

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ ТА НАУКИ УКРАЇНИ**

**ОДЕСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ І.І.  
МЕЧНИКОВА**

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ТОЛМАЧЕВСЬКА Вікторія Олександрівна**

УДК 159.942:33 (31)

**ДИСЕРТАЦІЯ**

**ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ У  
ПРЕДСТАВНИКІВ ПРОФЕСІЙ З ВИСОКИМ ЕМОЦІЙНИМ  
НАВАНТАЖЕННЯМ**

053 – психологія

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень.

Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

\_\_\_\_\_ В.О. Толмачевська

Науковий керівник

Смокова Людмила Степанівна, кандидат психологічних наук, доцент

Одеса – 2022

## АНОТАЦІЯ

*Толмачевська В.О.* Психологічні особливості емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 053 «Психологія». – Одеський національний університет імені І.І. Мечникова, Одеса, 2022.

Історія концептуалізації емоційної експресії як здатності людини до прояву емоцій на сьогодні оформилася у три основні напрямки: розгляд фізіологічної складової експресивності, експресивність з точки зору філології та експресію в психології. У вітчизняному просторі з'явилися інтегративні моделі емоційної експресії, але й досі цей феномен не є розглянуто детально.

Роботу присвячено вивченню місця емоційної експресії в структурі індивідуальних властивостей у представників професій з високим емоційним навантаженням. До таких професій безпосередньо відносяться спеціалісти, котрі працюють в системі людина-людина. Наведено різноманітні концепції та підходи вивчення цього феномену. Визначено характер взаємовідношення фізіологічного та психосоціального компонентів емоцій. В контексті дослідження емоції розглядаються як інтегральне утворення та складна система з різноманітним набором факторів.

**Мета дослідження** полягає у теоретичному обґрунтуванні та емпіричному вивченні психологічних особливостей емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням.

Проведене дослідження дає змогу розглянути емоційну експресію не тільки у вигляді прояву емоцій, але й як складне та багатогранне явище, що охоплює такі складові, як: емоційний інтелект, психологічні особливості особистості в контексті професійного становлення, професійну деформацію, емоційне вигорання та психологічні механізми захисту стрес. Кожна із зазначених складових має великий вплив на емоційну реакцію, тому доцільно

проводити подальше дослідження комплексно для повного відображення поняття емоційної експресії.

Дослідження ґрунтується на припущенні про те, що емоційна експресія у представників професій з високим емоційним навантаженням характеризується рядом психологічних особливостей переживання та прояву власних емоцій, розпізнаванням почуттів інших людей; а проведення психокорекційних заходів, розроблених для кожної з групи досліджуваних, при різних варіаціях прояву, сприятиме прояву експресивної реакції соціальним шляхом з урахуванням особистих потреб та потреб оточуючих, що дозволить зменшити психоемоційну напругу, прояви емоційного вигорання та професійної деформації і вплинути на якість комунікації.

**Наукова новизна** та теоретичне значення дисертаційного дослідження полягають в тому, що вперше:

*- концептуалізовано* проблематику вивчення феномена емоційної експресії у представників професій з високим психоемоційним навантаженням;

*- поглиблено та уточнено* зміст наукових понять, які розкривають проблему емоційної експресії, розширено наукові уявлення про вплив емоційної експресії на продуктивність праці та емоційну стабільність у професійній діяльності медичних працівників

*- виявлено специфіку:* емоційного інтелекту, психологічних особливостей особистості в контексті професійного становлення, емоційної спрямованості фрустраційної реакції на стрес, професійної деформації, емоційного вигорання та психологічних механізмів захисту від виду посадових обов'язків та тривалості трудового стажу.

*- виявлено* особливості прояву змінних емоційної експресії на особистісному та міжособистісному рівні у групах лікарів та медсестер,

*- встановлено та обґрунтовано* форми прояву емоційної експресії – активну, реактивну та нейтральну, представлено взаємозв'язок структури

психоемоційної сфер з активною, реактивною та нейтральною формами прояву емоційної експресії;

- *деталізовані* рівні емоційної експресії в різних соціальних контекстах; виокремлено індивідуально-психологічні характеристики особистісного профілю осіб з різними формами прояву емоційної експресії;

- *встановлено* предиктори прояву екстрапунітивної, інтрапунітивної та імпульсивної емоційної реакції особистості медиків в умовах професійного психоемоційного навантаження;

- *розроблено* методичні рекомендації для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до основного типу реакції – реактивна/активна.

Розроблена авторська програма психологічної корекції для представників професій з високим рівнем емоційного навантаження, допомогла розширити сприйняття важливості теми емоцій та емоційної експресії не тільки як особистісної складової, а також як чинника, що впливає на ефективність праці та спілкування; напрацювання умінь управління і корегування емоційними реакціями; розуміння емоцій інших людей, зниженню психоемоційної напруги, тощо. На основі проведеного дослідження розроблено методичні рекомендації для практичних психологів з урахуванням розвитку емоційної чутливості та розуміння власних станів та контролю емоційних реакцій, з урахуванням психологічних особливостей досліджуваної групи.

Результати дослідження **впроваджено** у роботу комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний госпіталь Інвалідів та ветеранів війни» ООР» (довідка № 286 від 15.03.2021 р.), санаторію «Орізонт» ДП «Південь-Курорт-Сервіс» м. Білгород-Дністровський, смт. Сергіївка (довідка № 0113/325 від 15.09.2021 р.); у навчально-виховний процес Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (довідка про впровадження № 53 від 2.09.2021 р.), ФОП Самара Ольга О.Є., Психологічна студія Ольги Самари «Совунья» (довідка про впровадження №

19 від 13.08.2021р.) і використовуються в процесі викладання професійно-орієнтованих дисциплін «Диференційна психологія», «Психологія емоцій», «Психокорекція», «Психологічна гігієна та психопрофілактика в охороні психічного здоров'я, психологічного благополуччя особистості», «Психодіагностика», «Біопсихосоціальні детермінанти психічного здоров'я» та ін.

**Ключові слова: емоції, емоційна експресія, емоційний інтелект, стрес, емоційне вигорання.**

### **ABSTRACT**

Tolmachevska V.O. Psychological Peculiarities of Emotional Expression in Professions with High Emotional Intensity. - Qualification scientific work on the rights of the manuscript.

D. thesis for the scientific degree of Doctor of Philosophy, speciality 053 «Psychology». - National University named after I.I. Mechnikov, Odessa, 2021.

The history of conceptualization of emotionality as the capacity of people to express emotions has now formed into three main directions: study of the physiological component of emotionality, emotionality in terms of philology and emotionality in psychology. In the post-independence era, integrative models of emotionality have emerged, but this phenomenon has not yet been examined in detail.

This work is devoted to examining the place of emotionality in the structure of personality traits in representatives of professions with high emotional intensity. These professions include specialists who work in the human-to-human system. Provides a variety of concepts and approaches to study this phenomenon. The character of interaction of physiological and psychosocial components of emotions is revealed. In the context of the study, emotions are seen as an integral creation and a complex system with a diverse set of factors. The aim of the work is to study the components of emotionality, in the framework of a specified selection.

The study enables us to consider emotional expression, not only as a manifestation of emotion, but also as a complex phenomenon. It includes such components as emotional intellection, psychological features of the personality in the context of professional formation, stress, professional deformation, emotional burnout and psychological mechanisms of protection. Each of the components, has a great impact on the emotional response. Therefore further investigation into the complex is appropriate.

The study runs on the assumption that the emotional tension in the representatives of professions with high emotional tension, characterized by a number of psychological features of experience and manifestation of own emotions, as well as the recognition of feelings of other people; Psycho-corrective measures developed for each group of the studied, with different manifestation variations, will contribute to an expressive reaction in a social way, Taking into account the personal needs and needs of recipients, which will reduce the psycho-emotional tension, emotional burnout and professional deformation, and influence the quality of communication.

The scientific novelty and theoretical significance of the dissertation research is that for the first time:

- the problem of studying the phenomenon of emotional expression in representatives of professions with high psycho-emotional load is conceptualized;
- deepened and clarified the content of scientific concepts that reveal the problem of emotional expression, expanded scientific ideas about the impact of emotional expression on productivity and emotional stability in the professional activities of health professionals
- identified specifics: emotional intelligence, psychological characteristics of the individual in the context of professional development, emotional focus of frustration in stress, occupational deformity, emotional burnout and psychological mechanisms of protection from the type of job responsibilities and length of service.

- features of manifestation of variables of emotional expression on personal and interpersonal level in groups of doctors and nurses are revealed, - forms of manifestation of emotional expression - active, reactive and neutral are established and substantiated, ;

- detailed levels of emotional expression in different social contexts; the individual psychological characteristics of the personal profile of persons with different forms of emotional expression are singled out;

- predictors of extrapunitive, intropunitive and impunitive emotional reaction of physicians' personality in the conditions of professional psycho-emotional load are established;

- developed guidelines for psycho-emotional correction and support of medical staff in accordance with the main type of reaction - reactive / active.

Developed the author's program of psychological correction for representatives of professions with a high level of emotional tension, helped broaden the understanding of the importance of emotions and emotional expression, not only as a personal component, but also as a factor influencing the effectiveness of work and communication; developing skills of controlling and co-regulating emotional reactions; understanding other people's emotions, reducing the psychological and emotional tension, etc. Developed guidelines for practicing psychologists to develop emotional sensitivity and understanding of their own state and control of emotional reactions, taking into account the psychological characteristics of the studied group.

The results of the study were implemented in the work of the municipal non-profit enterprise «Odessa Regional Hospital for Disabled and War Veterans» (reference № 286 from 15.03.2021), sanatorium «Horizon «SE» South-Resort-Service» Belgorod-Dniester, . Serhiyivka (reference № 0113/325 dated 15.09.2021); in the educational process of Odessa National University named after II Mechnikova (certificate of implementation № 53 from 2.09.2021), FOP Samara Olga OE, Psychological Studio of Olga Samara «Owl» (certificate of implementation № 19 from 13.08.2021) and are used in the teaching of

professional oriented disciplines «Differential Psychology», «Psychology of Emotions», «Psychocorrection», «Psychological Hygiene and Psychoprophylaxis in Mental Health, Psychological Well-Being», «Psychodiagnostics», «Biopsychosocial Determinants of Mental Health».

**Key words: emotions, emotional tension, emotional intélect, stress, emotional burnout.**



## СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наявність наукових публікацій у періодичних виданнях іноземних держав.*

1. Толмачевська В. О., Самара О. Є. Періодизація в дослідженні емоцій. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology, 2020 Feb. Vol. VIII (89), № 221. P. 55-57 (DOI <https://doi.org/10.31174/SEND-PP2020-221VIII89-13>)

*Наявність наукових публікацій у наукових виданнях, включених до переліку наукових фахових видань України*

1. Толмачевська В. О., Самара О. Є. Складові емоційної експресії у представників професій з високим психологічним навантаженням. Збірник наукових праць «Актуальні проблеми психології», 2020р. Т.9. – с.349-359. Режим доступу: <http://appspsychology.org.ua/data/jrn/v9/i13/36.pdf>

2. Толмачевська В. О. Емоційний інтелект як складова емоційної експресії в контексті професійної діяльності медичного персоналу в умовах COVID-19. Збірник наукових праць «Вісник Львівського університету». Серія «Психологічні науки». № 11. 2021.С. 203-212.(DOI <https://doi.org/10.30970/PS.2021.11.25>)

3. Толмачевська В.О. Особливості психоемоційного напруження медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи. Науковий журнал «Габітус». №32. 2021. С.165-170.(DOI <https://doi.org/10.32843/2663-5208.2021.32.29> )

*Опубліковані тези доповідей у збірниках матеріалів міжнародних та всеукраїнських конференціях.*

1. Толмачевська В.О. Історія та концепції розвитку емоційної експресії. Пізнавальний і перетворювальний потенціал історичної психології як науки: тези доп. V міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Одеса, 5 квітня – 3 травня 2018 р.) Одеса, 2018. С. 81-84.

2. Толмачевська В.О. Транскультуральний підхід в процесі психологічної реабілітації військових. Національна безпека України:

актуальні проблеми та шляхи їх вирішення: тези доп. П'ятої Всеукраїнської курсантсько-студентської наук.-практ. конф. (м. Одеса, 14 травня 2019 р.). Одеса, 2019. С. 184-185.

3. Толмачевська В. О. Аналіз складових емоційної експресії. Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи: тези доп. II Всеукраїнського конгресу із соціальної психології (м. Київ, 7-8 листопада 2019 р.). Київ, 2019. С. 357-359.

4. Толмачевська В. О., Самара О. Є. Емоційна експресія як психологічний феномен. // Матеріали до 74-ої наукової конференції професорсько-викладацького складу і наукових працівників ОНУ імені І. І. Мечникова, 27-28 листопада 2019 р. / [Ред. кол.: Л.М. Дунаєва, О.І. Кононенко, Л.С. Смокова].– Одеса : Видавництво «Друк Південь», «Симекспрес», 2019. – С.171-175.

5. Толмачевська В.О., Самара О. Є. Емоційна експресія в міждисциплінарному підході. Problems and perspectives of modern science and practice materials: тези доп. The 2 th International scientific and practical conference (Graz, Austria 30-31 January 2020). Graz, 2020. С. 283-285.

6. Толмачевська В.О., Смокова Л.С. Поняття експресії в сучасній психології та методи їх дослідження. Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві. Тези доп. Міжнародна наукова практична конференція присвячена 155-річчю Одеського національного університету ім. І.І. Мечникова (5 листопада 2020).С. 284-287.

7. Толмачевська В.О. Підтримка медичного персоналу в умовах пандемії. Психологічне і соціальне благополуччя особистості та населення в умовах пандемії covid-19: теорія і практика Тези доп. Науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів Одеського національного університету ім. І.І. Мечникова (9 квітня 2021) Одеса 2021. С. 24-25.

8. Толмачевська В.О., Смокова Л.С. Психологічні особливості емоційної експресії у медичних працівників вторинної ланки. Тези доп. II Міжнародної науково - практичної конференції «Актуальні питання психології у сучасному інноваційному просторі» м. Одеса, ОНМУ, 14-15 травня 2021 р.С. 64-69.

9. Толмачевська В.О. Емоціональний інтелект: сутні ознаки, структура та особливості прояви у медичних працівників. Тези доп. II Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві» м. Одеса, ОНУ імені І.І. Мечникова, 19-22 листопада 2021 р. 376 с.

*Наявність науково-популярних та/або консультаційних (дорадчих) та/або дискусійних публікацій з наукової або професійної тематики.*

1.Толмачевська В.О. Особливості написання супервізійного кейсу у методі позитивної психотерапії. Позитивна психотерапія у крос-культурному світі: реальність, завдання, можливості. тези доп. X Міжнародної дистанційної науково-практичної конференції з позитивної транскультуральної психотерапії Н. Пезешкіана (м. Дніпро 14 червня 2020р.). Дніпро, 2020. С. 39-41

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	14
РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ, СУТНОСТІ І СТРУКТУРИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ.....	24
1.1. Теоретичні підходи вивчення емоцій та емоційної експресії.....	24
1.2. Наукові представлення про особливості емоційної експресії як психологічного феномену.....	36
1.3. Складові емоційної експресії в контексті професійної діяльності медичного персоналу.....	45
1.4. Психологічні особливості медичних працівників.....	54
Висновки до першого розділу.....	62
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ У МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ.....	66
2.1. Методика та організація дослідження емоційної експресії та рівнів її прояву.....	66
2.2. Характеристика психодіагностичного інструментарію емпіричного дослідження.....	80
Висновки до другого розділу .....	97
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ ПРОФЕСІЙ З ВИСОКИМ ЕМОЦІЙНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ.....	99
3.1. Кількісна та якісна характеристика психоемоційної сфери особистості медика .....	99
3.2. Аналіз специфіки психоемоційного напруження медичних працівників з урахуванням статевого фактору та медичного стажу роботи.....	113
3.3. Факторний аналіз складових особистісного профілю осіб з різними формами прояву емоційної експресії.....	122
3.4. Предиктори емоційної експресії медичних працівників:	

результати регресійного та кореляційного аналізу.....	134
3.5. Методичні рекомендації для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до основного типу реакції – реактивна/активна .....	158
Висновки до третього розділу.....	176
ВИСНОВКИ.....	181
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	190
ДОДАТКИ .....	213

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Дисертаційне дослідження присвячене вивченню місця емоційної експресивності в структурі індивідуальних властивостей у представників професій з високим емоційним навантаженням. Сучасний темп і ритм життя вказує, що питання управління і саморегуляції психічних станів в процесі діяльності займають важливе місце в діяльності з підвищеним психологічним навантаженням та підкреслює їх значимість. Такий вид діяльності характеризується щоденною, інтенсивною і емоційно напруженою взаємодією, неминучою необхідністю залучення до проблем інших людей, з одного боку.

З іншого боку - тиском певних соціальних норм, які приписують жорсткі стереотипи емоційного і поведінкового реагування (бути безумовно компетентним, стриманим, терплячим, уважним, дбайливим, розуміючим, співчуваючим і так далі).

Теоретичний аналіз літературних джерел показав, що вивченню проблеми розвитку емоційної сфери особистості присвячено безліч робіт зарубіжних та вітчизняних дослідників (П. Блонський, Д. Гоулман, В. Запорожець, Д. Карузо, Х. Маслах, Дж. Маєр, Я. Невірович, С Рубінштейн, П. Саловей, В. Сухомлинський, К. Ушинський та ін.). Перше за все, емоційну експресію розглядали у зв'язку з фізіологією (Ю. Кравченко), найкраще історію та сучасні концепції емоцій розкрили (Я. Плампер, Л. Барретт, Є. Льюїс, О. Саннікова), професіоналізм особистості (С. Дружилов, В. Нікітенко), професійною деформацією та емоційним вигоранням займаються такі дослідники (Ю. Бохонкова, С. Іванов, Н. Осипова, Т. Семинова, Н. Васильєва, Н. Водоп'янова, О. Старченкова) вплив стресу і механізми психологічного захисту вивчають (Р. Сапольски, В. Долгова, О. Кондратьєва, М. Кременчуцька), проблемами особливостей емоційних переживань в умовах взаємодії досліджують (А. Прихідько, О. Гулевич, О. Кононенко), теоретичні моделі емоційного інтелекту та емпатії вивчають (Дж. Маєр, Д.

Корузо, П. Соловей, Д. Гоулман, А. Четверик-Бурчак, Е. Павлова, О. Марютина, А. Степанова, О. Лось), особливості емоційного інтелекту у представників різних народів досліджують (А. Панкратова, Е. Осін, Д. Люсин), психофізіологічні аспекти емоційного інтелекту вивчають (Є. Ізотова, Є. Максимова).

З плином часу виникає і стає більшим відрив вираження емоцій від їх переживання, здійснюваний за рахунок розвитку функції контролю за емоційною експресією. Слід охарактеризувати окремо моральну складову професії, що пов'язана з її допомагаючим характером, відповідальністю за життя людини, проявом чутливості, милосердя і альтруїзму.

Оскільки працівники медичної галузі є яскравим прикладом швидкого емоційного та професійного вигорання, ризиків та відповідальності, професії, яка вимагає негайної компетентної оцінки ситуації, що екстренно виникає та потребує миттєвого вирішення, а отже неодмінно впливає на рівень емоційного навантаження, та, як наслідок, емоційної експресії, вважаємо доцільним досліджувати даний феномен серед таких представників медичної сфери, як лікарі та медичні сестри.

Вивчення емоційної експресії у медиків дасть можливість більш професійно підійти до питання про психологічну допомогу і розробку програм профілактики для професій з підвищеними емоційними і психологічними навантаженнями.

Охоплюючи все вищезазначене, вважаємо, що тема дисертаційного дослідження є актуальною, оскільки складність, багатогранність та недостатня досліджуваність основних структурних компонентів емоційної експресії саме у працівників з високим рівнем емоційного навантаження та їхній взаємозв'язок й зумовили актуальність теми дисертаційного дослідження.

#### **Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.**

Дисертаційне дослідження здійснювалося відповідно до плану наукових досліджень кафедри практичної та клінічної психології Одеського

національного університету імені І.І.Мечникова, НДР №185 «Соціально-психологічна адаптація та психологічний супровід осіб, зайнятих особливими видами діяльності» (номер державної реєстрації НДР: 0118U001788). Тему дисертаційного дослідження затверджено Вченою радою Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (протокол №8 від 24 квітня 2018).

**Мета дослідження** - теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні особливості емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням.

**Завдання дослідження:**

1. На основі теоретико-методологічного аналізу узагальнити підходи щодо дослідження поняття емоційна експресія, її особливості прояву серед професій з високими емоційними навантаженнями.

2. Дослідити особливості структурних і змістовних характеристик емоційної експресії особистості у професій з підвищеним емоційним навантаженням.

3. Дослідити складові особистісного профілю осіб з різними формами прояву емоційної експресії.

4. Виявити та аналізувати взаємодію різнорівневих компонентів емоційної експресії.

5. Встановити предиктори емоційної експресії медичних працівників умовах професійного психоемоційного навантаження.

6. Розкрити концептуальні засади програми психологічної корекції та профілактики психоемоційної сфери особистості медиків на базі позитивної психотерапії (для професій з підвищеними емоційними і психологічними навантаженнями).

**Об'єкт дослідження** – емоційна експресія особистості в умовах психоемоційного навантаження.

**Предмет дослідження** – психологічні особливості емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням.



**Методи дослідження.** Для досягнення поставленої цілі, були використанні такі методи дослідження:

а) теоретичні – аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення теоретико-методологічних підходів до вивчення досліджуваної проблематики та даних емпіричних досліджень, теоретичне моделювання та ін.;

б) емпіричні – спостереження; бесіда, психодіагностичні методи: анкетування і тестування з використанням стандартизованих методик психодіагностики. Для всебічного охоплення досліджуваної теми, було використано такі діагностичні методики: Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ який визначає тип темпераменту з урахуванням інтроверсії і екстраверсії особи, а також емоційній стійкості; Методика Акцентуації характеру і темпераменту особистості Г. Шмішека і К. Леонгарда; Опитувальник «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index, LSI) для діагностики механізмів психологічного захисту; Методика оцінки «емоційного інтелекту» (опитувач EQ) Н. Холу; Опитувальник діагностики професійного вигорання Маслач (МВІ) (варіант для медиків); Опитувальник діагностики загального рівня агресивності особи і спрямованості агресії А. Ассингера (1993); Шкала депресії Бека призначена для діагностики депресії і різних її рівнів; Опитувальник САН «Самопочуття. Активність. Настрій», В. А. Доскіна, Н. О. Лаврентьєва, В. Б. Шарай і М. П. Мірошникова; Шкала нервово-психічної напруги (опитувач НПН), розроблена в 1981 році Т. А. Немчиним; Проективна методика фрустраційних реакцій Розенцвейга, призначена для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу з ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості.

в) статистичні методи: порівняльний (критерій Стьюдента, критерій Фішера, непараметричний критерій Манна-Уїтні, критерії Краскала-Уолліса), кореляційний, регресійний і факторний аналізи. Статистичну обробку емпіричних даних і графічну презентацію отриманих результатів здійснювали за допомогою стандартизованого пакета програм Microsoft Office Excel 2007 і IBM SPSS Statistics 24.

**Організація і база дослідження.** Дослідження проводилося впродовж 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 ньому взяли участь 219 медичних працівників, з них 104 лікарів (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.

Дослідження відбувалося у три етапи протягом 2017–2021 рр.

2017-2019 рр. – аналіз теоретично-методичної бази, вивчення наукової літератури, створювався план дослідження, визначалася основна наукова проблематика та способи її вирішення. Було обґрунтовано вибірку респондентів. Підготовлено анкету та психодіагностичні методики. Здійснювався вибір математико-статистичних методів обробки даних.

2019-2020 рр. - полягав в емпіричному вивченні особливостей прояву емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням, визначенні складових процесу і перевірці гіпотез. Основним завданням було визначено збір емпіричних даних.

2020-2021 рр. - проводилася обробка отриманих даних, аналіз отриманих результатів та розробка методичних рекомендацій для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до виду реакції. Були сформовані основні висновки дисертаційного дослідження, здійснювалася апробація та впровадження результатів дослідження, визначалися його подальші перспективи.

**Наукова новизна** та теоретичне значення дисертаційного дослідження полягають в тому, що вперше:

- *концептуалізовано* проблематику вивчення феномена емоційної експресії у представників професій с високим психоемоційним навантаженням;

- *поглиблено та уточнено* зміст наукових понять, які розкривають проблему емоційної експресії, розширено наукові уявлення про вплив емоційної експресії на продуктивність праці та емоційну стабільність у професійній діяльності медичних працівників

- *виявлено специфіку*: емоційного інтелекту, психологічних особливостей особистості в контексті професійного становлення, емоційної спрямованості фрустраційної реакції на стрес, професійної деформації, емоційного вигорання та психологічних механізмів захисту від виду посадових обов'язків та тривалості трудового стажу.

- *виявлено* особливості прояву змінних емоційної експресії на особистісному та міжособистісному рівні у групах лікарів та медсестер,

- *встановлено та обґрунтовано* форми прояву емоційної експресії – активну, реактивну та нейтральну, представлено взаємозв'язок структури психоемоційної сфер з активною, реактивною та нейтральною формами прояву емоційної експресії;

- *деталізовані* рівні емоційної експресії в різних соціальних контекстах; виокремлено індивідуально-психологічні характеристики особистісного профілю осіб з різними формами прояву емоційної експресії;

- *встановлено* предиктори прояву екстрапунітивної, інтрапунітивної та імпульсивної емоційної реакції особистості медиків в умовах професійного психоемоційного навантаження;

- *розроблено* методичні рекомендації для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до основного типу реакції – реактивна/активна.

**Теоретичне значення дослідження** полягає в поглибленому дослідженні поняття емоційної експресії та розгляд цього явища з точки зору прояву форм та розкритті її складових в контексті професійності, а саме у

представників професій с високим емоційним навантаженням. Також підкреслено та акцентовано увагу на емоційній експресії не тільки як психологічному феномені, але й розглянуто вплив на продуктивність праці та емоційну стабільність у професійному плані. Розкрито теоретико-методологічні засади програми психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу.

**Наукове та практичне значення роботи** полягає в тому, що: матеріали дисертаційного дослідження психологічних особливостей емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням та психодіагностичні методики для визначення особливостей та напрямку емоційної експресії, одержані емпіричні результати, а також методичні рекомендації для психоемоційної корекції та підтримки персоналу, можуть бути використані для вивчення психологічних підґрунтям професійного здоров'я медичного персоналу; у розробці корекційних та едукативних програм збереження професійного здоров'я, котра відображається у розвитку навичок саморегуляції, корекції форми емоційного реагування та зменшенню психоемоційного навантаження; та використання програми викладачами, психологами, та адміністрацією медичних та інших установ для стабілізації психоемоційного стану персоналу.

Висновки та матеріали дослідження можуть бути використані у змісті таких дисциплін у ВНЗ, як «Загальна психологія», «Психологія емоцій», «Психокорекція», «Психологічна гігієна», «Психодіагностика», «Психологія особистості», «Психологічний практикум» тощо.

Розроблені методичні рекомендації щодо застосування психоемоційної корекції та підтримки персоналу можуть бути використані для психосоціального тренінгу, індивідуальної та групової психотерапії з метою розвитку саморефлексії та стабілізації емоційного стану.

**Обґрунтованість і достовірність наукових положень, висновків і рекомендацій, які захищаються.** Усі наукові результати достовірні та

достатньо обґрунтовані, що підтверджується наступним: дослідження забезпечено різностороннім теоретико-методологічним обґрунтуванням вихідних положень, із залученням комплексного підходу до організації та проведення досліджень, відповідністю підібраних методів дослідження поставленій меті та завданням дослідження; взаємодія кількісного та якісного аналізу отриманих емпіричних даних дозволила отримати достовірну психологічну інтерпретацію отриманих результатів.

Результати дослідження **впроваджено** у роботу комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний госпіталь Інвалідів та ветеранів війни» ООР» (довідка № 286 від 15.03.2021 р.), санаторію «Орізонт» ДП «Південь-Курорт-Сервіс» м. Білгород-Дністровський, смт. Сергіївка (довідка № 0113/325 від 15.09.2021 р.); у навчально-виховний процес Одеського національного університету імені І.І. Мечникова (довідка про впровадження № 53 від 2.09.2021 р.), ФОП Самара Ольга О.Є., Психологічна студія Ольги Самари «Совунья» (довідка про впровадження № 19 від 13.08.2021 р.) і використовуються в процесі викладання професійно-орієнтованих дисциплін «Диференційна психологія», «Психологія емоцій», «Психокорекція», «Психологічна гігієна та психопрофілактика в охороні психічного здоров'я, психологічного благополуччя особистості», «Психодіагностика», «Біопсихосоціальні детермінанти психічного здоров'я» та ін.

**Особистий внесок автора** в тому, що розроблені наукові положення й отримані емпіричні дані є самостійним внеском автора у дослідження проблеми емоційної експресії у професійній діяльності медичних працівників. В чотирьох тезах конференції, написаних у співавторстві з науковим керівником Л.С. Смоковою, внесок В.О. Толмачевської полягає у виявленні особливостей: емоційного інтелекту, психоемоційних станів особистості медиків в контексті професійного становлення, емоційної спрямованості фрустраційної реакції на стрес, професійної деформації,

емоційного вигорання та психологічних механізмів захисту від виду посадових обов'язків та тривалості трудового стажу та складає 70%.

У двох статтях написаних у співавторстві з науковим керівником, внесок В.О. Толмачевської полягає у виявленні складових емоційної експресії у представників професій з високим психологічним навантаженням та складає 70%.

**Апробація наукових результатів.** Основні результати дисертації було представлено й обговорено на: наукових семінарах кафедри практичної та клінічної психології Одеського національного університету імені І.І. Мечникова, були представлені на міжнародних науково-практичних конференціях: «Пізнавальний і перетворювальний потенціал історичної психології як науки» (5 квітня – 3 травня 2018 р., Одеса), «Національна безпека України: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення» (14 травня 2019 р., Одеса); VII міжнародному конгресі з позитивної і транскультуральної психотерапії (Кемер, Турція. 6-12 жовтня 2019 р); «Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи» (7-8 листопада 2019 р., Київ); «Problems and perspectives of modern science and practice materials» (Graz, Austria 30-31 January 2020); «Be Positive in time of change» Positive and Transcultural Psychotherapy during Pandemia» (Німеччина, 7-8 червня 2020); «Психотерапія онлайн?» (7-8 червня 2020р., Київ); «П'ятий елемент» (13-29 жовтня, 2020р., Київ); «Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві» (5 листопада 2020 р., Одеса); «Психологічне і соціальне благополуччя особистості та населення в умовах пандемії Covid-19: теорія і практика» (09.04.2021, Одеса); «Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві» (19-22 листопада 2021р., Одеса).

**Публікації.** Основні положення й висновки дисертаційної роботи висвітлено у 13 публікаціях автора, з яких 4 статті у наукових фахових виданнях із психології (з яких 3 статті у наукометричних виданнях, 1 стаття у

міжнародному періодичному виданні), 9 публікацій у збірниках матеріалів науково-практичних конференцій.

**Структура і об'єм роботи:** Дисертація складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (214 найменувань, з них — 41 джерела іноземними мовами) та 4 додатків на 4 сторінках. Загальний обсяг дисертації становить 216 сторінок. Основний зміст дисертації викладено на 189 сторінках. Робота містить 21 рисунок на 20 сторінках, 23 таблиці на 22 сторінках.

## РОЗДІЛ 1. ПСИХОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ВИЗНАЧЕННЯ ПОНЯТТЯ, СУТНОСТІ І СТРУКТУРИ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ

### 1.1. Теоретичні підходи вивчення емоцій та емоційної експресії

В психології та інших суміжних науках одним з найцікавіших і досліджуваних понять є емоції і емоційна експресія, оскільки інтерес викликає жвавість і динамічність протікання емоційної експресії, а також кожен процес, механізм, система виникнення і розвитку. Сучасна психологічна наука охоплює найрізноманітніший перелік наукових відкриттів, але стосовно питання емоційного прояву та експресії досі не вщухають суперечки, ідеї і розробки даного питання. Протиріччя концепцій і відсутність послідовності та комплексності вивчення лише збільшує кількість питань, ніж відповідей.

Проте сучасні дослідження емоційно-експресивної поведінки людини сьогодні вкрай значимими, коли вивчення різних форм досягнення успіху у професійній діяльності людства набуває масштабних значень, адже через цю категорію розпізнається емоційний стан людини та латентний прояв поведінки [24,157].

Емоції дозволяють людям реагувати на важливі стимули складними моделями поведінки, що включають безліч модальностей - руху лицьових м'язів, голосові сигнали, руху тіла, жести, пози та різні типи реакцій, котрі будуть сигналізувати про зміну. Емоції – це одна з основ соціального життя, яка поміщає себе в соціальний і моральний порядок, вони дають структуру, на яку ми опираємося у значимих відносинах [35].

Так, Б. Телезіо, який стверджував, що в людині існують полярні емоції, рушійні сили, їх характеристика дана на основі фізичних відчуттів. Ці сили знаходяться в постійному русі і є джерелом енергії і розвитку. Також вчений використовував ідею гомеостазу, яка заключалася в наступному: психіка прагне до стану самозбереження, а емоції і розум регулюють цей процес [8].



Я. Плампер підкреслював основні концептуальні напрямлення: соціальний конструктивізм та універсалізм. В рамках цих напрямлень вчений вважав, що емоції є соціально залежними, історично створеними, динамічними, чи генетичними, незмінними, міжвидовими, фізіологічними, базовими, біологічно запрограмованими [123].

Зауважимо, що К. Ізард розглядав емоції як багатокомпонентне явище, яке містить в собі велику кількість феноменів і їх взаємозв'язків. Вчений вважає, що всі емоції конструктивні і несуть в собі адаптаційні і мотиваційні компоненти. Дана теорія об'єднала в собі напрацювання натуралістичних і когнітивних теорій. Це дало змогу об'єднати і біологічну і соціальну сутність емоцій людини, а також зв'язати емоції з іншими процесами психічного життя людини [88].

У дослідженнях О.Є. Ольшаннікової, емоція та емоційна експресія розглядаються як одна з фундаментальних характеристик індивідуальності й трактується як комплекс індивідуально-стійких властивостей, що проявляють характеристики виникнення та перебіг емоційних переживань [30].

Для досягнення мети ми вирішили використовувати системний підхід в психології, оскільки важливе значення для дослідження має саме вибір методологічної основи. С.Д. Максименко зазначав, що системний підхід –це спосіб теоретичного та практичного дослідження в психології, який передбачає, що кожний психічний процес, явище чи стан людини -предмет дослідження – розглядається як система [64].

Сучасний системний підхід має на увазі існування системи дій, яка може аналізуватися з точки зору: внутрішньої інтеграції; збереження структур, які визначають і контролюють систему; пристосування до загальних умов середовища та цілеорієнтації, пов'язаної із середовищем.

Останні положення є для нас особливо значущими, оскільки саме останнім часом при стрімких змінах навколишнього середовища та надмірних вимог до медичного персоналу, вони потребують посиленої психологічної уваги: системні дослідження показують, що визначальною

умовою складних поведінкових та особистісних відхилень (наприклад, емоційного вигорання) у медичних працівників є їх нерівномірна самоорганізація, функціональна нестійкість у потенційно неврівноважених станах.

На відміну від інших авторів, В.О. Ганзен називає не тільки одиничні компоненти психіки (наприклад, емоційні реакції різної спрямованості) і особистість у цілому, але й множини психічних процесів і станів, стосовно яких необхідно вирішувати завдання класифікації, систематизації та впорядкування [46]. Для нас важливо, що завдяки даному підходу В.О. Ганзена, об'єктом наукового дослідження можуть ставати і дані однієї конкретної людини, і дані певної вибірки (наприклад, медичні працівники). Головне полягає в узагальненні та систематизації накопичених знань, на основі яких формуються теоретичні моделі і концепції щодо особливостей емоцій та емоційної експресії медичного персоналу.

Принцип системного підходу дозволяє розглянути емоційну експресію як складне структурне утворення, що включає в себе підсистему - різні типи форм прояву (індивідуальний, міжособистісний, груповий і культуральний) і рівні прояву (активна, реактивна і нейтральна) [65].

В даний час проблема емоційної експресії міцно пов'язана з потребою визначення ступеня важливості особистості як суб'єкта людського спілкування і взаємодії.

Безумовне методологічне значення для побудови логіки нашого дослідження має розгляд емоційної експресії, як складного, багаторівневого явища та складної системи з різноманітним набором факторів [56]. Згідно з даним підходом, в рамках дослідження емоційної експресії представників професій з високим емоційним навантаженням, було виділено такі складові, як емоційний інтелект, психологічні особливості особистості в контексті професійного становлення, стрес, професійна деформація, емоційне вигорання та психологічні механізми захисту. Зазначені фактори несуть вагомий вплив на емоційну експресію в контексті професійної стійкості.

Фізіологічний підхід. Проте перші психологічні теорії емоцій були ґрунтовані лише на фізіологічній основі, в якій соціальний аспект або взагалі виключався, або представлявся окремо від емоцій успадкованих людиною від тварин [41].

Р. Декарт також займався проблематикою емоцій, який виділяв дві сторони пристрастей (емоцій) - духовну і тілесну. Вчений вважав, що пристрасті можна перемогти інтелектуально. Інтелект же розглядався Р. Декартом як якась вища влада над емоційними процесами [155]. Оскільки вчений вважав, що душа зв'язана з тілом, він визначив, що душа зв'язана з мозком людини, а саме з маленькою залозою, розташованою в самому центрі мозку. Ввівши поняття рефлексу, він поклав початок вивчення емоцій, через призму природничо-наукового підходу. Важливим фактором дослідження він вважав наявність чітких методів. Тому найбільш повне вивчення емоцій, на його думку, було можливе лише в поєднанні методів інтроспекції та природничо-наукового, через спостереження за фізіологічним станом (експресивними реакціями)[42].

Згідно з теорією емоцій Джеймса-Ланге було висунуте припущення, про те, що емоції виникають в результаті фізіологічних реакцій на події. Відповідно до думки вчених, людина може керувати своїми почуттями та емоціями. Виконуючи дії, властиві тій чи іншій емоції, людина почне її відчувати [40].

Частково підтримуючи теорію Джеймса-Ланге, в своїй судинній теорії І. Уейнбаум і Р. Зайонца відзначали, що існує контакт між лицьовими м'язами і мозковим кровотоком, де в ряді випадків ефективні сигнали від лицьових м'язів можуть ініціювати емоційні переживання. Вчені пояснювали таким чином процес виникнення емоційного тону відчуттів [98].

Водночас, У. Кеннон прийшов до висновку, що при різних емоціях, проявляються неспецифічні тілесні реакції, тому дуже складно виділити якість емоції на біохімічному рівні. Вчений зазначав, що це пов'язано з тим, що центри емоцій розташовані в таламусі, в якому відбувається як

переживання емоцій, так і фізіологічні реакції [91]. Пізніше, Ф. Баррон довів одночасність фізіологічних і суб'єктивних проявів емоційного процесу [20].

Подальший розвиток концепції Джеймса-Ланге і Кеннона-Барда отримали в активаційній теорії Лінсея-Хебба. Згідно з даною теорією, емоції здійснюють контроль над діяльністю, виявляючи цілком визначений на неї вплив в залежності від характеру інтенсивності емоційного переживання [108].

В. Вундт, досліджуючи особливості експресивності та прояву емоцій виділив тривимірне вимірювання емоційних станів: вимір - задоволення / незадоволення; вимір - збудження / заспокоєння; вимір - напруга / розрядка. В основі даної концепції знаходиться твердження, що емоційні переживання характеризуються одним, двома або всіма трьома з зазначених полярних вимірів. На думку В. Вундта, емоції можуть змінюватись, але при цьому вони безперервні і в будь-який момент часу існує домінуюча емоція. Тілесні реакції є наслідком емоцій, але вони впливають на духовне життя [110].

В.М. Бехтерев обґрунтував підхід до вивчення емоцій через аналіз їх зовнішніх виявлень. Особисту увагу вчений приділяв міміці, експресії обличчя. На основі власних досліджень вчений запропонував класифікацію мімічних рухів, які розглядав в рамках індивідуального розвитку [124].

Л.А. Рабінович, В.В. Суворова, О.Р. Лурія, Д.Б. Ліндслі та ін. проводили дослідження, які дозволили довести взаємозв'язок між емоційністю та стійкими, стабільними нейрофізіологічними показниками. Велику кількість досліджень було направлено на аналіз мозкових структур, при цьому мало уваги приділяли саме емоційному процесу. В результаті цих досліджень вчені прийшли до висновку, що у формуванні емоцій і процесі емоційної експресії однаково важливу роль відіграють обидві півкулі головного мозку [141, 174, 175].

М. Лірі та Р. Ковальські відмічали, що з психологічної точки зору емоції завжди були інтригуючим класом явищ. На думку вчених, в основному

відчутні переживання, які пов'язані із зовнішніми проявами у вигляді міміки, пантоміми і вокальних виразів, а також з фізіологічними змінами: рум'янець, що пов'язаний зі збентеженням, підвищений кров'яний тиск, прискорене серцебиття, потовиділення [149].

Розглянуті натуралістичні теорії дають розуміння того, що у людини в динаміці емоційних процесів таку ж саму роль як органічні фактори відіграють і когнітивно-психологічні чинники. Зважаючи на це, були запропоновані наступні концепції, що пояснюють емоції людини через психоаналітичне трактування та когнітивні процеси.

Психоаналітичний підхід. В рамках психоаналітичної теорії З. Фрейда розглядалась енергетична складова емоцій. Згідно з цією теорією емоції показували збільшення або зменшення відчуття дискомфорту в мозку. Проте вчений розглядав лише негативні емоції, афективні стани та потяг з мотивацією [132].

Проте, найбільш конструктивно відобразив суть психоаналітичного підходу Д. Рапопорт. Основною думкою було те, що зовнішній перцептивний образ викликає несвідомий процес, що включає несвідомий людиною процес мобілізації інстинктивної енергії; у випадку, якщо вона не може знайти собі застосування в зовнішній активності людини (наприклад, коли на намір чи жагу накладається табу існуючою в даному суспільстві культурою), вона шукає інші шляхи виходу у вигляді мимовільної активності. Одним з проявів такої активності є «емоційна експресія» та «емоційне переживання» [129].

Проте А. Адлер вважав, що емоції пов'язані не тільки з інстинктивною ситуацією, а й являються фактором, котрий впливає на формування характеру людини [162].

К. Левін розглядав емоції з точки зору динаміки емоційних реакцій в системі інших психічних процесів. Основна ідея вченого полягає в тому, що афективні, емоційні реакції не можуть зустрічатися в ізольованому вигляді, як особливі елементи психічного життя, які лише пізніше поєднуються з

іншими елементами. Емоційна реакція є своєрідним результатом даної структури психічного процесу [170].

Отже, психоаналітичні школи сформували представлення про те, що емоції займають вагомe місце в структурі характеру людини. Розглянуті теорії підвели до розуміння того, що у людини в динаміці емоційних процесів також важливу роль відіграють когнітивно-психологічні чинники [208].

Когнітивний підхід. Так Дж. Дьюї вважав, що емоція виникає, коли людина нашкоджується на перешкоду та прагнучи адаптуватися до нових умов життя, відчуває емоцію. Близька до цієї позиції і точка зору Е. Клапареда, який зазначав, що емоції виникають лише тоді, коли з цієї чи іншої причини ускладнюється адаптація [178].

Згідно з теорією самосвідомості, причиною емоцій є когнітивні процеси. Р. Джонс-Лейрд досліджуючи емоції та експресивність через призму Я-концепції, відмітив те, що чим більше та повніше людина розуміє про себе та свій внутрішній світ – тим більше вона наповнена відчуттями та емоціями [179].

Необхідно зазначити, що перша група когнітивних теорій - це фрустраційні теорії емоцій. Згідно з цією теорією, виникнення негативних емоцій є наслідком незадоволення потреб, потягів та наслідком невдачі. Тобто емоції розглядаються як оцінка ступеня успішності досягнення мети та задоволення потреби [180].

Серед перших подібних теорій можна зазначити когнітивного дисонансу Л. Фестінгера, згідно з якою, знак емоційного переживання визначається ступенем збігу очікувань з реальністю (консонанс або дисонанс) [210].

Б. Вайнер в атрибутивній теорії емоцій показав, що основна роль у виникненні емоції полягає у визначенні суб'єктом причин корисності або шкідливості ситуації і події [182].

Згідно описаного, можна зробити висновок, що когнітивні теорії виникнення емоцій зробили великий крок в вивченні природи емоцій, так як вивчення емоційної сфери проводилася разом з когнітивними процесами, що дозволили більш повно охопити цю тему [181].

Представники діяльнісного підходу (С.Л. Рубінштейн [131], А.Н. Леонтьєв, Л.С. Виготський [63], Б.І. Додонов [80], В.К. Вілюнас [209] та ін.) стверджували, що до емоційних процесів відноситься великий клас процесів внутрішньої регуляції діяльності, які показують зміст різних об'єктів і ситуацій, що впливають на суб'єкта та їх значення для його життя. Крім цього, емоції є однією з форм існування і особистісного сенсу, як зв'язок між подіями і мотивами. Також відзначалось, що всі вегетативні і фізичні реакції при виникненні емоцій орієнтовані на біологічну, а не на соціальну доцільність поведінкового втілення емоційної оцінки та приділяли увагу вивченню взаємозв'язку емоцій і мислення [152].

