

Міністерство освіти і науки України  
Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка  
Кафедра психології

«До захисту допускаю»

завідувач кафедри психології,

доктор психологічних наук, професор

\_\_\_\_\_ М. САВЧИН «    » \_\_\_\_\_ 2026 р.

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ  
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

**Спеціальність 053 «Психологія»**

**Освітня програма: «Практична психологія»**

Бакалаврська робота

на здобуття кваліфікації – Бакалавр психології за спеціалізацією

«Практична психологія»

**Автор роботи: Процик Марія Миколаївна \_\_\_\_\_**

**Науковий керівник: кандидат психологічних наук,**

**доцент Дуб Віра Григорівна \_\_\_\_\_**

**Дрогобич, 2026**



## Анотація

У бакалаврській роботі досліджено психологічні особливості емоційного інтелекту медичних працівників як важливого чинника ефективної професійної діяльності та міжособистісної взаємодії у сфері охорони здоров'я. Проаналізовано теоретичні підходи до розуміння сутності емоційного інтелекту, його структури та ролі у професійній діяльності медичного персоналу. Особливу увагу приділено здатності медичних працівників до усвідомлення, регуляції та контролю власних емоцій, а також розуміння емоційних станів пацієнтів. Визначено основні психологічні чинники, що впливають на рівень розвитку емоційного інтелекту в умовах професійного стресу та емоційного навантаження.

Отримані емпіричні результати засвідчили важливість емоційного інтелекту для формування професійної компетентності, стресостійкості та ефективної комунікації у медичному середовищі.

Практичне значення дослідження полягає у можливості використання його результатів для розробки програм психологічної підтримки та розвитку емоційної компетентності медичних працівників.

Ключові слова: емоційний інтелект, медичні працівники, професійна компетентність, ефективна комунікація

## Summary

The bachelor's thesis investigates the psychological features of emotional intelligence of medical personnel as an important factor in effective professional activity and interpersonal interaction in the field of healthcare. Theoretical approaches to understanding the essence of emotional intelligence, its structure and role in the professional activity of medical personnel are analyzed. Special attention is paid to the ability of medical personnel to realize, regulate and control their own emotions, as well as to understand the emotional states of patients. The main psychological factors that influence the level of development of emotional intelligence in conditions of professional stress and emotional load are identified.

The obtained empirical results have shown the importance of emotional intelligence for the formation of professional competence, stress resistance and effective communication in the medical environment.

The practical significance of the study lies in the possibility of using its results to develop programs of psychological support and development of emotional competence of medical personnel.

Keywords: emotional intelligence, healthcare professionals, professional competence, effective communication

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ. ....	10
1.1. Концептуалізація поняття «емоційний інтелект» у психологічній науці.....	10
1.2. Роль та а місце емоційного інтелекту у професійній діяльності медичного працівника.....	17
1.3. Детермінанти формування та розвитку емоційного інтелекту медиків...20	
РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ.....	25
2.1. Опис вибірки та методик емпіричного дослідження .....	25
2.2. Інтерпретація результатів емпіричного дослідження.....	28
РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	
3.1 Програма розвитку емоційного інтелекту медиків.....	44
ВИСНОВКИ.....	49
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	53

## ВСТУП

**Актуальність теми.** Сучасна медична парадигма переходить від біоцентричної моделі (лікування хвороби) до антропоцентричної (лікування людини). В умовах постійного стресу, дефіциту часу та високої відповідальності, здатність медика розпізнавати свої емоції та емоції пацієнта стає запорукою професійної ефективності.

Трансформаційні процеси у сучасній системі охорони здоров'я зумовлюють підвищення вимог не лише до клінічної компетентності медичного персоналу, а й до їхніх психологічних якостей. Специфіка професійної діяльності медичних працівників характеризується високою інтенсивністю психоемоційних навантажень, що виникають у процесі постійної взаємодії з хворими людьми, тому емоційний інтелект (EI) постає як фундаментальна складова професійної придатності медика, забезпечуючи здатність до конструктивного управління емоційним станом у критичних ситуаціях.

Науковий інтерес до цієї проблеми зумовлений переходом від біомедичної до біопсихосоціальної моделі лікування, де особистість пацієнта та якість комунікації мають пріоритетне значення. Сучасні дослідження свідчать, що високий рівень емоційного інтелекту безпосередньо корелює з якістю діагностичного процесу та рівнем довіри пацієнта до лікувальних заходів.

Незважаючи на технологізацію медицини, емпатія та здатність до розпізнавання невербальних сигналів залишаються незамінними інструментами в практиці лікаря та медичної сестри.

Проблема розвитку емоційного інтелекту набуває особливої гостроти у зв'язку з прогресуючою тенденцією до професійного вигорання серед працівників медичної сфери, оскільки недостатній рівень саморегуляції та низька емоційна обізнаність призводять до деперсоналізації персоналу та зниження чутливості до потреб пацієнтів.

В умовах воєнного стану та посттравматичної адаптації суспільства навантаження на емоційну сферу медиків надзвичайно зростає, що вимагає розробки нових стратегій психологічної підтримки. Емоційний інтелект розглядається як дієвий механізм профілактики конфліктних ситуацій у системі «лікар-пацієнт-родичі», що є критично важливим для створення терапевтичного альянсу.

Аналіз наукової літератури засвідчує, що фахівці з розвиненим емоційним інтелектом демонструють вищу адаптивність до організаційних змін та ефективнішу командну взаємодію. Здатність до диференціації власних емоцій дозволяє медичному працівнику відокремлювати особисті переживання від професійних завдань, запобігаючи втомі від співчуття, а інтеграція концепції емоційного інтелекту в медичну практику сприяє гуманізації відносин та підвищенню задоволеності пацієнтів якістю послуг.

Дослідження емоційного інтелекту дозволяє глибше зрозуміти механізми прийняття клінічних рішень в умовах невизначеності та дефіциту часу. Низький рівень емоційного інтелекту часто стає причиною комунікативних бар'єрів, що негативно позначається на результативності терапії.

Розвиток емоційної гнучкості в контексті емоційного інтелекту персоналу стає стратегічним ресурсом медичних установ у забезпеченні конкурентоспроможності та високих стандартів надання допомоги.

**Метою роботи** є теоретико - емпіричне дослідження особливостей емоційного інтелекту медичних працівників та його ролі у забезпеченні професійної ефективності та профілактиці психологічного вигорання персоналу.

В рамках мети окреслено наступні **завдання**:

- Проаналізувати теоретико-методологічні підходи до розуміння феномену емоційного інтелекту в сучасній психологічній науці.
- Визначити специфіку професійної діяльності медичних працівників та роль емоційного інтелекту у системі взаємодії «лікар–пацієнт».

- Емпірично дослідити рівень розвитку компонентів емоційного інтелекту у медиків та виявити зв'язок із їхніми індивідуально-психологічними характеристиками.
- Розробити практичні рекомендації щодо розвитку емоційного інтелекту як ресурсу стресостійкості та профілактики емоційного вигорання медичного персоналу.

**Теоретико-методологічна база дослідження.** Теоретичний фундамент роботи базується на фундаментальних концепціях зарубіжних та вітчизняних науковців, які досліджували феномен емоційного інтелекту, а саме у зарубіжному науковому сегменті праці Дж. Мейера, П. Селовея та Д. Карузо, які заклали основу наукового розуміння емоційного інтелекту як здатності до ідентифікації, використання, розуміння та свідомого управління емоціями. У свою чергу, Р. Бар-Он розширив ці уявлення, трактуючи емоційний інтелект як складну систему когнітивних здібностей у поєднанні з особистісними характеристиками, що забезпечують адаптацію індивіда. Важливими стали результати досліджень К. Маслач та Г. Фройденбергера, А. Хохшильд.

Вітчизняна психологічна школа представлена ґрунтовними розробками, що адаптують світові концепції до національного соціокультурного контексту та специфіки професійної діяльності: дослідженням природи емоційного інтелекту та його компонентів присвячені праці Є. Карпенка, Н. Ковриги, Е. Носенко та М. Шпак; особливості емоційної регуляції та професійної стійкості висвітлено у роботах С. Максименка, О. Коновальчук та І. Галецької; проблема емоційної компетентності медичних працівників та психологічного супроводу їхньої діяльності розкриваються у дослідженнях В. Вітенка, О. Чабана.

**Теоретична значущість дослідження** полягає у поглибленні наукових уявлень про структуру та детермінанти емоційного інтелекту фахівців медичного профілю та розширенні розуміння механізмів емоційної саморегуляції в екстремальних умовах професійної діяльності.

**Практична значущість дослідження** визначається можливістю впровадження отриманих результатів у систему підготовки та підвищення кваліфікації медичних кадрів. Розроблені рекомендації можуть бути використані психологами медичних установ для проведення тренінгів з розвитку емоційної компетентності; керівниками медичних закладів для оптимізації психологічного клімату в колективах та зниження рівня плинності кадрів через вигорання; медичними працівниками як інструментарій для самоаналізу та підвищення комунікативної ефективності у роботі з пацієнтами.

**Методи та методики дослідження.** У дослідженні використано **теоретичні методи** (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, абстрагування); **емпіричні** (психодіагностичні методики, а саме методика діагностики емоційного інтелекту Н. Холл; опитувальник задоволеності роботою (Job Satisfaction Survey (JSS)); методика визначення рівня емоційного вигорання МВІ К. Маслач; методика діагностики рівня емпатійних здібностей) та методи математичної статистики (кількісна та якісна обробка отриманих даних).

**Структура роботи.** Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел.

# РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ В МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

## 1.1. Концептуалізація поняття «емоційний інтелект» у психологічній науці

Аналіз психологічних, педагогічних та методологічних наукових джерел з проблеми розвитку та функціонування емоційного інтелекту виявив різноаспектну зацікавленість дослідників до вирішення даної проблеми. Зокрема, у коло наукових інтересів входять питання визначення поняття, його структурних компонентів та взаємозв'язків між ними, чинників впливу.

Дослідження емоційного інтелекту в психологічній науці з'явилися наприкінці ХХ століття. Отже, цей напрям психологічних досліджень вважається досить молодим.

Так, емоційний інтелект розглядають як інтегральну властивість, спрямовану на розпізнавання, сприймання та вираження емоції (як власних, так і емоцій інших людей), посилення мислення за їх допомогою, розуміння емоцій та рефлексивного управління ними таким чином, щоб сприяти емоційному та інтелектуальному зростанню, зокрема, з метою використання емоцій у діяльності та спілкуванні; як здатність керувати своїми почуттями та позитивно взаємодіяти з іншими людьми.

У сучасній психологічній науці поняття «емоційний інтелект» розглядається як складний інтегративний конструкт, що базується на єдності афективних та когнітивних процесів.

Становлення цієї концепції відбулося як відповідь на обмеженість традиційних тестів інтелекту (IQ), які не могли повною мірою пояснити життєвий та професійний успіх особистості.

Основними науковими підходами до розуміння ЕІ є (Таблиця 1):

Таблиця 1

Наукові підходи до вивчення емоційного інтелекту

Назва підходу	Ключові представники	Сутність та основна ідея
Модель здібностей (Ability Model)	Дж. Мейєр, П. Селовей, Д. Карузо	ЕІ трактується як суто когнітивна здатність (інтелект). Основна увага приділяється переробці емоційної інформації: сприйняттю, розумінню та керуванню емоціями як логічними даними.
Змішана модель (Mixed Model)	Д. Гоулман	ЕІ розглядається як поєднання когнітивних здібностей та особистісних характеристик. Включає самосвідомість, саморегуляцію, мотивацію, емпатію та соціальні навички (лідерство).
Модель емоційного добробуту (соціально-компетентнісна)	Р. Бар-Он	Розглядає ЕІ як систему некогнітивних здібностей та навичок, що визначають успішність адаптації людини до вимог середовища та її стресостійкість.
Модель риси (Trait EI Model)	К. Петрідес, Е. Фурнхем	ЕІ визначається як стійка особистісна риса (диспозиція), що належить до нижчих рівнів структури особистості. Вимірюється через самооцінку поведінки в емоційних ситуаціях.
Двокомпонентна модель	Дж. Блок	Акцентує на балансі між еґо-контролем (здатністю стримувати імпульси) та еґо-еластичністю (здатністю гнучко адаптуватися до мінливих обставин).

Розглянемо детально ключові концепції, що становлять теоретичний базис сучасних досліджень проблематики емоційного інтелекту.

Модель здібностей Дж. Майєра, П. Селовея та Д. Карузо є найбільш валідною з наукового погляду модель, де ЕІ розглядається як реальний інтелект, тобто сукупність когнітивних здібностей до обробки емоційної інформації. Автори виділяють чотири ієрархічні рівні («гілки»):

Сприйняття та ідентифікація емоцій. Здатність помічати емоції в собі, в інших людях (через міміку, пози, тон голосу), а також у предметах мистецтва. Для медика це базовий рівень, що дозволяє «зчитувати» невербальні скарги пацієнта.

Використання емоцій для стимуляції мислення. Розуміння того, як різні емоційні стани допомагають виконувати конкретні завдання. Наприклад, легкий смуток сприяє детальному аналізу, а позитивний настрій — креативному пошуку рішень.

Розуміння та аналіз емоцій. Здатність класифікувати складні почуття (наприклад, розрізнати сором і провину) та прогнозувати динаміку емоцій (як роздратування може перерости в гнів).

