

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ

завідувач кафедри ІІІ та М

Юлія Герасименко

(підпис)

《 12 》

2025 p.

(дата)

«ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВИЯВІВ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ У ПРАЦІВНИКІВ ПСИХІАТРИЧНОЇ ЛІКАРНІ»

**Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеня «магістр»**

Галузь знань: 05 Соціальні та поведінкові науки

Спеціальність: 053 Психологія

Освітньо-професійна програма «Психологія»

Здобувачка вищої освіти
групи ПС-23-14-ЗМ

підпис

Нефедова Олександра Георгіївна

Науковий керівник
канд. психол. наук

підпис

Хомчук Олена Павлівна

Біла Церква 2025

Протокол аналізу звіту подібності

Заявляю, що я ознайомився (-лась) з Повним звітом подібності, який був згенерований Системою виявлення і запобігання щодо роботи:

Автор: Нефедова Олександра Георгіївна, група ПС-23-143М

Назва: Психологічні особливості виявів емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні

Керівник: Хомчук Олена Павлівна

Підрозділ: кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Коефіцієнт подібності 1: 8.3%

Мікропробіли: 155

Заміна букв: 0

Інтервали: 0

Після аналізу Звіту подібності констатую наступне:

☒ Запозичення, виявлені в роботі є законними і не є плагіатом. Рівень подібності не перевищує допустимої межі. Таким чином робота незалежна і приймається.

☐ Запозичення не є плагіатом, але перевищено граничне значення рівня подібностей. Таким чином робота повертається на доопрацювання.

☐ Виявлено запозичення і плагіат або навмисні текстові спотворення (маніпуляції), як передбачувані спроби укриття плагіату, які роблять роботу невідповідною вимогам законодавства (Ст. 26. ЗУ Про фахову передвищу освіту, пункт 3.1, Ст. 42. ЗУ Про освіту) та вимог НАЗЯВО (Критерій 5), а також кодексу етики і процедур. Таким чином робота не приймається.

Висновок:

Кваліфікаційна робота Нефедової О.Т. має високий рівень фізикальності та оригінального тексту, містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

Дата *10.05.2023р.*

Відповідальний за антиплагіатну технічну експертизу у Білоцерківському інституті неперервної професійної освіти
ДЗВО «Університет менеджменту освіти»
НАПН України:

Підпис _____



НАЦІОНАЛЬНА АКАДЕМІЯ ПЕДАГОГІЧНИХ НАУК УКРАЇНИ
ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ»
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

Рівень вищої освіти магістр

Спеціальність 053 Психологія

Освітня програма Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

д.е.н., доц. Герасименко Ю.С.

« 3 » січня 2025 року

ЗАВДАННЯ

НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Нефедовій Олександрі Георгіївні

1. Тема роботи Психологічні особливості виявів емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні
керівник роботи Хомчук О.П., канд. психол. наук, професор, затверджені наказом БІНПО від «03» січня 2025 року №01-06/03.
2. Строк подання студентом роботи «02» травня 2025 р.
3. Вихідні дані до роботи: Результати наукових досліджень, подані в актуальних періодичних виданнях та онлайн-ресурсах, монографії українських й іноземних науковців з досліджуваної тематики, особисті спостереження, анкетні опитування та тестування.
4. Перелік питань, які потрібно розробити:

Кваліфікаційна робота магістра складається з основної частини і додаткової. Основна частина містить такі структурні елементи: вступ, сутність (3 розділи –теоретичний, діагностичний, корекційний), загальні висновки, список використаних джерел, додатки.

Розділ 1. Теоретичні аспекти дослідження емоційного інтелекту – складається з 3-х підрозділів: 1.1. Теоретичні підходи до вивчення емоційного інтелекту; 1.2. Психологічні аспекти діяльності медичних працівників і психологів психіатричної лікарні; 1.3. Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності медичних працівників і психологів.

Розділ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні – складається з 3-х підрозділів: 2.1. Організація та методи емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні; 2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні; 2.3. Психологічні особливості самоповаги, емоційно-діяльнісної адаптивності та професійного вигорання медичних працівників з різним рівнем емоційного інтелекту.

Розділ 3. Психокорекційна робота розвитку позитивного самоставлення медичних працівників – складається з 4-х підрозділів: 3.1. Теоретичне обґрунтування програми соціально-психологічного тренінгу з розвитку емоційного інтелекту в медичних працівників; 3.2 Аналіз динаміки рівня емоційного інтелекту медичних працівників під час проведення соціально-психологічного тренінгу; 3.3 Рекомендації щодо оптимізації робочих процесів та створення сприятливих умов для працівників. 3.4. Рекомендації щодо покращення психологічного клімату в лікарні

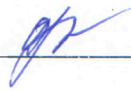
5. Консультанти розділів роботи

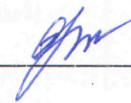
Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1	Хомчук О.П., доцент кафедри ППта М	03.01.2025	21.02.2025
2	Хомчук О.П., доцент кафедри ППта М	24.02.2025	17.03.2025
3	Хомчук О.П., доцент кафедри ППта М	18.03.2025	14.04.2025

6. Дата видачі завдання 03 січня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1.	Узгодження теми, складання змісту	13.01.2025	Виконано
2.	Вивчення літературних джерел	20.01.2025	Виконано
3.	Збирання емпіричного матеріалу	27.01.2025	Виконано
4.	Обробка емпіричного матеріалу	9.02.2025	Виконано
5.	Виконання розділу 1	21.02.2025	Виконано
6.	Виконання розділу 2	17.03.2025	Виконано
7.	Виконання розділу 3	14.03.2025	Виконано
8.	Формулювання висновків	01.04.2025	Виконано
9.	Оформлення роботи, одержання відгуку та рецензії	25.04.2025	Виконано
10.	Подання роботи на кафедру	02.05.2025	Виконано

Студентка  О.Г. Нефедова
(підпис)

Керівник роботи  О.П. Хомчук
(підпис)

ДЗВО «УНІВЕРСИТЕТ МЕНЕДЖМЕНТУ ОСВІТИ» НАПН УКРАЇНИ
БІЛОЦЕРКІВСЬКИЙ ІНСТИТУТ НЕПЕРЕРВНОЇ ПРОФЕСІЙНОЇ
ОСВІТИ

Кафедра педагогіки, психології та менеджменту

ВІДГУК

керівника на кваліфікаційну роботу здобувача освіти другого
(магістерського) рівня вищої освіти заочної форми навчання ПС-23-14-ЗМ
спеціальності 053 Психологія

Нефедової Олександри Георгіївни

на тему: «Психологічні особливості виявів емоційного інтелекту у
працівників психіатричної лікарні»

Загальна характеристика кваліфікаційної роботи. Робота виконана у повній відповідності із завданням і термінами виконання, передбаченими календарним планом-графіком, за своєю структурою включає вступ, три розділи, висновки, список використаних джерел, додатки. Ілюстративний матеріал містить як таблиці, так і рисунки, які відповідають напрямку дослідження.

Тема розкрита у логічній послідовності, проведено детальний аналіз наукових досліджень з проблематики та висвітлені результати експерименту. Магістерська кваліфікаційна робота виконана самостійно; здійснено апробацію тренінгової програми, спрямованої на підвищення рівня розвитку емоційного інтелекту медичних працівників. Проаналізована достатня кількість джерел, проте є деякі недоліки в оформленні списку використаних джерел, в тексті зустрічаються стилістичні огріхи, граматичні та пунктуаційні помилки.

Результати перевірки на плагіат показали, що рівень оригінальності авторського тексту кваліфікаційної роботи Нефедової О.Г., визначений за допомогою комплексу StrikePlagiarism, складає 91,7 відсотків.

Висновки презентують розв'язання завдань дослідження. Вони ґрунтуються на аналізі значного фактичного матеріалу щодо психологічних

особливостей виявів емоційного інтелекту працівників психіатричної лікарні. Результати роботи можна використовувати у практиці роботи не лише психіатричних лікарень, а й інших медичних закладів. Робота в цілому відповідає поставленим завданням, вказані зауваження не впливають суттєво на загальну позитивну оцінку роботи.

Висновки, оцінка кваліфікаційної роботи магістра та пропозиції.

Авторка виявила уміння самостійно аналізувати теоретичний матеріал, проводити констатувальний та формувальний експеримент, узагальнювати отримані результати, розробляти практично значущі рекомендації.

Загалом кваліфікаційна робота здобувачки вищої освіти О.Г. Нефедової заслуговує на оцінку «відмінно», а її авторка – на присвоєння їй ступеня вищої освіти «магістр».

Науковий керівник кваліфікаційної
роботи магістра
кандидат психологічних наук,



Олена ХОМЧУК

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 143 стор., 3 рисунки, 13 таблиць, 7 додатків, 87 літературних джерела.

Об'єкт дослідження: емоційний інтелект як властивість особистості медичних працівників психіатричної лікарні.

Предмет дослідження: Психологічні особливості емоційного інтелекту працівників психіатричної лікарні.

Мета дослідження: Виявити та охарактеризувати особливості вияву емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні, проаналізувати їх зв'язок із професійними, емоційними та адаптивними характеристиками, а також розробити практичні рекомендації з розвитку емоційної компетентності в умовах емоційного навантаження.

Методи дослідження складаються з теоретичних і емпіричних. Теоретичні методи: аналіз і узагальнення психологічної літератури щодо досліджуваних об'єктів. Емпіричні методи: подані методиками діагностики емоційного інтелекту; дослідження самоповаги; діагностики емоційного вигорання й оцінювання емоційно-діяльнісної адаптації.

Методи обробки даних: математична статистика (середні значення, стандартне відхилення); кореляційний аналіз; графічне зображення даних (діаграми).

Актуальність теми даної кваліфікаційної роботи полягає у тому, що працівники психіатричних лікарень перебувають у зоні підвищеного емоційного ризику, що вимагає наявності розвинених навичок емоційного інтелекту. Виявлення психологічних особливостей вияву ЕІ дозволяє глибше зрозуміти механізми професійної стійкості та забезпечити ефективну психопрофілактику вигорання в умовах обмежених ресурсів.

Результати дослідження мають практичну цінність для системи медичної та психологічної допомоги: апробовано комплекс діагностичних методик для оцінки емоційного інтелекту та супутніх характеристик у

стресогенному професійному середовищі; на основі результатів дослідження розроблено програму соціально-психологічного тренінгу з розвитку ЕІ, адаптовану до умов психіатричних медучастин; підготовлено методичні рекомендації щодо підвищення психологічного добробуту персоналу без суттєвих матеріальних витрат; дані дослідження можуть бути використані в системі післядипломної освіти для удосконалення навичок емоційної компетентності у медичних працівників, зокрема у кризових ситуаціях (війна, нестача ресурсів, професійне перевантаження).

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні положення і результати дослідження доповідались на IX Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Психолого-педагогічні аспекти навчання дорослих у системі неперервної освіти» (14 грудня 2023 року, м. Біла Церква) і на III Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції Соціально-освітні домінанти професійної підготовки сучасного компетентісного фахівця (16 травня 2024 р., м. Біла Церква).

КЛЮЧОВІ СЛОВА: емоційний інтелект, психолог, медичний працівник, психіатрична лікарня, методика, опитування, рівень, тренінг.

ABSTRACT

Thesis for the Master's Degree: 143 pages, 3 figures, 13 tables, 7 appendices, and 87 literary sources.

Object of the research: Emotional intelligence as a personality trait of medical personnel working in a psychiatric hospital.

Subject of the research: Psychological characteristics of emotional intelligence of psychiatric hospital staff.

Purpose of the research: To identify and characterize features of demonstrating emotional intelligence among psychiatric hospital employees, to analyze its connection with professional, emotional, and adaptive characteristics, and to develop practical recommendations for the enhancement of emotional competence under emotional pressure.

Theoretical methods are analysis and generalization of psychological literature on the studied phenomena. Empirical methods are diagnostic techniques for emotional intelligence, self-esteem, professional burnout, and emotional-activity adaptation.

Data processing methods are mathematical statistics (mean values, standard deviation), Pearson correlation analysis, and graphical representation of data (charts, diagrams).

Relevance of the study: Psychiatric hospital personnel work in high-risk emotional environment, requiring well-developed emotional intelligence skills. Identifying the psychological features of EI expression helps better understand the mechanisms of professional resilience and supports effective burnout prevention under resource-limited conditions. The practical significance of the obtained results: The findings have applied significance for medical and psychological support systems. A set of diagnostic tools for assessing emotional intelligence in high-stress professional environments was tested. A social-psychological training program aimed at developing EI and adapted to psychiatric settings was developed. Methodical recommendations for enhancing

psychological well-being of the staff without significant material resources were proposed. The results may be used in postgraduate training to improve emotional competence skills, particularly in crisis contexts (war, resource shortage, professional overload).

Research findings presentation: Theoretical and empirical results were presented at the IX International Scientific and Practical Online Conference «Psycho-Pedagogical Aspects of Adult Learning in the System of Continuing Education» (December 14, 2023, Bila Tserkva) and at the III All-Ukrainian Student Scientific and Practical Conference «Socio-Educational Dominants of Professional Training of a Modern Competent Specialist» (May 16, 2024, Bila Tserkva).

KEYWORDS: emotional intelligence, psychologist, medical worker, psychiatric hospital, methodology, survey, level, training.

СПИСОК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СКОРОЧЕНЬ ТА СИМВОЛІВ

ЕІ – емоційний інтелект

КЕ – констатувальний експеримент

ФЕ – формувальний експеримент

ЗМІСТ

ВСТУП	13
РОЗДІЛ 1. Теоретичні аспекти дослідження емоційного інтелекту	17
1.1. Теоретичні підходи до вивчення емоційного інтелекту..	17
1.2. Психологічні аспекти діяльності медичних працівників і психологів психіатричної лікарні	22
1.3. Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності медичних працівників і психологів	29
Висновки до розділу.....	34
РОЗДІЛ 2. Емпіричне дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні	37
2.1. Організація та методи емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні.....	37
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні	51
2.3. Психологічні особливості самоповаги, емоційно-діяльній адаптивності та професійного вигорання медичних працівників з різним рівнем емоційного інтелекту.....	60
Висновки до розділу.....	67
РОЗДІЛ 3. ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА РОЗВИТКУ ПОЗИТИВНОГО САМОСТАВЛЕННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	70
3.1. Теоретичне обґрунтування програми соціально-психологічного тренінгу з розвитку емоційного інтелекту в медичних працівників.....	70
3.2. Аналіз динаміки рівня емоційного інтелекту медичних працівників під час проведення соціально-психологічного тренінгу	85
3.3. Рекомендації щодо оптимізації робочих процесів та створення сприятливих умов для працівників.....	93
3.4. Рекомендації щодо покращення психологічного клімату в лікарні.....	94
Висновки до розділу.....	97
ВИСНОВКИ	100
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	104
ДОДАТКИ	117

ВСТУП

Сучасна ситуація в Україні, зумовлена повномасштабною війною, суттєво ускладнила умови праці медичних працівників, особливо в установах психіатричного профілю. Постійне перебування у стані підвищеного стресу, дефіцит ресурсів, високий рівень відповідальності за психоемоційний стан пацієнтів, а також тривалі чергування й обмежені можливості відновлення – усе це створює сприятливі умови для розвитку емоційного виснаження та професійного вигорання персоналу.

Водночас саме емоційний інтелект виступає критично важливим ресурсом для збереження психологічного здоров'я та професійної витривалості в екстремальних умовах. Високий рівень ЕІ дозволяє працівникам ефективно регулювати власні емоційні стани, краще розуміти емоції пацієнтів, приймати зважені рішення й уникати деструктивних реакцій у ситуаціях складних міжособистісних взаємодій.

Актуальність дослідження зумовлюється необхідністю глибшого розуміння того, як проявляється емоційний інтелект у представників психіатричної медичної сфери, які чинники впливають на його рівень, а також які інтервенції можуть сприяти розвитку емоційної компетентності в умовах хронічного навантаження. Результати дослідження мають високу прикладну значущість, оскільки можуть стати основою для розробки ефективних програм підтримки медичного персоналу, спрямованих на збереження професійної ефективності та психічного здоров'я. Саме це зумовило вибір теми для кваліфікаційної роботи: «Психологічні особливості виявів емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні».

Об'єкт дослідження: ЕІ як властивість особистості медичних працівників психіатричної лікарні.

Предмет дослідження: Психологічні особливості ЕІ працівників психіатричної лікарні.

Мета дослідження: Виявити та охарактеризувати особливості вияву емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні, проаналізувати їх зв'язок із професійними, емоційними та адаптивними характеристиками, а також розробити практичні рекомендації з розвитку емоційної компетентності в умовах емоційного навантаження.

Гіпотеза дослідження: Рівень емоційного інтелекту пов'язаний із самоповагою, емоційним виснаженням і емоційно-діяльнісною адаптивністю працівників психіатричної лікарні. Цілеспрямований психологічний вплив на ці властивості підвищує рівень емоційного інтелекту.

Завдання, що необхідно розв'язати для досягнення зазначеної мети дослідження:

1. Проаналізувати науково-психологічну літературу з проблеми емоційного інтелекту та його значення у професійній діяльності медичного персоналу.
2. Дослідити рівень і особливості емоційного інтелекту працівників психіатричної лікарні за окремими шкалами.
3. З'ясувати взаємозв'язки між рівнем емоційного інтелекту і показниками самоповаги, емоційного вигорання, адаптації.
4. Визначити особливості вияву емоційного інтелекту у представників різних підгруп: психологів і медичних працівників психіатричної лікарні.
5. Розробити практичні рекомендації щодо розвитку емоційної саморегуляції та емпатії у працівників психіатричних закладів в умовах високого стресу.

Методологічну основу дослідження становлять загальнонаукові принципи: системності, гуманістичності, комплексності, єдності

діагностики й корекції, що забезпечують цілісне розуміння феномену емоційного інтелекту в професійному середовищі психіатричної лікарні. Теоретичне підґрунтя складають: когнітивно-емоційна модель емоційного інтелекту; концепція емоційної компетентності; ідеї емоційної саморегуляції в екстремальних умовах; концепції психологічної адаптації та професійного вигорання.

Методи дослідження складаються з теоретичних і емпіричних. Теоретичні методи: аналіз і узагальнення психологічної літератури щодо емоційного інтелекту, саморегуляції, адаптації, вигорання. Емпіричні методи: методика діагностики емоційного інтелекту; методика дослідження самоповаги; методика діагностики емоційного вигорання; методика оцінювання емоційно-діяльнісної адаптації.

Методи обробки даних: математична статистика (середні значення, стандартне відхилення); кореляційний аналіз; графічне зображення даних (діаграми).

Базою дослідження стала КП «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради, де було обстежено 32 працівники: 16 психологів і 16 медичних працівників. Дослідження проводилося у 2024–2025 роках.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше: було використано комплекс діагностичних методик для дослідження виявів емоційного інтелекту працівників психіатричної лікарні, що працюють в умовах воєнного стану; вперше досліджено вияви емоційного інтелекту працівників психіатричної лікарні в умовах значних соціально-політичних змін; подальшого розвитку набули положення щодо зв'язків між рівнем емоційного інтелекту і рівнями емоційного виснаження, соціально-діяльнісної адаптивності і самоповаги медичних працівників; розширено уявлення про засоби розвитку емоційного інтелекту в умовах підвищеного рівня соціально-психологічного навантаження

Практичне значення одержаних результатів полягає у виявленні закономірностей впливу рівня ЕІ медичних працівників психіатричної лікарні на рівні самоповаги, емоційно-діяльнісної адаптивності і професійного вигорання та обґрунтуванні на цій основі виявів емоційного інтелекту медичних працівників психіатричної лікарні і розробці заходів, спрямованих на підвищення рівня ЕІ зазначених працівників. Окрім цього розроблено заходи, що не потребують суттєвих коштів на свою реалізацію, але дозволяють створити атмосферу підтримки на робочому місці і сприяють збереженню психічного здоров'я медичних працівників.

Апробація результатів дослідження. Основні теоретичні положення і результати дослідження доповідались на IX Міжнародній науково-практичній інтернет-конференції «Психолого-педагогічні аспекти навчання дорослих у системі неперервної освіти» (14 грудня 2023 року, м. Біла Церква) і на III Всеукраїнській студентській науково-практичній конференції Соціально-освітні домінанти професійної підготовки сучасного компетентісного фахівця (16 травня 2024 р., м. Біла Церква).

Результати дослідження можуть бути використані у практичній повсякденній роботі психіатричних лікарень для покращення умов роботи медичних працівників.

Структура й обсяг роботи. Кваліфікаційна робота магістра складається із вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел з 87 найменувань, 7 додатків на 12 сторінках. Робота містить 13 таблиць, 3 рисунки. Загальний обсяг роботи становить 143 сторінки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ

1.1 Теоретичні підходи до вивчення емоційного інтелекту

На даний момент існує чимала кількість досліджень у сфері ЕІ як в Україні, так і закордоном. Всі вони присвячені різним аспектам вивчення цього питання. У загальному вигляді всі дослідження ЕІ просуваються в чотирьох основних напрямках: вивчення теоретичного боку питання, розробка методико-методологічного апарату дослідження, впровадження наукових розробок у практичну діяльність і вивчення зв'язку ЕІ із іншими психологічними категоріями (рис. 1.1.).

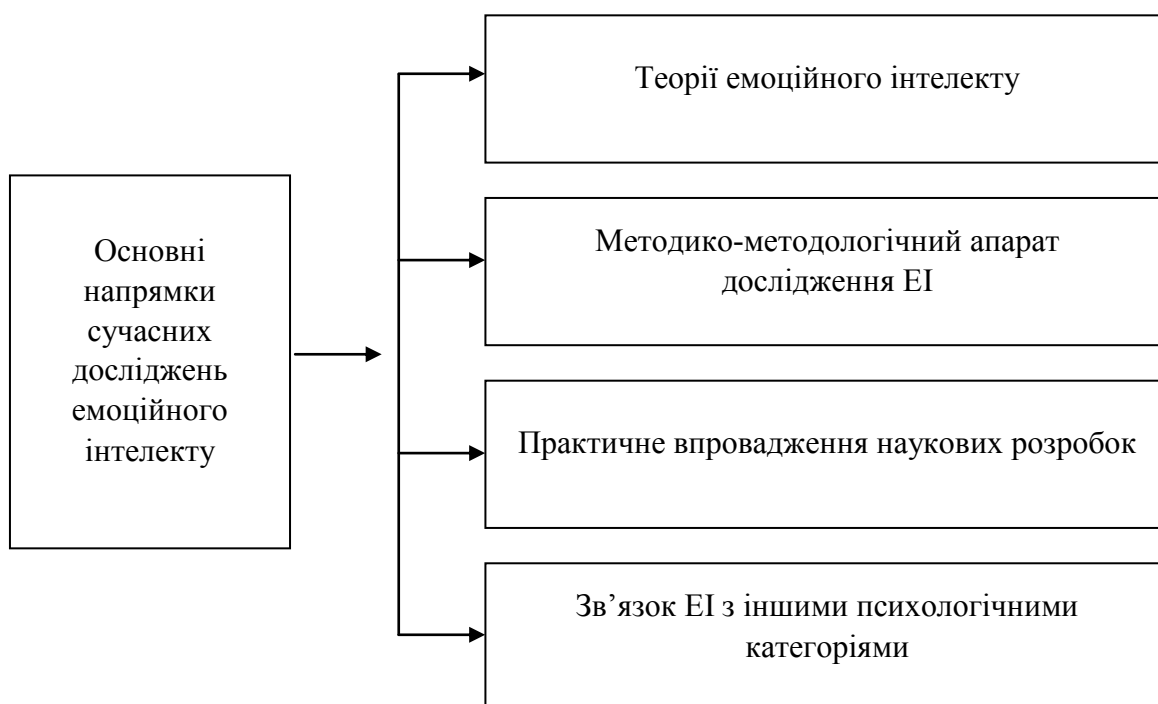


Рис. 1.1. Напрямки актуальних наукових інтересів з питань емоційного інтелекту в Україні і світі

Теоретичним підґрунтям питання ЕІ займалися такі зарубіжні вчені, як П. Саловей, Дж. Майер, Д. Карузо, Р. Бар-Он, Д. Гоулмен, Нгуен Мінх Амен, а також українські дослідники: Е.Л. Носенко, Н.В. Коврига, О.М. Амплєєва та інші [13, 14, 30, 38, 78].

Вивченням, адаптацією існуючих моделей і розробкою методико-методологічного апарату дослідження ЕІ займалися: В.В. Зарицька, С. Дерев'янка, С. Лавренко, А. Шашенкова, Ю. Широн, В.С. Романова, О. О. Бантишева, Н. Ю. Подольчак, В. Я. Карковська, О. І. Білик та інші [16, 17, 18, 21].

Впровадженню наукових розробок у практичну діяльність присвячені роботи Д. Д. Щигель, М. Міколайчак, І. Грицюк, Л. Мельник, Т. Цюпенко, Н. Коструба, С. Б. Кас'янової, Т. Хомуленко, І. Кислової, І. Бубир та інших [16,17, 23, 24, 31, 38, 42, 45].

Пошук й аналіз зв'язку ЕІ із іншими психологічними категоріями і явищами займалися такі дослідники: О.П. Смирнова, С.Б. Кас'янова

(зв'язок між EI, здоров'ям і способом життя), А. Колчигіна, В Вербовата. (дослідження особливостей розвитку емоційного інтелекту студентів-психологів), А. Г. Четверик-Бурчак (Рівень сформованості емоційного інтелекту як предиктор успішності життєдіяльності людини), О. А. Галустян (EI в юридичній справі), О.С. Марута (EI та його взаємозв'язок з суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів з психічними розладами), О.В. Верітова (елементи емоційного інтелекту як складова інтегральної професійної компетентності майбутнього педагога вищої школи), та інші [21, 23, 29, 40, 52].

Наведемо основні визначення поняття «емоційний інтелект», надані йому світовими й українськими вченими.

Пітер Саловей та Джон Майєр (Peter Salovey & John D. Mayer):

«Емоційний інтелект – це здатність точно сприймати емоції, використовувати емоції для полегшення мислення, розуміти емоції та керувати емоціями для сприяння особистісному зростанню» [78].

