

УДК 159.942:33 (31)

DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2021.11.25>

## ЕМОЦІЙНИЙ ІНТЕЛЕКТ ЯК СКЛАДОВА ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ В КОНТЕКСТІ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ В УМОВАХ COVID-19

**Вікторія Толмачевська**

*Одеський національний університет імені І.І. Мечникова,  
вул. Дворянська, 2, м. Одеса, Україна, 65082  
e-mail: [tolmachevska@gmail.com](mailto:tolmachevska@gmail.com)*

У статті розглядається проблема ролі емоційного інтелекту як складової частини емоційної експресії у професійній діяльності медичного персоналу. Актуальність цієї теми пов'язана з посиленням психоемоційного навантаження на медперсонал у зв'язку зі зростанням захворюваності населення в ситуації COVID-19. Успішність лікарської діяльності багато в чому визначається здатністю лікаря вступати в ефективні міжособистісні контакти з усіма учасниками лікувального процесу – колегами, пацієнтами та їх родичами. Інтенсивні міжособистісні контакти можуть викликати значні емоційні навантаження, що спричиняє стан професійного вигорання. Отже, важливість та необхідність розвитку складників емоційного інтелекту як факторів, що сприяють особистісному та професійному зростанню медичних працівників, є незаперечними.

У статті подано теоретичні аспекти емоційного інтелекту, розроблені сучасними вітчизняними та зарубіжними авторами. Також представлені результати емпіричного дослідження, спрямованого на виявлення структурних компонентів емоційного інтелекту у медсестер та лікарів вторинної ланки з урахуванням особливостей внутрішніх та зовнішніх (статеворольові та емоційно-вольові якості, стаж роботи) факторів. Дослідження проводилося протягом 2017–2021 рр. на базі комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний госпіталь інвалідів та ветеранів війни» ООР», санаторію «Орізонт» ДП «Південь-Курорт-Сервіс» м. Білгород-Дністровський, смт. Сергіївка та комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради. У дослідженні у взяли участь 219 медичних працівників, з них – 104 лікарі і 115 медичних сестер віком від 20 до 70 років.

Використовувалися такі методи дослідження: тест на емоційний інтелект (опитувальник EQ Н. Холла), шкала депресії Бека, опитувальник оцінки агресивності у відносинах А. Ассінгера (1993), тестова методика діагностики професійного вигорання Маслач (МВІ) (варіант для медиків). Результати дослідження показали, що найбільш суттєві відмінності міжособистісного та внутрішньоособистісного емоційного інтелекту були виявлені у групах чоловіків та жінок, а також у групах з різним стажем професійної діяльності. Були виявлені нові дані про зв'язок емоційного інтелекту, професійного вигорання, агресивності у відносинах з рівнем депресії у групах лікарів та медсестер.

*Ключові слова:* емоційний інтелект, медичний персонал, стаж роботи, агресивність, професійне вигорання, емоційна експресія.

**Постановка проблеми.** Актуальність теми дослідження зумовлюється, з одного боку, потребами розвитку особистості та функціонування суспільства, а з іншого боку, тим, що за різноманіття теорій існує нестача конкретних емпіричних даних про роль та місце емоційного інтелекту у структурі емоційної експресії у медичних працівників як представників професій з високим емоційним навантаженням. Важливе місце в діяльності

з підвищеним психологічним навантаженням займають питання управління і саморегуляції психічних станів у процесі діяльності.

Професійна діяльність медиків пов'язана з роботою в системі «людина – людина». Вона характеризується щоденною інтенсивною й емоційно напруженою взаємодією, неминучою необхідністю залучення в проблеми інших людей, а також тиском певних соціальних норм, які нав'язують жорсткі стереотипи емоційного і поведінкового реагування (бути завжди компетентним, стриманим, терплячим, уважним, дбайливим, розуміючим, співчуваючим тощо). З часом виникає і збільшується відрив вираження емоцій від їх переживання через розвиток функції контролю за емоційною експресією. Проте моральна спрямованість професії пов'язана з її допомагаючим характером, відповідальністю за життя людини, проявом милосердя й альтруїзму.

Успішність лікарської діяльності багато в чому визначається здатністю лікаря вступати в ефективні міжособистісні контакти з усіма учасниками лікувального процесу – пацієнтами, їхніми родичами, колегами [1; 4; 10]. Інтенсивні міжособистісні контакти, що супроводжують професійну діяльність фахівця, що допомагає іншим людям, можуть викликати значні емоційні навантаження. Це може спричинити виникнення стану професійного вигорання [7, с. 46]. Отже, важливість та необхідність розвитку складників емоційного інтелекту як факторів, що сприяють особистісному та професійному зростанню медичних працівників, є незаперечними.

