із недовірою ставляться до більшості людей зі свого оточення, не покладаючись на їхню допомогу;
- кореляційний аналіз із використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена підтвердив існування зв'язку між парметрами емоційного інтелекту та показниками суб'єктивного благополуччя особистості ($r_s = 0,628$ при $p \leq 0,01$), що відкриває для суб'єкта діяльності широкі можливості для самоздійснення та розкриття свого індивідуального потенціалу.

Виявлені на етапі психодіагностичного вимірювання дисфункції розвитку ЕІ працівників медичної галузі зумовили необхідність вивчення можливостей унормування маркерів емоційного інтелекту фахівців медичної галузі. З цією метою нами були розглянуті ресурси когнітивної психології та раціональної роз'яснювальної терапії, що стали підґрунтям створення

авторської програми оптимізації показників ЕІ працівників медичної галузі, скерованої на унормування навичок управління респондентами власними емоціями та самоконтролю експресивних реакцій.

Запропонована нами програма оптимізації показників ЕІ працівників медичної галузі передбачала здійснення психологічної просвіти та надання консультативної допомоги учасникам групи розвитку у форматі лекційного курсу із елементами психологічного практикуму, а також реалізацію корекційно-розвивального впливу та активного навчання у форматі тренінгу особистісного розвитку працівників медичної галузі в процесі інтенсивної групової взаємодії.

За результатами повторного тестування (контрольного зрізу емпіричних даних) було доведено позитивну тенденцію змін досліджуваних параметрів ЕІ: здатності особистості ідентифікувати емоції та свідомо управляти проявами емоцій у різних сегментах життєтворення. Кількість осіб із низьким рівнем виявлення загального показника ЕІ серед лікарів вибіркової сукупності зменшилася на 28%, тоді як на 7% збільшилася кількість осіб із середнім рівнем виявлення ознаки та на 21% – із високим рівнем. Участь у роботі тренінгової групи також посприяла засвоєнню працівниками медичної галузі алгоритмів зниження емоційної експресії у спілкуванні з іншими людьми. Суголосно на 28% збільшилася кількість лікарів вибіркової сукупності, у яких унормувалося суб'єктивне ставлення до себе та на 43% збільшилася кількість респондентів, задоволених відносинами з іншими особами. Означені зрушення у виявленні показників ЕІ та суб'єктивного благополуччя працівників медичної галузі свідчать про переосмислення залученими до корекційно-розвивальної програми лікарями власних ресурсів життєтворення.

В цілому результати теоретико-емпіричного дослідження показників емоційного інтелекту працівників медичної галузі дозволяють стверджувати, що мета кваліфікаційного магістерського дослідження досягнута, завдання вирішені у повному обсязі.

Список використаної літератури

1. Альохіна Н. В. Соціальний інтелект у структурі соціальної компетентності фахівців фармації. *Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія»*. 2013. № 1046. С. 60–63.
2. Басюк Н. А. Емоційний інтелект: становлення та розвиток поняття в зарубіжних дослідженнях. *Вісник Житомирського державного університету імені Івана Франка. Серія: Педагогічні науки*. Вип. 3 (110). С. 253 – 266.
3. Білецький П. С. Соціально-психологічна сутність професійної діяльності фахівців медичної галузі. *Соціально-психологічні чинники збереження професійного здоров'я фахівців медичної галузі: монографія* / За ред. Н. Є. Завацької, П. С. Білецького. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2020. С. 13-22.
4. Білецький П. С., Завацька Н.Є., Жигаренко І. Є., Тоба М. В. Алгоритм застосування соціально-психологічних технологій збереження професійного здоров'я фахівців-медиків. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. К.: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2023. № 1 (63). С. 99-106.
5. Боковець О. І. Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. *Габітус*. 2022. Випуск 37. С. 68 – 75.
6. Бочелюк В. Й. Формування життєвої позиції на різних етапах соціалізації дорослої особистості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія: Психологічні науки*. 2020. Вип. 1. С. 109-118.
7. Буркало Н. І. Психологічні особливості емоційного інтелекту. *Psychological Journal*. 2019. №5 (7). С.34 – 49.
8. Вірна Ж. П. Життєво-стильовий концепт мотиваційно-стильової регуляції: професійна методологія і практика. *Психологія і суспільство*. 2009. № 4. С. 191 – 201.