Свідома регуляція емоцій. Найвищий рівень, що полягає у здатності залишатися відкритим до емоцій (навіть неприємних) і керувати ними для особистісного зростання та досягнення професійних цілей [11].

Змішана модель Д. Гоулмана стала найбільш популярною завдяки її орієнтації на соціальну ефективність та лідерство. Д. Гоулман поєднав когнітивні здібності з рисами характеру. Його модель включає п'ять структурних компонентів, таких як самоусвідомлення (розуміння своїх сильних сторін, слабкостей та того, як власні емоції впливають на оточуючих); саморегуляція (здатність контролювати деструктивні імпульси, зберігати спокій у стресових ситуаціях та швидко адаптуватися до змін); мотивація (прагнення досягати результатів заради самого процесу, наявність внутрішнього драйву, що виходить за межі грошової чи статусної винагороди); емпатія (здатність враховувати почуття інших при прийнятті

рішень. У медицині це необхідний компонент для побудови довіри); соціальні навички (майстерність в управлінні стосунками, здатність переконувати, вести за собою та ефективно вирішувати конфлікти) [5;35].

Мультифакторна модель Р. Бар-Она (модель емоційного та соціального інтелекту) розглядає ЕІ як систему некогнітивних здібностей, компетенцій і навичок, які впливають на здатність людини успішно справлятися з вимогами середовища. Він виділяє п'ять сфер компетентності:

1. Внутрішньо-особистісна (самоповага, емоційна самосвідомість, незалежність).
2. Міжособистісна (емпатія, соціальна відповідальність, міжособистісні стосунки).
3. Сфера адаптивності (реалізм, гнучкість, навички вирішення проблем).
4. Управління стресом (стресостійкість та контроль імпульсивності).
5. Загальний настрій (оптимізм та відчуття щастя) [18].

Модель емоційних рис К. Петрідеса та Е. Фурнхема базується на тому, що ЕІ — це не інтелект у традиційному розумінні, а сукупність стійких рис особистості, що належать до нижчих рівнів ієрархії особистості.

На відміну від моделі здібностей, де ЕІ вимірюється задачами (правильно/неправильно), тут він оцінюється через опитувальники самосприйняття. Ця модель акцентує на тому, як людина сама оцінює свої емоційні можливості, що є важливим для саморефлексії медичного працівника.

Окремий напрям дослідження емоційного інтелекту започаткували К. В. Петрідес та Е. Фернхем. Науковці співвідносять емоційний інтелект з особистісними властивостями достатньо високого рівня розвитку. Так, аспекту адаптивності відповідає швидкість і гнучкість адаптації до нових умов життя та діяльності; аспекту асертивності – пряmolінійність, відвертість, готовність стати на захист інших людей; аспекту усвідомлення емоцій – здатність адекватно сприймати як власні емоції та почуття, так і навколишніх людей; аспекту емоційної експресії – своєрідна емоційно-комунікативна

конгруентність (уміння адекватно передавати свої почуття іншим людям у процесі спілкування з ними); аспекту регулювання емоцій інших людей – здатність впливати на почуття інших людей; аспекту емоційної саморегуляції – самоконтроль емоцій; аспекту імпульсивності – невіддатливість імпульсам; аспекту міжособистісних взаємин – доброзичливість і гармонія у стосунках; аспекту самооцінки – впевненість і відчуття себе успішною людиною; аспекту самомотивації – орієнтація на досягнення стійкого високого рівня самооцінки; аспекту соціальної обізнаності – високі соціальні здібності; аспекту управління стресом – стресостійкість; аспекту емпатії як риси – готовність до співчуття; аспекту щастя як риси – відчуття радості й задоволення від життя; аспекту «оптимізму як риси» – впевненість у завтрашньому дні і готовність бачити у житті насамперед світлі сторони.

Модель Дж. Блока базується на концепції адаптивної гнучкості особистості, де емоційний інтелект розглядається через динамічну взаємодію двох ключових параметрів: еґо-контролю та еґо-еластичності. Під еґо-контролем автор розуміє здатність людини стримувати свої імпульси, афективні реакції та бажання залежно від вимог зовнішньої ситуації. Еґо-еластичність, своєю чергою, визначає спроможність індивіда гнучко змінювати рівень цього контролю, адаптуючись до специфічних обставин або стресових чинників [21].

Для медичного працівника ця модель є надзвичайно актуальною, оскільки вона пояснює механізм «терапевтичної рухливості» — здатності бути суворим і зосередженим під час маніпуляцій, але емоційно відкритим під час підтримки пацієнта. Оптимальне поєднання високої еластичності та помірною контролю є основою психологічного здоров'я та запобігає професійній деформації медика.

Узагальнюючи теорії емоційного інтелекту, може зробити висновок, що він характеризується наступними унікальними особливостями:

1. Контекстуальність та соціальна спрямованість, якщо академічний інтелект (IQ) спрямований на вирішення абстрактних задач, то ЕІ завжди

«вплетений» у соціальний контекст. Його особливість полягає у здатності особистості миттєво адаптуватися до мінливого емоційного фону співрозмовника.

2. Поєднання раціонального та афективного. Унікальність ЕІ полягає в тому, що він не протиставляє розум емоціям, а інтегрує їх. Це «розумне відчуття», де емоція виступає не як перешкода, а як додаткове джерело інформації про стан навколишнього середовища.
3. Динамічність та здатність до розвитку. На відміну від IQ, який вважається відносно стабільним протягом життя, емоційний інтелект є гнучким конструктом. Його особливість — у можливості цілеспрямованого тренування та вдосконалення через рефлексивну практику.
4. Прагматичність (результативність). ЕІ має виражений прикладний характер. Його особливість проявляється в здатності людини використовувати знання про емоції для самомотивації, подолання фрустрації та гармонізації стосунків.

Підсумовуючи, можна стверджувати, що концептуалізація емоційного інтелекту дозволяє розглядати його як ключовий ресурс саморегуляції та гармонізації внутрішнього світу.

Ю. Бреус розуміє емоційний інтелект як складний конструкт ментальних здібностей, що пов'язані з оперуванням емоційною інформацією та формуванням емоційного досвіду людини. Авторка виділяє три рівні функціонування емоційного інтелекту: когнітивний, емоційний та поведінковий. На когнітивному рівні має місце прийом, обробка та систематизація емоційної інформації; на емоційному рівні визначають особливості емоційних реагувань; на поведінковому – застосовують емоційні знання на практиці [4].

«Серед головних функцій емоційного інтелекту І. Собченко виділяє: інтерпретативна функція – дозволяє людині продуктивно здійснювати розшифровування емоційної інформації (емоційні вирази обличчя, інтонації

голосу тощо), що сприяє накопиченню та систематизації знань, формуванню власного емоційного досвіду;

регулятивна функція – сприяє стану емоційної комфортності та забезпечує адекватність зовнішнього вираження емоцій людини;

адаптивна та стресозахисна функції – полягають в актуалізації та стимулюванні психічних резервів людини в ускладнених життєвих ситуаціях;

активізуюча функція – забезпечує гнучку спроможність до конгруентності у спілкуванні.

У структурі емоційного інтелекту найчастіше основними компонентами виділяють здатність до розуміння емоцій і здатність до управління емоціями.

Розвиток здатності до розуміння емоцій є першим кроком розвитку емоційного інтелекту. У своїх дослідженнях Д. Люсін визначає здатність до розуміння емоцій як здатність:

розпізнати емоцію, тобто встановити факт наявності емоційного переживання у себе або іншої людини;

ідентифікувати емоцію, тобто встановити, яку саме емоцію переживає вона сама або інша людина і знайти для неї словесне вираження;

розуміти причини, що викликали цю емоцію, і наслідки, до яких вона призведе.

Розуміння емоцій починається зі здатності їх розпізнати або, як зазначає І. Андрєєва, реєструвати у свідомості емоційні процеси, виокремлюючи найбільш виражені їх прояви. Людина використовує різні джерела інформації, які несуть знання про емоційні переживання. Провідною ознакою упізнання власної емоції є суб'єктивне їх переживання, а впізнання емоцій інших людей здійснюється переважно за зовнішніми проявами емоцій: міміка і поза, зміна мовлення та голосу, поведінка, вегетативні реакції» [4, С. 6 ].

У контексті медичної діяльності розуміння емоцій значно підвищує ефективність прийняття клінічних рішень та оптимізує комунікацію з пацієнтом, перетворюючи емоційний фон з потенційного дезорганізатора діяльності на інструмент професійної майстерності.

## **1.2. Роль та місце емоційного інтелекту у професійній діяльності медичного працівника**

Професійна діяльність медичного працівника належить до системи професій «людина–людина» і характеризується надвисоким рівнем психоемоційної напруженості. У цьому контексті емоційний інтелект виступає не лише як особистісна характеристика, а як професійно важлива якість, що визначає ефективність лікувально-діагностичного процесу.

Низка науковців наголошує на значущості формування емоційної культури медичного персоналу. Особлива увага приділяється комунікативним навичкам та таким рисам, як саморегуляція, психоемоційна стійкість, емпатійність, чуйність і позитивне світосприйняття [6–9]. Зазначені характеристики є базовими компонентами емоційного інтелекту (ЕІ). Сучасні дослідження активно зосереджені на адаптивній функції ЕІ, що має вирішальне значення через високу специфіку та напруженість медичної праці [10, 11].

Роль емоційного інтелекту у роботі медика виявляється у кількох стратегічних напрямках:

1. Побудова терапевтичного альянсу та комунікація. Емоційний інтелект є фундаментом для встановлення довірливих відносин між лікарем та пацієнтом. Здатність медичного працівника точно ідентифікувати емоційний стан хворого (страх, тривогу, заперечення) дозволяє адаптувати стиль спілкування, що прямо впливає на комплаєнс — готовність пацієнта чітко виконувати медичні приписи. Високий рівень ЕІ допомагає медику ефективно доносити складну інформацію, уникаючи конфліктів та знижуючи рівень психологічного спротиву пацієнта.

2. Клінічне мислення та прийняття рішень. Емоції суттєво впливають на когнітивні процеси. У медичній практиці, де рішення часто приймаються в умовах дефіциту часу та високої відповідальності, здатність до регуляції власних емоцій дозволяє зберігати ясність мислення. Емоційний інтелект допомагає лікарю уникати «когнітивних пасток», спричинених надмірним

стресом або особистою симпатією/антипатією до пацієнта, що забезпечує об'єктивність клінічних суджень.

3. Професійна емпатія як інструмент діагностики. У медицині емпатія розглядається не просто як співчуття, а як когнітивно-емоційна здатність розуміти внутрішній світ пацієнта без втрати професійної відстороненості. Це дозволяє медику глибше зрозуміти суб'єктивну картину хвороби, що часто дає ключі до вірної діагностики, які неможливо отримати лише за допомогою лабораторних досліджень.

4. Командна взаємодія в медичному колективі. Сучасна медицина – це командна робота. ЕІ медичного працівника визначає його здатність конструктивно взаємодіяти з колегами, середнім та молодшим медичним персоналом. Вміння розпізнавати емоційні тригери у колективі сприяє створенню сприятливого мікроклімату, що критично важливо для запобігання медичним помилкам, які часто виникають через порушення комунікації всередині команди.

5. Етико-деонтологічний аспект. Дотримання норм медичної етики неможливе без розвиненого самоконтролю та емоційної чутливості. ЕІ дозволяє медику балансувати між гуманним ставленням до людини та необхідністю дотримання суворих професійних протоколів, що є основою деонтологічної культури фахівця [26].

Таким чином, емоційний інтелект у професійній діяльності медика виконує регулятивну, комунікативну та захисну функції. Він є інтегративним ресурсом, який дозволяє фахівцю поєднувати високу технологічність медичної допомоги з принципами гуманізму, забезпечуючи при цьому власну психологічну стійкість.

Окремим аспектом ролі емоційного інтелекту є концепція «емоційної праці» (emotional labor), яка в медицині набуває особливого значення. Медичний працівник зобов'язаний демонструвати певний спектр емоцій (спокій, впевненість, співчуття) незалежно від свого внутрішнього стану [22].

Високий рівень ЕІ дозволяє фахівцю здійснювати «глибинну дію», тобто не просто імітувати емоції, а свідомо переорієнтовувати свій стан, що значно знижує ризик внутрішнього когнітивного дисонансу.

Також варто виділити специфічні функції ЕІ у контексті медичної деонтології:

Функція «емоційного контейнування», яка полягає у здатності лікаря приймати на себе важкі переживання пацієнта (біль, агресію, розпач), «переробляти» їх та повертати пацієнту у формі спокійної та раціональної підтримки. Без розвинутого ЕІ цей процес призводить до швидкого психологічного виснаження медика.

Регуляція дистанції у взаємодії: Емоційний інтелект допомагає встановити оптимальну «терапевтичну дистанцію». Надмірна відстороненість (деперсоналізація) сприймається пацієнтом як байдужість, а надмірне злиття з болем пацієнта (гіперемпатія) веде до втоми від співчуття. ЕІ виступає як регулятор, що дозволяє залишатися чуйним, зберігаючи при цьому професійну стійкість [38].