Аналіз наукових праць зарубіжних та вітчизняних психологів з проблеми дослідження показав, що досліджень, спрямованих на вивчення особливостей структури емоційного інтелекту у медичних сестер та лікарів, проводилося недостатньо, що й зумовило вибір мети дослідження.

**Мета дослідження** – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості прояву емоційного інтелекту у медичних працівників з урахуванням внутрішніх та зовнішніх факторів.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Емоційна експресія людини була і залишається в психології одним з надзвичайно цікавих і важливих феноменів. Протягом останнього десятиліття проблеми емоцій і емоційної експресії розроблялися не тільки в психології, а і в суміжних науках. Проблема емоційної експресії людини досліджується на фоні міжособистісного спілкування та комунікативної діяльності (О.А. Бодальов, В.А. Лабунська, О.О. Пугачевский), розуміння іншої людини (Г.В. Гриненко, Н.Д. Творогова), «Я-концепції» особистості і самоактуалізації особистості (В.Р. Знаньов, Е.А. Павлюченко), особистості як феномену соціальної еволюції (С.С. Малявін, О.А. Бодальов). Проте особливе місце дана проблема займає в сучасних психологічних дослідженнях. Зокрема, багато уваги вчені приділяють вивченню взаємозв'язку між співчуттям та емпатійністю медичного персоналу та швидкістю одужання пацієнтів.

Доведено, що в клінічній практиці емпатія вкрай ефективна, тому що вона сприяє постановці більш точних і ранніх діагнозів, кращій узгодженості і більш ефективному плануванню лікування, дозволяє уникати непотрібних медичних тестів і госпіталізації. Усе перелічене знижує вартість медичних послуг [2]. Дослідження емпатії в практиці професій «допомоги» проводяться за двома основними напрямками: 1) емпатія як фактор формування мотивації, коли вона зумовлює вибір професії; 2) емпатія як фактор успішності професійної діяльності, коли вона забезпечує адекватність соціальної перцепції і успішність подолання труднощів у ситуаціях, що провокують емоційне вигорання [8; 17].

Поверот, що виник в останні роки, до вивчення емоційних здібностей призвів до затвердження в психології поняття «емоційний інтелект», що є ширшим поняттям щодо емпатії, комунікативної компетентності, самоконтролю [11; 12].

Емоційну експресію можна трактувати як прояв емоційного інтелекту, що включає, на думку П. Селовея і Д. Мейера, здатність відстежувати свої та чужі емоції, розрізнити їх між собою та використовувати цю інформацію для управління своїми думками та діями [15, с. 20]. Емоційний інтелект визначається також як здатність діяти згідно з внутрішнім середовищем своїх почуттів та бажань [5; 10; 14], сукупність емоційних, особистих та соціальних здібностей, які впливають на загальну здатність будь-кого ефективно справлятися з вимогами та тиском навколишнього середовища [19].

На думку Є.В. Сидоренко, поняття «емоційний інтелект» та «соціальний інтелект» багато в чому перетинаються. Однак емоційний інтелект зміщує локус контролю із зовнішнього (у соціальному інтелекті) на внутрішнє (сама людина та її емоційна сфера) середовище. Є.В. Сидоренко зазначає: «Термін «емоційний інтелект» підкреслює значення емоцій у соціальному інтелекті, але він відбиває не так здатність керувати емоціями в соціальній взаємодії, як здатність до управління власними емоціями, причому не обов'язково викликаними взаємодією» [13, с. 16].

Українська дослідниця А.Г. Четверик-Бурчак також зацікавилася темою емоційного інтелекту в контексті його впливу на успішність життєдіяльності особистості. У своєму дисертаційному дослідженні «Механізми впливу емоційного інтелекту на успішність життєдіяльності особистості» [16] вчена показує, що емоційний інтелект представлений як інтегральна властивість особистості, яка включає в себе чотири компоненти – диспозиційний, міжособистісний, внутрішньоособистісний та інформаційно-перероблювальний [16, с. 82].

Попри існування різних підходів до трактування емоційного інтелекту, всі автори мають на увазі здатність до пізнання емоційного світу людей. У цьому сенсі індивіди з високим рівнем розвитку емоційного інтелекту мають виражені здібності до розуміння власних емоцій та емоцій інших людей, до управління емоційною сферою, що зумовлює більш високу адаптивність та ефективність у спілкуванні.

У професійній діяльності медичних працівників емоційний інтелект дозволяє приймати правильні рішення, ефективно керувати своїми емоціями та емоціями пацієнтів, покращувати стосунки та позитивно впливати на якість медичної допомоги, яку отримують пацієнти та їхні сім'ї.