С.Л. Рубінштейн розглядав експресивний репертуар особистості, який може усвідомлюватися і регулюватися особистістю і носить програмний характер [131]. І.М. Сєченов [137] представляв емоційну експресію як один з основних чинників в процесі формування зовнішнього «Я» людини, тобто таким, що виступає засобом об'єктивізації психологічних характеристик особистості.

Л.С. Виготський досліджуючи експресивність, вважав, що процесі соціалізації відбувається зміна змісту емоцій, виникають складні почуття, викликані оцінкою дії і оцінкою значущості для інших людей [63]. У зв'язку з цим складається «мотиваційно-сміслові орієнтування» діяльності. На думку вченого, афективні і пізнавальні процеси вступають у взаємозв'язок, утворюють єдину афективну систему передбачення і передчувань окремих наслідків своїх дій.

Л.С. Виготський [63] підкреслював, що взаємозв'язок афекту і інтелекту, взаємозумовленість емоційних і когнітивних процесів проявляється у тенденції розвитку соціальних емоцій. Отже, емоційне

передбачення характеризує здатність людини «не тільки заздалегідь передбачити, а також відчувати той особистісний сенс, що матиме певні наслідки скоєних дій і вчинків» [176].

Особистісно-динамічний підхід. Представники цього підходу розглядають емоції та емоційну експресивність, як показник зміни особистості під впливом зовнішньої дії. Так, Ч. Дарвін, досліджуючи зовнішні прояви емоцій, перший зазначив схожість прояву емоцій у людей і тварин в залежності від характеру поведінки. На думку вченого, емоції з'являлися, як життєво необхідні механізми для виживання та пристосування в зовнішній середі [76].

В рамках еволюційної теорії, Г. Спенсер та Т. Рібо відстоювали позицію про те, що людські емоції мають біологічне походження афективних і інстинктивних реакцій тварин. Тобто, реакції, котрі проявляє людина при прояві страху, це залишкові реакції при втечі та обороні, а залишкові реакції на гнів були у наших предків та тварин під час нападу. Вчені розглядали емоції незалежно від когнітивної сфери. Г. Спенсер та Т. Рібо прийшли до висновку, що сучасній, цивілізованій людині емоції не потрібні, що людина майбутнього - це людина без емоцій [204].

Проте для того щоб повністю охопити процес дослідження емоційної експресії, крім психофізіологічної, вчені (О.О. Бодальов [29], В.О. Лабунська [101], В.М. Панфьоров [118], О.О. Петрова [120]) почали звертати увагу і на соціальну складову процесу. Ідея їх концепцій полягає, в тому, що емоційна експресія є однією зі складових зовнішнього «Я» і вигляду людини, доступних для спостереження, а також формою ставлення людини до соціокультурної групи.

В рамках комунікативної теорії емоцій усвідомлювана чи несвідомо оцінка призводить до прояву сигналу для виникнення емоції [138].

З еволюційної точки зору емоція розглядається як свого роду «когнітивний ярлик»: швидка орієнтація, що дозволяє організму швидко реагувати на ситуації, що повторюються в історії еволюції виду [145].



Спостереження М. Сосновського та Я. Ясковського [150] пов'язували виникнення емоцій зі сприйняттям деяких змін у навколишньому середовищі організму, що зазнає їх. Отже, участь об'єкта, який викликає певну реакцію, часто включається в визначення емоцій, на відміну від станів настрою, в яких об'єкт може або не може з'явитися.

Н.В. Родіна зазначає, що емоції та особливості їх прояву (емоційна експресія) є ситуативно обумовлені, тобто мають соціальну складову. На думку вченої, виражений фізіологічний дискомфорт або почуття тривоги у ситуації ізоляції або агресії призводить до розчарування, фантазійного або псевдо логічного експресивного реагування, до нездатності прийняти реальну обстановку [130].

З точки зору Р. Шаримовича [160] емоції це тип ставлення до дійсності, заснований на рефлексії і певних умовах, що розглядається досліджуванним як симптоми добра або зла. Н. Фріджд перераховує три категорії процесів, пов'язаних з концепцією цього типу емоцій:

- оцінка ситуації, в якій знаходиться суб'єкт - якість емоцій залежить від ступеня значимості події з точки зору суб'єкта;
- запуск готовності до виконання певної програми дій, характерних для певної емоції, і надання їм найвищого пріоритету, тому вони домінують над іншими видами діяльності
- суб'єктивний стан, яке супроводжується цілою низкою соматичних реакцій, виразів і поведінки [147].

Окреме місце у науковому знанні займає дослідження емоцій та емоційної експресивності через категорію дисгармонії (О.М. Лось [105], В. Лушин [104], С.Д. Максименко [106], Л.В. Степаненко, Т.М. Титаренко [107], В.М. Юрченко [164] та ін.). О.М. Лось, розглядаючи природу та походження дисгармонії, наголошує, що вони характеризуються формальним збереженням задатків і здібностей, однак втрачають свою соціальну значущість внаслідок вираженої диспропорції між окремими компонентами темпераменту, характеру, потреб та мотивів діяльності особистості [104]. Це

може проявлятися надмірно підвищеною вразливістю, емоційною збудливістю, сенситивністю, лабільністю темпу реакцій особистості, які часто поєднуються із перебільшеною екстраверсією та ригідністю, афективністю мислення.

У інших випадках, відмічає О. М. Лось, може відзначатися зниження кількісних параметрів темпераменту, що зазвичай поєднується з підкресленою інтроверсією; значно порушуються цілісність, глибина, сила, стійкість, пластичність властивостей характеру, що зовні проявляється у зміні раніше властивих людині ставлень до самої себе, людей, колективу, праці тощо. Знижуються рівень і вираженість потреб, спостерігається регрес мотивів діяльності [105]. Об'єктивно падає соціальна активність і продуктивність, зростають стереотипність поведінки, її ригідність, іноді з перебільшеною педантичністю, втрачаються психічна гнучкість, пластичність. Активність особистості значно знижується, а пасивна підкореність життєвим обставинам поглиблюється [104].

Водночас, Л.В. Степаненко [107], В.М. Юрченко [164] виокремлюють дисгармонійні емоційні прояви, під якими розуміються здебільшого негативні емоції, що характеризують нормальний розвиток здорової людини і є тимчасовим явищем. Дисгармонію автори розуміють як порушення рівноваги у внутрішньому світі особистості, що може призвести до емоційного вигорання.

Дисгармонію, що пов'язана з емоціями та експресивністю, Л.В. Степаненко розглядає як дисбаланс в емоційній сфері. Переживання, комплекси чи внутрішні конфлікти несуть у собі незадоволеність та негативні емоції [107]. Проведене нею дослідження підтверджує розуміння дисгармонійної особистості як недостатність розвитку емоційної сфери, що, у свою чергу, утворює психологічні труднощі і включає несприятливий поведінковий комплекс (надмірна експресивність) [107].

В.М. Юрченко розрізняє нормальні психологічно дискомфортні емоційні прояви із (хвилювання, тривога, страх, стрес, фрустрація, афект та

ін.) та патологічними (маніакально-депресивний психоз, циклотимія, епілепсія та ін.) із підвищеною психофізіологічною активністю. Вчена відмічає, що на психологічному рівні нормальних психологічно дискомфортних емоційних проявів відзначаються панування напруженого, пригніченого, дратівливого настрою, який споріднює їх [164].

Важливо, що основною системоутворювальною психологічною характеристикою дискомфортних емоційних проявів є негативне або амбівалентне ставлення людини, тобто, її активна антипатія, ворожість до певної ситуації як до суб'єктивно загрозливої, небезпечної, або побоювання щодо неможливості одержання бажаних результатів певної діяльності (наприклад, робота медичних працівників у зоні бойових дій або під час пандемії).

Сьогодні багато вчених продовжують досліджувати різні аспекти даної теми, суттєва частина яких була вивчена ще за часів становлення психологічної науки. Так, на сучасному етапі розвитку знань про емоції існують цікаві та перспективні погляди. Водночас, в рамках міждисциплінарного підходу можна розглядати поняття «емоції» у сучасних концепціях і дослідженнях, які в більшій мірі представлені емпіричними даними, ніж теоретичними.

Таким чином, дослідження емоції та емоційної експресії розглядалось в рамках системного підходу через призму емоційного інтелекту, психологічних механізмів захисту та професійного становлення, в контексті стресу, професійної деформації та емоційного вигорання; фізіологічного підходу, як результат фізіологічних реакцій на події; в рамках когнітивного підходу, при якому робився акцент на взаємозв'язку емоційної експресії та когнітивних процесів; згідно діяльнісного підходу до емоційних процесів відноситься великий клас процесів внутрішньої регуляції діяльності; психоаналітичний підхід наголошує на тому, що сприйнятий ззовні перцептивний образ викликає несвідомий процес і несвідомо людиною мобілізується інстинктивна енергія; у особистісно-динамічному підході

розглядають емоції та емоційну експресивність, як показник зміни особистості під впливом зовнішньої дії. У нашому дослідженні емоції будуть розумітися як свідомі і несвідомі процеси оцінки від зовнішньої або ментальної стимуляції, пов'язані в кожен момент з функціонуванням нервової системи.

## **1.2. Наукові представлення про особливості емоційної експресії як психологічного феномену**

Емоційна експресія людини була і залишається для дослідження в психології одним з надзвичайно цікавих і важливих феноменів. В останнє десятиліття проблеми емоцій і емоційної експресії розробляються не лише в рамках психологічної науки, а і в суміжних напрямках. Постанова питання емоційної експресії особистості виникає на фоні міжособистісного спілкування та комунікативної діяльності (О.О. Бодальов, В.О. Лабунська, О.О. Пугачевський); розуміння іншого (Г.В. Гриненко, Н.Д. Творогова); «Я» - концепції особистості і самоактуалізації особистості (В.Р. Знаєв, Е.А. Павлюченко); особистості як феномена соціальної еволюції (С.С. Малявін, О.О. Бодальов). Проте, особливе місце дана проблема займає саме в психологічних дослідженнях [18,21,23,44,58].

Феномен емоційної експресії є предметом суперечок та диспутів, а отже викликає великий інтерес у всесвітньої наукової спільноти. Дане наукове питання охоплює широке коло галузей, що неодмінно залучає науковців відповідного фаху. В сучасній психологічній науці відмічають зв'язок внутрішнього світу людей і експресії, що дає можливість підкреслити рівень вираженості духовності. Отже, експресія отримує місце не тільки у супроводі зовнішніх дій, а являє собою частину духовності, формою її прояву.

Так, експресивність має безліч визначень, більшість з яких пов'язані з такими поняттями, як «виразність», «емоційність», «образність». У

широкому сенсі Л.Л. Нелюбін розглядає експресію як виразно-зображальні якості мовлення, що надають їй образність і стилістичну забарвленість, що в свою чергу відрізняє її від звичайної або стилістично нейтральної мови [113].

Ч. Дарвін, розглядаючи емоційну експресію, відмітив на прикладі схожості проявів міміки у людини і тварин залежність особливостей зовнішнього вираження емоцій від характеру поведінки [76].

Водночас, В. Вундт для дослідження емоційних проявів застосовував два методи: експресивний, що полягав в реєстрації вираженості органічних реакцій, таких, як дихання і пульс; імпресивний, що спонукав людину саму аналізувати свій внутрішній стан і чітко диференціювати емоційний стан від інших [55].

Б.Ф. Скінер відмовився від використання імпресивного методу і зупинилися на вивченні як органічних реакцій, так і зовнішніх проявів емоційної експресії [205].

І.М. Сеченов розглядав емоційну експресію як засіб об'єктивізації психологічних характеристик особи - іншими словами, як засіб створення зовнішнього «Я» людини [137].

Згідно з думкою В.О. Лабунської [101], експресивне «Я» людини складні, як показник не доступних для спостереження психічних процесів і властивостей особистості є сукупність психологічних утворень, певних ознак, що організуються в просторово-часовій структурі та динамічно виражаються в зовнішньому вигляді і поведінці людини.

Так, С.Л. Рубінштейн досліджуючи особливості експресії, підкреслив, що мова рухів, позбавлена слова, але проявляється у вигляді експресії [131].

Зауважимо, що Д. Морріс розглядаючи зовнішні емоційні прояви, тобто експресивність, розділив експресивні рухи на шість основних категорій:

1. Мімічні рухи, які відображають будь які дії;
2. Схематичні рухи, які відображають дії для окремої культури;
3. Символічні рухи, що відображають абстрактні поняття;

4. Соціальні рухи, які виступають складовою ролі;
5. Театральні – гротескні;
6. Експресивні – спонтанні, запальні, не свідомі [4].

М.П. Фетіскін розглядаючи основні компоненти емоційної експресії виявив ознаки неекспресивної мови. Вчений відносив до них: байдужість і автономність викладу матеріалу, періодичне застосування інтонації з питальним наголосом, ліричних інтонацій, вербальними проявами, зменшення зацікавленості до емоційного відгуку [8].

На думку В.Н. Панферова, експресія є знаковою системою психологічних якостей, на основі якої відбувається актуалізація психологічного змісту особистості; крім того, емоційна експресія є однією із складових зовнішнього вигляду людини [119].

Дослідження Е.О. Петрової виражають думку, що емоційна експресія людини являється формою вираження відношення особистості до певної соціокультурної групи, формування якої визначене конкретними ситуаціями розвитку людини [121].

Л.І. Анциферова акцентує увагу на ключовому значенні експресії як такому, що його активність проявляється в установках всього людського тіла. Зокрема, на думку вченої, у специфіці поз та динаміці їх зміни чітко виявляються психодинамічні характеристики особистості. Все це ясно показує емоційно афективне ставлення людини до того, що відбувається насправді навколо. Л.І. Анциферова підкреслює два патерни емоційно-афективного відношення особистості: перший - наявність фізичної та емоційної напруги в соціальних ситуаціях; другий - експресивні рухи, що демонструють довіру до соціального світу [5].

Н.Є. Разенкова віддавала перевагу дослідженню змінних складових експресії, що виражаються у вигляді рухів, які здатні адаптуватися відповідно до проявів, станів і відносин особистості. За допомогою оптичної системи можна відслідкувати динаміку виразності рухів, адже експресія - це про виразність, яскравий, насичений прояв почуттів, настроїв та думок [128].

Вивчаючи емоційні сплески, М.Й. Варій виокремлює такі основні напрями експресії: психомоторні засоби експресії (виразні рухи); крім жестикуляції, при сильно виражених емоціях виявляються цілісні рухові акти – емоційні дії; звукові й мовні засоби експресії; вираження емоцій у мові; стереотипи експресії, емоційне реагування як психофізіологічний стан й емоціогенні ситуації [50].

Згідно з думкою Ю.В. Давидової, експресія – це виразність, сила прояву почуттів, переживань. Вчений відмічає, що експресивні реакції є зовнішнім проявом емоцій і почуттів людини - в міміці, пантомімі, голосі і жестах. Хоча експресія у людини генетично детермінована, вона сильно залежить від процесу навчання, що направляється соціальними нормами [85].

С.В. Жолудєва, досліджуючи експресію та особливості її прояву, відмічала, що більшість людей без особливих труднощів опановують мову емоцій, спостерігаючи за виразом обличчя, жестами, голосом, емоційними діями [86]. Вчена вказувала, що існують фактори впливу на формування емоційної експресії:

1. Нервова активність, що забезпечує прояв певних емоційних станів;
2. Індивідуальні експресивні особливості, властиві конкретній людині;
3. Придбані, завчені, соціалізовані способи прояву почуттів [48].

Л.В. Дробініна тлумачила експресію як надання іншим людям латентних психологічних особистісних особливостей для безпосереднього спостереження. Вчена вважала, що можна виділити у цих поняттях загальні риси, по-перше - виразність; а по-друге - прояв почуттів свідомих та несвідомих. Отже, люба експресія та експресивна реакція, сама по собі є виразною [82].

Проте, на нашу думку, експресія – це комплекс відмінних несвідомих психологічних реакцій, що обумовлені наявністю або відсутністю задоволення потреби або наявності відповідності того, що відбувається навколо, з внутрішніми критеріями. Це можна пояснити наступним: яскравість вираження експресії має залежність від наших систем цінностей.

Л.К. Велитченко зазначав, що емоційна експресія здатна проявлятися не тільки шляхом вербальної та невербальної поведінки, а й завдяки характерному відношенню до навколишнього світу і висловлювань про емоційні стани, котрі людина відчуває [56].

Г. Вільсон [58], висловлюючись про ціль емоційної експресії, відмітив, що основною метою експресії є подача сигналу про наш емоційний стан у навколишньому оточенні. В даному випадку основними завданнями будуть:

- вираження задоволення/незадоволення;
- налагоджування взаємовідносин;
- трансляції певної форми взаємодії (від згоди до конфлікту);
- підтримування оптимального рівня близькості з людьми;
- прояву автентичності.

Тож більшість виділених завдань вказують, що емоційна експресія має великий вплив на взаємовідносини людей. Дуже важливо навчитися відслідковувати та, по можливості, контролювати емоційну експресію. Тому що невміння цього може стати перешкодою для встановлення нормальних відносин та взаємодії. Особливо це важливо, коли людина працює в системі «людина- людина» та є представником професії вчителя, психолога, лікаря та інше [58]. Тому що невміння контролювати прояви емоцій може негативно сказатися на налагоджуванні контакту.

Наявність в культурі жорстких правил і заборон на прояв і форми вираження емоцій, створює серйозні проблеми для емоційного самопочуття людей та можуть спровокувати наступні негативні наслідки: зниження здатності до переживання глибоких почуттів; втрату навичок виразної емоційної поведінки; дезорієнтацію партнерів по комунікації в емоційному стані один одного.

О.О. Бодальов, розглядаючи особливості емоційної експресивності, вважав, що способи вираження емоцій являються частиною індивідуального стилю спілкування людини. На думку вченого, важливими характеристиками емоційного реагування є лабільність емоцій і експресивність особистості.



Водночас, лабільність емоцій означає швидкість реакцій людини на зміну ситуацій та швидкість переходу з одних емоційних станів в інші. Тоді як експресивність особистості є інтегральною функцією двох складових: ступеня вираження або сили емоцій і контролю людини за їх проявом [29].

Е.П. Ільїн наголошував, що за ступенем прояву експресії розрізняють гіпомімію і гіпермімію. Гіпомімія означає відсутність або ослаблення міміки, жестикуляції, бідність виразних засобів мови, монотонність інтонації, згаслий погляд, який нічого не виражає. Гіпермімія пов'язана з великою кількістю яскравих і швидко змінюваних експресивних актів: безпричинний сміх, манірність поз, химерність рухів [89].

Необхідно зазначити, що експресивність, в психології, вивчається на наступних рівнях: індивідуальному, міжособистісному, груповому і культуральному.

На індивідуальному рівні прояву експресивності розглядаються стратегії емоційного переживання і реагування, притаманні конкретній людині [172].

На міжособистісному рівні прояву експресивності увага приділяється індивідуальному стилю та інтенсивності її прояву в рамках близьких відносин.

Груповий рівень прояву експресивності полягає у розгляді стратегій переживання і реагування, які притаманні групі (професійній, сімейній тощо). На цьому рівні вплив на експресивність матимуть такі фактори, як ідентифікація себе з членами групи. Наприклад, на рівні сім'ї – з одним із батьків чи іншою значимою людиною [171].

В.І. Акопов підкреслював, що людина спирається на норми, цінності і думки членів своєї сім'ї, тому така група виступає як референтна, з якою людина співвідносить себе. Також необхідно відмітити, що якщо говорити про розвиток експресивності в контексті сім'ї, можна відмітити, що розрізняють сімейну експресивність. Якщо дитина росте в сім'ї з високим рівнем експресивності, то вона буде відчувати менше суперечливих почуттів

на рахунок вираження своїх емоцій. Водночас, такий самий процес відбувається на рівні соціуму: людина починає відчувати менше суперечливих почуттів до професійної групи, чи групи по інтересам тощо [4].

Включення емоцій в структуру будь-якої рольової поведінки передбачає наявність жорстких меж і норм соціального контролю за емоційною поведінкою людини. В професійній комунікації має значення не відкритість та щирість в прояві власних почуттів, а їх доцільність з точки зору вирішення робочих завдань і відповідності уявленням про модель рольової поведінки [5].

Б. Паркінсон, А. Фішер та А. Манстед [203] наголошували, що емоційні прояви мають дуже велику залежність від соціальних очікувань, та водночас відображають і підтримують соціальну структуру, в якій вони розвиваються. Це означає, що емоційні норми варіюють не тільки на макрорівні - в часі і різних культурних контекстах, а й на мікрорівні - в соціальних групах.

У групах створюються норми щодо доречності вираження емоцій, і нові члени цих груп адаптуються, спостерігаючи за проявом групових норм. Отже, після ідентифікації з групою, людина засвоює специфічні емоційні реакції, котрі розвинуті в рамках групи, та починає проявляти їх за межами групи [198].

На культуральному рівні прояву експресивності акцент робиться на дослідженні виразності переживання та стилю прояву емоцій, в контексті норм та ментальності окремих націй. На цьому рівні, експресивність має здатність трактуватися відповідно до особистісної характеристики, оскільки є риси, притаманні цілим народам, наприклад, активна жестикуляція в Іспанії, стриманість в Японії і т.д. Отже, існують певні правила відображення, тобто відмінності в тому, як людина управляє виразом обличчя відповідно до соціальних і культурних очікувань [63].

Так, П. Екман зазначав, що існують дані про наявність культурних відмінностей в емоційній експресії. Вчений робив акцент на правилах та нормах виразу обличчя, до яких відноситься вміння володіти виразом

обличчя. Зазвичай, вони обумовлені культурою, в якій виросла людина та засвоюються в ході соціалізації. Кожна культура має свої види виразів обличчя, котрі необхідно демонструвати в різних ситуаціях [177].

А. Маслоу стверджував, що невід'ємна якість культурної здорової особистості - це можливість бути експресивним, тобто вміти яскраво висловлювати свої почуття, переживання, настрої, пробуджуючи у співрозмовника сильні емоції. Вчений вважав, що досягнення експресивності, що гармонійно поєднується з функціональністю, є однією з цілей самоактуалізації. Досконала культурна людина має бути універсальною, тобто втілювати в собі весь найбагатший арсенал своїх можливостей [192].

На особистісному та міжособистісному рівні емоційна експресія проявлятиме неповторний характер, на який матиме вплив генетично закладені дані, гендер та процеси виховання, соціалізації і адаптації [173].

Х. Хванг досліджували емоційну експресивність в рамках спілкування та міжособистісного пізнання. Вчена досліджувала емоційну експресивність як зовнішнє «Я», тобто в контексті розвитку особистості у якості суб'єкта спілкування, соціального статусу особистості та особистісних шляхів розрядки, як спосіб контролю негативних станів [109].

На думку Ю.О. Бохонкової, нестримність емоцій, тобто надмірна експресивність як особистісний компонент або як певна реакція у міжособистісних стосунках, часто стає причиною дезорганізованості діяльності. В даному випадку, при виникненні конфліктів емоції часто виявляються в афектах: вибуху гніву, образі, нерідко супроводжуваних сльозами, брутальністю, бійками. Спостерігаються супутні вегетативні зміни: почервоніння шкіри, посилення потовиділення та ін. Вчена зазначає, що у таких особистостей негативні прояви емоційних реакцій здатні бути викликаними вагомими та іншими причинами, які не мають доцільного підґрунтя. Однак, швидко спалахуючи, вони також швидко вгасають [37].

Н.О. Довга робить акцент на тому, що вирази емоцій є вродженими і запрограмовані в мозку, але існує безліч інших факторів, які впливають на те, як людина розкриває власні внутрішні почуття. Соціальний тиск, культурні впливи і минулий досвід - все це може допомогти сформуванню виразу емоцій [80].

На думку О.Є. Самари, на експресію можуть впливати: характерологічні особливості, соціальне зовнішнє середовище (країна, менталітет, місце роботи), емоційний стан (депресія, вигорання, деформація та стан агресивності) [144].

Згідно з вищесказаним, можна говорити про те, що експресія може розглядатися у вигляді особистісного утворення, способу пізнання духовного світу людини, а також в якості зовнішнього «Я».

А.С. Співаковська [164] вважала, що критеріями величини прояву експресивності є психоемоційний стан людини та гендер, проте у якості додаткових факторів можливо розглядати акцентуацію характеру та зовнішнє середовище. Вчена наголошувала, що експресія не може вимірюватися в категоріях - хороша експресія або погана експресія. Має бути визначена об'єктивна шкала виміру експресії та критерії її оцінки. На думку А.С. Співаковської, експресивність, як риса індивідуума, має свою межу, до якої вона розвинена в кожній людині окремо.

Емоційна складова є однією з найважливіших частин людського життя, вона має вплив на внутрішню психічну організацію так і на комунікативні і адаптивні процеси. Експресивні реакції є зовнішнім показником емоцій і почуттів. Вони проявляються у вербальній і невербальній формі. Незважаючи на те, що емоції мають фізіологічну основу, вони також залежать від процесу навчання, і соціальних норм, тобто мають психосоціальну складову.

Таким чином, розгляд наукових представлень про особливості емоційної експресії як психологічного феномену дозволив встановити, що: експресія в широкому сенсі - це знакова система психологічних якостей;

виразно-зображальні якості мовлення; зовнішні прояви емоцій і почуттів в міміці, пантомімі, голосі і жестах; засіб об'єктивізації психологічних характеристик особистості, її відношення до певної соціокультурної групи; сукупність психологічних утворень, що організуються в просторово-часовій структурі та динамічно виражаються в зовнішньому вигляді і поведінці людини.

Отже, ми вважаємо експресію сукупністю виразних несвідомих психологічних реакцій, що в свою чергу зумовлені задоволенням чи незадоволенням особистісних потреб або відповідності тому, що відбувається, з внутрішніми критеріями. Можна стверджувати, що чим далі від наших систем цінностей знаходиться те, що відбувається, тим виразнішою буде експресія.

### **1.3. Складові емоційної експресії в контексті професійної діяльності медичного персоналу.**

Емоційну експресію в рамках професійності потрібно розглядати комплексно. Саме тому емоційна експресія залежить від багатьох факторів, котрі ми розглянемо далі. В першу чергу, емоційну експресію розглядали в контексті фізіології (Ю.Є. Кравченко [97]); найкраще історію та сучасні концепції емоцій розкрили (Я. Плампер, Л. Барретт, Є. Ільїн), емоційний інтелект (Д. Маєр, Д. Корузо, П. Соловей, Д. Гоулман, А. Четверик-Бурчак), професіоналізм особистості (С. Дружилов, В. Нікітенко); проесійною деформацією та емоційним вигоранням займаються такі дослідники (С. Іванов, Н. Осипова, Т. Семинова, Н. Васильєва, Н.Є. Водоп'янова та О. Старченкова) впливом стресу і механізми психологічного захисту (Р. Сапольські, В. Долгова, О. Кондратьєва). Незважаючи на велику кількість факторів, саме вони являються основними характеристиками емоційної експресії в професійному контексті.

Зауважимо, що під час вивчення емоційної експресії з точки зору фізіології, патології та лінгвістичного аналізу більше акцентують увагу на методах емоційного реагування та контролю емоцій. Так, Ю.Є. Кравченко встановив у власних дослідженнях вплив пригнічення емоційної експресії на інтенсивність суб'єктивного переживання веселощів і жалості [96].

Вченим експериментально було доведено, що при помірній вираженості суб'єктивного переживання, подавлення природної експресії призводить до посилення емоційного переживання. На думку Ю.Є. Кравченко, це дає змогу розробляти корекційні методики з урахуванням отриманих даних [97].

О.П. Саннікова розглядаючи феномен емоційної експресії, встановила, що сприйняття і оцінка емоційних станів іншої людини може бути здійснена за невербальними характеристиками спілкування: психофізичними проявами, його мімічними, пантомімічними, експресивними, поведінковими ознаками, емоційними діями, голосовими засобами експресії (звук, мова) тощо [133]. Вченою встановлено, що при спостереженні іншої людини студенти-медики краще ідентифікують такі формально динамічні характеристики, як сила, тривалість, швидкість виникнення, швидкість зникнення, частота появи емоцій.

Серед модальнісних характеристик емоцій студенти переважно відмічали базальні емоції: радість, горе, печаль, ненависть, страх, гнів, обурення. Водночас, відповіді експертів свідчать про яскраву та багатогранну палітру емоційних переживань самих експертів, що сприяє більш диференційованому сприйняттю і розпізнаванню емоційного світу іншої людини [134].

Я. Плампер у своїх дослідженнях приділяв увагу саме історії вивчення емоцій, зробивши вагомий внесок в тлумачення даного феномену та його становлення з античних часів до сьогодення. Вчений виділяв напрямки подальшого вивчення емоцій, а також динаміку змін емоції і відношення до них серед історичних епох та культурних пластах. Я. Плампер, розглядавши

питання вивчення емоцій, надавав поверхневий аналіз дотеперішніх і сучасних гіпотез та теорій, що пояснюють природу емоцій, їх місце в житті людини [11,135].

Вчений бачив потенціал для майбутніх досліджень емоційної експресії в контексті професійної діяльності, а саме: публічне вираження емоцій та політична лексика; емоційні причини економічних крахів, емоції різних професійних груп, історія та емоції споживання; емоції, як основа для законів та позовів; вплив соціальних медіа на цільову аудиторію та вираження емоцій медійною публікою, а також усна історія та саморефлексія діячів різних професій [139].

Л. Барретт [19] розглядала природу емоцій та експресивності з огляду соціально-психологічної, психофізіологічної, когнітивної науки і нейробиології. В рамках теорії сконструйованих емоцій, вчена наголошувала на тому, що людина самостійно створює емоції і особливості їх прояву, які відрізняються в залежності від культурного середовища, та не являються інтегрованими, а складаються із фундаментальних частин: фізичні властивості тіла, робота мозку, соціальне середовище та процес соціалізації [19].

К.О. Абульханова-Славська, досліджуючи емоційну експресію в контексті професійної діяльності стверджувала, що розуміння того, як побудовані емоції, допомагає людині їх контролювати [1]. Оскільки мозок зазвичай прагне перебувати в стані гомеостазу, рівноваги та спокою, він використовує минулий вже набутий досвід для вирішення завдань сьогодення. Таким чином можна вкладати енергію в сьогодення, яке в подальшому може бути фундаментом для майбутнього. Чим більше ви повторюєте (відчуваєте) схожу емоцію, тим швидше вона стане автоматизованою, і ваш мозок автоматично сконструює її в майбутньому [25].

М.А. Юровська розглядала особливості емоційної експресії і відмічала, що медичні працівники, постійно зіштовхуються зі стражданням людей, тому

змушені споруджувати своєрідний бар'єр психологічного захисту від хворого, ставати менш емпатичними, інакше їм загрожує емоційне перегорання і навіть невротичні зриви. До речі, показано, що поряд з емпатичністю медики повинні бути і емоційно стійкими. Оскільки надмірна емоційність, так і емоційна загальмованість можуть бути перешкодою для здійснення чітких та швидких дій [146, 195].

Наразі актуальними являються проблеми особливостей емоційних переживань та експресії в умовах взаємодії (А.І. Приходько [126], О.А. Гулевич [3]), теоретичні моделі емоційного інтелекту (Е.М. Павлова [2], О.О. Марютина [7], А.С. Степанова[6]), особливості емоційного інтелекту у представників різних народів (А.А. Панкратова [13], Е.Н. Осін [10], Д.В. Люсин [16]), психофізіологічні аспекти емоційного інтелекту (Є. Ізотова [17], Є.Б. Максимова [22]). Вченими визначено особливості розвитку різних компонентів емоційного інтелекту, динаміка емоційного інтелекту в різних соціальних умовах.

На думку П. Салов'я та Д. Мейєра розуміння емоційної експресії можна трактувати як прояв емоційного інтелекту, що включає здатність відстежувати свої та чужі емоції, розрізняти їх між собою та використовувати цю інформацію для управління своїми думками та діями [194].

Дж. Маєр, Д. Карузо та П. Саловей, розглядаючи емоційну експресію в професійному контексті, сформували модель емоційного інтелекту та дали їй свою інтерпретацію. Вчені визначають емоційний інтелект як комплекс навичок, що необхідні для діагностики власних емоцій та інших людей, а також їх прояв, застосування і процес ефективного регулювання [185]. Так, Дж. Маєр [126] у власних роботах виявив сім принципів дослідження, в яких йдеться про те, що емоційний інтелект можна розкрити в контексті розумової здібності, а отримані результати тестів мають здатність висвітлювати взаємодію між розумовими здібностями та вирішенням проблем. Також емоційний інтелект може проявлятися складовою більш великого особистісного або соціального інтелекту [142].



Д. Гоулман, розглядаючи емоційну експресію, підкреслював не тільки історичний шлях теорії емоційного інтелекту та сучасних досягненнях в цій темі, але й роль емоцій та емоційного інтелекту у прийнятті рішень. Дослідник представив власне бачення моделі емоційного інтелекту, що отримала згодом назву змішаної моделі, для якої характерно те, що емоційний інтелект виступає у якості ключового поєднання когнітивних здібностей і особистісних характеристик [193]. Ця модель включає чотири компоненти: самосвідомість, самоконтроль, соціальне розуміння і управління взаєминами.

Важливою думкою Д. Гоулмана є те, що прийняття рішень відбувається не на раціональному рівні, а на емоційному. Вчений вважав, що мозок людини, часом за кілька секунд до усвідомленого рішення, на емоційному рівні вже його прийняв [71].

Проте, думки відносно емоційного інтелекту розходяться у цих авторів. Д. Майер стверджує неможливість розвитку емоційного інтелекту, ця здатність є відносно статичною, проте Д. Гоулман є прихильником теорії розвитку емоційного інтелекту не тільки у дитинстві, але навіть у дорослому віці. Він вважає, що можливе збільшення емоційної компетентності за допомогою навчання.

В.В. Зарицька [82], досліджуючи вплив емоційного інтелекту на емоційну експресію, виявила його структуру, що включає чотири базових компоненти: розуміння власних емоцій, самоконтроль і саморегуляція емоцій, розуміння емоцій інших, використання емоцій у спілкуванні і діяльності. На думку вченої, для розуміння власних емоцій, людина має бути здатна: розпізнавати власні емоції, оцінювати свій емоційний стан, визначати причину виникнення емоцій, пояснювати значення емоцій, позитивно сприймати оцінку своїх емоцій; усвідомлювати емоційні стани інших, розуміти невисловлені емоції інших, здатність до емпатії, позитивно впливати на емоційні стани інших, передбачати силу емоцій інших, їх тривалість, наслідки.

В.В. Зарицька [82] відмічала, що людина з високим рівнем емоційного інтелекту має емоційну стійкість, здатна до екстравертної чутливості, зближуватись з людьми на емоційній основі, демонструє гнучкість у спілкуванні та домінування позитивних емоцій.

А.Г. Четверик-Бурчак розглядала емоційну експресію через дослідження емоційного інтелекту через призму його впливу на успішність життєдіяльності особистості. Вчена показує, що емоційний інтелект представлено як інтегральну характеристику особистості, яка охоплює чотири складові компоненти: диспозиційний, міжособистісний, внутрішньо-особистісний та інформаційно-перероблювальний [153].

Отримані результати показують, що рівень суб'єктивного благополуччя перебуває в залежності від рангового показника емоційного інтелекту. Для особистості з високим рівнем емоційного інтелекту характерне успішне подолання стресу на ряду з високою емоційною саморегуляція [33]. Ці фактори сприяють ефективному працевлаштуванню, підвищенню продуктивності праці, що в свою чергу впливає на рівень матеріального благополуччя людини. Саме тому в перспективі можливе більш детальне вивчення емоційного інтелекту, як одного з чинників професійної компетентності, що впливає на спосіб прийняття рішень в стресових та кризових ситуаціях [100].

Водночас, М.К. Кременчуцька зазначала, що досліджуючи соціальний інтелект можна вимірювати окремі здібності до розуміння поведінки, а саме здатності адекватно відображати вербальну і невербальну експресію поведінки, передбачати наслідки поведінки, розуміти логіку розвитку складних ситуацій міжособистісної взаємодії [99].

Оскільки емоційна експресія розглядається в рамках особистісної якості в контексті професійної діяльності, то окрім факторів впливу емоцій та емоційного інтелекту, безумовно важливими, являються психологічні особливості особистості в контексті професійного становлення. С.О. Дружилов, перш за все, в своїх дослідженнях вивчає професіоналізм

особистості [83]. Вчений робить акцент на тому, що професіоналізм являє собою набір симптомів, котрі складаються в синдром.

С.О. Дружилов вважає, професіоналізм властивістю людей, що відповідає за ефективно виконану складну діяльність в різних умовах та включає в себе професійну самосвідомість. Перехід на новий рівень професіоналізму пов'язаний з усвідомленням суб'єктом проблемних ситуацій в діяльності [83].

Схожу точку зору висловлював В.М. Нікітенко при дослідженні емоційної експресії в контексті професійної діяльності. Вчений також вважає, що професіоналізм являє собою інтегральний набір факторів, та є результатом розвитку особистості і навчання. Одним із дуже важливих факторів є особистісні здібності людини [114]. В.М. Нікітенко наголошував, що в рамках професійного становлення особистості зростає кількість випадків професійної деформації та емоційного вигорання. Найбільш характерна динаміка почастишання спостерігається в системі людина-людина [187].

С.Н. Іванов в рамках дослідження емоційної експресії роз'яснював поняття професійної деформації та нормальних умов праці. Вчений вказує, що умови праці повинні бути безпечними і здоровими, вільними від позаекономічного примусу, високо-продуктивними, якісними, осмисленими. На думку С.Н. Іванова, саме це є основою для професійного розвитку особистості [87].

Проте, професійне становлення включає в себе також процес розвитку і руйнування, адаптацію і дезадаптацію. Вчений зазначав, що в залежності від переважаючих процесів відбувається розвиток або деформація. До причин професійної деформації С.Н. Іванов відносив: зміщення в ціннісно-змістовній орієнтації, особливості нервової системи та характеру, мотивацію та адаптивні механізми. Вона проявляється в негативному відношенні до колег та пацієнтів, у низькій мотивації, знеціненні власного професіоналізму [87].

В даному контексті, можна відмітити дослідження професійної деформації саме лікарів, вчених Н.Г. Осипової та Т.В. Семинової [116]. Вчені демонструють у власній роботі, що сучасна система лікування, перетворилася на чисто бізнес-систему. Водночас, відчуття лікарем невідповідності займаної посади - матеріальним і моральним винагородам разом з тиском суспільства, впливають на формування професійної деформації. Тому вчені підкреслюють, важливість розробки програми направленої на формування професійного та морального розвитку лікарів.

Н.Г. Осипова вважає, що розширення кількості медичних послуг, з одного боку стимулює лікарів на розвиток та підвищення кваліфікації, а з іншого, нівелює цінність пацієнтів як особистостей. В таких умовах мораль та етика відходить на другий план [122].

Т.В. Семинова під час соціологічного аналізу показала, що для сучасного лікаря як і раніше важливі не тільки матеріальне стимулювання праці, але і моральне, а також займаний ним в суспільстві статус. Дослідження вчених також виявило, що авторитет лікарів, в останні роки дуже впав, а корупційна складова їх діяльності – виросла [115].

Н.Г. Васильєва висловлює схожу думку щодо емоційної напруги, таких речей як професійна деформація та емоційного вигорання лікарів. Проте окрім соціально несправедливих умов праці та матеріальної винагороди, вчена виділяє ще знаходження в системі людина-людина, тобто вплив постійного спілкування з великою кількістю пацієнтів [43]. Н.Г. Васильєва вказує, що досі не було досліджень, в якому емоційний інтелект досліджувався в контексті особистісної якості лікаря, також продовжує залишатися недостатньо розробленим питання про те, за рахунок яких індивідуальних особливостей у одних людей розвивається даний синдром, а в інших ні, за умови, що люди працюють в одній і тій же організації і професії [52].

Розглядаючи особливості емоційної експресії в контексті професійної діяльності лікаря, дослідниця виявила особливості типу емоційного інтелекту

лікаря, та його захисну функцію від емоційного вигорання. А саме такі його складові як емоційна гнучкість та усвідомлення своїх емоцій [53].

Н.Є. Водянова вказує, що даний синдром відноситься до феномену особистісної деформації та найчастіше проявляється у представників допомагаючих професій. Синдром вигорання – це несприятлива індивідуальна реакція на стрес, котра впливає на три сфери: психологічну, психофізіологічну та поведінкову [60].

О.С. Старченкова під час розгляду синдрому вигорання серед різних професій показує, що найбільше схильний до емоційного вигорання молодший медичний персонал.

Вчена зазначає, що незважаючи на досить великий інтерес з боку науковців до цієї теми, сьогодні немає єдиної думки щодо структури та динаміки цього процесу [127]. Проте О.С. Старченкова вважає, що синдром емоційного вигорання є перш за все особистісною деформацією, в наслідок емоційно важких або стресових відносин в системі людина-людина. Також вчена надає рекомендації щодо профілактики вигорання, серед іншого це відпочинок, хобі, спорт та інші прийоми самопомочі. Однак О.С. Старченкова звертає увагу, що при високому рівні є необхідність звернення до психотерапевта [127, 200].

Дослідження емоційної експресії в професійному контексті показали, що вагомим фактором при виникненні професійної деформації та синдрому емоційного вигорання являється фактор стресу. Так, Р. Сапольські розглядає вплив стресу на людину, і багато уваги приділяє не тільки психологічній, але і фізіологічній природі стресу. Вчений описує механізми, за допомогою яких стрес впливає на розвиток або прогрес різних захворювань [136].

Поняття стресу, Р. Сапольські розглядає як гігантську роботу для організму, сукупність мобілізації відразу декількох систем тіла, сотні паралельних процесів, з різними етапами. Важливо є те, що вчений показує взаємозв'язок стресу з депресією, оскільки при тривалому перебуванні в

стресовому стані, можливо виникнення порушень в емоційній сфері та виникнення депресії [69,136].

В.І. Долгова акцентувала увагу на тому, що для подолання зростаючого числа зовнішнього і внутрішнього плану конфліктів та стресу, люди використовують механізми психологічного захисту [188]. Вчена не тільки продемонструвала історію розвитку та дослідження цього феномену, а й розкрила психологію захисної поведінки. В.І. Долгова відмічала, що ослаблення психічного дискомфорту, підготовка до конструктивного забезпечення та свідомого розв'язання проблеми здійснюється за допомогою системи психологічного захисту особистості [81].

О.А. Кондратьєва зауважувала, що психологічний захист може не тільки забезпечувати адаптацію до нових умов життєдіяльності, але і постійне використання захистів може провокувати порушення психічного здоров'я особистості. Важливими умовами для створення конструктивної моделі психологічного захисту є усвідомлення особистісних особливостей та засвоєння системи знань про функціонування психологічного захисту [143].

Таким чином, складовими емоційної експресії в контексті професійної діяльності є: її фізіологічна основа, що сприяє більш диференційованому сприйняттю і розпізнаванню емоційного світу іншої людини; емоційний інтелект, що включає здатність відстежувати свої та чужі емоції, розрізняти їх між собою та використовувати цю інформацію для управління своїми думками та діями; професіоналізм особистості та добре розвинені захисні механізми, що формують емоційну гнучкість та здатність усвідомлення своїх емоцій, захищають від професійної деформації та емоційного вигорання у тяжких стресових ситуаціях.

#### **1.4. Психологічні особливості медичних працівників**

Професійний розвиток медиків є індивідуально своєрідним, завжди унікальним процесом, у якому мало що піддається жорсткій фіксації та

алгоритмізації. Згідно цього кожен медик проходить наступні етапи в процесі професійного становлення: ознайомлення з професією; адаптація до професійної діяльності; розвиток професійної компетентності; професійна зрілість. Отже, в процесі професійного становлення, особистість поступово набуває професійної майстерності та зрілості [131].

Діяльність, котра пов'язана з роботою в системі людина-людина, характеризується: по перше, щоденною, інтенсивною і емоційно напруженою взаємодією, неминучою необхідністю залучення в проблеми інших людей [47]. По-друге - тиском певних соціальних норм, які нав'язують жорсткі стереотипи емоційного і поведінкового реагування (бути безумовно компетентним, стриманим, терплячим, уважним, дбайливим, розуміючим, співчуваючим і т.д.). Згодом виникає і збільшується відрив вираження емоцій від їх переживання, здійснюваний за рахунок розвитку функції контролю за емоційною експресією [86].

В цій моделі закладена суперечка, тому що медики намагаються надати якомога якісніші послуги, а пацієнти бажають отримувати не лише погляди, але й співчуття та підтримку. Зауважимо, що зараз все більше медиків намагаються знайти компроміс, що якісне лікування, це не тільки правильно поставлений діагноз, але й співпереживання. Сьогодні багато уваги приділено вивченню теми взаємозв'язку між співчуттям та емпатичністю медичного персоналу та швидкістю одужання пацієнтів [148].