Отже, емоційний інтелект (EQ) є критично важливою професійною навичкою медичного працівника, яка полягає у здатності розуміти власні емоції та керувати ними. Для медиків це означає ефективне розпізнавання почуттів пацієнтів, збереження психологічної стійкості у стресових ситуаціях і запобігання професійному вигоранню.

Відповідно до базової структури емоційного інтелекту, для медичних працівників виділяють п'ять основних елементів:

Самопізнання: усвідомлення власних тригерів, втоми або стресу для того, щоб вони не впливали на якість догляду за пацієнтом.

Саморегуляція: здатність контролювати емоційні реакції під час критичних, невідкладних ситуацій та залишатися професійною.

Емпатія: вміння поставити себе на місце пацієнта, підтримати його словом та ділом, не втрачаючи при цьому професійних кордонів.

Мотивація: внутрішній стимул надавати якісну допомогу, який допомагає долати фізичне та психологічне навантаження.

Соціальні навички: ефективна комунікація з лікарями, пацієнтами та їхніми родичами, вміння розв'язувати конфлікти.

Крім того, у сучасних дослідженнях підкреслюється роль ЕІ як чинника самоефективності. Медик, який розуміє природу своїх емоційних реакцій, менше схильний до самозвинувачення у разі складних клінічних випадків. Він здатний об'єктивно оцінювати ситуацію, що дозволяє підтримувати високий рівень професійної впевненості навіть у стресових умовах.

Тому емоційний інтелект є не просто «м'якою навичкою», а важливою професійною компетенцією, що забезпечує життєздатність усієї медичної системи.

### **1.3. Детермінанти формування та розвитку емоційного інтелекту медиків**

Формування емоційного інтелекту медичних працівників є складним багатоаспектним процесом, що визначається сукупністю внутрішніх та зовнішніх детермінант (Таблиця 1.2.)

Таблиця 1.2.

Чинники формування емоційного інтелекту медиків

Рівень	Основні чинники	Вплив на практику
Мікрорівень	Темперамент, нейротизм, екстраверсія	Швидкість відновлення після стресу.
Мезорівень	Стаж, тип відділення, посада	Вибір стратегії комунікації з пацієнтом.
Макрорівень	Організаційна культура, суспільні очікування	Формування професійної ідентичності та місії.

Провідну роль серед біологічних чинників відіграють типологічні особливості нервової системи, які визначають швидкість емоційного реагування та природний поріг стресостійкості фахівця.

Генетичні передумови та темпераментальні характеристики закладають підґрунтя для здатності до саморегуляції, проте не є вирішальними у процесі становлення емоційної компетентності.

Важливою особистісною детермінантою виступає рівень самосвідомості, який дозволяє медику рефлексувати над власними переживаннями та ідентифікувати їхній вплив на клінічну діяльність. Гендерний аспект також вносить корективи у структуру емоційного інтелекту, що проявляється у відмінностях між когнітивними та афективними стратегіями емпатії у чоловіків та жінок [21].

Дослідження доводять, що жінки-медики мають вищі показники міжособистісного EI (емпатія, соціальна відповідальність), тоді як чоловіки-медики частіше демонструють вищі бали у сферах управління стресом та адаптивності. Це зумовлено як соціокультурними стереотипами, так і різними стратегіями виховання [23].

Професійна спеціалізація стає потужним чинником трансформації емоційної сфери, оскільки робота в екстремальних умовах (реанімація, хірургія) вимагає специфічних механізмів емоційного контролю. Та, хірургічний профіль: потребує високої здатності до регуляції та пригнічення зайвих емоцій під час операції, а терапевтичний та паліативний профіль вимагає максимізації емпатійного слухання та розуміння емоційного контексту пацієнта.

Стаж роботи медичного персоналу має нелінійний зв'язок із рівнем емоційного інтелекту, де тривала дія професійних стресорів може призводити як до кристалізації досвіду, так і до зниження емоційної чутливості.

Існує критична точка (зазвичай 10–15 років стажу), коли емоційний інтелект може почати знижуватися через механізми професійної деформації. Якщо медик не розвиває EI свідомо, його емпатія заміщується цинізмом як

формою психологічного захисту. Проте у «ресурсних» фахівців ЕІ з роками стає більш раціональним і виваженим [8].

Такі характеристики, як когнітивна гнучкість та рефлексивність включають здатність медика не просто відчувати емоцію, а «відсторонитися» від неї, щоб проаналізувати її джерело. Рефлексія виступає модератором: вона дозволяє перетворити негативний досвід (наприклад, смерть пацієнта) не на травму, а на професійний досвід, що інтегрується в структуру емоційного інтелекту.

Соціальне середовище та умови виховання на ранніх етапах онтогенезу формують базові патерни прихильності, які згодом трансформуються у здатність до побудови довірливих відносин із пацієнтами.

Важливим чинником є рівень загальної культури та цінностей фахівця, які визначають етичну спрямованість використання емоційного інтелекту. Наявність у медика навичок психологічної гігієни та технік самопомоги є детермінантою, що дозволяє підтримувати емоційну гнучкість протягом усієї кар'єри.

Вплив міжособистісних стосунків у колективі стимулює розвиток соціальної складової емоційного інтелекту, зокрема навичок управління конфліктами.

У медичних колективах емоційний стан завідувача відділення або старших колег детермінує розвиток ЕІ молодшого персоналу. Якщо в колективі прийнято приховувати помилки та ігнорувати почуття, ЕІ співробітників деградує. Навпаки, культура супервізії (обговорення складних випадків з психологом) стимулює ріст емоційної компетенції.

Когнітивні здібності, зокрема гнучкість мислення, виступають інструментом для переосмислення травматичного досвіду та інтеграції емоцій у раціональні схеми поведінки. Відсутність психологічної підтримки на робочому місці є деструктивною детермінантою, що блокує розвиток емпатійних здібностей та веде до емоційної ізоляції. Взаємодія всіх

перелічених чинників створює індивідуальну траєкторію розвитку емоційного інтелекту кожного медичного працівника [19].

Розуміння цих детермінант дозволяє розробляти цілеспрямовані програми психологічного супроводу для підвищення професійної стійкості медиків. Синергія особистісного потенціалу та сприятливих зовнішніх умов забезпечує формування високої емоційної культури фахівця, що є запорукою успішної медичної практики.

Емоційний інтелект постає як інтегративний мета-ресурс, що забезпечує функціональну єдність когнітивної переробки інформації та афективної регуляції поведінки особистості. На відміну від відносно стабільного інтелектуального коефіцієнта (IQ), емоційний інтелект є динамічною системою, здатною до цілеспрямованого вдосконалення протягом усього професійного онтогенезу.

У системі медичної праці емоційна компетентність виступає професійною якістю першого порядку, що безпосередньо детермінує ефективність лікувально-діагностичного процесу.

Здатність медика до емоційного самомоніторингу та регуляції станів є фундаментальною умовою збереження об'єктивності клінічного мислення в умовах гострого стресу та дефіциту часу. Розвинений емоційний інтелект функціонує як адаптивний регулятор «терапевтичної дистанції», запобігаючи трансформації емпатії у деструктивне виснаження або професійний цинізм. Встановлено, що формування емоційної культури фахівця є полідетермінованим процесом, зумовленим синергією біологічних передумов, особистісної рефлексії та організаційних чинників.

Професійна спеціалізація медика суттєво трансформує структуру його емоційного інтелекту, диференціюючи запит на домінування механізмів супресивного контролю або афективного резонансу. Динаміка емоційної сфери в процесі зростання професійного стажу має нелінійний характер, що актуалізує необхідність впровадження заходів психологічного супроводу для збереження емпатійної чутливості.

Емоційний інтелект постає ключовим інструментом гармонізації командної взаємодії та оптимізації мікроклімату, що мінімізує ризики медичних помилок, спричинених дефіцитом комунікації. Інтеграція принципів емоційної грамотності в медичну деонтологію забезпечує гуманізацію клінічної практики та виступає базовим ресурсом психологічної стійкості й професійної самоефективності медика.

## **РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

### **2.1. Характеристика вибірки та методик емпіричного дослідження**

Вибірку емпіричного дослідження склали 65 медичних працівників, у віці 25-50 років. Серед медичних працівників 25 медиків швидкої медичної допомоги, 20 медичних сестер та 20 лікарів різного профілю (сімейні лікарі, хірурги, кардіологи, урологи, окулісти, невропатологи та гінекологи).

Більшість досліджуваних вибірки є представниками жіночої статі (40 осіб) і лише – 25 чоловічої. Стаж роботи досліджуваних від 5 до 22 років (7 осіб - 5 років, 17 осіб – 5-10 років, 20 осіб – 10-15 років, 21 особа більше 15 років).

Для проведення дослідження використано наступні психодіагностичні методики:

Методика діагностики емоційного інтелекту Н. Холл.

Опитувальник задоволеності роботою (Job Satisfaction Survey (JSS)).

Методика визначення рівня емоційного вигорання МВІ К. Маслач.

Методика діагностики рівня емпатійних здібностей.

Методика діагностики емоційного інтелекту (Н. Холл). Опитувальник спрямований на виявлення здатності особистості розуміти відношення, репрезентоване в емоціях, і керувати емоційною сферою на основі прийняття рішень. Тест містить 30 тверджень, які респонденти оцінюють за 6-бальною шкалою (від -3 до +3).

Методика дозволяє розрахувати показники за п'ятьма шкалами: емоційна обізнаність (усвідомлення власних станів), управління своїми емоціями (емоційна лабільність), самомотивація (довільна регуляція зусиль), емпатія та розпізнавання емоцій інших людей.

За результатами підрахунку балів оцінюються як парціальні рівні за кожною шкалою (низький — до 7, середній — 8-13, високий — від 14 балів),

так і інтегративний показник (низький — до 39, середній — 40-69, високий — від 70 балів).

Опитувальник задоволеності роботою (Job Satisfaction Survey, JSS ) використовується для оцінки ставлення медичних працівників до різних аспектів своєї професійної діяльності.

Опитувальник охоплює 36 пунктів, що формують 9 підшкал: оплата праці, можливість просування по службі, керівництво, додаткові пільги, умови праці, колеги, характер самої роботи та комунікація всередині організації.

У нашому дослідженні методика дозволяє встановити зв'язок між рівнем емоційного розвитку фахівця та його суб'єктивним сприйняттям професійного середовища.

Кожна підшкала містить 4 запитання, що оцінюються за 6-бальною шкалою Лікерта. Сумарний бал за всіма шкалами дозволяє визначити загальний індекс задоволеності, де показники нижче 108 балів свідчать про незадоволеність, а вище 144 балів — про високу задоволеність роботою.

Методика «Діагностика рівня емоційного вигорання» (MBI — Maslach Burnout Inventory) К. Маслач дозволяє провести багатовимірну оцінку синдрому вигорання через аналіз трьох специфічних підшкал:

Емоційне виснаження відображає почуття перевтоми та вичерпаності емоційних ресурсів, викликаних роботою. Високі бали вказують на нездатність медика віддаватися роботі з колишнім емоційним натхненням.

Деперсоналізація характеризує тенденцію до розвитку негативного, цинічного або надмірно відстороненого ставлення до пацієнтів. У медичній практиці це часто виявляється через сприйняття хворого як «об'єкта» чи «випадку», а не особистості.

Редукція особистих досягнень відображає зниження почуття власної компетентності та задоволеності професійними успіхами. На відміну від перших двох шкал, високі бали за цією шкалою свідчать про низький рівень вигорання (оцінюється зворотна залежність). За результатами кожної підшкал визначають три рівні вираженості: низький, середній і високий.

Методика діагностики рівня емпатійних здібностей (В. Бойко) дозволяє проаналізувати структуру емпатії через виявлення окремих каналів, за якими здійснюється емоційний резонанс і розуміння іншого. Опитувальник містить 36 тверджень, на які респондент має дати відповідь «так» або «ні».

Структурні компоненти (шкали) методики:

Раціональний канал емпатії відображає спрямованість уваги, сприйняття та мислення медика на сутність будь-якої людини (її стан, проблеми, поведінку). Це інтелектуальний аналіз пацієнта без глибокого емоційного занурення.

Емоційний канал емпатії фіксує здатність респондента входити в емоційний резонанс із оточуючими — співпереживати, співчувати, «заражатися» настроєм пацієнта.

Інтуїтивний канал емпатії свідчить про здатність бачити відповіді про стан іншої людини в умовах дефіциту об'єктивної інформації, спираючись на досвід, що зберігається у підсвідомості.

Установки, що сприяють або перешкоджають емпатії виявляє наявність особистісних бар'єрів (наприклад, уникання зайвих контактів, схильність до засудження), які блокують прояви чуйності.

Проникаюча здатність в емпатії характеризує здатність медика створювати атмосферу відкритості та довіри, в якій пацієнт готовий розкривати свої переживання.

Ідентифікація в емпатії здатність ставити себе на місце хворого, що базується на легкості та гнучкості емоційного перевтілення.

По кожному каналу підраховується сума балів (від 0 до 6).  
Інтегративний показник:

30 балів і більше — дуже високий рівень емпатії;

22–29 балів — середній рівень;

15–21 бал — занижений рівень;

менше 14 балів — дуже низький рівень.

## 2.2. Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

За результатами підрахунку парціального емоційного інтелекту усі його компоненти у вибірці знаходяться в межах середньостатистичної норми, проте мають цікаву внутрішню динаміку (Рис.2.1.).