Ефективна діяльність медичного персоналу передбачає:

- розпізнавання емоції, що передбачає визначення наявності емоційного переживання у себе чи пацієнта;
- розуміння емоції, тобто можливість встановити те, яку саме емоцію відчуває сам лікар або пацієнт в даний момент часу, а також вміння вербально виражати емоції, що переживаються;
- вміння визначити першопричину, яка викликала ту чи іншу емоцію. Необхідно знати, до яких результатів може призвести та чи інша емоція, що переживається медичним працівником чи пацієнтом [3].

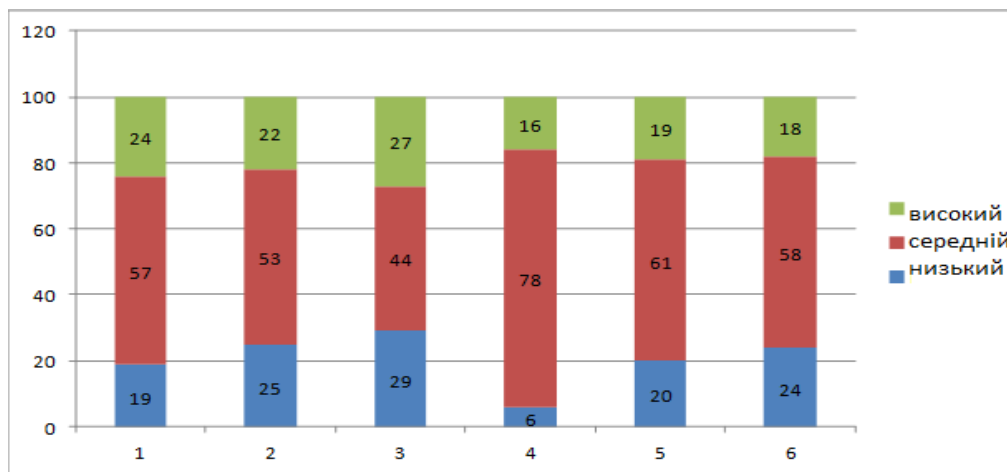
З метою визначення особливостей прояву емоційного інтелекту у медичних працівників ми провели емпіричне дослідження на базі комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний госпіталь інвалідів та ветеранів війни» ООР», санаторію «Орізонт» ДП «Південь-Курорт-Сервіс» м. Білгород-Дністровський, смт. Сергіївка та комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» Одеської обласної ради. У дослідженні у взяли участь 219 медичних працівників, з них – 104 лікарі (фахівці терапевтичного профілю – 26,6%, хірургічного профілю – 35,5%, фахівці-психіатри – 20,4%, лікарі загальної практики – сімейної медицини – 17,5%) та 115 медичних сестер віком від 20 до 70 років. Серед опитаних було 55,9% медичних спеціалістів із вищою освітою, 24,1% працівників із середньо-спеціальною

освітою та 20% працівників з науковим ступенем. Робоче навантаження становило від 8 до 80 годин на тиждень, в середньому – 42 години. Менше 5 років робочої медичної практики мали 10% респондентів, від 6 до 10 років медичної практики – 14,1%. Майже третина респондентів (28,8%) вказала, що вони займаються медичною діяльністю від 10 до 20 років. Майже половина вибірки (46,5%) має лікарську практику понад 20 років.

**Методи дослідження.** Як методика оцінки емоційного інтелекту нами був використаний тест на емоційний інтелект (опитувальник EQ Н. Холла) [7] для виявлення здатності розуміти відносини особистості, що репрезентуються в емоціях, та керувати емоційною сферою на основі прийняття рішень. Для діагностики емоційних станів та реакцій використовувалися такі методики: «Шкала депресії Бека», «Опитувальник оцінки агресивності у відносинах А. Ассінгера» (1993), «Тестова методика діагностики професійного вигорання Маслач» (MBI) (варіант для медиків).

Для статистичної обробки даних застосовувалися критерії Краскала-Уолліса, а для кореляційного аналізу використовувалися t-критерії Ст'юдента для залежних вибірок.

Результати діагностики лікарів за методикою Н. Холла встановили, що інтегративний рівень емоційного інтелекту загальної групи медичних працівників відповідає середньому діапазону значень. Середні значення показників методики «Емоційний інтелект» за Н. Холлом наочно представлені на рисунку 1.



*Примітки:* 1 – емоційна обізнаність; 2 – самомотивація; 3 – управління своїми емоціями; 4 – емпатія; 5 – розпізнавання емоцій інших людей; 6 – інтегративний рівень емоційного інтелекту.