Н.В. Козиною доведено, що в клінічній практиці емпатія вкрай ефективна, тому що призводить до більш точних і ранніх діагнозів, кращої узгодженості і більш ефективному плануванню лікування, дозволяє уникати непотрібних медичних тестів і госпіталізації, що таким чином, може впливати на зменшення вартості медичних послуг [92].

М.В. Панкова вказувала, що дослідження емпатії в практиці допомагаючих професій йдуть за двома основними напрямками: емпатія як фактор формування мотивації, що обумовила вибір професії; як фактор успішності професійної діяльності, що забезпечує адекватність соціальної

перцепції і успішність подолання в ситуаціях, що провокують емоційне вигорання [117].

Сучасні дослідження психологічних особливостей медичних працівників доводять, що перфекціонізм є одним з найважливіших особистісних факторів розладів афективного спектру.

Водночас, О.І. Кононенко зазначає, що в сучасних дослідженнях превалює думка про те, що на емоційну сферу особистості активно впливає перфекціонізм. На думку вченої, при неправильному співвідношенні перфекціоністських тенденцій, непропорційному їх розвитку виникає ризик формування невротичного перфекціонізму [93].

У випадку так званого «нормального» перфекціонізму – людина отримує задоволення від старанно виконаної роботи, прагне до саморозвитку та поліпшення результатів своєї праці, залишаючись при цьому здатною прийняти факт наявності «межі» особистісної або ситуативної досконалості. За умови наявності у особистості невротичного перфекціонізму – людині ніщо не здається достатньо досконалим [197].

Глибоко вкорінене почуття неповноцінності й уразливості занурюють її в коло над зусиль, і будь-яка справа або задача перетворюється в черговий загрозливий виклик для психічного здоров'я особистості. О.І. Кононенко вказувала, що у разі неправильного співвідношення перфекціоністських тенденцій (наприклад, у медичного працівника) спостерігаються часті, навіть хронічні, переживання невдоволення собою, туги і тривоги, сорому і провини; спостерігається поведінка уникнення, нездатність розпочати дію, зниження продуктивності та хронічна перевтома через перенесення високих стандартів виконання на всі види діяльності; в міжособистісних стосунках можливі конфлікти і сварки через надмірні вимоги і очікування з боку оточуючих, порівняння себе з іншими, заздрощі та ревності [94].

Отже, кваліфікація, досвід і мистецтво в роботі лікаря і медичної сестри мають велике значення і є передумовою виникнення позитивних психологічних відносин між медичними працівниками та пацієнтами. Велику



роль відіграє довіра пацієнта до лікаря. Довіра починає формуватися при першій зустрічі з медичним працівником [61].

Медичний працівник здобуває довіру хворих в тому випадку, якщо він є гармонійною, спокійною і впевненою особистістю, а не гордовитою, і якщо його манера поведінки - швидка, наполеглива і рішуча, що супроводжується людською участю і делікатністю, тоді врівноважена особистість лікаря є для хворого комплексом гармонійних зовнішніх стимулів, вплив яких бере участь в його одужанні [151].

В своїх дослідженнях І.І. Косарєв висвітлює те, що нормою поведінки лікаря вважається: самопожертва, служіння боргу та героїзм проявлений в роботі [95].

Також до специфічного змісту медичних послуг додається особливість, пов'язана з тим, що медики змушені виконувати професійні обов'язки не тільки перебуваючи на роботі, а практично завжди і всюди, де оточуючі інформовані про їх професійну приналежність.

При цьому С.Л. Соловйов [140] до найбільш професійно значущих психологічних якостей медика відносить наступні його властивості: комунікативна компетентність; сенситивність відторгнення і впевненість в собі; афіліація; емоційна стабільність; здатність до емпатії.

А це, в свою чергу, має на увазі наявність у лікаря певних індивідуально-психологічних особливостей, таких як співчуття, терпіння і спокій, уміння знайти правильний підхід до кожного хворого [154].

С.І. Варюхіна [50] виділяє наступні базові комунікаційні навички взаємин «лікар - пацієнт», які дозволяють створювати ефективні партнерські взаємини. Тренування цих навичок сприятиме досягненню базового рівня компетентності в наступних областях [186]:

1. Адекватне матеріальне оточення: створення адекватного матеріального оточення та комфортної зони для інтерв'ю збільшує ступінь відокремленості, комфорту і уваги до пацієнта.

2. Привітання пацієнтів: сприятиме збереженню почуття власної гідності, і заохочувати пацієнтів до участі в бесіді.
3. Активне слухання: техніка, яка сприятиме створенню підтримки та довіри в стосунках.
4. Емпатія, повага, зацікавленість, теплота і підтримка: ці складові частини є серцевиною інтерперсональних навичок.
5. Мова: контроль ступеню складності мови та тлумачення термінів, які медики використовують для своїх пояснень.
6. Взаємовідносини співробітництва: важливо, щоб пацієнт міг відчувати, що лікар ясно розуміє його потреби і готовий працювати разом з пацієнтом для їх задоволення [163].
7. Закрите інтерв'ю: лікар повинен подати чіткий сигнал про те, що інтерв'ю рухається до свого завершення, зазвичай шляхом підсумовування того, що було сказано, і того, що в ході його обговорювалося.
8. Навички збору інформації: полягає в здатності вилучення інформації у пацієнта, що дозволяє лікарю домогтися правильної постановки діагнозу симптомів або проблем пацієнта.
9. Мовчання: мовчання, як спосіб надихнути пацієнта висловитися якомога повніше, торкнутися складної теми і згадати важливу інформацію.
10. Управління потоком інформації: здатність зберігати контроль над інтерв'ю в своїх руках шляхом тактовного спрямування змісту бесіди в сторону діагностики проблеми.
11. Підсумовування: резюмувати головні дані, що виникли в ході консультації, а також переконатися в тому, що розуміння інформації розділяється з ним його пацієнтом [103,111].

Медичний працівник повинен виховувати і формувати свою особистість, по-перше, спостерігаючи за реакцією на свою поведінку безпосередньо (по розмові, оцінці міміки, жестів хворого), і, по-друге, побічно, коли про погляд на свою поведінку він дізнається від своїх колег[77].

На думку Н.Д. Лакосіна і Г.К. Ушакової основна відповідальність за характер стосунків з пацієнтом, завжди лягає на медичного працівника. Він зобов'язаний, будуючи у взаєминах з хворим, враховувати особливості його особистості та переживань[192].

Вчені наголошували, що лікар починає діагностичний процес з моменту появи хворого. Він оцінює його вже по зовнішнім проявам: вигляду, ходи, особливості мови тощо. Проте хворий також, в свою чергу, починає оцінювати лікаря з першого погляду.

Н.Д. Лакосіна і Г.К. Ушакова вважали, що різниця в тому, що для лікаря пацієнт, це один з нескінченної низки хворих, то для хворого лікар - людина незвичайна, унікальна, якому він повинен довірити своє життя і добробут. Саме тому враження від лікаря є фундаментом майбутнього психотерапевтичного впливу [192, 199].

Незважаючи на те, що розвиток позитивних взаємовідносин лікаря і хворого можуть ускладнювати також і деякі несприятливі риси темпераменту лікаря (невитримані прояви з надлишком емоційності, наприклад, гніву, або замкнутість зі слабкими емоційними реакціями і сповільненість); в дійсності головною основою цих відносин є властивості характеру особистості лікаря [15].

Одні з важливих якостей особистості медичного працівника це вміння володіти собою і проявляти терпіння. Несприятливими рисами особистості можна вважати нестриманість з надлишком емоційності або, навпаки, надмірна замкнутість зі слабкими емоційними реакціями. Такі особистісні якості сприяють формуванню у хворого негативного враження, підривають довіру до лікаря, знімають його авторитет. Саме тому, особливістю вимог до особистості медичних працівників являється вміння добре контролювати свою емоційну реакцію [78,159].

Л.А. Андреева зауважувала, що вимоги, які пред'являються до емоційної сфери медичних працівників, досить суперечливі. Поряд з емпатичністю медики повинні бути і емоційно стійкими.

Як надлишкова емоційність, так і емоційна загальмованість можуть бути перешкодою для здійснення чітких і швидких дій [12].

Лікар, як суб'єкт медичної діяльності, повинен бути всебічно розвинений, гуманний і мотивований на допомогу всім нужденним. Безсумнівно, лікар повинен не тільки володіти знаннями, навичками, аналітичним мисленням, але і високою духовністю, доброзичливістю по відношенню до колег і пацієнтів, нести позитивний емоційний заряд [196].

Г.О. Балл наголошував, що у взаємодії медичного працівника і пацієнта відбувається прояв особистісних характеристик суб'єктів. Значимість їх особистісних характеристик - це найважливіший аспект в роботі медичного працівника, стати на бік хворого, зрозуміти його почуття і переживання. Важко свідомо визначати міру емоційної залученості у взаємини. Все залежить і від особливостей особистості, і від специфіки ситуації спілкування [14].

В.А. Ташликов розробив наступні психологічні типи лікарів, знання яких допомагає розуміти наслідки впливу особистості лікаря на діагностичний та лікувальний процес [2]:

1. Лікар звичайний – багато часу взаємодіє з пацієнтами, перевантажений роботою, часто перестає індивідуалізувати хворих.
2. Лікар-робот – характерне механічне виконання своїх обов'язків. У роботі такі лікарі ретельні, технічно кваліфіковані, відповідальні, проте не емпатичні та емоційно дистанційовані від пацієнтів. Взаємовідносини з хворими позбавлені емоційного співчуття і співпереживання.
3. Лікар-солдат – рішучий, безкомпромісний, наполегливий, миттєво реагує на найменші порушення «дисципліни».
4. «Лікар материнського типу» («мати» і «лікар»), тобто добре володіє емпатією.
5. «Лікар-експерт» - проявляє особливу допитливість у визначеній сфері фахової діяльності і пишається значимістю у своїй галузі.

6. «Нервовий лікар»- емоційно нестійкий, запальний, дратівливий, демонструє невротичні реакції, схильний до обговорення особистих проблем.
7. «Лікар мимоволі»- працює чітко в рамках своїх обов'язків.
8. «Доктор Франкенштейн» - дуже грамотні і досвідчені, такі лікарі не схильні жаліти пацієнтів і часом можуть бути навіть грубими.
9. «Лікар як диво» - уважний, чуйний, здатний співчувати, вислухати, заспокоїти, порадити, вміє застосовувати психологічні прийоми в спілкуванні.
- 10.«Лікар - невизнаний геній» - висловлюється різко, нетерпимо, майже агресивно, упевнений у собі і вважає, що заслуговує більшого.

Виділяють наступні типи медичних сестер за І. Харді [5]:

1. «Медична сестра робот» - механічне виконання своїх обов'язків, тобто доручені завдання виконують з надзвичайною ретельністю, скрупульозністю, спритністю і умінням, а взаємини з хворим позбавлені емоційного співчуття і співпереживання.
2. «Медична сестра, яка грає завчену роль» - неприродність, награність, яка у спілкуванні заважає встановлювати контакти з людьми.
3. «Нервова» медична сестра - емоційно нестійка, запальна, дратівлива, часто похмура, незадоволена роботою, пацієнтами, є схильність до невротичних хворобливих станів.
4. «Медична сестра з сильною особистістю» - відрізняється наполегливістю, рішучістю, обуренням з приводу найменшого безладдя, але може бути занадто негнучка, часто груба і навіть агресивна з пацієнтами.
5. «Медична сестра материнського типу» - демонструє турботу та співчуття, любов до людей.
6. «Медична сестра-фахівець»- проявляють допитливість в певній сфері професійної діяльності і отримують спеціальне призначення, але можуть нічим крім роботи не цікавитись.

Згідно з вищезазначеним, важлива психологічна характеристика, що становить психологічний портрет медичного працівника — емоційна стабільність, врівноваженість із збереженням контролю над емоційними реакціями і поведінкою в цілому, що допомагає у взаєминах з пацієнтом уникати «психологічних» зривів, конфліктів. Оскільки надмірна емоційна експресивність, імпульсивність, руйнують довіру пацієнта, лякають і насторожують його, астенизують, втомлюють, як і пацієнта так і медичний персонал.

Навпаки, душевна рівновага, спокійна доброзичливість, емоційна стабільність медичних працівників викликають у пацієнта відчуття надійності, сприяють встановленню довірливих стосунків.

Враховуючи вищезазначене, до психологічних особливостей медичних працівників відносять:

- професійну майстерність та зрілість, комунікативну компетентність; сенситивність відторгнення і впевненість в собі;
- афіліацію;
- емоційну стабільність;
- здатність до емпатії, співчуття, терпіння і спокій, уміння знайти правильний підхід до кожного хворого;
- правильне співвідношення перфекціоністських тенденцій.

### **Висновки до першого розділу**

У першому розділі представлено результати теоретичного аналізу вивчення емоцій та емоційної експресії, наведено різноманітні концепції та підходи вивчення цього феномену. Визначено характер взаємовідношення фізіологічного та психосоціального компонентів емоцій та емоційної експресії.

Теоретико-методологічні засади дослідження емоції та емоційної експресії складають: системний підхід, в рамках якого даний феномен

розглядається через призму емоційного інтелекту, психологічних механізмів захисту та професійного становлення, в контексті стресу, професійної деформації та емоційного вигорання; фізіологічний підхід, згідно якого емоційна експресія це результат фізіологічних реакцій на події; когнітивний підхід, в рамках якого емоційна експресія розглядається через взаємозв'язок з когнітивними процесами; діяльнісний підхід розглядає емоції та емоційну експресію як великий клас процесів внутрішньої регуляції діяльності; психоаналітичний підхід наголошує на тому, що сприйнятий ззовні перцептивний образ викликає несвідомий процес і несвідомо мобілізується інстинктивна енергія; особистісно-динамічний підхід розглядає емоції та емоційну експресію, як показник зміни особистості під впливом зовнішньої дії.

Теоретичне дослідження емоцій, дає можливість сформулювати підсумок, що поняття «емоції» та «емоційна експресія» можна розглядати тільки в рамках міждисциплінарного підходу. Емоції - це багатокомпонентне явище, яке містить в собі велику кількість феноменів і їх взаємозв'язку. У нашому дослідженні емоції будуть розумітися як свідомі і несвідомі процеси оцінки від зовнішньої або ментальної стимуляції, пов'язані в кожен момент з функціонуванням нервової системи.

Водночас, розгляд наукових представлень про особливості емоційної експресії як психологічного феномену дозволив встановити, що: експресія в широкому сенсі - це знакова система психологічних якостей; виразно-зображальні якості мовлення; зовнішні прояви емоцій і почуттів в міміці, пантомімі, голосі і жестах; засіб об'єктивізації психологічних характеристик особистості, її відношення до певної соціокультурної групи; сукупність психологічних утворень, що організовуються в просторово-часовій структурі та динамічно виражаються в зовнішньому вигляді і поведінці людини. На нашу думку, експресія – це набір виразних несвідомих психологічних реакцій, зумовлених задоволенням/незадоволенням потреб або відповідності/невідповідності того, що відбувається, з внутрішніми

критеріями. Тобто чим далі від наших систем цінностей знаходиться те, що відбувається, тим виразнішою буде експресія.

Зауважимо, що складовими емоційної експресії в контексті професійної діяльності медичних працівників є:

- емоційний інтелект, що включає здатність відстежувати свої та чужі емоції, розрізняти їх між собою та використовувати цю інформацію для управління своїми думками та діями;

- в контексті професійного становлення – це професійна самосвідомість, властивість людей, яка відповідає за ефективно виконану складну діяльність в різних умовах;

- особливості реакції на стрес (професійна деформація, емоційне вигорання та особливості роботи психологічних механізмів захисту) - негативне відношення до колег та пацієнтів, низька мотивація, знецінення власного професіоналізму, особистісна деформація або ослаблення психічного дискомфорту, підготовка до конструктивного забезпечення та свідомого розв'язання проблеми.

В рамках професійності, а саме в сфері медичних працівників, емоційність та різні компоненти емоційної експресії, мають великий вплив не лише на особистість лікаря та його психологічне благополуччя, а й на взаємини з пацієнтами та результати лікування. Успішна діяльність лікаря визначається такими психологічними особливостями, як: високий рівень комунікативної та емоційної компетентності, яка реалізується по відношенню до пацієнтів, їх родичів, та колег.

Важливу роль відіграють незалежність і автономність лікаря, його впевненість у власних силах і стійкість в різного роду ситуаціях, в поєднанні з гнучкістю і пластичністю поведінки в умовах, що змінюються нестандартних професійних ситуаціях. Високий ступінь стійкості до стресу, до емоційних і інформаційних перевантажень, наявність розвинених механізмів адаптації і компенсації.



**Подальші перспективи дослідження** полягають у використанні результатів теоретичного аналізу, для підбору методик, створення нової концепції та проведення емпіричного вивчення емоційної експресії, а саме форму прояву, на які будуть направлені програми корекції медичного персоналу.

## РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ У МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ

### 2.1. Методика та організація дослідження емоційної експресії та рівнів її прояву

Теоретико-методологічний аналіз концепту «емоційна експресія», виявив, що внаслідок різноплановості та складності досліджуваної теми, все ще знаходиться на шляху становлення та формування. Наразі не існує єдиного підходу до використання діагностичних інструментів, за допомогою яких можна дослідити такий феномен як емоційна експресія. Не кажучи про вивчення цього поняття в контексті професійності.

Саме тому подальше експериментальне дослідження в цьому напрямку може стати відправною точкою для створення комплексу інструментарію з вивчення емоційної експресії як феномену, так і з точки зору психологічної особливості прояву емоційної експресії у представників професій з високим рівнем емоційної напруги.

Дослідження заявленої теми включало в себе 3 фази:

1. Теоретична – аналіз теоретично-методичної бази, вивчення наукової літератури, створювався план дослідження, визначалася основна наукова проблематика, та способи її вирішення. Було обґрунтовано вибірку респондентів. Підготовлено анкету та психодіагностичні методики. Здійснювався вибір математико-статистичних методів обробки даних, підбір психодіагностичних методик, складання анкети, котра включала дані про стать, вік, місце народження, посаду та ін. Проведення пілотажного дослідження, що дозволили конкретизувати критерії та поставлені задачі.

2. Статистична – полягала в емпіричному вивченні особливостей прояву емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням, визначенні складових процесу і перевірці гіпотез. Основним

завданням - збір та обробка емпіричних даних за допомогою методів математичної статистики.

3. Методологічна - аналіз отриманих результатів та розробка методичних рекомендацій для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до виду реакції. Були сформовані основні висновки дисертаційного дослідження, здійснювалася апробація та впровадження результатів дослідження, визначалися його подальші перспективи. Створення проекту програми психосоціальної корекції медичного персоналу, відповідно до виявленої стратегії емоційного реагування.

Дослідження відбувалося у три етапи протягом 2017–2021 рр.

2017-2019 рр. – аналіз теоретично-методичної бази, вивчення наукової літератури, створювався план дослідження, визначалася основна наукова проблематика та способи її вирішення. Було обґрунтовано вибірку респондентів. Підготовлено анкету та психодіагностичні методики. Здійснювався вибір математико-статистичних методів обробки даних.

Метою даного експериментального дослідження було визначення психологічного портрета медичного працівника в залежності від типу прояву емоційної експресії.

В контексті мети дослідження вирішувалися дві групи емпіричних завдань:

- вивчення типу прояву емоційної експресії в залежності від характерології медичного працівника;
- розробка методичних рекомендацій щодо формування програми психологічної корекційної медичних працівників.

Важливим напрямком на першому етапі в дослідженні емоційної експресії в рамках нашого дисертаційного дослідження стало теоретичне вивчення феномена як зовнішнього «Я» особистості (К. Котештальдт, Н. Фрітд. Ф. Кіркорф, В. Классовскій, І. М. Сеченов, І. А. Сікорський,

С.Л. Рубінштейн). Результатом вивчення проблеми став поділ понять «вираз емоцій» і «зовнішній прояв емоцій» [166, 168, 183].

Під зовнішнім проявом розумілося безпосередня репрезентація емоційних станів, а під «виразом емоцій» комплекс спрямованих дій, пов'язаних з пережитим, при цьому вираз емоцій розглядався як компонент структури особистості, її характеру. Отже, «вираз емоцій» і є експресія особистості. Експресія стала розглядатися як щось стійке, властиве конкретній людині, яка являє собою зовнішнє «Я» людини [33].

Проте залишилися не вивченими механізми емоційно-експресивного розвитку особистості. Характеризуючи невирішені проблеми психології емоційно-експресивного розвитку, необхідно почати з об'єкта дослідження. У сучасній психології немає чіткого визначення того, що входить в поняття «емоційно-експресивний розвиток», «емоційно-експресивна сфера», «емоційний стан», відсутні чіткі критерії емоційного стану на відміну від інших (психічних, функціональних і тощо) [72].

Отже, вивчаючи проблему розвитку емоційно-експресивної сфери особистості, необхідно визначити спочатку її сутність. Емоційно-експресивна сфера людини включає в себе всю гаму емоцій, відчуттів, емоційних станів і реагування. Водночас, емоційне реагування ми розглядали з точки зору психологічного чинника, як реакцію людини на зовнішні і внутрішні стимули з метою управління, регулювання та досягнення необхідного результату.

Новий етап у розвитку емоційної експресії можна виділити у зв'язку з її вивченням з позиції енергетичної сутності людини. З цієї точки зору експресія розглядається як енергетична насиченість рухів тіла людини, що відображає силу і значимість внутрішніх і зовнішніх впливів, що переживаються як механізм емоційних розрядок, діючий в рамках культури суспільства з метою захисту, самовираження та адаптації [165].

Експресія, як і будь-який інший психічний стан, буває різних видів: життєвої активності, внутрішньої стабільності, самодисципліни, самосвідомості і інтелектуальних станів - ставлення до партнера, рис

особистості; вона може бути різного рівня [28]. На експресію можуть впливати: характерологічні особливості, соціальне зовнішнє середовище (країна, менталітет, місце роботи), емоційний стан (вигорання, деформація) та багато інших факторів. Саме тому, можливо розглядати емоційну експресію з точки зору емоційної розрядки. Проте, це буде прояв зовнішньої емоційної експресії, та майже немає згадок про внутрішню емоційну експресію.

При теоретичному розгляді емоційної експресії Н.Є. Разенкова припустила, що емоції проходять внутрішню і зовнішню експресію. Саме здатність людини інтегрувати власні емоції під потреби та зовнішню реальність і є внутрішня експресія. Зовнішня експресія є реагуванням людини на певну ситуацію і зовнішнє вираження емоцій. Проте в нашому дослідженні ми більше звертаємо увагу на сутність емоційного реагування, як складової емоційної експресії [128].

Для того, щоб аргументувати набір методик, необхідно було детально розробити структуру вивчення емоційної експресії. Саме тому в рамках нашого дослідження, емоції та експресивність будемо вивчати лише на індивідуальному та міжособистісному рівні. Сутність обраних для дослідження рівнів відповідно зображено на рисунку 2.1.

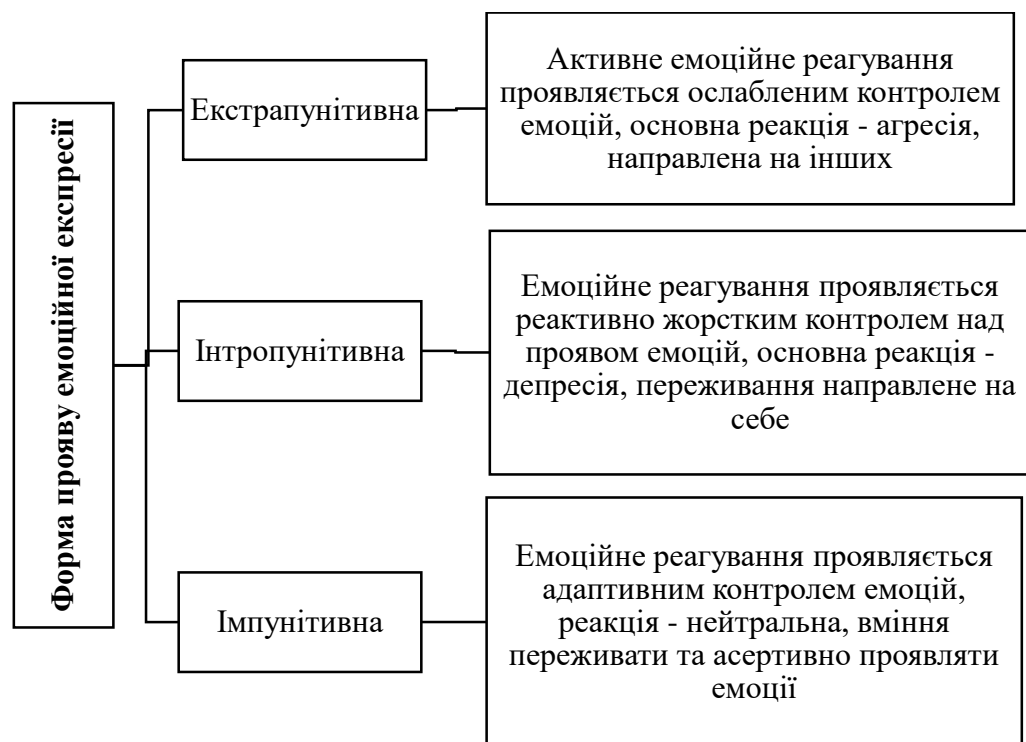


**Рис. 2.1. Рівні емоційної експресії**

З даної схеми видно, що спосіб прояву емоційної експресії залежить від рівня, на котрому знаходиться людина [46]. І досить часто людина виражає свої емоції на різних рівнях одночасно [67]. Оскільки ми вивчаємо емоційну експресію у медичного персоналу, тобто одразу на особистісному та міжособистісному рівні, нас більше цікавить розглядання питання про форму прояву.

Отже, основною концепцією дослідження являється вияв механізму реагування та переживання емоцій. Дослідження ґрунтувалося на сучасних принципах проведення психологічних досліджень, а саме: цілісності, системності, детермінізму, розвитку.

В рамках дисертаційного дослідження, ми намагаємося розділити саме форму реакції, для розробки саме окремих програм в залежності від типу прояву. Форми прояву емоційної експресії представлено на рисунку 2.2.



**Рис. 2.2. Форма прояву емоційної експресії**

Новизною даної роботи є те, що раніше не розглядалися поняття та складові емоційної експресії в контексті професійності. Цей погляд

підкреслює перевагу системного підходу над іншими, наприклад комплексним, який розглядає об'єкт тільки як сукупність ознак чи якостей.

Так, важливою частиною дисертаційного дослідження є вивчення форм прояву емоційної експресії у медичних працівників та складання особистих профілів медиків з різним змістом ознак психоемоційності досліджуваних. Реалізуючи цю задачу дисертаційного дослідження, ми використовували проєктивний малюнковий тест для вивчення особливостей поведінки людини в ситуаціях фрустрації, охарактеризованих С. Розенцвейгом.

Обґрунтовуючи важливість даної методики для нашого дослідження зауважимо, що теоретична основа методики базується на переконанні в тому, що кожна людина має певні стійкі тенденції емоційно реагувати певним чином на несподівано виникаючі неприємності або труднощі. Проведені додаткові дослідження показали, що теоретичні уявлення С. Розенцвейга про захисну реакцію в фруструючих ситуаціях були близькі до концепції адаптаційного синдрому Г. Сельє. Саме тому, методика призначена для вивчення реакцій людини, що сформувалися на особистому рівні захисту. С. Розенцвейг класифікував ці реакції в трьох напрямках.

*Екстрапунітивні* - позначається символом Е - реакції, спрямовані назовні.

*Інтропунітивні* - позначається символом І - реакції, спрямовані на себе.

*Імунітивні* - позначається символом М - реакції без напрямку, в «нікуди» або взагалі ніякої реакції.

Отже, з урахуванням предмету дослідження, дотримуючись інструкцій етапів якісної і кількісної обробки первинних даних за методикою С. Розенцвейга, весь масив отриманих емпіричних даних був розділений на три групи, які відповідно засновані на напрямку емоційної реакції.

До першої групи - **група Е**, відносяться респонденти, у яких домінують екстрапунітивні напрямки реакцій. Ці респонденти характеризуються згідно з концепцією дисертаційного дослідження (рис. 2.3), активною формою емоційної експресії. Емоційне реагування у досліджуваних медичних

працівників проявляється ослабленим контролем емоцій, основна реакція - агресія, направлена на інших.

Друга група, **група І**, об'єднала респондентів з інтропунітивним направленням реакції, в якій емоційна реакція спрямована на себе - реактивна (внутрішня) форма емоційної експресії. Емоційне реагування у медичних працівників цієї групи проявляється жорстким контролем над проявом емоцій, основна реакція - депресія, переживання направлене на себе.

Третя група, **група М**, включала респондентів з імпульсивною направленістю емоційної реакції. Ця група лікарів і медсестер характеризується нейтральною емоційною експресією. Емоційне реагування проявляється адаптивним контролем емоцій, реакція - нейтральна, вміння пережити та асертивно проявляти емоції.

Таблиця 2.1

**Порівняльна характеристика форм емоційної експресії медичних працівників за методикою С.Розенцвейга (n, %)**

Група	Загалом		Стать		Посада	
			Ж	Ч	Лікарі	Медсестри
Група Е	n	64	40	22	27	35
	%	29	64,5	35,5	43,5	56,5
Група І	n	56	45	25	40	30
	%	26	64,3	35,7	57,1	42,9
Група М	n	99	61	26	47	40
	%	45	70,1	29,9	54	46

З даних таблиці 2.1 видно, що до групи Е (з активною формою емоційної експресії) увійшло 29% з усієї вибірки. З них 35,5% чоловіків, 64,5% жінок, 43,5% лікарів, 56,5% медсестер.

До групи І (з реактивною формою емоційної експресії), яка складає 26% загальної вибірки увійшло 64,3% жінок і 35,7% чоловіків, 57,1% лікарів та 42,9% медсестер.

Група М це респонденти з імпульсивною спрямованістю емоційної реакції (з нейтральною емоційною експресією). Вона складає 45% загальної



вибірки, з них 70,1% жінок, 29,9% чоловіків, з яких 54% лікарів, 46% медичних сестер.

Необхідно зазначити, що при формуванні плану дослідження ми спиралися на роботи, проведені В.А. Мазурок [154]. Вченим було виявлено, що ступінь вираженості редукції особистих досягнень вище в групі лікарів анестезіологів-реаніматологів зі стажем професійної діяльності більш ніж 13 років.

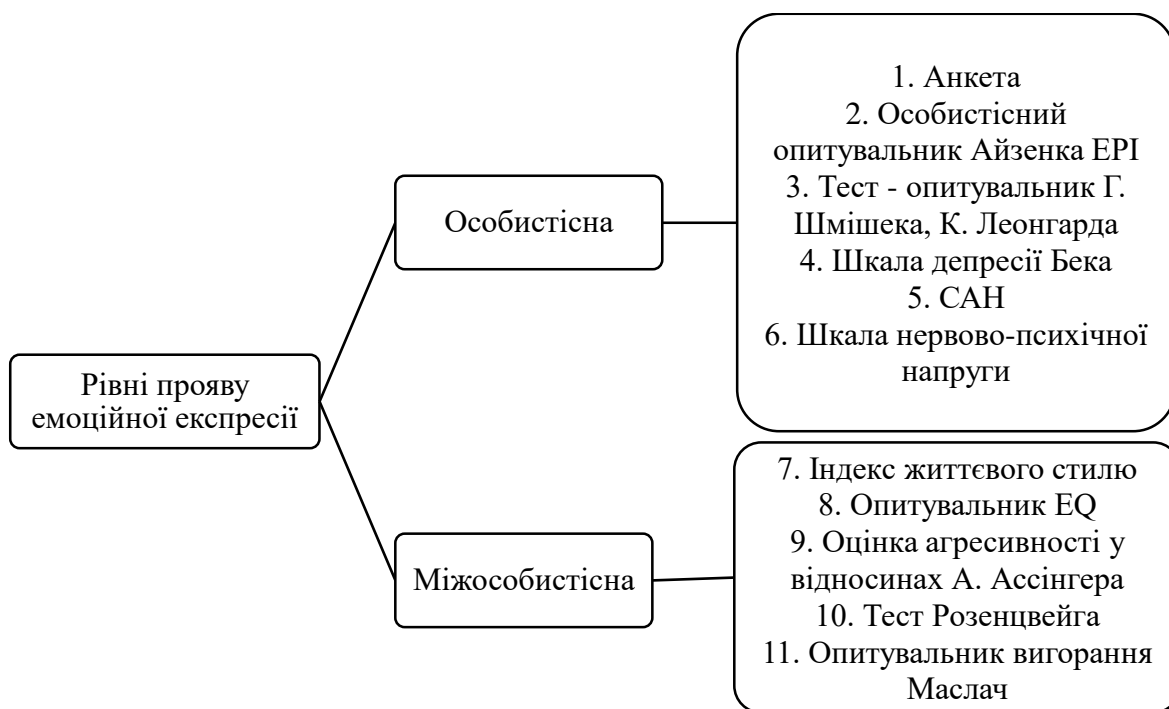
Водночас, в роботах А.Ю. Ловчева та співавторів [158] наявність синдрому професійного вигорання у лікарів зі стажем роботи більше 10 років спостерігається в 77,5% випадків. Практично більшість лікарів зі стажем більше 10 років знаходяться у стадії дезадаптації та потребують психологічної допомоги.

В дослідженнях Н.Г. Петрової і співавторів [76] також зазначений високий зв'язок частоти проявлення редукції особистих досягнень зі стажем роботи середнього медичного персоналу. При досвіді від 5 до 20 років в 7,2% випадках спостерігався високий ступінь вигорання, а при досвіді більш ніж 20 років дуже високий ступінь показав 50%.

Виходячи з того, що емоційна експресія є важливою складовою психічного здоров'я, необхідно здійснити вибір з наявних діагностичних методик, які дозволять найбільш повно і точно оцінити саме рівні емоційних проявів. У контексті даного дослідження було розроблено анкету та відібрано 10 методик: ЕРІ, Тест - опитувальник Г.Шмішека-К.Леонгарда, Індекс життєвого стилю, Опитувальник вигорання Маслач, опитувальник EQ, оцінка агресивності у відносинах А. Ассінгера, Шкала депресії Бека, САН, опитувальник НПН, тест фрустраційних реакцій Розенцвейга.

Дані методики були спеціально підібрані, щоб створити цілісну картину медичного працівника з певним набором характеристик, починаючи з особистісних, включаючи професійний вплив, та виявляючи особливості прояву емоційних реакцій – активна (зовнішня/агресія), реактивна (внутрішня/депресія) чи нейтральна.

Виходячи с цього, було розроблено протокол дослідження, в котрому описані методики вивчення емоційної експресії медичного персоналу, згідно із рівнем прояву. Та для наглядності вони проілюстровані на рисунку 2.3.



**Рис.2.3. Рівні емоційної експресії та методики дослідження**

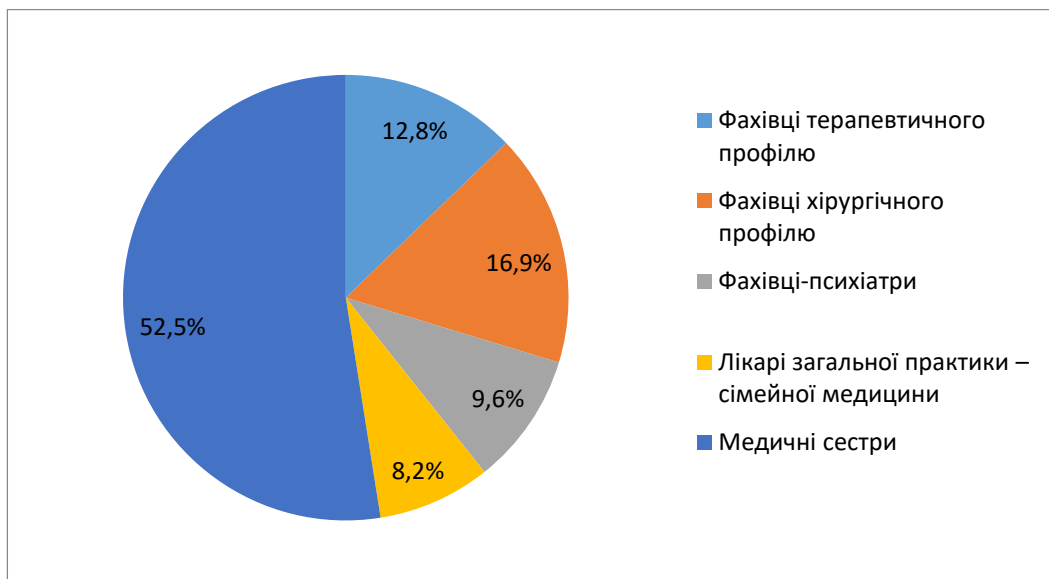
Згідно з обраними методиками, було виділено критерії, за котрими буде здійснюватися дослідження форми прояву, а саме:

1. В методиці ЕРІ – фактори: екстраверсія, інтроверсія та нейротизм.
2. Оцінка агресивності у відносинах А. Ассінгера – фактори: помірно агресивні, надмірно миролюбні, афективно агресивний.
3. Шкала депресії Бека – норма, помірна депресія, важка депресія.
4. Шкала нервово-психічної напруги – слабка, помірна, надмірна.
5. Акцентуації характеру і акцентуації темпераменту.
6. Наявність ознак емоційного виснаження
7. Компоненти емоційного інтелекту.
8. Захисні механізми.
9. Самопочуття, активність, настрій.

Другий етап дослідження 2019-2020 рр. - полягав в емпіричному вивченні особливостей прояву емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням, визначенні складових процесу і перевірці гіпотез. Основним завданням було - збір емпіричних даних.

**Організація і база дослідження.** Дослідження проводилося впродовж 2017-2021 рр. на базі комунального некомерційного підприємства «Одеський обласний госпіталь Інвалідів та ветеранів війни» ООП», 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.

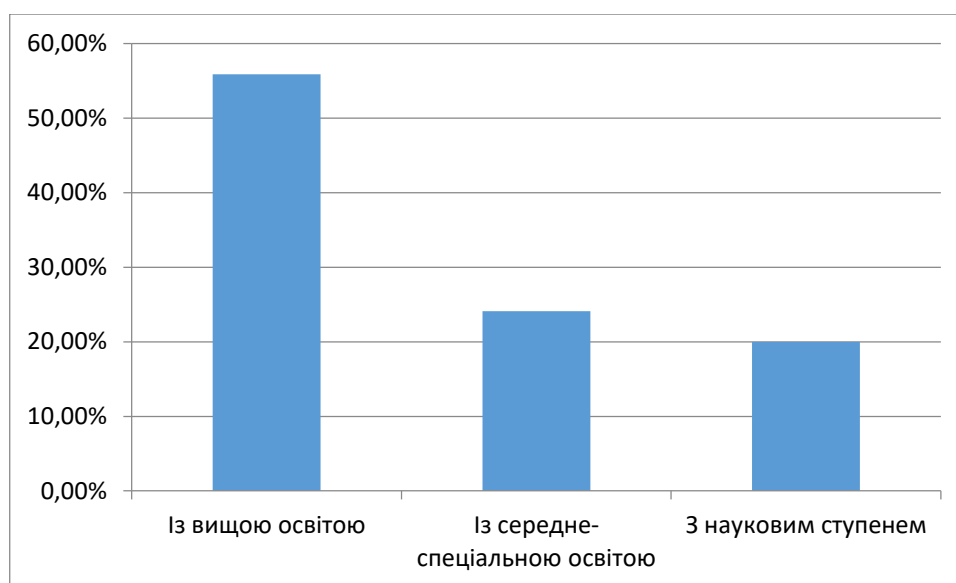
У ньому взяли 219 медичних працівників віком від 20 до 70 року. Виробувані за принципом професійної позиції та характеру професійної діяльності, що виражається у необхідності щоденного спілкування з пацієнтами медичного закладу, були поділені на дві групи. Розподіл медичних працівників за фахом представлено на рисунку 2.4.



**Рис 2.4. Розподіл медичних працівників за фахом**

До групи лікарів та головних лікарів увійшли 47,5% респондентів, з них 104 лікарів (фахівці терапевтичного профілю – 12,8%, хірургічного профілю – 16,9%, фахівці-психіатри 9,6%, лікарі загальної практики – сімейної медицини – 8,2%). До групи медсестер – 52,5% респондентів та 115 осіб відповідно.

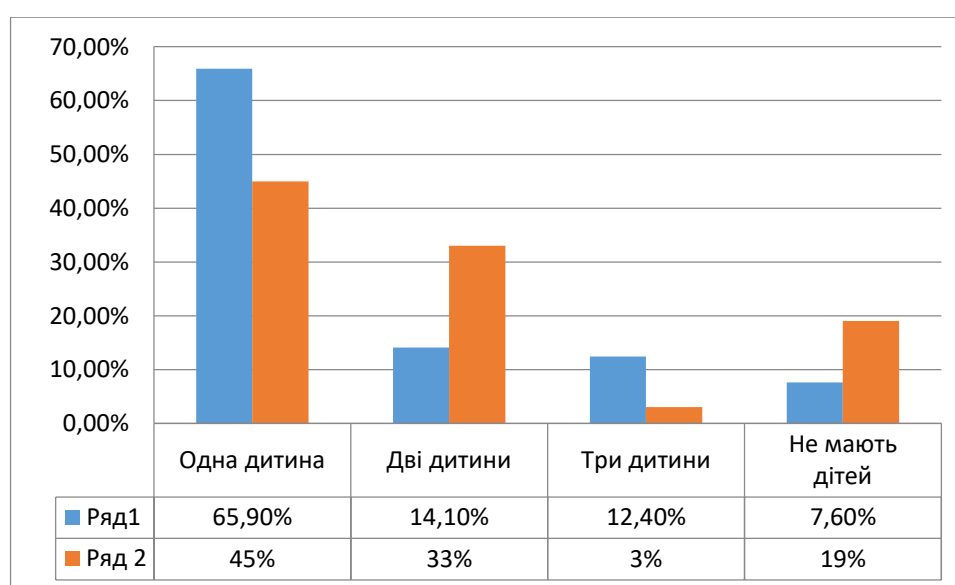
Розподіл медичних працівників за рівнем освіти представлено на рисунку 2.5.



**Рис. 2.5. Розподіл медичних працівників за рівнем освіти**

Робоче навантаження медичних працівників складає від 8 до 80 годин на тиждень, в середньому 42 години. З них медичних спеціалістів з вищою освітою – 55,9%, із середньо-спеціальною освітою 24,1% та з науковим ступенем 20%. На питання «Чи займаєтеся ви самоосвітою?», позитивно відповіло 16,3% респондентів, а 83,7% не займаються додатковою самоосвітою.

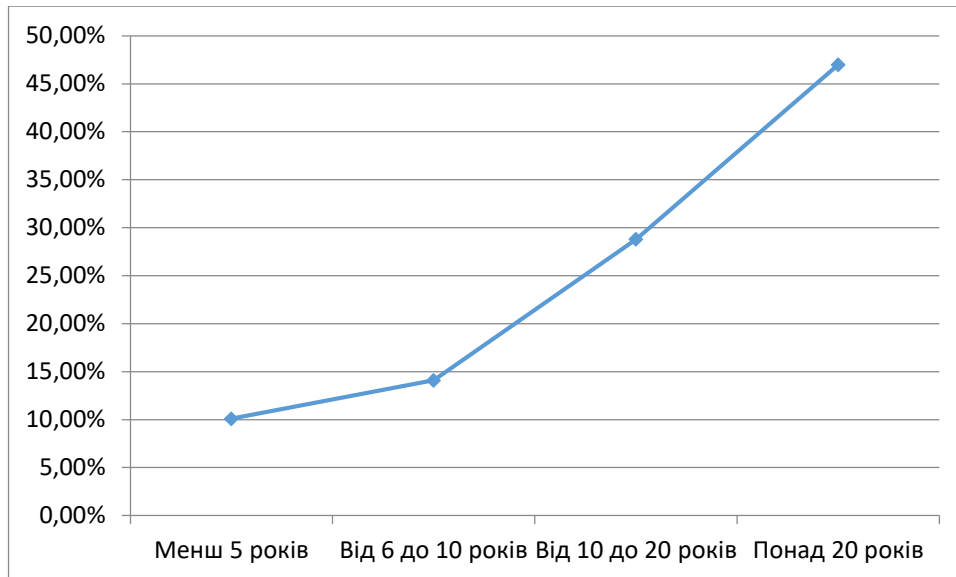
Розподіл респондентів за наявністю дітей представлено на рисунку 2.6.



**Рис. 2.6. Розподіл респондентів за наявністю дітей**

Як можна побачити на рисунку 2.6., більше половини досліджуваних перебувають у шлюбі (65,9%), не перебувають у шлюбі 14,1%, розлучені – 12,4%, втратили подружжя – 7,6%. Водночас, більший відсоток досліджуваних в сім'ї мають одну дитину - 45% досліджуваних, двох дітей – 33%, трьох дітей – 3%, не мають дітей 19% опитаних лікарів.

Розподіл досліджуваних за кількістю років медичної практики представлено на рисунку 2.7.