9. Власова О. І. Психологія соціальних здібностей: структура, динаміка, чинники розвитку: монографія. Київ: Видавничо-поліграф. центр «Київський університет», 2005. 308 с.
10. Волченко Є. Є., Завацький Ю. А., Унгурян Н. В. Організаційно-управлінські умови розвитку конфліктологічної компетентності фахівців медичної галузі у професійній взаємодії. *Теоретичні і прикладні проблеми психології та соціальної роботи: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Київ : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2021. № 1 (54). С. 130-138.
11. Гоулман Д. Емоційний інтелект / пер. з англ. С. Л. Гумецької. Харків : Віват, 2018. 512 с.
12. Дейнека Н. Д., Мялюк О. П., Марущак М. І. Значення емоційного інтелекту в медсестер та фактори, що на нього впливають. *Health & Education*. 2024. Вип. 4. С. 3 – 12.
13. Дерев'янка С. П. Актуалізація емоційного інтелекту в емоціогенних умовах. *Соціальна психологія*. Київ. 2008. № 1 (27). С. 96 – 104.
14. Дідик Н., Руденок А., Михайлик А. Психологічні особливості формування професійної ідентичності майбутніх медичних фахівців в закладах фахової передвищої освіти. *Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія*. 2023. № 3(59). С. 5 – 11.
15. Зарицька В. В., Козарик О. С. Емоційний інтелект у структурі професійної діяльності. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 5. С. 112 – 116.
16. Зарицька В. В. Емоційний інтелект у структурі професійної діяльності психолога. *Journal of Psychology Research*. 2023. № 29(12), Р. 12-18.
17. Калошин В. Ф. Емоційний інтелект – головний показник ефективності використання людських ресурсів. *Практична психологія та соціальна робота*. 2008. № 4. С. 54 – 63.

18. Карамушка Л. М. Психічне здоров'я персоналу організацій в умовах війни: основні вияви і ресурси. *Вчені записки Університету «Крок»*. 2022. № 3 (67). С. 124 – 133.
19. Карамушка Л. М. Психологічні тренінги для підготовки менеджерів та персоналу освітніх організацій (реалізація технологічного підходу) : навч. посібник. Київ : Інститут психології імені Г. С. Костюка НАПН України, 2022. 144 с
20. Карпенко Є. В. Репрезентація аксіологічного потенціалу емоційного інтелекту в працях українських учених. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк: Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3(50). Т. 3. С. 127-143.
21. Карпенко Є. Емоційний інтелект у дискурсі життєздійснення особистості: монографія. Дрогобич : Посвіт, 2020. 436 с.
22. Коврига Н. В. Стресозахисна та адаптивна функції емоційного інтелекту: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01. Дніпропетровський національний ун-т. Дніпропетровськ, 2003. 20 с.
23. Комар Т. В. Інтегративно-цілісний підхід до формування професійної зрілості спеціаліста в системі «людина – людина». *Науковий часопис національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 12. Психологічні науки: зб. наук. праць*. Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова, 2017. Вип. 5 (50). С. 198-204.
24. Кулібаба Є., Кобилянський О. Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності фахівців медичного профілю. *Педагогіка безпеки*. 2024. Том 9. № 2. С.107 – 113.
25. Лисенко О. Г. Психологічні особливості професійної діяльності медичних працівників. *Актуальні проблеми психології: зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. 2016. Том I. Випуск 45. С. 61 – 65.

26. Лукашов О. О. Психологія соціальної відповідальності особистості в період суспільних трансформацій: монографія. Київ: ПВТП «LAT&K», 2024. 349 с.
27. Лящ О. П. Генеза емоційного інтелекту в юнацькому віці : монографія / О.П. Лящ. Вінниця : ТОВ «Твори», 2019. 448 с.
28. Лящ О., Хуртенко О., Марчук С. Емоційний інтелект як засіб розвитку резильєнтності особистості. *Вісник Національного університету оборони України*. 2023. № 74 (4). С.79–86
29. Мазепа Х. П. Особливості професійно-педагогічної підготовки медичних працівників. *Вісник Львівського університету. Серія: Педагогіка*. 2009. Вип. 25. С. 191–196
30. Міщиха Л. П., Винничук С. С. Психологічні особливості прояву емоційного інтелекту в медичних працівників поліклінічних закладів. *Габітус*. 2022. Вип. 33. С. 118 – 122
31. Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції : монографія. Київ : Вища школа, 2003. 159с.
32. Носенко Е. Л. Емоційний інтелект як соціально значуща інтегральна властивість особистості. *Психологія і суспільство*. 2004. №4. С. 95–109.
33. Огороднійчук З., Виборнова Є. Емоційний інтелект як предмет дослідження в психологічній літературі. *Науковий часопис УДУ імені Михайла Драгоманова*. Серія 12. Психологічні науки. 2023. Випуск 22 (67). С. 82 – 90
34. Рудий-Трипольський В. О. Соціально-психологічні особливості системи формування професійної компетентності майбутніх фахівців медичної галузі: автореф. дис. канд. психолог. наук за спец. 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи. Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля МОН України. Київ, 2023. 23 с.