Деніел Гоулман (Daniel Goleman):

«Емоційний інтелект – це здатність розпізнавати власні емоції та емоції інших, мотивувати себе, управляти емоціями в собі та у взаєминах з іншими». [13]

Марк Брекетт (Marc Brackett):

«Емоційний інтелект – це про те, як керувати почуттями, щоб досягати своїх цілей». [78]

Девід Карузо (David Caruso):

«Дуже важливо розуміти, що емоційний інтелект – це не протилежність інтелекту, не тріумф серця над розумом – це унікальне поєднання обох». [13]

Карпенко Є. В.:

«Емоційний інтелект – це здатність особистості розпізнавати, розуміти, виражати та регулювати емоції, що забезпечує ефективну взаємодію з оточенням та досягнення життєвих цілей». [20]

Вовченко О. А.:

«Емоційний інтелект – це інтегративна характеристика, що охоплює здатність до емоційного самопізнання, саморегуляції, емпатії та ефективної комунікації, сприяючи соціальній адаптації особистості». [16]

Левченко О. В.:

«Емоційний інтелект – це здатність розуміти, управляти та виражати власні емоції, а також ефективно спілкуватися та співпереживати емоції інших». [17]

Стасюк О. В.:

«Емоційний інтелект виступає регулятором емоцій і розуму, дає можливість відчувати відповідальність за своє життя і свої рішення, усвідомити власні потреби та мотиви поведінки». [38]

Жилін М. В.:

«Емоційний інтелект – це життєвий ресурс особистості, який забезпечує ефективну адаптацію в умовах кризи ідентичності та сприяє самореалізації». [16]

Носенко Е. Л.:

«Емоційний інтелект – це форма прояву важливої складової особистісного потенціалу – рефлексивної свідомості, що забезпечує здатність до самоспостереження і самоконтролю власної експресивної поведінки». [7]

Огороднійчук З., Виборнова Є.:

«Емоційний інтелект – це здатність сприймати і розуміти емоційні вияви особистості, керувати власними емоціями на основі інтелектуальних процесів». [38]

Як бачимо, науковці трактують ЕІ як здатність особистості, форму прояву особистісного потенціалу, життєвий ресурс або як інтегративну характеристику і регулятор емоцій і розвитку.

На основі робіт Д. Гоулман, Дж. Майєр, П. Саловей, Д. Гревал [13, 16, 46, 78] можна виділити такі принципи формування емоційного інтелекту:

- принцип активного самопізнання – полягає у розвитку здатності розпізнавати, усвідомлювати та інтерпретувати власні емоційні стани. Самопізнання передбачає не лише розпізнавання емоцій, але й аналіз їх причин та наслідків для поведінки (Дж. Майєр, П. Саловей, 1997);

- принцип емоційної відкритості – вимагає готовності визнавати й виражати свої емоції у відповідний спосіб. Емоційна відкритість сприяє покращенню міжособистісного розуміння і зміцнює довіру у стосунках (Д. Гревал, П. Саловей, 2005);

- принцип емоційної саморегуляції – означає здатність контролювати імпульсивні емоційні реакції, ефективно справлятися з негативними емоціями і підтримувати емоційний баланс навіть у складних ситуаціях (Д. Гоулман, 1995);

- принцип емпатійної взаємодії – зосереджує увагу на здатності розпізнавати емоції інших людей і розуміти їх емоційний стан без осуду. Розвинена емпатія сприяє покращенню комунікації та вирішенню конфліктів (Дж. Майєр, П. Саловей, 1997);

- принцип соціальної емоційної компетентності – передбачає інтеграцію емоційних навичок у соціальну поведінку. Соціально компетентні особистості здатні ефективно працювати в команді, адаптуватися до змін і сприяти розвитку позитивного соціального середовища (Д. Гревал, П. Саловей, 2005).

Емоційний інтелект виконує кілька ключових функцій, які дозволяють особистості успішно адаптуватися до соціального середовища:

Розпізнавання та розуміння власних емоцій та емоцій інших людей є основою для ефективної комунікації та міжособистісних взаємодій, а також робочих комунікацій.

Регуляція емоцій – це вміння контролювати емоційні реакції. Воно сприяє особистісній адаптації до змінних умов середовища і дає можливість підтримувати психологічно-емоційний баланс.

Мотивація розкривається через сприяння емоційного інтелекту формуванню внутрішньої мотивації, що дозволяє особистості досягати поставлених цілей, всупереч труднощам, що виникають на шляху досягнення поставлених цілей.

З огляду на предметну орієнтованість цієї роботи важливо додатково зупинитися на двох важливих складових ЕІ – зокрема внутрішній і зовнішній.

Носенко Е.Л., Коврига Н.В. у своїй монографічній роботі [38, с. 60–61] вказують на внутрішню природу психіки відносно навколишньої дійсності і справедливо зазначають, що «вона містить в собі своє власне психічне «внутрішнє» і власне психічне «зовнішнє». У відношенні до розмежування цих сторін психічного у феномені емоційного інтелекту, можна говорити про інтелектуальну складову цього феномену як внутрішнє, а емоційну – як зовнішнє. Уявлення людини про адекватність тієї чи іншої форми поведінки, те, що детермінує вибір конкретної форми поведінки з ряду можливих альтернатив, – і можна вважати внутрішнім у емоційному інтелекті, а самі характеристики перебігу емоційної поведінки (її зміст, якісні та кількісні ознаки) – зовнішнім. Зовнішнім по відношенню до вивчення емоційного інтелекту як компоненту внутрішнього світу людини є форми поводження людини, її діяльність, характер її спілкування, тощо. [38, с. 60–61].

1.2 Психологічні аспекти діяльності медичних працівників психіатричної лікарні

І. В. Федік зазначає, що зростання наукового і практичного інтересу до психологічного стану медичних працівників пов'язано з одного боку з «тенденцією до гуманізації сучасної науки», а з іншого «посиленням вимог до професіоналів різних профілів, що пред'являються темпоритмічними характеристиками сучасного способу життя» [38]. Крім того він наголошує, що «особливо важливими щодо цього є вимоги, пропоновані до представників так званих «допомагаючих професій», тому від їхнього психофізіологічного стану безпосередньо залежить ефективність їх професійної діяльності», «адже «ціною помилки» в їхній діяльності нерідко є людське здоров'я, а то й життя» [38].

У своїй роботі В.В Зарицька наводить О. Лисенко, розглядаючи психологічні чинники, що прямо впливають на психічний стан медичного працівника [48]. Це зокрема:

- «емоційний чинник – медичні працівники можуть відчувати протилежні емоції: від радості через одужання пацієнта до пригніченого стану (аж до розчарування у професії) через неправильні діагнози і професійні помилки;
- соціально-психологічний чинник – престижність спеціальності і відповідна цьому оплата праці, а також ставлення суспільства накладають свій вплив на стан медичних працівників;
- особистісний чинник – відсутність професійного відсторонення і високий рівень емпатії негативно позначаються на професійному самопочутті фахівців медичної сфери і сприяють профвігоранню;
- чинник середовища – на робочому стані фахівця медичної сфери позначаються і стан взаємин в колективі, і чіткий вивірений графік роботи,

і сучасне обладнання, і своєчасне професійне навчання, й інші подібні чинники».

«Поєднання несприятливих факторів, що впливають на фізичний стан медичного працівника з високими психологічними перевантаженнями, недостатністю якісного відпочинку, величезною відповідальністю та невідповідністю винагороди праці, може призвести до таких важких наслідків, як професійний стрес і хронічна втома, а надалі – до синдрому «емоційного вигорання» і професійних деформацій» [38, с. 35].

Основною метою дослідження Б. Фрахо-Апор, С. Парделлер, Г. Кеммлер та А. Хофер «Емоційний інтелект і стійкість у спеціалістів із психічного здоров'я, які доглядають за пацієнтами з серйозними психічними захворюваннями» було вивчення взаємозв'язку між емоційним інтелектом та резильєнтністю у фахівців з психічного здоров'я, які працюють з пацієнтами, що мають серйозні психічні захворювання. Автори прагнули з'ясувати, чи є емоційний інтелект предиктором резильєнтності в цій професійній групі. Було виявлено позитивний статистично значущий кореляційний зв'язок між загальним рівнем емоційного інтелекту та резильєнтністю у фахівців з психічного здоров'я. Окремі аспекти емоційного інтелекту, такі як самоусвідомлення емоцій, управління емоціями, соціальна усвідомленість та управління відносинами, також позитивно корелювали з різними аспектами резильєнтності, включаючи наполегливість, оптимізм та здатність до відновлення після стресу. Результати регресійного аналізу показали, що емоційний інтелект є значущим предиктором резильєнтності, навіть після контролю інших потенційних змінних. Загалом дослідження показало, що вищий рівень емоційного інтелекту пов'язаний з більшою резильєнтністю у фахівців з психічного здоров'я, які працюють з пацієнтами із серйозними психічними захворюваннями. Здатність розуміти та керувати власними

емоціями, а також розуміти емоції інших, допомагає цим фахівцям краще справлятися зі стресовими ситуаціями, зберігати емоційну стійкість та відновлюватися після емоційних навантажень» [64].

Г. Я. Пилягіна, О. В. Зубатюк і Є. С. Носова проводили дослідження рівня ЕІ лікарів-психіатрів, в результаті якого з'ясувалося, що рівень керування власними емоціями з набуттям професійного досвіду роками роботи залишається без змін. А от рівень керування емоціями інших людей зростає з роками, проведеними в професії. Підсумовуючи результати свого дослідження вони роблять такий висновок, що «робота психіатра безпосередньо пов'язана з великою кількістю стресових ситуацій та необхідністю їх вирішення. Тому досвідчений лікар-психіатр, а тим більше майбутній психіатр, має володіти не тільки теоретичними знаннями та практичними вміннями, але і бути готовим у будь-який момент особистісно зіткнутися зі світом складних, часто руйнівних емоцій своїх пацієнтів». [39, с. 606]. Це обумовлює необхідність продовжувати дослідження ЕІ в даній медичній галузі, а також, на нашу думку, розширювати спектр відповідних наукових досліджень.

Професійна деформація являє собою зміну рівня виразності професійно важливих якостей під впливом діяльності й індивідуально-психологічних особливостей особистості [82, с. 61].

Х. Канг, І. Фішер зі співавторами у своїй статті аналізують психологічну стійкість працівників психічного здоров'я в Україні під час війни, з використанням інноваційного методу DBPR (discrepancy-based psychiatric resilience). Згідно їхнього дослідження «55,6% учасників продемонстрували високий рівень стійкості, який був пов'язаний з соціальними зв'язками, наявністю сенсу життя та оптимізмом». Автори рекомендують впровадження клінічних інтервенцій, спрямованих на підтримку цих чинників. Автори пропонують «запровадження клінічних інтервенцій, які зміцнюють соціальні зв'язки, відчуття сенсу життя та

оптимізм серед працівників психічного здоров'я в умовах війни». Вони також рекомендують «використовувати модель DBPR як інструмент оцінювання стійкості для розробки цільових програм підтримки» [72].

М. Корда, А. Шульга зі співавторами у крос-секційному дослідженні [73] проаналізували психологічне благополуччя та академічну успішність студентів-медиків у тилкових регіонах України під час війни. Було виявлено «високий рівень тривожності, стресу та емоційного виснаження, які суттєво впливають на успішність навчання». Автори закликають до розробки програм психологічної підтримки студентів у кризових умовах. Автори дослідження пропонують «впровадити системну психологічну підтримку студентів-медиків, включаючи консультації, тренінги зі стресостійкості та адаптивних навичок». Вони також рекомендують «розробити інституційні політики, що сприятимуть зменшенню психологічного тиску під час воєнних дій та забезпеченню доступу до ресурсів психічного здоров'я» [73].

Б. Р. Мухаммед і Ш. Ворданінгіш зробили огляд психосоціальних аспектів, з якими зіштовхнулися медичні працівники під час пандемії COVID-19. Основна увага приділяється високим рівням тривожності, депресії, вигорання та ізоляції. Автори підкреслюють потребу в «підтримці ментального здоров'я через навчання, психологічну допомогу та організаційні інтервенції». Стаття пропонує «огляд психосоціальних аспектів, з якими зіштовхнулися медичні працівники під час пандемії COVID-19. Основна увага приділяється високим рівням тривожності, депресії, вигорання та ізоляції. Автори підкреслюють потребу в підтримці ментального здоров'я через навчання, психологічну допомогу та організаційні інтервенції» [80].

Л. Спірковська і М. Симоновська у своїй роботі [84] «проаналізували психічний стан медичних працівників протягом трьох місяців пандемії COVID-19 у Північній Македонії. Виявлено високі рівні тривоги,

емоційного виснаження, проблем зі сном і когнітивними труднощами. Автори наголошують на важливості негайної підтримки психічного здоров'я персоналу, зокрема через системні психосоціальні інтервенції. Автори пропонують впровадження постійного психологічного моніторингу медичних працівників, надання професійної психосоціальної підтримки та організацію спеціалізованих інтервенцій для зниження рівня тривожності, стресу і вигорання. Вони також наголошують на важливості залучення державних структур до розробки програм підтримки психічного здоров'я в кризових умовах» [84].

Х. Кенг, А. Фішер, В. Вус, А. Колишкіна зі співавторами слушно зазначають [72], що «в теперішніх умовах значної уваги потребують фахівці з ментального здоров'я. Вони дослідили 178 фахівців з психічного здоров'я в Україні. Анкета, що охоплювала соціодемографічні характеристики, психологічні симптоми (тривожність, ПТСР), психосоціальні фактори (оптимізм, вдячність, сенс життя). У результаті дослідження вони дійшли висновку, що психосоціальні ресурси (оптимізм, вдячність, сенс життя) є потужним буфером проти негативного впливу війни на добробут фахівців, інтервенції повинні бути спрямовані не лише на зменшення симптомів тривожності та ПТСР, але й на зміцнення внутрішніх ресурсів, підтримка фахівців з психічного здоров'я є критично важливою для забезпечення ефективної допомоги населенню в умовах війни» [72].

М. Шахід аналізує у своїй роботі [83] «проблеми вигорання лікарів і пропонує підходи позитивної психології як ефективні й доступні інтервенції. Основні питання – чому вигорання поширене серед медиків, як позитивні емоції, сенс праці та особисті ресурси впливають на стійкість. Висновок: застосування позитивної психології (наприклад, «Three Good Things», коучинг, appreciative inquiry) може покращити добробут лікарів без значних фінансових витрат. Автор статті пропонує використовувати

підходи позитивної психології (наприклад, практики вдячності, рефлексію на позитивні події дня, коучинг на основі сильних сторін) для підвищення добробуту лікарів. Ці втручання є низьковитратними, науково обґрунтованими та можуть зменшити вигорання, зміцнити емоційну стійкість і покращити відчуття сенсу в професії» [83].

Пропозиції автора ми подаємо у таблиці 1.1. Зокрема вона містить основні інтервенції позитивної психології, які автор статті [83] пропонує застосовувати, а також приклади їх впровадження в українському контексті:

Таблиця 1.1

Основні інтервенції, що можуть покращити відчуття сенсу в професії

Інтервенція	Суть підходу	Приклад впровадження в Україні
Три добрі речі	Щоденне записування трьох позитивних подій за день	Включити в щоденні зміни лікаря чи психолога; обговорювати в команді
Практики вдячності	Усвідомлене вираження подяки іншим людям чи за життєві моменти	Створити "Стіни вдячності" у медичних закладах
Коучинг на основі сильних сторін	Зосередження на сильних якостях особистості	Тренінги для молодих лікарів на основі Gallup StrengthsFinder
Appreciative Inquiry	Аналіз того, що працює добре, а не лише проблем	Командні наради в медичних установах із фокусом на успішні практики
Пошук сенсу в праці	Рефлексія над особистим значенням своєї роботи	Щотижневі обговорення з колегами: «Чому я роблю те, що роблю?»

А. Х'юдейз зі співавторами [14] у «Factors Influencing Job Satisfaction among Mental Health Nurses: A Systematic Review» аналізує 27 досліджень і визначає ключові чинники задоволеності роботою медсестер у психіатрії. Основні фактори: робоче навантаження, міжособистісні стосунки, підтримка керівництва, професійне зростання, насильство з боку пацієнтів. Автори підкреслюють необхідність «організаційної підтримки, підвищення безпеки та визнання праці персоналу для зменшення вигорання і

підвищення утримання кадрів. Дослідження систематизує фактори, що впливають на задоволеність роботою медсестер у сфері психічного здоров'я. Воно виділяє ключові аспекти: фізичне та емоційне навантаження, організаційна підтримка, якість командної взаємодії, можливості для кар'єрного росту, а також вплив насильства з боку пацієнтів. Автори наголошують на важливості створення безпечного, підтримувального середовища для зниження вигорання й утримання персоналу. Автори пропонують зосередитися на покращенні умов праці медсестер у психіатрії через підтримку керівництва, зменшення насильства на робочому місці, розвиток професійних навичок та підвищення соціального визнання. Вони закликають до системних змін у менеджменті персоналу для підвищення задоволеності роботою й утримання кадрів» [70].

У статті М.-Ж. Флері, Н. Греньє і Жю-Мю Бамвіта [63] проаналізовано, як «професійні характеристики, командні процеси та емоційний клімат впливають на задоволеність роботою в сфері психічного здоров'я. Вони дослідили, які фактори найбільше сприяють позитивному ставленню до праці і з'ясували, що найсильніший вплив мають якісна командна взаємодія, підтримка та довіра між колегами, тоді як індивідуальні характеристики мають менше значення». Автори роблять висновок, що «найважливішими чинниками задоволеності роботою працівників психіатричної допомоги є якість командної взаємодії, взаємна підтримка позитивний емоційний клімат у колективі» [63]. Особисті характеристики (вік, професія, досвід) мають значно менший вплив. В результаті дослідники пропонують «фокусуватися на зміцненні командних процесів для підвищення мотивації та зниження вигорання. Автори статті пропонують зміцнювати командну динаміку як ключ до підвищення задоволеності роботою серед фахівців із психічного здоров'я. Вони рекомендують інвестувати в розвиток ефективної комунікації, підтримки

між членами команди та спільного ухвалення рішень, оскільки саме ці чинники мають більший вплив на задоволеність, ніж індивідуальні особливості працівників» [63].

1.3 Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності медичних працівників і психологів

К. Дотт зі співавторами [62] аналізує, чи існує зв'язок між рівнем емоційного інтелекту медиків і дотриманням принципів «Good Medical Practice» (GMC, Велика Британія). Дослідники виявили, що «високий рівень ЕІ пов'язаний із кращою комунікацією з пацієнтами, професійною етикою та ухваленням обґрунтованих клінічних рішень. Основний висновок: розвиток ЕІ має бути інтегрованою частиною медичної освіти для підвищення якості надання медичних послуг. Автори статті пропонують інтегрувати розвиток емоційного інтелекту в програми медичної освіти, зокрема через тренінги й оцінювання ЕІ серед студентів і лікарів. Вони підкреслюють, що поліпшення емоційної компетентності медиків може підвищити якість комунікації з пацієнтами, покращити клінічні рішення і допомогти дотримуватися стандартів професійної поведінки» [62].

Носенко Е.Л., Коврига Н. В. Докладно доводять, що відома «п'ятифакторна модель особистості підтверджена багатьма дослідниками на матеріалі різних етносів. До основних факторів, що розглядаються у межах цієї моделі, належать, крім екстраверсії та інтроверсії, які відбивають фундаментальні особливості темпераменту, тобто генетично успадковані індивідуальні розбіжності, такі фактори, як: сумлінність, що характеризує ставлення людини до тієї діяльності, яку вона виконує; доброзичливість – прийняття оточуючих людей такими, як вони є;

емоційну стійкість при подоланні складних ситуацій життєдіяльності та відкритість новому досвіду» [38, с. 20–21].

У роботі В. Бочелюка, С. Щербини, А. Турубарової, І. Антоненко та Н. Руколянської «обґрунтовано важливість емоційного інтелекту як захисного фактора від емоційного вигорання у викладачів вищих навчальних закладів і підтверджено гіпотезу про їхній взаємозв'язок» [58].

У своєму дослідженні ЕІ Носенко Е.Л. і Коврига Н.В. [38, с. 139] наводять «три плани ЕІ, а саме:

- інтеріндивідуальний – простір міжіндивідуальних зв'язків, у якому людина здійснює свої вчинки (цей план співвідноситься, як ми вважаємо, з міжособистісним інтелектом);

- інтраіндивідуальний план – занурення у внутрішній простір, вихід за межі ситуативних вимог і рольових предписань – здійснення «надситуативної активності» (який можна співвіднести з внутрішньоособистісним інтелектом, провідним аспектом виявлення якого, як зазначалось у попередньому розділі роботи, можна вважати самомотивування суб'єкта на діяльність);

- метаіндивідуальний план – вплив, що особистість робить на інших людей» [38, с. 139].

Для цілей нашої роботи важливо наголосити на метаіндивідуальному аспекті ЕІ. Тому що «людина з високим рівнем емоційного інтелекту спроможна впливати своїм власним прикладом поведінки на оточуючих» [77, с. 62]. На нашу думку, це дуже важливе зауваження, оскільки воно показує наскільки важливо працівникам медичних закладів, а тим більше працівникам психіатричної лікарні мати розвинений емоційний інтелект. І варто зазначити, що це стосується всього пресоналу лікарні, а не лише психологів, які в ній працюють. Тому що вищий рівень емоційного інтелекту персоналу лікарні (особливо тих, хто безпосередньо працює із психіатричними хворими більшу частину робочого дня) позитивно

впливатиме (за інших рівних умов) і на пацієнтів лікарні. Такі висновки корелюють із результатами роботи О. С. Марута.

У своїй статті [77] О. С. Марута «досліджує взаємозв'язок між емоційним інтелектом та суб'єктивним благополуччям у пацієнтів із психічними розладами. Авторка аналізує структурні компоненти ЕІ та їхній вплив на психологічний стан, підкреслюючи значущість емоційної компетентності для реабілітації. Основні висновки вказують на позитивну роль ЕІ у стабілізації емоційного стану та покращенні якості життя пацієнтів». Авторка статті «пропонує активніше враховувати рівень емоційного інтелекту в процесі психотерапевтичної та реабілітаційної роботи з пацієнтами з психічними розладами». Вона рекомендує «впровадження психокорекційних програм, спрямованих на розвиток ЕІ, як інструмент покращення суб'єктивного благополуччя та психоемоційного стану хворих» [77].

І. Брікс та А. С. Ватт [57] дослідили роль емоційного інтелекту у формуванні підходу до пацієнт-орієнтованої допомоги. Вони аналізують, як «здатність до емпатії, саморегуляції та розуміння емоцій сприяє кращій комунікації між медичним персоналом і пацієнтами. Основний висновок: високий рівень ЕІ у медиків позитивно впливає на якість догляду, задоволення пацієнтів та зменшує професійне вигорання. Автори пропонують включити розвиток емоційного інтелекту до навчальних програм у сфері охорони здоров'я, з особливим акцентом на емпатію та комунікативні навички. Вони вважають, що це допоможе медикам краще розуміти потреби пацієнтів, будувати довірливі стосунки та підвищити якість надання допомоги. Також рекомендується розробка практичних інструментів для оцінки та вдосконалення емоційної компетентності в клінічному середовищі» [57].

Цю думку розділяють М.В. Маркова, А.Р. Марков, О.В. Піонтковська і стверджують, що «високий рівень емоційного інтелекту має позитивну

кореляцію зі здатністю до побудови терапевтичного альянсу, емпатією, здатністю працювати в команді, комунікативними навичками, навичками стрес-менеджменту, організаційними та лідерськими здібностями» [26, с. 31].

У професійній діяльності працівників психіатричних закладів ЕІ виконує такі функції:

- адаптаційну (допомагає справлятися зі стресом);
- регулятивну (управління емоційними реакціями);
- мотиваційну (підтримання професійного інтересу і задоволення від праці);
- комунікативну (ефективна взаємодія з пацієнтами та колегами).

Носенко Е.Л., Коврига Н. В. на основі свого монографічного дослідження доводять, що емоційному інтелекту притаманні стресозахисна й адаптивна функції. Вони показують, що «в цій інтегральній особистісній властивості відбиваються усі найважливіші аспекти функціонування людини як суб'єкта життєдіяльності: ставлення до оточуючого світу; до себе як до суб'єкту діяльності, до інших як партнерів по спілкуванню і взаємодії» і що «саме у формі емоцій на рівні індивідуального світосприймання здійснюється оцінка суб'єктом усіх аспектів власної життєдіяльності, що зумовлені як диспозиційними характеристиками особистості, так і досвідом її індивідуальної активності. Це, власне, і зумовлює, витоки стресозахисної та адаптивної функцій емоційного інтелекту». [38, с. 23]

С. Пауел і Т. Браун зі співавторами [81] «проаналізували і систематизували 17 досліджень щодо ефективності тренінгів розвитку емоційного інтелекту серед працівників охорони здоров'я. Результати показали, що тренінги суттєво покращують рівень ЕІ, знижують стрес, підвищують професійну ефективність і задоволення від роботи. Автори підкреслюють необхідність стандартизації програм тренінгів та ширшого

впровадження навчання ЕІ у клінічну практику. Автори пропонують активно впроваджувати тренінги емоційного інтелекту в системи підготовки й підвищення кваліфікації медичних працівників. Вони наголошують на необхідності розробки стандартизованих навчальних програм і використання валідних методик оцінювання результатів. Такі тренінги мають бути спрямовані на розвиток навичок самосвідомості, емпатії, саморегуляції й соціальної компетентності для підвищення професійної ефективності та добробуту персоналу» [81].

Щ. Хашмі та О. Тахір зі співавторами [69]. у своїй роботі «досліджували вплив емоційного інтелекту на професійну ефективність та стресостійкість серед медичних працівників. Вони дійшли висновку, що високий рівень ЕІ сприяє кращому прийняттю рішень, зниженню рівня професійного вигорання та ефективнішому реагуванню на стрес. Рекомендується впровадження програм розвитку ЕІ як ключового компонента професійного навчання в охороні здоров'я. Автори пропонують розробити та впровадити цільові освітні програми й тренінги для підвищення рівня емоційного інтелекту серед працівників охорони здоров'я. Вони підкреслюють важливість інтеграції ЕІ у навчальні плани як засобу підвищення професійної ефективності, стресостійкості та психоемоційного благополуччя медперсоналу» [69].

Х. Кенг, А. Фішер, В. Вус, А. Колишкіна у статті, присвяченій дослідженню психологічної стійкості фахівців з психічного здоров'я в умовах війни в Україні [71], виявили, що «вищий рівень оптимізму, вдячності та сенсу життя знижує симптоми ПТСР і тривожності. Автори наголошують на важливості цілісних клінічних втручань, що зміцнюють внутрішні ресурси спеціалістів, а не лише знижують симптоми. Щоб фахівці з психічного здоров'я могли ефективно допомагати іншим у часи війни, необхідно активно підтримувати їхню власну психологічну стійкість, зміцнюючи внутрішні ресурси та створюючи системну культуру

турботи. Замість того, щоб зосереджуватися лише на лікуванні ПТСР чи тривоги, автори рекомендують: розвивати оптимізм, підтримувати відчуття сенсу життя, практикувати вдячність. Вони наголошують на використанні перевірених практик, як-от: рефлексія на щоденні позитивні події, навчання фахівців бачити сенс у власній роботі, підтримка командної згуртованості. На рівні організацій і держави автори рекомендують: розвивати програми профілактики професійного вигорання і забезпечувати менторство, супервізію та взаємну підтримку» [71].