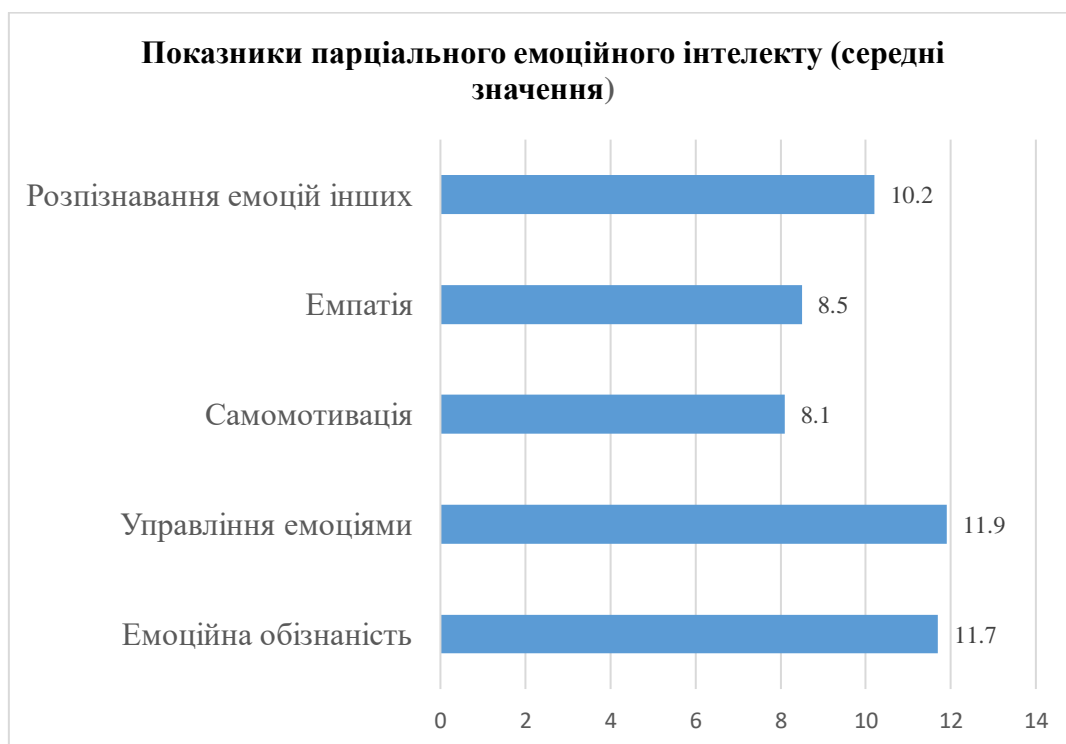


Рис.2.1. Показники парціального емоційного інтелекту у медиків

Домінуючими показниками у вибірці є «Управління емоціями» ( $M=11,9$ ) та «Емоційна обізнаність» ( $M=11,7$ ). Високий рівень управління емоціями свідчить про сформовану здатність медиків контролювати власні афективні реакції та зберігати емоційну стійкість у стресових ситуаціях. Це є професійно необхідною навичкою для запобігання паніці та збереження когнітивної ефективності під час виконання різного роду завдань.

Високий рівень емоційної обізнаності вказує на те, що медики добре розуміють власні внутрішні стани та усвідомлюють, як їхні емоції впливають на оточуючих та робочий процес.

Найнижчий показник: «Самомотивація» ( $M=8,1$ ) вказує на те, що медичні працівники можуть відчувати труднощі з довільною регуляцією

емоційного натхнення та доланням внутрішнього опору перед складними завданнями. Низька самомотивація часто є передвісником емоційного вигорання, оскільки фахівцю стає дедалі важче знаходити внутрішні ресурси для активної діяльності.

Результати демонструють «раціональний» тип емоційного інтелекту, де самоконтроль та усвідомлення переважають над безпосереднім емоційним залученням (емпатією).

Досліджувана група має хороший потенціал для професійної діяльності завдяки високому рівню управління емоціями, проте потребує психологічної підтримки у сфері самомотивації.

Отримані дані підтверджують необхідність розвитку навичок емпатії без ризику для власного здоров'я.

Аналіз загального рівня емоційного інтелекту у вибірці медичних працівників дозволив виявити кількісний розподіл досліджуваних медиків за трьома рівнями: високим, середнім та низьким. Отримані дані свідчать про те, що емоційна сфера більшості фахівців характеризується стабільністю, проте має певні зони ризику (Рис.2.2).

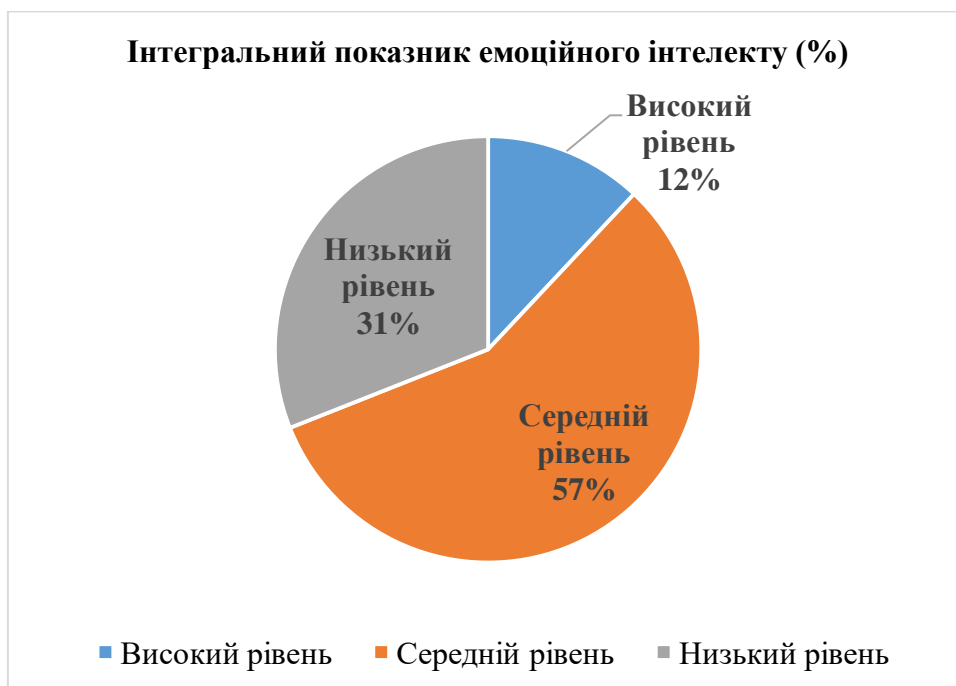


Рис.2.2. Показники інтегрального емоційного інтелекту у медиків

Спостерігається домінування середнього рівня (57%) (понад половину вибірки), що свідчить про наявність у медиків базових навичок саморегуляції та розуміння емоцій, які дозволяють їм підтримувати професійну комунікацію. Фахівці цієї групи здатні розпізнавати емоційні тригери, проте в ситуаціях надмірного стресу або дефіциту часу їхні ресурси ЕІ можуть вичерпуватися, що потребує додаткових зусиль для стабілізації стану.

Майже третина (31) медиків має низький рівень інтегрального ЕІ, що є тривожним показником для медичної сфери, оскільки такі працівники перебувають у «зоні ризику» щодо швидкого розвитку професійного вигорання, труднощів у встановленні довірливого контакту з пацієнтами, схильності до неконструктивних копінг-стратегій у конфліктних ситуаціях.

Найменшу частку вибірки складають особи з високим рівнем емоційного інтелекту (12%), які є «емоційними лідерами»; оскільки вони володіють розвинутою емпатією та майстерністю самоконтролю. Високий емоційний інтелект дозволяє їм не лише ефективно лікувати, а й виступати буфером у напружених взаєминах всередині команди, зберігаючи при цьому власне психологічне здоров'я.

Порівняльний аналіз парціальних та інтегральних показників дозволяє зробити висновок: попри те, що окремі навички (як-от управління емоціями) у медиків розвинені непогано, загальний рівень емоційного інтелекту є недостатнім. Тому необхідним є системне впровадження психологічного супроводу в медичних закладах, оскільки спостерігаємо передумови для зниження загальної якості медичної допомоги через «людський фактор», якщо не буде вжито заходів щодо розвитку емоційної компетентності персоналу.

Щодо показників задоволеності роботою, то отримано наступний розподіл у групі медичних працівників (Рис.2.3.).

Результати дослідження свідчать про те, що загальний рівень задоволеності професійною діяльністю у вибірці є помірним, проте має виражену тенденцію до амбівалентності.

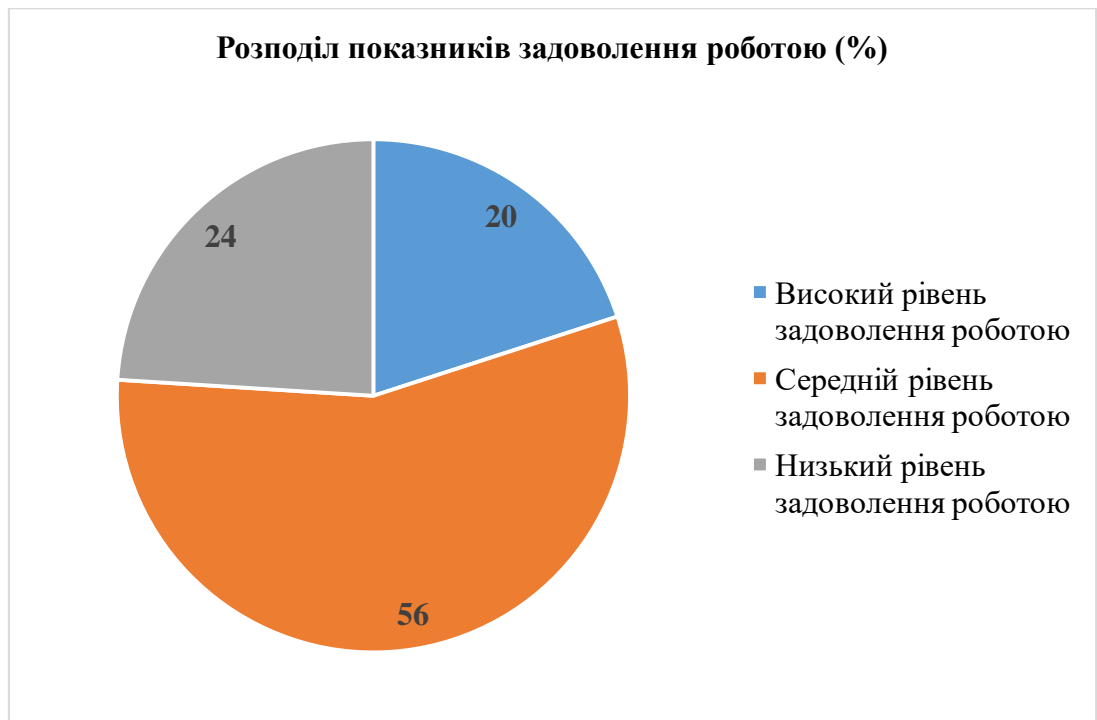


Рис.2.3. Розподіл показників задоволення роботою у медиків

Понад половина медичних працівників (56%) демонструє середній рівень задоволеності роботою, що свідчить про те, що більшість фахівців адаптовані до умов праці, проте сприймають свою діяльність як таку, що містить як позитивні аспекти (наприклад, зміст роботи, стосунки з колегами), так і суттєві недоліки (бюрократія, рівень оплати чи графік). Ця категорія працівників є найбільш чутливою до змін: розвиток емоційного інтелекту в цій групі може стати чинником, що допоможе їм перейти до категорії високо задоволених фахівців.

Майже чверть вибірки (24%) виявляє низький рівень задоволеності роботою. У психологічному аспекті це група «максимального ризику». Низька задоволеність роботою у медиків часто супроводжується відчуттям несправедливості та професійної апатії. Саме ці працівники мають найменші внутрішні ресурси для подолання організаційного стресу.

Група високого рівня задоволеності (20%) повністю задоволені своєю професійною діяльністю. Повна професійна самореалізація у медицині зазвичай доступна тим, хто володіє високим рівнем психологічної стійкості та емоційної гнучкості.

Отже, задоволеність роботою у медиків — це не лише питання зарплати, а й питання внутрішньої емоційної оцінки. Фахівець, який не вміє управляти своїми емоціями, швидше відчуває фрустрацію від професійних обов'язків, та постійне переживання стресу.

Дослідження емпатійних здібностей за методикою є важливим для медиків, оскільки дозволяє диференціювати глибоке співпереживання від механічного виконання професійних обов'язків. Виявлення домінуючих каналів емпатії допомагає зрозуміти, чи опирається фахівець на раціональний аналіз стану пацієнта, чи здатен до емоційного резонансу, що безпосередньо впливає на рівень довіри у системі «лікар–пацієнт».

Високий рівень емпатійності виступає запорукою формування якісного терапевтичного альянсу, без якого неможливий високий комплаєнс та успішне одужання хворого.

Водночас аналіз цих показників дозволяє вчасно виявити симптоми «втоми від співчуття», коли занижені бали за емоційним каналом свідчать про ввімкнення підсвідомих захисних механізмів відсторонення.