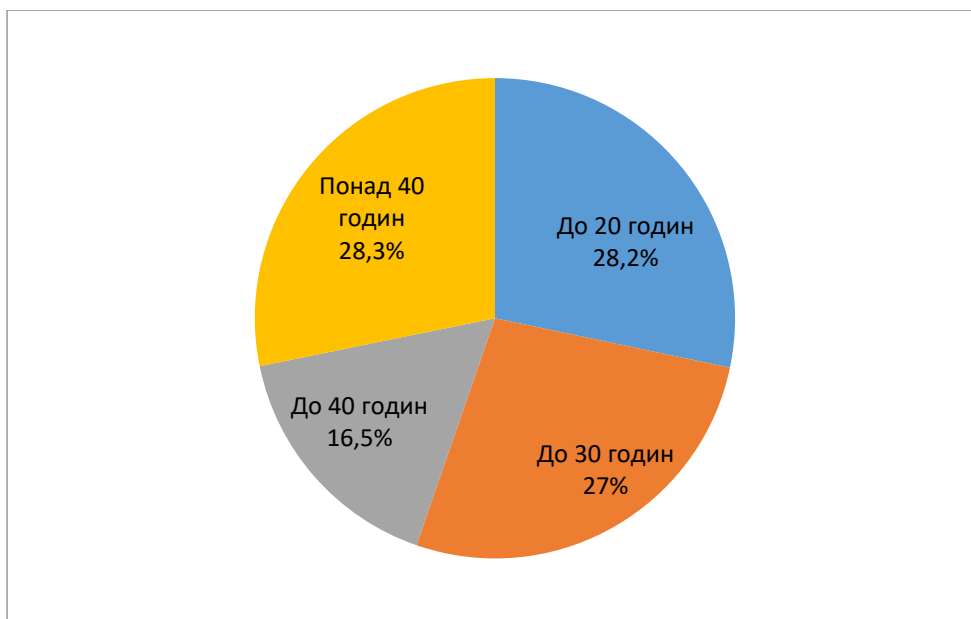


**Рис. 2.7. Розподіл медичних працівників за кількістю років медичної практики**

Дані на рисунку 2.7. свідчать, що більше половини вибірки мають медичну практику понад 20 років - 47% від загальної кількості вибірки. Майже 1/3 (28,8%) вказали, що займаються медичною діяльністю від 10 до 20 років. При цьому від 6 до 10 років медичної практики мають 14,1% респондентів і менш 5 років робочої медичної практики мають 10,1%.

Оскільки в нашому дослідженні ми розглядаємо схильність до емоційного вигорання та особливості професійної деформації як складової різних проявів емоційного реагування досліджуваних, було важливо отримати дані про стан робочого навантаження медичних працівників. В даному випадку увага була звернута на можливість відпочинку.

Розподіл досліджуваних за кількістю годин відпочинку на тиждень представлено на рисунку 2.8.



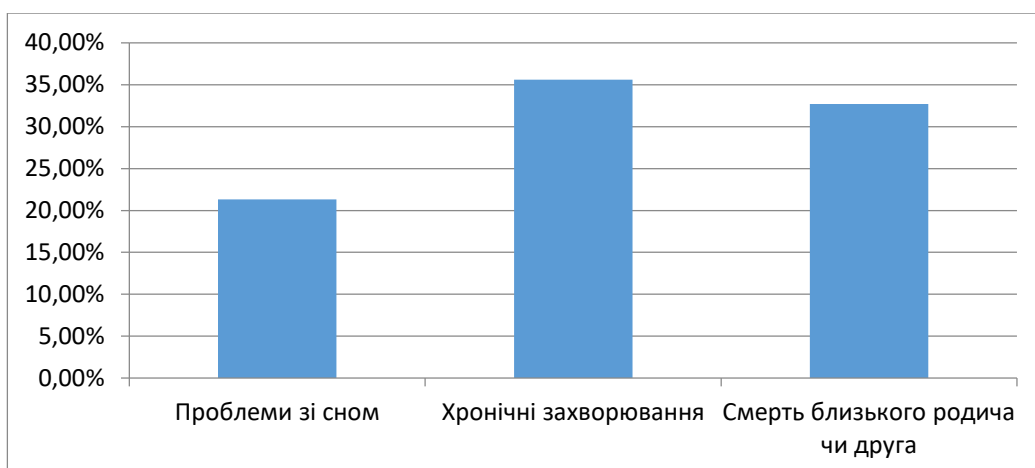
**Рис. 2.8. Розподіл досліджуваних за кількістю годин відпочинку**

Як можна побачити на рисунку 2.8, до 20 годин відпочинку на тиждень мають 28,3% медичних працівників і 28,2% лікарів та медсестер відпочивають понад 40 годин на тиждень, 27% мають можливість відпочити до 30 годин на тиждень, і лише 16,5% - до 40 годин на тиждень.

Оскільки ми вивчаємо емоційну експресію у медичного персоналу на особистісному та міжособистісному рівні, нас цікавлять також певні обставини, що можуть впливати на емоційний стан досліджуваних, що у результаті може формувати один із напрямків прояву емоційної реакції.

Згідно концепцій методу Позитивної психотерапії Н. Пезешкіана, певні мікро- та особливо макротравми можуть призвести до формування негативних емоційних реакцій або емоційних станів. Так, особливістю дослідження було його проведення під час епідемії COVID-19, проте лікарні не приймали хворих на COVID-19.

Спираючись на вище зазначене, на рисунку 2.9 представлено розподіл досліджуваних за наявністю проблем зі сном, хронічними захворюваннями та смертю близьких родичів, друзів.



**Рис. 2.9. Розподіл досліджуваних за наявністю макро та мікротравм**

Отримані дані на рисунку 2.9 свідчать, що на наявність хронічних захворювань вказали 35,6% респондентів. За останні 1,5 роки 32,7% пережили смерть свого близького родича чи друга. Тоді як на наявність проблем зі сном є показники серед 21,3% респондентів. Водночас, більшість респондентів (80,8 %), незалежно від проблеми супутніх до цієї професійної діяльності, не хотіли б змінювати свою професію, а 19,2% готові це зробити.

Третій етап 2020-2021 рр. - проводилася обробка отриманих даних, аналіз отриманих результатів та розробка методичних рекомендацій для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до виду реакції. Були сформовані основні висновки дисертаційного дослідження, здійснювалася апробація та впровадження результатів дослідження, визначалися його подальші перспективи.

Таким чином, дослідження відбувалося у три етапи протягом 2017–2021 рр.: перший етап був з 2017 по 2019 рр. та полягав у аналізі теоретично-методичної бази, що надало можливість визначити основну наукову проблематику та способи її вирішення; другий етап дослідження з 2019 по 2020 рр. полягав в емпіричному вивченні особливостей прояву емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням, визначенні складових процесу і перевірці гіпотез; на третьому етапі з 2020 по 2021 рр. проводилася обробка та аналіз отриманих даних, розробка

методичних рекомендацій для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до виду реакції.

## **2.2. Характеристика психодіагностичного інструментарію емпіричного дослідження**

Для досягнення поставленої цілі, були використанні такі методи дослідження [32,39]:

а) теоретичні – аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення теоретико-методологічних підходів до вивчення досліджуваної проблематики та даних емпіричних досліджень, теоретичне моделювання та ін.;

б) емпіричні – спостереження; бесіда, психодіагностичні методи: анкетування і тестування з використанням стандартизованих методик психодіагностики.

в) статистичні методи: порівняльний (критерій Стюдента, критерій Фішера, непараметричний критерій Манна-Уїтні [38], критерії Краскала-Уолліса [84]), кореляційний, регресійний і факторний аналізи [122]. Процедура факторного аналізу включала в себе два етапи:

1) факторизація матриці кореляцій, з метою отримання початкової факторної матриці;

2) обертання факторної матриці з метою виявлення найпростішої конфігурації факторних навантажень.

Ми розглядали та спиралися у дослідженні на п'яти-, шестифакторну моделі. Найбільшою мірою п'ятифакторна модель відповідала критеріям оцінки факторної моделі: більшість показників розподілялися рівномірно, тобто ввійшли тільки в один фактор з достатньою факторною вагою [122]. Детальний огляд кожного фактору моделі представлений у результатах досліджень.

Математична обробка даних проводилася за допомогою статистичного пакету програми SPSS (версія 24). Статистичну обробку емпіричних даних і



графічну презентацію отриманих результатів здійснювали за допомогою стандартизованого пакета програм Microsoft Office Excel 2007 і IBM SPSS Statistics 24.

З огляду на сучасні вимоги до проведення психологічних досліджень, було визначено та підібрано психодіагностичний інструментарій згідно поставленої мети. При підборі методик основними факторами була їх надійність та валідність. Для всебічного охоплення досліджуваної теми, було використано такі діагностичні методики: Особистісний опитувальник Айзенка ЕРІ, який визначає тип темпераменту з урахуванням інтроверсії і екстраверсії особи, а також емоційної стійкості; Методика Акцентуації характеру і темпераменту особистості Г. Шмішека і К. Леонгарда; Опитувальник «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index, LSI) для діагностики механізмів психологічного захисту; Методика оцінки «емоційного інтелекту» (опитувальник EQ) Н. Холу; Опитувальник діагностики професійного вигорання Маслач (MBI) (варіант для медиків); Опитувальник діагностики загального рівня агресивності особи і спрямованості агресії А. Ассингера; Шкала депресії Бека призначена для діагностики депресії і різних її рівнів; Опитувальник САН «Самопочуття, активність, настрої», (автори В.А. Доскіна, Н.О. Лаврентьева, В.Б. Шарай і М.П. Мірошникова); Шкала нервово-психічної напруги (опитувальник НПН), (автор Т.А. Немчин); Проективна методика фрустраційних реакцій Розенцвейга, призначена для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу з ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості.

Також використовувалась *Авторська анкета*, яка спрямована на створення повного особистісного портрету медичного працівника. Складається з 24 питань, які включають питання відкритого та закритого типу, для збору інформації, не лише соціологічного плану, а й для доповнення особистісного портрету медичного працівника. Шкали, котрі ввійшли в наше дослідження, зображені в Таблиці 2.2.

## Описання методик та шкал дослідження

Опитувальники	Шкали
Особистісний опитувальник Айзенка (EPI).	Екстраверсія – інтроверсія Нейротизм
Тест - опитувальник Г. Шмішека, К. Леонгарда	Акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застряючий, збудливий) і акцентуації темпераменту (гіпертимний, дистимічний, тривожно-боязкий, циклотимічний, афективний, емотивний).
Індекс життєвого стилю (Life Style Index, LSI)	Заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проєкція, заміщення, інтелектуалізація, реактивне утворення
Опитувальник на вигорання (MBI)	Емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень
Методика Н. Хола на емоційний інтелект	Емоційна поінформованість, управління власними емоціями, управління емоціями інших людей, емпатія, самомотивація, загальний рівень емоційного інтелекту
Оцінка агресивності в стосунках А. Ассінгера	Надмірно агресивні, помірно агресивні, надмірно миролюбні
Опитувальник САН	самопочуття, активність, настрої < 30 балів — низька оцінка; 30 — 50 балів — середня оцінка; > 50 балів — висока оцінка.
Шкала нервово-психічної напруги (опитувальник НПН)	Діагностика рівня нервово-психічної напруги. Діапазон: -слабкої чи «детензивної» нервово-психічної напруги розташовується в проміжку від 30 до 50 балів; - помірної або «інтенсивної» - від 51 до 70 балів; - надмірної або «екстенсивної» - від 71 до 90 балів.
Шкала депресії Бека	Аналіз результатів тесту: від 0 до 9 – відсутність депресивних симптомів; від 10 до 15 – легка депресія (субдепресія); від 16 до 19 – помірна депресія; від 20 до 29 - виражена депресія (середньої тяжкості) від 30 до 63 – тяжка депресія. Когнітивно-афективна шкала, соматичні прояви депресії
Тест фрустраційних реакцій Розенцвейга	Екстрапунітивні реакції, інтропунітивні реакції, імпульсивні реакції

Методики були розділені на 3 підгрупи, в залежності від їх призначення та особливостей застосування.

### **Методики, які репрезентують особистісну складову.**

1. *Особистісний опитувальник Айзенка (EPI)* був розроблений Г. Айзенком в 1963 році та полягає у самооцінці психічних станів особистістю [45]. Опитувальник Г. Айзенка має досить високі коефіцієнти валідності і надійності, тому широко використовується в практичній психодіагностиці. Методика базується на теоретичних підходах К. Юнга, Р. Вудвортса, І.П. Павлова, Е. Кречмера, а та кожна даних експериментальних досліджень Г. Айзенка.

2. Отже, опитувальник створений на основі розробки нового типологічного підходу до вивчення особистості. Даний опитувальник містить 57 питань: 24 - шкала екстраверсії - інтроверсії, 24 - шкала нейротизму і 9 питань складають шкалу соціальної бажаності досліджуваного, його ставлення до дослідження і достовірності результатів.

Шкала екстраверсії: характеризує людину як товариську і відкриту, яка має широке коло знайомств, має потребу у контактах та спілкуванні. Виявляється схильність діяти під впливом моменту, характерна імпульсивність, запальність, безтурботність, оптимістичність, добродушність. Така людина вважає за краще діяти, має схильність до агресивних проявів. Типовий екстраверт не завжди може контролювати емоції, тому схильний до ризикованих вчинків.

Шкала інтроверсії: характеризує людину як спокійну, сором'язливу, схильну до самоаналізу. Типовий інтроверт - це стримана і віддалена від усіх, крім близьких друзів людина. Інтроверти планують і обмірковують свої дії заздалегідь, оскільки не схильні до раптових спонукань, приймають рішення усвідомлено. Контролюють свої почуття, їх нелегко вивести з себе. Песимістичні, високо цінують моральні норми.

Шкала нейротизму - характеризує емоційну стабільність. Нейротизм пов'язаний з процесом лабільності нервової системи. Емоційна стабільність -

риса, яка характеризує збереження стійкої поведінки, стійкість в звичайних і стресових ситуаціях. Низький рівень нейротизму виражається зрілістю, відмінною адаптацією, відсутністю занепокоєння, а також схильністю до відкритості і товариськості. Високий рівень нейротизму виражається в надзвичайному нервуванні, нестійкості, поганій адаптації, схильності до швидкої зміни настроїв, почутті тривожності, занепокоєності, неувважності уваги, нестійкості в стресових ситуаціях. Високий рівень показує надмірну емоційність, імпульсивність, мінливість інтересів, невпевненість в собі, вразливість, схильність до спалахів дратівливості. Особистість з високим рівнем нейротизму характеризується надмірно сильними реакціями по відношенню до стимулів, які їх викликають, тому у людей з таким показником може в стресових ситуаціях розвиватися невроз.

Результати за даною методикою розраховуються з сукупності балів за обома шкалами за допомогою осі координат. По горизонталі вісь Х - шкала екстраверсії - інтроверсії, а по вертикалі шкала Y – нейротизм [27].

*2. Методика акцентуації характеру та темпераменту особистості або тест-опитувальник Г. Шмішека, К. Леонгарда [34] призначений для діагностики типу акцентуації особистості. Г. Шмішек розробив даний тест характеру в 1970 році на основі теоретичної концепції Карла Леонгарда акцентуєваних характерів.*

Згідно з думкою К. Леонгарда, акцентуація - це «загострення» деяких, властивих кожній людині, індивідуальних властивостей. Вчений вважав, що не слід розглядати акцентуєвану особистість як патологічну - в неї потенційно закладені як можливості соціально позитивних досягнень, так і соціально негативний заряд.

К. Леонгард виділив 10 типів акцентуацій особистості та розділив на дві групи: акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застряючий, збудливий) і акцентуації темпераменту (гіпертимний, дистимічний, тривожно-боязкий, циклотимічний, афективний, емотивний).

Демонстративний тип - характеризується підвищеною здатністю до витіснення.

Педантичний тип - особи цього типу відрізняються підвищеною ригідністю, інертністю психічних процесів, нездатністю до витіснення травмуючих переживань.

Застрагаючий тип - характерна надмірна стійкість афекту.

Збудливий тип - підвищена імпульсивність, ослаблення контролю над потягами і спонуканнями.

Гіпертимний тип - підвищений фон настрою у поєднанні з оптимізмом і високою активністю.

Дистимічний тип - знижений фон настрою, песимізм, фіксація тіньових сторін життя, загальмованість.

Тривожно-боязливий тип - схильність до страхів, боязкість і лякливість.

Циклотимічний тип - зміна гіпертимних і дистимічних фаз.

Афективно-екзальтований тип - легкість переходу від стану захоплення до стану печалі. Захват і печаль - основні супутні цього типу стану.

Емотивний тип - споріднений афективно-екзальтованому типу, але прояви не настільки бурхливі. Особи цього типу відрізняються особливою вразливістю й чутливістю.

Опитувальник складається з 88 питань, відповіді на які проставляються на реєстраційному бланку, відповідно символами «+», якщо відповідь ствердна (так) і «-», якщо відповідь негативна (ні). Для обробки результатів необхідно виготовити ключі по типу трафаретів, які накладаються на реєстраційний лист, заповнений досліджуваним. Потім здійснюється підрахунок відповідей відповідно ключам [90].

3. *Авторська анкета* (автор В.О. Толмачевська) спрямована на створення повного особистісного портрету медичного працівника. Складається з 24 питань, які включають питання відкритого та закритого

типу, для збору інформації не лише соціологічного плану, а й для доповнення особистісного портрету медичного працівника. (Додаток 1)

### **Методики діагностики емоційних станів.**

1. *Опитувальник САН* (самопочуття, активність, настрої), розроблений В.А. Доскиною, Н.А. Лаврентьевою, В.Б. Шарай і М.П. Мірошниковим [125] і призначений для оперативної оцінки психоемоційного стану дорослої людини на момент обстеження. При розробці методики автори виходили з того, що три основні складові функціонального психоемоційного стану - самопочуття, активність і настрої можуть бути охарактеризовані полярними оцінками, між якими існує континуальна послідовність проміжних значень.

Самопочуття - це комплекс суб'єктивних відчуттів, які відображають ступінь фізіологічної та психологічної комфортності стану людини, напрямок думок почуттів і тощо.

Активність - одна зі сфер прояву темпераменту яка визначається інтенсивністю і об'ємом взаємодії людини з фізичним та соціальним середовищем. За цим параметром людина може бути інертною, пасивною, спокійною, ініціативною, активною або стрімкою.

Настрої - порівняно тривалий та стійкий стан людини який може бути представлено як емоційний фон (піднесений, пригнічений) або поняття, яке дозволяє ідентифікувати емоційний стан (нудьга, сум, туга, страх, захопленість, радість, захоплення та ін.). Настрої на відміну від почуттів завжди направлено на той чи інший об'єкт. Настрої, будучи викликаним певною причиною, конкретним приводом, проявляється в особливостях емоційного відгуку людини на дії будь-якого характеру.

САН являє собою карту (таблицю), яка містить 30 пар протилежних характеристик, що відображають досліджувані особливості психоемоційного стану (самопочуття, активність, настрої). Кожний стан представлено 10 парами слів. На бланку обстеження між полярними характеристиками розташовується рейтингова шкала. Досліджуваному пропонують співвіднести свій стан з певною оцінкою на шкалі. При обробці результатів

обстеження оцінки перераховуються в «сирі» бали від 1 до 7. Кількісний результат являє собою суму первинних балів за окремими категоріями (або їх середнє арифметичне). При підрахунку крайня ступінь вираженості негативного полюса пари оцінюється в один бал, а крайня ступінь вираженості позитивного полюса пари - в сім балів. При цьому потрібно враховувати, що полюси шкал постійно змінюються, але позитивні характеристики стану завжди отримують високі бали, а негативні - низькі.

Отримані бали групуються відповідно ключу в три категорії, і підраховується кількість балів по кожній з них. Отримані результати по кожній категорії діляться на 10. Середній бал шкали дорівнює 4. Оцінки, що перевищують 4 бали, говорять про сприятливий стан досліджуваного, оцінки нижче чотирьох свідчать про зворотнє. Оцінки, що знаходяться у діапазоні 5-5,5 балів свідчать про стан в зоні норми.

САН знайшов широке поширення при оцінці психічного стану хворих і здорових осіб, психоемоційної реакції на навантаження, при виявленні індивідуальних особливостей і біологічних ритмів психофізіологічних функцій.

2. *Шкала нервово-психічної напруги* (опитувальник НПН, 1981) розроблена Т.А. Немчіним і призначена для діагностики рівня нервово-психічної напруги [68]. При цьому під нервово-психічною напругою автор розуміє психічний стан, обумовлений передбаченням несприятливого для суб'єкта розвитку подій, який супроводжується відчуттям загального дискомфорту, тривоги, страху і включає в себе готовність опанувати ситуацію, діяти в ній певним чином.

Опитувальник включає перелік ознак нервово-психічної напруги, складений за даними клініко-психологічного спостереження, і містить 30 основних характеристик цього стану, розділених на три ступеня вираженості (слабка, помірна, надмірна).

Слабка нервово-психічна напруженість характеризується незначно вираженим (або не вираженим зовсім) станом дискомфорту, психічною

активністю адекватну ситуації, готовністю діяти згідно з відповідністю до умов ситуації.

Помірна нервово-психічна напруженість характеризується явно вираженим станом дискомфорту, наявністю тривоги, готовністю діяти відповідно до умов ситуації, що може свідчити про значущість ситуативних умов, високого ступеня мотивації суб'єкта.

Надмірна нервово-психічна напруженість характеризується наявністю сильного дискомфорту, тривоги, переживанням страху, готовністю опанувати ситуацію (проте, часто, неможливістю реалізувати цю готовність), що, швидше за все, може бути наслідком наявності фрустрацій і конфліктів у сфері значущих відносин особистості.

Після заповнення бланка проводиться підрахунок набраних досліджуваним балів шляхом їх підсумовування. При цьому за вибір першого варіанту відповіді нараховується 1 бал, другого варіанта - 2 бали, третього варіанту - 3 бали. Мінімальна кількість балів, яку може набрати досліджуваний, дорівнює 30, а максимальне - 90. Діапазон слабкої нервово-психічної напруги розташовується в проміжку від 30 до 50 балів, помірної - від 51 до 70 балів і надмірної - від 71 до 90 балів.

Зазначимо, що методика призначена для людей старше 18 років без обмежень за освітніми, соціальними і професійними ознаками. Методика може використовуватися для вивчення працездатності співробітників, в тому числі працюючих в умовах з високим фізичним та емоційним навантаженням, або які повернулися з зони бойових дій.

3. *Шкала депресії Бека* - запропонована А. Т. Беком і його колегами в 1961 році [158,169] і розроблена на основі клінічних спостережень авторів, які дозволили виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і скарг, які найбільш часто пред'являються пацієнтами. Опитувальник включає в себе 21 категорію симптомів і скарг. Кожна категорія складається з 4-5 тверджень, відповідних специфічним проявам / симптомам депресії.



При інтерпретації даних враховується сумарний бал по всіх категоріях: 0-9 - відсутність депресивних симптомів; 10-15 - легка депресія (субдепресія); 16-19 - помірна депресія; 20-29 - виражена депресія (середньої тяжкості); 30-63 - важка депресія.

4. *Методика діагностики професійного «вигорання» (MBI)* (автори К. Масlach, С. Джексон) призначена для виявлення вираженості проявів вигорання у фахівців різних професій, насамперед, комунікативних. К. Масlach визначила «емоційне вигорання» як дезадаптованість до робочого місця через велику кількість робочого навантаження і неадекватних міжособистісних відносин.

На думку вченої, цей стан характеризується почуттям емоційного виснаження, знемоги; симптомами дегуманізації, деперсоналізації; негативним самосприйняттям, а в професійному плані - зниженням або втратою професіоналізму [156]. Опитувальник складається з 22 пунктів, за якими можливе обчислення значень 3-х шкал: «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація», «Редукція професійних досягнень».

«Емоційне виснаження» проявляється в переживаннях зниженого емоційного тону, підвищеної психічної виснаженості і афективної лабільності, втрати інтересу і позитивних почуттів до оточуючих, відчутті «перенасиченості» роботою, незадоволеністю життям в цілому. В контексті синдрому перегорання «емоційне виснаження» передбачає формування особливих, деструктивних взаємин з оточуючими людьми.

«Деперсоналізація» проявляється в емоційному відстороненні і байдужості, формальному виконанні професійних обов'язків без особистісної включеності і співпереживання, а в окремих випадках - в негативізмі і цинічному ставленні. На поведінковому рівні «деперсоналізація» проявляється в зарозумілій поведінці, використанні професійного сленгу, гумору, ярликів.

«Редукція професійних досягнень» відображає ступінь задоволеності медичного працівника собою як особистістю, так і як професіоналом.

Незадовільне значення цього показника відображає тенденцію до негативної оцінки своєї компетентності і продуктивності і, як наслідок, - зниження професійної мотивації, наростання негативізму стосовно службових обов'язків, тенденцію до зняття з себе відповідальності, до ізоляції від оточуючих, відстороненість і неучасть, уникнення роботи спочатку психологічно, а потім фізично.

### **Методики діагностики властивостей та емоційних явищ.**

1. *Методика «Індекс життєвого стилю (LifeStyleIndex, LSI)»* призначена для діагностики механізмів психологічного захисту. Методика була описана в 1979 році на основі психоеволюційної теорії Р. Плутчика та структурної теорії особистості Г. Келлермана [53].

Психоеволюційна теорія емоцій Роберта Плутчика і структурна теорія особистості Генрі Келлермана пропонують специфічну мережу взаємозв'язків між різними рівнями особистості: рівнем емоцій, захистом і диспозицією (спадкові схильності до психічних захворювань).

У теорії Г. Келлермана перетинаються психоаналітичні і соціобіологічні концепції, які відображені в наступних положеннях про взаємозв'язок захисних механізмів і емоцій. Певні механізми захисту призначені для регуляції певних емоцій.

Існують вісім основних механізмів захисту, які взаємодіють з вісьмома основними емоціями. Вісім основних механізмів захисту виявляють якості і полярності, і схожості. Існують механізми захисту іншого типу, що беруть участь головним чином у формуванні рис характеру (так звані ідентифікаційні захисти). Основні діагностичні типи утворені характерними для них стилями захисту, особистість може користуватися будь-якою комбінацією механізмів захисту. Всі види захисту у своїй основі мають механізм придушення, який виникає для того, щоб перемогти почуття страху.

Опитувальник являє собою текст інструкції і дев'яносто сім тверджень. Досліджуваний повинен відзначити ті висловлювання, які відповідають його поведінці або стану. Бланк для реєстрації відповідей являє собою решітку, у

якійпо вертикаліє відповідність номерам тверджень, а по горизонталі - шкалам, які відповідають 8 вимірюваним захисним механізмам: А - заперечення, В - витіснення, С - регресія, D - компенсація, Е - проекція, F - заміщення, G - інтелектуалізація, Н - реактивне утворення. Відповіді в ньому фіксуються наступним чином: Ні - навпроти відповідного номера твердження робиться відмітка в крайній лівій графі; Так - відмітка робиться в одну з колонок праворуч у круглій дужки. Час заповнення опитувальника становить від 15 до 20 хвилин.

Підрахунок результатів здійснюється по бланку відповідей, який є одночасно і ключем. При цьому підраховуються тільки позитивні відповіді за кожною шкалою, що представляють собою «сирі» бали, які надалі можуть бути порівняні зі середньонормативними показниками по вибірці стандартизації, або переведені в процентільні показники. Останні показують умовне розташування досліджуваного у вибірці стандартизації відповідно за її відсотковим розподілом. Процентільні показники запропоновані авторами методики, з їх допомогою можна отримати відображення отриманих результатів у зручній графічній моделі. Вона демонструє одне з основних теоретичних положень, що лежать в основі методики - попарну полярність вимірюваних механізмів.

В якості додаткового може використовуватися також запропонований авторами вторинний показник, який представляє собою суму «сирих» балів за всіма шкалами. Він був створений відповідно з припущенням, що в основі своїй всі захисні механізми, незважаючи на їх полярність або додатковість, виконують одну і ту ж функцію (в більшості своїй - зниження рівня тривоги) і таким чином відповідно з цим можуть бути об'єднані «спільним знаменником» в якийсь загальний захист «Я».

Таким чином, сумарна оцінка шкальних оцінок може відобразити рівень її виразності, який був названий ступінь напруженості захисту (снз). Запропонований показник, безумовно, потребує подальшої теоретичної

розробки і досліджень, однак попередні випробування показали його істотну корисність в оцінці та інтерпретації отриманих даних.

Отже, незаперечними плюсами цієї методики є її теоретична обґрунтованість і валідність, цілеспрямована багатовимірність і конструктивна простота. В якості системоутворюючого фактора розглядається зв'язок окремих видів психологічних захистів (ПЗ) з різними ефективними станами і діагностичними концепціями.

2. *Методика оцінки «емоційного інтелекту»* (автор Н. Хол). Методика презентована Є. Ільїним у 2001 році. Методика призначена для виявлення здібності особистості розуміти відносини, що репрезентується в емоціях, і керувати своєю емоційною сферою на основі прийняття рішень. Опитувальник містить 30 тверджень, які об'єднуються у п'ять шкал: емоційна обізнаність, управління власними емоціями, самомотивація, емпатія, розпізнавання емоцій інших людей [76].

Досліджуванним пропонується висловлювання, які так чи інакше відображають різні сторони життя. Праворуч від кожного твердження необхідно написати цифру, виходячи зі ступеня згоди з ним: повністю не згоден (-3 бали); в основному не згоден (-2 бали); частково не згоден (-1 бал); частково згоден (+1 бал); в основному згоден (+2 бали); повністю згоден (+3 бали).

3. *Оцінка агресивності в стосунках А. Ассінгера* (1993) призначена для діагностики загального рівня агресивності особистості та спрямованості агресії, рівня коректності при соціальних контактах (дозволяє визначити, чи достатньо людина коректна щодо оточення, чи легко з нею спілкуватися) [34, 66].

Методика включає 20 питань з множинним вибором відповіді. На кожне запитання необхідно відповісти, обравши один варіант відповіді із трьох запропонованих. Результати підраховуються шляхом складання номерів відповідей (порядковий номер відповіді – це кількість балів, які присуджується за цю відповідь). Наприклад, при виборі першого варіанта

відповіді на питання присуджується 1 бал, другого – 2 бали, третього – 3 бали відповідно. Максимальна кількість балів, яку можна набрати за методикою – 60. Психологічна інтерпретація результатів, виходячи з кількості набраних балів, надає інформацію про рівень агресивності у відносинах та про потенційну поведінку особистості в соціальних контактах.

Зазначимо, що бали отримані в діапазоні від 45-60 балів свідчать про надмірну агресивність, при цьому нерідко така людина буває невірноваженою і жорстокою стосовно інших. Характерні сподівання дістатися до управлінських «верхів», розраховуючи на власні методи, досягти успіху, жертвуючи інтересами оточуючих. В даному випадку не дивує неприязнь товаришів по службі, але при найменшій можливості особистість намагається їх за це покарати.

Людина, яка отримала від 36 до 44 балів - помірковано агресивна, але цілком успішно йде по життю, оскільки у має достатньо здорове честолюбство та самовпевненість.

Водночас, 35 і менше балів свідчать про надмірну миролюбність, що обумовлено недостатньою впевненістю у власних силах та можливостях. Це зовсім не означає, що така людина як травинка гнеться під будь-яким вітерцем, проте їй все ж необхідно більше рішучості.

Якщо з семи та більше питань було набрано по 3 бали і менш, ніж за сім питань- по 1балу, то в даному випадку, спалахи агресивності носять швидше руйнівний, ніж конструктивний характер. Виявляється схильність до непродуманих вчинків та запеклих дискусій, зневажливе ставлення до людей і провокування своєю поведінкою конфліктних ситуацій, яких цілком можливо було уникнути.

Якщо ж з семи і більше питань було отримано по 1балу і менше, аніж з семи питань – по 3 бали це свідчить про надмірну замкненість, тобто відсутня притаманність спалахів агресивності, але є схильність придушувати їх аж надто ретельно.

Отже, методика призначена для діагностики дорослих осіб і є досить популярною в практичній психодіагностиці (в індивідуальному та професійному консультуванні, діагностиці міжособистісних відносин та конфліктності тощо).

4. *Методика фрустрації С. Розенцвейга* (Rosenzweig Picture Frustration Study, PF Study) - проєктивна методика, яка призначена для діагностики емоційних реакцій та особливостей поведінки у ситуаціях, пов'язаних з появою труднощів, що перешкоджають досягненню мети, часто використовується для діагностики схильності до агресивної, суїцидальної, девіантної поведінки.

Методика була розроблена С. Розенцвейгом у 1944 р. на основі сформованої ним теорії фрустрації [167; 206]. Відповідно до теорії С. Розенцвейга, фрустрація виникає в тих випадках, коли організм зустрічає більш менш істотні перешкоди на шляху до задоволення будь-якої життєвої потреби. Захист організму у фруструючих ситуаціях проявляється на трьох рівнях:

- клітинному (дія фагоцитів, антитіл тощо),
- автономному – захист організму загалом від фізичних «агресій»(відповідає в психологічному плані станам страху, страждання, а в фізіологічному – змінам, що відбуваються в організмі при стресі),
- кортикальному, психологічному рівні, на якому здійснюється виділення певних типів та спрямованості реакцій особистості.

Стимульний матеріал методики складається з 24 малюнків, на яких зображені особи, що перебувають у фрустраційній ситуації. Персонаж, зображений зліва, вимовляє слова, якими описується власна фрустрація чи іншого індивідуума. Над персонажем, зображеним праворуч, є порожній квадрат, який обстежуваний повинен вписати першу відповідь, що прийшла на думку.

Досліджуваний свідомо чи підсвідомо ідентифікує себе з фрустрованим персонажем кожної малюнкової ситуації. Зображені персонажі можуть

відрізнятися за статтю, віком та іншими характеристиками. Риси та міміка персонажів у малюнках відсутні.

Зображені на малюнках ситуації досить звичайні і можуть бути розділені на дві групи:

1) Ситуації-перешкоди («егоблокінгові» за термінології С. Розенцвейга) - якась перешкода чи міміка обличчя будь-яким прямим способом бентежить, збиває з пантелику, фруструє персонаж, що знаходиться на малюнку праворуч;

2) Ситуації звинувачення («суперегоблокінгові») -у цих ситуаціях персонаж, намальований праворуч, звинувачується в чомусь або його притягають до відповідальності. Оцінка отриманих відповідей, відповідно до теорії С. Розенцвейга, здійснюється за напрямом реакції (агресії) та її типу. У напрямку реакції поділяються на:

а) екстрапунітивні (extrapunitive) – реакція спрямована на живе чи неживе оточення, засуджується зовнішня причина фрустрації та підкреслюється її ступінь, іноді вирішення ситуації вимагають від іншої особи;

б) інтропунітивні (intropunitive) - реакція спрямована на самого себе з прийняттям провини або відповідальності за виправлення ситуації, що фруструє і не підлягає засудженню;

в) імпунітивні (impunitive) – фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, що можливо подолати з часом; звинувачення оточуючих чи себе відсутнє.

Для позначення екстрапунітивної, інтропунітивної та імпунітивної спрямованості використовуються літери Е, І, М відповідно. За типом реакції поділяються на:

а) перешкодно-домінантні (Е', І', М') – перешкоди, що викликають фрустрацію, всіляко акцентуються незалежно від того, розцінюються вони як сприятливі, несприятливі чи незначні;

б) самозахисні (E, I, M) – активність у формі осуду будь-кого, заперечення або визнання власної провини, ухилення від докору; спрямована на захист свого «Я»;

в) потрібно-наполегливі (e, i, m) – постійна потреба знайти конструктивне вирішення конфліктної ситуації у формі допомоги від інших осіб, або прийняття на себе обов'язку вирішити ситуацію, або впевненість у тому, що час і хід подій призведуть до її вирішення.

Крім кількісної та якісної оцінок спрямованості та типу реакції у фруструючих ситуаціях на основі стандартних відповідей (відповідь, яку дали не менше 40% обстежуваних) розраховується «коефіцієнт групової конформності», що дозволяє судити про рівень соціальної адаптації індивіда. Додаткову інформацію про поведінку у ситуаціях фрустрації дають індекси Раухфляйша (1971), що дозволяють оцінити специфіку фрустраційних реакцій щодо співвідношення величин окремих факторів. До них відносяться: індекс «спрямованості агресії» – E/I; індекс «трансформації агресії» – E/e; індекс «вирішення проблем» – i/e.

Отже, методика Розенцвейга, будучи досить структурованою, спрямована на певну область поведінки та володіючи відносно об'єктивною процедурою оцінки, більш доступною статистичному аналізу, ніж більшість проектних методик. За наявними даними у зарубіжній літературі, коефіцієнт ретестової надійності методики становить 0,60-0,80. Досить висока валідність за параметром екстрапунітивності, виявленому незалежно за PF Study та тестом тематичної апперцепції (=0,75). Проводити обстеження можна індивідуально й у групі, потрібний час – 20-30 хв. Методика призначена для діагностики дорослих осіб від 14 років.

Виходячи з отриманих даних, можна дійти висновку, що підібрані матеріали всебічно охоплюють вивчення феномену емоційної експресії. Потрібно розуміти, що експресія може розглядатися як один рівень, та невід'ємна частини цілісного сприйняття.



## Висновки до другого розділу

Організація дисертаційного дослідження відбувалась у три етапи протягом 2017–2021 рр.: перший етап був з 2017 по 2019 рр. полягав у аналізі теоретично-методичної бази, що надало можливість визначити основну наукову проблематику та способи її вирішення; другий етап дослідження з 2019 по 2020 рр. полягав в емпіричному вивченні особливостей прояву емоційної експресії у представників професій з високим емоційним навантаженням, визначенні складових процесу і перевірці гіпотез; на третьому етапі з 2020 по 2021 рр. проводилася обробка та аналіз отриманих даних, розробка методичних рекомендацій для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до виду реакції.

Для всебічного охоплення досліджуваної теми, було використано такі діагностичні методики: Особистісний опитувач Айзенка ЕРІ який визначає тип темпераменту з урахуванням інтроверсії і екстраверсії особи, а також емоційній стійкості; Методика Акцентуації характеру і темпераменту особи Г. Шмішека, К. Леонгарда; Опитувальник «Індекс життєвого стилю» (LifeStyleIndex, LSI) для діагностики механізмів психологічного захисту; Методика оцінки «емоційного інтелекту» (опитувач EQ) Н. Хола; Опитувальник діагностики професійного вигорання Маслач (MBI) (варіант для медиків); Опитувальник діагностики загального рівня агресивності особи і спрямованості агресії А. Ассингера (1993); Шкала депресії Бека призначена для діагностики депресії і різних її рівнів; Опитувальник САН «Самопочуття. активність. Настрій», В. А. Доскіна, Н. О. Лаврентьєва, В. Б. Шарай і М. П. Мірошникова, 1973 р.; Шкала нервово-психічної напруги (опитувач НПН), розроблена в 1981 році Т.А. Немчиним; Проективна методика фрустраційних реакцій Розенцвейга, призначена для дослідження реакцій на невдачу і способів виходу з ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості.

Також використовувалась *Авторська анкета*, яка спрямована на створення повного особистісного портрету медичного працівника. Складається з 24 питань, які включають питання відкритого та закритого типу, для збору інформації, не лише соціологічного плану, а й для доповнення особистісного портрету медичного працівника.

### **РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЕМОЦІЙНОЇ ЕКСПРЕСІЇ У ПРЕДСТАВНИКІВ ПРОФЕСІЙ З ВИСОКИМ ЕМОЦІЙНИМ НАВАНТАЖЕННЯМ**

#### **3.1. Кількісна та якісна характеристика психоемоційної сфери особистості лікаря та медсестер.**

При порівняльному дослідженні особливостей психоемоційної сфери в групах медиків використовувалась процедура однофакторного дисперсійного аналізу (ANOVA), що надало можливість розраховувати критерій Фішера (F) та виявити його статистичну значущість (p). Вибір даної процедури був обумовлений тим, що ця процедура є параметричним методом математичної статистики. За цим критерієм було виділено показники психоемоційної сфери, які характеризувались статистично значущими розбіжностями ( $p < 0,05$ ).

За допомогою особистісного опитувальника Айзенка ЕРІ, тесту - опитувальника Г. Шмішека, К. Леонгарда, шкали депресії Бека та опитувальника САН та шкали нервово-психічної напруги було проаналізовано розбіжності за складовими особистісного рівня прояву емоційної експресії. На основі аналізу теоретичних даних про прояв емоційної експресії на різних рівнях функціонування особистості, нами виділено такі показники особистісного рівня, як: екстраверсія – інтроверсія, нейротизм; акцентуації характеру (демонстративний, педантичний, застрягаючий, збудливий); акцентуації темпераменту (гіпертимний, дистимічний, тривожно-боязкий, циклотимічний, афективний, емотивний); рівень депресії, когнітивно-афективна субшкала депресії, соматичні прояви депресії; шкала нервово-психічної напруги; самопочуття, активність та настрої. Розбіжності у досліджених медиків за виразністю параметрів означених шкал наведені в таблиці 3.1.

**Розбіжності у досліджених медиків за шкалами особистісного рівня прояву емоційної експресії.**

Показник	Середнє значення в групі лікарів	Середнє значення в групі медичних сестер	Критерій Фішера (F)	Статистична значущість (p)
Шкала нервово-психічної напруги	45,87	48,00	9,797	0,002
Самопочуття	44,93	52,41	7,267	0,002
Активність	36,50	33,19	0,164	0,278
Настрій	42,13	39,53	0,584	0,606
Рівень депресії	32,70	30,15	3,248	0,045
Когнітивно-афективна субшкала депресії	19,43	18,22	8,164	0,000
Соматичні прояви депресії;	13,28	11,93	3,559	0,052
Екстраверсія-інтроверсія	10,58	11,02	6,567	0,011
Нейротизм	11,46	12,01	0,887	0,306
Педантичний	11,76	15,4	35,649	0,001
Тривожно-боязливий	32,7	21	31,218	0,001
Збудливий	16,7	9,97	27,526	0,001

Як видно з таблиці 3.1, рівень депресії ( $M = 32,70$ ) є більш характерним для лікарів у порівнянні з медичними сестрами ( $M = 30,15$ ). Враховуючи показник міжгрупової розбіжності за рівнем депресії ( $F = 3,248$ ;  $p < 0,05$ ) можливо зробити висновок, що лікарі, на відміну від медичних сестер, можуть демонструвати різні соматичні «маски» депресії: наявність стійких больових порушень в різних частинах тіла або абдомінальну, вазомоторно-алергічну та вегетативну дисфункцію.

Дані в таблиці 3.1. свідчать, що середньогруповий рівень когнітивно-афективної субшкали депресії є вищим у лікарів, порівняно з медичними сестрами ( $M = 19,43$  - у лікарів,  $M = 18,22$  - у медичних сестер). Отже, враховуючи показник критерію Фішера ( $F = 8,164$ ;  $p = 0,000$ ), можливо

зробити висновок, що у лікарів депресивні переживання часто домінують в структурі особистісних реакцій, що розвивається у респондентів на ґрунті загальної підвищеної психічної втомлюваності та недостатності особистісних ресурсів для подолання стресогенного впливу.

Отримані дані в таблиці 3.1. демонструють, що за середнім показником соматичних проявів депресії ( $M = 13,28$ - у лікарів,  $M = 11,93$  - у медичних сестер) та згідно з критерієм Фішера ( $F = 3,559$ ;  $p < 0,05$ ) патогенез депресивних розладів з соматичними проявами вище у лікарів. Зазвичай, у лікарів такі процеси включають взаємодію та взаємо підкріплення психогенних та соматогенних факторів.

Необхідно підкреслити, щозворотну тенденцію можливо спостерігати за шкалою екстраверсія-інтроверсія ( $M = 10,58$  - у лікарів,  $M = 11,02$  - у медичних сестер), де показник вищий у групі медичних сестер. Отже, за шкалою екстраверсія-інтроверсія, згідно критерію  $F = 6,567$ ;  $p = 0,01$ , медичні сестри, на відміну від лікарів, більше схильні до дій під впливом моменту, що обумовлене їх діяльністю і такими особливостями, як: імпульсивність, запальність, оптимістичність, добродушність та веселість.

Згідно даних таблиці 3.1, також у медичних сестер статистично значущий вищий рівень нервово-психічної напруги ( $M = 45,87$  - у лікарів,  $M = 48,00$  - у медсестер), що підтверджується показником  $F = 9,797$ ;  $p = 0,002$ . Отже, медичні сестри більш схильні до відчуття піднесення, мобілізованості, демонструють підвищення продуктивності діяльності, активізацію когнітивної діяльності на тлі вираженого емоційного підйому, тому в них проявляється активізація соматичних функцій і менш виражена симпатикотонія.

Виявлено, що за шкалою самопочуття статистично значущий вищий рівень у медичних сестер ( $M = 44,93$  - у лікарів,  $M = 52,41$  - у медсестер), що підтверджується показником ( $F = 7,267$ ;  $p = 0,002$ ). Отже, медичні сестри, на відміну від лікарів, мають високий рівень фізіологічної та психологічної

комфортності загального стану, що стосується також напрямку їх думок, почуттів і тощо.