Висновки до розділу:

1. Сучасні психологічні дослідження емоційного інтелекту узагальнено можна поділити на чотири великі групи: вивчення теоретичного боку питання, розробка методико-методологічного апарату дослідження, впровадження наукових розробок у практичну діяльність і вивчення зв'язку ЕІ із іншими психологічними категоріями.

2. На даний час напрацьовано чимало теоретичного матеріалу у цій галузі, що дає змогу проводити на цій базі ґрунтовні науково-практичні дослідження.

3. Питання ЕІ персоналу психіатричних лікарень, як показав аналіз існуючих літературних джерел, вивчається, але йому приділено в Україні недостатньо уваги. Закордоном таких досліджень значно більше. Тому дослідження, подібне нашому є вкрай актуальними.

4. У результаті аналізу наявних джерел інформації визначено, що ЕІ виконує у медичних працівників такі функції: адаптаційну, регулятивну, мотиваційну, комунікативну.

5. Важливими заходами з розвитку ЕІ фахові дослідники вважають необхідність включення питань ЕІ в освітні програми при підготовці

медичних фахівців, щоб сформувати якісне підґрунтя для формування подальшої професійної стійкості.

6. Як зазначають автори практичних досліджень, високий рівень ЕІ у медичних працівників позитивно впливає на побудову терапевтичних відносин із пацієнтами і сприяє швидшому одужанню останніх. Що свідчить про необхідність його розвитку у працівників медичної сфери.

7. Дослідники показують, що без формування стресостійкості і розвитку ЕІ українських фахівців, які працюють у галузі психолого-психіатричного здоров'я, їхня професійна допомога може бути менш ефективною і потенційно небезпечною для самих фахівців.

8. Аналіз наукових джерел продемонстрував зсув сучасних українських психологічних досліджень у бік розгляду питань посттравматичного стресового розділу і допомоги постраждалим від бойових дій в нашій країні, а також інших психологічних проблем, викликаних війною на території нашої країни. З огляду на це дослідники наголошують на необхідності збільшити дослідження, спрямовані на підтримку ресурсного стану фахівців медичного і психологічного напрямку, як таких, що мають подвійне навантаження (з одного боку, вони такі ж громадяни, які працюють в умовах війни, з іншого, вони ті, хто працює із психічними і психіатричними розладами). Через це дослідження ЕІ зазначених фахівців є наразі важливим і актуальним.

9. Підтримка ментального здоров'я фахівців медичної галузі загалом і психіатричної зокрема має відбуватися як на загальнодержавному рівні, так і на рівні медичних закладів, в яких ці фахівці працюють. Серед практичних рекомендацій тренінгова робота, супервізійні зустрічі, фокусування на позитивних моментах і вправи із розвитку ЕІ.

РОЗДІЛ 2

ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ І ПСИХОЛОГІВ ПСИХІАТРИЧНОЇ ЛІКАРНІ

2.1 Організація та методи емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні

Для науково обґрунтованого вибору методу дослідження емоційного інтелекту працівників психіатричної лікарні зробимо аналіз актуальних українських і зарубіжних досліджень, присвячених методам емпіричного вивчення емоційного інтелекту медичних працівників. Узагальнену інформацію за кожним науковим джерелом нижче подамо стисло. І для однорідності сприйняття зробимо це в однаковому для всіх джерел форматі:

- 1) суть дослідження – найголовніші питання, висвітлені у практичних роботах дослідників ЕІ;
- 2) методики – які авторами було використано методики оцінювання досліджуваних явищ;
- 3) висновки – результати, які в ході дослідження отримали автори.

Це дозволить, по-перше, виокремити найбільш важливі аспекти для подальшого дослідження, по-друге, виокремити саме ті методики, що найбільше відповідають поставленим в роботі завданням.

Пилипенко Н.Г., Сидоренко О.О. (2021) [38]

Суть дослідження: Аналіз взаємозв'язків емоційного вигорання та показників емоційного інтелекту у медичних працівників. Методики: Опитувальники емоційного вигорання (В.В. Бойко, К. Масlach і С.

Джексон) та методика емоційного інтелекту (Н. Холл). Висновки: Виявлено, що вищий рівень емоційного інтелекту корелює з нижчим рівнем емоційного вигорання серед медичних працівників.

Скрипников П.М. та ін. (2024) [42]

Суть дослідження: Теоретико-емпіричне дослідження емоційного інтелекту лікарів та педагогів на післядипломному етапі освіти. Методика: Опитувальник емоційного інтелекту Н. Холла (адаптація Є. Ільїна). Висновки: У більшості респондентів виявлено середній або низький рівень емоційного інтелекту, що свідчить про потребу в розвитку soft-skills.

Коструба Н.С., Журба М.Л. (2024) [22]

Суть дослідження: Емоційний інтелект як чинник ментального здоров'я. Методики: Опитувальник емоційного інтелекту Н. Холла; кореляційний аналіз за Пірсоном. Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту позитивно корелює з ментальним здоров'ям, зокрема з емоційною обізнаністю та самомотивацією.

Ma J., Peng W., Pan J. (2022) [76]

Суть дослідження: Взаємозв'язок між здатністю до гуманістичного догляду та емоційним інтелектом медичного персоналу. Методики: Опитувальник емоційного інтелекту (Wong and Law Emotional Intelligence Scale); шкала гуманістичного догляду. Висновки: Виявлено позитивну кореляцію між емоційним інтелектом та здатністю до гуманістичного догляду, що підкреслює важливість розвитку емоційних навичок у медичних працівників.

Марков М. В. The Effect of Emotional Intelligence on Nurses' Job Performance (2025) [26]

Суть дослідження: Дослідження вивчає вплив емоційного інтелекту на професійну ефективність медсестер, зокрема, через посередництво морального інтелекту та професійного стресу.

Методи: Опитування медсестер з використанням стандартизованих

шкал; статистичний аналіз для виявлення медіаційних ефектів.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту позитивно впливає на професійну ефективність, знижуючи стрес та підвищуючи моральну стійкість.

Cao Y., Gao L., Fan L. et al. The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout of Healthcare Workers (2022) [59]

Суть дослідження: Дослідження аналізує зв'язок між емоційним інтелектом, професійним вигоранням та насильством на робочому місці серед медичних працівників.

Методи: Крос-секційне опитування 2061 медичного працівника; кореляційний та медіаційний аналіз.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту знижує рівень вигорання, частково через зменшення впливу насильства на робочому місці.

Galanis P., Katsiroumpa A., Moisoglou I. et al Emotional Intelligence as Critical Competence in Nurses' Work (MDPI, 2024) [66]

Суть дослідження: Огляд літератури щодо впливу емоційного інтелекту на психосоматичне здоров'я медсестер.

Методи: Систематичний аналіз існуючих досліджень.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту асоціюється з меншим ризиком соматичних скарг та вигорання.

Louwen C., Reidlinger D., Milne N. Profiling Health Professionals' Personality Traits, Behaviour Styles and Emotional Intelligence (2023) [75]

Суть дослідження: Систематичний огляд досліджень, що профілюють особистісні риси, стилі поведінки та емоційний інтелект медичних працівників.

Методи: Аналіз 321 дослідження з використанням 153 інструментів оцінки.

Висновки: Існує як гомогенність, так і гетерогенність у

характеристиках медичних працівників; розуміння цих рис може покращити професійну ефективність.

Sahney R., Malhotra P., Mohanan A. Elevating Healthcare with Emotional Intelligence (2024) [82]

Суть дослідження: Огляд важливості емоційного інтелекту в охороні здоров'я, з акцентом на самосвідомість, управління емоціями та соціальну обізнаність.

Методи: Огляд літератури та практичних застосувань.

Висновки: Розвиток емоційного інтелекту покращує прийняття рішень, управління стресом та взаємодію з пацієнтами.

Стаття Frajo-Apor B., Pardeller S., Kemmler G., Hofer A. «Emotional Intelligence and Resilience in Mental Health Professionals Caring for Patients with Serious Mental Illness» (Frajo-Apor et al., 2017) [64].

Суть дослідження: Дослідження зв'язку між рівнем емоційного інтелекту та психологічною стійкістю у працівників психіатричних закладів, і чи відрізняються ці показники від контрольної групи (осіб без професійного досвіду в галузі психічного здоров'я).

Методи: аналіз тестування 61 спеціаліста з психічного здоров'я та 61 особи контрольної групи з використанням тесту емоційного інтелекту Mayer-Salovey-Caruso (MSCEIT); опитувальник стійкості.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту асоціюється з більшою психологічною стійкістю та меншою схильністю до вигорання.

Практичне значення: Розвиток емоційного інтелекту можна вважати ключовим напрямом професійної підготовки та профілактики вигорання серед персоналу психіатричних лікарень.

Voshkolup, H., Zhylin, M., Hlavinska, E., Karpova, D., & Potapchuk, Y. [85]

Суть дослідження: У дослідженні розглянуто емоційний інтелект як інструмент подолання наслідків психологічної травми в освітньому

середовищі і які освітні підходи сприяють розвитку ЕІ у студентів.

Методи: Використано комбінований підхід. Аналіз наукових джерел щодо зв'язку емоційного інтелекту та психологічної стійкості, з акцентом на освітній контекст. Анкетування студентів і педагогів (у межах навчального експерименту). Застосування стандартизованих психодіагностичних методик для вимірювання рівня ЕІ (ймовірно – за методикою Н. Холла або іншими адаптованими шкалами, хоча точну методику слід уточнювати у повному тексті). Порівняння стану до та після впливу програми (методика «до/після»).

Висновки: Високий ЕІ корелює зі зниженням проявів травматичних симптомів. Автори пропонують інтегрувати розвиток емоційного інтелекту (ЕІ) у систему освіти як ефективний засіб подолання наслідків психологічної травми.

У статті Kurovska & Ohdanskyi (2019) [74]

Суть дослідження: Досліджується рівень емоційного інтелекту у студентів-медиків різних курсів, статі та віку. Автори вивчають, як ЕІ впливає на професійний розвиток, взаємодію з пацієнтами та стресостійкість.

Методи: Анкетування студентів медичних вишів. Аналіз середніх показників. Порівняння між групами (за курсами навчання, віком, статтю). Використано емпіричні методи психодіагностики, спрямовані на вивчення рівня емоційного інтелекту у студентів-медиків.

Висновки: Рівень ЕІ зростає з досвідом і віком; жінки продемонстрували вищі показники. Рекомендується цілеспрямований розвиток ЕІ у навчальному процесі.

Halian, Andriy, Ihor Halian, Iryna Burlakova, Rosina Shevchenko, Violetta Lappo, Igor Zhigarenko, y Ihor Popovych [68]

Суть дослідження: У статті досліджується роль емоційного інтелекту в процесі адаптації майбутніх медичних працівників до професійної

діяльності.

Методи: Використано комплекс емпіричних і статистичних методів, спрямованих на вивчення ролі емоційного інтелекту в адаптації студентів-медиків до професійної діяльності.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту сприяє кращій адаптації до стресу, ефективній комунікації та професійному зростанню студентів.

Cheraghi R., Parizad N., Alinejad V. et al. The Effect of Emotional Intelligence on Nurses' Job Performance (2025) [61]

Суть дослідження: Дослідження вивчає вплив емоційного інтелекту на професійну ефективність медсестер, зокрема, через посередництво морального інтелекту та професійного стресу.

Методи: Опитування медсестер з використанням стандартизованих шкал; статистичний аналіз для виявлення медіаційних ефектів.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту позитивно впливає на професійну ефективність, знижуючи стрес та підвищуючи моральну стійкість.

Cao, Y., Gao, L., Fan, L., Jiao, M., Li, Y., & Ma, Y. [60]

The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout of Healthcare Workers

Суть дослідження: Дослідження аналізує зв'язок між емоційним інтелектом, професійним вигоранням та насильством на робочому місці серед медичних працівників.

Методи: Крос-секційне опитування 2061 медичного працівника; кореляційний та медіаційний аналіз.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту знижує рівень вигорання, частково через зменшення впливу насильства на робочому місці.

Galanis P., Katsiroumpa A., Moisoglou I. et al.

Emotional Intelligence as Critical Competence in Nurses' Work [66]

Суть дослідження: Огляд літератури щодо впливу емоційного інтелекту на психосоматичне здоров'я медсестер.

Методи: Систематичний аналіз існуючих досліджень.

Висновки: Високий рівень емоційного інтелекту асоціюється з меншим ризиком соматичних скарг та вигорання.

Louwen C., Reidlinger D., Milne N. Profiling Health Professionals' Personality Traits, Behaviour Styles and Emotional Intelligence (2023) [75]

Суть дослідження: Систематичний огляд досліджень, що профілюють особистісні риси, стилі поведінки та емоційний інтелект медичних працівників.

Методи: Аналіз 321 дослідження з використанням 153 інструментів оцінки.

Висновки: Існує як гомогенність, так і гетерогенність у характеристиках медичних працівників; розуміння цих рис може покращити професійну ефективність.

Sahney R., Malhotra P., Mohanan A. Elevating Healthcare with Emotional Intelligence (2024) [82]

Суть дослідження: Огляд важливості емоційного інтелекту в охороні здоров'я, з акцентом на самосвідомість, управління емоціями та соціальну обізнаність.

Методи: Огляд літератури та практичних застосувань, використано оглядовий (аналітичний) підхід, а не класичне емпіричне дослідження. Тобто автори не проводили первинного експерименту з вибіркою учасників, а аналізували наявні дані, практичний досвід і наукові джерела, пов'язані з впливом емоційного інтелекту в медичній практиці під час пандемії COVID-19. Висновки: Розвиток емоційного інтелекту покращує прийняття рішень, управління стресом та взаємодію з пацієнтами.

На основі зробленого огляду сучасних зарубіжних і українських досліджень нами складено таблицю 2.1.

Таблиця 2.1

Узагальнене порівняння актуальних досліджень ЕІ медичних працівників

Критерій	Українські дослідження	Міжнародні дослідження
Цільова аудиторія	Студенти-медики, фахівці в умовах війни	Медичний персонал, фахівці психіатричної допомоги
Основні аспекти ЕІ	Адаптація до професійного середовища, подолання стресу та травми	Гуманістичний догляд, психологічна стійкість, зниження вигорання
Методи дослідження	Анкетування, психодіагностичні тести (Hall, MSCEIT)	Стандартизовані шкали (WLEIS, RS-11), кореляційний аналіз, огляд літератури та практичних застосувань
Практичні рекомендації	Розвиток ЕІ для покращення адаптації та стресостійкості	Інтеграція тренінгів з ЕІ для підвищення якості догляду та зниження вигорання

На основі проаналізованих досліджень можна зробити наступні узагальнені висновки:

1. Емоційний інтелект є ключовим фактором у забезпеченні психологічного благополуччя медичних працівників, особливо в умовах стресу та високих професійних вимог.

2. Найбільш розповсюдженими методиками оцінки ЕІ є методики Hall, MSCEIT, які використовуються повністю або аналізуються за окремими шкалами – залежно від потреб дослідження.

3. Розвиток ЕІ сприяє кращій адаптації, підвищенню якості догляду за пацієнтами та зниженню ризику професійного вигорання.

4. Рекомендовано впровадження програм з розвитку ЕІ у навчальні плани медичних закладів та системи підвищення кваліфікації медичного персоналу, у тому числі окремі тренінгові заняття або цілі тренінгові програми.

Як бачимо, проведення досліджень рівня розвитку ЕІ медичних

працівників (особливо у психіатричній сфері) є дуже важливим для самих медичних працівників, оскільки дозволяє дослідити і вчасно попередити професійне вигорання і зниження якості їхньої роботи, не кажучи вже про рівень їхньої ресурсності, що складається з багатьох чинників.

Це важливо з двох причин:

1) втрата одного якісного працівника у сфері медичної допомоги загрожує не наданням потрібної допомоги декільком пацієнтам, що її потребують. Згідно оприлюднених джерел [] один лікар приймає щонайменше 10 осіб щодня (у деяких випадках і залежно від профілю – до 24–30 осіб на день!);

2) на професійну підготовку медичної сестри припадає в середньому від 3 до 7 років, лікаря – від 7 до 9 років.

Тому визначення наявного рівня розвитку ЕІ, його підвищення і підтримка на високому рівні є вкрай важливими для працівників медичної сфери в нашій країні.

Медичний персонал психіатричних лікарень потребує особливої уваги через те, що:

1) закладів, які надають спеціалізовану психіатричну допомогу, значно менше порівняно із іншими медичними закладами;

2) на поточний момент через бойові дії на території нашої країни потреба у допомозі фахівців психіатричної сфери є вкрай необхідною, і кількість осіб, які потребують такої допомоги, за останні роки через війну зросла і психічне здоров'я населення загострилося.

Отже, дослідження рівня ЕІ у працівників цих закладів є особливо актуальним, оскільки:

1. Дослідження допоможе визначити, які групи працівників потребують додаткової підтримки та навчання з розвитку ЕІ.

2. На основі отриманих даних можна розробити програми тренінгів та семінарів для підвищення рівня ЕІ у працівників медичного закладу, в

якому проводилось анкетування.

3. Результати дослідження допоможуть керівництву лікарні оптимізувати робочі процеси, створити більш сприятливі умови для роботи працівників та підвищити їхню задоволеність.

З огляду на це для проведення дослідження було обрано базою практики саме медичний заклад психіатричного профілю.

Суть дослідження. Практичні дослідження та корекційна робота проходили на базі КП «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради у період з 18 листопада по 15 грудня 2024 р. В роботі брали участь 32 працівники. З них 16 психологів і 16 медичних працівників різних відділень лікарні.

Дослідження присвячене вивченню особливості виявів емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні, тобто у працівників сфери психічного здоров'я, які працюють з пацієнтами з тяжкими психічними розладами (наприклад, шизофренія, біполярний розлад). Виявити та охарактеризувати особливості вияву емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні, проаналізувати їх зв'язок із професійними, емоційними та адаптивними характеристиками, а також розробити практичні рекомендації з розвитку емоційної компетентності в умовах емоційного навантаження.

Основні дослідницькі питання:

1. Чи існує зв'язок між рівнем емоційного інтелекту самоповаги, емоційно-діяльнісної адаптивності і професійного вигорання медичних працівників фахівців сфери психіатрії з різним рівнем емоційного інтелекту.

2. Як саме окремі складові ЕІ (розпізнавання емоцій, управління ними тощо) впливають на здатність справлятися з емоційним навантаженням.

3. Чи відрізняються показники ЕІ і самоповаги, емоційно-діяльній адаптивності і професійного вигорання працівників залежно від професії (медичні працівники і психологи).

Мета і завдання дослідження. Метою емпіричного дослідження є виявлення рівнів розвитку емоційного інтелекту, професійного вигорання, емоційної адаптивності та самоповаги серед медичних працівників і психологів психіатричних лікарень.

У своїй роботі ми поставили наступні завдання:

- визначити рівень розвитку ЕІ в респондентів досліджуваної вибірки;
- проаналізувати окремі вияви ЕІ за кожною з двох досліджуваних груп окремо;
- порівняти зазначені параметри в обох групах;
- з'ясувати чи існує зв'язок між рівнем розвитку ЕІ й окремими виявами професійного вигорання і якщо так, виявити ступінь впливу емоційного інтелекту на окремі параметри професійного вигорання кожної з груп респондентів;

Характеристика вибірки. У дослідженні взяли участь 32 фахівці психіатричної лікарні, зокрема молодший, середній та старший медичний персонал, а також практичні психологи. Віковий діапазон респондентів – від 25 до 80 років. Було забезпечено добровільність участі та конфіденційність даних.

Обґрунтування методів дослідження. Для комплексного аналізу психологічних особливостей емоційного інтелекту було обрано низку валідних психодіагностичних методик:

1. Опитувальник самоповаги (Розенберг) – дозволяє оцінити загальний рівень самоповаги. Джерело: Зелінська Т.М., Михайлова І.М. Практикум із загальної психології (2009) [19].

2. Методика діагностики професійного вигорання (К. Масlach, С.

Джексон, адаптація Н. Е. Водоп'янової) – дозволяє виявити рівні емоційного виснаження, деперсоналізації та редукції особистих досягнень. Джерело: Паламарчук Л.А., портал «Всеосвіта» (2025) [39].

3. Методика оцінювання емоційної адаптивності (Кляпець та ін., 2009) – вивчає рівень емоційно-поведінкової гнучкості та стійкості до повсякденного стресу [22].

4. Анкета емоційного інтелекту (на основі діагностики «емоційного інтелекту» Н. Холла) – дозволяє вивчити структуру ЕІ, включаючи емпатію, саморегуляцію, мотивацію та міжособистісну компетентність [15].

Особливостями зазначених методик є їхня багатомасштабність: тобто дослідження, виконане за кожною з них дає декілька шарів інформації щодо об'єктів спостереження. Оскільки темою даної кваліфікаційної роботи виступають психологічні особливості виявів емоційного інтелекту, з кожної з обраних методик було обрано конкретні шкали і використано відповідно до рекомендацій їхніх розробників.

Для розкриття теми обраного нами дослідження було обрано такі шкали:

- рівень самоповаги,
- емоційне виснаження,
- редукція особистих досягнень,
- емоційно-діяльнісна адаптивність,
- деперсоналізація,
- рівень розвитку ЕІ.

Саме психологи та медичні працівники складають основний персонал лікарні, тому ці дві категорії було обрано для проведення дослідження.

Медичні працівники мають тісний контакт з пацієнтами, особливо в умовах стаціонару. Окремо слід звернути увагу на специфіку роботи

психологів у різних відділеннях лікарні. Різні пацієнти мають різні потреби, а отже, психологи стикаються з різними емоційними викликами. Розуміння емоцій пацієнтів, здатність до співпереживання та ефективна комунікація є важливими для створення комфортного середовища для пацієнтів та зменшення їхнього страху і тривоги. Психологи працюють безпосередньо з пацієнтами, надаючи психологічну допомогу паралельно з проходженням пацієнтами медичного лікування. Високий рівень ЕІ дозволяє їм більш ефективно встановлювати контакт з пацієнтами, розуміти їхні потреби та надавати індивідуальний підхід.

Для проведення опитування нам потрібно було зібрати необхідну інформацію, тому за основу взято було анкету Н. Хола, яку доповнено запитаннями з відповідних методик для визначення параметрів конкретних шкал, а також запитаннями для визначення професійно-вікової структури опитуваних

Процедура проведення дослідження. Опитування здійснювалося у письмовій формі в умовах, наближених до звичайного робочого середовища. Респондентам було надано чіткі інструкції. Час на виконання всіх методик становив орієнтовно 40–50 хвилин. Були дотримані етичні стандарти дослідження: добровільна участь, конфіденційність, право на відмову.

Методи обробки результатів. Отримані дані оброблялися кількісно (визначення середніх балів, ранжування, підрахунок частот), а також якісно – через порівняльний аналіз між групами (психологи – медики).

Оцінювання здійснювалося згідно з інструкціями до кожної методики. Результати були проаналізовані та представлені у вигляді таблиць, діаграм і аналітичних узагальнень, що будуть подані в наступному розділі.

Для проведення безпосередньо дослідження опитувальник Н. Холла [46] з 30 запитань із 6 варіантами відповідей (повністю не згоден/а (-3

бали); в основному не згоден/а (-2 бали); почасти не згоден/а (-1 бал); частково згоден/а (+1 бал); в основному згоден/а (+2 бали); повністю згоден/а (+3 бали)) було доповнено 4 запитаннями:

- 1) стать (чоловіча чи жіноча);
- 2) вік (до 30 років, від 31 до 40 років, від 41 до 50 років, від 51 до 60 років, старше 60 років);
- 3) посада (молодший медичний персонал, середній медичний персонал, старший медичний персонал, керівний склад, психолог);
- 4) освіта (вища медична, вища немедична, вища психологічна, середня спеціальна, професійно-технічна, загальна). Ці 4 пункти було додано для глибшого розуміння рівня емоційного інтелекту працівників досліджуваної лікарні.

Крім цього до даної анкети було додано питання, що подають необхідну дослідницьку інформацію за кожною шкалою. Узагальнену інформацію за кожною шкалою подано у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Опис шкал, використаних у дослідженні

Шкала	Характеристика	Кількість запитань	Вихідне джерело
Рівень самоповаги	Ця шкала оцінює ставлення людини до самої себе, її внутрішнє відчуття цінності та позитивного самосприйняття. Високий рівень самоповаги свідчить про впевненість у собі, стійкість до критики, здатність приймати себе. Низький – про невпевненість, самозвинувачення, занижену самооцінку.	10	[49]
Емоційне виснаження	Ця шкала відображає почуття хронічної втоми, перевантаженості та виснаження внутрішніх ресурсів у результаті роботи. Це перший і ключовий симптом професійного вигорання. Людина відчуває, що більше не може емоційно інвестуватися у свою діяльність.	9	[70]
Редукція особистих досягнень	Вимірює суб'єктивне сприйняття професійної неефективності, зниження впевненості у власних навичках, почуття безпорадності або марності праці. Працівник може почуватися неуспішним або непотрібним, навіть якщо об'єктивно це не	8	[70]

	так.		
Емоційно-діяльнісна адаптивність	Ця шкала оцінює здатність адаптуватися до змін, стресів і вимог середовища за допомогою ефективного емоційного реагування. Високі результати свідчать про психологічну гнучкість, емоційну стійкість і професійну витривалість.	23	[53]
Деперсоналізація	Оцінює рівень відчуження від пацієнтів/клієнтів, циніки, байдужості, які виникають як захисна реакція на емоційне виснаження. Часто проявляється у вигляді грубості, дистанції, байдужості до чужих проблем.	5	[70]

Загалом кожен респондент отримав такі методики:

1. Анкета визначення емоційного інтелекту (Додаток Д).
2. Опитувальник самоповаги (Додаток Б).
3. Методика оцінювання емоційної адаптивності (Додаток В).
4. Методика діагностики професійного вигорання (Додаток Г).

Для простоти заповнення й подальшої обробки отриманих даних анкети було оформлено у googl-формах. Обробка отриманих відомостей проводилася в пакеті Excel.

2.2 Аналіз результатів емпіричного дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту медичних працівників і психологів психіатричної лікарні

У результаті анкетного опитування, спрямованого на визначення рівня емоційного інтелекту, було проведено констатувальний експеримент. Для цього проаналізовано дані медичних працівників і психологів. Отримані результати дозволяють зробити низку висновків щодо особливостей проявів ЕІ в межах професійних груп (таблиці 2.3 – 2.6).

Загальний рівень емоційного інтелекту. Загалом, за вибіркою рівень ЕІ виявився вищим за середній у психологів і середнім у медичних працівників (див. табл. 2.3), що є типовим для професій, пов'язаних із

постійною взаємодією з людьми, високими емоційними навантаженнями і потребою в емпатійності, саморефлексії та емоційній витримці.

Це свідчить про наявність достатнього емоційного ресурсу, однак також вказує на потенціал для подальшого розвитку – детальніше на цьому зупинемося при аналізі окремих шкал.