35. Савченко О., Калюк О. Методика діагностики когнітивних аспектів суб'єктивного благополуччя особистості. *Організаційна психологія. Економічна психологія*, 2022. 1(25), С. 89–101.
36. Токарева Н. М. Моделювання особистісних конструктів підлітків у вимірах освітнього простору : монографія. Кривий Ріг : ТОВ ВВП «Інтерсервіс», 2015. 481 с.
37. Токарева Н. М. Адаптивні сценарії самоздійснення особистості в умовах несталого сьогодення. *Психологія: реальність і перспективи: збірник наукових праць Рівненського державного гуманітарного університету*, 2023. № 20. С.183–194
38. Толмачевська В. Емоційний інтелект як складова емоційної експресії в контексті професійної діяльності медичного персоналу в умовах COVID-19. *Вісник Львівського університету. Серія: Психологічні науки*. 2021. Випуск 11. С. 203–213
39. Унгурян Н. В. Ціннісний підхід до професійної діяльності як чинник подолання негативних наслідків когнітивного дисонансу у медичних працівників. *Psychology Travelogs: наук. журн. Хмельницького національного університету*. 2025. № 1. С. 264-274.
40. Унгурян Н. В. Соціально-психологічні особливості проявів когнітивного дисонансу у професійній діяльності медичних працівників: дис. ... канд. психол. наук за спеціальністю 19.00.05 – соціальна психологія; психологія соціальної роботи. Східноукраїнський національний університет імені Володимира Даля МОН України. Київ, 2025. 200 с.
41. Цюпенко Т. А. Емоційний інтелект як засіб розвитку психологічної стійкості особистості в умовах сьогодення. *Наукові записки. Серія: Психологія*. 2024. № 4. С. 109–115.
42. Четверик-Бурчак А. Г. Механізми впливу емоційного інтелекту на успішність життєдіяльності особистості: дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01. Одеса, 2015. 189 с.

43. Шпак М. М. Теоретико-методологічні підходи до розуміння феномену емоційного інтелекту особистості. *Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки* : зб. наук. праць Київського національного університету ім. Т. Г. Шевченка; ред кол. : А. Судаков та ін. Київ: Логос, 2011. Т. 1. С. 192 – 199.
44. Шульга Д. М., Потапов С. О. Психологічний аналіз професійно важливих якостей медиків у сучасних реаліях воєнного стану в Україні. *Науковий вісник Львівського державного університету внутрішніх справ*. Психологічна серія. 2024. № 2. С.53 – 60.
45. Яцюк М. Емоційний інтелект особистості (на хвилі Нової української школи): навч.- метод. посібник. Вінниця: Вид-во «Діло», 2019. 105 с.
46. Bar-On R. Emotional Intelligence in Men and Women. Emotional Quotient Inventory : Technical Manual. Toronto : Multi-Health Systems, 1997. 150 p.
47. Bar-On R., Parker J. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco : Jossey-Bass, 2000. P. 363 – 388.
48. Brackett M. A., Rivers S. E., Salovey P. Emotional intelligence: implications for personal, social, academic, and workplace success. *Social Personal Psychology Compass*. 2011. № 5(1). P. 88–103
49. Gardner H. Frames of mind : A Theory of Multiple Intelligences. New York : Basic Books, 1983. 440 p.
50. Gardner H. Multiple intelligences: the theory in practice. New York : Basic Books, 1993. 304 p.
51. Gardner H. Intelligence reframed: Multiple Intelligences for the 21-st Century. New York : Basic Books, 1999. 292 p.
52. Goleman D. Emotional intelligence: why it can matter more than IQ? New York: Bantam Books, 1995. 352 p.
53. Goleman D. Working with Emotional Intelligence. New York : Bantam Books, 1998. 383 p.