За результатами проведення вищезгаданої методики отримано наступні показники (Рис 2.4.).

Серед усіх показників каналів емпатії переважає раціональний канал емпатії ( $M=4,7$ ), який наближається до високого рівня. Вказує на те, що медики взаємодіють із пацієнтами насамперед через інтелектуальний аналіз. Вони ефективно збирають інформацію про стан хворого, логічно обробляють скарги та розуміють сутність проблем пацієнта, проте роблять це «головою», зберігаючи емоційну дистанцію.

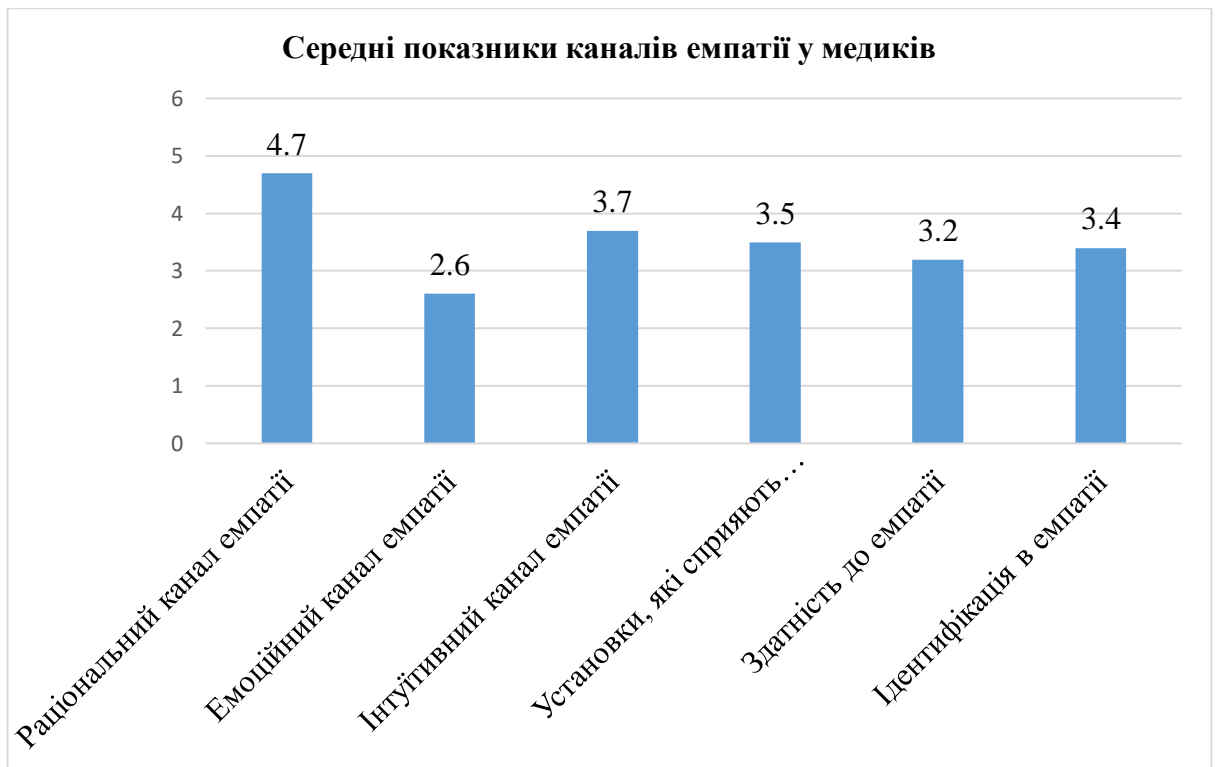


Рис.2.4. Розподіл показників каналів емпатії у медиків

Найнижчий показник «Емоційний канал емпатії» ( $M=2,6$ ) свідчить про виражений дефіцит здатності до безпосереднього співпереживання та емоційного резонансу. У медичній практиці такий низький бал часто є наслідком професійної деформації: фахівець блокує власні почуття, щоб не «пропускати крізь себе» чужий біль, що з одного боку захищає психіку, а з іншого — робить комунікацію сухою та формальною.

Інтуїтивний канал емпатії ( $M=3,7$ ) знаходиться на впевненому середньому рівні і підтверджує те, що медики часто покладаються на професійне чуття та підсвідомий досвід при оцінці стану пацієнта.

Ідентифікація в емпатії ( $M=3,4$ ) свідчить про помірну здатність ставити себе на місце іншого, що дозволяє фахівцям прогнозувати поведінку пацієнта.

Шкали «Комунікативні установки» ( $M=3,5$ ) та «Установки, які сприяють емпатії» ( $M=3,5$ ) демонструють те, що медики розуміють цінність емпатії в професії, проте цей потенціал не реалізується через низький емоційний канал

Показники шкали «Здатність до емпатії / Проникаюча здатність» ( $M=3,2$ ) відображає середній рівень вміння створювати атмосферу довіри під час прийому.

Профіль емпатійних здібностей досліджуваної групи медиків можна охарактеризувати як «раціонально-відсторонений»: медики використовують інтелектуалізацію як основну стратегію психологічного захисту. Пацієнти можуть сприймати таких лікарів як висококваліфікованих, але «холодних» та байдужих.

Ми розділили вибірку на дві групи: медики зі стажем до 10 років та більше 10 років і отримані дані демонструють класичну динаміку професійної адаптації та, на жаль, ознаки емоційної деформації з роками (Рис.2.5)

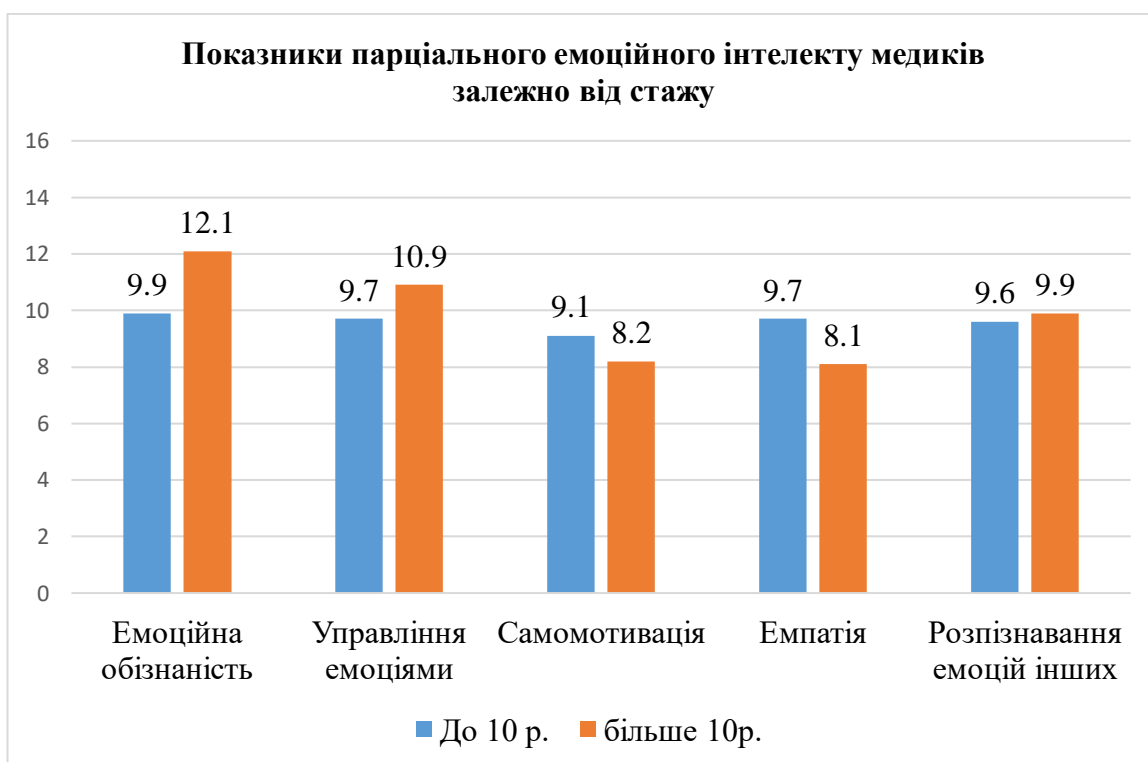


Рис.2.5. Порівняння показників парціального емоційного інтелекту медиків за стажем

За результатами порівняльного аналізу спостерігаємо зростання когнітивного компонента: «Емоційна обізнаність» та «Управління емоціями»: у досвідчених медиків (стаж >10 р.) цей показник значно вищий ( $M=12,1$  проти

M=9,9), що вказує на вміння розуміти природу своїх емоцій та їх чітко ідентифікувати.

Також спостерігається позитивна динаміка в управлінні емоціями (M=10,9 проти M=9,7): досвідчені працівники краще опановують навички саморегуляції, що є результатом професійного загартування та вміння «тримати обличчя» у складних ситуаціях.

Спостерігаємо суттєва зниження показник «Емпатія» показника у групі зі стажем понад 10 років (M=8,1 проти M=9,7), що підтверджує наявність «втоми від співчуття». З часом емоційний резонанс із пацієнтом знижується, емпатія стає більш раціональною та відстороненою, що є захисним механізмом психіки проти вигорання.

Також спостерігається тенденція до зниження показника «Самотивації» (M=8,2 проти M=9,1), що вказує на поступову втрату внутрішнього драйву та професійного ентузіазму, що часто супроводжується відчуттям рутинності роботи.

Показник «Розпізнавання емоцій інших» залишився майже незмінним (M=9,6 та M=9,9) і означає, що навичка «зчитувати» стан пацієнта є професійною автоматизованою дією, яка не залежить від стажу.

Констатуємо, що зі збільшенням стажу емоційний інтелект медика стає більш технологічним. Раціональні компоненти (обізнаність, управління) посилюються, тоді як живі емоційні реакції (емпатія) пригнічуються.

Група зі стажем понад 10 років перебуває у більшій небезпеці щодо розвитку цинізму та відстороненості (деперсоналізації), оскільки їхній рівень емпатії наближається до межі низького рівня.

Отримані дані обґрунтовують необхідність диференційованого підходу до навчання: молодим спеціалістам потрібні тренінги з саморегуляції, а досвідченим — програми з профілактики вигорання та відновлення емпатійного ресурсу.

Нами проведено порівняльний аналіз трьох професійних груп: лікарів, середнього медичного персоналу (медсестер) та працівників швидкої

допомоги. Отримані профілі демонструють, як специфіка щоденної праці трансформує емоційну структуру фахівця (Рис2.6.).

Проведемо психологічний аналіз та інтерпретацію представлених результатів.

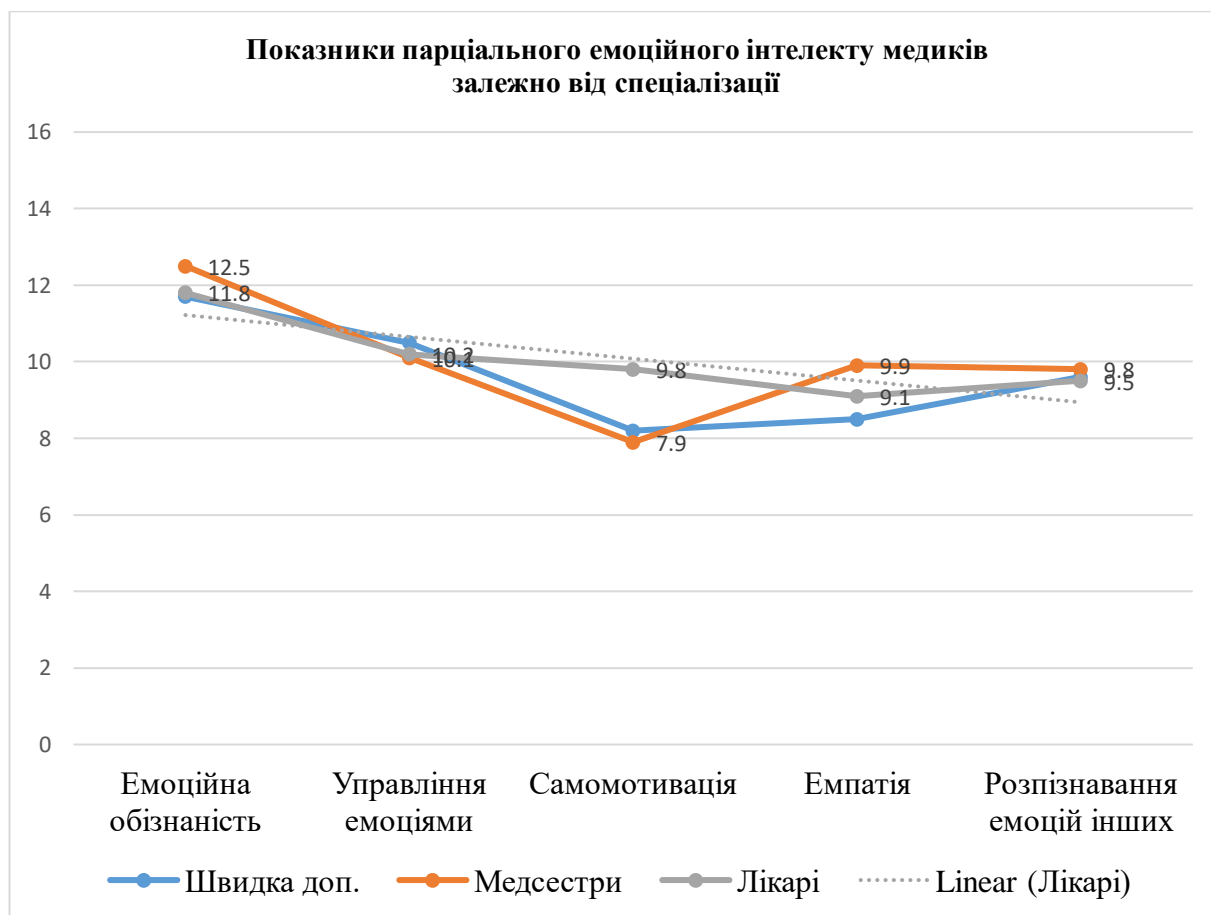


Рис.2.6. Порівняння профілів парціального емоційного інтелекту медиків залежно від спеціалізації

Так, профіль працівників швидкої допомоги характеризується оперативною витривалістю, адже вони працюють в умовах найвищої невизначеності та дефіциту часу.