Порівняння психологів і медичних працівників. Результати анкетування показали, що у психологів рівень емоційного інтелекту виявився дещо вищим, ніж у медичного персоналу (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Рівень емоційного інтелекту медичних працівників і психологів в результаті анкетного обстеження

Категорія працівників	Рівень		
	Низький	Середній	Високий
Психологи	0	10	5
Медичні працівники	3	11	1

Це може пояснюватися кількома факторами:

– психологи у вибірці потенційно мали більший практичний досвід і ґрунтовнішу професійну підготовку, ніж медики, які щодня контактують із пацієнтами в емоційно насичених ситуаціях;

– у медичних працівників вищий рівень самокритичності, що призводить до більш стриманої самооцінки в емоційній сфері;

– також психологи частіше рефлексують і визнають свої емоційні труднощі, що дозволяє їм вчасно реагувати на виникаючі виклики і покращувати свої навички у професійно складних ситуаціях.

Шкала «Управління своїми емоціями». На цій шкалі медичний персонал показав результати на 11% нижчі, ніж психологи. Це вказує на:

– нижчий рівень емоційної витривалості медичних працівників у щоденних складних ситуаціях (особливо у психіатрії);

– пріоритетність практичного контролю над емоціями, натренованого вже під час навчання і під час подальшої практики, порівняно з підходом поступового набуття відповідних навичок у процесі роботи, характерним для медичних працівників;

– це може говорити про більш адаптовану відповідь на стрес у психологів через розвиток механізмів емоційної відстороненості, що необхідно для збереження професійної ефективності.

Але також може свідчити про:

– професійний відбиток медичної професії на особистість – через повсякденний контакт із болем і стражданнями фахівці починають менше концентруватися на емоціях пацієнтів і формується певна професійна нечутливість;

– підвищений рівень емоційної виснаженості, коли відбувається емоційне відсторонення через внутрішню нестачу ресурсів і високе професійне навантаження.

Шкала «Розпізнавання емоцій інших людей». У цьому аспекті психологи показали кращі результати (на 13%), що повністю узгоджується з їхньою професійною підготовкою. Це свідчить про:

- високу міжособистісну чутливість;
- схильність до глибшого аналізу емоційних реакцій інших;
- професійну увагу до невербальних сигналів, емоційного фону ситуації, що є основою психодіагностики та консультативної роботи;
- більш глибоку обізнаність через професійні особливості.

Результати анкетування свідчать про відмінності в рівнях розвитку емоційного інтелекту між психологами та медичними працівниками:

Психологи:

- 62,5% – середній рівень EI,
- 31,5% – високий рівень,
- 6% – низький рівень або відсутній.

Медичні працівники:

- 68,75% – середній рівень EI,
- 6,25% – високий рівень,
- 18,75% – низький рівень.

Можливі причини виявленої динаміки:

1. Фахова підготовка психологів до емоційної роботи – психологи в межах професійної освіти опановують навички розпізнавання та регуляції емоцій, що забезпечує їм систематичний розвиток EI.

2. Недостатня увага до емоційної компетентності в підготовці медперсоналу – у навчальних програмах для медичних працівників, особливо середнього персоналу, теми емоційної саморегуляції та комунікативної емпатії часто залишаються поза увагою.

3. Емоційне виснаження як фактор зниження EI – наявність емоційного вигорання, що супроводжує роботу з психіатричними пацієнтами, знижує здатність до емоційної саморефлексії й контролю, що відображається в нижчих показниках EI.

4. Менші можливості для розвитку через стрес і перевантаження – хронічне професійне навантаження без підтримки не дає змоги медперсоналу розвивати власні емоційні ресурси або вивчати нові емоційні стратегії.

Рекомендації щодо підвищення рівня емоційного інтелекту медичного персоналу:

1. Розробка спеціалізованих тренінгових програм з розвитку EI за темами: розпізнавання власних емоцій, емоційна саморегуляція, емпатійне слухання, вирішення конфліктів без емоційного перенавантаження.

2. Включення психоедукації до післядипломної освіти – міні-курси, практичні сесії на робочому місці (наприклад, 1 раз на тиждень по 30 хвилин).

3. Супервізійна підтримка з фокусом на емоційні навантаження – фасилітовані зустрічі або підтримуючі кола (навіть раз на місяць) можуть знижувати ризик вигорання й сприяти розвитку емоційної гнучкості.

4. Індивідуальна робота через буклети, плакати, відеоінструкції – зрозумілий матеріал у візуальному форматі з порадами щодо практик заземлення, дихальних вправ, мікрорефлексій.

Дослідження показало достатньо низький рівень самоповаги медичних працівників (табл. 2.4).

Таблиця 2.4

Рівень самоповаги медичних працівників і психологів в результаті
анкетного обстеження

Категорія працівників	Рівень		
	Низький	Середній	Високий
Психологи	2	8	6
Медичні працівники	6	6	4

Результати анкетного дослідження засвідчили наявність суттєвих відмінностей у рівнях самоповаги між працівниками психіатричної лікарні залежно від їхньої професійної належності:

Серед психологів:

- 50% респондентів мають середній рівень самоповаги,
- 37,5% – високий рівень,
- лише 12,5% – низький рівень.

Серед медичних працівників:

- 37,5% мають середній рівень самоповаги,
- 37,5% – низький рівень,
- 25% – високий рівень.

Можливі причини таких результатів:

1. Відмінності в професійній підготовці та самоусвідомленні: психологи у своїй фаховій діяльності постійно працюють з особистісним досвідом, самоаналізом та розвитком рефлексивних навичок, що сприяє формуванню більш стійкої та позитивної самооцінки.

2. Різне навантаження та визнання з боку пацієнтів/системи: медичні працівники психіатричних закладів часто працюють у режимі перевантаження, при цьому рідше отримують емоційну віддачу чи вдячність від пацієнтів, що може знижувати відчуття власної професійної цінності.

3. Можливості самореалізації: психологи мають більше інструментів для відстеження власного емоційного стану й вигорання, тоді як у медичних працівників доступ до таких ресурсів обмежений.

Культура підтримки та зворотного зв'язку: у колективах, де домінує формальний стиль спілкування та мінімальний зворотний зв'язок, складніше підтримувати стабільну позитивну самооцінку.

Як можна вплинути на підвищення самоповаги медичного персоналу:

1. Психоедукація щодо самооцінки та самопідтримки – проведення коротких навчальних сесій або тренінгів про важливість самоповаги, прийняття себе, межі у спілкуванні з пацієнтами.

2. Впровадження програми внутрішньої підтримки – ритуали позитивного зворотного зв'язку на внутрішніх нарадах, можливість ділитися труднощами у безпечному форматі, анонімна скринка скарг і побажань щодо умов роботи для впровадження курівництвом.

3. Профілактика професійного вигорання – впровадження регулярних антистресових міні-сесій, фокус на емоційній компетентності персоналу.

4. Підтримка з боку керівництва – визнання досягнень, символічні винагороди, публічне підкреслення важливості праці медичного персоналу.

Що стосується рівня емоційно-діяльнісної адаптивності, то за результатами обстеження у медичних працівників він переважно середнього рівня (табл. 2.5).

Таблиця 2.5

Рівень емоційно-діяльнісної адаптивності медичних працівників і психологів в результаті анкетного обстеження

Категорія працівників	Рівень		
	Низький	Середній	Високий
Психологи	0	7	9
Медичні працівники	2	11	3

Результати анкетного обстеження свідчать про відмінності в рівні емоційно-діяльнісної адаптивності між працівниками психіатричної лікарні різного професійного профілю:

Психологи:

- 56,25% – високий рівень адаптивності,
- решта мають середній рівень,
- низький рівень не зафіксований.

Медичні працівники:

- 68,75% – середній рівень,
- 18,75% – високий рівень,
- 12,5% – низький рівень.

Можливі причини виявленої різниці:

1. Фахова підготовка психологів до роботи з емоціями та стресом – психологи володіють ширшим інструментарієм з емоційної саморегуляції, саморефлексії, що допомагає їм швидше адаптуватися до змін та підтримувати внутрішню рівновагу в стресових умовах.

2. Відсутність достатньої психологічної підтримки медичного персоналу – медпрацівники часто мають менше ресурсів для психологічного розвантаження, працюють у режимі постійного фізичного й емоційного напруження, що знижує адаптаційні можливості.

3. Хронічне перевантаження і брак контролю над обставинами. В умовах психіатричної лікарні, особливо в період воєнного стану, відсутність стабільності, непередбачувані ситуації з пацієнтами та відповідальність сприяють накопиченню психоемоційного виснаження.

Як підвищити рівень емоційно-діяльній адаптивності медичних працівників:

1. Навчання технікам короткострокового відновлення (практики самодопомоги): дихальні техніки, мікропаузи в роботі, вправи на заземлення; навички розмежування «робочого» й «особистого» простору.

2. Мікротренінги з розвитку гнучкого мислення – практики когнітивної реструктуризації, навички роботи з негативними автоматичними думками.

3. Психоедукація з тем саморегуляції та стрес-менеджменту – інформаційні міні-сесії з прикладними порадами: «як діяти у критичних ситуаціях», «як швидко знизити рівень тривоги».

4. Підтримка від колег і керівництва (неформальна й формальна): обговорення труднощів без оцінювання; створення умов для короткого розвантаження під час зміни.

Рівні емоційного виснаження медичних працівників і психологів подані у табл. 2.6

Таблиця 2.6

Рівень емоційного виснаження медичних працівників і психологів в результаті анкетного обстеження

Категорія працівників	Рівень		
	Низький	Середній	Високий

Психологи	8	8	–
Медичні працівники	4	8	4

Результати анкетного обстеження засвідчили відмінності у поширеності емоційного виснаження серед двох професійних груп:

Психологи:

- 50% – середній рівень емоційного виснаження,
- 50% – низький рівень,
- високий рівень не зафіксовано.

Медичні працівники:

- 50% – середній рівень,
- 25% – високий рівень,
- 25% – низький рівень.

Можливі причини виявленої ситуації:

1. Інтенсивність емоційних навантажень у медиків – медичні працівники постійно контактують з пацієнтами у кризових станах, що в умовах нестачі часу, персоналу й ресурсів призводить до хронічного виснаження.

2. Обмежений вплив на перебіг подій – висока відповідальність при обмеженій можливості змінити ситуацію або забезпечити належне лікування може викликати фрустрацію й емоційне вигорання.

3. Брак механізмів психологічного відновлення – на відміну від психологів, які володіють навичками саморефлексії, саморегуляції та розпізнавання симптомів виснаження, медичні працівники часто не мають системної підготовки з цих аспектів.

4. Культура мовчазного страждання – у медичному середовищі існує негласне очікування «витримувати все», що знижує ймовірність звернення по підтримку на ранніх етапах емоційного виснаження.

Як вплинути на зниження рівня емоційного виснаження в майбутньому:

1. Впровадження регулярних психопрофілактичних практик – короткі заняття з релаксації, дихальних вправ, емоційного «скидання» в кінці зміни.
2. Супервізійні групи або групи підтримки для медиків – навіть 1 зустріч на місяць із фасилітатором може значно знизити накопичене емоційне напруження.
3. Мікроінтервенції у робочий день – зонування місць відпочинку, візуальні нагадування про самодопомогу (наприклад, плакати з дихальними техніками).
4. Підготовка медперсоналу до розпізнавання ознак виснаження – міні-лекції або буклети про симптоми, ризики і способи самодопомоги (у партнерстві з психологами).

Таким чином, рівень емоційного інтелекту в усіх професійних групах є задовільним, проте специфіка проявів ЕІ залежить від характеру професійної діяльності. Медичні працівники демонструють нижчу здатність до емоційного самоконтролю, крім того психологи мають кращі навички розпізнавання емоцій інших людей. Але кожна група виявила потенціал до зростання рівня ЕІ і потребує відповідних цільових програм його розвитку з урахуванням актуальних професійних потреб.

2.3. Психологічні особливості самоповаги, емоційно-діяльної адаптивності та професійного вигорання медичних працівників з різним рівнем емоційного інтелекту

У ході проведеного анкетного опитування, яке включало застосування методики Зелінської Т.М. і Михайлової І.М. для дослідження самоповаги, було виявлено, що більшість медичних працівників психіатричної лікарні мають середній рівень самоповаги (54% медичних

працівників). Цей результат є багатовимірним і пояснюється як психологічними характеристиками особистості медиків, так і специфікою їх професійної діяльності.

Медичні працівники, що працюють у психіатричній сфері, щоденно контактують з пацієнтами, які мають порушення психіки, часто виявляють агресивну або деструктивну поведінку, що вимагає високої емоційної стійкості, витримки та самоконтролю. Постійний контакт із важкими життєвими історіями, спостереження за стражданням пацієнтів, нерідко – без швидкого чи видимого покращення, формує у медиків хронічне емоційне навантаження, яке поступово може трансформуватись у внутрішню напругу, сумніви у власній ефективності та відчуття недостатньої реалізації.

Самоповага медичних працівників у цьому контексті часто формується на основі конфлікту між внутрішніми очікуваннями та реальністю професійної діяльності. З одного боку, медик зацікавлений у допомозі, гуманності, соціальній важливості своєї професії. З іншого – він регулярно стикається з низькою оплатою праці, перевантаженням, адміністративними обмеженнями та браком зовнішньої вдячності чи визнання. Це створює деформацію образу себе як професіонала, що знижує самоповагу до середнього рівня, навіть попри високий професіоналізм.

Особливістю самоповаги у цій групі є також виражена самокритичність, яка, з одного боку, свідчить про зрілість особистості, але з іншого – при хронічному вигоранні або зниженому емоційному фоні може мати деструктивний характер. Медики у психіатричній сфері нерідко орієнтовані на служіння, жертівність, ігноруючи власні потреби, що також відображається у відповідях на зворотні пункти анкети: учасники визнають певні позитивні якості. Зокрема у відповідях на питання: 3 – «Мені здається, що у мене є низка позитивних якостей», 4 – «Я здатен дещо робити не гірше, ніж більшість», 6 – «Я до себе добре ставлюся» переважно відповіді

«погоджуюся» (75% респондентів – тобто 12 з 16)) або «повністю погоджуюся» (близько 19% (або 3 з 16 респондентів) і 1 відповідь «не погоджуюся» – 6%) Одночасно вони можуть виявляти сумніви в цінності своєї праці, втомленість і внутрішню нестабільність (через зворотні пункти: 2 – «Я завжди схильний відчувати себе невдахою», 5 – «Мені здається, що мені особисто немає чим пишатися», 8 – «Мені хотілося б більше поважати себе», 9 – «Іноді я ясно відчуваю свою нікчемність», 10 – «Іноді я думаю, що в усьому поганий»). На ці питання було отримано відповідь «погоджуюся» у приблизно 65% випадків, тобто більше, ніж в половини респондентів. Це формує змішаний профіль, характерний саме для середнього рівня самоповаги.

Отже, середній рівень самоповаги у працівників психіатричної лікарні не є ознакою проблеми, але потребує підтримки й розвитку, особливо в умовах воєнного часу та постійного навантаження. Розвиток емоційного інтелекту, психогігієна, системна підтримка з боку адміністрації – це чинники, які можуть сприяти підвищенню самоповаги й психологічного добробуту фахівців.

У межах дослідження психологічного стану медичних працівників психіатричної лікарні було застосовано методику оцінювання емоційно-діяльнісної адаптивності (О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко та ін., 2009 [55]). Результати свідчать про те, що більшість учасників опитування продемонстрували середній рівень адаптивності (81, 25% опитуваних).

Цей рівень є показником того, що респонденти мають базовий емоційний ресурс для виконання професійних обов'язків, проте здатність кожної людини до гнучкого реагування на стресові ситуації обмежена.

Медичні працівники психіатричної лікарні працюють у емоційному середовищі, що відрізняється постійною напругою. Щоденні контакти з пацієнтами, які мають глибокі психічні розлади, потребують досить високого рівня саморегуляції, психологічної витривалості і толерантності

до страждань іншої людини. Поряд із цим, в умовах високої відповідальності і напруги, нестачі необхідних ресурсів і обмеженості персоналу, формуються хронічні стани напруження, які порушують здатність до повноцінної адаптації.

Середній рівень адаптивності свідчить про наявність частих епізодів тривоги, втоми, надмірної сенситивності та внутрішнього напруження. Респонденти можуть відчувати зниження концентрації уваги, психоемоційну збудливість, схильність до емоційного реагування на незначні подразники. Це знижує стійкість до професійного вигорання та ускладнює виконання обов'язків у критичних умовах.

У структурі емоційно-діяльнісної адаптації медичних працівників психіатричного профілю чітко простежуються такі особливості:

1) Наявність загальної тривожності – як на когнітивному, так і на соматичному рівні (наприклад, труднощі з концентрацією, порушення сну, психосоматичні реакції). Таку особливість ми простежуємо у позитивних відповідях на запитання: №9 – «Часом я так хвилююся, що не можу спати» (25% опитаних), №12 – «Я часто хвилююся з приводу чогось» (12,5% відповідей), №21 – «Я завжди напружений» (31,25% респондентів).

Ці твердження описують порушення концентрації, постійну тривогу, соматичні симптоми безсоння – класичні маркери тривожності.

2) Емоційна гіперреактивність – чутливість до міжособистісних конфліктів, впливу середовища, зниження порогу фрустрації. Це демонструють наступні позитивні відповіді: №10 – «Мене легко вивести з рівноваги» (12,5% опитаних), №15 – «Коли мені потрібно чекати, я нервуюся» (18,75% відповідей).

3) Фізіологічні прояви стресу – пітливість, тремор, м'язова напруга у відповідях медичних працівників майже відсутні. Це підтверджується негативними відповідями на запитання: №4 – «Коли я щось роблю, мої руки трясуться», №6 – «Я пітнію навіть у холодну погоду», №7 – «Я

постійно відчуваю голод». Але позитивну відповідь на запитання №8 – «У мене часто болить шлунок» дали 12,5% респондентів. Цей симптом свідчить про тривалий стресовий стан у двох з 16 опитуваних.

4) Відчуття зниження ефективності – у вигляді втоми, апатії, уникання труднощів. Підтверджується позитивними відповідями на запитання:

№1 – «Працюючи, я втомлююсь» (81,25% опитаних), №18 – «Часом я відчуваю, що ні до чого не придатний» (1 позитивна відповідь, що становить 6,25% опитаних), №22 – «Часом я відчуваю себе розбитим» (31,25%).

Водночас, середній рівень адаптивності відкриває можливості для розвитку. Це означає, що працівники зберігають певний рівень внутрішнього контролю, усвідомлюють потребу в емоційній саморегуляції, здатні частково відновлюватися та адаптуватися до умов професійного навантаження.

Отже, результати дослідження свідчать про необхідність реалізації заходів психопрофілактики, розвитку емоційного інтелекту, регулярної психологічної підтримки для підвищення емоційної стійкості, зниження ризику професійного вигорання та збереження адаптивного ресурсу медичних працівників.

Результати анкетування медичних працівників психіатричної лікарні свідчать про те, що 50% мають середній рівень професійного вигорання, а ще 25% – високий рівень. Дослідження проводилося за методикою К. Маслач і С. Джексона в адаптації Н.Є. Водоп'янової, що дозволяє діагностувати три ключові компоненти вигорання: емоційне виснаження, деперсоналізацію та редукцію особистих досягнень.

Професійне вигорання тісно пов'язане з рівнем емоційного інтелекту, зокрема з його компонентами, такими як емоційна саморегуляція, емпатія, самомотивація та здатність будувати

міжособистісні стосунки. Аналіз відповідей на окремі запитання анкети дозволяє виявити психологічні особливості ЕІ у медичних працівників, що схильні до вигорання.

Емоційне виснаження та емоційна саморегуляція. Високі показники за шкалою емоційного виснаження (питання 1 – «Я відчуваю себе емоційно спустошеним», 2 – «Після роботи я відчуваю себе як «вичавлений лимон», 3 – «Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу», 6 – «Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього», 14 – «Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше», 16 – «Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього і всіх») вказують на зниження здатності до керування власними емоційними станами. Наприклад:

Питання 1,2 і 3 – вказують на втому, виснаження, небажання йти на роботу – відповідь «дуже часто» дали 8 з 16 респондентів;

Питання 6, 14 і 16, – свідчать про потребу в ізоляції, апатію, втрату енергії. Відповідь «часто» дали 43,75% опитаних.

Це говорить про низьку емоційну витривалість і виснаження ресурсів, необхідних для ефективної саморегуляції.

Деперсоналізація та емпатія. Деперсоналізація (питання 5 – «Я спілкуюся з дітьми, батьками, колегами цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму», 10 – «Останнім часом я став більш черствим (нечутливим) у ставленні до тих, з ким працюю», 22 – Іноді колеги перекладають на мене вантаж своїх проблем і обов'язків) виявляється у зниженні емпатійності, дистанціюванні та зростанні цинізму:

Питання 5 і 10 – демонструють прагнення до формального спілкування, зниження емоційної залученості. Відповідь «часто» дали 58,3% медиків у опитуванні;

Питання 22 – виражає почуття тиску з боку колег, втрату емоційного

контролю у взаємодії. Відповідь «часто» дали 62,5% медиків у опитуванні

Ці відповіді відображають зниження здатності розуміти й підтримувати емоційні зв'язки, що є критичним аспектом емоційного інтелекту в медичній сфері.

Редукція особистих досягнень та самомотивація. Низькі бали за шкалою особистих досягнень (питання 4 – «Я добре розумію, що відчувають діти та колеги, та використовую це в інтересах справи», 12 – «У мене багато планів на майбутнє і я вірю в їх здійснення», 17 – «Я можу легко створити атмосферу доброзичливості і співпраці при спілкуванні з дітьми та колегами», 19 – «Я багато встигаю зробити», 21 – «Я багато чого ще зможу досягти в своєму житті») сигналізують про падіння самомотивації, невпевненість у власній ефективності та професійній спроможності:

Питання 4, 17 і 19 – ілюструють зниження впевненості у професійних діях, труднощі з реалізацією соціальних навичок. Відповідь «іноді» отримано в 43,75% респондентів;

Питання 12 і 21 – демонструють ослаблення віри у майбутнє та професійне зростання. На це запитання «іноді» і «дуже рідко» дали відповідь 56,25% опитуваних. Це свідчить про ерозію внутрішньої мотивації, що прямо пов'язано з функцією самомотивації в ЕІ.

Таким чином, якщо підсумувати відповіді, то можна зробити висновок, що медичні працівники психіатричної лікарні демонструють знижену емоційну стійкість, вразливу емпатію та ослаблену самомотивацію, що вказує на часткову недостатність компонентів емоційного інтелекту у контексті професійного вигорання. Високий рівень емоційного навантаження без адекватної підтримки чи стратегій саморегуляції сприяє розвитку симптомів вигорання.

Таким чином, підвищення емоційного інтелекту – зокрема розвиток емоційної саморегуляції, емпатії та мотиваційної компетентності – має

бути ключовим напрямом інтервенцій для профілактики професійного вигорання серед медиків психіатричної сфери.

На основі отриманої через анкетування інформації було також проведено кореляційний аналіз рівня ЕІ із рівнями самоповаги, емоційно-діяльнійної адаптивності і рівня емоційної виснаженості (див. дод.).

Отримані результати свідчать про наявність значущих кореляцій між рівнем емоційного інтелекту та низкою важливих психологічних характеристик як у психологів, так і в медичних працівників.

Зокрема, для обох професій спостерігається помірна позитивна кореляція між ЕІ та рівнем самоповаги ($r = 0,37$ у психологів та $r = 0,26$ у медичних працівників). Це свідчить про те, що особи з вищим емоційним інтелектом краще усвідомлюють власні емоції, що позитивно впливає на їхню самооцінку.

Негативна кореляція між ЕІ та емоційним виснаженням ($r = -0,40$ у психологів і $r = -0,50$ у медиків) демонструє, що високий емоційний інтелект сприяє зменшенню рівня хронічної втоми та перевантаження. Зокрема, медичні працівники мають вищу чутливість до вигорання, і тому роль ЕІ у цій групі є ще важливішою.

Редукція особистих досягнень виявила помірну негативну кореляцію з ЕІ ($r = -0,42$ для психологів і $r = -0,39$ для медиків), що свідчить про здатність осіб з високим ЕІ підтримувати відчуття професійної значущості навіть у складних умовах.

Емоційно-діяльнійна адаптація також позитивно корелює з емоційним інтелектом ($r \approx 0,54$ для психологів і $0,51$ для медичних працівників), підтверджуючи, що ЕІ полегшує пристосування до нових або стресових умов праці.

Іншою важливою знахідкою є негативна кореляція між ЕІ та деперсоналізацією – $r = -0,34$ для психологів та $r = -0,52$ для медиків. Це означає, що високий ЕІ допомагає зменшити відсторонення та цинічне

ставлення до пацієнтів або клієнтів, що особливо важливо для підтримки професійної етики.

Загалом, результати свідчать про те, що емоційний інтелект є ключовим чинником адаптивності, емоційного благополуччя та збереження професійної ефективності у представників допоміжних професій. При цьому психологи демонструють вищий рівень емоційної компетентності, тоді як медичні працівники мають більшу залежність від ЕІ у протидії симптомам професійного вигорання.

Висновки до розділу:

1. У межах проведеного констатувального етапу дослідження було виявлено низку важливих емпіричних закономірностей, що характеризують рівень розвитку емоційного інтелекту і його взаємозв'язок із професійним вигоранням у представників двох професійних груп – психологів і медичних працівників психіатричної лікарні.

2. Загальний рівень емоційного інтелекту в досліджуваних групах є задовільним, проте має різну вираженість: у психологів переважає рівень вище за середній, тоді як у медичних працівників – переважно середній. Це підтверджує припущення, що рівень ЕІ пов'язаний із характером професійної діяльності: обсяг міжособистісних контактів, потреба в емпатії, саморефлексії та психоемоційній стабільності визначають розвиток окремих складових емоційної компетентності.

2. Шкали ЕІ відображають специфіку професійних обов'язків:

– психологи виявляють вищий рівень розпізнавання емоцій інших людей (на 13%), що узгоджується з їхньою підготовкою до емоційно-чутливих інтервенцій.

– медичні працівники мають нижчий рівень управління власними емоціями (на 11%), що може бути зумовлено хронічним стресом і перевантаженням, а також недостатньою підготовкою в напрямі саморегуляції.

3. Встановлено зв'язок між рівнем розвитку ЕІ та окремими показниками професійного вигорання:

– у групі психологів високий рівень емоційного виснаження не виявлений, тоді як у медичних працівників 25% мають високий рівень, що свідчить про захисну роль ЕІ проти емоційного вигорання;

– аналогічна тенденція спостерігається і щодо самоповаги: психологи частіше демонструють середній і високий рівень, тоді як у медичних працівників частіше зустрічається низький рівень, що може бути опосередковане слабшими навичками емоційної самопідтримки.