54. Lazarus R. S., Averill J. R., Opton Jr. E. M. Toward a cognitive theory of emotion. *Third international symposium on feelings and emotions* / M. Arnold (Ed.). New York : Academic Press, 1970. P. 207 – 232.
55. Mayer J. D., Di Paolo M., Salovey P. Perceiving affective content in ambiguous visual stimuli: a component of emotional intelligence. *Journal of Personality Assessment*. 1990. Vol. 54, № 3 – 4. P. 772 –781.
56. Mayer J. D., Salovey P. Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Applied and Preventive Psychology*. 1995. № 4. P.197 – 208.
57. Mayer J. D., Geher G. Emotional Intelligence and the Identification of Emotion. *Intelligence*. 1996. № 22. P. 89 – 113.
58. Mayer J. D. A field guide to emotional intelligence. Emotional intelligence in everyday life / Ciarrochi J. P. Forgas, J. D. Mayer (Eds). Philadelphia, P. A.: Psychology Press, 2001. P. 3 – 24.
59. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. Emotional Intelligence. New ability or eclectic traits? *American Psychologist*. 2008. September. P. 503 – 517.
60. Mayer J. D., Caruso D.R., Salovey P. The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates. *Emotion Review*. 2016. Vol. 8 (4). P. 290–300.
61. Puffer K. A. Emotional intelligence as a salient predictor for collegians' career decision making. *Journal of Career Assessment*. 2011. № 19 (2). P. 130 – 150.
62. Romanelli F., Cain J., Smith K. M. Emotional intelligence as a predictor of academic and/or professional success. *American Journal Pharm Education*. 2006. № 70 (3). P. 69.
63. Rudestam K. E. *Experiential Groups in Theory and Practice*. Monterey, Calif.: Brooks Cole, 1982. 384 p.
64. Schuitte N. S., Malouff J. M., Hall L. E., Haggerty D. J., Cooper S. T. & etc. Development and Validation of a Measure of Emotional Intelligence. *Personality and Individual Differences*. 1998. № 25. P. 167 – 177.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Програма оптимізації показників емоційного інтелекту представників медичної галузі

Змістовий модуль І Інформаційно-просвітницький лекторій Феноменологія емоційного інтелекту у професійній діяльності медичних працівників	
Мета: інформування учасників програми щодо маркерів емоційної культури працівників медичної галузі: формування емоційної обізнаності, актуалізація навичок емоційної саморегуляції, мотивування розширення діапазону виявлення емоційної культури у професійній діяльності	
Тема лекції	Зміст практикуму
Тема 1 Емоційна культура особистості у вимірах професійної комунікації у галузі медицини (2 години)	Зв'язок між розумом та емоціями у координатах меж особистісного простору людини. Емоційний інтелект як ключова професійна характеристика особистості медичного працівника: техніки усвідомленого самоконтролю експресивних реакцій та відповідальності у спілкуванні. Стимування та експансія як форми порушення психологічних меж особистісного простору
Тема 2. Рефлексія власних емоційних переживань та вербалізацій емоційного досвіду (2 години)	Роль емоцій у партнерському діалозі в закладах охорони здоров'я. Способи асиміляції емоційного досвіду: проговорювання, символічне зображення, малювання, музикотерапія
Усього за модулем 4 години	
Змістовий модуль ІІ Тренінг-курс особистісного саморозвитку (Комплекс корекційно-розвивальної інтервенції) Розвиток навичок управління власними емоціями та самоконтролю лікарями експресивних реакцій	
Мета: розширення діапазону виявлення емоційної культури учасників Т-групи у професійній діяльності, розвиток EI, удосконалення навичок управління власними емоціями	
Тема заняття	Зміст тренінгових занять
Тема 1. Усвідомлення особистісних ресурсів емоційного інтелекту (4 години)	Інтегрування емоційного інтелекту до цілісного образу «Я» фахівців медичної галузі. Осмислення причин і наслідків власної поведінки. Усвідомлення ролі емоцій у формуванні адекватної поведінки. Усвідомлення внутрішніх (особистісних) ресурсів та можливостей їхнього збагачення

Тема 2. Опанування конструктивними прийомами експресивного самовираження фахівців медичної галузі (4 години)	Діапазон емоційної зрілості особистості. Адекватність вираження і регулювання емоцій. Соціально прийнятні способи емоційної регуляції. Надання психологічної підтримки у формуванні навичок оптимальної саморегуляції і нормотипової поведінки у стресогенних ситуаціях
Тема 3. Практична реалізація навичок управління власними емоціями (6 годин)	Розвиток здатності відображувати почуття іншого у своїх переживаннях, зберігаючи психологічну дистанцію. Техніки самоконтролю та саморегуляції. Апробація технік коректного психологічного самозахисту та емоційного відновлення
Тема 4. Рефлексія навичок управління власними емоціями та самоконтролю експресивних реакцій у реаліях професійної діяльності лікарів (2 години)	Рефлексія та асиміляція набутого досвіду управління емоціями. Способи розширення суб'єктивного досвіду контролю експресивних реакцій у професійній діяльності лікарів
Усього за модулем 16 годин	
Разом: 20 годин	