**Рис. 1.** Загальні результати діагностики емоційного інтелекту у лікарів за методикою Н. Холла

Як видно у таблиці, рівні емоційного інтелекту у лікарів відрізняються різним ступенем виразності. Грунтуючись на отриманих даних (див. рис. 1), можна відзначити, що в цілому за вибіркою лікарів та медсестер шкали емоційного інтелекту розподілилися таким чином: показники «емпатія» «емоційна поінформованість», «розпізнавання емоцій інших людей» та «самомотивація» мають середній рівень виразності, а показник «управління своїми емоціями» має низький рівень як у жінок, так і у чоловіків.

За шкалою «емоційна поінформованість», тобто усвідомлення та розуміння своїх емоцій, високий рівень був виявлений у 24% респондентів. Люди з високою емоційною обізнаністю більше, ніж інші, обізнані про свій внутрішній стан. Середні або середньо низькі показники за шкалою «емоційна обізнаність» свідчать про низьку здатність розпізнавати та розуміти свої настрої, емоції та спонукання, а також їх вплив на інших людей – партнерів зі спілкування, пацієнтів. Слід зазначити, що у 57% респондентів відзначений середній рівень вираженості, у 19% – низький.

Також необхідно відзначити, що показники самомотивації, яка розкривається в управлінні своєю поведінкою за рахунок управління емоціями, знаходяться на високому рівні у 22% піддослідних, у 25% – на низькому рівні, а у 53% опитаних відзначений середній рівень виразності. Низький рівень самомотивації свідчить про те, що у медичних працівників низька внутрішня мотивація до виконання діяльності та самодисципліни, занижена наполегливість у досягненні поставлених цілей (¼ вибірки).

Найбільш розвиненим аспектом емоційного інтелекту у медичних працівників є емпатія. Середній рівень виразності визначений у 78% респондентів. Це означає, що вони мають достатню здатність емоційно відгукуватися на переживання інших людей. Переважно ці люди чутливі до переживань інших людей, здатні до безпомилкового розпізнавання емоційних станів оточуючих. Вони часто адекватно реагують на різні ситуації, здатні на емпатичні дії та вчинки. Однак у деяких випадках можлива бездіяльність.

Високий рівень емпатії у цій вибірці виражений достатньою мірою (16% респондентів). І. Юсупов розглядає емпатію як емоційний відгук людини на переживання інших людей, що виявляється в співпереживанні та співчутті [18, с. 157]. Можна відзначити, що основна частина медичних працівників готова піти на такий емоційний відгук на переживання іншої людини. Лише у 6% медичного персоналу рівень емпатії виражений недостатньо.

Також можна відзначити, що розпізнавання емоцій інших людей, тобто вміння ідентифікувати не лише свої емоції, а й емоції пацієнта, здатність впливати на емоційний стан інших людей, вміння надавати їм підтримку в необхідний період часу, у середньому виявлене у 61% респондентів. Одна п'ята респондентів (20%) демонструє низький рівень розуміння емоцій, що свідчить про труднощі у розпізнаванні емоційного переживання в іншої людини (респонденти зазнають складнощів у визначенні емоцій іншої людини).

Управління власними емоціями, тобто емоційна відхідливість, емоційна гнучкість і пластичність, в середньому виявлене у 44% респондентів, а низький рівень цієї шкали встановлений у 29% респондентів.

У загальній групі лікарів значення шкал «емоційна поінформованість», «самомотивація», «емпатія», «розпізнавання емоцій інших людей» перебувають у діапазоні середніх значень, а «управління своїми емоціями», «емоційна гнучкість» – низьких.

Для вивчення статево-рольових відмінностей емоційного інтелекту було проведено порівняння показників чоловіків та жінок (t-критерій Ст'юдента). Результати аналізу показали значні відмінності за загальним рівнем емоційного інтелекту між чоловіками та жінками ( $p < 0,1$ ), а також за окремими шкалами EQ (див. табл. 1).

Як видно у табл. 1, загальний показник емоційного інтелекту у жінок достовірно вищий, ніж у чоловіків ( $p < 0,027$ ), що свідчить про те, що у них когнітивна поінформованість, розуміння емоцій та почуттів іншої людини, чуйність до внутрішніх станів інших людей виражені сильніше, ніж у чоловіків.

Порівняльний аналіз виразності окремих шкал EQ виявив такі тенденції: рівень емоційної обізнаності, емпатії та самомотивації у жінок достовірно вищий, ніж у чоловіків ( $p < 0,001$  та  $p < 0,01$ ). Отримані результати можна пояснити тим, що зазначені ознаки

емоційного інтелекту, будучи соціально детермінованими, в українському суспільстві більше пов'язуються з проявом жіночих соціальних ролей.