Показник «Управління емоціями» ( $M=10,5$ ) — найвищий серед усіх груп і це професійно зумовлена необхідністю працівника швидкої має миттєво пригнічувати палах емоцій (страх, паніку), щоб зберігати чіткість когнітивних функцій.

Доволі низькі показники «Самотивація» ( $M=8,2$ ) та «Емпатія» ( $M=8,5$ ) призводять до емоційного виснаження, через що здатність до глибокого співпереживання та пошуку внутрішнього натхнення знижується.

Профіль середнього медичного персоналу (медсестри) вказує на емоційну амбівалентність, адже медсестри мають найбільш тривалий і безпосередній контакт із пацієнтами.

Найвищі показники зафіксовано за шкалами «Емоційна обізнаність» ( $M=12,5$ ) та «Емпатія» ( $M=9,9$ ), що свідчить про високу чутливість до потреб хворих. Медсестри краще за інших зчитують «емоційний фон» відділення.

На протигагу вищеописаним профілям, лікарі демонструють найбільш збалансований, хоча й дещо «холодний» профіль. Найвищий рівень «Самотивації» ( $M=9$ ,  $M=8$ ) серед усіх груп, що вказує на вищу професійну стійкість та орієнтацію на результат. Лікарі краще знаходять внутрішні ресурси для продовження діяльності.

Показники «Управління емоціями» ( $M=10,2$ ) та «Розпізнавання емоцій інших» ( $M=9,5$ ) є стабільно середніми, що забезпечує «золоту середину» між емпатією та необхідною клінічною відстороненістю.

Відмінності в «Управлінні емоціями» між швидкою допомогою ( $M=10,5$ ) та медсестрами ( $M=10,1$ ) пояснюються характером стресу: у швидкій він гострий (вимагає контролю), у медсестер — хронічний (вимагає терпіння).

Висока емпатія медсестер ( $M=9,9$ ) при найнижчій самотивації ( $M=7,9$ ) підтверджує теорію про те, що постійне співчуття без належного відновлення «спалює» внутрішні ресурси особистості.

Стабільна лінія показників у лікарів свідчить про те, що медична освіта та статус формують більш жорстку структуру емоційного інтелекту, де емоції підпорядковані професійній логіці.

Порівняльний аналіз підтверджує, що спеціалізація є потужною детермінантою розвитку емоційного інтелекту. Найбільш вразливою групою є медсестри (через ризик виснаження емпатії), а найбільш мобілізованою —

працівники швидкої допомоги (через акцент на самоконтролі). Лікарі демонструють вищу інтегративну стійкість.

Також нами проведено комплексний порівняльний аналіз емпатійних здібностей та емоційного інтелекту медичних працівників за трьома ключовими профілями: швидка допомога, медсестри та лікарі, що дає змогу відстежити, як специфічні умови праці формують різні стратегії емоційного реагування (Рис.2.7).

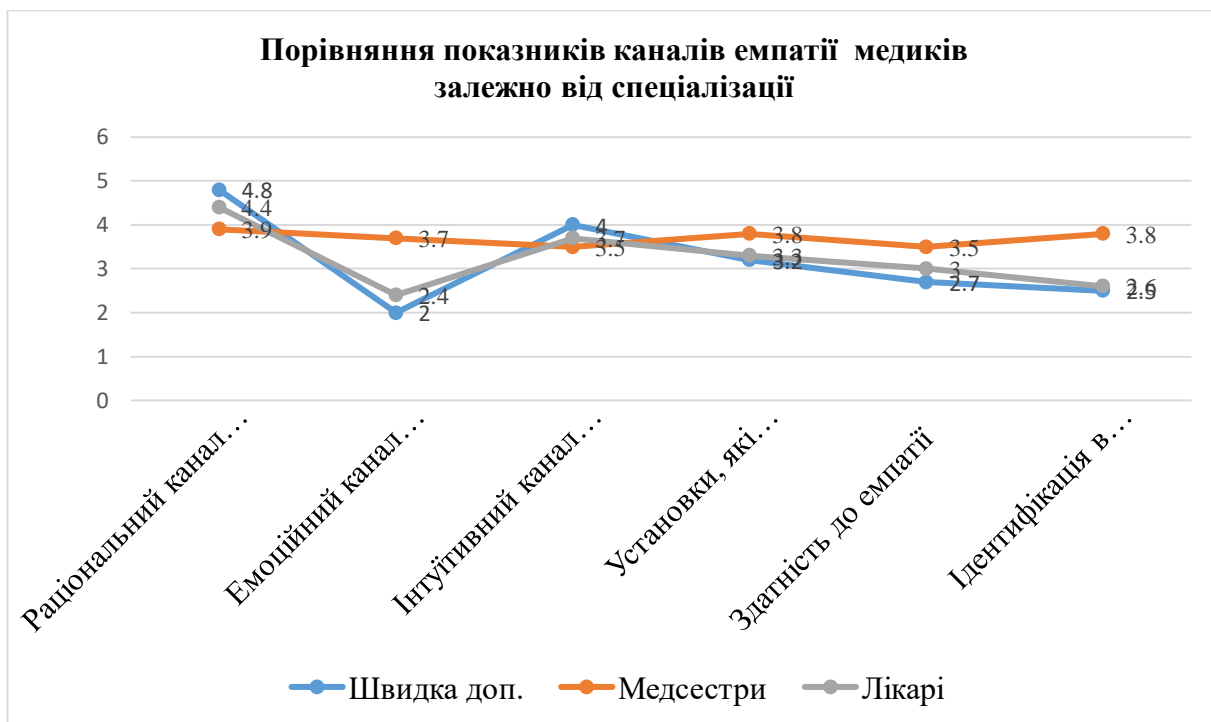


Рис.2.7. Порівняння каналів емпатії медиків залежно від спеціалізації

Працівники швидкої допомоги демонструють найбільш виражений розрив між логічним розумінням пацієнта та емоційним залученням.

Високий показник «Раціонального каналу емпатії» ( $M=4,8$ ) свідчить про те, що в екстремальних умовах медики фокусуються виключно на зборі об'єктивної інформації та встановленні діагнозу. Емпатія тут стає суто інтелектуальним інструментом.

Найнижчий показник «Емоційний канал емпатії» ( $M=2,0$ ) вказує на глибоку емоційну відстороненість. У цій спеціалізації фахівці змушені «блокувати» почуття, щоб паніка або страх пацієнта не заважали виконанню реанімаційних дій.

Інтуїтивний канал (M=4,0) та його високий рівень пояснюється необхідністю приймати рішення миттєво, часто за браком повної клінічної картини.

Профіль групи медичних сестер демонструє відносно стабільні та високі показники: домінування «Емоційного каналу Емпатії» (M=3,7) та «Ідентифікації емоцій» (M=3,8) значно випереджають колег у здатності співпереживати та ставити себе на місце хворого, що зумовлено специфікою догляду, що потребує тривалого і теплового контакту.

Також медичні сестри найкраще розпізнають нюанси настрою — як власного, так і пацієнтів «Емоційна обізнаність» (M=12,5).

Проте при високій емпатії медсестри мають найнижчу «Самотивацію» (M=7,9), що вказує на те, що «емоційна праця» (постійне співчуття) забирає надто багато ресурсів, не залишаючи сил на власне психологічне відновлення.

Профіль лікарів займає проміжне, найбільш збалансоване положення: для них властива збалансована самотивація (M=9,8). Лікарі найкраще вміють підтримувати власний робочий тонус. Їхній емоційний інтелект працює на збереження професійної стійкості.

Їхній «Раціональний канал емпатії» (M=4,4) та «Емоційний канал емпатії» (M=2,4) демонструють сформовану «терапевтичну дистанцію». Вони розуміють пацієнта краще, ніж працівники швидкої, але не занурюються в його біль так глибоко, як медсестри.

Лікарі мають найбільш прогнозований рівень показників, що свідчить про стабільність їхніх психологічних захистів.

Професійна спеціалізація медичних працівників виступає ключовим детермінантом трансформації їхньої емоційної сфери, де емоційний інтелект виконує функцію головного регулятора внутрішньої стійкості та зовнішньої ефективності фахівця.

У структурі цього інтелекту емпатія відіграє роль сполучної ланки, що дозволяє конвертувати теоретичні знання лікаря у дієвий терапевтичний альянс, заснований на довірі та розумінні потреб пацієнта.

Однак у фахівців екстреної допомоги та лікарів спостерігається тенденція до функціональної деперсоналізації — стану, коли емоційний інтелект спрямовується виключно на самоконтроль, блокуючи емпатійний відгук задля збереження працездатності.

На противагу їм, медичні сестри демонструють надмірну емоційну залученість, що за відсутності розвинених навичок саморегуляції призводить до «втоми від співчуття» та виснаження особистісного ресурсу. Важливою складовою емоційної компетентності залишається інтуїтивний канал, який дозволяє інтегрувати емоційний досвід медика у професійне «клінічне чуття», забезпечуючи точність рішень навіть у дефіциті часу.

Таким чином, емоційний інтелект виступає не лише як засіб комунікації, а як фундаментальний психологічний захист, що запобігає перетворенню професійної дистанції на деструктивний цинізм. Гармонійний розвиток усіх компонентів ЕІ дозволяє медику зберігати баланс між високою емпатійністю та особистісною стійкістю, що є обов'язковою умовою профілактики професійного вигорання.

За результатами кореляційного аналізу виявлено наявність таких статистично значущих зв'язків між факторами психодіагностичних методик, які презентовано у кореляційних плеядах (Рис.2.8., 2.9)

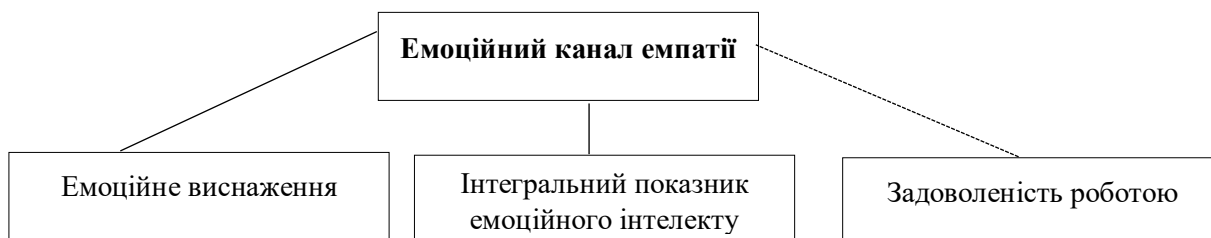


Рис.2.8. Кореляційна плеяда «Емоційний канал емпатії»

Так, «Емоційний канал емпатії» має прямі кореляційні зв'язки із «Емоційним виснаженням» ( $r=0,449$ ,  $p\leq 0,01$ ), «Інтегральним показником емоційного інтелекту» ( $r=0,552$ ,  $p\leq 0,01$ ) та обернений із «Задоволенням роботою» ( $r=-0,401$ ,  $p\leq 0,01$ ).

Зв'язок із емоційним виснаженням ( $r=0,449$ ,  $p\leq 0,01$ ) є помірним і свідчить про те, що чим вищою є здатність медика до безпосереднього емоційного співпереживання та резонансу з болем пацієнта, тим швидше вичерпуються його внутрішні психологічні ресурси. Емоційний канал емпатії без належних навичок саморегуляції стає основним каналом втрати енергії, призводячи до стану професійного вигорання.

Сильний прямий зв'язок із інтегральним показником емоційного інтелекту ( $r=0,552$ ,  $p\leq 0,01$ ) вказує на те, що емоційна чутливість є фундаментом загальної структури емоційного інтелекту і означає, що розвиток загального емоційного інтелекту неможливий без здатності «відчувати» іншого, проте, враховуючи попередній зв'язок із виснаженням, стає зрозумілим, що ЕІ має не лише розвивати чутливість, а й навчати її контролювати.

Виявлено значущий обернений зв'язок із шкалою «Задоволення роботою» ( $r=-0,401$ ,  $p\leq 0,01$ ). Він вказує на те, що надмірна емоційна відкритість знижує професійне задоволення. Медики, які занадто глибоко пропускають крізь себе страждання пацієнтів, частіше відчувають фрустрацію, безсилля та невдоволення своєю працею, оскільки емоційний біль від роботи починає переважати над почуттям професійної реалізації.