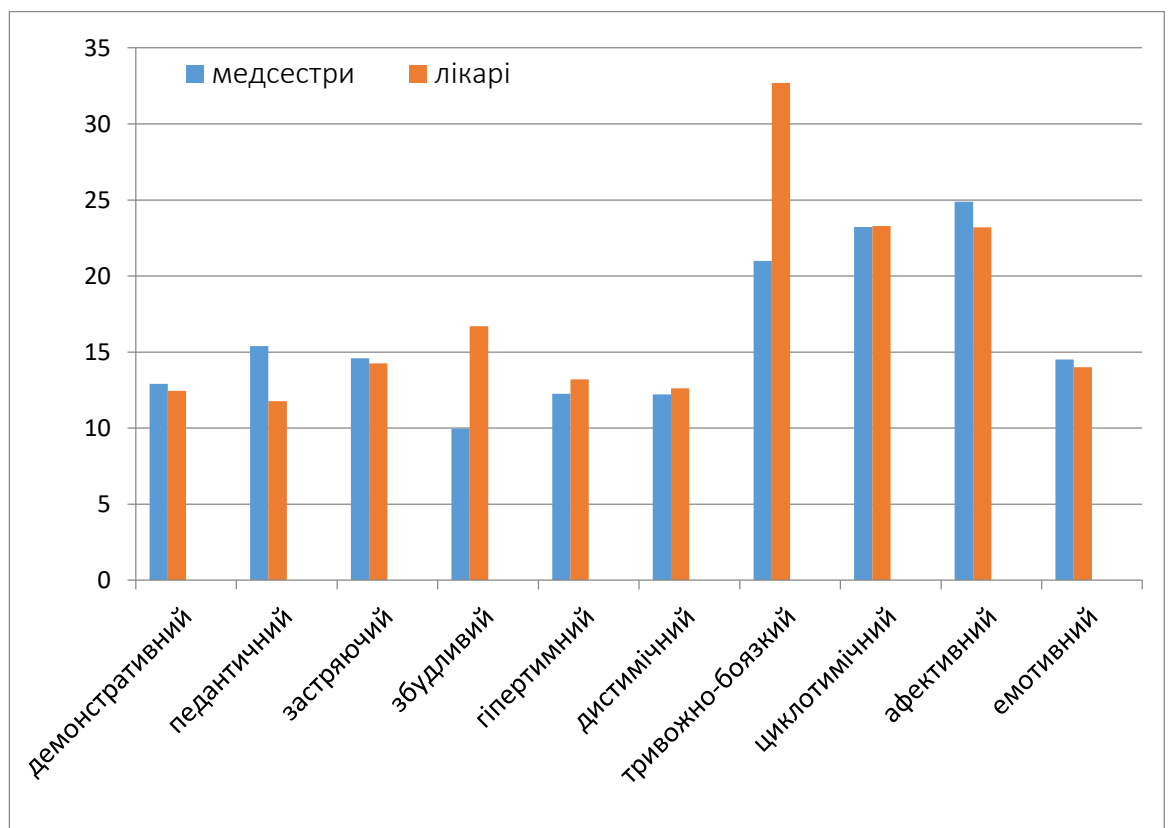
Як свідчать дані, відображені в таблиці 3.1., у групі медичних працівників досить низький рівень педантичності ( $M = 11,76$  - у лікарів та  $M = 15,4$  - у медичних сестер), що підкреслюється виявленою статистично значущою відмінністю ( $F = 35,649$ ;  $p < 0,001$ ). Отже, можна констатувати, що явної схильності до педантичності у лікарів не виявлено, а у медсестер існує певна схильність до цієї акцентуації характеру. Педантичність можна охарактеризувати через ригідність, інертність психічних процесів, тривале переживання подій, що травмують. Педантичний індивід пунктуальний, особливу увагу приділяє чистоті та порядку, скрупульозний, сумлінний, схильний жорстко слідувати плану, усидливий, орієнтований на високу якість роботи.

Результати, представлені в таблиці 3.1. також показують, що рівень прояву збудливого типу акцентуації достовірно вище у групі лікарів, на відміну від медсестер ( $M = 16,7$  та  $M = 9,97$  відповідно), що затверджує критерій Фішера ( $F = 27,526$ ;  $p < 0,001$ ). Отже, у лікарів існує певна схильність до збудливого типу акцентуації характеру, що проявляється підвищеною імпульсивністю, похмурістю, гнівливістю, дратівливістю. Також можна говорити про середній рівень з низькою контактністю у спілкуванні, уповільненістю вербальних та невербальних реакцій, великоваговістю вчинків.

Аналіз психологічних характеристик медсестер та лікарів також показав, що в обох групах досліджуваних характерна наявність виражених акцентуацій за тривожно-боязливим типом ( $M = 32,7$  у лікарів та  $M = 21$  у медсестер). Цей тип акцентуації характеру у лікарів зустрічається частіше, ніж у групі медсестер ( $F = 31,218$ ;  $p < 0,001$ ). Щодо розподілу інших типів акцентуації характеру лікарів, достовірних відмінностей у порівнянні з групою медсестер, загалом, немає.

Таким чином, у медсестер вище проявляється рівень екстраверсії та ступінь виразності стану нервово-психічного напруження ніж у лікарів. При цьому спостерігається кращий рівень самопочуття. У лікарів, порівняно з медичними сестрами, найчастіше виявляються симптоми вираженої депресії, яка супроводжується когнітивно-афективними та соматичними проявами. Встановлено, що медичні сестри більш пунктуальні, особливу увагу приділяють чистоті та порядку, скрупульозні, орієнтовані на високу якість роботи. Водночас, у лікарів існує певна схильність до збудливого та тривожно-боязкового типу акцентуації характеру, що проявляється у підвищеній похмурості, гнівливості, дратівливості та постійного знаходження насторожі перед зовнішніми подразниками.

Для більш детального визначення характерних для лікарів та медичних сестер акцентуацій характеру за методикою «Тест - опитувальник Г. Шмішека, К. Леонгарда» в роботі на рисунку 3.1. представлено графік розподілу показників за даним параметром.



**Рис. 3.1** Розбіжності у досліджених медиків за шкалами акцентуації характеру.

Загалом, як показано на рисунку 3.1., в особистісних профілях досліджуваних виявляється підвищення трьох типів акцентуації: тривожно-боязкий, афективний та циклотимічний. Шкала з найбільшим підйомом нами враховувалася як ведуча — нею визначався тип особистісної акцентуації.

Дані рисунку 3.1. свідчать, що найчастіше у медсестер відзначаються акцентуації за типом афективний (46%), циклотимічний (35%), тривожно-боязкий (26%), педантичний (18%), застрягаючий (12%) та емотивний (11%). Значно рідше виявляються акцентуації інших типів. Тоді, як у групі лікарів ознаки акцентуації виявлені за тими ж шкалами, але в іншій ієрархічності: афективний (33%), тривожно-боязкий (28%), циклотимічний (29%), збудливий (22%), застряючий (10%) та емотивний (8%). Таке цікаве поєднання чи комбінування акцентуації показує, що у медичних працівників часто відбувається вибух різноманітних почуттів з різних, навіть не дуже значимих подій. Як лікарі, так і медсестри, характеризуються зміною гіпертимних та дистимних станів, їм властиві часті періодичні зміни настрою, а також залежність від зовнішніх подій можуть мати комунікативні проблеми. Можуть здаватися оточуючим надто імпульсивними і не завжди адекватно реагують на те, що відбувається.

Таким чином, обидві групи досліджуваних показали порівняно низький рівень за шкалами демонстративності, гіпертимності. Згідно з інтерпретацією опитувальника Шмішека, це говорить про нестачу енергії (у тому числі для вирішення проблем, активної діяльності тощо).

Було проаналізовано розбіжності за шкалами міжособистісного рівня прояву емоційної експресії за допомогою методики «Оцінка агресивності у відносинах А. Ассінгера», методики «Індекс життєвого стилю», опитувальника EQ, тесту Розенцвейга та методики на діагностику вигорання Маслач. Проаналізовано такі показники міжособистісного рівня, як: агресивність у відносинах; заперечення, витіснення, регресія, компенсація, проекція, заміщення, інтелектуалізація та реактивне утворення; емоційне виснаження, деперсоналізація, редукція професійних досягнень;



екстрапунітивна спрямованість (E), інтропунітивна спрямованість (I), імпульсивна спрямованість (M). Розглядаючи і аналізуючи окремо показники серед лікарів і медсестер при виявленні рівня емоційного вигорання, можна спостерігати наступну картину.

Таблиця 3.2

**Порівняння середніх значень за шкалами міжособистісного рівня прояву емоційної експресії у двох групах.**

Показник	Середнє значення в групі лікарів	Середнє значення в групі медичних сестер	Критерій Фішера (F)	Статистична значущість (p)
Агресивність в стосунках	38,56	35,52	4,633	0,034
Емоційне виснаження	26,21	24,36	0,810	0,369
Деперсоналізація	13,68	11,36	6,613	0,011
Редукція професійних досягнень	36,49	33,10	9,813	0,002
Заперечення	62,40	60,80	0,453	0,502
Витіснення, придушення	48,71	51,94	5,454	0,030
Регресія	49,06	46,01	1,089	0,298
Компенсація	48,57	49,30	0,038	0,845
Проекція	56,41	55,72	0,043	0,835
Заміщення	29,47	37,73	8,186	0,005
Інтелектуалізація	68,36	66,47	0,634	0,427
Реактивне утворення	60,83	55,00	2,391	0,124
Екстрапунітивна спрямованість (E)	26,14	33,49	5,322	0,023
Інтропунітивна спрямованість (I)	29,38	28,59	0,487	0,809
Імпульсивна спрямованість (M)	43,64	37,83	3,731	0,046

Порівняльний аналіз в таблиці 3.2. прояву шкал міжособистісного рівня емоційної експресії у медичних працівників показав, що агресивність в

стосунках ( $M = 38,56$  – у лікарів і  $M = 35,52$  – у медсестер) значно вище серед лікарів, що логічно підтверджується наведеними вище результатами, про депресію і емоційне вигорання в групі лікарів. Отже, переживання агресивності в стосунках ( $F = 4,633$ ;  $p < 0,05$ ) свідчить, що часто досліджувані можуть вдаватися до агресивних видів реакції, такий лікар вже не може повністю присвятити себе роботі, як це було раніше, знижується його самооцінка, спостерігається зниження настрою з почуттям безнадійності, підвищується рівень тривожності. Можливо, негативне ставлення до пацієнтів сприймається як джерело хронічної психічної травматизації.

Отримані результати в таблиці 3.2. демонструють, що емоційне виснаження найбільш яскраво проявляється у досліджуваних лікарів ( $M = 26,21$  - у лікарів,  $M = 24,36$  - у медсестер), адже в них найбільш розвинені порівняльні показники розвитку фаз емоційного вигорання, в порівнянні з перевіреними медсестрами. Проте ця різниця не має статистичного значення, тому можна констатувати, що лікарі частіше медсестер мають зниження емоційного тону, втрату інтересу до навколишнього середовища.

Водночас, як показано в таблиці 3.2, найнижчі показники були виявлені в фазі деперсоналізації в обох групах досліджуваних ( $M = 13,68$  - для лікарів і  $M = 11,36$  - для медсестер), але існує статистично значуща відмінність у прояві даного показника ( $F = 6,613$ ;  $p < 0,01$ ). Встановлена статистична різниця показує, що лікарі мають більш високий рівень деперсоналізації, а це означає, що емоційне вигорання проявляється в деперсоналізації відносин з іншими людьми: підвищена залежність від оточуючих або, навпаки, негативізм, цинізм установок і почуттів до пацієнтів. У висловлюваннях лікаря про своїх пацієнтів може з'явитися холодне або байдуже ставлення.

Найбільш розвиненою фазою емоційного вигорання у лікарів є фаза редукції професійних досягнень ( $M = 36,49$  для лікарів і  $M = 33,10$  для медсестер). Також за даною фазою встановлено статистично значущу різницю у показниках її прояву між двома групами ( $F = 9,813$ ;  $p < 0,01$ ). Зауважимо,

що дана шкала має зворотний характер, тобто більше значення балів означає менший рівень редукції особистих досягнень. Тому можна відзначити, що медсестри, на відміну від лікарів, мають більший рівень редукції особистих досягнень, вони характеризуються зниженням почуття особистої компетентності і продуктивності. Цей досвід обумовлений нездатністю впоратися з вимогами на роботі і може бути посилений відсутністю соціальної підтримки і можливостей професійного розвитку. Медсестри відчують себе нездатними впоратися з завданнями і вважають, що їх переслідують невдачі на роботі.

Дані таблиці 3.2. показують, що захисний механізм психіки «витіснення» значно вище проявляється у медичних сестер ( $M = 48,71$  - у лікарів і  $M = 51,94$  - у медсестер;  $F = 5,454$ ;  $p < 0,05$ ). У ситуації стресу або складної життєвої ситуації, що спричинена багатогодинною працею з пацієнтами, медсестри частіше, на відміну від лікарів, актуалізують неприйнятне для них зміщення і неприйнятних для них імпульсів: бажання, думки, почуття, що викликають тривогу. Пригнічені імпульси, не знаходячи дозволу в поведінці, тим не менш зберігають свої емоційні і психовегетативні компоненти. Як показали дослідження та клінічний досвід найчастіше витісняються багато властивостей, особистих якостей і дій, які не роблять людину привабливою в своїх очах чи очах оточуючих, наприклад, недобррозичливість, невдячність і тощо.

Також виявлено, що респонденти групи медсестер більш активно використовують его-захист за типом заміщення ( $M = 29,47$  для лікарів і  $M = 37,73$  для медсестер;  $F = 8,186$ ;  $p < 0,001$ ). Ця форма психологічного захисту в літературі часто позначається поняттям «заміщення». Дія цього захисного механізму проявляється в розряді пригнічених емоцій (зазвичай ворожості, гніву), які спрямовані на предмети, які становлять меншу небезпеку або більш доступні, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття. У більшості випадків заміщення вирішує емоційну напругу, що виникла під впливом фруструючої ситуації, але не призводить до полегшення. У цій ситуації

респонденти можуть здійснювати несподівані, часом безглузді дії, які знижують внутрішню напругу.

Згідно з даними таблиці 3.2., на відміну від медсестер, в фруструючій ситуації лікарі частіше показують імпульсивну форму емоційної експресії (М) (М = 43,64- у лікарів, М = 37,83 – у медичних сестер; F = 3,731; p = 0,046), тобто здорову форму емоційного контенування. Такі люди сприймають стресову ситуацію як щось неминуче, подолане з плином часу, звинувачуючи інших або себе відсутні.

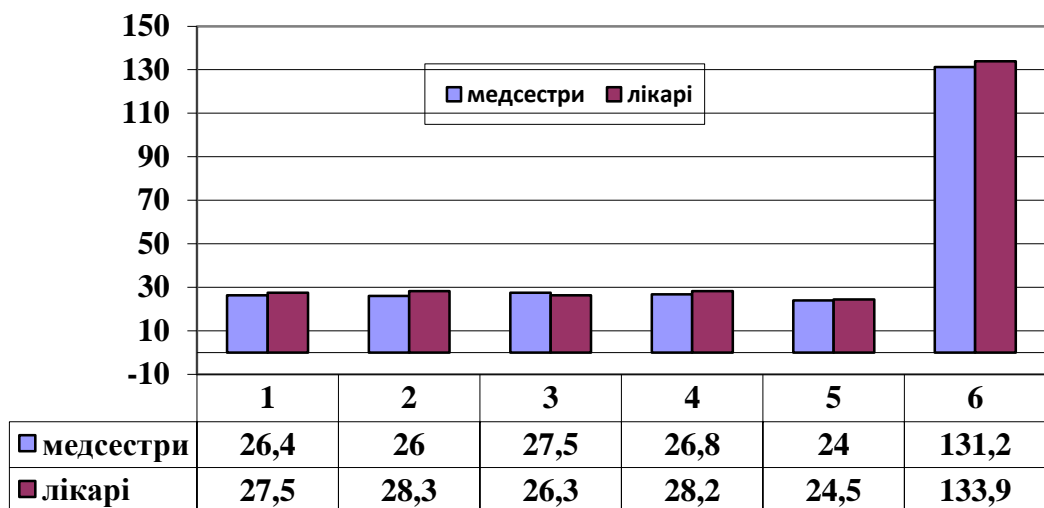
Результати аналізу також показують, що, медсестри на відміну від лікарів, частіше демонструють екстрапульсивну спрямованість емоційної реакції (Е) (М = 26,14 у лікарів, М = 33,49 у медсестер; F = 5,322; p = 0,023). В напруженій стресовій або фруструючій ситуації, реакція респондентів спрямована на зовнішнє середовище, медсестри схильні емоційно звинувачувати зовнішні обставини або навколишнє середовище.

Кількісний аналіз показників захисних механізмів також встановив, що вираженість активності окремих шкал адаптивної системи реагування в порівнянних групах медсестер і лікарів відрізняється. У системі адаптивних реакцій медсестер активні такі механізми захисту: інтелектуалізація (М = 66,47), заперечення (М = 60,80), проекція (М = 55,72), реактивне утворення (М = 55), зміщення (М = 51,94) і компенсація (М = 49,30).

В системі адаптивних реакцій медсестер, що дозволяє знижувати тривожність, забезпечує цілісність «Я-концепції» і стійкість самооцінки завдяки утриманню відповідності між уявленнями про навколишній світ і уявленнями про себе, активними є наступні механізми захисту: інтелектуалізація (М = 66,47), заперечення (М = 60,80), проекція (М = 55,72), реактивне утворення (М = 55), витіснення (М = 51,94) и компенсація (М = 49,30). Тоді як, для респондентів групи лікарів найбільш актуальними є такі егопротекції, як інтелектуалізація (М = 68,36), заперечення (М = 62,40), реактивне утворення (М = 60,83), проекція (М = 56,41) і регресія (М = 49,06).

Таким чином, статистичний аналіз показує, що в групі лікарів і медсестер переважають особи з орієнтацією на неконструктивних механізмах егопротекції (заперечення, проєкція, реактивне утворення). За характеристиками цих механізмів, поведінку медичних працівників можна охарактеризувати як підвищено агресивну, в тому числі з елементами аутоагресії, нездатності протистояти стресу силою власного «Я». Аналіз даних дозволяє зробити наступний висновок: у лікарів з високими показниками з того чи іншого боку вигорання суб'єктивно проявляється відчуттям психічного виснаження, в результаті чого знижується ефективність професійної взаємодії як з колегами, так і з пацієнтами.

На наступному етапі дослідження результати діагностики вивчалися за допомогою методики «Емоційного інтелекту» Н. Хола. Виявлено, що інтегративний рівень емоційного інтелекту в загальній групі медичних працівників відповідає середньому діапазону значень. Середні значення показників методики «Емоційний інтелект» окремо в групі лікарів та медсестер наглядно представлені на рисунку 3.2.



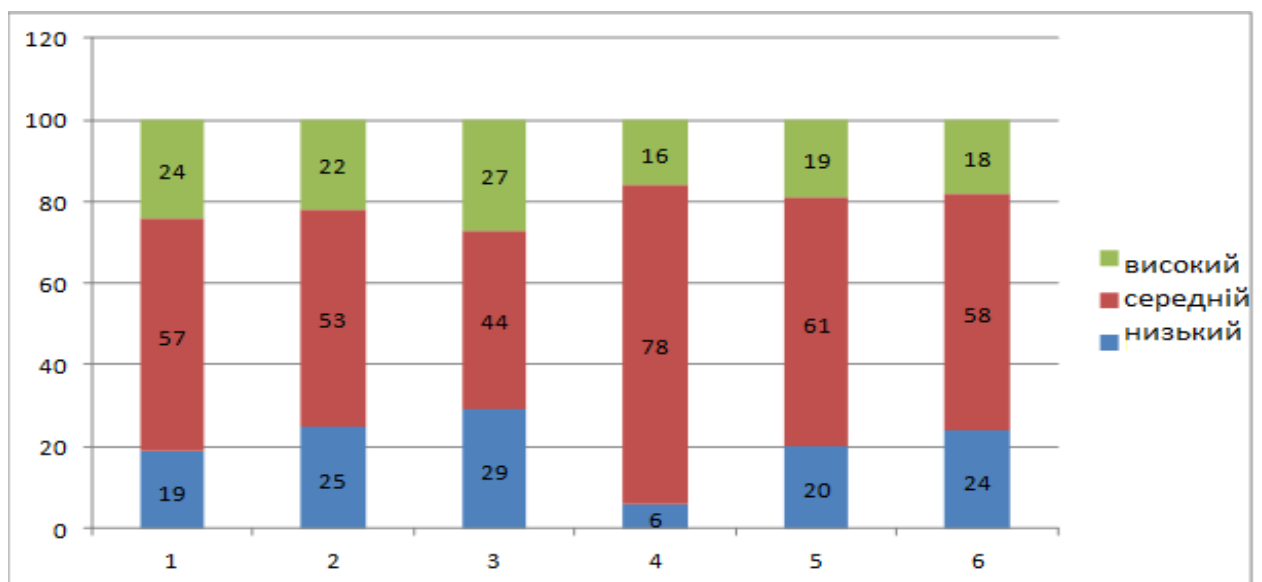
*Примітка: 1 - Емоційна обізнаність; 2 - Управління своїми емоціями; 3 - Самомотивація; 4 - Емпатія; 5 - Розпізнавання емоцій інших людей; 6 - Інтегративний рівень емоційного інтелекту.*

**Рис. 3.2. Розбіжності показників у респондентів – лікарів та медсестер за методикою діагностики емоційного інтелекту (EQ) Н. Холла (n = 219).**

Як показано на рисунку 3.2, рівні емоційного інтелекту медичних працівників змінюються за ступенем вираженості. Аналіз результатів діагностики емоційного інтелекту показав, що статистично значущих відмінностей в загальному рівні емоційного інтелекту між підгрупами лікарів і медсестер не виявлено ( $p > 0.1$ ). Проте виявлено, що медсестри і лікарі відрізняються проявом здатності керувати своїми емоціями ( $F = 7,53$ ;  $p < 0,01$ ), ( $M = 26,00$  для медсестер і  $M = 28,3$  для лікарів) і рівнем емпатії ( $M = 26,8$  для медсестер і  $M = 28,2$  для лікарів).

У порівнянні з медсестрами, лікарі більшою мірою здатні не застрягати на негативних переживаннях, керувати ними, викликати і підтримувати бажані емоції і тримати небажані під контролем, а також більш точно розуміти емоційні переживання пацієнтів та інших людей.

Загальні результати дослідження емоційної проінформованості, управління своїми емоціями, розпізнавання та управління емоціями інших людей, емпатії, самомотивація та загального рівня емоційного інтелекту у лікарів за методикою Н.Холла представлено на рисунку 3.3.



*Примітка: 1- Емоційна обізнаність; 2 -Самомотивація; 3 - Управління своїми емоціями; 4 - Емпатія; 5 - Розпізнавання емоцій інших людей; 6- Інтегративний рівень емоційного інтелекту.*

**Рис. 3.3** Загальні результати діагностики емоційного інтелекту у лікарів за методикою Н. Холла.

Виходячи з отриманих даних на рисунку 3.3, можна відзначити, що в цілому, за вибіркою лікарів і медсестер, шкали емоційного інтелекту розподілялися наступним чином: «емоційна свідомість», «самотивація», «емпатія», «розпізнавання чужих емоцій» знаходяться в діапазоні середніх значень, а «управління своїми емоціями», емоційна гнучкість в діапазоні низьких значень.

За шкалою «Емоційна обізнаність», яка проявляється в усвідомленні і розумінні своїх емоцій, високий рівень був виявлений у 24% респондентів, тобто такі досліджувані більш обізнані, ніж інші, про свій внутрішній стан. У 57% зазначений середній рівень та 19% респондентів мають низький рівень вираженості емоційної обізнаності, що вказує на середню або низьку здатність респондентів на розпізнавання і розуміння їх настрою, емоцій і спонукань, а також їх вплив на інших людей (партнерів по спілкуванню, пацієнтів).

Слід також зазначити, що показники самотивації, яка виявляється в управлінні своєю поведінкою через управління емоціями, знаходяться на високому рівні у 22% досліджуваних, у 25% - низькому рівні, а в 53% - середній рівень вираженості.

Низький рівень самотивації виявлений в  $\frac{1}{4}$  частині вибірки, вказує на те, що у медичних працівників низька внутрішня мотивація до виконання діяльності і самодисципліни, занижена наполегливість в досягненні поставлених цілей.

Найбільш розвиненим аспектом емоційного інтелекту медичних працівників є емпатія. Середній рівень вираженості визначено у 78% респондентів, а це означає, що вони мають достатню здатність емоційно реагувати на переживання іншого. У своїй більшості ці люди високо чутливі до переживань других осіб, здатні до безпомилкового розпізнавання емоційних станів оточуючих і частіше за все здійснюють адекватні ситуації, емпатичні дії та вчинки. Проте в деяких випадках можлива бездіяльність.

Високий рівень емпатії в цій вибірці досить виражений у 16% респондентів, тобто такі респонденти мають високий рівень емоційної реакції на переживання інших людей, що проявляється в співпереживанні і співчутті.

Можна відзначити, що більшість медичних працівників готові прийняти таку емоційну реакцію на переживання іншої людини. Лише у 6% медичного персоналу рівень емпатії виражений недостатньо, низький рівень.

Згідно даних рисунку 3.3., можна зазначити, що у 61% респондентів виявлено на середньому рівні вираженість розпізнавання емоцій інших осіб, тобто вміння ідентифікувати не лише свої емоції, але емоції пацієнта: здатність впливати на емоційний стан інших осіб, надавати підтримку в необхідний період часу.

Одна п'ята респондентів (20%) демонструють низький рівень розуміння емоцій, що свідчить про складності в розпізнаванні емоційного переживання у іншої особи (важко визначати емоції іншої особи).

Отримані дані на рисунку 3.3. свідчать, що управління своїми емоціями, тобто емоційна відхідливість, емоційна гнучкість і пластичність, на середньому рівні визначено у 44% респондентів, а низький рівень такої шкали був встановлений у 29% респондентів.

Таким чином, у медичних працівників виявлений:

– середній рівень здатності розпізнавання і розуміння їх настрою, емоцій і спонукань, а також їх впливу на інших людей; низька внутрішня мотивація до виконання діяльності і самодисципліни, занижена наполегливість в досягненні поставлених цілей;

– достатньо розвинена здатність емоційно реагувати на переживання іншого тобто вміння ідентифікувати не лише свої емоції, але емоції пацієнта;

– добре розвинені емоційна відхідливість, емоційна гнучкість і пластичність.



### 3.2 Аналіз специфіки психоемоційного напруження медичних працівників з урахуванням статевих факторів та медичного стажу роботи.

На наступному етапі аналізу емпіричних даних дисертаційного дослідження нами проводилося порівняння вираженості показників особистого і міжособистісного рівня емоційної експресії в групі чоловіків і жінок, а також були розглянуті відмінності показників серед медичних працівників з різним досвідом роботи.

Для міжгрупових порівнянь використовувався непараметричний критерій Манна-Уїтні, який дозволяє при розподілах, відмінних від нормального закону визначити суттєві відмінності, коли параметричні критерії їх не розкривають. Критерій Манна-Уїтні призначений для оцінки відмінностей між двома незалежними вибірками за рівнем будь-якої ознаки, кількісно вимірюваного. У таблиці 3.3. представлені для інтерпретації тільки ті відмінності, коли значення критерію Манна-Уїтні були статистично значущими на рівні  $p < 0,05$ .

Таблиця 3.3.

#### Статистичні розбіжності у шкалах механізмів захисту, професійного вигорання, САН та спрямованості емоційної реакції у групах жінок та чоловіків

Шкали	Середній ранг		U- критерій МаннаУїтні	Рівень стат. значим. (P)
	Жінки	Чоловіки		
Витіснення	90,95	73,46	2463,0	0,030
Реактивне утворення	90,84	74,5	2687,0	0,033
Деперсоналізація	74,9	108,8	1858,0	0,000
Редукція особистих досягнень	75,2	106,3	1905,0	0,000
Депресія	44,8	57,9	1152,0	0,025
Когнітивно-афективна субшкала депресії	40,8	63,3	678,0	0,000
Самопочуття	57,8	40,7	808,5	0,004
Настрій	61,4	36,3	607,5	0,000
Імпунітивна спрямованість (M)	61,3	48,5	854,0	0,001

Як вказано в таблиці 3.3, встановлено, що не за всіма показниками психоемоційної сфери особистості лікаря існують відмінності за статевими групами. Показники механізмів захисту витіснення ( $U = 2463,00$ ;  $p = 0,030$ ) і реактивне утворення ( $U = 2687,0$ ;  $p = 0,033$ ) значно вище в групі жінок ( $M = 90,95$  у порівнянні з  $M = 73,46$ , і також  $M = 90,84$  в порівнянні з  $M = 75,5$ ). Також у жінок-лікарів, на відміну від лікарів-чоловіків, значно вищі показники самопочуття ( $U = 808,5$ ;  $p = 0,004$ ), настрою ( $U = 607,5$ ;  $p = 0,000$ ) і імпульсивна спрямованість ( $M$ ) ( $U = 854,0$ ;  $p = 0,001$ ).

У свою чергу, лікарі-чоловіки демонструють значно високі показники за шкалою депресивності і емоційного вигорання. На відміну від жінок, чоловіки мають більш високий рівень деперсоналізації ( $U = 1858,0$ ;  $p = 0,000$ ), депресії ( $U = 1152,0$ ;  $p = 0,025$ ) і когнітивно-афективною субшкалою депресії ( $U = 678,0$ ;  $p = 0,000$ ).

Для вивчення гендерно-рольових відмінностей в емоційному інтелекті було проведено порівняння показників чоловіків і жінок (t-критерій Стьюдента). Результати аналізу показали вагомі відмінності за загальним рівнем емоційного інтелекту між чоловіками та жінками ( $p < 0,1$ ), а також за окремими шкалами ЕІ (см. табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Вагомі відмінності в шкалах емоційного інтелекту в групах чоловіків та жінок**

Шкали ЕІ	Середні і стандарт. відхилення		t – крит. Стьюдента	p ≤
	Жінка M±m	Чоловік M±m		
Емоційна обізнаність	27,45±7,05	24,1 ±6,08	3,95	0,001
Самотивація	27,05±5,81	24,38±4,45	2,33	0,011
Управління своїми емоціями	23,15±6,09	24,09±5,16	0,75	0,416
Емпатія	28,65±8,67	26,46±5,32	2,976	0,052
Розпізнавання емоцій інших людей	26,14±7,38	26,52±5,05	0,78	0,362
Інтегративний рівень емоційного інтелекту	131,15±33,8	128,32±25,6	2,74	0,027

Виходячи з даних, представлених в таблиці, можна зазначити, що загальний показник емоційного інтелекту у жінок значно вище, ніж у чоловіків ( $p < 0,027$ ), що свідчить про те, що вони мають когнітивну обізнаність, розуміння емоцій і почуттів іншої людини, у жінок більш виражена, ніж у чоловіків чутливість до внутрішніх станів інших людей.

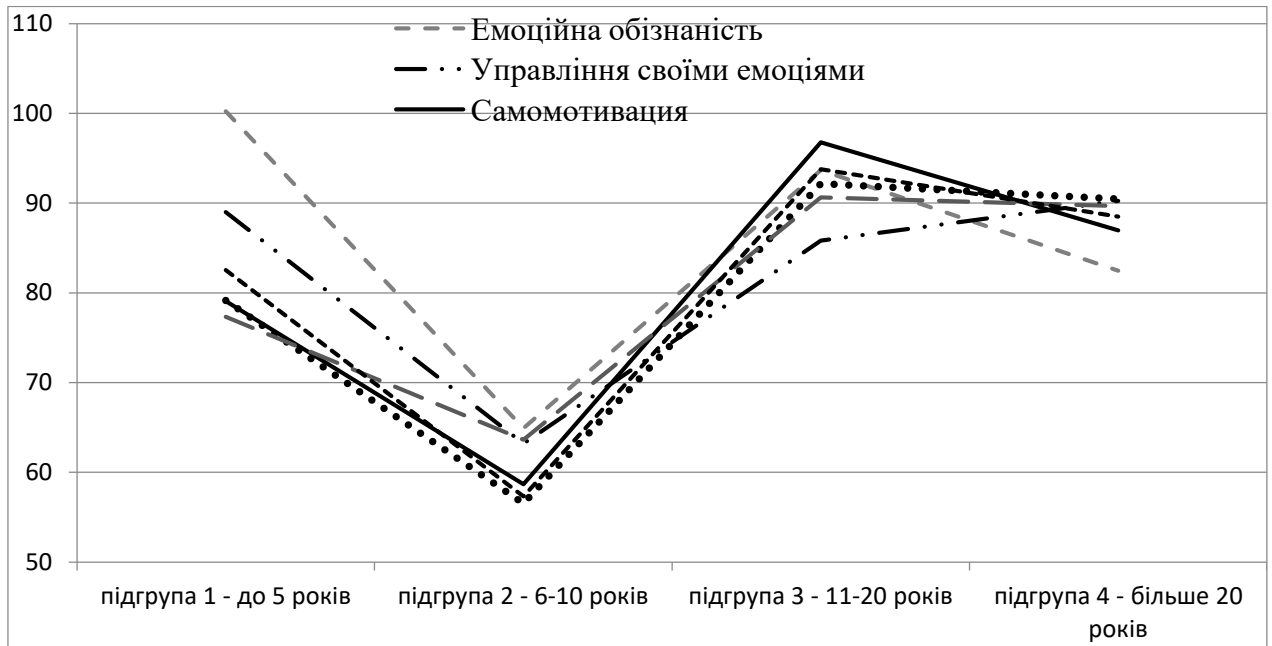
Порівняльний аналіз вираженості окремих шкал ЕІ виявив наступні тенденції: рівень емоційної свідомості, емпатії та самомотивації у жінок значно вищий, ніж у чоловіків ( $p < 0.001$  та  $p < 0.01$ ). Отримані результати можна пояснити тим, що зазначені ознаки емоційного інтелекту, будучи соціально детермінованими, в українському суспільстві, більше пов'язані з проявом соціальних ролей жінок. Жінки дізнаються все раніше і більше про свої емоції і почуття і почуття інших людей, а також, слідуючи материнському інстинкту, з дитинства розвивають здатність співпереживати, співчувати - ті якості, які вважаються споконвічно жіночими.

Необхідно зазначити, що за статевими групами статистично значущих розбіжностей за параметрами екстраверсії-інтроверсії, нейротизму та агресивності у відносинах не виявлено.

Далі нами було проведено порівняльний аналіз для визначення особливостей досліджуваних параметрів емоційної експерсії особистого та міжособистісного рівня у медичних працівників з урахуванням тривалості медичної практики, досвіду роботи. Для статистичної обробки даних застосовувався критерій Краскала-Уолліса.

Результати порівняльного аналізу особливостей емоційного інтелекту у медичних працівників з різним досвідом роботи наведено на рис. 3.4. Ми припускали, що існують відмінності рівнів емоційного інтелекту медиків з різним стажем роботи в медустановах: медсестри та лікарі зі стажем роботи понад десять років володітимуть вищим рівнем міжособистісного EQ, внутрішньоособистісного EQ та загального EQ, ніж лікарі та медсестри з невеликим стажем роботи (до п'яти років). Вся вибірка була поділена нами виходячи зі стажу роботи співробітників на 4 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 – стаж роботи 11-20 років та підгрупа 4 – медичні працівники зі стажем роботи понад 20 років.



**Рис. 3.4. Результати порівняльного аналізу особливостей емоційного інтелекту у медичних працівників з різним стажем роботи.**

Як видно з рисунку 3.4, 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 розпізнати наявності емоційного переживання у себе чи в іншій людині, що підтверджується низькими показниками за субшкалами «Емоційна поінформованість», «Емпатія» та «Розуміння емоції інших людей». Респонденти цієї групи можуть відчувати труднощі у контролі вираження емоцій через міміку, тобто всі емоції і викликаючи їх почуття в більшості респондентів цієї групи, що називається, написані на обличчі. Також респонденти з трудовим стажем від шести до десяти років зазнають труднощів у допомозі пацієнтові впоратися з тією чи іншою емоцією.

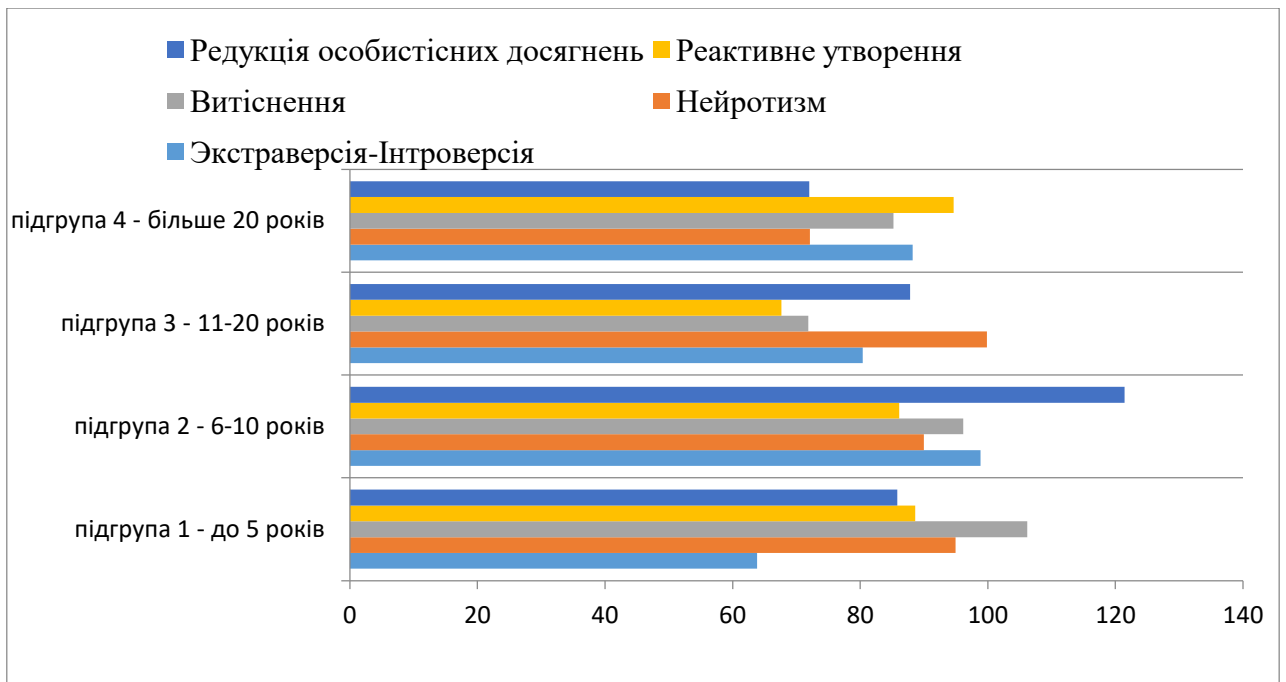
Респонденти підгруп 3 та 4 (з досвідом роботи від 11 до 20 років і більше 20 років), навпаки, показали високі результати за даними шкалами,

що говорить 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 критерію Краскела-Уолліса показали наявність статистично достовірних відмінностей за шкалами: емпатія ( $\alpha=0,015$ ), самомотивація ( $\alpha=0,017$ ), емоційна поінформованість ( $\alpha=0,038$ ) та інтегративний показник EQ ( $\alpha=0,021$ ). Найнижчі значення ці шкали мають у групах медиків із трудовим стажем до 5 і від 6 до 10 років.

Результати порівняльного аналізу інших показників психоемоційних особливостей емоційної експресії, отриманих за методикою Айзенка EPI, опитувальника «Індекс життєвого стилю» (Life Style Index, LSI), опитувальника діагностики професійного вигорання Маслач (MBI), опитувальника діагностики загального рівня агресивності особи і спрямованості агресії А. Ассингера, шкали депресії Бека, опитувальника САН, шкали нервово-психічної напруги, проективної методики фрустраційних реакцій Розенцвейга, представлені на рисунку 3.5 -3.7 показують також наявність достовірних відмінностей у медичних працівників з різним трудовим стажем в медичній сфері.

За результатами обробки даних анкети Айзенка EPI (рис. 3.5) виявлено достовірні відмінності в індивідуально-психологічних рисах особистості у досліджуваних з різним професійним досвідом. Найвищі бали за шкалою екстраверсії - інтроверсії (від 13 до 24 балів) були визначені в підгрупі медиків з досвідом роботи від 6 до 10 років ( $\alpha=0,038$ ), що відповідало екстравертному типу особистості. Найнижчі оцінки за шкалою екстраверсії - інтроверсії (від 0 до 10 балів) були набрані респондентами підгрупи 1, з професійним досвідом менше 5 років, що відповідало інтровертному типу особистості.



**Рис. 3.5. Результати порівняльного аналізу досліджуваних змін у медичних працівників з різним стажем медичної практики**

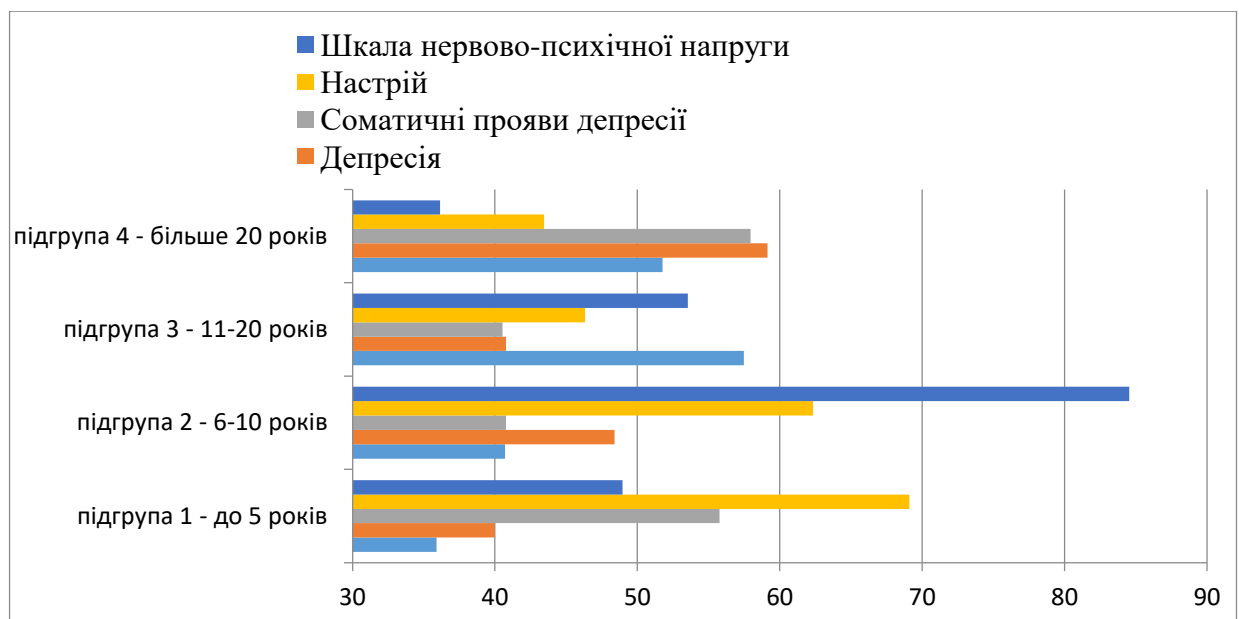
Як показують дані на рисунку 3.5, змінна нейротизму, який є континуумом від нормальної афективної стабільності до її вираженої лабільності, статистично вище в підгрупі медиків з трудовим стажем від 11 до 20 років ( $\alpha = 0,012$ ), а в підгрупі 4 рівень емоційної нестабільності різко знижується.

Дещо іншу динаміку демонструють механізми захисту психіки. Порівняльний аналіз показав, що підгрупа медичних працівників з трудовим стажем роботи менше 5 років має найвищі показники механізму витіснення ( $\alpha = 0,023$ ), а найнижчі показники були виявлені в підгрупі лікарів з трудовим стажем роботи від 11 до 20 років.

Підгрупи 3 і 4 істотно відрізняються за вираженістю механізму реактивного утворення ( $\alpha = 0,020$ ). Реактивне утворення вище в групі медиків з більш ніж 20-річним стажем, а найнижчі показники знаходяться в підгрупі з досвідом роботи від 11 до 20 років. Отриманий результат вказує на те, що лікарі з більш ніж 20-річним досвідом, як правило, запобігають вираженню неприємних або неприйнятних думок, почуттів або дій через

гіпертрофований розвиток протилежних прагнень. Відбувається модифікація внутрішніх імпульсів в їх суб'єктивно зрозумілу протилежність. Наприклад, жалість або турботливість діють як реактивні утворення по відношенню до несвідомої черствості, жорстокості або емоційної байдужості. Цей результат також говорить про те, що лікарям з багаторічним досвідом медичної практики важливо відчувати контроль над іншими людьми.

Слід також зазначити, що етап професійного вигорання - редукція особистих досягнень, значно вище в групі лікарів з більш ніж 20-річним стажем, а найнижчі показники цієї стадії в підгрупі 2, з досвідом роботи від 6 до 10 років ( $a = 0,000$ ). Отримані достовірні відмінності підтверджуються результатами багатьох попередніх досліджень синдрому професійного вигорання медичних працівників.