Таблиця 1

## Статеврольові відмінності шкал емоційного інтелекту у групах жінок та чоловіків

Шкали EQ	Середні та стандарт. відхилення			t-критерій Ст'юдента	Рівень статист. знач. (p)
	За вибіркою в цілому M±m	Жінки M±m	Чоловіки M±m		
емоційна обізнаність	26,78±6,6	27,45±7,05	24,1 ±6,08	3,95	0,001
самомотивація	26,14±6,8	27,05±5,81	24,38±4,45	2,33	0,011
управління своїми емоціями	23,85±5,74	23,15±6,09	24,09±5,16	0,75	0,416
емпатія	27,98±6,23	28,65±8,67	26,46±5,32	2,976	0,052
розпізнавання емоцій інших людей	26,33±6,45	26,14±7,38	26,52±5,05	0,78	0,362
інтегративний рівень емоційного інтелекту	130,05±28,3	131,15±33,8	128,32±25,6	2,74	0,027

Жінки раніше і більше дізнаються про свої емоції та почуття та почуття інших людей, а також, слідуєчи материнському інстинкту, з дитинства розвивають у собі здатність до емпатії, співпереживання, співчуття – тих якостей, які вважаються споконвічно жіночими.

Аналіз результатів діагностики емоційного інтелекту показав також, що значних відмінностей за загальним рівнем EQ між підгрупами лікарів та медсестер не виявлено ( $p > 0,1$ ). Але встановлено, що медсестри та лікарі відрізняються проявом здатності керувати своїми емоціями ( $26,00 \pm 5,65$  і  $28,15 \pm 5,48$ ;  $p = 0,014$ , дані у вигляді  $M \pm m$ ).

Лікарі здатні більшою мірою порівняно з медсестрами не застрягати на негативних переживаннях, керувати ними, викликати та підтримувати бажані емоції та тримати під контролем небажані.

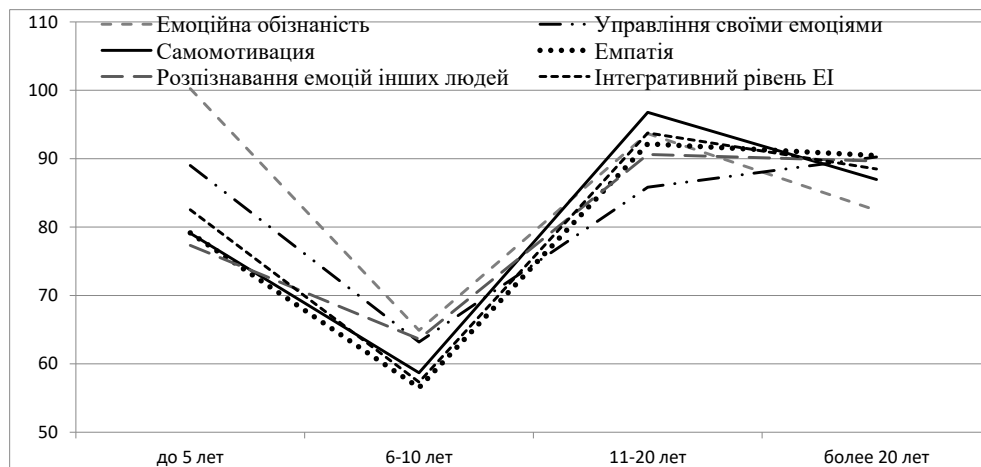


Рис. 2. Результати порівняльного аналізу особливостей емоційного інтелекту у медичних співробітників із різним стажем роботи

Далі ми провели порівняльний аналіз визначення особливостей емоційного інтелекту медичних працівників з різним стажем роботи.

Ми припускали, що існують відмінності рівнів емоційного інтелекту медиків з різним стажем роботи в медустановах (медсестри та лікарі зі стажем роботи понад десять років володіють вищим рівнем міжособистісного EQ, внутрішньоособистісного EQ та загального EQ, ніж лікарі та медсестри з невеликим стажем роботи (до п'яти років)). Уся вибірка була поділена нами з огляду на стаж роботи співробітників на 4 такі підгрупи: підгрупа 1 – медичні працівники із стажем роботи до п'яти років; підгрупа 2 – медпрацівники зі стажем роботи від 6 до 10 років; підгрупа 3 – медпрацівники зі стажем роботи 11–20 років; підгрупа 4 – медичні працівники зі стажем роботи понад 20 років.