В даному випадку можемо робити висновок про «парадокс емпатії» у медицині: хоча емоційна чутливість робить фахівця більш людяним та підвищує його загальний емоційний інтелект, вона водночас виступає головним чинником професійної деструкції (виснаження та невдоволення). Виникає необхідність переходу від «співпереживання» (емоційного проживання болю) до «співчуття» (раціональної допомоги при збереженні емоційної дистанції).

«Інтегральний показник емоційного інтелекту» має прямі кореляційні зв'язки із «Задоволеністю роботою» ( $r=0,557$ ,  $p\leq 0,01$ ) та обернений із «Деперсоналізацією» ( $r=-0,561$ ,  $p\leq 0,01$ ) (Рис.2.9.)

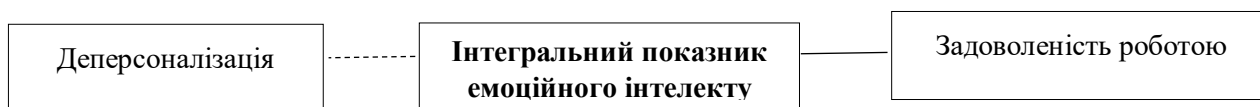


Рис.2.9. Кореляційна плеяда «Інтегральний показник емоційного інтелекту»

Статистично значущі зв'язки інтегрального показника емоційного інтелекту підтверджують його роль як ключового регулятора професійної адаптації медичних працівників.

Виявлено сильний прямий зв'язок, який вказує на те, що розвинений емоційний інтелект безпосередньо сприяє вищому рівню задоволеності професійною діяльністю. Медики з високим ЕІ краще розуміють свої потреби, ефективніше взаємодіють із колегами та пацієнтами, а також здатні знаходити позитивні сенси в роботі навіть у складних умовах. Це дозволяє їм сприймати свою працю не як джерело стресу, а як сферу успішної самореалізації.

Сильний обернений зв'язок, який має стратегічне значення для профілактики вигорання. Він доводить, що високий рівень емоційного інтелекту є бар'єром для розвитку професійного цинізму та відстороненості.

Чим краще медик володіє навичками емоційної регуляції, тим менша ймовірність того, що він почне сприймати пацієнтів як «знеособлені об'єкти». Тому емоційний інтелект антидотом проти деперсоналізації, дозволяючи зберігати гуманне ставлення до хворих без шкоди для власної психіки.

Можемо робити висновок, що емоційний інтелект виконує двояку конструктивну функцію: стимулюючу: через зростання суб'єктивного відчуття задоволеності працею та захисну: через блокування механізмів професійної деформації (деперсоналізації).

Безперечним залишається факт, що інвестиції в розвиток емоційної компетентності медичного персоналу призведуть до покращення психологічного клімату в колективі та підвищення якості медичної допомоги завдяки збереженню людського фактору у комунікації.

Отже, емпіричне дослідження підтверджує переважання раціонально-орієнтованого типу емоційного інтелекту в медичному середовищі, де високий когнітивний контроль виступає базовою стратегією збереження професійної ефективності. Виявлений дефіцит самомотивації на тлі амбівалентної задоволеності роботою вказує на вичерпаність внутрішніх драйверів діяльності та високий ризик емоційного виснаження персоналу.

Процес професіогенезу характеризується нелінійною «технологізацією» емоційної сфери, при якій інтелектуальний аналіз поступово заміщує безпосередній афективний резонанс, формуючи феномен втоми від співчуття.

Професійна спеціалізація постає потужним детермінантом трансформації особистості, зумовлюючи розвиток оперативної витривалості в екстремій медицині та підвищену емоційну лабільність у середнього медперсоналу. Кореляційний аналіз математично обґрунтовує роль емоційного інтелекту як центрального модератора професійного здоров'я, що виконує захисну функцію через блокування механізмів деперсоналізації.

Парадоксальна природа емпатії виявляється у її здатності провокувати особистісну деструкцію за умови дефіциту навичок саморегуляції, що актуалізує перехід до раціональних моделей підтримки.

Встановлено, що внутрішні ресурси емоційної компетентності мають вагоміший вплив на задоволеність працею, ніж зовнішні організаційні чинники чи бюрократичні обмеження.

## **РОЗДІЛ 3. РОЗВИТОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ**

### **3.1. Програма тренінгу розвитку емоційного інтелекту медичного персоналу**

Для гармонійного розвитку ЕІ важливим є не лише його похідний об'єктивний рівень, але й те, яким чином цей рівень усвідомлюють, а також наскільки адекватно його оцінюють. Розвиток емоційного інтелекту розглядаємо в контексті регулярного використання психологічних практик. Психологічна практика за І. Карицьким – це вид соціально-практичної діяльності, яка має психологічно-практичну мету і спрямована на зміни психіки особистості [13].

Психологічні практики розвитку емоційного інтелекту поділяються на три групи:

Практики емоційної саморегуляції – в основі лежить розуміння важливості управління фізіологічною стороною емоцій, а саме м'язовою напругою. Ці практики дозволяють викликати, а також прибирати певні емоції за рахунок стимуляції певних груп м'язів.

Практики усвідомлення власних переживань, емоцій, почуттів – дають можливість людині усвідомити, зрозуміти, осмислити передумови, свої соціальні ролі, все, що призводить до виникнення тих чи інших емоцій.

Психологічні практики управління емоційними станами – дають можливість засвоїти поведінкові стратегії відкритого чи закритого впливу та відпрацювати їх застосування на конкретних ситуаціях [14].

Впровадження цілеспрямованого тренінгу є необхідним кроком для трансформації виявленої «функціональної деперсоналізації» у конструктивну професійну відстороненість без втрати гуманності.

Програма враховує встановлений кореляційний зв'язок між емоційним виснаженням та емоційним каналом емпатії, пропонуючи інструменти для безпечного керування емпатійним відгуком. Окремий акцент на самомотивації

дозволяє нівелювати найнижчий показник у структурі ЕІ досліджуваних, що є ключовим для профілактики апатії та професійного стажування. Розвиток емоційної обізнаності фахівців прямо сприятиме зростанню задоволеності роботою, створюючи позитивний зворотний зв'язок між самосприйняттям та професійною реалізацією.

Запропоновані модулі забезпечують формування внутрішнього «психологічного імунітету», який блокує розвиток цинізму та редукції особистих досягнень. Навчання технікам саморегуляції дозволяє медикам інтегрувати когнітивний контроль та емоційну чутливість у цілісну стратегію поведінки в екстремальних умовах.

Програма має диференційований характер, що дозволяє корегувати специфічні деформації як у працівників швидкої допомоги (дефіцит емпатії), так і у середнього медперсоналу (надмірне виснаження). Використання активних методів навчання сприяє не лише засвоєнню знань, а й реальній зміні поведінкових патернів у системі «лікар–пацієнт». Зрештою, впровадження цієї програми є економічно та соціально виправданим, оскільки збереження ментального здоров'я медиків безпосередньо корелює з підвищенням якості надання медичної допомоги та зниженням плинності кадрів.

Таблиця 2

Зміст основних модулів тренінгу

Модуль	Ключовий фокус	Основні методи	Очікуваний результат
Модуль 1. Саморегуляція	Внутрішній стан медика	Дихальні вправи, щоденник емоцій, релаксація, техніки релаксації, медитативні техніки, візуалізація, афірмація	Стабілізація емоційного фону, контроль афектів
Модуль 2. Емпатія	Взаємодія з пацієнтом	Рольові ігри, активне слухання, техніки валідації	Формування терапевтичної дистанції, профілактика цинізму

Модуль 3. Ресурсність	Професійне вигорання	Логотерапія, арт- терапія, дебрифінг	Підвищення самотивації та задоволеності роботою
--------------------------	-------------------------	---	--

Одним із головних принципів ефективності запропонованих модулів є системність, усвідомленість та рефлексивність використання.

Коротко опишемо кожен модуль тренінгу.

Модуль 1. Психотехнології саморегуляції та емоційного самомоніторингу.

Даний етап спрямований на деконструкцію емоційної ригідності та розвиток здатності до оперативного розпізнавання внутрішніх станів у ситуаціях високої інтенсивності.

Процедура передбачає використання технік когнітивного переструктурування, що дозволяють фахівцю ідентифікувати автоматичні думки, які провокують емоційне напруження під час клінічної взаємодії.

Учасники опановують методики м'язової релаксації та діафрагмального дихання як інструменти швидкого зниження афективного збудження під час маніпуляцій.

Важливою складовою є ведення «щоденника емоційного усвідомлення», який сприяє диференціації власних почуттів від нав'язаних емоційних станів пацієнтів. Тренінгові вправи орієнтовані на виявлення індивідуальних психосоматичних тригерів стресу та їх нейтралізацію через тілесно-орієнтовані практики. Процес включає моделювання сценаріїв професійних криз для відпрацювання навичок емоційної стійкості в безпечному середовищі. Особлива увага приділяється формуванню здатності до «емоційного заземлення», що запобігає когнітивній дезорганізації під час екстрених викликів.

Завершується модуль створенням індивідуальної карти ресурсних станів, яка слугує опорою для збереження психічного гомеостазу. Наукове обґрунтування процедури базується на принципах нейропластичності та

свідомого контролю над реакціями лімбічної системи. Впровадження модуля дозволяє стабілізувати показник «Управління власними емоціями», що є критичним для лікарів та персоналу швидкої допомоги.

Модуль 2. Конструктивна емпатія та управління міжособистісним простором. Метою модуля є перетворення інтуїтивної емпатії на усвідомлений професійний інструмент, що мінімізує ризики деперсоналізації та втоми від співчуття.

Процедура ґрунтується на методі рольового моделювання «лікар–пацієнт», де учасники відпрацьовують навички раціонального розуміння без глибокого емоційного занурення. Фахівці навчаються технік валідації почуттів хворого, що дозволяє задовольнити потребу пацієнта в підтримці без надмірного витрачання емоційного ресурсу медика. Вправи на розвиток проникаючої здатності емпатії спрямовані на подолання бар'єрів відстороненості та формалізму в комунікації.

Важливою частиною є аналіз невербальних маркерів емоційного стану співрозмовника, що підвищує точність соціальної перцепції фахівця. Учасники опановують алгоритми повідомлення «поганих новин» та екологічного виходу з конфліктних діалогів.

Модуль передбачає роботу з концепцією «терапевтичної дистанції», яка захищає фахівця від ідентифікації з психотравмою пацієнта. Використовуються методики активного слухання, що трансформують емоційне навантаження в конструктивний діагностичний пошук.

Наукова база процедури опирається на модель «дистанційованого співчуття», що є альтернативою руйнівному співпереживанню. Результатом стає зростання емпатійної компетентності при одночасному зниженні показників професійної відстороненості.

Модуль 3. Професійна віталізація та стратегії ресурсного відновлення

Фінальний етап зосереджений на ревіталізації самомотивації та відновленні задоволеності роботою через усвідомлення професійної самоцінності.

Процедура включає використання методів логотерапії для актуалізації сенсожиттєвих орієнтацій медика та подолання симптомів редукції особистих досягнень.

Учасники працюють над демаркацією професійних та особистих кордонів, що запобігає перенесенню робочих стресів у приватне життя. Обов'язковим елементом є аудит поточної системи самовідновлення та виявлення деструктивних патернів «трудоголізму».

Програма стимулює пошук індивідуальних джерел натхнення через техніки візуалізації та арт-терапевтичні вправи (наприклад, створення колажу професійної майстерності). Процедура передбачає групову рефлексію успішних кейсів одужання пацієнтів для зміцнення почуття професійної ефективності.

Фахівці навчаються стратегіям «психологічного дебрифінгу» після завершення важких чергувань для скидання емоційної напруги. Впроваджуються методики тайм-менеджменту, орієнтовані на виділення пауз для мікро-відпочинку протягом робочого дня.

Науковим фундаментом модуля є теорія копінг-ресурсів особистості, що розглядає емоційний інтелект як внутрішню опору. Модуль безпосередньо впливає на підвищення задоволеності роботою та нівелює виявлений дефіцит самомотивації в усіх категоріях медиків. Сформована в результаті «ресурсна карта» стає основою довготривалої професійної життєздатності в умовах підвищеної відповідальності.

Психологічне обґрунтування тренінгового впливу базується на необхідності деконструкції емоційної ригідності та відновлення професійної віталізації фахівців. Впровадження модульної програми навчання дозволяє трансформувати функціональну деперсоналізацію у конструктивну відстороненість, зберігаючи при цьому гуманістичну спрямованість діяльності. Особлива увага до розвитку самомотивації та ресурсного відновлення є ключовою для подолання апатії та зміцнення професійного довголіття медиків.

## ВИСНОВКИ

Результати теоретико-емпіричного дослідження проблеми емоційного інтелекту медиків дають підстави робити наступні висновки.

1. Емоційний інтелект у сучасній психологічній парадигмі постає як складний мета-ресурс, що забезпечує синергію когнітивної обробки інформації та афективної регуляції поведінки. Теоретичний аналіз ключових моделей (здібностей, рис та змішаних концепцій) дозволяє стверджувати, що емоційний інтелект не є альтернативою традиційному інтелекту, а виступає його необхідним функціональним доповненням у соціальному контексті.