**Рис. 3.6. Результати порівняльного аналізу показників депресії, агресивності та психічного напруження у медиків з різним досвідом медичної практики**

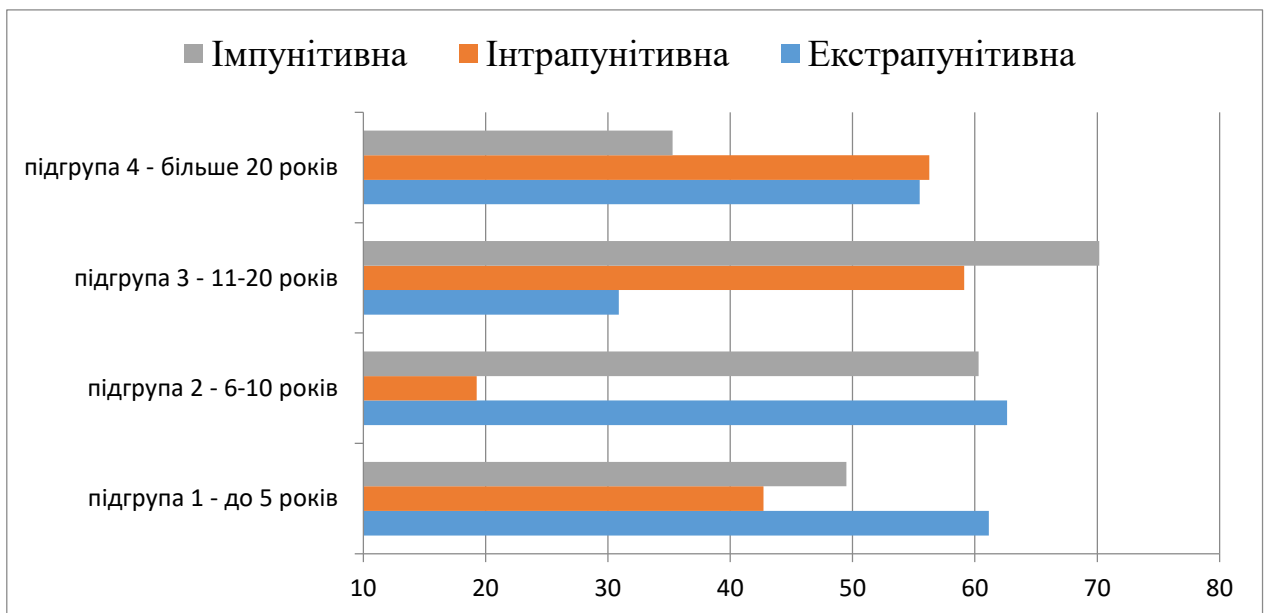
Дані, представлені на рисунку 3.6, вказують на наявність статистично значущих відмінностей в підгрупах медичних працівників з точки зору агресивності у відносинах ( $a = 0,040$ ), депресії ( $a = 0,008$ ) і її соматичних проявів ( $a = 0,034$ ), шкали нервово психічного напруження ( $a = 0,000$ ) і вираженості настрою ( $a = 0,015$ ).

Прояв агресивності у медичних працівників у відносинах з оточуючими має тенденцію до збільшення зі збільшенням трудового стажу. У підгрупі 1 рівень агресивності у відносинах найнижчий, а в підгрупі 3, де стаж роботи становить від 11 до 20 років, досягає свого піку вираженості. Після 20 років роботи прояв агресивності у відносинах знову знижується.

По-іншому проявляється депресія і її соматичні ознаки. Найнижчий рівень депресії відзначається в підгрупі 1 з мінімальним стажем роботи, а в підгрупі 4, з досвідом роботи більше 20 років, він отримує максимальний рівень вираженості. Цей результат підтверджує виявлену тенденцію професійного вигорання і показує, що депресія і професійне вигорання визначаються досвідом роботи.

Також на рис 3.6. видно, що настрої зі збільшенням багаторічної професійної практики в галузі медицини має тенденцію до зниження.

Нами було допущено припущення про вплив тривалості професійної практики на направленість емоційної реакції медичних працівників в ситуації фрустрації або стресу.



**Рис. 3.7. Результати порівняльного аналізу направленості емоційної реакції у лікарів з різним досвідом медичної практики**

Результати порівняльного аналізу, представлені на рисунку 3.7, показують наявність цікавих надійних відмінностей між співробітниками з



малим досвідом роботи і великим. Таким чином, екстрапунітивно-зовнішньоспрямована емоційна реакція показує найвищий рівень в підгрупах 1 і 2, у лікарів і медсестер, які мають досвід роботи до 10 років роботи ( $a=0,000$ ). У підгрупі 3, у лікарів з досвідом роботи від 10 до 20 років, екстрапунітивна направленість знижується до мінімуму.

Варто зазначити, що лікарі та медсестри на старті своєї професійної діяльності частіше направляють негативні реакції на живе та неживе оточення, засуджують зовнішні причини фрустрації, емоційно звинувачують в дискомфорті, що відчувають або позбавленні зовнішніх обставин або оточення.

В свою чергу, інтропунітивна направленість реакції показує найвищі показники в підгрупах 3 і 4 (з досвідом роботи від 10 до 20 років і більше), а в підгрупі 2 (6 - 10 років) має найнижчі показники ( $a=0,000$ ). Інтропунітивна реакція направлена на саму особистість, на себе, з прийняттям провини або відповідальності за виправлення ситуації, фруструюча ситуація не підлягає засудження.

Отже, лікарі і медсестри з досвідом роботи 10 років і більше, частіше приймають фруструючу ситуацію, як сприятливу для себе, реагують з підвищеною самокритичністю, звинувачуючи себе в створеній неприємній ситуації, відчувають провину, яка перетворюється в стан зневіри.

Імпунітивна реакція, за якої фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, з часом, коли звинувачення інших або себе відсутнє, показує найвищі показники у медичних працівників зі стажем від 10 до 20 років ( $a=0,000$ ). Досліджувані підгрупи 3 в ситуації високої психологічної напруги або стресу намагаються вирішити ситуацію, уникаючи прямих звинувачень, як у бік інших так і в свій.

Окреслюючи результати порівняльного аналізу, можна зробити висновок, що стать і трудовий медичний досвід впливають на психоемоційні складові емоційної експресії.

### 3.3. Порівняльний аналіз складових особистісного профілю осіб з різними формами прояву емоційної експресії

На основі результатів факторного аналізу проводився якісний аналіз індивідуально-психологічних складових досліджуваних форм емоційної експресії. Переходячи до проведення факторного аналізу показників психічних, емоційних станів та властивостей особистості медиків трьох груп: групи **Е** (з активною формою емоційної експресії), групи **І** (з реактивною формою емоційної експресії) і група **М**- це респонденти з імпульсивною спрямованістю емоційної реакції (з нейтральною емоційною експресією), ми ставили перед собою мету знайти декілька фундаментальних факторів, котрі пояснювали б більшу частину дисперсії в групі оцінок по різних тестах, що ми застосували в нашому дослідженні. Результати факторного аналізу в групі **Е** містяться в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

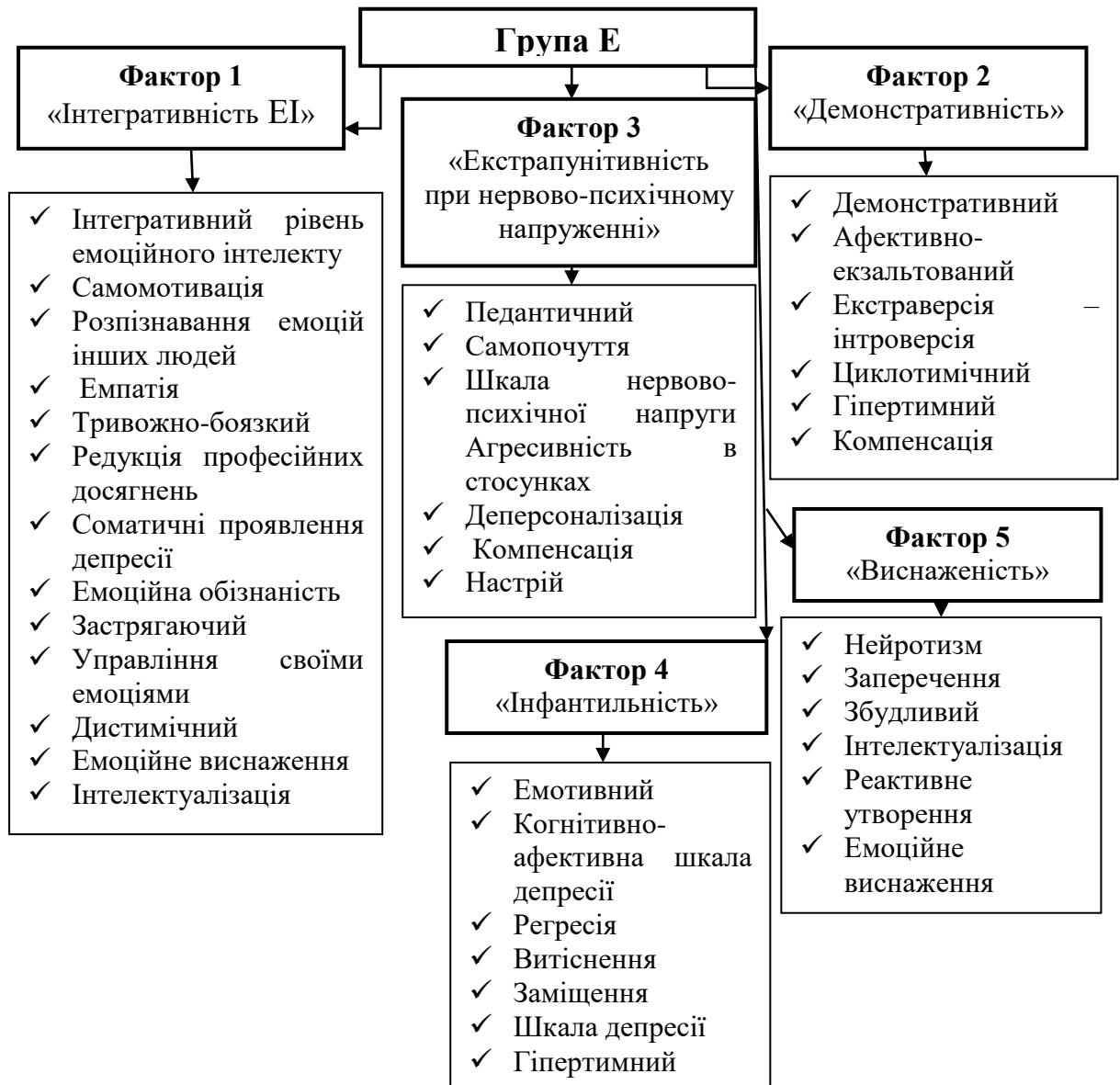
#### Результати факторного аналізу досліджуваних із активною формою емоційної експресії (група **Е**)

Фактор	Виділення чинників		
	Власне число	% поясненої дисперсії	Кумулятивний % поясненої дисперсії
ЕФ1	12,277	29,9%	29,9%
ЕФ2	7,994	19,5%	49,4%
ЕФ3	5,746	14,1%	63,5%
ЕФ4	4,611	11,2 %	74,7%
ЕФ5	3,472	7,7 %	82,4%

Примітка: ЕФ1 – Інтегративність, ЕФ2 – Демонстративність, ЕФ3 - Екстрапунітивність при нервово-психічному напруженні, ЕФ4 – Інфантильність, ЕФ5 –Виснаженість

Отримані результати факторного аналізу в групі досліджуваних із активною формою емоційної експресії (*група Е*) продемонстрували структуру, що склалася із 5 факторів, кожний з яких виявився біполярним і

який пояснює 82,4% дисперсії (див. рис. 3.8). В якості критерію рівня значущості був використаний фактор ваги 0,40. Результати факторного аналізу представлені в Додатку 2.



**Рис. 3.8. Результати факторного аналізу показників в групі досліджуваних із активною формою емоційної експресії (Група Е)**

Зауважимо, що серед отриманих факторів чотири є біполярними, так як вони представлені двома протилежними полюсами, один з яких орієнтований на показники, що характеризують певну якість, з іншого - показники, що характеризують його відсутність або протилежну якість.

Як видно з додатку 2 та на рисунку 3.8, найбільша насиченість, як за показниками, так і за вагою, спостерігається в першому і другому факторах.

До Фактору 1, що пояснює 29,9% загальної дисперсії увійшли показники, які на полюсі позитивних значень виражають всі шкали внутрішньоособистісного і міжособистісного емоційного інтелекту: емоційна обізнаність (0,732), управління своїми емоціями (0,643), самомотивація (0,929), емпатія (0,886), розпізнавання емоцій інших людей (0,899), інтегративний рівень емоційного інтелекту (0,952); які разом з механізмом захисту інтелектуалізації (0,588), симптомом вигорання -редукцією професійних досягнень (0,853), акцентуацією характеру по типу застрячий (0,684) і акцентуацією темпераменту по дистимічному типу (0,627) унеможливають її реалізацію конструктивним способом в процесі емоційної експресії. Якщо додати інформацію про те, що на від'ємному полюсі зосереджені показники акцентуації темпераменту по типу тривожно-боязкий (-0,886), емоційне виснаження (-0,615) та соматичні прояви депресії (-0,813), стає очевидним, що низкий рівень нерішучості, тривожності, відсутність емоційного виснаження і соматичних проявів депресії допомагають процесу розуміння і управління своїми емоціями. Зміст цього фактору також вказує на сильну інтегрованість емоційного інтелекту в переживанні медиками екстрапунітивної направленості емоційної реакції (активна форма емоційної експресії). Отже, перший фактор можливо назвати «Інтегративність EI».

**Фактор 2**, пояснює 19,5% від загальної дисперсії та складається тільки з позитивного полюсу і поєднує ряд показників акцентуації характеру за типом демонстративний(0,905), акцентування темпераменту за типом гіпертимний (0,609), афективний (0,866), циклотимічний (0,714) в поєднанні з екстраверсією (0,847) і механізмом захисту психіки -компенсацією (0,595). Даний фактор умовно можна назвати «Демонстративність».

На полюсі додатних навантажень **Фактору 3** (14,1% від загальної дисперсії) зосереджені показники, які характеризують знеособлення відносин

і агресивність з іншими людьми: деперсоналізацію (0,667), агресивність у відносинах (0,725) і нейропсихічне напруження (0,778), на іншому полюсі цього фактору – показники акцентуації характеру за типом педантичний (-0,908), механізм захисту психіки - компенсація (-0,555), самопочуття (-0,833) і настрою (-0,495). Зміст фактору вказує на те, що активна форма емоційної експресії проявляється в знеособленні відносин з іншими людьми, а цинізм установок і почуттів до пацієнтів може сформуватися у холодне або байдуже ставлення. Водночас, екстрапунітивна спрямованість емоційних реакцій супроводжується високим рівнем нейропсихічного стресу, низьким рівнем настрою і самопочуття. Саме тому даний фактор можливо назвати «Екстрапунітивність при нервово-психічному напруженні».

**Фактор 4** (має 11,2 % загальної дисперсії) об'єднав показники, які також становлять протилежні характеристики психоемоційної сфери особистості медичних працівників у стресовій та напруженій ситуації. До змісту четвертого фактору надійшли показники акцентуації темпераменту за типом емотивний (0,939), механізми захисту витіснення (0,731), регресія (0,751) – на полюсі позитивних навантажень, а також гіпертимний тип акцентуації (-0,581), шкала депресії -афективна шкала депресії (-0,860) та заміщення (-0,646) – на полюсі від'ємних навантажень. Змістове наповнення фактору дозволяє ідентифікувати його як «Інфантильність», яке підтримується низьким рівнем депресії або її відсутністю, також у системі захисних механізмів особистості з екстрапунітивною спрямованістю емоційної реакції може бути відкритий прояв ворожості, гніву до людини, яка може спричинити небажаний конфлікт із цією людиною.

**Фактор 5** пояснює 7,7 % загальної дисперсії та об'єднує такі показники: нейротизм (0,892), збудливий (0,779), емоційне виснаження (0,573), активність (0,502) – на позитивному полюсі. На негативному полюсі відзначається комбінація наступних показників: інтелектуалізація (-0,679), реактивне утворення (-0,639) та заперечення (-0,868). Цей фактор умовно може бути названий «Виснаженість».

Отримані результати факторного аналізу у групі І, яка об'єднала респондентів з інтропунітивним напрямом реакції – реактивною (внутрішньою) формою емоційної експресії, продемонстрували структуру 5 факторної моделі, яка трохи відрізняється за своїм змістом від факторів у групі Е.

Усі сукупності показників є біполярними, представлені як позитивними, і негативними полюсами і пояснюють 94,2% дисперсії (див. таблицю 3.6).

Таблиця 3.6.

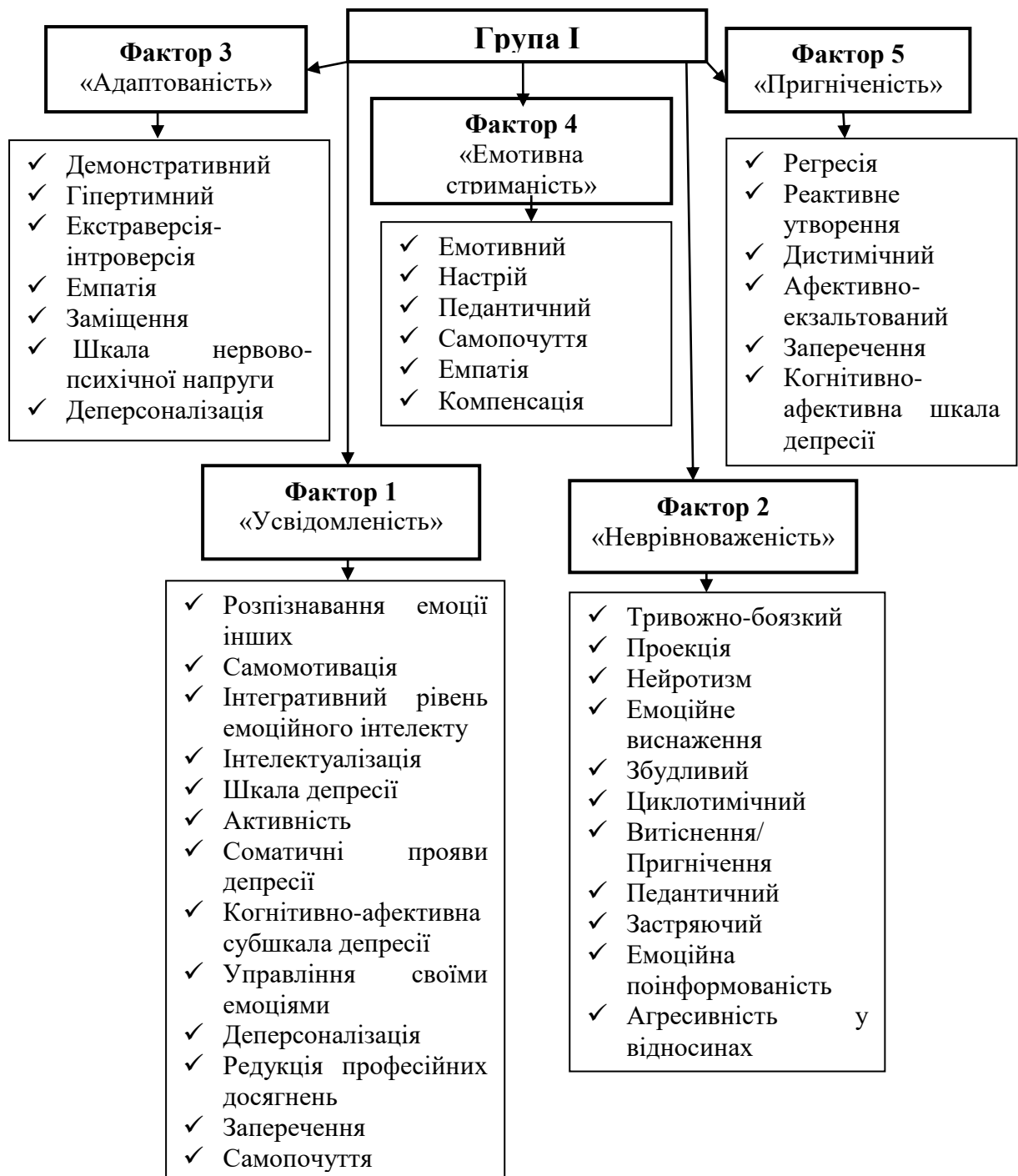
**Результати факторного аналізу досліджуваних із реактивною (внутрішньою) формою емоційної експресії (група І)**

Чинник	Виділення чинників		
	Власне число	% поясненої дисперсії	Кумулятивний % поясненої дисперсії
ІФ1	13,423	32,6%	32,6%
ІФ2	11,156	27,2%	59,8%
ІФ3	6,916	16,9%	76,7%
ІФ4	4,197	10,3%	87,0%
ІФ5	2,346	7,2%	94,2%

Примітка: ІФ1 – Усвідомленість, ІФ2 - Неврівноваженість, ІФ3 – Адаптованість, ІФ4 - Емотивна стриманість, ІФ5–Пригніченість

Після варімакс-обертання матриця факторних навантажень набула такого вигляду (рисунок 3.9 та додаток 3).

Як видно з рисунку 3.9 та додатку 3 **Фактор 1** у групі І (внесок у сумарну дисперсію – 32,6 %) складається зі змінних з амбівалетними виключно статистично значущими навантаженнями – заперечення (0,678), інтелектуалізація (0,887), інтегральний рівень ЕІ (0,886), управління своїми емоціями (0,765), самомотивація (0,943), розпізнавання емоцій інших (0,977),



**Рис. 3.9. Результати факторного аналізу досліджуваних із реактивною (внутрішньою) формою емоційної експресії (група I)**

самопочуття (0,654), активність (0,845) - на позитивному полюсі. На негативному полюсі зосереджено показники деперсоналізації (-0,737), редукція професійних досягнень (-0,728), шкала депресії (-0,870), соматичні прояви депресії (-0,837) та когнітивно афективна шкала депресії (-0,771). Зважаючи на змістовне наповнення, фактор отримує назву «Усвідомленість».

На полюсі позитивних навантажень **Фактора 2** у групі I (внесок до сумарної дисперсії – 27,2%) зосереджені показники, що характеризують особистісну властивість нейротизм (0,896), акцентуацію характеру за типом педантичний (0,701), застряючий (0,684), збудливий (0,7) (0,879), акцентуацію темпераменту за типом тривожно-боязкий (0,969), циклотимічний (0,743), а також механізми захисту психіки – витіснення (0,720) та проєкція (0,928). На негативному полюсі зосереджено показники емоційного інтелекту - емоційна поінформованість (-0,604) та агресивність у відносинах (-0,511). Як бачимо, цей чинник зібрав всі показники, що описують надмірну затримку і стійкість негативних емоцій, підвищену збудливість, дратівливість, агресивність, неспроможність контролювати свої емоції та гнівну поведінку. Така неврівноваженість нервово-психічних процесів, а також лабільність вегетативної нервової системи супроводжується механізмом витіснення думок, почуттів і бажань, що викликають тривогу і психотравмувальну дію. **ІФ2** можна назвати «Неврівноваженість».

**Фактор 3** у групі I (16,9% загальної дисперсії) об'єднав показники, які представляють характеристики екстраверсії-інтроверсії (0,762), емпатії (0,694), механізму захисту заміщення (0,676), акцентуацію характеру за типом демонстративний (-0,947), акцентуацію темпераменту гіпертимний (-0,957), емоційне вигорання за типом деперсоналізації (-0,450) та шкалою нервно-психічної напруги (-0,545). Даний фактор зібрав всі показники, що вказують на потребу у спілкуванні, хорошу пристосованість до середовища, відкритість у почуттях, чуйність, життєрадісність, а також недостатній самоконтроль, імпульсивність. Основною формою захисту психіки від емоційного напруження, що виникло під впливом фруструючої ситуації є заміщення, перенесення гніву на менш небезпечний суб'єкт чи об'єкт. Умовно цей фактор можна назвати «Адаптованість».

**Фактору 4** у групі I (10,3 % загальної дисперсії) складається лише з позитивного полюса та об'єднав ряд показників акцентуації характеру за



типом педантичний (0,686), акцентуацію темпераменту за типом емотивний (0,973), захисний механізм психіки – компенсація (0,507), стан настрою (0,740) та самопочуття (0,613) та схильність до емпатії (0,542). Аналіз згрупованих показників показує, що їхнє об'єднання обумовлено тим змістом ознак, який представляє характерологічний паттерн пунктуальності, високого самоконтролю, підвищеного порога чутливості та здатності до емпатії. Ці особливості підкріплені когнітивно складним захисним механізмом стримування негативних почуттів щодо реальної або уявної втрати, нестачі. Отримані дані дозволяють позначити цей фактор як «Емотивна стриманість».

**ІФ5 або Фактор 5** у групі I (7,2% внесок у загальну дисперсію) зібрав усі показники, що характеризують акцентуацію темпераменту за типом дистимічний (0,741), захисний механізм гіперкомпенсацію (реактивнеутворення) (0,893), когнітивно-афективну субшкалу депресії (0,541); на протилежному полюсі примітивний механізм захисту – регресія (-0,913), заперечення (-0,586) та акцентуація темпераменту за типом афективно-екзальтований (-0,620). Ці пункти описують психоемоційний стан заснований на зниженому настрої, пасивності, схильності до депресії з когнітивно-афективними ознаками. Така особистість запобігає висловлюванню неприємних чи неприйнятних для людини думок, почуттів чи вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Іншими словами, відбувається хіба що трансформація внутрішніх імпульсів і суб'єктивно розуміється їх протилежність. Зміст цього чинника дозволяє умовно назвати його «Пригніченість».

Факторний аналіз показників психоемоційних складових емоційної експресії у третій групі респондентів (група М) з імпульсивною спрямованістю емоційної реакції, виявив, що наповнення 5 факторної моделі, як і в попередніх групах, характеризується позитивним та негативним полюсом. За графіком власних значень визначено загальну кількість факторів, тут знову ж таки 5 (таблиця 3.7), чим пояснено 80,5% сумарної дисперсії.

Таблиця 3.7.

**Результати факторного аналізу досліджуваних із нейтральною емоційною експресією (група М)**

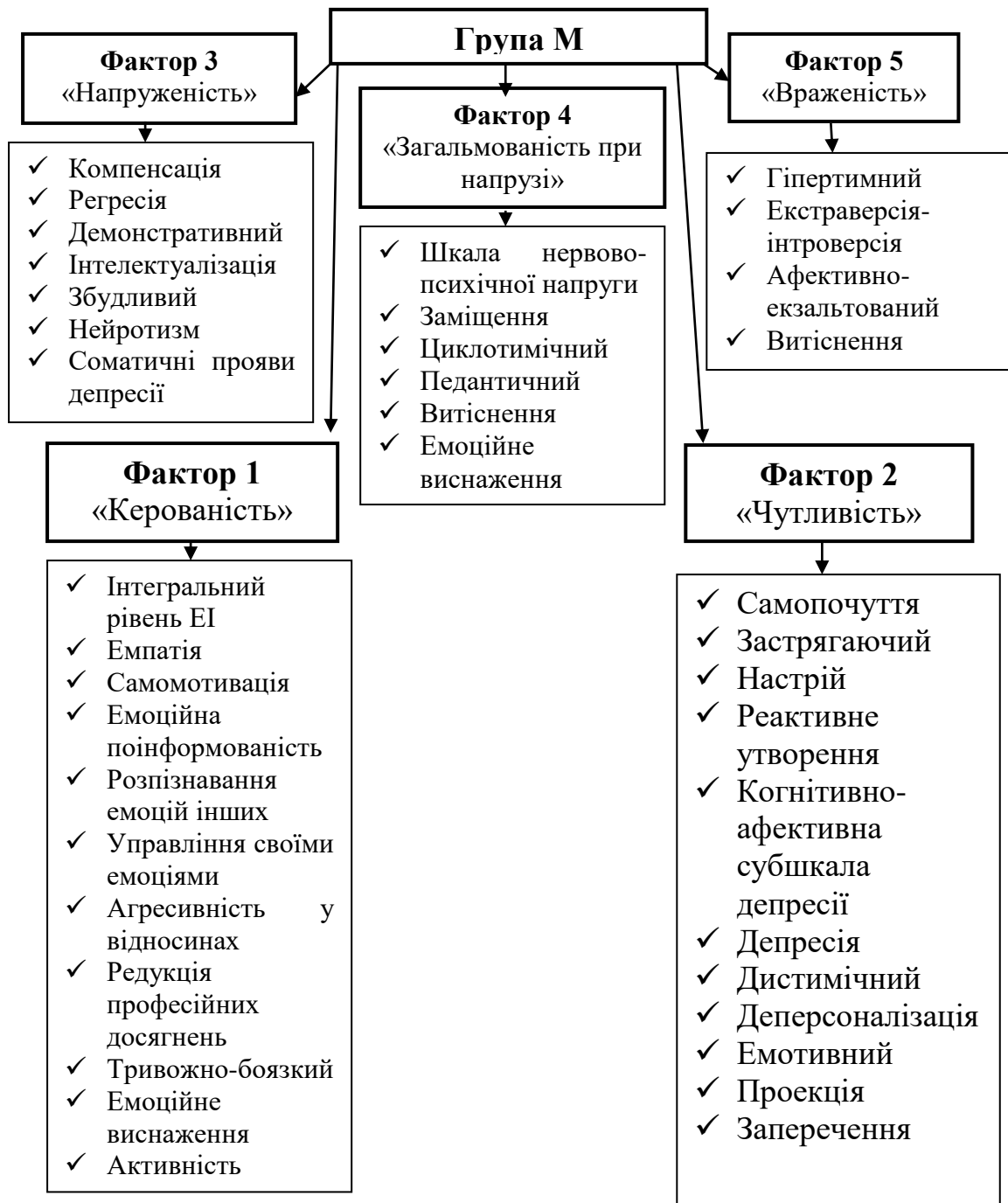
Чинник	Виділення чинників		
	Власне число	% поясненої дисперсії	Кумулятивний % поясненої дисперсії
МФ1	12,658	30,9 %	30,9 %
МФ2	9,716	23,7 %	54,6%
МФ3	4,127	10,1%	64,6%
МФ4	3,747	9,1%	73,8%
МФ5	2,557	6,2%	80,0%

Примітка: МФ1 – Керованість, МФ2 – Чутливість, МФ3 – Напруженість, МФ4 – Загальмованість при нарузі, МФ5 – Враженість

Результати факторного аналізу в групі М представлені на рисунку 3.10 та у додатку 4 показують, що як і в двох двох групах, ми маємо фактори, що характеризуються біполярністю.

Отримані результати факторного аналізу в групі досліджуваних із з нейтральною емоційною експресією продемонстрували наступну структуру:

**Фактор 1** у групі М (внесок до сумарної дисперсії – 30,9 %) охоплює дев'ять змінних із додатними і виключно статистично значущими навантаженнями - емоційне виснаження (0,635), емоційна поінформованість (0,932), управління своїми емоціями (0,858), самомотивація (0,935), емпатія (0,950), розпізнавання емоцій інших (0,929), інтегральний рівень EI (0,96) , активність (0,434), і дві змінні з негативними навантаженнями - тривожно-боязкий (-0,765), редукція професійних досягнень (-0,839). Грунтуючись на змістовності фактору: прояви агресивності, неврівноваженості по відношенню до інших, з потребою позитивно оцінювати себе, свої власні професійні досягнення та успіхи, оптимістично оцінювати свої службові гідності та можливості, його умовно можливо назвати «Керованість».



**Рис. 3.10. Результати факторного аналізу досліджуваних із нейтральною емоційною експресією (група М)**

**Фактор 2** (внесок до сумарної дисперсії – 23,7 %), утворено компонентами зі статистичною значущістю – застряючий (0,803), дистимічний (0,681), емотивний (0,591), заперечення (0,565), проекція (0,572), реактивне утворення (0,728), самопочуття (0,907), настроїв (0,752) навантаженнями. На протилежному полюсі фактор об'єднав когнітивно-

афективну субшкалу депресії (-0,727), деперсоналізацію (-0,649) та депресію (-0,696). Тут поєднання зниженого настрою, схильності до депресії та пасивності, з підвищеною чутливістю, здатністю до емпатії, вразливістю, добросердечністю та надмірною стійкістю негативних емоцій ілюструє особистість із високою напруженістю примітивних механізмів захисту психіки. Це дає можливість ідентифікувати цей фактор як «Чутливість».

До **Фактору 3** (10,1% внесок у загальну дисперсію) увійшли показники, що характеризують особливість лабільної та реактивної нервової системи, нейротизм (0,594), акцентуацію характеру на кшталт демонстративний (0,668), збудливий (0,609), механізми: регресія (0,793), компенсація (0,871) та інтелектуалізація (0,650) – на позитивному полюсі та соматичні прояви депресії (-0,554) – на негативному континуумі. Як бачимо поєднання підвищеної збудливості, емоційної нестійкості, поганої адаптації, схильності до швидкої зміни настроїв з цілеспрямованістю та потребою у постійній увазі з боку оточуючих підкріплюється напруженістю зрілих механізмів захисту психіки та відсутністю соматичних проявів депресії, що вказує на посилення свідомого контролю над переживанням труднощів при імпульсивній спрямованості емоційної реакції. Зміст цього фактора дає можливість назвати його «Напруженість».

**Фактор 4** (9,1% від загальної дисперсії) об'єднав ряд показників з найбільшою вагою: акцентуація на кшталт педантичний (0,686), акцентуація на кшталт циклотимічний (0,740), механізм захисту психіки – витіснення (0,544), заміщення (0,850), шкали психічної напруги (0,854) та емоційне виснаження (-0,508). Таким чином даний фактор представлений психологічними характеристиками особистості, які найбільш тісно пов'язані з примітивними захисними механізмами, підвищеною нервово-психічною напругою, інертністю психічних процесів та загальмованістю у працездатності. Умовно цей фактор може називатися «Загальмованість при нарузі».

У змісті **Фактору 5** (6,2% внесок у загальну дисперсію) увійшли такі показники: екстраверсія-інтроверсія (0,757), гіпертимний (0,839), афективно-екзальтований (0,694) та витіснення (-0,543). Аналіз згрупованих показників показує, що й об'єднання обумовлено тим змістом ознак, що переважно відповідають спрямованості особистості на світ зовнішніх об'єктів, інших людей. Особистість переважно перебуває у збудженому та захопленому стані, з високим рівнем вразливості, психічної активності, оптимізмом, життєрадіснотою та діяльністю. Тому цей фактор був названий «Враженість».

Таким чином, результати факторного аналізу дозволили виявити по п'ять факторів у кожній з досліджуваних груп респондентів, що представляють у максимально узагальненому вигляді сукупність показників, що вивчаються нами. Виявлені комплекси взаємозалежних властивостей та станів дозволяють описати емоційну експресію особистості в ситуації напруги і стресу.

За допомогою факторного аналізу проведено якісний аналіз індивідуально-психологічних складових досліджуваних форм емоційної експресії. З'ясовано, що в групі досліджуваних із активною формою емоційної експресії (група Е), до якої увійшли 29% з усієї вибірки, визначається структура, що склалася із наступних 5 біполярних факторів, яка пояснює 82,4% дисперсії: «Інтегративність ЕІ», «Демонстративність», «Екстрапунітивність при нервово-психічному напруженні», «Інфантильність», «Виснаження».

У групі І, яка об'єднала респондентів з інтропунітивним напрямком реакції – реактивною формою емоційної експресії (26% загальної вибірки), продемонстровано структуру 5 факторної моделі, яка трохи відрізняється за своїм змістом від факторів у групі Е: «Усвідомленість», «Неврівноваженість», «Адаптованість», «Емотивна стриманість» та «Пригніченість». Усі сукупності показників є біполярними, представлені як позитивними, і негативними полюсами і пояснюють 94,2% дисперсії.

Виявлено, що факторна структура показників психоемоційних складових емоційної експресії у групі М, з нейтральною формною емоційної експресії (45% загальної вибірки), представлена також 5 факторною моделлю, що характеризується позитивним та негативним полюсом та пояснює 80,0% сумарної дисперсії: «Керованість», «Чутливість», «Напруженість», «Загальмованість при напрузі» та «Враженість».

### 3.4. Предиктори емоційної експресії медичних працівників: результати кореляційного та регресійного аналізів.

У даному розділі дисертаційного дослідження розглядаються результати кореляційного та регресійного аналізів досліджуваних компонентів, а саме аналізується взаємодія різнорівневих компонентів емоційної експресії: взаємозв'язку між показниками особистісного та міжособистісного рівнів; регресійний аналіз виявлення предикторів активної, реактивної (внутрішньої) і нейтральної форм емоційної експресії

Так, у таблицях 3.8 представлені значні коефіцієнти кореляцій між усіма компонентами особистісного рівня групи медичних сестер.

Таблиця 3.8

#### Кореляційні взаємозв'язки змінних емоційної експресії особистісного рівня групи медсестер

Показники	ЕІ	Н-м	Д	КАС	СПД	С	А	Н	НПН
демонстративний	370**	322**	-528**	-396**	-464**	596**	-318*	499**	
педантичний		385**							453**
застрягаючий		233*	-401**		-536**	439**		349*	
збудливий	330**	654**			-341*		-318*		458**
гіпертимний	471**						-409**		
дистимічний	-392**		-304*						
тривожно-боязкий					-310*		-515**		408**
циклотимічний	241*	514**	-443**		-419**		-403**		669**
афективно-екзальтований							-480**		650**
емотивний			-605**	-697**	-352*	456**		514**	
С			-735**	-679**	-674**				
Н			-666**	-714**	-503**				-408**
А	314*		415**		416**				-372*

## Продовження таблиці 3.8

Показники	ЕІ	Н-м	Д	КАС	СПД	С	А	Н	НПН
ЕІ									-297*
Н-м	- 338**								306*

*Примітка: Тут і в наступних таблицях: 1) позначення \*\* - кореляція достовірна на рівні 0,01, позначення \* - кореляція достовірна на рівні 0,05; 2) нулі та коми опущені; 3) система скорочень: ЕІ - Екстраверсія – інтроверсія, Н-м – Нейротизм, Д – Депресія, КАС - Когнітивно-афективна субшкала, СПД - соматичні прояви депресії, С – Самопочуття, А – Активність, Н – Настрій, НПН - Нервово-психологічна напруга.*

Результати проведеного кореляційного аналізу між усіма компонентами особистісного рівня свідчать, що у більшості випадків спостерігаються значні позитивні та негативні зв'язки на рівні  $p < 0,01$  та  $p < 0,05$  між більшістю показників індивідуально-психологічних особливостей медичних працівників та спрямованості фрустраційних реакцій.

Аналіз результатів, наведених у таблиці 3.8, дозволяє констатувати, що у групі медичних сестер на рівні 1% отримані позитивні кореляції між екстраверсією-інтроверсією, з одного боку та акцентуаціями характеру та темпераменту на кшталт демонстративний ( $r=0,370$ ,  $p < 0,01$ ), збудливий ( $r=0,330$ ,  $p < 0,01$ ), гіпертимний ( $r=0,471$ ,  $p < 0,01$ ) та циклотимічний ( $r=0,241$ ,  $p < 0,05$ ), а також шкалою активності ( $r=0,314$ ,  $p < 0,05$ ) – з іншого. Також спостерігаються значущі негативні кореляції між шкалою «Екстраверсія-інтроверсія» та показниками: дистимічним типом акцентуації темпераменту ( $r = - 0,392$ ,  $p < 0,01$ ) та нейротизмом ( $r = - 0,338$ ,  $p < 0,01$ ). Тобто у медсестер чим нижча емоційна нестійкість, тим більша зацікавленість до зовнішнього світу, іншим людям, чуйність на те, що відбувається навколо.

Аналіз результатів показав також наявність позитивних кореляцій між показниками нейротизму, з одного боку та показниками акцентуації: демонстративний ( $r=0,322$ ,  $p < 0,01$ ), педантичний ( $r=0,385$ ,  $p < 0,01$ ), застряючий ( $r=0,233$ ,  $p < 0,05$ ), збудливий ( $r=0,654$ ,  $p < 0,01$ ) та циклотимічний ( $r=0,514$ ,  $p < 0,01$ ) - з іншого. Одночасно, у групі медсестер, виявлено негативні значущі кореляційні взаємозв'язки на рівні ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) між показником депресії та акцентуаціями характеру на кшталт демонстративний

та застряючий, акцентуації темпераменту за типом дистимічний, циклотимічний та емотивний, а також настрою. Якщо звернутися до змісту показника депресія, то стають зрозумілими взаємозв'язки, що розглядаються. Отже, у групі медсестер за рахунок прояву представлених акцентуацій характеру та темпераменту одночасно відбувається збудження та гальмування різноманітних процесів. Такий механізм відображає емоційну лабільність, яка не дає можливості при напруженій роботі увійти до стану депресії.

Необхідно відзначити, що решта двох субшкал депресії негативно корелюють з деякими типами акцентуації характеру та темпераменту та з показниками САН. Так, когнітивно – афективна субшкала негативно значимо корелює з демонстративним типом акцентуації ( $r = - 0,396$ ,  $p < 0,01$ ), емотивним типом ( $r = - 0,697$ ,  $p < 0,01$ ), з самопочуттям ( $r = - 0,679$ ,  $p < 0,01$ ) та настроєм ( $r = - 0,714$ ,  $p < 0,01$ ). Соматичний прояв депресії виявляє негативні кореляції лише на рівні ( $p < 0,01$ ;  $p < 0,05$ ) з демонстративним, застрягаючим, збудженим, тривожно-боязливим, циклотимічним і емотивним типами акцентуації, і навіть із самопочуттям і настроєм. Отже у групі медсестер домінування демонстративного та емотивного типу акцентуацій та доброго самопочуття, підвищеного настрою не дає можливості сформуватися песимістичній спрямованості, почуттю провини та відчуттю покарання, як результат виникненню огиди до себе, суїцидальних думок та порушенню соціальних зв'язків. Водночас, певна збудженість, боязкість, демонстративність та фіксація на власних почуттях при зміні настрою не допускає виникненню наступних соматичних проблем: втрати працездатності, ваги та лібідо, порушень сну та апетиту, стомлюваність, захоплення тілесними відчуттями.

Крім цього, отримані результати дозволяють відзначити, що виявлено безліч позитивних кореляційних взаємозв'язків, на високому статистично значущому рівні ( $p < 0,01$ ), між шкалою нервово-психічної напруги та типами акцентуації характеру та темпераменту: педантичний, збудливий, тривожно-



боязкий, циклотимічний, афективно-екзальтований та показником нейротизму. Встановлено від'ємний коефіцієнт кореляції між показником нервово-психічної напруги та показниками настрою ( $r = -0,408$ ,  $p < 0,01$ ), активності ( $r = -0,372$ ,  $p < 0,05$ ) та екстраверсією ( $r = -0,297$ ,  $p < 0,05$ ). Отже, у групі медсестер чутливість, збудливість, певні зміни у настрої, мінорність, боязливність та захопленість призводять до нервово-психічної напруги, що знижує рівень активності, пригнічує та формує соціальну відстороненість.

Аналіз кореляційних взаємозв'язків змінних емоційної експресії особистісного рівня групи лікарів показав кореляційну матрицю, що відрізняється за змістом від того, що виявлено у групі медсестер. Результати значних коефіцієнтів кореляцій між усіма компонентами особистісного рівня групи лікарів представлені у таблицях 3.9.

Таблиця 3.9

**Кореляційні взаємозв'язки змінних емоційної експресії  
особистісного рівня групи лікарів**

показники	ЕІ	Н-м	Д	КАС	СПД	С	А	Н	НПН
ЕІ					272*	471**	387**		
демонстративний		310**		310*	-293*				
педантичний		504**				356**			-487**
застрягаючий				-471**			403**	461**	-510**
збудливий		413**	494**	479**	431**				319*
гіпертимний	-228*				-273*			-432**	-075
дистимічний	250*		274*	-209*					-461**
тривожно-боязкий		385**	315*	320*					326*
циклотимічний		537**				-291*			-432**
афективно-екзальтований		340**	-270*					358**	
емотивний		318**			456**		324*		
С	471**		-460**	-432**	-320*			665**	-448**
А				-477**					
Н	387**		-333*	-406**		665**	309*		-351**
НПН			605**	607**	552**				

*Примітка: Тут і в наступних таблицях: 1) позначення \*\* - кореляція достовірна на рівні 0,01, позначення \* - кореляція достовірна на рівні 0,05; 2) нулі та коми опущені; 3) система скорочень: ЕІ - Екстраверсія – інтроверсія, Н-м – Нейротизм, Д – Депресія, КАС - Когнітивно-афективна субшкала, СПД - соматичні прояви депресії, С – Самопочуття, А – Активність, Н – Настрій, НПН - Нервово-психологічна напруга.*

Як показано в таблиці 3.9, існує прямий кореляційний зв'язок між екстраверсією-інтроверсією та дистимічним типом акцентуації ( $r=0,250$ ,  $p<0,05$ ), самопочуттям ( $r=0,471$ ,  $p<0,01$ ) та настроєм ( $r=0,387$ ,  $p <0,01$ ), зворотна кореляція з гіпертимним типом акцентуації ( $r=-0,228$ ,  $p<0,05$ ). На відміну від групи медсестер, у групі лікарів один із показників емоційної стійкості, який бере участь у процесі саморегуляції особистості лікаря – нейротизм, позитивно корелює майже з усіма показниками акцентуації характеру та темпераменту: демонстративний, педантичний, збудливий, тривожно-боязкий, циклотимічний, екзальтований та емотивний на достовірно високому рівні  $p<0,01$ . Отже, та частина у групі лікарів, у якій привалюють інтроверти характеризується серйозністю, низьким рівнем контактності, активності, з розвиненим відчуттям дистанції мають добре самопочуття та підвищений настрій. Водночас, лікарі, які знаходяться у стані постійної зміни настрою, занадто чутливі та збудливі, схильні чимось захоплюватись та емоційно залучатись до певних ситуацій мають підвищений рівень емоційної нестійкості, низький рівень адаптованості та досить нервові.