4. Порівняльний аналіз виявив, що кожна з груп має свої сильні сторони та зони розвитку:

– психологи більш компетентні в емпатії та розпізнаванні емоцій, що забезпечує кращу якість психологічної допомоги;

– медичні працівники, незважаючи на нижчий рівень самоконтролю, демонструють достатній потенціал для розвитку емоційної витривалості через впровадження відповідних програм підтримки.

5. Отримані результати підкреслюють доцільність розроблення цільових тренінгових і психопросвітницьких програм, спрямованих на розвиток емоційного інтелекту з урахуванням специфіки діяльності кожної групи. Це може стати ефективною профілактикою професійного вигорання та засобом підвищення психологічного благополуччя персоналу психіатричних медичних установ.

РОЗДІЛ 3

ПСИХОКОРЕКЦІЙНА РОБОТА РОЗВИТКУ ПОЗИТИВНОГО САМОСТАВЛЕННЯ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

3.1 Теоретичне обґрунтування програми соціально-психологічного тренінгу з розвитку емоційного інтелекту в медичних працівників

Розробка програми соціально-психологічного тренінгу з розвитку емоційного інтелекту у медичних працівників ґрунтується на актуальності формування емоційної компетентності в умовах підвищеного емоційного навантаження та психоемоційної напруги, з якими щоденно стикаються фахівці медичної сфери, особливо у психіатричних установах.

Професійна діяльність медичного персоналу вимагає постійної емоційної включеності, стресостійкості, навичок ефективної комунікації та емоційної саморегуляції. Згідно з результатами проведеного дослідження, вищий рівень емоційного інтелекту корелює зі зниженим рівнем професійного вигорання, підвищенням задоволеності працею, покращенням якості комунікації та підвищенням загального психологічного добробуту.

У програмі має бути враховано концепцію емоційного інтелекту як здатності особистості розпізнавати, розуміти, регулювати власні емоції та емоції інших людей. Основу тренінгової програми, на нашу думку, має складати інтегративний підхід, що повинен включати:

- когнітивно-поведінкові елементи;
- стратегії емоційної саморегуляції;
- соціально-перцептивні навички.

Тренінгова програма покликана розвивати здатність усвідомлювати власні емоції, керувати ними, виявляти співпереживання, підтримувати

внутрішню мотивацію та налагоджувати результативну міжособистісну комунікацію.

Основні завдання самої програми:

- підвищення здатності ідентифікувати власні емоційні стани;
- формування стратегій керування емоціями в стресових умовах;
- розвиток навичок розпізнавання емоцій інших людей;
- формування емоційної витривалості у професійній діяльності;
- підвищення командної взаємодії та психологічної гнучкості.

Методи, що будуть використовуватися в тренінгу (рольові ігри, психоедукація, техніки дихання, техніки заземлення, моделювання кризових ситуацій), повинні ґрунтуватися на доказових підходах до розвитку емоційної компетентності і профілактики вигорання, тому, проаналізувавши актуальні наукові джерела [25, 81], покажемо нижче, чому саме ці методи слід використовувати у запропонованій нами тренінговій програмі.

1. Рольові ігри

Суть методу. Рольові ігри – це інтерактивна форма навчання, де учасники відтворюють реальні або змодельовані ситуації, виконуючи певні ролі.

Функції:

1. Розвиток емпатії та навичок міжособистісного спілкування.
2. Тренування навичок реагування в кризових ситуаціях.
3. Підвищення впевненості у власних професійних діях.

Доцільність використання: У психіатричних лікарнях медичні працівники та психологи часто стикаються з непередбачуваними ситуаціями. Рольові ігри дозволяють безпечно відпрацювати можливі сценарії взаємодії з пацієнтами, що сприяє зниженню рівня тривожності та покращенню професійної підготовки.

2. Психоедукація

Суть методу. Психоедукація – це процес надання інформації про психічне здоров'я, механізми стресу, емоційного вигорання та способи їх подолання.

Функції:

1. Підвищення обізнаності про психоемоційні процеси.
2. Формування навичок самодопомоги та саморегуляції.
3. Зниження стигматизації психічних розладів.

Доцільність використання: Освітній компонент є критично важливим для медичних працівників, оскільки дозволяє їм краще розуміти власні емоційні реакції та ефективно взаємодіяти з пацієнтами, що сприяє зменшенню ризику професійного вигорання.

3. Техніки дихання

Суть методу. Техніки дихання включають вправи, спрямовані на контроль дихання для зниження фізіологічного збудження та емоційної напруги.

Функції:

1. Зменшення симптомів стресу та тривоги.
2. Покращення концентрації та уваги.
3. Сприяння фізичному розслабленню.

Доцільність використання: У стресових умовах роботи в психіатричних закладах техніки дихання є ефективним інструментом для швидкої саморегуляції та підтримки психоемоційного балансу.

4. Техніки заземлення

Суть методу. Техніки заземлення – це методи, які допомагають людині зосередитися на теперішньому моменті, використовуючи фізичні відчуття та навколишнє середовище.

Функції:

1. Стабілізація емоційного стану.

2. Зниження інтенсивності дисоціативних симптомів.

3. Підвищення відчуття контролю над ситуацією.

Доцільність використання: Медичні працівники та психологи можуть використовувати ці техніки для самодопомоги в умовах високого стресу, а також навчати їм пацієнтів для покращення їхньої адаптації.

5. Моделювання кризових ситуацій

Суть методу. Моделювання кризових ситуацій передбачає створення умов, максимально наближених до реальних, з метою відпрацювання дій у надзвичайних обставинах.

Функції:

1. Підвищення готовності до дій у реальних кризових ситуаціях.

2. Відпрацювання алгоритмів реагування та взаємодії в команді.

3. Виявлення та корекція можливих помилок у безпечному середовищі.

Доцільність використання: У психіатричних лікарнях можливі ситуації, що вимагають негайного та злагодженого реагування. Моделювання таких ситуацій дозволяє персоналу підготуватися до них, зменшуючи ризик помилок та підвищуючи ефективність дій.

Висновок:

Застосування зазначених методів у тренінгах для медичних працівників і психологів психіатричних лікарень є обґрунтованим та ефективним. Вони сприяють розвитку професійних навичок, підвищують стресостійкість та забезпечують кращу якість надання психіатричної допомоги.

У тренінгах для медичних працівників і психологів психіатричних лікарень доцільно використовувати такі методики, як рольові ігри, психоедукація, техніки дихання, техніки заземлення та моделювання кризових ситуацій. Ці інтервенції спрямовані на розвиток емоційного

інтелекту, підвищення стресостійкості та профілактику професійного вигорання.

Рольові ігри

Суть. Учасники відтворюють типові або складні професійні ситуації, виконуючи різні ролі (пацієнт, колега, керівник).

Функції:

1. Розвиток емпатії та навичок емоційного самоконтролю.
2. Відпрацювання моделей поведінки в складних комунікативних ситуаціях.
3. Підвищення впевненості у взаємодії з пацієнтами та колегами.

Приклад вправи: Інсценування ситуації, де медичний працівник стикається з агресивною поведінкою пацієнта. Учасники відпрацьовують стратегії деескалації конфлікту.

Психоедукація

Суть. Освітні сесії, спрямовані на підвищення обізнаності про стрес, емоційне вигорання та методи саморегуляції.

Функції:

1. Формування розуміння психологічних процесів.
2. Навчання технікам самодопомоги та профілактики вигорання.
3. Підвищення мотивації до самозбереження та розвитку емоційної компетентності.

Приклад вправи: Презентація про стадії емоційного вигорання з подальшим обговоренням особистого досвіду учасників.

Техніки дихання

Суть. Практики усвідомленого дихання для зниження рівня стресу та тривожності.

Функції:

1. Регуляція фізіологічних реакцій на стрес.
2. Покращення концентрації та емоційної стабільності.

3. Зниження симптомів тривожності та напруги.

Приклад вправи: Техніка «4-7-8»: вдих на 4 секунди, затримка дихання на 7 секунд, видих на 8 секунд.

Техніки заземлення

Суть. Методи, що допомагають повернути увагу до теперішнього моменту та зменшити вплив стресових думок.

Функції:

1. Зниження рівня тривожності та дисоціації.
2. Підвищення усвідомленості та контролю над емоціями.
3. Стабілізація психоемоційного стану.

Приклад вправи: Вправа «5-4-3-2-1»: назвати 5 предметів, які бачите, 4 звуки, які чуєте, 3 речі, які можете відчувати на дотик, 2 запахи та 1 смак.

Моделювання кризових ситуацій

Суть. Відтворення потенційно стресових або кризових ситуацій для відпрацювання ефективних стратегій реагування.

Функції:

1. Підготовка до реальних викликів у професійній діяльності.
2. Розвиток навичок швидкого прийняття рішень.
3. Зміцнення впевненості у власних силах.

Приклад вправи: Сценарій, де медичний працівник повинен надати першу психологічну допомогу пацієнту в стані паніки.

Очікувані результати впровадження програми, розробленої на такому підґрунті:

- покращення показників емоційної обізнаності, саморегуляції та емпатії;
- зниження частоти симптомів професійного вигорання;
- підвищення психологічної витривалості та якості взаємодії з пацієнтами;
- розвиток навичок конструктивного реагування в умовах ескалацій.

Таким чином, нами запропонована тренінгова програма, побудована з урахуванням всіх вищевказаних умов, і має чітке наукове підґрунтя, відповідає запитам сучасної медичної практики та спрямована на підвищення психологічної компетентності медичних працівників у кризових умовах.

Тренінгова програма укладена на основі [3, 31, 81]. Її складають 4 блоки:

1. Блок 1. Розвиток емоційного інтелекту, складається з 2 тренінгів:
 - Тренінг 1 «Розпізнавання емоцій і тілесні індикатори»;
 - Тренінг 2 «Емоційна саморегуляція в кризових умовах».
2. Блок 2. Зниження емоційного виснаження, складається з 2 тренінгів:
 - Тренінг 3 «Ресурсне коло підтримки»;
 - Тренінг 4 «Психологічне відновлення і самодопомога».
3. Блок 3. Підвищення емоційно-діяльнісної адаптації, складається з 2 тренінгів:
 - Тренінг 5 «Гнучке мислення в професійній діяльності»;
 - Тренінг 6 «Стрес-менеджмент у щоденній роботі»
4. Блок 4. Зміцнення професійної ідентичності, складається з 2 тренінгів:
 - Тренінг 7: «Моя професійна місія»;
 - Тренінг 8: «Професійне оновлення і пошук внутрішніх ресурсів як інструмент самозбереження».

Загальна тривалість сформованої тренінгової програми – 12 астрономічних годин (або 8 тренінгових занять по 90 хвилин).

Блок 1. Розвиток емоційного інтелекту

Тренінг 1: «Розпізнавання емоцій і тілесні індикатори»

Мета: навчити учасників розпізнавати базові емоції за власними тілесними реакціями та невербальними сигналами інших людей.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття:

1. Вступ (10 хв): пояснення значення розпізнавання емоцій у медичній практиці.

2. Міні-лекція: базові емоції (гнів, страх, сум, радість, огида, подив) – як вони проявляються тілесно (10 хв).

3. Вправа «Моє емоційне дзеркало» (15 хв): учасники визначають, як тіло реагує на кожну емоцію.

4. Вправа «Фотопортрети емоцій» (20 хв): аналіз зображень емоцій на фото (для підвищення наочності учасники вчаться визначати окремі емоції за фотографіями, які присутні мають у галереях своїх мобільних телефонів).

5. Групова робота (20 хв): розбір робочих ситуацій, де важливо вчасно зчитати емоційний стан пацієнта.

6. Рефлексія (15 хв): що було складно, що – несподівано.

Тренінг 2: «Емоційна саморегуляція в кризових умовах»

Мета: сформувати навички самостійного емоційного врівноваження під час стресових ситуацій на роботі.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття:

1. Вступ і обговорення особистого досвіду саморегуляції (10 хв).

2. Міні-лекція: що таке емоційна саморегуляція і як вона працює.

3. Практика дихання за квадратом (15 хв): вдих – 4 с, затримка – 4 с, видих – 4 с, затримка – 4 с.

4. Вправа «Розсипатися – зібратися» (20 хв): відновлення після тривоги.

5. Рольова гра (30 хв): реагування на агресивного пацієнта без втрати контролю (вправи на запобігання конфліктам).

6. Рефлексія (15 хв): «Що я можу використати завтра?»

Матеріали:

- картки з назвами емоцій;
- малюнки з виразами обличчя;
- інструкції до дихальних і сенсорних практик.

Ці тренінгові заняття слугують основою для розвитку емоційної обізнаності та самоконтролю у медичних працівників у складних умовах клінічного середовища.

Блок 2. Зниження емоційного виснаження

Тренінг 3: «Ресурсне коло підтримки»

Мета: створити простір безпечного обміну емоціями та розвитку навичок взаємопідтримки в колективі.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття:

1. Вступ: пояснення важливості колективної підтримки (10 хв).
2. Вправа «Коло підтримки»: кожен учасник ділиться позитивним досвідом колективної взаємодії (15 хв).
3. Міні-лекція: що таке емоційне виснаження та його ознаки (10 хв).
4. Вправа «Емоційна аптечка»: колективна гра, під час якої учасники формують разом аптечку самозахисту – кожен розповідає, що допомагає саме йому впоратися зі складними ситуаціями (20 хв).
5. Рольові ситуації: практика конструктивної підтримки колеги у стані перевантаження (20 хв).
6. Рефлексія: обговорення ефекту тренінгу (15 хв).

Тренінг 4: «Психологічне відновлення і самодопомога»

Мета: сформувати навички виявлення власного виснаження та використання ефективних технік відновлення.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття:

1. Вступ: «Мій рівень енергії зараз» – шкала (5 хв).

2. Міні-лекція: механізми психологічного вигорання (10 хв).

3. Вправа «Мій ресурсний день»: учасники планують день, наповнений ресурсами (15 хв).

4. Практика BASIC (Молі Лохар) і визначення своїх базових опор кожним з учасників (35 хв).

5. Обговорення бар'єрів до регулярної самодопомоги та пошук шляхів їх подолання (15 хв).

6. Рефлексія: що взяв із собою (10 хв).

Матеріали:

1 Пам'ятки з техніками відновлення.

2 Інструкції до методики BASIC (Молі Лохар).

3 Шаблони «емоційної аптечки» та «ресурсного дня».

Блок 3. Підвищення емоційно-діяльнісної адаптивності

Тренінг 5: «Гнучке мислення в професійній діяльності»

Мета: формування здатності адаптувати поведінку та мислення в умовах змін, стресу та професійних викликів.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття:

1. Вступ: приклади негнучких реакцій на зміну ситуацій (10 хв).

2. Міні-лекція: поняття когнітивної гнучкості, її значення у роботі медичного персоналу (10 хв).

3. Вправа «Зміна сценарію»: учасники розігрують ситуацію з альтернативними розв'язаннями (20 хв).

4. Вправа «Як можна інакше?»: формування нових інтерпретацій подій (20 хв).

5. Групова дискусія: бар'єри гнучкості в командній роботі (15 хв).

6. Рефлексія: які нові способи реагування я знайшов (15 хв).

Тренінг 6: «Стрес-менеджмент у щоденній роботі»

Мета: навчити учасників управляти стресом шляхом використання когнітивних і поведінкових технік.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття:

1. Вступ: «Мій рівень стресу сьогодні» – міні-опитування (5 хв).
2. Міні-лекція: фази стресу та фактори професійного перевантаження (10 хв).
3. Вправа «Стресограма»: учасники складають карту власних стресових тригерів (15 хв).
4. Практика: техніка «переписування думок» (за методикою когнітивної реструктуризації) – 20 хв.
5. Вправа «Мій план антистресу»: учасники розробляють особисті стратегії подолання стресових для них явищ (20 хв).
6. Рефлексія: що змінилось у моєму ставленні до стресу (15 хв).

Матеріали:

1. Метафоричні картки з прикладами стресових ситуацій «Криза».
2. Шаблони для вправ «Стресограма» та «Антистресовий план».
3. Список рекомендованих ресурсів з теми гнучкого мислення.

Ці тренінги спрямовані на розвиток особистісної адаптивності, зміцнення внутрішньої стабільності та професійної витривалості медичних працівників у складних робочих умовах.

Блок 4. Зміцнення професійної ідентичності

Тренінг 7: «Моя професійна місія»

Мета: поглиблення усвідомлення професійної ролі та значущості власного внеску у колективну справу.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття: (10 хв).

1. Міні-лекція: складові професійної ідентичності (10 хв).

2. Вправа «Хронологія моїх перемог»: кожен учасник згадує декілька ситуацій свого професійного успіху (15 хв).

3. Вправа «Лист самому собі в майбутнє»: мотиваційне повідомлення для себе через 5 років (15 хв).

4. Групова робота: розробка колажу професійної цінності колективу (30 хв).

5. Рефлексія: як я бачу себе у своїй професії сьогодні? (10 хв).

Тренінг 8: «Професійне оновлення і пошук внутрішніх ресурсів як інструмент самозбереження»

Мета: зниження професійної втоми за рахунок планованої змінності в обов'язках та розширення професійної гнучкості.

Тривалість: 90 хвилин

Структура заняття:

1. Вступ: поняття професійного виснаження та монотонності (10 хв).

2. Міні-лекція: як ротація і варіативність ролей знижують емоційне вигорання (10 хв).

3. Вправа «Робочі ролі під мікроскопом»: учасники розписують свої функції і пропонують варіанти обміну завданнями (20 хв).

4. Вправа «Професійне розширення»: обговорення нових навичок, які хотілося б здобути в межах професії (20 хв).

5. Розробка колективного плану мікро-ротацій або професійного збагачення (20 хв).

6. Рефлексія: що я готовий спробувати вже на наступному тижні? (10 хв).

Матеріали:

1. Таблиці професійних завдань.

2. Журнали для створення колажу.

3. Листи мотивації.

4. Список можливих напрямів професійного розвитку в межах посади.

Ці заняття спрямовані на підвищення особистої професійної мотивації, зниження вигорання через підвищення значущості праці та її варіативності.

Для підтримки отриманих під час тренінгу результатів і в подальшому учасникам тренінгу було самостійно виконувати наступні вправи.

З метою розвитку усвідомлення власних емоцій, що є основою функціонування емоційного інтелекту, учасникам було запропоновано створити «Щоденник емоцій». Регулярно вносячи в нього нотатки, що є результатом самоспостереження, учасники мали можливість уважно розглянути як свої емоційні стани, а також конкретні ситуації та фактори, що їх провокують. Пропонувалось робити нотатки ввечері, безпосередньо перед сном, або вранці, як емоційний підсумок минулого дня.

Створюється таблиця з двома стовпцями. У першу колонку записують емоції, які з'являлися протягом дня. Важливо дотримуватися хронологічного порядку відчуттів емоцій – другий стовпець допоможе у цьому, оскільки він містить ситуативний контекст кожного почуття. Потрібно зазначати, у який саме момент з'явилась емоція, що її викликало, коли вона змінилась на інше почуття? Слід також відмічати, що спонукало до зміни емоцій, які емоції домінували у цьому дні? Чи може якась із виникаючих емоцій відображати незадоволені потреби? Чи є якісь дні подібні?

Вправа «Що це за емоція?» спрямована на розпізнавання емоцій інших людей. Її можна робити самостійно, у парах або в команді за великої кількості людей. На аркуші паперу або в електронному вигляді треба записати якомога більше симптомів та характеристик, пов'язаних з виникненням даної емоції: радість, смуток, гнів, огида, сором,

збентеження, страх, провина, ревності тощо. Записують все, що спадає на думку: як виглядають міміка та гримаси при кожній емоції, позу тіла, тон голосу, фізіологію та будь-які реакції тіла, слова, які може говорити така людина, її поведінку, ставлення до інших людей під час відчуття емоції тощо.

Під час тренінгу цю вправу виконували в команді, це дало можливість влаштувати невелике змагання. Кожен з учасників може працював над різною емоцією, але таким чином, щоб інші не знали, про що пише кожен із учасників. Потім всі по черзі зачитують їх уголос, а інші члени команди повинні вгадати, яке почуття малось на увазі.

Мета вправи «Яка моя самооцінка?» – розглянути фактори, які впливають на нашу впевненість у собі. Тренер дає наступну інструкцію: «Для цієї вправи вам знадобиться олівець і аркуш паперу. Намалюйте вісь з точкою з числом 0 на одному кінці та точкою з числом 100 на іншому. Повторіть цей малюнок ще два рази, щоб у вас на папері перед собою було три осі. А тепер уявіть, що кожна з них буде нашим виміром, на якому ви розмістите свою самооцінку та впевненість у собі в конкретних ситуаціях та з конкретними людьми. Спочатку подумайте про найважливіші елементи, які складають ваше повсякденне життя – дім, робота, навчання, зустрічі, хобі. На першій осі, за шкалою від 0 до 100, позначте, наскільки впевнено ви почуваетесь під час кожної з цих ситуацій. Тепер підготуйте ще одну, дуже схожу вісь, але цього разу – зосередьтеся на найважливіших людях у вашому житті, а також відзначте впевненість у собі, яку ви відчуваєте, перебуваючи з кожним із них. Потім, на третій осі, яку ви намалювали, уявіть себе в кількох ситуаціях – момент, коли ваш начальник оголошує про ваше підвищення, інший момент, коли вас щойно звільнили з роботи, ще один, коли ви сказали щось недоречне в групі людей, яких ви ледве знаєте, і, нарешті, коли ви щойно пішли з дуже успішної вечірки, де ви «сяяли» з друзями. Тепер подивіться на підготовлені вами результати та

задайте собі кілька запитань: у яких ситуаціях, з якими людьми ваша самооцінка була найвищою, а в яких – найнижчою? Наскільки ваша самовпевненість була стабільною та незалежною від ситуації, і наскільки зовнішні фактори могли підрізати вам крила? Наскільки уявна невдача демотивувала вас, і наскільки ваше ставлення не змінилося?»

Вправа «Керування емоціями» розвиває здатність конструктивно справлятися з негативними емоціями. Її найкраще виконувати в командах. Спочатку на аркушах паперу учасники готують короткі описи складних життєвих ситуацій, що викликають почуття гніву, страху, смутку та відчаю. Потім тягнуть картки – завдання кожної людини – розробити кілька способів змінити емоції та всю ситуацію максимально конструктивним чином (таким, який, з одного боку, призвів би до вирішення проблеми, з іншого – до покращення самопочуття та зменшення негативної напруги). Запропоновані рішення обговорюються у групі.

Вправа «Зміна перспективи» використовувалась для розвитку вміння «поставити себе на місце іншої людини», поглянути на неї з її точки зору та уявити (або навіть спробувати відчувати) саме те, що відчуває ця людина. Ось приклад вправи, яку можна виконувати в парах: одна людина (людина А) розповідає про складну ситуацію, наприклад, конфлікт з другом або колегою, в якому він чи вона був/була залучений/залучена. Друга особа (особа Б) має описати, що саме відчувала та переживала кожна сторона конфлікту (вони повинні прийняти точку зору кожної окремої особи). Потім сторони міняються місцями, і людина Б розповідає про схожу особисту конфліктну ситуацію, а людина А намагається співпереживати описуваній історії. Після завершення вправи спробуйте разом поміркувати над аргументами кожної сторони конфлікту та емоціями, що супроводжували спроби прийняти їхню точку зору.

Для оцінки результатів розробленої програми й визначення ефективності кожного тренінгового заняття нами запропоновано використовувати наступні показники, зазначені у [3, с. 11]:

1. «Досягнення учасників: обсяг засвоєних знань, якість набутих компетенцій, зміни у переконаннях, емоційних реакціях, поведінці тощо. Джерелом інформації про досягнення учасників є цілеспрямоване, постійне і безпосереднє спостереження ведучого, яке здійснюється упродовж періоду навчання через висловлення ними думок, вирішення конкретних завдань, зворотного зв'язку.
2. Результати мотивуючого контролю наприкінці кожного заняття.
3. Позитивна реакція учасників за результатами анкетування, опитування, інтерв'ювання.
4. Результати самодіагностики, тестування до і після тренінгу.
5. Оцінка особистісних змін учасників тренінгу іншими людьми (наприклад, колегами)» [3, с. 11].

3.2. Динаміка рівнів емоційного інтелекту в умовах цілеспрямованого психологічного впливу

Повторне дослідження, яке проводилось в рамках формуючого експерименту, мало на меті визначення ефективності впроваджених психокорекційних заходів. Вибірка становила 30 осіб (15 осіб – експериментальна і 15 осіб – контрольна група) і формувалась на основі психодіагностичних даних, отриманих в констатуючому експерименті. При виборі експериментальної і контрольної груп враховувалась відсутність статистично значущих відмінностей між ними у показниках (додаток Е, табл. Е1.). Математичний розрахунок статистичної значущості

відмінностей здійснювався за коефіцієнтом кутового перетворення Фішера.

В таблиці 3.1 представлений аналіз рівнів емоційного інтелекту в експериментальній та контрольній групах.

Таблиця 3.1

Динаміка рівнів емоційного інтелекту експериментальної групи до та після формуального експерименту

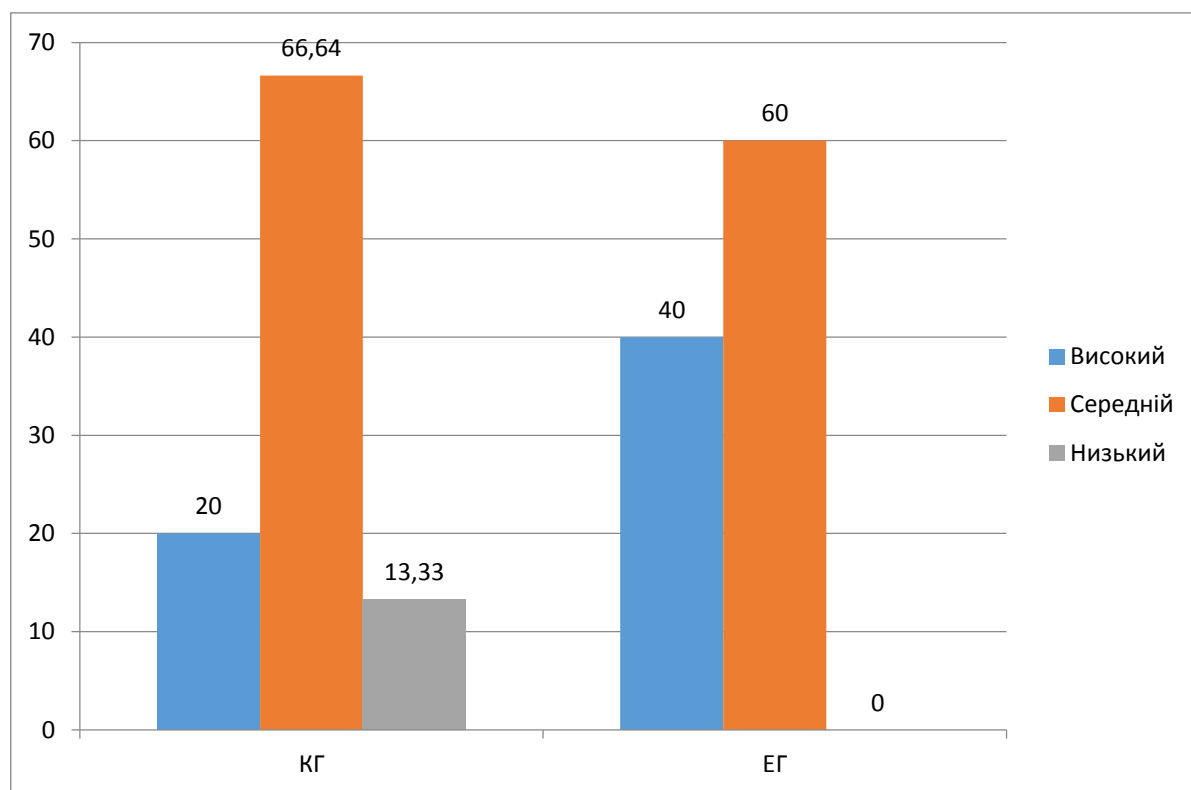
N=30

Рівні	До ФЕ		Після ФЕ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	2	13,33	6	40,00	1.703
Середній	12	80,00	9	60,00	-
Низький	1	6,67	-	-	-
Разом	15	100	15	100	-

* $p \leq 0.05$

Як бачимо, з таблиці 3.1, на високому рівні показники емоційного інтелекту в експериментальній групі статистично достовірно підвищились з 13,33% до 40,00% ($\phi=1,703$; $p \leq 0,05$). Кількість учасників з середнім рівнем зменшилась з 80,00% до 60,00%. Осіб з низьким рівнем емоційного інтелекту після проведення формуального експерименту в ЕГ не виявлено.