Як видно на рис. 2, респонденти підгрупи 2 з досвідом роботи від шести до 10 років здебільшого демонструють найнижчий рівень розуміння емоцій, що свідчить про труднощі у розпізнаванні емоцій, тобто 75% респондентів підгрупи 2 не можуть розпізнавати наявність емоційного переживання у себе чи в іншій людині, що підтверджується низькими показниками за субшкалами «емоційна поінформованість», «емпатія» та «розуміння емоцій інших людей». Респонденти цієї групи можуть відчувати труднощі у контролі вираження емоцій через міміку, тобто всі емоції і почуття в більшості респондентів цієї групи прочитуються з виразу обличчя. Також респонденти з трудовим стажем від шести до десяти років зазнають труднощів у допомозі пацієнтові впоратися з тією чи іншою емоцією.

Респонденти підгруп 3 та 4 з досвідом роботи від 11 до 20 років і понад 20 років, навпаки, показали високі результати за даними шкалами, що свідчить про вміння ідентифікувати не лише свої емоції, а й емоції пацієнта. Респонденти цих підгруп можуть зрозуміти, коли варто словесно підтримати пацієнта, а коли краще проігнорувати емоційні прояви. Ці лікарі більшою мірою розуміють причини, що викликали той чи інший спектр емоцій, і можуть передбачити наслідки, до яких спричинить емоційний сплеск пацієнта.

Результати опитування за критерієм Краскела-Уолліса показали наявність статистично достовірних відмінностей за шкалами «емпатія» ( $p=0,015$ ), «самотивація» ( $p=0,017$ ), «емоційна поінформованість» ( $p=0,038$ ) та за інтегративним показником EQ ( $p=0,021$ ). Найнижчі значення ці шкали мають у групах медиків із трудовим стажем до 5 і від 6 до 10 років.

На наступному етапі дослідження були виявлені взаємозв'язки між рівнем емоційного інтелекту медичних працівників, виразністю професійного вигорання, агресивністю у відносинах та рівнем депресії. Був проведений кореляційний аналіз окремо у групах лікарів та медсестер із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Ч. Спірмена. Даний метод був використаний тому, що розподіл відрізняється від нормального і не всі методики містять інтервальні шкали (табл. 2 і 3).

Результати обчислення коефіцієнта кореляції у групі медсестер показують, що були виявлені прямі кореляційні зв'язки помірної сили між усіма шкалами емоційного інтелекту та редукцією особистих досягнень (дана шкала має зворотний характер, тобто більше значення балів означає менший рівень редукції особистих досягнень). Такий зв'язок свідчить, що високий рівень EI у групі медсестер сприяє зниженню рівня редукції досягнень та підвищенню загального оптимізму, віри у свої сили та здатності вирішувати проблеми, а також позитивному ставленню до роботи та співробітників.

Було виявлено, що шкали EQ, крім управління своїми емоціями, позитивно корелюють з агресивністю у відносинах ( $p<0,01$ ). Можна стверджувати, що респонденти, які більш агресивно виявляють емоції, мають готовність розпізнати емоції інших людей, прояви емпатії, емоційну поінформованість і готовність до безпосереднього прояву емоцій у соціальній взаємодії. Використовуючи кореляційну стратегію, важко сказати, що у цьому е

визначальним, а саме, схильність до агресивної поведінки чи вплив емоційного інтелекту на поведінку.

Таблиця 2

**Взаємозв'язки між шкалами емоційного інтелекту, професійним вигоранням, агресивністю та рівнем депресії у групі медсестер**

Шкали емоційного інтелекту	Редукція особистих досягнень	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Агресивність у відносинах	Рівень депресії	Когнітивно-афективна субшкала
емоційна обізнаність	0,551 p=0,000			0,584 p=0,000		-0,406 p=0,005
управління своїми емоціями	0,246 p=0,022	-0,238 p=0,027	-0,303 p=0,005	-0,370 p=0,011	-0,450 p=0,002	-0,530 p=0,001
Самомотивація	0,550 p=0,000			0,725 p=0,000		
Емпатія	0,600 p=0,000			0,705 p=0,000		-0,341 p=0,020
розпізнавання емоцій інших людей	0,402 p=0,000	-0,251 p=0,020		0,652 0,000	-0,365 p=0,013	-0,406 p=0,005
інтегративний рівень EQ	0,538 p=0,000			0,690 p=0,000		-0,363 p=0,013

Виявлено зворотні кореляційні зв'язки між управлінням своїми емоціями та всіма аспектами психоемоційності, що вказують на погіршення емоційного стану особистості. Такі взаємозв'язки показують, що низький рівень емоційної гнучкості та пластичності сприяє емоційному виснаженню, редукції особистих досягнень, деперсоналізації, підвищенню агресивності у відносинах, високому рівню депресивності та збільшенню когнітивно-афективного складника депресії.