Прояв депресії та її складових також показує своєрідність участі у психоемоційній системі особистості лікаря. Виявлено, що загальний показник депресії позитивно взаємопов'язаний з акцентуаціями за типом: збудливий ( $r=0,494$ ,  $p<0,01$ ), дистимічний ( $r=0,274$ ,  $p<0,05$ ), тривожно-боязкий ( $r=0,315$ ,  $p<0,05$ ), з нервово-психологічною напругою ( $r= 0,605$ ,  $p<0,01$ ), і негативно корелює з афективно-екзальтованим типом акцентуації ( $r= - 0,270$ ,  $p<0,05$ ), самопочуттям ( $r= - 0,460$ ,  $p<0,01$ ) та настроєм ( $r= - 0,330$ ,  $p<0,05$ ). Необхідно зауважити, що у групі лікарів мінорність, низька контактність, боязкість, збудливість та нервово-психологічна напруга можуть призвести до виникнення різноманітних симптомів стану депресії. При цьому, у стані депресії лікарі втрачають здатність захоплюватися, а також усміхненість, відчуття щастя, радості, знижується рівень самопочуття та виникає пригніченість.

Як видно в таблиці 3.10, когнітивно-афективна субшкала депресії виявляє позитивні значущі зв'язки з демонстративною ( $r=0,310$ ,  $p<0,05$ ), збудливою ( $r=0,479$ ,  $p<0,01$ ), тривожно-боязливою ( $r=0,320$ ,  $p<0,05$ ) направленостями акцентуації та з нервово-психологічною напругою ( $r=0,607$ ,  $p<0,01$ ), а також демонструє негативні значущі зв'язки із застрягаючим ( $r= - 0,471$ ,  $p<0,01$ ) та дистимічним ( $r= - 0,209$ ,  $p<0,05$ ) типами акцентуації, із самопочуттям ( $r= - 0,432$ ,  $p<0,01$ ), настроєм ( $r= - 0,477$ ,  $p<0,01$ ) та активністю ( $r= - 0,406$ ,  $p<0,01$ ). Отже, у групі лікарів низька контактність, мінорний настрій, боязкість, полохливість, невпевненість у собі, демонстративність поведінки, недостатня керованість, постійна нервово-психологічна напруга сприяють формуванню песимістичної спрямованості, почуттю провини та відчуттю покарання, як результат виникненню огиди до себе, суїцидальних думок та порушенню соціальних зв'язків. Зауважимо, що у групі лікарів когнітивно-афективним проявам депресії запобігають помірна контактність, наполегливість у відстоюванні власної точки зору, справедливість, мовчазний стан, серйозність, що підкріплюється добрим самопочуттям, підвищеною активністю та настроєм.

Також виявлено, що показник соматичного прояву депресії позитивно корелює з екстраверсією ( $r=0,272$ ,  $p<0,05$ ), збудливим типом акцентуації ( $r=0,431$ ,  $p<0,01$ ), емотивною акцентуацією ( $r=0,456$ ,  $p<0,01$ ) і з показником нервово-психічної напруги ( $r= 0,552$ ,  $p<0,01$ ), негативно взаємопов'язаний із самопочуттям ( $r= - 0,320$ ,  $p<0,05$ ) та акцентуаціями за типом демонстративний ( $r= - 0,293$ ,  $p<0,05$ ) та гіпертимний ( $r= - 0,273$ ,  $p<0,05$ ). Отже, лікарі з інтровертивною спрямованістю, яким притаманні підвищена збудливість при високому рівні емоційної залученості особливо в стані нервово-психічної напруги схильні до формування соматичних проявів депресії. Проте при наявності демонстративної поведінки, контактності, активності та жвавості у діях, з підвищеним рівнем фізіологічного та психічного комфорту не дає можливості виникнути соматичним проявам депресії.

Згідно з даними таблиці 3.9, показники самопочуття, настрою та активності у групі лікарів виявляють меншу кількість кореляційних зв'язків, ніж у групі медсестер. Самопочуття позитивно взаємопов'язане з екстраверсією, педантичним типом акцентуації характеру та настроєм на рівні значущості  $p < 0,01$ . У свою чергу настрої виявляє позитивні кореляції на рівні  $p < 0,01$  з показниками застрягаючого та афективно-екзальтованого типу акцентуації характеру та негативну кореляцію з гіпертимним типом акцентуації темпераменту. Отже, у групі лікарів їх рівень фізіологічно та психологічно комфортного стану напряму залежить від інтровертивної спрямованості, зниженого або підвищеного настрою та ступенем ригідності, інертності психічних процесів, тяжкістю на підйом, тривалим переживанням подій, що травмують. Водночас, на емоційний фон лікарів впливає ступень їх активності, необхідності залучатися до контактів та підвищеної чутливості до певних ситуацій.

Важливо відзначити, що показник активності у групі лікарів, на відміну від групи медсестер, демонструє позитивні кореляційні зв'язки з екстраверсією ( $r = 0,387$ ,  $p < 0,01$ ), застрягаючим ( $r = 0,403$ ,  $p < 0,01$ ), емотивним ( $r = 0,324$ ,  $p < 0,05$ ) типами акцентуації та з настроєм ( $r = 0,309$ ,  $p < 0,05$ ). У групі медсестер активність виявляє негативні зв'язки із показниками акцентуації характеру та темпераменту. Тоді як у групі лікарів екстравертивна спрямованість з підвищеним рівнем настрою пов'язана з одного боку, схильністю до афектів: емоційністю, чутливістю, тривожністю, балакучістю, боязкістю, глибокими реакціями в області тонких почуттів; та з іншого боку інертністю цих процесів.

Крім цього, отримані результати дозволяють відзначити, що проявляється інакше і нервово-психічне напруження. Там, де у групі медсестер вона виявляє позитивні кореляції, у групі лікарів виявлено безліч зворотних кореляційних взаємозв'язків на високому статистично значущому рівні ( $p < 0,01$ ). Так, встановлений негативний кореляційний зв'язок шкали нервово-психічної напруги з педантичним, застрягаючим, гіпертимним,

дистимічним, емотивним та циклотимічним типами акцентуації. Отже, лікарі з особливостями, притаманними особистостям з даними типами акцентуацій, здатні протистояти формуванню нервово-психічної напруги.

Таким чином, аналіз кореляційних матриць демонструє існування відмінностей у структурі зв'язків між особливостями психоемоційних показників особистісного рівня у медичних працівників із різними посадовими обов'язками. Наведені результати відповідних розрахунків свідчать про статистичну значущість відмінностей між кореляційними матрицями двох груп, лікарів та медсестер.

На наступному етапі дослідження було виявлено взаємозв'язки між показниками міжособистісного рівня емоційної експресії: рівнем емоційного інтелекту медичних працівників, виразністю професійного вигорання, агресивністю у відносинах, механізмами захисту психіки, екстрапунітивною спрямованістю (Е), інтропунітивною спрямованістю (І) та імпунітивною спрямованістю (М). Було проведено кореляційний аналіз окремо у групі лікарів та медсестер із застосуванням коефіцієнта рангової кореляції Ч. Спірмена. Даний метод був використаний, так як розподіл відрізняється від нормального і не всі методики містять інтервальні шкали. У таблиці 3.10 представлені значні коефіцієнти кореляцій між усіма показниками міжособистісного рівня групи медичних сестер.

Таблиця 3.10

**Кореляційні взаємозв'язки змінних емоційної експресії міжособистісного рівня групи медсестер**

Показники	РОД	ЕВ	Д	АВ	І	Е	М
Самомотивація	550**			725**	316*		
Емпатія	600**			705**			
Розпізнавання емоцій інших людей	402**	-251*		652**	314*		
Емоційна обізнаність	551**			584**			
Управління своїми емоціями	246*	-238*	-303*	-370*			
Інтегративний рівень EQ	538**			690**	314*		
Заперечення						-311*	346*

## Продовження таблиці 3.10

Показники	РОД	ЕВ	Д	АВ	І	Е	М
Витіснення				-338*	-599**		
Регресія	-252*				-510**		
Компенсація			-249*	-531**	-323*		
Проекція					-494**		
Заміщення					-335*		
Інтелектуалізація		-240*	-520**		-658**		
Реактивне утворення		-249*		-360*	-454**		
Інтропунітивна спрямованість (І)	373*			414**			
Імпунітивна спрямованість (М)		318*					

*Примітка: Тут і в наступних таблицях: 1) позначення \*\* - кореляція достовірна на рівні 0,01, позначення \* - кореляція достовірна на рівні 0,05; 2) нулі та коми опущені; 3) система скорочень: РОД – Редукція особистих досягнень, ЕВ – Емоційне виснаження, Д – Деперсоналізація, АВ – Агресивність у відносинах, Е – кстрапунітивна спрямованість, І – Інтропунітивна спрямованість, М – Імпунітивна спрямованість.*

Як показано в таблиці 3.10, у групі медсестер існує прямий кореляційний зв'язок між усіма шкалами емоційного інтелекту та редукцією особистих досягнень на рівні 0,01 и 0,05.

Дана шкала має зворотний характер, тобто більше значення балів означає менший рівень редукції особистих досягнень. Такий зв'язок свідчить, що високий рівень самомотивації ( $r=0,550$ ,  $p<0,01$ ), емпатії ( $r=0,600$ ,  $p<0,01$ ), розпізнавання емоцій інших людей ( $r = 0,402$ ,  $p<0,01$ ), емоційної обізнаності ( $r = 0,551$ ,  $p<0,01$ ), управління своїми емоціями ( $r = 0,246$ ,  $p<0,05$ ) та інтегративного рівня емоційного інтелекту ( $r = 0,538$ ,  $p<0,01$ ) у групі медсестер сприяє зниженню рівня редукції досягнень, а значить підвищенню загального оптимізму, віру у свої сили та здатність вирішувати проблеми, що виникають, позитивне ставлення до роботи та співробітників.

Зауважимо, що існує прямий кореляційний зв'язок між показником агресивністю у відносинах і наступними шкалами EQ: самомотивація ( $r = 0,725$ ,  $p<0,01$ ), емпатія ( $r = 0,705$ ,  $p<0,01$ ), розпізнавання емоцій інших людей ( $r = 0,652$ ,  $p<0,01$ ), емоційна обізнаність ( $r = 0,584$ ,  $p<0,01$ ) і інтегративній рівень емоційного інтелекту ( $r=0,690$ ,  $p<0,01$ ). Також виявлено зворотній

кореляційний зв'язок між агресивністю у відносинах та управління своїми емоціями ( $r = -0,370$ ,  $p < 0,05$ ). Можна стверджувати, що медсестри, які більш агресивно виявляються, мають в якості передумов готовність розпізнати емоції інших людей, прояви емпатії, емоційної поінформованості і готовності до безпосереднього прояву емоцій у соціальній взаємодії. Використовуючи кореляційну стратегію, важко сказати, що у цьому є визначальним – схильність до агресивної поведінки чи вплив емоційного інтелекту на поведінку.

Дані таблиці 3.10 свідчать, що виявлено зворотні кореляційні зв'язки між управлінням своїми емоціями та аспектами емоційного вигорання, емоційного виснаження ( $r = -0,238$ ,  $p < 0,05$ ), деперсоналізації ( $r = -0,303$ ,  $p < 0,05$ ), що вказують на поліпшення емоційного стану особистості за високого рівня внутрішньоособистісного інтелекту.

Деяко інакше веде себе інша група показників міжособистісного рівня, зрілі та примітивні механізми захисту психіки: витіснення, регресія, компенсація, інтелектуалізація та реактивне утворення. Існують слабкі зворотні кореляційні зв'язки між шкалами: витіснення та агресивність у відносинах ( $r = -0,338$ ,  $p < 0,05$ ), регресія та редукція особистісних досягнень ( $r = -0,252$ ,  $p < 0,05$ ), компенсація та деперсоналізація ( $r = -0,249$ ,  $p < 0,05$ ), сильний зворотний взаємозв'язок між компенсацією та агресивністю у відносинах ( $r = -0,531$ ,  $p < 0,01$ ), між інтелектуалізацією та емоційним виснаженням ( $r = -0,240$ ,  $p < 0,05$ ), та деперсоналізацією ( $r = -0,520$ ,  $p < 0,01$ ), реактивною освітою та емоційним виснаженням ( $r = -0,249$ ,  $p < 0,05$ ) та агресивністю у відносинах ( $r = -0,360$ ,  $p < 0,05$ ).

Такі взаємозв'язки показують, що звернення до досліджуваних механізмів захисту психіки сприяє редукції емоційного виснаження, поліпшення самооцінки, позитивної оцінки себе, своїх професійних досягнень, своїх службових переваг та можливостей, також зменшує деперсоналізацію та агресивність у відносинах з іншими.

Зазначимо ( у таблиці 3.10), що виявлено прямі та зворотні кореляційні зв'язки між шкалами спрямованості емоційної реакції медичних сестер, емоційним інтелектом та механізмами захисту психіки. Шкала Інтропунітивна спрямованість (І) демонструє прямі зв'язки з такими шкалами емоційного інтелекту, як: самомотивація ( $r= 0,316, p<0,05$ ), розпізнавання емоцій інших людей ( $r= 0,314, p<0,05$ ) та інтегративним рівнем EQ ( $r= 0,314, p<0,05$ ) та зворотні кореляційні зв'язки з механізмами захисту: витіснення ( $r= - 0,599, p<0,01$ ), регресія ( $r= - 0,510, p<0,01$ ), компенсація ( $r= - 0,323, p<0,05$ ), проекція ( $r= - 0,494, p<0,01$ ), заміщення ( $r= - 0,335, p<0,05$ ), інтелектуалізація ( $r= - 0,658, p< 0,01$ ) і реактивне утворення ( $r= - 0,454, p<0,01$ ).

Необхідно зауважити, що медсестри з жорстким контролем над проявом емоцій та з реагуванням на ситуацію станом депресії, коли переживання направлені на себе, схильні використовувати захисні механізми більш високого рангу за рахунок самомотивації, аналізу емоцій інших.

Шкала Імпунітивна спрямованість (М) позитивно корелює з механізмом заперечення ( $r= 0,346, p<0,05$ ), а екстрапунітивна спрямованість емоційної реакції показує зворотній кореляційний зв'язок з цим незрілим, первинним механізмом захисту психіки ( $r= - 0,311, p<0,05$ ). Отже, у групі медсестер респонденти з нейтральною емоційною експресією, тобто у яких емоційне реагування проявляється адаптивним контролем емоцій, які вміють переживати та асертивно проявляти емоції, домінує такий захисний механізм, як заперечення.

Зауважимо, що у респондентів даної групи емоційне реагування проявляється ослабленим контролем емоцій, при цьому основна реакція - агресія, направлена на інших, а саме тому вони не схильні заперечувати існування ситуації, яка відбувається.

Дані таблиці 3.11 свідчать, що особливості взаємозв'язку різних показників між собою у групі лікарів демонструють помітні відмінності від групи медсестер.



Таблиця 3.11

**Кореляційні взаємозв'язки змінних емоційної експресії міжособистісного рівня групи лікарів**

Шкали емоційного інтелекту	РОД	ЕВ	Д	АВ	І	Е	М
Самомотивація	0,667**		-0,222*	0,368**	0,362**	-0,276*	
Емпатія	0,679**		-0,281**	0,479**			
Розпізнавання емоцій інших людей	0,758**			0,422**	0,362**		
Емоційна обізнаність	0,710**		-0,524**	0,672**			
Управління своїми емоціями	0,677**			0,339**			
Інтегративний рівень EQ	0,696**			0,446**	0,385**		
Заперечення	0,352**				0,296*	-0,455**	
Витіснення		0,285**					
Регресія	0,231*			0,408**			0,306*
Компенсація							0,601**
Заміщення							0,394**
Інтелектуалізація	0,510**			0,422**			0,273*
Реактивне утворення				-0,270*	0,401**		-0,530**
Екстрапунітивна спрямованість		-0,299*		0,294*			
Інтропунітивна спрямованість (І)	321*	384**					
Імпунітивна спрямованість (М)		346*					

*Примітка: Тут і в наступних таблицях: 1) позначення \*\* - кореляція достовірна на рівні 0,01, позначення \* - кореляція достовірна на рівні 0,05; 2) нулі та коми опущені; 3) система скорочень: РОД – Редуція особистих досягнень, ЕВ – Емоційне виснаження, Д – Деперсоналізація, АВ – Агресивність у відносинах, Е – екстрапунітивна спрямованість, І – Інтропунітивна спрямованість, М – Імпунітивна спрямованість.*

Як можна побачити в таблиці 3.11, шкала «Редуція особистих досягнень» корелює у групі лікарів також як у групі медсестер, з усіма структурними компонентами емоційного інтелекту на рівні  $p < 0,01$ . Виявлено прямі кореляційні зв'язки з компонентом «Самомотивація» ( $r = 0,667$ ,  $p < 0,01$ ), «Емпатія» ( $r = 0,679$ ,  $p < 0,01$ ), «Розпізнавання емоцій інших людей» ( $r = 0,758$ ,  $p < 0,01$ ), «Емоційна обізнаність» ( $r = 0,710$ ,  $p < 0,01$ ), «Управління своїми емоціями» ( $r = 0,677$ ,  $p < 0,01$ ) та «Інтегративний рівень емоційного інтелекту» ( $r = 0,696$ ,  $p < 0,01$ ). Отже, у групі лікарів недооцінка

своєї компетентності в роботі, невдоволення собою, применшення цінності своєї діяльності, негативне самосприйняття в професійній сфері, виникнення почуття провини за власні негативні прояви можуть компенсуватися за рахунок розвинення усіх структурних компонентів емоційного інтелекту.

У свою чергу, шкала «Деперсоналізація» має зворотній зв'язок з самомотивацією ( $r = -0,222$ ,  $p < 0,05$ ), емпатією ( $r = -0,281$ ,  $p < 0,01$ ) та емоційною обізнаністю ( $r = -0,524$ ,  $p < 0,01$ ). Отже, у групі лікарів розвиненість самомотивації, зданості співчувати іншим та емоційна обізнаність не дають можливості проявитися тенденції негативного ставлення до будь-яких подразників, зростанню формальності контактів, негативних установок, роздратуванню у вигляді емоційних спалахів або конфліктних ситуацій.

Встановлено, що існує прямий кореляційний зв'язок між показником агресивності у відносинах і наступними компонентами емоційного інтелекту: самомотивація ( $r = 0,368$ ,  $p < 0,01$ ), емпатія ( $r = 0,479$ ,  $p < 0,01$ ), розпізнавання емоцій інших людей ( $r = 0,422$ ,  $p < 0,01$ ), емоційна обізнаність ( $r = 0,672$ ,  $p < 0,01$ ), управління своїми емоціями ( $r = 0,399$ ,  $p < 0,01$ ) і інтегративний рівень емоційного інтелекту ( $r = 0,446$ ,  $p < 0,01$ ). Отже у лікарів здатність асертивно проявляти агресивність у стосунках пов'язана з високим рівнем розвиненості структурних компонентів емоційного інтелекту.

Окрім цього у таблиці 3.11, зафіксований прямий зв'язок між показником редукції особистих досягнень і показником захисного механізму психіки «Заперечення» ( $r = 0,352$ ,  $p < 0,01$ ), також компонент «Редукція особистих досягнень» корелює із показником «Регресія» ( $r = 0,231$ ,  $p < 0,05$ ), та «Інтелектуалізація» ( $r = 0,510$ ,  $p < 0,01$ ) – зв'язок прямий, тобто заперечення особистістю будь-якої психотравмуючої обставини, як спосіб впоратися з фруструючою ситуацією або прагнення у поведінкових реакціях уникнути тривоги шляхом використання більш простих і звичних поведінкових стереотипів, перехід до більш примітивних форм поведінки, мислення зменшує тенденцію негативно оцінювати себе, занижувати власні

професійні успіхи, песимістично оцінювати свої службові переваги та обмежувати власні можливості та обов'язки по відношенню до інших.

Позитивна кореляція виявлена між механізмом захисту психіки «Витіснення» та емоційним виснаженням ( $r = 0,285$ ,  $p < 0,01$ ), тобто лікарі у стані емоційної виснаженості схильні витіснити всі стресові або негативні події навколо себе.

Встановлено прямий кореляційний зв'язок між шкалою «Агресивність у відносинах» і шкалами «Регресія» ( $r = 0,408$ ,  $p < 0,01$ ), «Інтелектуалізація» ( $r = 0,422$ ,  $p < 0,02$ ) та екстрапунітивна спрямованість емоції (E) ( $r = 0,294$ ,  $p < 0,05$ ), зворотній кореляційний зв'язок з механізмом захисту «Реактивне утворення» ( $r = - 0,270$ ,  $p < 0,05$ ). Отже, у групі лікарів з екстрапунітивною спрямованістю емоцій, проявами інфантильності або абстрагування від власних почуттів, нездатності переформувати негативні почуття у позитивні виникає агресивність у відносинах з іншими.

Результати кореляційного аналізу у таблиці 3.11 також показують, що показник екстрапунітивної спрямованості реакції на фрустрацію виявляє негативний кореляційний зв'язок з емоційним вигоранням ( $r = - 0,299$ ,  $p < 0,05$ ), самомотивацій ( $r = - 0,276$ ,  $p < 0,05$ ) і запереченням ( $r = -0,455$ ,  $p < 0,01$ ), позитивну кореляцію демонструє з агресивністю у відносинах ( $r = 0,270$ ,  $p < 0,05$ ). Отже, у групі лікарів з ослабленим контролем емоцій, з основною реакцією у вигляді агресії, яка направлена на інших та не здатністю заперечувати певні обставини, знижується рівень схильності емоційного вигорання проте формується низький рівень самомотивації.

У свою чергу, між показником інтропунітивної спрямованості (I) та редукцією особистісних досягнень виявлено позитивний взаємозв'язок ( $r = 0,321$ ,  $p < 0,05$ ), який можна пояснити виходячи зі змісту показників таким чином, знецінення власних досягнень, своїх професійних умінь, своїй професійній діяльності зменшує інтропунітивний характер емоційної реакції лікарів у ситуації фрустрації та психічної напруги. Виявлена значуща пряма кореляція з показником емоційного виснаження ( $r = 0,384$ ,  $p < 0,01$ ) показує,

що спрямованість емоційної реакції усередину, при постійному стресі призводить до хронічного стану емоційної напруги.

У таблиці 3.11. показано як інтропунітивна спрямованість реакції позитивно взаємопов'язана з самомотивацією, розпізнаванням емоції інших людей, інтегративним рівнем емоційного інтелекту, з механізмами захисту за типом заперечення та реактивного утворення на достовірному рівні значущості  $p < 0,01$  та  $p < 0,05$ . Отже, у лікарів з інтропунітивною спрямованістю емоційних реакцій добре розвинені певні інтегративні компоненти емоційного інтелекту, що дає можливість респондентам переформувати негативні почуття у позитивні, наприклад за рахунок заперечення деяких факторів.

Необхідно відзначити також, що імпунітивна спрямованість (М) емоційної реакції демонструє прямі кореляційні зв'язки з емоційним виснаженням ( $r = 0,346$ ,  $p < 0,0$ ), механізмами захисту психіки на кшталт: регресія ( $r = 0,306$ ,  $p < 0,05$ ), компенсація ( $r = 0,601$ ,  $p < 0,01$ ), заміщення ( $r = 0,394$ ,  $p < 0,01$ ), інтелектуалізація ( $r = 0,273$ ,  $p < 0,05$ ) та негативну кореляцію з механізмом реактивного утворення ( $r = -0,530$ ,  $p < 0,01$ ). Отже, лікарі з імпунітивною спрямованістю емоційної реакції найчастіше використовують захисні механізми, що дозволяють відсторонитися від напруженої ситуації та власних почуттів, а саме тому не мають змоги переформувати негативні почуття у позитивні.

Узагальнюючи отримані результати кореляційного аналізу, можна відзначити, що виявлено велику кількість кореляційних взаємозв'язків між змінними емоційною експресією міжособистісних втрат. У групі лікарів та медсестер виявлені кореляційні матриці характеризуються відмінністю, що вказує на те, що характер протікання екстрапунітивної, екстрапунітивної та імпунітивної емоційної реакції відрізняється залежно від посади в медичному закладі та особливостей професійного навантаження.

На заключному етапі емпіричного дослідження було виявлено предиктори активної, реактивної (внутрішньої) та нейтральної форм

емоційної експресії. З метою визначення впливу незалежних змінних на залежну був застосований покроковий варіант множинного регресійного аналізу. У першому випадку залежною змінною служив показник екстрапунітивна спрямованість реакції, а незалежними – всі інші показники, отримані за діагностичними методиками, що застосовуються. У таблиці 3.12 представлена екстрапунітивна спрямованість реакції на змінну «акцентуація характеру».

Процедура регресійного аналізу відбувалася в чотири кроки, останній із яких засвідчив (табл. 3,12), що низькі показники афективно-екзальтованої та циклотимічної акцентуацій у поєднанні з високими показниками акцентуацій за типом педантичний, збудливий та тривожний пояснюють 63,7% дисперсії ( $R^2=0,637$ ) при  $F=14,044$  і  $p=0,001$  та виступають предикторами екстрапунітивної спрямованості емоційної реакції, впливаючи на останній із силою  $R=0,668$ .

Таблиця 3.12

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«екстрапунітивна реакція» та змінною «акцентуація характеру»**

показники	Beta	t	p
R = 0,668; R <sup>2</sup> = 0,637; F = 14,044; p = 0,001			
Педантичний	0,394	4,415	0,000
Афективно-екзальтовий	-0,367	-4,092	0,000
Збудливий	0,440	4,112	0,000
Циклотимічний	-0,506	-4,873	0,000
Тривожний	0,201	2,156	0,034

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Отже, у медичних працівників з мінорним настроєм, не зважаючи на події, які не здатні захоплюватися, дуже рідко переживають почуття радості та насолоди, але пунктуальні, акуратні, скрупульозні, схильні жорстко

слідувати плану; для них характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, грубість, занудство, похмурість, гнівливість, схильність до хамства і лайки, до тертя і конфліктів, низька контактність, полохливість, невпевненість у собі будуть демонструвати емоційні реакції екстрапунітивного спрямування.

У таблиці 3.13 представлена екстрапунітивна спрямованість реакції на незалежні змінні «заперечення» та «проекція».

Таблиця 3.13

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«екстрапунітивна реакція» та незалежних змінних «заперечення» та  
«проекція»**

показники	Beta	t	p
R = 0,708; R <sup>2</sup> = 0,620; F = 14,574; p = 0,000			
Заперечення	-0,398	-4,394	0,000
Проекція	0,299	3,308	0,001

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

У другому випадку в таблиці 3.13 визначалися предиктори залежної змінної «екстрапунітивна реакція» серед механізмів захисту психіки. На останньому третьому кроці регресійного аналізу було отримано 2 предиктори, які впливали на залежну змінну з силою R=0,708 та пояснювали 62% дисперсії змінних (R<sup>2</sup>=0,620) при F=14,574 та p=0,000. Як предиктори цієї залежної змінної виступили низькі показники заперечення (Beta=-0,398; t=-4,394; p=0,000) і високі показники проекції (Beta=0,299; t=3,308; p=0,001). Отже, медичні працівники, які усвідомлюють, що певна подія відбулась або досі відбувається, але при цьому схильні приписувати, нав'язувати іншим власні думки, почуття, мотиви, якості характеру тощо, не відчують за ці події відповідальності, як наслідок в них проявляються виключно емоційні реакції екстрапунітивної спрямованості.

У таблиці 3.14 представлена екстрапунітивна спрямованість реакції на незалежні змінні «депресія», «самопочуття», «настрій», «активність».

Таблиця 3.14

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«екстрапунітивна реакція» та незалежних змінних «депресія»,  
«самопочуття», «настрій», «активність»**

показники	Beta	t	p
R = 0,918; R <sup>2</sup> = 0,844; F = 24,156; p = 0,000			
Когнітивно-афективна субшкала депресії	0,480	4,887	0,000
Депресія	0,317	4,532	0,017
Самопочуття	-0,800	-5,689	0,000
Настрій	-0,637	-4,372	0,000
Активність	-0,271	-2,011	0,037

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

У третьому випадку в таблиці 3.14 встановлено, що залежна змінна «екстрапунітивна спрямованість реакції» детермінується такими факторами, як когнітивно-афективна субшкала депресії (Beta=0,480; t=4,887; p=0,000), депресія (Beta=0,271; t=0,037) та заниженим рівнем самопочуття (Beta=-0,800; t=-5,689; p=0,001), активності (Beta=-0,271; t=-2,011; p=0,037) і настрою (Beta=-0,637; t=-4,372; p = 0,000). Дані предикторні фактори пояснюють 84,4% дисперсії даних (R<sup>2</sup>=0,844) при F=24,150 та p=0,000, сила їхнього впливу на залежну змінну R=0,918. Отже, у стані депресії з протіканням когнітивно-афективних симптомів при пригніченості настрою, низькій активності та поганому самопочуттю виразно виділяється, підкреслюється наявність фрустраційної обстановки, перешкоди.

З наведених результатів випливає, що показники емоційного інтелекту не є предикторами екстрапунітивної спрямованості реакції.

У таблиці 3.15 представлена інтрапунітивна спрямованість реакції на змінну «акцентуація характеру».

Таблиця 3.15

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної «інтрапунітивна спрямованість реакції» та змінною «акцентуація характеру»**

показники	Beta	t	p
R = 0,832; R <sup>2</sup> = 0,545; F = 19,650; p = 0,000			
Демонстративнїй	-0,592	-6,863	0,000
Тривожнїй	-0,379	-4,389	0,000
Афективно-екзальтований	0,309	3,358	0,001

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Результати регресійного аналізу в таблиці 3.15 щодо залежної змінної «інтрапунітивна спрямованість реакції» показали, що реактивна (внутрішня) форма емоційної експресії детермінована низьким рівнем демонстративного та тривожного типу акцентуації характеру та високим рівнем афективно-екзальтованого типу акцентуації. Дані предикторні фактори пояснюють 54,5% дисперсії даних при F=19,650 та p=0,000, сила їхнього впливу на залежну змінну R=0,832. Встановлено, що у медичних працівників, які не схильні до демонстративної поведінки, їм не притаманні мінорний настрій та боязкість, пасивність, але їм властива висока контактність, балакучість, влюбливість, збудливість, що призводить до формування емоційних реакцій інтрапунітивної спрямованості.

У таблиці 3.16 представлена інтрапунітивна спрямованість реакції на незалежну змінну «регресія». Як показують результати, представлені в таблиці 3.16, предиктором інтрапунітивної спрямованості є низький рівень примітивного механізму захисту, регресія (Beta=-0,344; t=-3,607; p=0,000).



Даний предикторний фактор пояснює 51,4% дисперсії даних при  $F=19,650$  та  $p=0,000$ , сила їхнього впливу на залежну змінну  $R=0,832$ .

Таблиця 3.16

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«інтрапунітивна спрямованість реакції» та незалежною змінною  
«регресія»**

показники	Beta	t	p
$R = 0,652; R^2 = 0,514; F = 13,069; p = 0,000$			
Регресія	-0,344	-3,607	0,000

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними);  $R^2$  – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Отже, при незрілій та інфантильній поведінці у респондентів формується інтрапунітивна спрямованість емоційних реакцій в фруструючих умовах професійної діяльності та життєдіяльності загалом.

Таблиця 3.17

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«інтрапунітивна спрямованість реакції» та незалежних змінних  
«деперсоналізація», «емоційне виснаження»**

показники	Beta	t	p
$R = 0,673; R^2 = 0,502; F = 9,720; p = 0,001$			
Деперсоналізація	0,417	3,725	0,000
Емоціанальне виснаження	-0,286	-2,554	0,012

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними);  $R^2$  – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Також необхідно зазначити в таблиці 3.17, що детермінуючий вплив на інтропунітивну реакцію надають змінні «деперсоналізація» ( $Beta = 0,417; t = 3,725; p = 0,000$ ), низький рівень «емоційного виснаження» ( $Beta = -0,286; t =$

-2,50;). Даний предикторний фактор пояснює 50,2% дисперсії даних при  $F = 9,720$  та  $p = 0,001$ , сила їхнього впливу на залежну змінну  $R=0,673$ . Отже, медичні працівники, які емоційно відсторонені, байдужі, формально виконують професійні обов'язки без особистісної включеності та співпереживання, а в окремих випадках демонструють негативізм та цинічне відношення не схильні до емоційної виснаженості, але їм притаманні емоційні реакції інтрапунітивної спрямованості.

У таблиці 3.18 представлена інтрапунітивна спрямованість реакції на незалежні змінні «агресивність у відносинах», «настрій», «депресія».

Таблиця 3.18

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«інтрапунітивна спрямованість реакції» та незалежних змінних  
«агресивність у відносинах», «настрій», «депресія».**

показники	Beta	t	p
R = 0,619; R <sup>2</sup> = 0,435; F = 12,768; p = 0,001			
Агресія у відносинах	0,361	4,091	0,000
Настрій	-0,426	-4,286	0,000
Депресія	0,264	2,629	0,010

*Примітка : R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Як можна побачити в таблиці 3.18, виявлено детермінуючий вплив на інтрапунітивну реакцію надають змінні високий рівень агресивності у відносинах (Beta=0,361; t=4,091; p=0,000) та депресія (Beta=0,264; t=2,6 0,010), знижений настрій (Beta=0,426; t=4,286; p=0,000). Даний предикторний фактор пояснює 43,5% дисперсії даних при  $F = 12,768$  та  $p = 0,001$ , сила їхнього впливу на залежну змінну  $R=0,619$ . Отже, при постійно зниженому настрої, у стані депресії та при напружених стосунках з оточенням у вигляді агресивних випадів до інших респонденти визнають свою провину у разі фруструючої ситуації, але заперечують відповідальність, посиляючись на пом'якшуючі обставини.

Важливо відзначити, що показники емоційного інтелекту не є предикторами також інтропунітивної спрямованості.

У таблиці 3.19 представлена імпульсивна спрямованість реакції на змінні «акцентуація характеру», «нейротизм», «екстраверсія».

Таблиця 3.19

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«імпульсивна спрямованість реакції» та змінними «акцентуація  
характеру», «нейротизм», «екстраверсія».**

показники	Beta	t	p
R = 0,732; R <sup>2</sup> = 0,645; F = 15,15; p = 0,000			
Нейротизм	-0,274	-2,213	0,029
Екстраверсія-інтроверсія	-0,329	-4,485	0,000
Застраглий	0,318	4,160	0,000
Педантичний	-0,335	-4,125	0,000
Емотивний	0,330	4,137	0,000
Гіпертимний	0,204	2,581	0,011
Тривожний	0,471	6,003	0,000

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Дані таблиці 3.19 щодо імпульсивної спрямованості емоційної реакції в ситуації психологічної напруги свідчать, що виявлено наступні предиктори: низькі показники за шкалою нейротизм (Beta=-0,274; t=-2,213; p=0,029), екстраверсія (B= -0,329; t=- 4,485; p=0,000), педантичний тип акцентуації (Beta=-0,335; t=- 4,125; p=0,000), а позитивний вплив на прояв імпульсивної реакції надає застрагаючий (Beta=0,318; t=4,160; p=0,000), емотивний (Beta=0,330; t=4,137; p=0,000), гіпертимний (Beta=0,1=0,20 ) і тривожний (Beta=0,471; t=6,003; p=0,000) типи акцентуації. Отже, медичні працівники, яким притаманні емоційні реакції імпульсивної спрямованості в ситуації психологічної напруги: інтроверти з високою емоційною лабільністю та які не схильні діяти за планом, але чутливі, тривожні, боязкі, мають глибокі реакції у сфері тонких почуттів, мінорний настрій, демонструють

невпевненість у собі, занудливість, схильність до моралі, небалакучість, почуття дистанції у відносинах іншими, а також які важко переносять умови жорсткої дисципліни, монотонну діяльність.

У таблиці 3.20 представлена імунітивна спрямованість реакції на показники емоційного інтелекту та депресії.

Таблиця 3.20

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної  
«імунітивна спрямованість реакції» та показниками емоційного  
інтелекту та депресії**

показники	Beta	t	p
R = 0,637; R <sup>2</sup> = 0,504; F = 13,260; p = 0,001			
Когнітивно-афективна субшкала	-0,521	-4,200	0,000
Соматичні прояви депресії	0,358	3,010	0,003
Розпізнавання емоції інших	0,402	3,698	0,000
Інтегративний рівень EQ	-0,486	-4,717	0,000
Самомотивація	0,702	7,068	0,000

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Згідно з даними таблиці 3.20, предикторами імунітивної спрямованості емоційної реакції в ситуації психологічної напруги можуть виступати також когнітивно-афективна субшкала депресії (Beta=- 0,521; t=- 4,200; p=0,000), інтегративний рівень емоційного інтелекту (Beta=-0,486; t=- 4,717; 0,000), високий рівень соматичних проявів депресії (Beta=0,358; t=3,010; p=0,003), вміння розпізнавати емоції інших людей (Beta=0,3=8; p=0,000), високий рівень самомотивації (Beta=0,702; t=7,068; p=0,000). Отже, медичні працівники при загостренні соматичних проявів депресії з можливістю самомотивації і розпізнавання емоцій інших людей схильні до емоційних реакцій імунітивної спрямованості у фруструючих ситуаціях. Водночас, довгострокові прояви когнітивно-афективних симптомів депресії

при низькому рівні інтегративного рівня емоційного інтелекту будуть знижувати вірогідність демонстрації емоційних реакцій даної спрямованості на фрустрацію.

У таблиці 3.21 представлена імпульсивна спрямованість реакції на показники механізмів захисту психіки та професійного вигорання.

Таблиця 3.21

**Результати регресійного аналізу щодо залежної змінної «імпульсивна спрямованість реакції» та показниками механізмів захисту психіки та професійного вигорання**

показники	Beta	t	p
R = 0,690; R <sup>2</sup> = 0,576; F = 13,950; p = 0,000			
Реактивне утворення	0,363	4,161	0,000
Деперсоналізація	-0,272	-2,552	0,012
Виснаження	0,452	4,619	0,000
Заперечення	0,426	4,046	0,000
Інтелектуалізація	-0,376	-3,602	0,001

*Примітка: R означає коефіцієнт кореляції між залежною змінною та її предикторами (незалежними змінними); R<sup>2</sup> – відсоток дисперсії, яку пояснює залежна змінна); F – оцінка важливості R; Beta – коефіцієнт регресії, оцінка ваги даної змінної у її вплив на залежну, свідчить про кореляцію; t – показник важливості Beta; p – рівень важливості Beta.*

Дані таблиці 3.21 свідчать, що детермінуючий вплив на імпульсивну реакцію надають змінні низького рівня деперсоналізації (Beta=-0,272; t=-2,552; p=0,012) та інтелектуалізації (Beta=-0,376; t=-3,602; p=0,001), а також використання таких захисних механізмів, як: реактивне утворення (Beta=0,363; t=4,161; p=0,000), виснаження (Beta=0,452; t=4, 0,000) і заперечення (Beta=0,426; t=4,046; p=0,000). Отже, при використанні медичними працівниками, перелічені захисні механізми надають змогу респондентам заперечувати значимість або несприятливість перешкоди, обставин фрустрації. Проте, при даному запереченні, респонденти не схильні до інтелектуалізації при аналізі певних ситуацій та найчастіше демонструють особисту залученість під час виконання професійних обов'язків.

Таким чином, результати регресійного аналізу свідчать про те, що детермінанти екстрапунітивних, інтропунітивних та імпунітивних реакцій медичних працівників у ситуації фрустрації, психічних напруг або стресу розрізняються: показник активності у групі лікарів демонструє позитивні кореляційні зв'язки з екстраверсією, застрягаючим, емотивним типами акцентуації та настроєм. Серед медсестер активність виявляє негативні зв'язки із показниками акцентуації характеру та темпераментом.

### **3.5. Методичні рекомендації для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до основного типу реакції – реактивна/активна.**

Теоретичне підґрунтя, щодо організації та проведення коректувальної та тренінгової роботи склали наукові здобутки Н. В. Артюхіної [8], О. Г.Васютинської [43], С. О. Колот [104], В.О. Лефтерова [126], Н. Пезешкіан [201] та ін. Услід за В. О. Лефтеровим, ми розуміємо тренінг як інтегровану, універсальну систему цілеспрямованого психологічного тренування людини відповідно до потреб її особистості та цілей діяльності [189]. Подібне визначення тренінгу як коректувальної процедури суттєво розширює можливості психолога, дозволяє включити у нього елементи аутотренінгу, м'язової релаксації, казкотерапії – усі ці форми дозволять, на наш погляд, ефективно підтримувати психологічне здоров'я особистості на належному рівні.

Саме тому основою для створення тренінгової програми нами було обрано метод Позитивної психотерапії Н. Пезешкіана [201]. Засновник метода відомий німецький психолог, психотерапевт - Носсрат Пезешкіан. С 1968 р. Н. Пезешкіан спираючись на результати транскультуральних досліджень в більш ніж в 20 різноманітних культурах, запропонував новий клієнт-центрований гуманістичний метод психотерапії.

Проведені дослідження у 1997 р. у Німеччині в галузі гарантії якості та ефективності, дозволили отримати результати, які свідчили про високу ефективність цього короткострокового методу. Це дослідження було нагороджено Премією Річарда-Мартіна в 1997. Позитивна психотерапія — офіційно визнаний метод Європейською Асоціацією Психотерапії (ЕАР) у 1996 році [201].

Позитивна психотерапія - це психодіагностичний метод з гуманістичним баченням людини, збагачений транскультуральним підходом та поведінковими техніками. Від інших методів він вирізняється тим, що включає в себе наступні фактори унікальності: позитивний підхід, чітку структурованість та транскультуральний аспект.

Обґрунтованість використання даного методу у нашій роботі базується на його перевагах:

- конфліктоцентрована терапія, тобто центрована саме на конфлікті на відміну від симптомцентрованої. Є можливість працювати саме з виявленими нами під час емпіричного дослідження конфліктними зонами респондентів;
- короткостроковість (15-20 сеансів), при цьому клієнту відводиться активна роль, що є дуже ефективним при роботі з медичними працівниками;
- еkleктичність, інтернаціональність, розглядає людини як цілісної системи, універсальне застосування до проблем медичних працівників з певним набором особистісних і професійних характеристик, виявляючи особливості прояву емоційних реакцій;
- використання метафор, притч як інструменту надає можливість виявити не тільки особливості емоційної експресії особистості, її життєві позиції та наявність певних захисних механізмів, а і дозволяє формувати міцну базу ресурсів. Дана база може допомогти вирішувати складні задачі та підвищити рівень стресостійкості у подальшій емоційно напруженій роботі медичних працівників;

- орієнтованість на майбутнє даного методу у разі використання відповідних технік дозволяє підвищити не лише ефективність праці медичних працівників, але і їх задоволеність своєю діяльністю.

Зауважимо, що позитивна психотерапія звертається в основному до наступних областей: психотерапія, консультування, освіта, тренінги з профілактики та управління. Значна частка наукових досліджень сфокусована на транскультуральних дослідженнях.

Позитивна Психотерапія наголошує на цілісному баченні життя людини (холістичний підхід) та оптимістичному сприйнятті її природи (позитивна концепція людини), з врахуванням всіх дійсних її складових.

Водночас, ми також вважаємо комплексність і багаторівневість психотехнологій однією з найважливіших вимог до методичного забезпечення корекції внутрішньо особистісних проблем медиків. Такий підхід на нашу думку надає можливості працювати на психофізіологічному, психологічному (розв'язання внутрішньо особистісних проблем) та соціально-психологічному рівнях (розв'язання проблем комунікації і соціальної інтеграції, активність в суспільних зв'язках й відносинах).

Отже, початковим етапом нашого процесу психологічного тренування є відновлення порушеного функціонального стану психіки. Завдання відновного етапу, що охоплює психологічний та психофізіологічний рівень, це усунення або пом'якшення проявів хворобливих симптомів, запобігання формуванню психічного дефекту, зменшення психологічної напруги та емоційних афектів.