Показники емоційного інтелекту в контрольній групі до та після ФЕ статистично значущих відмінностей не показало (Додаток Д, табл.Д.2).



Порівняння рівнів вияву емоційного інтелекту в експериментальній і контрольній групах після проведення соціально-психологічного тренінгу представлено на рис. 1 та в додатку Д, табл.Д.3.

Рис. 3.1. Порівняння рівнів вияву емоційного інтелекту в експериментальній і контрольній групах після ФЕ

Як бачимо, на рис. 3.1, на високому рівні кількість учасників ЕГ вдвічі вище (40,00%), порівняно з КГ (20,00%) після проведеного цілеспрямованого психологічного впливу на ЕГ. Середній рівень дещо нижчий в учасників експериментальної групи (60,00%), порівняно з показниками контрольної групи на цьому рівні (66,64%).

Наступним етапом повторного дослідження був аналіз змін в експериментальній групі після цілеспрямованого психологічного впливу таких психологічних властивостей, як самоповага, емоційно-діяльна адаптивність та емоційне виснаження, оскільки в програму тренінгу були

включені психотехніки, спрямовані на підвищення оптимальних рівнів виявів цих якостей особистості.

Порівняння показників самоповаги експериментальної групи до та після формувального експерименту представлено на таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка рівнів самоповаги експериментальної групи до та після
формуального експерименту

N=30

Рівні	До ФЕ		Після ФЕ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	2	13,33	5	33,33	-
Середній	8	53,34	9	60,00	-
Низький	5	33,33	1	6,67	1.941
Разом	15	100	15	100	-

$p \leq 0.05$

Як видно, на таблиці 3.2, після проведення соціально-психологічного тренінгу кількість учасників експериментальної групи з високим рівнем самоповаги дещо збільшилась з 13,33% до 33,33%. Показники середнього рівня в цій групі підвищились з 53,34% до 60,00%. Низький рівень статистично достовірно знизився з 33,33% до 6,67% ($\phi=1,941$; $p \leq 0,05$).

Порівняння рівнів вияву самоповаги в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту представлено на рис. 3.2 та таблиці Е 4, додатка Е.

Як видно, на рис. 3.2, кількість учасників експериментальної групи з високим рівнем вища (33,33%), порівняно з показниками учасників контрольної групи на цьому рівні (13,33%). На середньому рівні в експериментальній групі дещо нижчі показники – 60,00%, в контрольній групі цей рівень становить 66,64%. Водночас респондентів з низьким

рівнем самоповаги в експериментальній групі менше (6,67%), порівняно з контрольною групою (20,00%).

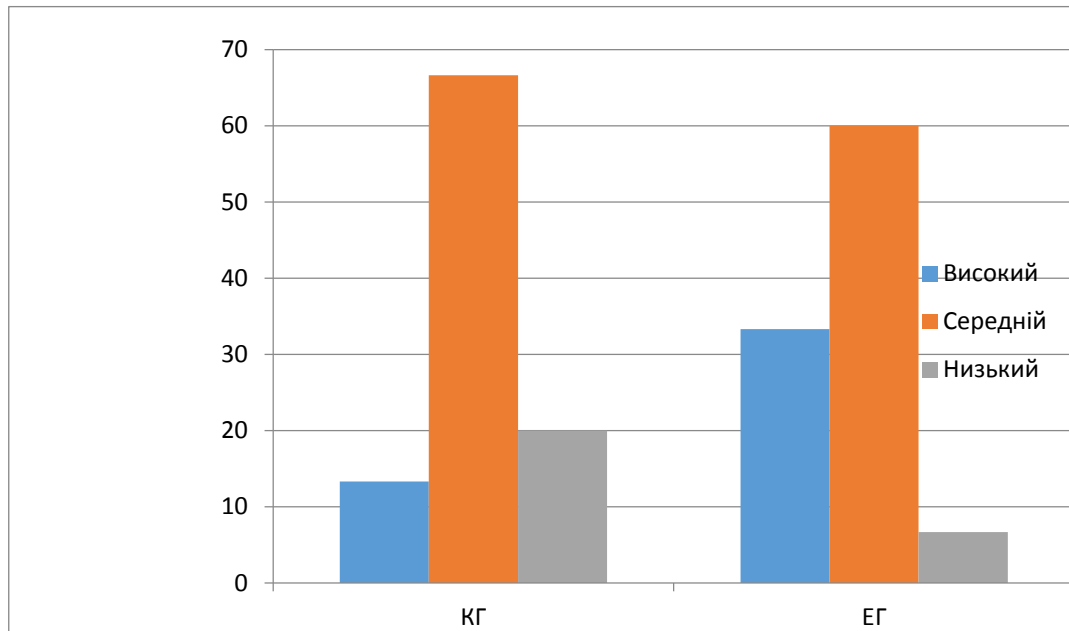


Рис. 3.2. Порівняння рівнів вияву самоповаги в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту

Динаміка рівнів виявів емоційно-діяльнісної адаптивності експериментальної групи до та після формувального експерименту показана в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3

Динаміка рівнів виявів емоційно-діяльнісної адаптивності експериментальної групи до та після формувального експерименту

N=30

Рівні	До ФЕ		Після ФЕ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	6	40,00	13	86,67	2.806
Середній	8	53,33	2	13,33	2.437

Низький	1	6,67	-		-
Разом	15	100	15	100	-

$p \leq 0.01$

Як показано в таблиці 3.3, кількість учасників експериментальної групи з високим рівнем емоційно-діяльнісної адаптивності після формувального експерименту статистично значущо зросла з 40,00% до 86,67% ($\phi=2,806$; $p \leq 0,05$). Показники середнього рівня статистично значущо знизились після проведеного соціально-психологічного тренінгу з 53,33% до 13,33% ($\phi=2,437$; $p \leq 0,05$). Низький рівень серед учасників групи після ФЕ не виявлено.

Порівняння рівнів виявів емоційно-діяльнісної адаптивності в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту показано в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Порівняння рівнів виявів емоційно-діяльнісної адаптивності в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту

N=30

Рівні	КГ		ЕГ		ϕ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	4	26,67	13	86,67	3.584**
Середній	7	46,66	2	13,33	2.072*
Низький	4	26,67	-		
Разом	15	100	15	100	-

* $p \leq 0.05$

** $p \leq 0.01$

Як бачимо, в таблиці 3.4, після проведеного цілеспрямованого психологічного впливу, показники високого рівня емоційно-діяльнісної

адаптивності в експериментальній групі статистично значущо вищі (86,67%), порівняно з показниками контрольної групи на цьому рівні (26,67%) ($\phi=3,584$; $p\leq 0,01$). Також виявлено статистично достовірні відмінності на середньому рівні: показники ЕГ значно нижчі (13,33%), ніж в КГ (46,66%) ($\phi=2,072$; $p\leq 0,05$). Також існують відмінності у показниках на низькому рівні: в контрольній групі цей рівень становить 26,67%, в експериментальній – не виявлений.

Динаміка рівнів емоційного виснаження експериментальної групи до та після формувального експерименту представлена в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Динаміка рівнів емоційного виснаження експериментальної групи до та після формувального експерименту

N=30

Рівні	До ФЕ		Після ФЕ		ϕ
	Абс.	%	Абс.	%	
Низький	1	6,67	5	33,33	1.941
Середній	8	53,33	8	53,33	-
Високий	6	40,00	2	13,34	1.703
Разом	15	100	15	100	-

 $p\leq 0.05$

Як бачимо, з таблиці 3.5, показники низького рівня статистично достовірно зросли в експериментальній групі після проведеного формувального експерименту з 6,67% до 33,33% ($\phi=1,941$; $p\leq 0,05$). Середній рівень не змінився за рахунок того, що частина учасників знизили показник до низького, а частина респондентів, яка мала високий рівень, знизилася його до середнього. Кількість учасників з високим рівнем статистично значущо знизилася з 40,00% до 13,34% ($\phi=1,703$; $p\leq 0,05$).

Порівняння рівнів вияву емоційного виснаження в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту представлено в таблиці 3.6.

Таблиця 3.6

Порівняння рівнів вияву емоційного виснаження в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту

N=30

Рівні	КГ		ЕГ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Низький	1	6,67	5	33,33	1.941
Середній	9	60,00	8	53,34	-
Високий	5	33,33	2	13,33	-
Разом	15	100	15	100	-

$p \leq 0.05$

Як бачимо, в таблиці 3.6, виявлено статистично достовірні відмінності між контрольною і експериментальною групами на низькому рівні: серед учасників КГ цей рівень мають 6,67% осіб, серед учасників ЕГ – 33,33% ($\phi=1,941$; $p \leq 0,05$). Показники середнього рівня дещо менші в експериментальній групі (53,34%), порівняно з даними КГ на цьому рівні (60,00%). Також в КГ більша кількість осіб мають високий рівень емоційного виснаження (33,33%), порівняно з показниками ЕГ (13,33%).

Отже, можемо зробити висновок про те, що за допомогою цілеспрямованого психологічного впливу у формі соціально-психологічного тренінгу відбулося зростання емоційного інтелекту, самоповаги, емоційно-діяльній адаптивності та зниження емоційного виснаження працівників психіатричної лікарні.

3.3. Рекомендації щодо оптимізації робочих процесів та створення сприятливих умов для працівників

На основі зроблених вище аналізу і поданих висновків, було розроблено рекомендації щодо оптимізації робочих процесів та створення сприятливих умов для медичних працівників, з урахуванням особливостей професійної діяльності в психіатричній лікарні:

1. Створення програм емоційної підтримки:

- регулярні групи емоційного розвантаження (peer support);
- індивідуальні психологічні консультації.

2. Моніторинг емоційного стану:

- періодичне опитування щодо емоційного самопочуття;
- ведення внутрішнього «барометра вигорання» у відділеннях.

3. Навчальні програми:

- тренінги з емоційної саморегуляції, розпізнавання ознак вигорання та протидії емоційному виснаженню;

- психоосвітні семінари для профілактики емоційного виснаження.

4. Соціальна підтримка і визнання.

4.1 Програми підтримки професійної гідності:

- регулярне відзначення досягнень співробітників;
- публічне визнання внеску окремих медичних працівників.

4.2 Соціальні заходи:

- неформальні зустрічі персоналу (тимбілдинги);
- заходи для зняття напруги, такі як «день без форми» або музичні перерви.

5. Професійний розвиток

5.1. Ротація функціональних ролей

– тимчасовий обмін тими обов'язками для зменшення монотонності, але тільки в тій частині, яка не загрожує професійним обов'язкам учасників;

– включення в інші форми діяльності, такі як методична робота або наставництво.

5.2. Підвищення кваліфікації:

– можливість участі в онлайн-курсах, трансформаційних іграх, вебінарах та сертифікаційних програмах без відриву від основної роботи;

– підтримка участі в конференціях і тренінгах.

6. Інформаційна прозорість та управлінська підтримка

6.1. Доступ до зворотного зв'язку:

– регулярні зустрічі персоналу з адміністрацією;

– обговорення проблем у форматі конструктивного діалогу.

6.2. Прозорість рішень

– завчасне інформування медичних працівників про зміну політик, реформ чи структурних змін в установі;

– залучення працівників до ухвалення організаційних рішень.

3.4 Рекомендації щодо покращення психологічного клімату в лікарні

З метою практичної роботи щодо підтримки медичних працівників у ресурсному стані і запобіганню емоційному виснаженню працівників, адміністрації психіатричної лікарні було запропоновано запровадити наступні інструменти турботи про колектив:

1. Забезпечення психологічної безпеки

– запровадити щоденні «5 хвилин тиші» для короткої паузи без дзвінків і викликів, навіть без відриву від посту;

- встановити правило «виходу без осуду» – дозволити працівникам короткі паузи для емоційного перепочинку;

- заохочувати використання фраз підтримки між колегами як частину внутрішньої комунікації.

2. Підтримка командної взаємодії

- упровадити роль «підтримуючого чергового» в кожній зміні – колега, який слідкує за емоційною атмосферою в команді;

- організувати «стіну вдячності» або «коробку слів підтримки» – для анонімного обміну приємними словами;

- щозміни практикувати короткий ритуал: «слово дня» або «що мене підтримало сьогодні?»

3. Профілактика емоційного вигорання

- проводити щотижневі 10-хвилинні бесіди з психологом або старшою медсестрою в неформальному стилі;

- використовувати колективну дошку рефлексії (анонімну) з запитаннями: «Що було важко?», «Що підтримало?»;

- створити прості «кутки заземлення» з предметами, які допомагають знизити тривогу (пластилін, камінці, аромати).

4. Емоційна розрядка після кризових епізодів

- заохочувати 3-хвилинну словесну розрядку після емоційно насичених епізодів;

- завести «щоденник емоцій» для колективного використання – анонімно ділитися досвідом;

- підготувати короткі скрипти відповідей на агресію чи відмову пацієнтів для швидкої емоційної підтримки.

5. Професійна ідентичність та мотивація

- щомісяця обговорювати питання: «Що мене тримає в цій професії?».

- створити «маніфест відділення» – фрази, що відображають сенс роботи персоналу кожного окремого відділення.

6. Внутрішні мікропрактики

- ранкові 3-хвилинні збори неформального характеру (наприклад, «одне добре слово» або «що сьогодні підтримає нас»);

- тихі куточки в ординаторських для заземлення: м'які пледи, аромамішечки, малюнки з природою – усе це можна зробити своїми руками.

7. Внутрішня «Психологічна аптечка»:

7.1 Зібрати й поширити серед колег прості самодопоміжні техніки:

- «5-4-3-2-1» (заземлення через чуття),
- «пауза і подих» (діафрагмальне дихання),
- «думки в коробочку» (метафора для розвантаження тривожних думок).

7.2 Розмістити це у вигляді інфографіки у відділеннях.

8. Створення ініціативної групи підтримки – залучити декількох співробітників (необов'язково психологів), які можуть проводити:

- розмови «на каві»;
- міні-бесіди з тем: «Як ти справляєшся?», «Що працює для тебе?»;
- неформальні вечірні чати з колегами для обміну підтримкою.

9. Оновлення ритуалів

- мікроподяки наприкінці зміни (усно або письмово: «Сьогодні (ім'я співробітника (-ці)) витримала складного пацієнта – дякуємо!«).

- «Тиха хвилина» перед або після чергування – формальний привід зібратися, заземлитися, налаштуватися.

10. Невеликі символічні підтримки:

- «Камінчик сили»: у кожного на посту – гладкий камінь із написом типу «Я витримую», «Я не сам(а)», «Я вже це проходив(ла)».

– паперові «листівки від колеги»: кожен може взяти анонімне повідомлення підтримки з коробки.

11. Дистанційна психопідтримка:

– створити в будь-якому месенджері (наприклад, Telegram, Viber) внутрішню «Групу підтримки колег» – обговорення без оцінки, публікація ресурсних фраз, порад, мемів.

– використати безкоштовні ресурси психологічної допомоги (наприклад, ініціативи профспілок чи психологічних асоціацій, психосоціальні чат-боти, онлайн-консультації волонтерів).

12. Щотижнева коротка рефлексія – у форматі 5 хв: кожен на аркуші або подумки відповідає на 3 запитання:

1. Що мене знесиловало цього тижня?

2. Що підтримувало мене?

3. Яку маленьку перемогу я маю?

Ці заходи – не просто формальна турбота, а конкретна відповідь на нагальні психологічні потреби медичних працівників, що накопичуються в колективах під час війни. Ці запровадження формуватимуть здатність колективу підтримувати одне одного, уникати емоційного вигорання та зберігати здорове професійне середовище.

Використання запропонованих недорогих і гнучких практик дозволяє суттєво покращити психологічний клімат навіть в умовах війни, обмежених ресурсів та підвищеного емоційного навантаження, зберігаючи професійну витривалість та людську гідність персоналу психіатричної лікарні.

Висновки до розділу:

1. На основі аналізу проблем емоційного виснаження, низької емоційно-діяльнісної адаптації та недостатньої підтримки професійної ідентичності серед медичних працівників психіатричних лікарень, нами була запропонована цілісна тренінгова програма, що складається з чотирьох тематичних блоків, кожен з яких орієнтований на ключові аспекти емоційної компетентності та професійного благополуччя.

2. Програма має чітке теоретичне підґрунтя, базується на сучасних дослідженнях емоційного інтелекту, кризової психології і теорії професійного вигорання. Вона побудована відповідно до запитів сучасної медичної практики та реальних викликів воєнного часу. Усі заняття орієнтовані на короткотривалу, але ефективну психоемоційну інтервенцію в умовах обмежених ресурсів.

3. Паралельно із впровадженням тренінгів було розроблено систему мікропрактик підтримки персоналу на рівні організації: формування середовища психологічної безпеки, ритуалів емоційного розвантаження, інструментів мікропідтримки й елементів командної взаємодії. Усі ці заходи адаптовані до специфіки психіатричних закладів і не потребують суттєвих матеріальних витрат.

4. Комплексність підходу – поєднання індивідуальної психологічної роботи з колективною підтримкою та управлінськими мікрорішеннями – забезпечує не лише зниження рівня професійного вигорання, а й посилення внутрішніх ресурсів персоналу. Ці заходи формують культуру самозбереження, зміцнюють професійну ідентичність і створюють умови для здорової, витривалої команди, здатної ефективно функціонувати навіть у найскладніших умовах.

5. Повторне дослідження після проведеного соціально-психологічного тренінгу дало можливість виявити його ефективність щодо підвищення емоційного інтелекту, самоповаги, емоційно-діяльнісної адаптивності та емоційного виснаження. Порівняння показників

експериментальної групи до та після проведеного формувального експерименту дало можливість констатувати в цій групі:

- статистично значуще зростання показників високого рівня емоційного інтелекту та зменшення кількості учасників з середнім і низьким рівнями цього феномену;
- підвищення високого рівня самоповаги та статистично значуще зниження показників її низького рівня;
- статистично значуще зростання емоційно-діяльної адаптивності на високому та середньому рівнях;
- статистично достовірне зменшення високих показників емоційного виснаження та збільшення кількості учасників з низьким рівнем вияву цього психічного явища.

ВИСНОВКИ

1. Актуальність дослідження емоційного інтелекту в контексті професійної діяльності медичних працівників обумовлена низкою критично важливих факторів, що визначають не лише якість взаємодії з пацієнтами, а й ефективність функціонування всього медичного закладу. По-перше, емоційний інтелект є провідною психологічною детермінантою успішної міжособистісної комунікації, зокрема в умовах підвищеного стресу, характерного для медичного середовища. Медичні працівники, які володіють високим рівнем ЕІ, демонструють здатність до емоційної чутливості, співпереживання, адекватного реагування на потреби пацієнтів, що сприяє формуванню довіри та зменшує тривожність останніх. У результаті поліпшується не лише психоемоційний стан пацієнта, а й підвищується якість медичної допомоги.

По-друге, в умовах хронічного емоційного напруження, значного робочого навантаження та інформаційної перенасиченості, розвиток емоційного інтелекту виступає вагомим чинником психологічної стійкості. Він дозволяє своєчасно розпізнавати внутрішні психоемоційні збої, регулювати негативні афективні стани, запобігати афективному виснаженню та профілакувати розвиток синдрому професійного вигорання, що є поширеним серед працівників охорони здоров'я.

По-третє, високий рівень ЕІ сприяє ефективній міжособистісній взаємодії в команді, розвитку доброзичливого, підтримувального середовища, конструктивному вирішенню конфліктів і підвищенню загального рівня згуртованості. Це, у свою чергу, позитивно впливає на мікроклімат у медичному закладі, знижує рівень напруженості і створює передумови для підвищення професійної задоволеності.

Нарешті, узагальнений вплив емоційного інтелекту відображається

на функціонуванні організації загалом: забезпечується більш ефективно управління персоналом, знижується частота професійних помилок, підвищується лояльність пацієнтів і зміцнюється репутація закладу як такої структури, де цінуються як фахові, так і людські якості персоналу.

У межах проведеного дослідження було досягнуто поставлену мету – охарактеризовано особливості вияву емоційного інтелекту у працівників психіатричної лікарні, проаналізовано його взаємозв'язки з професійними, емоційними та адаптивними характеристиками персоналу, а також запропоновано практичні рекомендації щодо розвитку емоційної компетентності у фахівців, які працюють у складних емоційних умовах.

2. Науково-теоретичний аналіз літературних джерел засвідчив, що емоційний інтелект – це комплексна психологічна характеристика, яка охоплює здатність до розпізнавання, розуміння, регуляції власних і чужих емоцій та використання їх у процесі професійної взаємодії. Було виявлено, що в умовах підвищеного стресу та емоційного навантаження, характерних для роботи в психіатричній лікарні, емоційний інтелект виступає ключовим фактором психологічної витривалості, зниження вигорання та збереження професійної ефективності.

3. Емпіричне обстеження працівників психіатричної лікарні (психологів та медичних працівників) показало, що більшість респондентів мають середній рівень емоційного інтелекту. При цьому психологи частіше демонструють високий рівень EI (31,5%), що зумовлено специфікою їх професійної підготовки та регулярним використанням саморефлексії й емоційної регуляції в роботі. Серед медичних працівників спостерігається вища частка осіб із низьким рівнем EI (18,75%), що може свідчити про недостатній рівень підготовки до роботи з емоційним навантаженням.

4. Аналіз результатів за окремими шкалами EI (управління емоціями, розпізнавання емоцій інших) підтвердив вищу здатність психологів до

емоційної обізнаності (на 13%) та вищий рівень емоційної саморегуляції порівняно з медичними працівниками (на 11%), що є індикатором різних стратегій професійного функціонування.

5. Встановлено статистично значущі кореляції між емоційним інтелектом та іншими показниками психічного функціонування:

- позитивна кореляція між ЕІ та самоповагою ($r \approx 0,37$ у психологів; $r \approx 0,26$ у медпрацівників);
- негативна кореляція між ЕІ та емоційним виснаженням ($r \approx -0,40$ у психологів; $r \approx -0,50$ у медиків);
- позитивна кореляція між ЕІ та емоційно-діяльнісною адаптацією ($r \approx 0,54$ у психологів; $r \approx 0,51$ у медичних працівників).

Ці результати підтверджують гіпотезу дослідження про взаємозв'язок ЕІ із професійними і особистісними ресурсами медичного персоналу, зокрема в умовах емоційного навантаження.

6. Психологи демонструють вищий рівень емоційної адаптації: 56,25% мають високий рівень, тоді як серед медичних працівників лише 18,75% досягли такого рівня. Це свідчить про потребу в спеціальних інтервенціях, спрямованих на розвиток адаптивних стратегій саме у медичного персоналу.

7. Рівень емоційного виснаження також виявився вищим у медичних працівників – 25% мають високий рівень, тоді як у психологів таких не зафіксовано. Це ще раз підтверджує потребу у превентивних програмах, спрямованих на підтримку емоційного стану медперсоналу.

8. На основі отриманих даних було розроблено практичні рекомендації та створено тренінгову програму з розвитку емоційної компетентності, що включає заняття з саморегуляції, емпатії, роботи в критичних ситуаціях та управління емоціями. Програма адаптована до умов психіатричної лікарні і враховує наявні обмеження (перевантаження, відсутність вільного графіка, ресурсів для ротації тощо).

9. Практичне значення результатів полягає у можливості використання діагностичного комплексу для моніторингу ЕІ, впровадження програм психологічної підтримки, а також адаптації знань до системи післядипломної освіти медиків.

Ці висновки не лише підтвердили наукову гіпотезу дослідження, а й дозволили сформулювати основу для подальших інтервенцій, спрямованих на підтримку психічного здоров'я персоналу в умовах тривалої професійної напруги.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Альохіна Н. В. Соціальний інтелект у структурі соціальної компетентності фахівців фармації // Вісник Харківського національного університету. Серія «Психологія». – 2013. – № 1046. – С. 60–63. – DOI: <http://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/4337>.
2. Амплєєва О. М. Основні принципи застосування емоційного інтелекту в ході фахової підготовки майбутніх психологів [Електронний ресурс] / О. М. Амплєєва // Теорія і практика сучасної психології. – 2018. – № 3. – С. 46–51. – Режим доступу: <https://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/14480/1/Ampleeva.pdf.dspace.pdpu.edu.ua>
3. Астремська І. В. Супервізія : профілактика та корекція емоційного вигорання працівників професій допомоги : монографія / І. В. Астремська. – Миколаїв : Вид-во ЧНУ ім. Петра Могили, 2024. – 132 с. – Режим доступу: <https://emed.library.gov.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/26427/149916/Superviziia-profilaktyka-ta-korektsiia-emotsiynoho-vyhorannia-pratsivnykiv-profesiy-dopomohy.pdf>.
4. Бантишева О. О. Методика дослідження психологічних особливостей емоційного інтелекту осіб юнацького віку, схильних до віктимної поведінки // ScienceRise: Pedagogical Education. – 2018. – № 3 (22). – С. 22–26. – Режим доступу: <https://journals.uran.ua/index.php/2227-6246/article/view/158431/157781>.
5. Басюк Н. А. Емоційний інтелект і психічне здоров'я учасників освітнього процесу : навч. посіб. – Житомир, 2024. – 140 с.
6. Бреус Ю. В. Емоційний інтелект як чинник професійного становлення майбутніх фахівців соціономічних професій у вищих

навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Київ, 2015. – 20 с. – DOI: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/9213>.