Загальні вимоги до тренінгових технологій
(цит. за: 36, с.288 – 292):

- дотримання загальноприйнятих принципів групової роботи;
- застосування активних методів групової роботи, що передбачають інтенсивну взаємодію учасників тренінгу (психологічні (рольові, ділові, метафоричні) ігри, завдання і вправи, психотехніки, групові дискусії тощо);
- акцент на взаєминах між учасниками відносно постійної тренінгової групи (із урахуванням групової динаміки);
- методично вивірена організація тренінгового простору, зорієнтованого на комфортність інтенсивного міжособистісного спілкування учасників тренінгу і зведення до мінімуму зовнішніх відволікаючих факторів;
- спрямованість корекційно-розвивальної роботи на психологічну допомогу учасникам тренінгової групи: суб'єктивне покращення психічного самопочуття учасників групи і отримання ними імпульсу до подальшого саморозвитку і самоудосконалення;
- об'єктивація суб'єктивних почуттів і емоцій учасників групи за посередництвом вербалізованої рефлексії та зворотного зв'язку

Приклади використаних у тренінгу вправ

Рецептивне слухання музики

Мета: зняття внутрішніх суперечностей, вирішення проблем, сприяння стабілізації емоційного стану особистості.

Рекомендовані музичні композиції:

Кітаро «Peace»; «Harmony of the forest»;

М. Фолмер «United»;

К. Матсуї «Savanna, No Problem»;

Дж. Ласт «The Lonely Shepherd»;

Ф. Гойя «Classical Dream»;

Caravelli Orchestra «Midnight Blue»;

Ф. Папетті «Summertime» [40, с. 138].

Обговорення:

- Які емоції викликають у вас ці мелодії?
- Яке вираження обличчя супроводжує ці музичні асоціації?
- Який емоційний фон вони створюють?
- Чи відчуваєте ви радість? Чому так?

Модифікована Вправа «Метафора» (Я – це мелодія, вона про мене, це – мій внутрішній всесвіт)

Мета: Збагнути себе, ідентифікувати та виразити власні почуття, використовуючи метафоричний образ.

Процедура:

1) Тренер читає казку «Чарівне дерево»:

«В одному казковому краю росло дерево дивовижне. На ньому жили думки: Радість, Сум, Гнів, Цікавість, Образа, Провина, Страх. Щоранку вони прокидались та летіли до людей. До кого залітала Радість, того наповнював радісний настрій, а до кого Сум – ставав сумним. Так само й до нас щодня прилітають різноманітні думки, залежно від того, як ми сприймаємо ту чи

іншу подію, ситуацію або людину. Все це впливає на наш настрій, на зміни емоцій»

- 2) Тренер запрошує учасників відобразити свої почуття та їх зміни протягом дня, використовуючи метафори: Уявіть собі, що музика – це «джерело». Опишіть власні емоції, власні риси:
- Яка музика для вас є ранком?
 - З якою мелодією у вас перегукується відповідальне завдання?
 - Під час роботи з пацієнтами, яку музику ви відчуваєте? [40, с. 144]

Вправа «Країна почуттів» (Внутрішній світ особистості)

Мета: діагностика психоемоційного стану, поглиблення розуміння власних емоцій, формування здатності відчувати свої емоції через музичні образи, мелодію і звучання.

Тренер роздає кожному учаснику бланк. Лунає спокійна мелодія.

Інструкція:

«Уявіть себе майстрами, які будують будинки. У Країні почуттів мешкають: Радість, Гнів, Провина, Образа, Сум, Роздратування, Цікавість. Кожній з них потрібен свій дім. Кожне почуття прагне мати неповторний дім, що відрізняється від інших своїм кольором. Дорогі майстри, розфарбуйте будинки для кожного почуття та розташуйте їх на мапі Країни почуттів».

(Мапу Країни почуттів учасники створюють самостійно. Складають лист паперу та вирізають силуети за допомогою ножиць) .

Обговорення:

З погляду мудрої людини, подивіться на себе.

- Що ви відчували під час виконання вправи?
- Яким ви бачите себе зараз і яким є насправді?
- Що у вас позитивного, а що потребує змін? [40, с. 145]