Унікальність емоційного інтелекту проявляється в його динамічності, що, на відміну від відносно стабільного IQ, створює передумови для цілеспрямованого розвитку емоційної компетентності протягом професійного життя.

2. Емоційний інтелект у системі медичної праці виступає не лише особистісним атрибутом, а професійною компетенцією першого порядку, що детермінує якість лікувально-діагностичного процесу.

Високий розвиток емоційної саморегуляції дозволяє медику уникати когнітивних викривлень та зберігати об'єктивність клінічного мислення в умовах критичного стресу та дефіциту часу. Особливу роль відіграє «глибинна дія» у структурі емоційної праці, яка запобігає виникненню внутрішнього дисонансу між професійними вимогами та справжніми переживаннями фахівця.

Емоційний інтелект функціонує як гнучкий регулятор оптимальної терапевтичної дистанції, запобігаючи переходу співчуття у деструктивну гіперемпатію або цинічну відстороненість.

У площині командної взаємодії емоційний інтелект постає як інструмент гармонізації мікроклімату, що мінімізує кількість медичних помилок, спричинених комунікативними розривами в колективі. Відтак, інтеграція емоційного інтелекту у медичну деонтологію забезпечує гуманізацію

клінічної практики та виступає ключовим чинником професійної самоефективності медика.

3. Процес становлення емоційного інтелекту медичних фахівців є полідетермінованим та визначається динамічною взаємодією біологічних, психологічних та організаційних чинників. Біологічний фундамент, представлений типологічними особливостями нервової системи, закладає поріг стресостійкості, проте саме рівень рефлексивності стає провідним модератором розвитку емоційної компетентності.

Професійна спеціалізація суттєво трансформує структуру емоцій, де хірургічний профіль стимулює розвиток супресивних механізмів контролю, а терапевтичний вимагає максимізації афективного резонансу. Вплив стажу на емоційну сферу має нелінійний характер, що актуалізує проблему професійної деформації та потребує свідомих зусиль для збереження емпатійної чутливості після десятирічної межі практики.

4. Аналіз результатів описової статистики дозволяє констатувати переважання раціонально-орієнтованого типу емоційного інтелекту у вибірці медичних працівників. Домінуючі позиції когнітивного контролю та емоційної обізнаності свідчать про сформовану здатність фахівців до інтелектуалізації власних станів задля збереження професійної ефективності.

Водночас виявлений дефіцит самомотивації вказує на вичерпаність внутрішніх драйверів діяльності, що створює передумови для поступового накопичення втоми та зниження робочого ентузіазму.

Інтегральні показники емоційної сфери демонструють відносну стабільність більшості респондентів, проте значна частка осіб у групі ризику потребує цілеспрямованої корекції емоційної компетентності.

Помірна задоволеність роботою характеризується амбівалентністю, де професійна адаптація фахівців врівноважується суб'єктивним відчуттям організаційного тиску та бюрократичних бар'єрів. Психологічний профіль групи вказує на пряму залежність між внутрішньою емоційною оцінкою діяльності та готовністю до повної самореалізації в медицині.

5. Результати порівняльного аналізу підтверджують гіпотезу про нелінійну трансформацію емоційної структури особистості в процесі професіогенезу. Зі зростанням стажу спостерігається «технологізація» емоційного інтелекту, за якої висока когнітивна регуляція витісняє безпосередній афективний резонанс, формуючи феномен втоми від співчуття. Професійна спеціалізація виступає потужним детермінантом, що зумовлює розвиток оперативної витривалості у працівників екстреної медицини та високу емоційну лабільність у середнього медперсоналу.

Специфічний профіль лікарів відрізняється найбільш збалансованою структурою самомотивації та емоційного контролю, що забезпечує їм вищу інтегративну стійкість.

Встановлено, що працівники швидкої допомоги використовують блокування почуттів як адаптивну реакцію на гострий стрес, тоді як медсестри частіше стають жертвами емоційного виснаження через інтенсивну міжособистісну взаємодію.

Раціональний канал емпатії залишається провідним інструментом для всіх груп, підміняючи глибоке співпереживання логічним аналізом стану пацієнта. Отже, динаміка професійного розвитку веде до кристалізації захисних механізмів, які, забезпечуючи зовнішню ефективність, можуть посилювати внутрішню відчуженість фахівця від гуманістичних аспектів праці.

6. Кореляційний аналіз математично обґрунтовує роль емоційного інтелекту як центрального модератора професійного здоров'я та адаптивності медиків.

Пряма залежність між емоційним каналом емпатії та виснаженням розкриває парадоксальну природу співпереживання, яке за умови відсутності навичок саморегуляції стає джерелом особистісної деструкції.

Виявлено, що інтегральний показник емоційного інтелекту виконує захисну функцію, блокуючи механізми деперсоналізації та запобігаючи сприйняттю пацієнтів як знеособлених об'єктів маніпуляцій. Тісний зв'язок

між емоційною компетентністю та задоволеністю роботою підтверджує, що внутрішні ресурси саморегуляції є важливішими для професійного благополуччя, ніж зовнішні організаційні умови.

Розвиток емоційної сфери медичного персоналу є стратегічним інвестиційним чинником для покращення якості медичної комунікації та зниження кадрової плинності.

7. Запропонована програма тренінгу спрямована на подолання виявленого дисбалансу між когнітивною обізнаністю та емоційним виснаженням фахівців через розвиток психологічного імунітету.

Перший модуль орієнтований на деконструкцію емоційної ригідності, дозволяючи медикам замінити автоматичні реакції на стрес свідомими технологіями саомоніторингу.

Другий етап навчання трансформує інтуїтивну емпатію в усвідомлений інструмент терапевтичної взаємодії, що базується на принципах безпечного дистанціювання та валідації.

Модуль професійної віталізації забезпечує актуалізацію сенсожиттєвих орієнтацій, що є критичним для відновлення самомотивації та профілактики редукації особистих досягнень.

Програма пропонує диференційований підхід до корекції деформацій, враховуючи специфічні потреби як працівників екстрених служб, так і персоналу відділень тривалого догляду.

Результатом впровадження тренінгу є формування «ресурсної карти» фахівця, яка інтегрує навички емоційної гнучкості в щоденну клінічну практику.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Березюк Г. Емоційний інтелект як детермінанта внутрішньої свободи особистості. *Психологічні студії Львівського університету*. 2022. Випуск 20. С. 20-23.
2. Боковець О.І. Емоційний інтелект як ресурс психічного здоров'я. *Габітус*. 2022. Вип. 37. С. 68-75.
3. Борисенко К.Ю. Сутність поняття «емоційний інтелект» у психолого-педагогічній літературі. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка*. Серія «Педагогічні науки». 2021. № 1 (1). С. 83-90.
4. Бреус Ю. Роль емоційного інтелекту в професійній діяльності керівника закладу середньої освіти : Навчальний посібник. Київ : ДП «НВЦ «Пріоритети», 2016. 36 с.
5. Вірна Ж., Брагіна К. Емоційний інтелект у смисловому локусі професіоналізації особистості. *Проблеми сучасної психології : збірник наукових праць ДВНЗ «Запорізький національний університет» та Інституту психології імені Г. С. Костюка* / ред.: С. Максименка, Н. Шевченко, М. Ткалич. Запоріжжя: ЗНУ, 2015. № 2 (8). С. 38-43.
6. Гоулман Д. Емоційний інтелект / пер. з англ. С. Гумецької. Харків: Віват, 2018. 512 с.
7. Діомідова Н. Теоретичні підходи до визначення емоційного інтелекту. *Науковий огляд. Міжнародний науковий журнал*. 2015. Т.4. Вип.14. С. 17-22.
8. Журавльова, Л.П., Шпак, М.М. Емпатія як психологічний механізм розвитку міжособистісного емоційного інтелекту. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2015. III (25), 49, С. 85-88.
9. Зарицька В. В. Саморегуляція емоцій в структурі емоційного інтелекту. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди «Психологія»*. 2010. № 6. С. 33-37.

10. Зарицька В. В. Теоретико-методологічні основи розвитку емоційного інтелекту у контексті професійної підготовки: монографія. Запоріжжя: КПУ, 2010. 213 с.
11. Карпенко Є.В. Психологія емоційного інтелекту в дискурсі життєздійснення особистості. Автореферат дисертації на здобуття наук. ступеня доктора психологічних наук. Острог, 2020. 38 с.
12. Карпенко Є.В. Сучасні вектори дослідження емоційного інтелекту особистості. *Психологія і особистість*. 2019. № 1(15). С. 60-72.
13. Коврига Н.В. Стресозахисна та адаптивна функції емоційного інтелекту: дис...канд. психол. наук. Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України. К., 2003. 224 с.
14. Костюк А. Емоційний інтелект та шляхи його розвитку. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2014. Вип. 2(1). С. 85-89.
15. Кулик Н. Гільова Л. Емоційний інтелект : аналіз сучасних західних досліджень. Проблеми сучасної психології. 2018. Вип. 39. С. 79-90.
16. Куценко Я. М. Емоційний інтелект: проблеми діагностики. *Проблеми сучасної психології* : збірник наукових праць Кам'янець-Подільського нац. Унту ім. Івана Огієнка, Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. Кам'янець-Подільський, 2011. Т. 14. С. 417-426.
17. Лящ О.П. Емоційний інтелект як предмет психологічних досліджень. *Проблеми сучасної психології*. 2013. № 22. С. 324-335.
18. Лящ О.П. Емоційний інтелект як засіб розвитку резильєнтності особистості. *Вісник Національного університету оборони України*. . 2023. № 4 (74). С. 79-86.
19. Мазоха І. Аналіз проблеми емоційного інтелекту як особистісного ресурсу. *Сучасна психологія: проблеми та перспективи*. 2020. Випуск 11. С. 100-104.

20. Маркова М. В. , Кужель І. Р. Рівень емоційного вигорання як базовий критерій необхідності та змісту психоедукативної та психокорекційної роботи з медичним персоналом хоспісу. *Медична психологія*. 2010. Т. 5. № 1. С. 15-19.
21. Миронова Н. Складові емоційного інтелекту і чому він важливий. 2018. URL: <https://kfundmedia.com/azbuka-emotsijnogo-intelektu-4-osnovni-skladovi/>.
22. Назарук Н. Психологічний аналіз моделей емоційного інтелекту. *Теорія і практика сучасної психології*. 2018. № 3. С. 61-65.
23. Носенко Е.Л., Коврига Н.В. Емоційний інтелект: концептуалізація феномену, основні функції : монографія. Київ, 2003. 159 с.
24. Опанасюк І.В. Психологічна сутність феномену «емоційний інтелект». *Збірник наук. праць : філософія, соціологія, психологія*. Івано-Франківськ : ДВНЗ «Прикарпат. нац. ун-т ім. Василя Стефаника», 2013. Вип. 18. Ч. 1. С.213-219.
25. Подоляк Н. Особливості співвідношення адаптивності та емоційного інтелекту. *Проблеми гуманітарних наук. Психологія*. 2020. №47. С.79-89.
26. Продан М. І. Психокорекція і психопрофілактика професійної дезадаптації середнього медичного персоналу, які працюють з хворими на туберкульоз: дис. ... канд. мед. наук: 19.00.04. Харків: Харківська медична академія післядипломної освіти, 2012. 222 с.
27. Ракітянська Л. Становлення та розвиток поняття «емоційний інтелект» історико-філософський аналіз. *Неперервна професійна освіта: теорія і практика* (серія: педагогічні науки). Випуск № 3-4 (56–57), 2018. С. 36-42.
28. Романова В. С. Емоційний інтелект як чинник групової динаміки : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.05. Київ, 2012. 18 с.

29. Собченко О.М. Здібності у структурі емоційного інтелекту як фактор формування особистості. *Наука. Релігія. Суспільство*. 2010. №4. С. 85-87.
30. Стейн Стівен Дж., Бук Говард І. Переваги EQ: емоційний інтелект та ваші успіхи / пер. з англ. Дніпропетровськ: Баланс Бізнес Букс, 2007. 384 с.
31. Стельмашук Ж., Ваколюк А. До проблем розвитку емоційного інтелекту особистості. *Інноватика у вихованні*. № 9. 2019/6/11. С. 259-265.
32. Темрук О., Колісник Л. Проблема емоційного інтелекту на сучасному етапі розвитку психологічної думки. *Гуманітарний вісник Державного вищого навчального закладу Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди*. Педагогіка. Психологія. Філософія. 2014. №33. С.207-223.
33. Шпак М. Емоційний інтелект в контексті сучасних психологічних досліджень. *Психологія особистості*. 2011. № 1. С. 282-288.
34. Goleman's D. Emotional Intelligence in Leadership: How to Improve Motivation in your Team. 2021. URL: <https://www.tsw.co.uk/blog/leadership-and-management/daniel-goleman-emotional-intelligence/>.
35. Gross J. J. Handbook of Emotion Regulation. Guilford Press, 2014.
36. Korniienko I. Emotional intelligence in the structure of personality self-regulation *Psychology Travelogs : Scientific Journal*. 2023. Issue 3. P. 146–153.
37. O'Connor P. J., Hill A., Kaya M. and Martin B. The Measurement of Emotional Intelligence: A Critical Review of the Literature and Recommendations for Researchers and Practitioners. 2019.