7. Буркало Н. І. Психологічні особливості емоційного інтелекту // Психологічний часопис. – 2019. – № 7. – С. 34–49.

8. Верітова О. В. Елементи емоційного інтелекту як складова інтегральної професійної компетентності майбутнього педагога вищої школи / О. В. Верітова // Педагогічний альманах. – 2018. – № 3. – С. 51–57.

9. Водоп'янова Н. Є. Діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Є. Водоп'янової) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://vseosvita.ua/library/diagnostika-profesijnogo-vigoranna-k-maslac-s-dzekson-v-adaptacii-n-e-vodopanovoi-460627.html>

10. Галусян О. А., Захаренко Л. М., Юрченко-Шеховцова Т. І. Особливості емоційного інтелекту спеціалістів із проведення опитування з використанням поліграфа Національної поліції України // Юридична психологія. – 2019. – № 1. – С. 74–83. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/urpp_2019_1_12.

11. Гусак Н. Є., Чернобровкіна В., Чернобровкін В. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій : підхід резилієнс / Н. Є. Гусак, В. Чернобровкіна, В. Чернобровкін. – Київ : Університетське видавництво «Пульсари», 2017. – 240 с.

12. Гусак Н. Є., Чернобровкіна В., Чернобровкін В. Психосоціальна підтримка в умовах надзвичайних ситуацій : підхід резилієнс. – Київ : Університетське вид-во «Пульсари», 2017. – 160 с.

13. Гоулман Д. Емоційний інтелект. – Харків : Vivat, 2020. – 512 с.

14. Дерев'янка С., Лавренко С. Методичні засоби діагностики емоційного інтелекту у дітей // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2020. – Вип. 7. – С. 23–29.

15. Рогов Є.І. Настільна книга практичного психолога. Робота психолога з дорослими. (Діагностика «емоційного інтелекту» Н. Холл),

2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу:
https://stud.com.ua/17625/psihologiya/diagnostika_emotsiynogo_intelektu_holl

16. Жилін, М. В. Емоційний інтелект як чинник соціально-психологічної адаптації особистості : дис. ... д-ра філософії : 053 – Психологія / М. В. Жилін. – Одеса : Одеський нац. ун-т ім. І. І. Мечникова, 2023. – Режим доступу:
https://onu.edu.ua/pub/bank/userfiles/files/science/razovi_spec_vcheni_rady/df370532023/zhylin_m-v-_dysertatsiya.pdf

17. Зарицька В. В. Теоретико-методологічні основи розвитку емоційного інтелекту у контексті професійної підготовки : монографія. – Київ : КПУ, 2010. – 304 с.

18. Застосування діагностичних мінімумів в діяльності працівників психологічної служби : метод. рек. / авт.-упоряд. : В. М. Горленко, В. Д. Острова, Н. В. Сосновенко, І. І. Ткачук ; за заг. ред. В. Г. Панка. – Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2018. – 106 с.

19. Зелінська Т. М., Михайлова І. М. Практикум із загальної психології: Навч. посіб. – Київ : Каравела, 2009. – С. 112–113.

20. Карпенко, Є. В. Психологія емоційного інтелекту в дискурсі життєздійснення особистості / Є. В. Карпенко. – Івано-Франківськ : ПНУ імені Василя Стефаника, 2020. – Режим доступу:
<https://dspace.lvduvs.edu.ua/handle/1234567890/6395>

21. Кас'янова С. Б. Дослідження емоційного інтелекту майбутніх фахівців соціономічних професій // Журнал Науковий огляд. – 2019. – № 6 (59). – С. 22–28. – Режим доступу:
<https://naukajournal.org/index.php/naukajournal/article/view/1878/1922>.

22. Кляпець О. Я., Лазоренко Б. П., Лепіхова Л. А., Савінов В. В. Оцінювання емоційно-діяльнісної адаптивності // Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / За ред. Т. М. Титаренко. – Київ : Міленіум, 2009. – 120 с.

23. Колчигіна А., Вербовата В. Дослідження особливостей розвитку емоційного інтелекту студентів-психологів // [Назва видання не вказана]. – С. 22–28.
24. Коструба Н., Журба М. Емоційний інтелект як чинник ментального здоров'я // *Наукові перспективи*. 2024. № 4(46). С. 1286–1297. DOI: 10.52058/2708-7530-2024-4(46)-1286-1297
25. Литвиненко І. С., Прасол Д. В. Проективні малюнкові методики : метод. посіб. / І. С. Литвиненко, Д. В. Прасол. – Миколаїв : Арнекс, 2015. – 160 с.
26. Лящ О. П. Детермінанти та можливості формування емоційного інтелекту особистості // *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. – 2015. – Вип. 1 (46). – С. 210–216.
27. Лящ О. П. Емоційний інтелект як предмет психологічних досліджень // *Проблеми сучасної психології*. – 2013. – № 22. – С. 324–335.
28. Маркова М. В., Марков А. Р., Піонтковська О. В. Емоційний інтелект та його роль в розвитку професійної дезадаптації медичних працівників / М. В. Маркова, А. Р. Марков, О. В. Піонтковська // *Психотерапія, клінічна психологія і психоаналіз*. – 2022. – № 2. – С. 45–52. – Режим доступу: <https://nurse.dniprophc.com.ua/wp-content/uploads/2022/08/emotsiyniy-intelekt-ta-yogo-rol-v-rozvitku-profesiynoyi-dezadaptatsiyi-medichnih-pratsivnikiv.pdf>.
29. Марута О. С. Емоційний інтелект та його взаємозв'язок з суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів з психічними розладами / О. С. Марута // *Медична психологія*. – 2021. – Вип. 16. – С. 50–57. – DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-06>.
30. Марчук С. В. Теоретичний аналіз поняття емоційного інтелекту в психології // *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Психологія»*. – 2021. – Вип. 3. – С. 20–23.

31. Матійків І. М. Тренінг емоційної компетентності : навч.-метод. посібник / І. М. Матійків. – Київ : Педагогічна думка, 2012. – 112 с. – Режим доступу: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/6191/1/12-41.pdf>.

32. Методики вивчення повсякденного стресу і способів розв'язання кризових життєвих ситуацій / О. Я. Кляпець, Б. П. Лазоренко, Л. А. Лепіхова, В. В. Савінов ; за ред. Т. М. Титаренко. – Київ : Міленіум, 2009. – 120 с.

33. Міщук С. С. Психологічна допомога дітям у кризових ситуаціях : методи і техніки / С. С. Міщук. – Київ : Логос, 2018. – 160 с.

34. Моргун В. Ф., Тітов І. Г. Основи психологічної діагностики : навч. посіб. / В. Ф. Моргун, І. Г. Тітов. – Київ : Слово, 2009. – 464 с.

35. Москальова А. С. Методи психодіагностики в навчально-виховному процесі : навч. посіб. / А. С. Москальова. – Київ : [видавництво], 2014. – 360 с.

36. Нефедова О. Г. Психодіагностична робота психолога // Соціально-освітні домінанти професійної підготовки сучасного компетентісного фахівця : зб. матеріалів III Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (м. Біла Церква, 16 травня 2024 р.) / за заг. ред. В. С. Кулішова, Ю. С. Герасименка, О. Й. Фурса. – Біла Церква : БІНПО, 2024. – С. 128–134.

37. Нефедова О. Г. Розвиток емоційного інтелекту як основа формування психоемоційного здоров'я особистості // Психолого-педагогічні аспекти навчання дорослих у системі неперервної освіти : зб. матеріалів IX Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Біла Церква, 14 грудня 2023 р.). У 2 ч. Ч. 2 / упоряд. В. С. Кулішов, Ю. С. Герасименко, І. А. Кучеренко. – Біла Церква : БІНПО ДЗВО «УМО» НАПН України, 2023. – С. 91–93.

38. Носенко Е. Л., Коврига Н. В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції : монографія / Е. Л. Носенко,

Н. В. Коврига. – Дніпро : [б. в.], 2016. – 159 с. – Режим доступу: http://distance.dnu.dp.ua/ukr/nmmateriali/documents/Em_intellekt.pdf.

39. Паламарчук, Л. А. Діагностика професійного вигорання (К. Маслач, С. Джексон в адаптації Н. Є. Водоп'янової) [Електронний ресурс] / Л. А. Паламарчук. – Режим доступу: <https://vseosvita.ua/library/diagnostika-profesijnogo-vigoranna-k-maslac-s-dzekson-v-adaptacii-n-e-vodopanovoi-460627.html> (дата звернення: 14.04.2025).

40. Пилипенко Н., Сидоренко О. Аналіз взаємозв'язків особливостей емоційного вигорання та показників емоційного інтелекту у медичних працівників // *Клінічна та профілактична медицина*. 2021. № 3. С. 49–58. DOI: 10.31612/2616-4868.3(17).2021.06

41. Пилягіна Г. Я., Зубатюк О. В., Носова Є. С. Особливості емоційного інтелекту у лікарів-психіатрів та можливості його розвитку на етапі післядипломної освіти // *Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика*. – 2016. – Вип. 26. – С. 603–609. – Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Znpsnmapo_2016_26_101.

42. Подольчак Н. Ю., Карковська В. Я., Білик О. І. Оцінювання емоційного інтелекту державних службовців України: порівняльний аналіз методик MSCEIT, Холла, EQ-I // *Public Management and Law*. – 2022. – № 3. – С. 10–15. – Режим доступу: <https://reicst.com.ua/pmtl/article/view/2022-3-02-01/2022-3-02-01>.

43. Психічне здоров'я та гендерно зумовлене насильство. Допомога людям, які зазнали сексуального насильства в умовах конфлікту : посібник. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://www.hhri.org/wp-content/uploads/2020/10/22.6.final-toolbox2020_UA_edited.pdf

44. Скрипников П. М., Хміль Т. А., Приходченко С. В. та ін. Теоретико-емперична спроба роботи з емоційним інтелектом лікарів та педагогів на післядипломному етапі освіти // *Сучасні проблеми вивчення*

медико-екологічних аспектів здоров'я людини : зб. тез та статей наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю, Полтава, 30–31 жовтня 2024 р. – Полтава, 2024. – С. 156–157. URL: <https://repository.pdmu.edu.ua>

45. Собчук Ю. Емоційний інтелект і як його розвивати. – Режим доступу: <https://www.sens.lviv.ua/shho-take-emocziynyj-intelekt-ta-yak-jogo-rozvyvaty>.

46. Стасюк, М. М. Психолого-педагогічні умови розвитку емоційного інтелекту у студентів ІТ-спеціальностей : кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису / М. М. Стасюк. – Режим доступу: https://lnu.edu.ua/wp-content/uploads/2021/02/dis_stasiuk.pdf

47. Тема 1. Поняття про психодіагностику. – Режим доступу: http://distance.dnu.dp.ua/ukr/rekprospect/psychodiag_m1t1.pdf (дата звернення: 01.04.2024).

48. Усик К. М. Емоційний інтелект як чинник подолання стресу // Габітус. – 2024. – № 60. – С. 245–250.

49. Федик, О. В., Федик, О. І. Емоційний інтелект та його роль у розвитку особистості [Електронний ресурс] / О. В. Федик, О. І. Федик // Наукові перспективи. – 2023. – № 12. – Режим доступу: <http://perspectives.pp.ua/index.php/np/article/view/20849/20825>

50. Фурман В. Методичні засоби діагностики емоційного інтелекту у дітей / В. Фурман // Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки. – 2021. – Вип. 10. – С. 23–29. – Режим доступу: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/38672/1/V_Furman_VLU_10_2021_IL_KPOSP_.pdf.

51. Хомуленко Т., Кислова І., Бубир І. Адаптація методики «Психологічний імунітет» // Вісник ХНПУ імені Г. С. Сковороди. – 2022. – № 3. – С. 101–105. – Режим доступу: <https://dspace.hnpu.edu.ua/server/api/core/bitstreams/8ffc9a2e-0a2d-4591-9f17-d0e2e863b037/content>.

52. Цюпенко Т. Емоційний інтелект як засіб розвитку психологічної стійкості особистості в умовах сьогодення // Наукові записки. Серія: Психологія. – 2024. – № 4. – С. 109–115. – DOI: <https://doi.org/10.32782/cusu-psy-2024-4-16>.

53. Чебикін О. Я., Павлова І. Г. Становлення емоційної зрілості особистості / О. Я. Чебикін, І. Г. Павлова. – Одеса : СВД Черкасов, 2009. – 238 с.

54. Четверик-Бурчак А. Г. Рівень сформованості емоційного інтелекту як предиктор успішності життєдіяльності людини // [Назва видання не вказана]. – С. 101–104.

55. Шамонова О. Що таке емоційний інтелект та як він впливає на добробут людини. – Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/columns/2021/01/17/243676/>.

56. Широн Ю. Тест емоційного інтелекту MSCEIT: опис, валіדיзація та адаптація / Ю. Широн // Психологічні перспективи. – 2019. – Вип. 33. – С. 141–151.

57. Birks Y. F., Watt I. S. Emotional Intelligence and Patient-Centred Care // Journal of the Royal Society of Medicine. – 2007. – Vol. 100, No. 8. – С. 368–374. – DOI: 10.1177/014107680710000813.SAGE Journals

58. Bocheliuk V. Y., Shcherbyna S. S., Turubarova A. V., Antonenko I. Yu., Rukolyanska N. V. Emotional Intelligence and Burnout of Teachers of Higher Education Institutions / V. Y. Bocheliuk, S. S. Shcherbyna, A. V. Turubarova, I. Yu. Antonenko, N. V. Rukolyanska // Journal of Educational Psychology. – 2021. – Vol. 113, No. 4. – P. 789–798. – Режим доступу: <https://repository.khnnra.edu.ua/wp-content/uploads/tainacan-items/10644/21235/Antonenko-I.-Emotional-Intelligence-and-Burnout-of-Teachers-of-Higher-Education-Institutions.pdf>.

59. Cao Y., Gao L., Fan L. et al. The Influence of Emotional Intelligence on Job Burnout of Healthcare Workers and Mediating Role of Workplace

Violence: A Cross Sectional Study // *Frontiers in Public Health*. 2022. Vol. 10. Article 892421. DOI: 10.3389/fpubh.2022.892421

60. Cao, Y., Gao, L., Fan, L., Jiao, M., Li, Y., & Ma, Y. (2022). The influence of emotional intelligence on job burnout of healthcare workers and mediating role of workplace violence: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 10, 892421. doi: 10.3389/fpubh.2022.892421 – Режим доступа: <https://www.frontiersin.org/journals/public-health/articles/10.3389/fpubh.2022.892421/full>

61. Cheraghi R., Parizad N., Alinejad V. et al. The effect of emotional intelligence on nurses' job performance: the mediating role of moral intelligence and occupational stress // *BMC Nursing*. 2025. Vol. 24. Article 130. DOI: 10.1186/s12912-025-02744-3

62. Dott C., Mamarelis G., Karam E., Bhan K., Akhtar K. Emotional Intelligence and Good Medical Practice: Is There a Relationship? // *Cureus*. – 2022. – Vol. 14, No. 3. – Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9004693/pdf/cureus-0014-00000023126.pdf>.

63. Fleury, M.-J., Grenier, G., & Bamvita, J.-M. (2017). Job satisfaction among mental healthcare professionals: The respective contributions of professional characteristics, team attributes, team processes, and team emergent states. *SAGE Open Medicine*, 5, 2050312117745222. doi:10.1177/2050312117745222

64. Frajo-Apor B., Pardeller S., Kemmler G., Hofer A. Emotional Intelligence and Resilience in Mental Health Professionals Caring for Patients with Serious Mental Illness / B. Frajo-Apor, S. Pardeller, G. Kemmler, A. Hofer // *Frontiers in Psychology*. – 2017. – Vol. 8. – Article 1529. – Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5744854/>.

65. Frajo-Apor B., Pardeller S., Kemmler G., Hofer A. Emotional Intelligence and Resilience in Mental Health Professionals Caring for Patients

with Serious Mental Illness // *Psychology, Health & Medicine*. 2016. Vol. 21, № 6. P. 755–761. DOI: 10.1080/13548506.2015.1120325

66. Galanis P., Katsiroumpa A., Moisoglou I. et al. Emotional Intelligence as Critical Competence in Nurses' Work Performance: A Cross-Sectional Study // *Healthcare*. 2024. Vol. 12, № 19. Article 1936. DOI: 10.3390/healthcare12191936

67. George G. Emotions and Leadership: The Role of Emotional Intelligence // *Human Relations*. – 2000. – Vol. 53. – P. 45–59.

68. Halian A., Halian I., Burlakova I., Shevchenko R., Lappo V., Zhigarenko I., Popovych I. Emotional Intelligence in the Structure of Adaptation Process of Future Healthcare Professionals // *Revista Inclusiones*. 2020. April. P. 447–460. URL: <https://revistainclusiones.org>

69. Hashmi S., Tahir O., Nasir Z., Hasnain H., Riaz R. S. U., Khan H. M. A., Ramza R., Alghzawi H. M., Mukherjee J., Palav A. Impact of Emotional Intelligence on Professional Performance and Stress Resilience Among Healthcare Practitioners // *Cureus*. – 2024. – Vol. 16, No. 11. – Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11662091/>.

70. Hudays, A., Gary, F., Voss, J. G., Arishi, A., Alfar, Z. A., Algodimi, A. M., & Fitzpatrick, J. J. (2024). Factors Influencing Job Satisfaction among Mental Health Nurses: A Systematic Review. *Healthcare*, 12(20), 2040. doi:10.3390/healthcare12202040

71. Kang, H., Fischer, I. C., Vus, V., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., Esterlis, I., & Pietrzak, R. H. (2023). Well-being of mental health workers during the Russian-Ukrainian War. *Mental Health: Global Challenges Journal*, 5(1), 189–198. Retrieved from <https://mhgcj.org/index.php/MHGCJ/article/view/189/164>

72. Kang, H., Fischer, I. C., Vus, V., Kolyshkina, A., Ponomarenko, L., Chobanian, A., Esterlis, I., & Pietrzak, R. H. (2024). Psychological Resilience of Mental Health Workers During the Russia-Ukraine War: Implications for

Clinical Interventions. *Primary Care Companion for CNS Disorders*, 26(5), 24m03761. doi:10.4088/PCC.24m03761 Режим доступу: <https://www.psychiatrist.com/pcc/psychological-resilience-mental-health-workers-russia-ukraine-war-implications-clinical-interventions/>.

73. Korda, M., Shulhai, A., Shevchuk, O., Shulhai, O., & Shulhai, A.-M. (2024). Psychological well-being and academic performance of Ukrainian medical students under the burden of war: a cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, 12, 1457026. doi:10.3389/fpubh.2024.1457026

74. Kurovska V., Ohdanskyi I. Investigation of Medical Students' Emotional Intelligence // *Psychological Journal*. 2019. Vol. 5, № 7. P. 9–21. DOI: 10.31108/1.2019.5.7.1

75. Louwen C., Reidlinger D., Milne N. Profiling Health Professionals' Personality Traits, Behaviour Styles and Emotional Intelligence: A Systematic Review // *BMC Medical Education*. 2023. Vol. 23. Article 120. DOI: 10.1186/s12909-023-04003-y

76. Ma J., Peng W., Pan J. Investigation into the correlation between humanistic care ability and emotional intelligence of hospital staff // *BMC Health Services Research*. 2022. Vol. 22. Article 839. DOI: 10.1186/s12913-022-08227-4

77. Maruta O. S. Емоційний інтелект та його взаємозв'язок з суб'єктивним сприйняттям щастя у пацієнтів з психічними розладами // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. – 2021. – № 16. – DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-06>.

78. Mayer J. D., Caruso D. R., Salovey P. The Ability Model of Emotional Intelligence: Principles and Updates // *Emotion Review*. – 2016. – Vol. 8, No. 4. – P. 290–300.

79. Mental health at work. – Режим доступу: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/mental-health-in-the-workplace>.

80. Muhammad, B. R., & Wardaningsih, S. (2023). Psychosocial Aspects of Healthcare Workers during the Covid-19 Pandemic: A Scoping Review. *International Journal of Nursing and Health Sciences*, 7(1), 45–52. Retrieved from <https://www.ijnhs.net/index.php/ijnhs/article/view/470>

81. Powell C., Brown T., Yap Y., Hallam K., Takac M., Quinlivan T., Xenos S., Karim L. Emotional Intelligence Training Among the Healthcare Workforce: A Systematic Review and Meta-Analysis // *Frontiers in Psychology*. – 2023. – Vol. 15. – Режим доступа: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11614651/>.

82. Sahney R., Malhotra P., Mohanan A. Elevating Healthcare with Emotional Intelligence: Lessons from the COVID-19 Pandemic // *Current Medicine Research and Practice*. 2024. Vol. 14, № 4. P. 181–185. DOI: 10.4103/cmrp.cmrp_34_24

83. Shahid, M. (2023). Physician Well-Being and the Promise of Positive Psychology. *Cureus*, 15(3), e10016205. doi:10.7759/cureus.10016205

84. Spirkoska, L., Simonovska, M., Jankuloska, O., Ivceva, N., & Olumcev, N. (2022). Mental health of healthcare workers during the Covid-19 pandemic: Analysis of the psychological problems faced by the healthcare workers over a period of three months during Covid-19 pandemic. *European Psychiatry*, 64(S1), S515. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.1390

85. Voshkolup H., Zhylin M., Hlavinska E., Karpova D., Potapchuk Y. Emotional Intelligence as a Means of Overcoming the Consequences of Psychological Trauma – An Educational Study // *Cadernos De Educação Tecnologia E Sociedade*. 2024. Vol. 17, se5. P. 84–96. DOI: 10.14571/brajets.v17.nse5.84-96

86. White B. A., Mackey J. Emotional Intelligence: A Critical Piece of Leadership in Health Professions Education // MGH Institute of Health Professions. – Режим доступа: <https://www.mghihp.edu/news-and->

more/opinions/health-professions-education-effects/emotional-intelligence-critical-piece-leadership-health-professions-education.

87. World Health Organization. Mental health at work [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/promotion-prevention/mental-health-in-the-workplace>

ДОДАТКИ

Додаток А

Діагностика «емоційного інтелекту» (Н. Холл)

Методика призначена для виявлення здібності особистості розуміти відносини, що репрезентується в емоціях, і керувати своєю емоційною сферою на основі прийняття рішень. Вона складається з 30 тверджень і містить п'ять шкал:

- шкала 1 – «Емоційна обізнаність»;
- шкала 2 – «Управління своїми емоціями» (емоційна відхідливість, емоційна нерігідність);
- шкала 3 – «Самотивація» (довільне керування своїми емоціями);
- шкала 4 – «Емпатія»;
- шкала 5 – «Розпізнавання емоцій інших людей» (вміння впливати на емоційний стан інших).

ІНСТРУКЦІЯ

Нижче наведені висловлювання, які так чи інакше відображають різні сторони життя. Праворуч від кожного твердження напишіть цифру, виходячи з вашої ступеня згоди з ним: повністю не згоден (-3 бали); в основному не згоден (-2 бали); почасти не згоден (-1 бал); частково згоден (+1 бал); в основному згоден (+2 бали); повністю згоден (+3 бали).

Тестовий матеріал

1. Для мене як негативні, так і позитивні емоції служать джерелом знання про те, як чинити в житті.
2. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен змінити у своєму житті.

Продовження Додатка А

3. Я спокійний, коли відчуваю тиск з боку.
4. Я здатний спостерігати зміну своїх почуттів.
5. Коли необхідно, я можу бути спокійним і зосередженим, щоб діяти відповідно до запитів життя.
6. Коли необхідно, я можу викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій, таких як веселощі, радість, внутрішній підйом і гумор.
7. Я стежу за тим, як я себе відчуваю.
8. Після того як щось засмутило мене, я можу легко впоратися зі своїми почуттями.
9. Я здатний вислуховувати проблеми інших людей.
10. Я не зациклююсь на негативних емоціях.
11. Я чутливий до емоційних потреб інших.
12. Я можу діяти на інших людей заспокійливо.
13. Я можу змусити себе знову і знову встати перед обличчям перешкоди.
14. Я намагаюся підходити до життєвих проблем творчо.
15. Я адекватно реагую на настрої, спонукання і бажання інших людей.
16. Я можу легко входити в стан спокою, готовності і зосередженості.
17. Коли дозволяє час, я звертаюся до своїх негативним почуттям і розбираюся, в чому проблема.

18. Я здатний швидко заспокоїтися після несподіваного засмучення.

Продовження Додатка А

19. Знання моїх справжніх почуттів важливо для підтримки «хорошої форми».

20. Я добре розумію емоції інших людей, навіть якщо вони не виражені відкрито.

21. Я можу добре розпізнавати емоції за виразом обличчя.

22. Я можу легко відкинути негативні почуття, коли необхідно діяти.

23. Я добре вловлюю знаки у спілкуванні, які вказують на те, в чому інші потребують.

24. Люди вважають мене добрим знавцем переживань інших.

25. Люди, які усвідомлюють свої справжні почуття, краще управляють своїм життям.

26. Я здатний поліпшити настрій інших людей.

27. Зі мною можна порадитися з питань відносин між людьми.

28. Я добре налаштовуюся на емоції інших людей.

29. Я допомагаю іншим використовувати їх спонукання для досягнення особистих цілей.

30. Я можу легко відключитися від переживання неприємностей.

КЛЮЧ

Шкала 1 – пункти 1, 2, 4, 17, 19, 25. Шкала 2 – пункти 3, 7, 8, 10, 18, 30. Шкала 3 – пункти 5, 6, 13, 14, 16, 22. Шкала 4 – пункти 9, 11, 20, 21, 23, 28. Шкала 5 – пункт 12, 15, 24, 26, 27, 29

Продовження Додатка А

Обробка та інтерпретація РЕЗУЛЬТАТІВ

Рівні парціального емоційного інтелекту у відповідності зі знаком результатів: 14 і більше – високий; 8–13 – середній; 7 і менш – низький.

Інтегративний рівень емоційного інтелекту з урахуванням домінуючого знака визначається за такими кількісними показниками: 70 і більше – високий; 40–69 – середній; 39 і менше – низький.

Дослідження самоповаги

Мета: визначення рівня самоповаги особистості.

Необхідний матеріал: аркуш паперу для записів, ручка або олівець.

Інструкція: «На запропоновані Вам судження потрібно вибрати відповідь наступним чином: повністю погоджуюся, погоджуюся, не погоджуюся, абсолютно не погоджуюся».

Судження

1. Я почуваю себе гідною людиною не менше, ніж інші.
2. Я завжди схильний відчувати себе невдахою.
3. Мені здається, що у мене є низка позитивних якостей.
4. Я здатен дещо робити не гірше, ніж більшість.
5. Мені здається, що мені особисто немає чим пишатися.
6. Я до себе добре ставлюся.
7. У цілому я задоволений собою.
8. Мені хотілося б більше поважати себе.
9. Іноді я ясно відчуваю свою нікчемність.
10. Іноді я думаю, що в усьому поганий.