Таблиця 3

**Взаємозв'язки між шкалами емоційного інтелекту, професійним вигоранням, агресивністю та рівнем депресії у групі лікарів**

Шкали емоційного інтелекту	Редукція особистих досягнень	Агресивність у відносинах	Рівень депресії	Когнітивно-афективна субшкала	Соматичні прояви депресії
емоційна обізнаність	0,710) p=0,000	0,553 p=0,000	-0,524 p=0,000	-0,606 p=0,000	-0,356 p=0,008
управління своїми емоціями	0,677) p=0,000	0,289 p=0,034	-0,613 p=0,000	-0,609 p=0,000	-0,501 p=0,000
самомотивація	0,709) p=0,000	0,323 p=0,017	-0,710 p=0,000	-0,696 p=0,000	-0,580) p=0,000
емпатія	0,679) p=0,000	0,456) p=0,001	-0,425 p=0,001	-0,596 p=0,000	
розпізнавання емоцій інших людей	0,758) p=0,000	0,422 p=0,001	-0,683 p=0,000	-0,692 p=0,000	-0,547 p=0,000
інтегративний рівень EQ	0,800) p=0,000	0,446 p=0,001	-0,646 p=0,000	-0,698 p=0,000	-0,480 p=0,000



У групі лікарів також виявлено велику кількість прямих та зворотних зв'язків емоційного інтелекту з професійним вигоранням, агресивністю та рівнем депресії (див. табл. 3). Виявлено прямі кореляційні зв'язки між редукцією особистих досягнень та структурними компонентами емоційного інтелекту на рівні  $p < 0,01$  та прямий взаємозв'язок між компонентами EQ та агресивністю у відносинах ( $p < 0,01$  та  $p < 0,05$ ).

Встановлено зворотні кореляційні тісні зв'язки між когнітивно-афективною субшкалою, рівнем депресії та всіма шкалами емоційного інтелекту. На відміну від медсестер, у лікарів емоційний інтелект виявляє велику активність у регулюванні психоемоційних станів та проявів. Підтверджують такий результат виявлені негативні зв'язки між усіма компонентами емоційного інтелекту та соматичними проявами депресії. Можна констатувати, що високий рівень емоцій, самомотивації, міжособистісного та внутрішньоособового компонентів емоційного інтелекту зменшують соматичні прояви депресії.

**Висновки.** У сфері емоційних переживань емоційний інтелект виконує переважно регулюючу роль. Він сприяє підвищенню рівня емоційного комфорту особистості шляхом мотиваційно-вольової саморегуляції та когнітивної переробки емоційних стимулів. Аналіз отриманих даних показав, що вираженість складників емоційного інтелекту впливає на зниження рівня вигорання та депресії. По-перше, у разі високого рівня прояву структурних компонентів емоційного інтелекту не проявляються компоненти вигорання – емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція особистих досягнень. При високому емоційному інтелекті, як правило, знижується рівень депресії та не спостерігаються когнітивно-афективний та соматичний її прояви. По-друге, підгрупи лікарів із різним діапазоном трудового стажу відрізняються структурою емоційного інтелекту. Лікарі та медсестри з трудовим стажем менше 5 років та від 6 до 10 років мають найнижчі показники емпатії, самомотивації, емоційної поінформованості та інтегративного показника EQ. По-третє, виявлено статево-рольові відмінності емоційного інтелекту. Загальний показник емоційного інтелекту вищий у жінок. Крім того, у них достовірно вищі рівні емоційної поінформованості, емпатії та самомотивації.

Аналіз результатів діагностики особливостей EQ показав також, що лікарі здатні більшою мірою порівняно з медсестрами не застрягати на негативних переживаннях, керувати ними, викликати та підтримувати бажані емоції та тримати під контролем небажані.

### Список використаної літератури

1. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. Москва : Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. 472 с.
2. Бреслав Г.М. Психология эмоций. Москва : Академия, 2004. 544 с.
3. Васильева Н.Г., Бабурин И.Н., Чехлатый Е.И. Особенности эмоционального интеллекта врачей. *Вестник психотерапии*. 2013. № 45 (50). С. 84–98.
4. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Бербин М.А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и ее практическое применение : пособие для врачей и клинических психологов. Санкт-Петербург, 2004. 28 с.
5. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект / пер. с англ. Москва, 2004. 478 с.
6. Грабе М. Синдром выгорания – болезнь нашего времени. Почему люди выгорают и что против этого можно предпринять / пер. с нем. Санкт-Петербург : Речь, 2008. 96 с.
7. Ильин Е.И. Эмоции и чувства. Санкт-Петербург : Питер, 2001. С. 633–634.
8. Ічанська О.М., Закревська А.І. Емоційний інтелект та емпатія як ресурси професійної підготовки студентів-психологів. *Молодий вчений*. 2019. Вип. 9 (2). С. 272–276.
9. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология : учебник для вузов. 5-е изд. Санкт-Петербург : Питер, 2014. 896 с.

10. Карпенко Є.В. Емоційно-інтелектуальні механізми життєздійснення особистості. *Психічне здоров'я особистості у кризовому суспільстві* : збірник тез II Всеукраїнської науково-практичної конференції, м. Львів, 20 жовтня 2017 р. / упор. Н.М. Бамбурак. Львів, 2017. С. 157–161.
11. Люсіна Д.В. Ушаков Д.В. Социальный и эмоциональный интеллект. От процессов к измерениям. Москва : ИП, 2009. 350 с.
12. Манойлова М.А. Акмеологическое развитие эмоционального интеллекта учителей и учащихся : учебное пособие. Псков : ПГПИ, 2004. 140 с.
13. Сидоренко Е.В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии. Санкт-Петербург : Речь, 2002. 207 с.
14. Тейлор Г.Дж., Тейлор-Аллан Х.Л. Применение эмоционального интеллекта для понимания и лечения физических и психологических расстройств: что мы узнали из лекситимии. Р. Бар-Он, Дж.Г. Мари, М.Дж. Элиас. *Обучение людей эмоциональному интеллекту*. Вестпорт, Коннектикут : Praeger, 2007. С. 211–223.
15. Ушаков Д.В. Социальный и эмоциональный интеллект: теоретические подходы и методы измерения. *Вести Российского гуманитарного научного фонда*. 2005. № 4. С. 131–139.
16. Четверик-Бурчак А.Г. Механізми впливу емоційного інтелекту на успішність життєдіяльності особистості : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.01 ; ДЗ «Південноукраїнський національний педагогічний університет ім. К.Д. Ушинського». Одеса, 2015. 18 с.
17. Экман П. Психология эмоций / пер. с англ. Санкт-Петербург : Питер, 2010. 334 с.
18. Юсупов П. Связь пессимистического и оптимистического мироощущения с процессом индивидуализации. URL: <http://www.follow.ru/article/221>.
19. Bar-On R., Parker J.D.A. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory. *Handbook of emotional intelligence*. San Francisco : Jossey-Bass, 2000. P. 363–388.

## EMOTIONAL INTELLIGENCE AS A COMPONENT OF EMOTIONAL EXPRESSION IN THE CONTEXT OF PROFESSIONAL ACTIVITY OF MEDICAL PERSONNEL IN COVID-19

**Viktoriia Tolmachevska**

*I.I. Mechnikov Odessa National University,  
2, Dvoryanska Str., Odessa, Ukraine, 65082  
e-mail: [tolmachevska@gmail.com](mailto:tolmachevska@gmail.com)*

This article examines the problem of the role of emotional intelligence as a component of emotional expression in the professional activities of medical staff. The relevance of this topic is related to the increasing psycho-emotional load on the medical staff in connection with the growing incidence of the population in the situation COVID-19. The success of medical activities is largely determined by the ability of the doctor to enter into effective interpersonal contacts with all participants in the treatment process: colleagues, patients and their relatives. Intense interpersonal contacts can cause significant emotional stress, which causes a state of burnout. Thus, the importance and necessity of developing the components of emotional intelligence as factors that contribute to the personal and professional growth of health professionals is undeniable.

The article presents theoretical aspects of emotional intelligence of modern domestic and foreign authors. The results of an empirical study aimed at identifying the structural components of emotional intelligence in nurses and secondary care physicians, taking into account the characteristics of internal and external (gender-role, work experience and emotional-volitional) factors. The study was conducted during

2017-2021 on the basis of the municipal non-profit enterprise “Odessa Regional Hospital for Invalids and War Veterans” OOR”, sanatorium “Horizon “SE” South-Resort-Service” Belgorod-Dniester, town Serhiyivka and the municipal non-profit enterprise “Odessa Regional Medical Center for Mental Health” of the Odessa Regional Council. The study involved 219 nurses, including 104 doctors and 115 nurses, aged 20 to 70 years.

The following research methods were used: emotional intelligence test (N. Hall’s EQ questionnaire), Beck’s Depression Scale, A. Assinger’s Aggression Assessment Questionnaire (1993), Maslach Occupational Burnout Diagnostic Test Method (MVI), option for physicians. The results of the study showed that the most significant differences between interpersonal and intrapersonal emotional intelligence were found in groups of men and women, as well as in groups with different professional experience. New data on the relationship between emotional intelligence, burnout, aggression in relationships and the level of depression in groups of doctors and nurses.

*Key words:* emotional intelligence, medical staff, work experience, aggression, professional burn-out, emotional expression.