Обробка та аналіз результатів:

Код опитувальника: прямі запитання – 1,3,4,6,7. зворотні запитання – 2, 5, 8,9, 10.

Максимально можлива сума – 40 балів, мінімально можлива сума – 10 балів

Продовження Додатка Б

Таблиця Б.1

Відповіді	Прямі судження (бали)	Зворотні судження (бали)
Повністю погоджуюся	4	1
Погоджуюся	3	2
Не погоджуюся	2	3
Абсолютно не	1	4

10–19 балів – низький рівень самоповаги;

20–29 балів – середній рівень самоповаги;

30–40 балів – високий рівень самоповаги.

Оцінювання емоційно-діяльнісної адаптивності

Інструкція до тесту: Ознайомтеся з наведеними нижче твердженнями-характеристиками. Поміркуйте, чи стосуються вони до Вас особисто. У разі позитивної відповіді слід обрати варіант «так», у протилежному випадку – варіант «ні».

Тестовий матеріал

1. Працюючи, я втомлююсь.
2. Мені важко сконцентруватися на чомусь одному.
3. Я хвилююся з будь-якого приводу.
4. Коли я щось роблю, мої руки тремлять.
5. Я часто хвилююся.
6. Я пітнію навіть у холодну погоду.
7. Я постійно відчуваю голод.
8. У мене часто болить шлунок.
9. Часом я так хвилююся, що не можу спати.
10. Мене легко вивести з рівноваги.
11. Я більш чутливий (-а), ніж інші.
12. Я часто хвилююся з приводу чогось.
13. На жаль, я не такий (-а) щасливий (-а), як інші.
14. Я легко можу заплакати.

Продовження Додатка В

15. Коли мені потрібно чекати, я нервуюся.
16. Інколи я почуваюся таким (-ою) щасливим (-ою), що не можу всидіти на місці.
17. Я сильно пасую перед труднощами.
18. Часом я відчуваю, що ні до чого не придатний (-а).
19. Я сором'язливий (-а). 20. Я вважаю, що на мене скрізь чатують труднощі.
21. Я завжди напружений (-а).
22. Часом я відчуваю себе розбитим (-ою).
23. Я намагаюся уникати труднощів.

Обробка та інтерпретація результатів тесту: Якщо сума всіх відповідей «так» не перевищує 3, адаптивність висока; 3–10 – середня; 10–20 – низька; 20–25 – дуже низька.

Додаток Г

Діагностика професійного вигорання
(К. Маслач, К. Джексон в адаптації Н. Е. Водоп'янової)

Підраховуються бали за трьома шкалами:

- Емоційне виснаження: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20.
- Деперсоналізація: 5, 10, 11, 15, 22.
- Редукція особистих досягнень: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.

Варіанти відповідей оцінюються наступним чином:

- «ніколи» – 0 балів;
- «дуже рідко» – 1 бал;
- «іноді» – 3 бали;
- «часто» – 4 бали;
- «дуже часто» – 5 балів;
- «кожен день» – 6 балів.

Таблиця Г.1

Рівні вигорання			
	Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Емоційне виснаження	0-16	17-26	27 і більше
Деперсоналізація	0-6	7-12	13 і більше
Редукція особистих досягнень	39 і більше	38-32	31-0

Емоційне виснаження розглядається як основна складова «професійного вигорання» та характеризується заниженим емоційним фоном, байдужістю або емоційним перенасиченням. Почуття виснаження або втоми призводить до порушення сну, зниження імунітету, проблем із концентрацією. Інтелектуальна й емоційна дистанція з роботою: відчуття негативу та цинізму відносно ситуацій, пов'язаних із роботою, відірваність від колективу, відсутність мотивації, негативне сприйняття реальності.

Продовження Додатка Г

Зниження професійної ефективності: внаслідок цього розвивається відчуття неспроможності, з'являються сумніви у власних здібностях і компетентності.

Деперсоналізація проявляється у деформації стосунків з іншими людьми. В одних випадках це може бути зростання залежності від інших людей, у інших - зростання негативізму, цинічності налаштувань і почуттів щодо інших людей (дітей, колег, підлеглих). Емоції можуть притуплюватися, а концентрація та пам'ять погіршуватися.

Характерною рисою є усвідомлення порушеного сприйняття реальності, що нерідко супроводжується реакцією тривоги.

Редукція особистих досягнень полягає або в тенденції до негативного оцінювання себе, своїх професійних досягнень та успіхів, негативізмі щодо службової гідності і можливостей, або у нівелюванні особистої гідності, обмеженні своїх можливостей, обов'язків щодо інших. Редукція особистих досягнень – це поява у людини негативного ставлення до самого себе. Це можна описати як низьку самооцінку, низьку оцінку ефективності своєї роботи і загальне негативне сприйняття власних можливостей. Незважаючи на всі свої досягнення, людина все одно незадоволений своєю продуктивністю праці.

Наочні приклади редукції особистих досягнення:

1. Почуття безпорадності й безвиході,
2. Зниження впевненості в собі, пов'язане зі здатністю виконати завдання.

Інтерпретація даних згідно з моделлю синдрому «вигорання» К. Масlach і С. Джексон, «професійне вигорання» тлумачиться як синдром емоційного виснаження, деперсоналізації і редукції особистих досягнень.

Діагностика емоційного вигорання

П.І.Б. _____

Посада _____ Стаж роботи на
посаді _____

Дата заповнення _____

Продовження Додатка Г

Будь ласка, дайте відповідь, як часто Ви відчуваєте почуття, перераховані в кожному з пунктів опитувальника. Над відповідями довго не замислюйтесь, відповідайте, керуючись першим враженням.

Таблиця Г.2

Питання	ніколи	дуже рідко	іноді	часто	дуже часто	кожен день
1. Я відчуваю себе емоційно спустошеним .						
2. Після роботи я відчуваю себе як «вичавлений лимон».						
3. Вранці я відчуваю втому і небажання йти на роботу.						
4. Я добре розумію, що відчувають діти та колеги, та використовую це в інтересах справи.						
5. Я спілкуюся з дітьми, батьками, колегами цілком формально, без зайвих емоцій, і намагаюся звести спілкування з ними до мінімуму.						
6. Після роботи на деякий час хочеться усамітнитися від усіх і всього.						
7. Я вмію знаходити правильне рішення в конфліктних ситуаціях.						
8. Я відчуваю пригніченість і апатію.						
9. Я можу позитивно впливати на продуктивність роботи дітей та колег.						
10. Останнім часом я став більш черствим (нечутливим) у ставленні до тих, з ким працюю.						
11. Як правило, оточуючі мене люди багато вимагають від мене та маніпулюють мною. Вони скоріше втомлюють, ніж радують мене.						
12. У мене багато планів на майбутнє і я вірю в їх здійснення.						
13. У мене все більше життєвих розчарувань.						
14. Я відчуваю байдужість і втрату інтересу до багатьох речей, які радували мене раніше.						
15. Іноді мені дійсно байдуже те, що відбувається з деякими дітьми і колегами.						
16. Мені хочеться усамітнитися і відпочити від усього і всіх.						
17. Я можу легко створити атмосферу доброзичливості і співпраці при спілкуванні з дітьми та колегами.						
18. Я легко спілкуюся з людьми незалежно від їх статусу і характеру.						
19. Я багато встигаю зробити.						
20. Я відчуваю себе на межі можливостей.						
21. Я багато чого ще зможу досягти в своєму житті.						
22. Іноді колеги перекладають на мене вантаж своїх проблем і обов'язків.						

Анкета діагностики емоційного інтелекту

Нижче наведені висловлювання, які так чи інакше відображають різні сторони життя. З наведених варіантів оберіть саме той, що більшою мірою відображає Ваше ставлення до запропонованого твердження.

Щиро дякуємо за Ваш час!

1. Я можу легко відключитися від переживання неприємностей.

повністю не згоден/а;

частково згоден/а;

в основному не згоден/а;

в основному згоден/а;

частково не згоден/а;

повністю згоден/а.

2. Я допомагаю іншим використовувати їх спонукання для досягнення особистих цілей.

повністю не згоден/а;

частково згоден/а;

в основному не згоден/а;

в основному згоден/а;

частково не згоден/а;

повністю згоден/а.

3. Я добре налаштовуюся на емоції інших людей.

повністю не згоден/а;

частково згоден/а;

в основному не згоден/а;

в основному згоден/а;

частково не згоден/а;

повністю згоден/а.

Продовження Додатка Д

4. Зі мною можна порадитися з питань відносин між людьми.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

5. Я здатний поліпшити настрій інших людей.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

6. Люди, які усвідомлюють свої справжні почуття, краще управляють своїм життям.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

7. Люди вважають мене добрим знавцем переживань інших.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

Продовження Додатка Д

8. Я добре вловлюю знаки у спілкуванні, які вказують на те, в чому інші потребують.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

9. Я можу легко відкинути негативні почуття, коли необхідно діяти.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

10. Я можу добре розпізнавати емоції за виразом обличчя.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

11. Я добре розумію емоції інших людей, навіть якщо вони не виражені відкрито.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

Продовження Додатка Д

12. Знання моїх справжніх почуттів важливо для підтримки "хорошої форми".

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

13. Я здатний швидко заспокоїтися після несподіваного засмучення.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

14. Коли дозволяє час, я звертаюся до своїх негативним почуттям і розбираюся, в чому проблема.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

15. Я можу легко входити в стан спокою, готовності і зосередженості.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

Продовження Додатка Д

16. Я адекватно реаую на настрої, спонукання і бажання інших людей.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

17. Я намагаюся підходити до життєвих проблем творчо.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

18. Я можу змусити себе знову і знову встати перед обличчям перешкоди.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

19. Я можу діяти на інших людей заспокійливо.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

Продовження Додатка Д

20. Я чутливий до емоційних потреб інших.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

21. Я не зациклююсь на негативних емоціях.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

22. Я здатний вислуховувати проблеми інших людей.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

23. Після того як щось засмутило мене, я можу легко впоратися зі своїми почуттями.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

Продовження Додатка Д

24. Я стежу за тим, як я себе почуваю.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

25. Коли необхідно, я можу викликати у себе широкий спектр позитивних емоцій, таких як веселощі, радість, внутрішній підйом і гумор.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

26. Коли необхідно, я можу бути спокійним і зосередженим, щоб діяти відповідно до запитів життя.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

27. Я здатний спостерігати зміну своїх почуттів.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

Продовження Додатка Д

28. Я спокійний, коли відчуваю тиск з боку.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

29. Негативні емоції допомагають мені зрозуміти, що я повинен змінити у своєму житті.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

30. Для мене як негативні, так і позитивні емоції служать джерелом знання про те, як чинити в житті.

повністю не згоден/а;	частково згоден/а;
в основному не згоден/а;	в основному згоден/а;
частково не згоден/а;	повністю згоден/а.

31. Ваша стаття:

Чоловіча

Жіноча

Продовження Додатка Д

32. Ваш вік:

До 30 років

Від 51 до 60 років

Від 31 до 40 років

Більше 60 років

Від 41 до 50 років

33. Ваша посада:

Молодший медичний персонал

Психолог

Середній медичний персонал

Керівний склад

Старший медичний персонал

34. Ваша освіта:

Вища медична освіта

Середня спеціальна освіта

Вища немедична освіта

Професійно-технічна освіта

Вища психологічна освіта

Загальна освіта

Додаток Е

Таблиця Е.1

Рівні вияву ЕІ в контрольній та експериментальній групі до
формульовального експерименту

N=30

Рівні	ЕГ		КГ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	2	13,33	2	13,33	-
Середній	12	80,00	11	73,33	-
Низький	1	6,67	2	13,33	-
Разом	15	100	15	100	-

* $p \leq 0.05$

Таблиця Е.2

Рівні вияву ЕІ в контрольній групі до та після формульовального
експерименту

N=30

Рівні	До ФЕ		Після ФЕ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	2	13,33	3	20,00	-
Середній	11	73,34	10	66,64	-
Низький	2	13,33	2	13,33	-
Разом	15	100	15	100	-

* $p \leq 0.05$

Продовження Додатка Е

Таблиця Е.3

Порівняння рівнів вияву емоційного інтелекту в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту

N=30

Рівні	КГ		ЕГ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	3	20,00	6	40,00	-
Середній	10	66,64	9	60,00	-
Низький	2	13,33	-		-
Разом	15	100	15	100	-

Таблиця Е.4

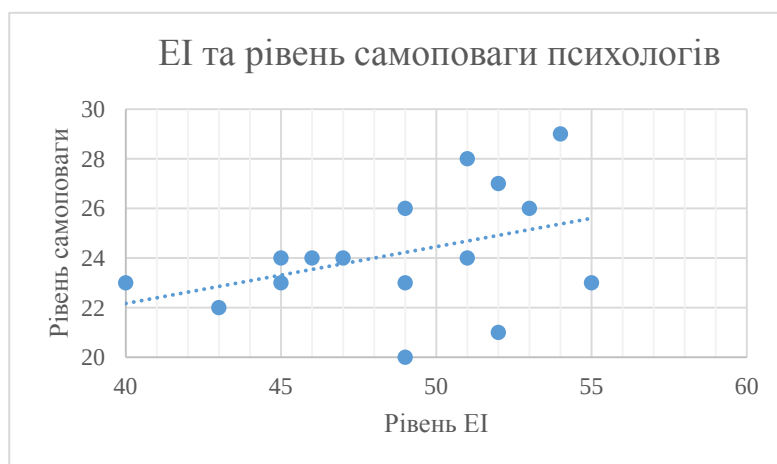
Порівняння рівнів вияву самоповаги в контрольній та експериментальній групі після формувального експерименту

N=30

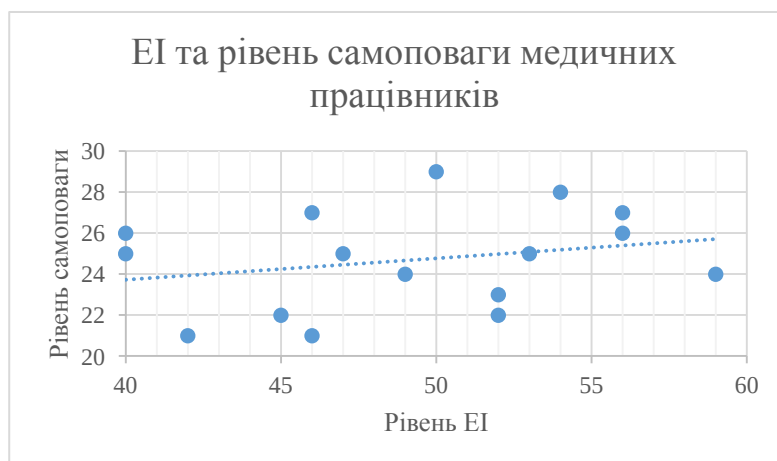
Рівні	КГ		ЕГ		φ
	Абс.	%	Абс.	%	
Високий	2	13,33	5	33,33	
Середній	10	66,64	9	60,00	-
Низький	3	20,00	1	6,67	-
Разом	15	100	15	100	-

Результати кореляційного аналізу рівнів ЕІ та обраних психологічних характеристик

Психологи		
ЕІ	Рівень самоповаги	г-Спірмена
49	20	гемп. = 0.37465 $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається гіпотеза Н₀: Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.
43	22	
45	23	
46	24	
52	27	
53	26	
54	29	
51	24	
45	24	
55	23	
47	24	
49	23	
51	28	
49	26	
40	23	
52	21	

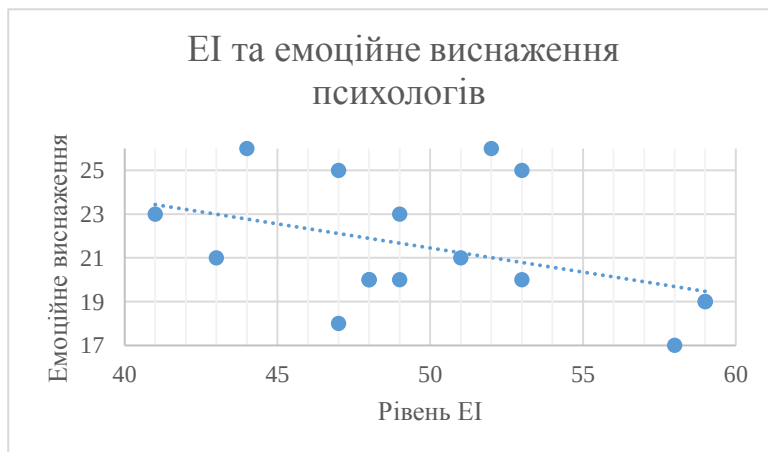


Медичні працівники		
ЕІ	Рівень самоповаги	г-Спірмена
56	26	гемп. = 0.27766 $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається гіпотеза Н₀: Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.
56	27	
40	25	
53	25	
54	28	
46	21	
50	29	
52	22	
59	24	
46	27	
47	25	
49	24	
42	21	
45	22	
40	26	
52	23	

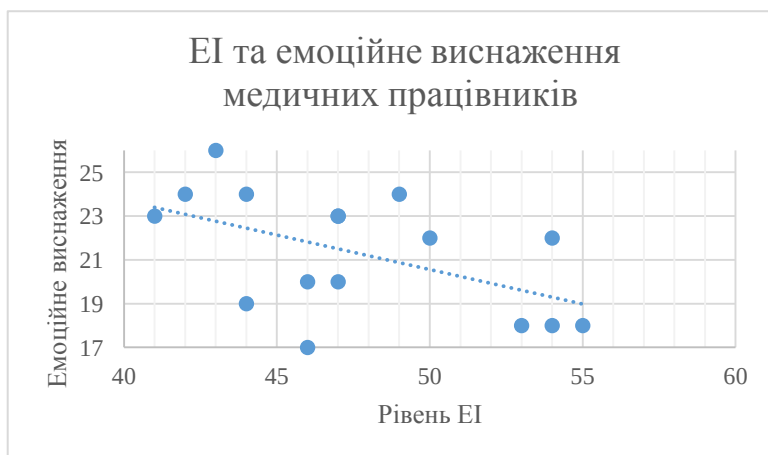


Продовження Додатка Ж

Психологи		
EI	Емоційне виснаження	г-Спірмена
48	20	$\text{гемп.} = -0.39926$ $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається гіпотеза Н0: Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.
52	26	
59	19	
59	19	
44	26	
48	20	
51	21	
47	18	
49	23	
53	25	
43	21	
41	23	
49	20	
58	17	
53	20	
47	25	

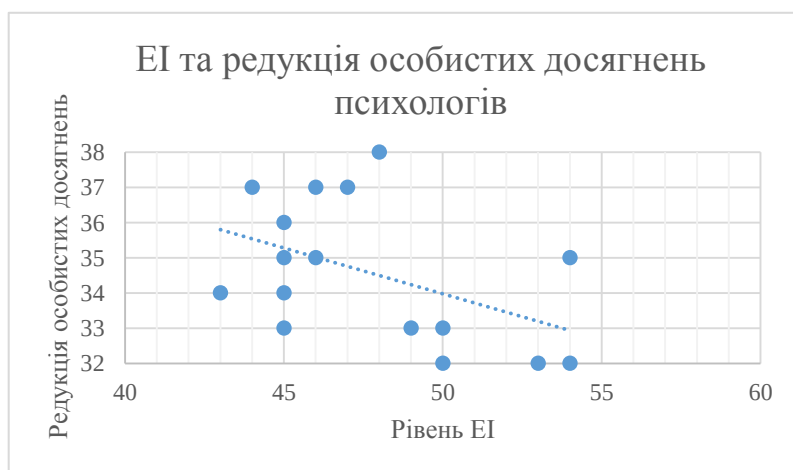


Медичні працівники		
EI	Емоційне виснаження	г-Спірмена
54	18	$\text{гемп.} = -0.50337$ $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається Н1: Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0.05$.
55	18	
44	19	
46	20	
42	24	
41	23	
47	23	
53	18	
49	24	
47	23	
43	26	
46	17	
44	24	
47	20	
50	22	
54	22	

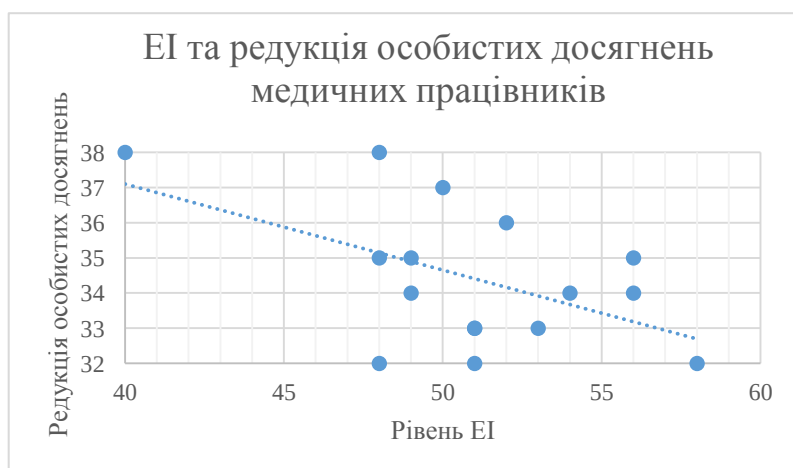


Продовження Додатка Ж

Психологи		
EI	Редукція особистих досягнень	r-Спірмена
48	38	гемп. = - 0.42933 $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається гіпотеза Н0: Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.
45	33	
50	32	
46	35	
45	35	
43	34	
53	32	
45	36	
54	32	
45	34	
49	33	
44	37	
54	35	
50	33	
47	37	
46	37	

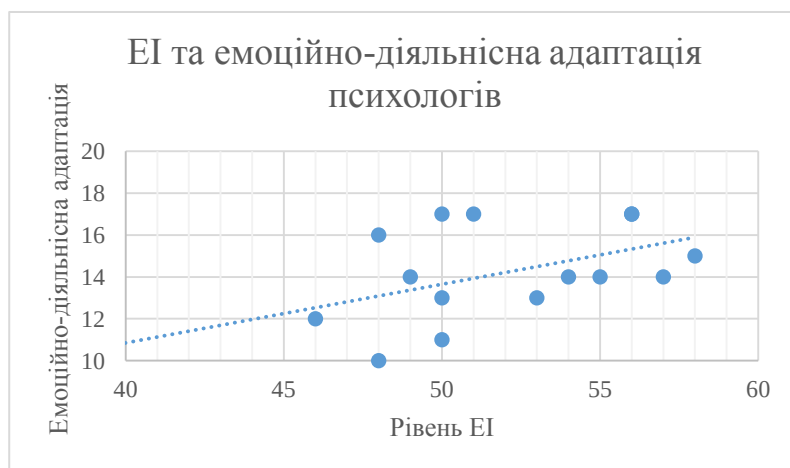


Медичні працівники		
EI	Редукція особистих досягнень	r-Спірмена
48	32	гемп. = - 0.3901 $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається гіпотеза Н0: Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.
54	34	
51	33	
53	33	
49	35	
50	37	
56	34	
49	34	
56	35	
51	32	
51	33	
52	36	
48	38	
48	35	
58	32	
40	38	

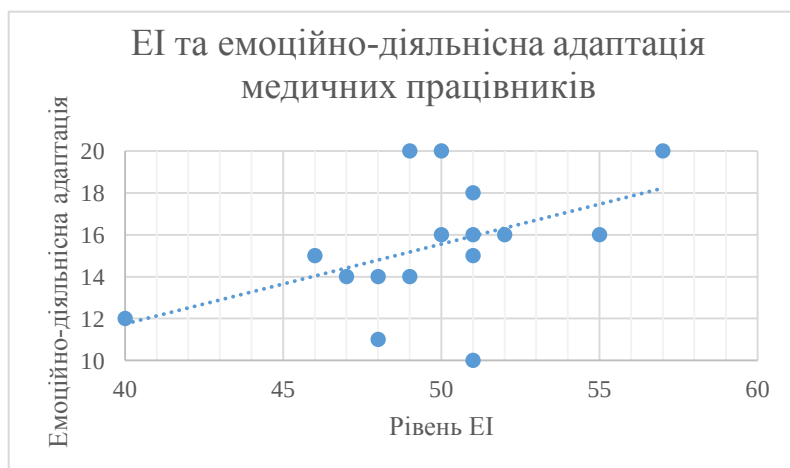


Продовження Додатка Ж

Психологи		
EI	Емоційно-діяльнісна адаптація	r-Спірмена
53	13	$\text{гемп.} = 0.54133$ $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається H_1 : Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0,05$.
50	13	
49	14	
39	10	
48	16	
56	17	
54	14	
46	12	
55	14	
50	11	
58	15	
50	17	
51	17	
48	10	
57	14	
56	17	

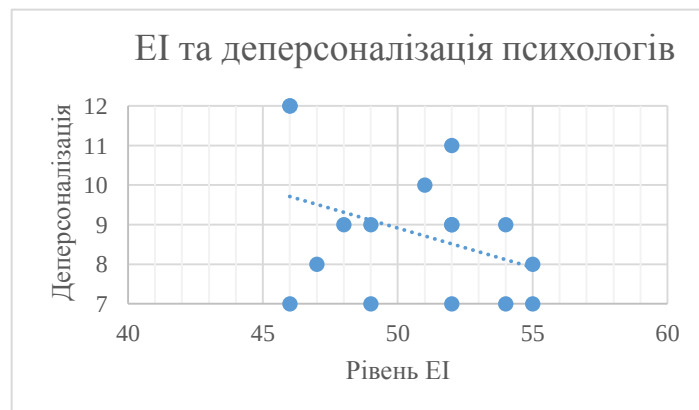


Медичні працівники		
EI	Емоційно-діяльнісна адаптація	r-Спірмена
49	20	$\text{гемп.} = 0.50528$ $r_{0.01} = 0.635$ $r_{0.05} = 0.503$ Приймається H_1 : Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами $p \leq 0,05$.
49	14	
55	16	
51	18	
50	16	
50	20	
46	15	
40	12	
48	11	
51	10	
52	16	
48	14	
51	16	
47	14	
57	20	
51	15	



Продовження Додатка Ж

Психологи		
EI	Деперсоналізація	r-Спірмена
52	9	гемп. = - 0.34518 r0.01 = 0.635 r0.05 = 0.503 Приймається гіпотеза H0: Статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами відсутній.
48	9	
49	7	
55	7	
55	8	
49	9	
46	7	
52	9	
47	8	
51	10	
46	12	
52	7	
54	9	
54	7	
52	11	
46	12	



Медичні працівники		
EI	Деперсоналізація	r-Спірмена
50	7	гемп. = - 0.51563 r0.01 = 0.635 r0.05 = 0.503 Приймається H1: Існує статистично значущий кореляційний зв'язок між параметрами p≤0,05.
46	11	
50	7	
40	10	
54	10	
44	10	
48	11	
43	9	
44	9	
52	7	
45	9	
60	7	
54	9	
46	8	
53	7	
59	7	