В Позитивній Психотерапії наголошують на тому, що незважаючи на всі культурні, соціальні відмінності та особливості кожної людини, можливо спостерігати, що всі люди для подолання своїх проблем, звертаються до тих самих типових форм реакції на конфлікт, тобто всі труднощі можливо висловити у чотирьох сферах (тіло, діяльність, контакти та фантазії). Так, психофізіологічний та психологічний рівень охоплює сферу тіла та психологічний аспект діяльності медичного персоналу, а також сферу



фантазій. Це надає нам можливості під час проведення психологічного тренінгу отримати дані про те, як людина сприймає себе, і навколишній світ і яким шляхом йде визнання і контроль реальності. З цього можна розглядати і способи реакції, засновані на наших емпіричних дослідженнях.

Необхідно зазначити, як підкреслює Кузьміна Н. В., психологічна компетентність є системою знань, умінь і навичок, що забезпечує не лише загально психологічну підготовленість, але й високий рівень професійної самосвідомості, уміння управляти психічними станами [191]. Саме тому другим етапом тренінгу є підвищення соціально-психологічної компетентності медичного персоналу.

Так, у Позитивній Психотерапії зазначається, що хвороби, конфлікти, стреси, життєві негаразди є даністю життя кожної людини і це треба визнавати. І, поруч з цим, корисно визнавати, що людина наділена здібностями, завдяки яким здатна знаходити рішення найскладніших проблем та втілювати їх у життя. Це також даність життя кожної людини. «Якщо існує проблема — то існує і її вирішення» [202].

Згідно з цим, обов'язковими умовами ефективності соціально-психологічної роботи з медичним персоналом є: наукова обґрунтованість принципів, критеріїв і методів психодіагностики і психокорекції; чітко визначена і регламентована послідовність діяльності; правильна організація проведення діагностико-корекційної діяльності (необхідне планування, матеріально-технічне забезпечення, а підготовка фахівців, які володіють методами діагностики і корекції, достатніми для надання професійної допомоги). Оцінка ефективності формуального впливу на медиків – здійснюється на основі аналізу повторних психодіагностичних даних [73,74].

Соціально-психологічна частина тренінгових процедур для представників професій з високим рівнем емоційного навантаження, як зазначалося вище, має бути комплексною та науково обґрунтованою. Психологічне тренування базується на принципах гуманізму, конфіденційності, добровільності, адресності, предметності, розуміння та

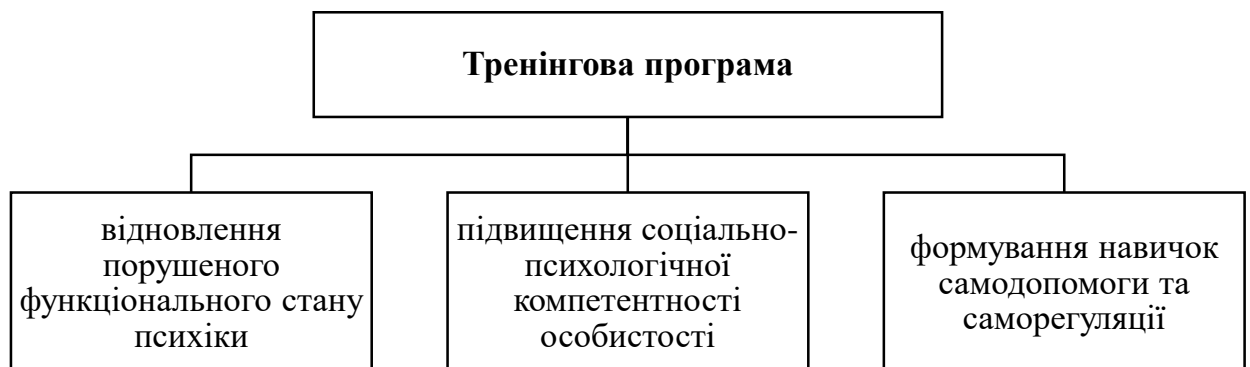
безумовного прийняття проблем, залучення колективу та керівного апарату [26].

Зауважимо, що модель Позитивної Психотерапії не прагне первинно пояснити виникнення певних конфліктів, а прагне зрозуміти людину в її життєвій ситуації, в якій у неї з'являються порушення чи захворювання. Людині дані ресурси і здібності, за допомогою яких вона може долати труднощі і вирішувати свої проблеми. Позитивна психотерапія є ресурсо-фокусованим методом, що системно поєднує у собі психодинамічний, когнітивний та поведінковий елементи. В основі лежить транскультурний образ мислення, який включає різноманіття індивідуальних, сімейних та культурно обумовлених явищ і єдність в цьому розмаїтті [161].

Згідно з цим, третім і останнім етапом в тренінговій програмі є формування навичок самопомоги та саморегуляції. Оскільки саме цей етап допомагає створити стійкість функціонального стану психіки, та допомогти освоїти нові стратегії реагування [184].

Водночас, Позитивна Психотерапія дає можливість відновити доступ до ресурсів. Головне призначення Позитивною Психотерапії – це турбота про фізичний, психічний, соціальний і духовний стан здоров'я особистостей, родин і груп. Це забезпечує коротко-терміновість консультування у руслі Позитивної психотерапії. Саме тому даний метод складає чудову основу для психологічної програми корекції та підтримки.

На основі вище зазначеного ми виділили три послідовні етапи тренінгової програми (див рис. 3.11).



**Рис. 3.11. Основа тренінгової програми**

На кожному етапі тренінгової програми серед загальних методологічних принципів [36] нами впроваджувалися:

1. Принцип дослідницької та креативної позиції учасників. У роботі використовуються форми участі, за яких учасникам потрібно досліджувати свій власний стан, ситуацію взаємодії, емоційні реакції та поведінку інших учасників, психологічні закономірності та механізми, робити висновки.

2. Принцип активності: під час активної участі в роботі групи досвід набуває кожен самостійно. До інтенсивної роботи залучаються всі учасники тренінгу.

3. Принцип конфіденційності. Передбачає домовленість між учасниками про те, що особистісна інформація, яка може обговорюватися в ході роботи, не виноситься за межі групи. Цей принцип є одним з найважливіших, що надає учасникам відчуття безпеки.

4. Принцип об'єктивації (усвідомлення) поведінки. В ході роботи поведінка учасників групи переходить з імпульсивного на об'єктивований (усвідомлюваний) рівень. Універсальним засобом об'єктивації є зворотній зв'язок (сукупність методів та прийомів, спрямованих на отримання учасниками і (або) ведучим інформації про те, як їхня поведінка (емоційні реакції, дії, висловлювання тощо) позначається на інших учасниках тренінгового процесу.

5. Принцип партнерського (суб'єкт-суб'єктного) спілкування як учасників тренінгу між собою, так і тренера з групою в цілому: психологічний рівність, узгодження інтересів і дотримання певних правил.

6. Принцип безоціночності. Дотримання цього принципу передбачає відсутність діагностичних, інтерпретаційних і просто оціночних суджень учасників групи по відношенню один до одного, а також заборону на поради один одному.

7. Принцип відповідальності. Дотримання цього принципу передбачає необхідність того, щоб кожен учасник міг спрогнозувати наслідки власних

дій в контексті тренінгової роботи і відповідно скоригувати свою поведінку або виправити можливі помилки самостійно.

Отже, у попередніх підрозділах нами відмічалось, що емоційна експресія розглядається нами як складний феномен, що містить компоненти особистісних характеристик, поведінкових реакцій та психологічних станів і явищ, які виконують функції організації, регуляції та забезпечення цілісності емоційної сфери. Саме це розуміння структури і походження шуканого феномену дозволило застосовувати цілеспрямовані психологічні тренування як спрямований психологічний вплив на ті чи інші психологічні структури, з метою забезпечення повноцінного функціонування медичних працівників.

Емпіричне дослідження дозволило виявити розбіжності рівня прояву емоційної експресії у групах лікарів та медсестер. Встановлено, що емоційне виснаження та деперсоналізація найбільш явно проявляється серед досліджуваних лікарів. У них частіше, ніж у медсестер, спостерігається зниження емоційного тону, втрата інтересу до оточуючих, проявляється почуття психічного виснаження, унаслідок чого знижується ефективність професійної взаємодії, як із колегами, так і з пацієнтами. Лікарі також характеризуються високою агресивністю у відносинах, що логічно підтверджується отриманими результатами про депресивність та емоційне вигорання.

Отримані дані свідчать, що респонденти, здебільшого лікарі, можуть демонструвати різні соматичні «маски» депресії: наявність стійких больових порушень в різних частинах тіла або абдомінальну, вазомоторно-алергічну та вегетативну дисфункцію; різноманітні депресивні переживання часто домінують в структурі особистісних реакцій, що розвивається у респондентів на ґрунті загальної підвищеної психічної втомлюваності та недостатності особистісних ресурсів для подолання стресогенного впливу. Тобто у таких респондентів патогенез депресивних розладів з соматичними проявами значно вище. Водночас встановлено, що у вибірці є респонденти (здебільшого медсестри), які схильні до дій під впливом моменту, що

обумовлене їх діяльністю, що буде виражатися у імпульсивності та запальності. Отже, у медичних сестер більш проявляється активізація соматичних функцій і менш виражена симпатикотонія.

Формуванню певної спрямованості у емоційному реагуванні також сприяють виявлені характерологічні особливості, а саме: педантичність можна охарактеризувати через ригідність, інертність психічних процесів, тривале переживання подій, що травмують. При цьому виявлені респонденти, які демонструють схильність до збудливого типу акцентуації характеру, що проявляється підвищеною імпульсивністю, похмурістю, гнівливістю, дратівливістю. Також можна говорити про середній рівень з низькою контактністю у спілкуванні, уповільненістю вербальних та невербальних реакцій, великоваговістю вчинків. Респонденти також показали порівняно низький рівень за шкалами демонстративності, гіпертимності. Згідно з інтерпретацією опитувальника Шмішека, це говорить про нестачу енергії (у тому числі для вирішення проблем, активної діяльності тощо).

Згідно отриманих емпіричних показнів, респонденти часто можуть вдаватися до агресивних видів реакції, що унеможливорює повне присвчення себе роботі, знижується самооцінка, спостерігається зниження настрою з почуттям безнадійності, підвищується рівень тривожності. Можливо, негативне ставлення до пацієнтів, що сприймається як джерело хронічної психічної травматизації. Вище зазначене може проявлятися на фоні зниження емоційного тону, втрати інтересу до навколишнього середовища. Дані фактори можуть призвести до емоційного вигорання, що проявляється в деперсоналізації відносин з іншими людьми: підвищена залежність від оточуючих або, навпаки, негативізм, цинізм установок і почуттів до пацієнтів. У висловлюваннях про своїх пацієнтів може з'явитися холодне або байдуже ставлення. Такий стан обумовлений нездатністю впоратися з вимогами на роботі і може бути посилений відсутністю соціальної підтримки і можливостей професійного розвитку.

У ситуації стресу або складної життєвої ситуації, що спричинена багатогодинною працею з пацієнтами, респонденти актуалізують неприйнятне для них зміщення і неприйнятних для них імпульсів: бажання, думки, почуття, що викликають тривогу. Пригнічені імпульси, не знаходячи дозволу в поведінці, тим не менш зберігають свої емоційні і психовегетативні компоненти. Як показали дослідження та клінічний досвід, найчастіше витісняються багато властивостей, особистих якостей і дій, які не роблять людину привабливою в своїх очах чи очах оточуючих, наприклад, недобррозичливість, невдячність і тощо.

Ця форма психологічного захисту в літературі часто позначається поняттям «зміщення». Дія цього захисного механізму проявляється в розряді пригнічених емоцій (зазвичай ворожості, гніву), які спрямовані на предмети, які становлять меншу небезпеку або більш доступні, ніж ті, що викликали негативні емоції і почуття. У більшості випадків заміщення вирішує емоційну напругу, що виникла під впливом фруструючої ситуації, але не призводить до полегшення. У цій ситуації респонденти можуть здійснювати несподівані, часом безглузді дії, які знижують внутрішню напругу.

У медичних працівників виявлений середній рівень здатності розпізнавання і розуміння їх настрою, емоцій і спонукань, а також їх впливу на інших людей; низька внутрішня мотивація до виконання діяльності і занижена наполегливість в досягненні поставлених цілей.

Вище зазначені компоненти особистісного та міжособистісного рівня формують певні рівні емоційної експресії. Саме тому, такі респонденти сприймають стресову ситуацію як щось неминуче, подолане з плином часу, звинувачуючи інших або себе відсутні. Або в напруженій стресовій або фруструючій ситуації, реакція респондентів спрямована на зовнішнє середовище, так медсестри схильні емоційно звинувачувати зовнішні обставини або навколишнє середовище.

Проте жінки медики найчастіше використовують такий механізм захисту психіки, як витіснення та реактивне утворення, що сприяє

формуванню саме імунітивної спрямованості. Виявлено, що у чоловіків медиків достовірно вищі показники депресивності, емоційного вигорання, деперсоналізації, депресії та когнітивно – афективної субшкали депресії. З'ясовано, що в жінок медиків когнітивна поінформованість, розуміння емоцій та почуттів іншої людини, чуйність до внутрішніх станів інших людей виражена сильніше, ніж у чоловіків.

З урахуванням тривалості медичної практики, стажем роботи медики з трудовим стажем до 10 років показують найнижчі показники емпатії, самомотивації, емоційної поінформованості та інтегративного рівня емоційного інтелекту. Водночас, саме у цих медиків виявлена екстрапунітивна- зовнішньо спрямована емоційна реакція. У медиків зі стажем роботи від 11 до 20 років екстрапунітивна спрямованість знижується до свого мінімуму, які також характеризуються достовірно низькими показниками реактивного утворення. Виявлено, що медики, які працюють понад 20 років у медичних закладах, схильні до запобігання висловлювання неприємних чи неприйнятних думок, почуттів чи вчинків за допомогою гіпертрофованого розвитку протилежних прагнень, їм також важливо відчувати контроль над іншими людьми. Прояв агресивності у відносинах з іншими має тенденцію наростати зі збільшенням трудового стажу. Встановлено, що найнижчим рівнем депресії характеризуються медики з мінімальним трудовим стажем, а максимальний рівень її виразності властивий респондентам із стажем роботи понад 20 років. Отже, можна зазначити, що лікарі і медсестри на старті своєї професійної діяльності частіше спрямовують свої негативні реакції на живе або неживе оточення, засуджують зовнішні причини фрустрації, емоційно звинувачують у дискомфорті, що відчувається ним, або позбавленні зовнішніх обставин або оточення.

Тобто, у медичних працівників з мінорним настроєм, не зважаючи на події, які не здатні захоплюватися, дуже рідко переживають почуття радості та насолоди, але які пунктуальні, акуратні, скрупульозні, схильні жорстко

слідувати плану; яким характерна підвищена імпульсивність, інстинктивність, для них також характерна грубість, занудство, похмурість, гнівливість, схильність до хамства і лайки, до сварок і конфліктів, низька контактність, полохливість, невпевненість у собі; які усвідомлюють, що певна подія відбулась або досі відбувається, але при цьому схильні приписувати, нав'язувати іншим власні думки, почуття, мотиви, якості характеру тощо, не відчують за ці події відповідальності, будуть демонструвати емоційні реакції екстрапунітивного спрямування. При цьому у стані депресії з протіканням когнітивно-афективних симптомів при пригніченості настрою, низькій активності та поганому самопочуттю виразно виділяється, підкреслюється наявність фрустраційної обстановки, перешкоди.

Встановлено, що у медичних працівників, які не схильні до демонстративної поведінки, їм не притаманні мінорний настрій та боязкість, пасивність, але їм властива висока контактність, балакучість, влюбливість, збудливість, що призводить до формування емоційних реакцій інтрапунітивної спрямованості. Також при незрілій та інфантильній поведінці при постійно зниженому настрої, у стані депресії та при напружених стосунках з оточенням у вигляді агресивних випадів до інших, коли респонденти визнають свою провину у разі фруструючої ситуації, але заперечують відповідальність, посиляючись на пом'якшуючі обставини, теж проявляється інтрапунітивна спрямованість емоційних реакцій. Виявлено, що серед респондентів з інтрапунітивною спрямованістю емоційних реакцій в фруструючих умовах професійної діяльності та життєдіяльності загалом є: емоційно відстороненні, байдужі, які формально виконують професійні обов'язки без особистісної включеності та співпереживання, а в окремих випадках демонструють негативізм та цинічне відношення.

На основі встановлених результатів емпіричного дослідження та враховуючи виявлені етапи авторської програми психологічної корекції для представників професій з високим рівнем емоційного навантаження



вважаємо, що вона повинна будуватися з урахуванням прояву емоційної експресії. А саме, формуватися на принципах зміщення типів прояву до імпульсивної, як до найбільш конструктивної за рахунок роботи з компонентами особистісного та міжособистісного неконструктивного емоційного реагування.

Алгоритм тренінгової програми для представників екстрапульсивної реакції, буде оснований на зменшенні прояву когнітивно-афективної депресії та зниженого настрою, при демонстрації високої активності.

Алгоритм тренінгової програми для представників інтропульсивної реакції, буде засновано на зниженні агресії та деперсоналізації.

Оскільки основним предиктором імпульсивного типу реакції є емоційний інтелект, то ця складова буде однаково включена в обидві програми психологічних тренувань.

Алгоритм тренінгової програми для двох груп респондентів представлено на рисунку 3.12.

Зауважимо, що використання різноманітних способів роботи під час тренінгу дозволяє враховувати індивідуальні особливості кожного медика, виявлені за підсумками діагностики. Тренінгова програма включатиме наступні заходи:

- Лекції з психоедукації
- Групи підтримки
- Психологічні тренування, для опанування нових навиків та стратегій
- Індивідуальне консультування

Склад учасників необхідно формувати таким чином, щоб у кожній групі були лише представники чітко розділених по типу прояву реакції, що у свою чергу дозволить працювати на розвиток окремо виділених факторів. Кількісний склад:

Для лекцій – необмежено.

Для групової роботи – 8-12 осіб

Для тренінгової роботи - 15-20 осіб.

Такі тренінгові заходи як: лекції, терапевтичні групи, психологічні тренування мають здійснюватися у вільний від роботи час, проте оплачуватися як робочий. Опитування очікувань застосовується на початку та наприкінці програми. Кожне заняття закінчується рефлексією.



Рис. 3.12. Алгоритм тренінгової програми для медичного персоналу

Зауважимо, що згідно з алгоритмом тренінгової програми для обох груп проводяться лекції з психоедукації. До відома учасників програми доводиться, що психічне здоров'я є однією з найбільших людських цінностей не лише з індивідуальної, але і з соціальної точки зору. За допомогою психоедукації ми пояснюємо групі, що з ними відбувається, нормалізуємо їх проблему, представляємо дослідження і докази того як «працюють» ці процеси, як з тим давати раду.

Проведені спостереження та збір анамнезу продемонстрував, що у більшості медичних працівників неспокійний, напружений, спосіб життя, що вимагає самовіддачі і майже завжди супроводжується значним виробничим навантаженням. Саме тому, щоб захистити себе від професійного вигорання всі фахівці повинні удосконалювати свої навички в організації робочого часу і у виділенні пріоритетів. Стан здоров'я медичних працівників повинен бути одним з основних показників діяльності всіх служб охорони здоров'я. Тобто стратегічна проблема сучасного українського суспільства, вирішення якої зумовлює якісні характеристики розвитку країни, її інтелектуальний та духовний капітал-проблема здоров'я медичного персоналу.

Психолог розповідає групі, що охорона здоров'я відіграє важливу роль як соціальний чинник, оскільки, якими б вагомими не були трудові здобутки, вони не можуть компенсувати людині втраченого здоров'я, а тим більше життя - те й інше дається лише один раз.

Під час лекції надається інформація учасникам тренінгу про основні причини професійної захворюваності медиків в нашій країні: вплив психосоціальних факторів (недостатнє фінансування галузі, відсутність соціального захисту медичного персоналу); високий рівень робочого стресу (риск професії, напруженість трудового процесу); низький рівень поінформованості медпрацівників з питань медичної праці та правових аспектів лікувальної діяльності; зневажливе ставлення лікарів, як і інших осіб, до свого здоров'я; вплив біологічних, хімічних і фізичних чинників (наприклад: Covid-19).

В рамках лекції робиться акцент на симптомах професійного виснаження (або вигорання). Здебільшого на емоційних симптомах: подразливість, відчуття образи, смутку; стійкий депресивний фон настрою; відчуття неспроможності, провини, засудження; апатія, пасивність.

Проте, розглядаються також і когнітивні симптоми: труднощі концентрації уваги; ригідність; підозрілість, недовірливість; стереотипне мислення; формальне і відчужене мислення; нав'язливі думки.

Згідно з вище зазначеним, під час лекції необхідно зупинитись і на поведінкових симптомах: ухилення від роботи (прогули, очікування кінця робочого дня і тощо); зменшення кількості безпосередніх контактів з пацієнтами і колегами; стереотипна негнучка поведінка; агресивні форми поведінки.

Враховуючи дані факторного аналізу, під час презентації лекційного матеріалу також розглядаються соматичні симптоми: стомлюваність, сонливість, порушення сну; почастищення випадків несерйозних захворювань (наприклад, головний біль, біль в спині).

Тому для обговорення і для кращого розуміння основних факторів, що впливають на здоров'я, ми презентуємо їх групи:

1. Прийняття відповідальності за своє життя, зокрема за своє здоров'я. Кожний здатний здійснити вибір на користь здоров'я та самореалізації.

2. Самопізнання як аналіз себе, оскільки багато із психосоматичних порушень обумовлені витісненням, відмовленням від самопізнання, усуненням свідомості будь-якої інформації, здатної зачепити самолюбство. Що також підтверджується отриманими нами результатами під час емпіричного дослідження.

3. Саморозуміння і прийняття себе, процес внутрішньої інтеграції. Самопізнання є необхідною, але не достатньою умовою. Наступний крок – прийняття себе таким, який ти є, прийняття протиріч внутрішнього світу і досягнення цілісності – Я.

4. Уміння жити сьогоднішнім. Уміння жити актуальними переживаннями і здійснювати (реалізовувати) свою унікальність – тут і тепер є необхідною умовою гармонійного існування та творчого самовираження особистості, а отже, психічного здоров'я.

5. Свідомість індивідуального буття і, як наслідок, усвідомлено вибудована ієрархія цінностей.

6. Здатність до розуміння, слухання і прийняття інших.

Отже, основою груп підтримки є насамперед процес міжособистісного спілкування, під час якого виникає можливість набуття нового як пізнавального, так і емоційного досвіду, необхідного для розуміння свого внутрішнього стану, поведінки та впливу останньої на оточуючих людей.

У цій моделі надається особливе значення встановленню у стосунках між психотерапевтом і усіма учасниками атмосфери довіри і безпеки, що формується завдяки відповідній позиції психотерапевта — безумовному позитивному ставленню, емпатії та конгруентності.

Стосовно нашого практичного досвіду, зауважимо, щомедичний персонал під час роботи в таких групах розповідає про своє самопочуття в роботі, відзначаючи позитивні його аспекти: задоволення від того, що твоя допомога потрібна і є дієвою; радість, що долучений/а до спільної боротьби; відчуття виконаного громадянського обов'язку і тощо. Однак, про негативні стани і проблеми говорять більше і, називають складні переживання, а також особливості відзначених вище станів. Рефлексуючи щодо цих переживань під час обговорень в групах підтримки, фахівці відзначають пов'язану з ними певну деформацію своєї професійної ідентичності.

Під час роботи у групах підтримки можливе обговорення питань, які турбують учасників. Споділення власними переживаннями у безпечній та підтримуючій групі надає можливість отримати ситуативну підтримку, як особливий компонент у методі Позитивної Психотерапії. Крім цього, учасники можуть побачити альтернативні заходи та шляхи виходу із тяжкої

ситуації, в якій вони знаходяться. Такий підхід до проблеми також є одним із технік в методі Позитивної Психотерапії.

Використання різного роду метафори під час роботи у групі підтримки або у терапевтичних групах, як одна із переваг Позитивної Психотерапії, допомагає краще розуміти власні труднощі і їх причину. Наприклад пояснюючи про базові потреби, можна використати метафору «коріння і крила». Безпека і турбота, визнання гідності і цінності, дозвіл на аутентичність дають добре коріння, щоб чутися впевнено в цьому світі. Підтримка і скерування в розвитку самостійності, компетентності, самодисципліни, здорового сумління, самоконтролю допомагають «виросити крила», що дають змогу розвиватися в професійному плані, здобувати нові горизонти.

Водночас під час психологічних тренувань психолог створює формат для дії і взаємодії між учасниками, які дають їм можливість вчитися на практиці і реагувати на те, що відбувається. Для представників екстрапунітивної реакції з надлишковою активністю, що підтверджується даними факторного аналізу, дуже важливим є релаксація – це відпочинок наприкінці напруженого робочого дня. На початку тренінгових занять дуже важливо обговорити той факт, що навіть після закінчення роботи органи почуттів залишаються в робочому стані – людина відчуває емоції, переживає. Тобто для повноцінного відновлення психічних сил потрібно активізувати природну реакцію релаксації організму. Для до психологічних тренувань залучені комплекси вправ, які будуються з урахуванням доступності та здійсненності. Враховуючи принципи Позитивної Психотерапії, учасники залучаються до вправ, які включають: медитації, дихальні вправи, психофізичне тренування - розслаблення м'язів, прийоми візуалізації, що сприяють ефективній емоційній саморегуляції.

Для представників екстрапунітивної реакції з проявами когнітивно-афективної депресії та зниженого настрою, до тренінгових заходів залучаються вправи, які допомагають помічати і цінувати те, що оточує.

Обов'язок людини помічати в поточному дні в кілька разів більше позитивних, ніж негативних речей. Ось чому, на початку слід обрати вправу, яка дала б можливість одному учаснику в інших назвати декілька позитивних рис, де провідним стає будь-який бажающий. Групе також пропонується назвати позитивні моменти протягом поточного дня, на які вони звернули увагу, наприклад: починаючи від приємного свіжого вітерця і закінчуючи відсутністю пробок на дорогах.

Відзначимо, як показали емпіричні дані учасників однієї з груп, що схильні до агресивних дій, які пов'язані з особливостями професійних контактів, то вони не в змозі терпіти, зриваються на близькому оточенні і не тільки. Головне завдання тренінгових заходів з інтропунітивною групою - це формування доброзичливого ставлення до близьких людей, формування уявлення про взаємодопомогу і дружелюбність, довіру. Після нього доречним є проведення диспуту або аналізу з модельованої ситуації, при цьому психолог повторює учасникам, що вони повинні вміти прислухатися до себе та ловити настрій інших, що у кожної людини бувають не тільки радості, а й неприємні переживання, але все це необхідні адаптивні ресурси.

Для зниження рівня деперсоналізації медичного персоналу до тренінгових заходів заслухаються вправи, що можуть допомогти блокувати нав'язливі думки про нереальний стан буття і справлятися з негативними почуттями, прихованими конфліктами або переживаннями, які внаслідок накопичення провокують симптоми; техніки заземлення, які залучають різні органи чуття, щоб допомогти учасникам відчувати себе більш реальними в конкретний момент, а також більше прив'язаними до тіла й оточення, допомагає пацієнтам. Також пропонується виконувати завдання, які відволікають їх від деперсоналізації.

Індивідуальне консультування, яке також є важливою частиною нашої тренінгової програми, проводиться в рамках методу Позитивної Психотерапії з урахуванням: п'ятирівневої моделі психотерапії, моделі балансу та наслідування, позитум підходу, тощо.

Таким чином, чітко структурований алгоритм роботи з медичним персоналом з урахуванням виявлених особливостей даної категорії спеціалістів надає можливість захистити працівників від емоційного вигорання та підвищити їх ефективність роботи. Відповідно меті та завданням тренінгової програми на кожному етапі ефективними стали техніки Позитивної Психотерапії.

### **Висновки до третього розділу**

Кількісна та якісна характеристика психоемоційної сфери особистості лікаря та медсестер вказує, що: у медсестер вище проявляється рівень екстраверсії та ступінь виразності стану нервово-психічного напруження ніж у лікарів. При цьому у них кращий рівень самопочуття. У лікарів, порівняно з медичними сестрами, найчастіше виявляються симптоми вираженої депресії, яка супроводжується когнітивно-афективними та соматичними проявами. Встановлено, що медичні сестри більш пунктуальні, особливу увагу приділяють чистоті та порядку, скрупульозні, орієнтовані на високу якість роботи. Водночас, у лікарів існує певна схильність до збудливого та тривожно-боязкового типу акцентуації характеру, що проявляється у підвищеній похмурості, гнівливості, дратівливості та постійне знаходження насторожі перед зовнішніми подразниками.

Проте обидві групи досліджуваних показали порівняно низький рівень за шкалами демонстративності, гіпертимності. Згідно з інтерпретацією опитувальника Шмішека, це говорить про нестачу енергії (у тому числі для вирішення проблем, активної діяльності тощо).

Статистичний аналіз показує, що в групі лікарів і медсестер переважають особи з орієнтацією до неконструктивних механізмів егопротекції (заперечення, проєкція, реактивне утворення). За характеристиками цих механізмів, поведінку медичних працівників можна охарактеризувати як підвищено агресивну, в тому числі з елементами



аутоагресії, нездатності протистояти стресу силою власного «Я». Аналіз даних дозволяє зробити наступний висновок: у лікарів з високими показниками з того чи іншого боку вигорання суб'єктивно проявляється відчуття психічного виснаження, в результаті чого знижується ефективність професійної взаємодії як з колегами, так і з пацієнтами.

У медичних працівників виявлений середній рівень здатності розпізнавання і розуміння їх настрою, емоцій і спонукань, а також їх впливу на інших людей; низька внутрішня мотивація до виконання діяльності і самодисципліни, занижена наполегливість в досягненні поставлених цілей; достатньо розвинена здатність емоційно реагувати на переживання іншого тобто вміння ідентифікувати не лише свої емоції, але емоції пацієнта; добре розвинені емоційна відхідливість, емоційна гнучкість і пластичність.

Аналіз специфіки психоемоційного напруження медичних працівників з урахуванням гендерних факторів та медичного стажу роботи показав, що рівень емоційної свідомості, емпатії та самомотивації у жінок значно 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'язані з проявом соціальних ролей жінок. Необхідно зазначити, що за статевими групами статистично значущих розбіжностей за параметрами екстраверсії-інтроверсії, нейротизму та агресивності у відносинах не виявлено.

Медичні працівники з досвідом роботи від шести до 10 років здебільшого демонструють найнижчий рівень розуміння емоцій, що свідчить про труднощі у розпізнаванні емоцій. Респонденти цієї групи можуть відчувати труднощі у контролі вираження емоцій через міміку. Тоді як, медичні працівники з досвідом роботи від 11 до 20 років і більше 20 років, навпаки, показали вміння ідентифікувати не лише свої емоції, а й емоції пацієнта. Респонденти цих підгруп більшою мірою розуміють причини, що викликали той чи інший спектр емоцій, і можуть передбачити наслідки, які спричинить емоційний сплеск пацієнта.

В підгрупі медиків з досвідом роботи від 6 до 10 років було виявлено високі показники ( $\alpha = 0,038$ ), що відповідають екстравертному типу особистості. Найнижчі оцінки за шкалою екстраверсії - інтроверсії були набрані респондентами з професійним досвідом менше 5 років, що відповідало інтровертному типу особистості. Змінна нейротизму, який є континуумом від нормальної афективної стабільності до її вираженої лабільності, статистично вище в підгрупі медиків з трудовим стажем від 11 до 20 років ( $\alpha = 0,012$ ), а в підгрупі з більш ніж 20-річним стажем рівень емоційної нестабільності різко знижується.

Порівняльний аналіз показав, що підгрупа медичних працівників з трудовим стажем роботи менше 5 років має найвищі показники механізму витіснення ( $\alpha = 0,023$ ), а найнижчі показники були виявлені в підгрупі лікарів з трудовим стажем роботи від 11 до 20 років. Реактивне утворення вище в групі медиків з більш ніж 20-річним стажем, а найнижчі показники знаходяться в підгрупі з досвідом роботи від 11 до 20 років. Отриманий результат вказує на те, що лікарі з більш ніж 20-річним досвідом, як правило, запобігають вираженню неприємних або неприйнятних думок, почуттів або дій через гіпертрофований розвиток протилежних прагнень. Відбувається модифікація внутрішніх імпульсів в їх суб'єктивно зрозумілу протилежність.

Слід також зазначити, що етап професійного вигорання - редукція особистих досягнень, значно вище в групі лікарів з більш ніж 20-річним стажем, а найнижчі показники цієї стадії в підгрупі з досвідом роботи від 6 до 10 років ( $\alpha = 0,000$ ).

Прояв агресивності у медичних працівників у відносинах з оточуючими має тенденцію до збільшення зі збільшенням трудового стажу. У підгрупі з мінімальним стажем роботи рівень агресивності у відносинах найнижчий, а в підгрупі зі стажем роботи від 11 до 20 років, рівень агресивності у відносинах досягає свого піку вираженості. Після 20 років роботи прояв агресивності у відносинах знову знижується.

По іншому проявляється депресія і її соматичні ознаки. Найнижчий рівень депресії відзначається в підгрупі з мінімальним стажем роботи, а в підгрупі з досвідом роботи більше 20 років, він отримує максимальний рівень вираженості.

Порівняльний аналіз складових особистісного портрету осіб з різними формами прояву емоційної експресії дозволив змістовно охарактеризувати кожен фактор у групах з активною, реактивною та нейтральною формою експресії та вивчити найбільш виражені індивідуально-психологічні характеристики, що утворюють полюси одного і того ж континууму.

Узагальнено, що у групі лікарів і медсестер виявлені кореляційні матриці характеризуються відмінністю, тобто характер протікання екстрапунітивної, екстрапунітивної та імпульсивної емоційної реакції відрізняється залежно від посади в медичному закладі та особливостях професійного навантаження.

Встановлено предиктори прояву екстрапунітивної (направленої на зовні), інтропунітивної (направленої на себе) та імпульсивної (нейтральної) емоційної реакції особистості медиків в умовах професійного психоемоційного навантаження. Продемонстровано, що показник активності у групі лікарів демонструє позитивні кореляційні зв'язки з екстраверсією, застрягаючим, емотивним типами акцентуації та настроєм. У групі медсестер активність виявляє негативні зв'язки із показниками акцентуації характеру та темпераментом. Результати регресійного аналізу свідчать про те, що детермінанти екстрапунітивних, інтропунітивних та імпульсивних реакцій медичних працівників у ситуації фрустрації, психічних напруг або стресу розрізняються, що стало основою для розробки програми психологічної корекції.

Розроблено методичні рекомендації для психоемоційної корекції та підтримки медичного персоналу відповідно до основного типу реакції – реактивна/активна. Програма психологічної корекції була описана через 3 етапи: перший - відновлення порушеного функціонального стану психіки,

другим етапом є підвищення соціально-психологічної компетентності особистості. Формування навичок самопомоги та саморегуляції є третім і останім етапом в програмі психологічної допомоги. Оскільки саме цей етап допомагає створити стійкість функціонального стану психіки, та допомогти освоїти нові стратегії реагування. На основі результатів емпіричного дослідження та враховуючи виявлені етапи психологічної допомоги було вирішено, що програма буде будуватися з урахуванням направленості емоційної експресії. А саме, формуватися на принципах зміщення типів прояву до імпульсивної, як до найбільш конструктивної.

Тренінгова програма включала наступні методи: лекції з психоедукації; групи підтримки; психологічні тренування, для опанування нових навичок та стратегій; індивідуальне консультування. На кожному етапі при використанні перерахованих методів залучалися техніки методу Позитивної Психотерапії Н.Пезешкіана.

Алгоритм тренінгової програми для представників екстрапульсивної реакції, буде оснований на зменшенні прояву когнітивно-афективної депресії та зниженого настрою, при демонстрації високої активності. Тоді як алгоритм тренінгової програми для представників інтропульсивної реакції буде оснований на зниженні агресії та деперсоналізації. Оскільки основним предиктором імпульсивного типу реакції є емоційний інтелект, то ця складова однаково включена в обидві програми психологічної корекції.

## ВИСНОВКИ

У дисертації проведено дослідження емоційної експресії в рамках професійності та описано авторське тлумачення цього феномену, наведено теоретичне узагальнення й вирішено питання з визначення типу прояву емоційної експресії у медиків та зроблено такі висновки:

1. На основі теоретико-методологічного аналізу були узагальнені підходи щодо дослідження поняття емоційна експресія, її особливостей прояву у професій з високими емоційними навантаженнями: системний підхід, в рамках якого даний феномен розглядається через призму емоційного інтелекту, психологічних механізмів захисту та професійного становлення, в контексті стресу, професійної деформації та емоційного вигорання; фізіологічний підхід, згідно якого емоційна експресія це результат фізіологічних реакцій на події; когнітивний підхід, в рамках якого емоційна експресія розглядається через взаємозв'язок з когнітивними процесами; діяльнісний підхід розглядає емоції та емоційну експресію як великий клас процесів внутрішньої регуляції діяльності; психоаналітичний підхід наголошує на тому, що сприйнятий зовні перцептивний образ викликає несвідомий процес і несвідомо мобілізується інстинктивна енергія; особистісно-динамічний підхід розглядає емоції та емоційну експресію, як показник зміни особистості під впливом зовнішньої дії.

Водночас, розгляд наукових представлень про особливості емоційної експресії як психологічного феномену дозволив встановити, що: експресія в широкому сенсі - це знакова система психологічних якостей; виразно-зображальні якості мовлення; зовнішні прояви емоцій і почуттів в міміці, пантомімі, голосі і жестах; засіб об'єктивізації психологічних характеристик особистості, її відношення до певної соціокультурної групи; сукупність психологічних утворень, що організовуються в просторово-часовій структурі та динамічно виражаються в зовнішньому вигляді і поведінці людини. В нашому дослідженні ми дотримуємося думки, що експресія – це набір

виразних несвідомих психологічних реакцій, зумовлених задоволенням/незадоволенням потреб (фрустрацією) або відповідності/невідповідності того, що відбувається, з внутрішніми критеріями.

Приділено увагу таким чинникам розвитку певної спрямованості емоційної експресії та в контексті професійної стійкості: емоційний інтелект, психологічні особливості особистості в контексті професійного становлення, стрес, професійна деформація, емоційне вигорання та психологічні механізми захисту.

2. Були досліджені особливості структурних і змістовних характеристик емоційної експресії особистості у професій з підвищеним емоційним навантаженням: у медсестер більше, ніж у лікарів, проявляється рівень екстраверсії, ступінь нервово-психічного напруження, у ситуації стресогенного впливу вони частіше за лікарів виявляють екстрапунітивну спрямованість емоційної експресії. При цьому, у них кращий рівень самопочуття. У лікарів, порівняно з медичними сестрами, найчастіше виявляються симптоми вираженої депресії, яка супроводжується когнітивно-афективними та соматичними проявами.

Виявлені статистично значущі відмінності в акцентуаціях на кшталт педантичного, збудливого і тривожно-боязкого типу продемонстрували, що лікарі характеризуються низьким рівнем педантичності, на відміну від медсестер, певною схильністю до збудливого типу акцентуації характеру, який проявляється підвищеною імпульсивністю, вразливістю, у спілкуванні, уповільненістю вербальних та невербальних реакцій, великоваговістю вчинків. Загалом обидві групи досліджуваних показали порівняно низький рівень за шкалами демонстративності та гіпертимності, що говорить про нестачу енергії (у тому числі для вирішення проблем, активної діяльності тощо).

Встановлено, що емоційне виснаження та деперсоналізація найбільш явно проявляється серед досліджуваних лікарів. У них частіше, ніж у

медсестер, спостерігається зниження емоційного тону, втрата інтересу до оточуючого, проявляється почуття психічного виснаження, унаслідок чого знижується ефективність професійної взаємодії, як із колегами, і пацієнтами. Лікарі також характеризуються високою агресивністю у відносинах, що логічно підтверджується отриманими результатами про депресивність та емоційне вигорання. Виявлено, що у медсестер, на відміну від лікарів, більший рівень редукції особистих досягнень, вони характеризуються зниженням почуття власної компетентності та продуктивності.

Виявлено, що респонденти групи медсестер активніше за лікарів використовують егозахисти за типом витіснення та заміщення. Встановлені статистичні відмінності показують, що у лікарів і медсестер більш виражена орієнтація на неконструктивні механізми егозахисту (заперечення, проєкція, реактивне утворення), що описує поведінку медичних працівників, як підвищено агресивну, у тому числі з елементами аутоагресії, нездатності протистояти силі власного стресу.

Виявлено, що на відміну медсестер, у фрустраційній ситуації лікарі виявляють частіше імпульсивну спрямованість емоційної експресії, тобто здорову форму емоційного реагування через контенування. Тоді як, медичні сестри, на відміну лікарів, частіше демонструють екстрапульсивну спрямованість емоційної реакції, вони характеризуються напрямом агресії зовні.

Встановлено, що медсестри відрізняються достовірно вищою здатністю керувати своїми емоціями та рівнем емпатії. Лікарі здатні більшою мірою, порівняно з медсестрами, не застрягати на негативних переживаннях, керувати ними, викликати і підтримувати бажані емоції та тримати під контролем небажані, також більш точно розуміти емоційні переживання пацієнтів та інших людей.

У медичних працівників виявлений середній рівень здатності розпізнавання і розуміння їх настрою, емоцій і спонукань, а також їх впливу

на інших людей; низька внутрішня мотивація до виконання діяльності і самодисципліни, занижена наполегливість в досягненні поставлених цілей; достатньо розвинена здатність емоційно реагувати на переживання іншого тобто вміння ідентифікувати не лише свої емоції, але емоції пацієнта; добре розвинені емоційна відхідливість, емоційна гнучкість і пластичність.

За допомогою критерію Манна-Уїтні, показало, що показники механізмів захисту психіки витіснення та реактивне утворення значно вищі у групі жінок. Також у жінок медиків, на відміну від чоловіків медиків, значно вищі показники самопочуття, настрою та імунітивної спрямованості. Виявлено, що у чоловіків медиків достовірно вищі показники депресивності, емоційного вигорання, деперсоналізації, депресії та когнітивно-афективної субшкали депресії. З'ясовано, що в жінок медиків когнітивна поінформованість, розуміння емоцій та почуттів іншої людини, чуйність до внутрішніх станів інших людей виражена сильніше, ніж у чоловіків. Не визначається статистично значущих розбіжностей за статевими групами за параметрами екстраверсії-інтроверсії, нейротизму та агресивності у відносинах.

Порівняльний аналіз з урахуванням тривалості медичної практики, стажем роботи, за допомогою критерію Краскала-Уолліса, продемонстрував відмінності рівнів емоційного інтелекту медиків: медсестри та лікарі зі стажем роботи понад десять років мають вищі показники міжособистісного EQ, внутрішньоособистісного EQ та загального EQ, ніж лікарі та медсестри з невеликим стажем роботи (до п'яти років). Медики з трудовим стажем до 10 років показують найнижчі показники емпатії ( $a = 0,015$ ), самомотивації ( $a = 0,017$ ), емоційної поінформованості ( $a = 0,038$ ) та інтегративного рівня емоційного інтелекту EQ ( $a = 0,021$ ).

Виявлено, що найвищі оцінки за шкалою екстраверсія – інтроверсія показують медики зі стажем роботи від 6 до 10 років ( $a = 0,038$ ), що відповідало екстравертованому типу особи. Найнижчі показники екстраверсії – інтроверсія встановлені у групі медиків з професійним стажем менше 5



років, що відповідало інтравертованому типу особистості. Виявлено, що у підгрупі медиків із трудовим стажем від 11 до 20 років емоційна нестійкість статистично вище, ( $\alpha = 0,012$ ), а підгрупі з трудовим стажем понад 20 років, рівень нейротизму достовірно нижче.

Продемонстровано, що медичні працівники з трудовим стажем менше 5 років відрізняються найвищими показниками механізму витіснення ( $\alpha = 0,023$ ), а найнижчі показники характерні лікарям зі стажем роботи від 11 до 20 років. Останні медики з трудовим стажем від 11 до 20 років також характеризуються достовірно низькими показниками реактивного утворення. Виявлено, що медики, які працюють понад 20 років у медичних закладах, схильні до запобігання висловлювання неприємних чи неприйнятних думок, почуттів чи вчинків за допомогою гіпертрофованого розвитку протилежних прагнень, їм також важливо відчувати контроль над іншими людьми.

Виявлено, що лікарі зі стажем роботи понад 20 років виявляють найвищий рівень редукції особистісних досягнень, а найнижчий відзначений у медиків зі стажем роботи від 6 до 10 років ( $\alpha = 0,000$ ). Прояв агресивності у відносинах з іншими має тенденцію наростати зі збільшенням трудового стажу. Встановлено, що найнижчим рівнем депресії характеризуються медики з мінімальним трудовим стажем, а максимальний рівень її виразності властивий респондентам із стажем роботи понад 20 років.

Виявлено вплив тривалості професійної практики на спрямованість емоційної реакції медичних працівників у ситуації фрустрації та стресу. Екстрапунітивна- зовнішньоспрямована емоційна реакція показує найвищий рівень у підгрупі лікарів та медсестер, які мають стаж до 10 років роботи ( $\alpha = 0,000$ ). У медиків зі стажем роботи від 10 до 20 років екстрапунітивна спрямованість знижується до свого мінімуму. Можна зазначити, що лікарі і медсестри на старті своєї професійної діяльності частіше спрямовують свої негативні реакції на живе або неживе оточення, засуджують зовнішні причини фрустрації, емоційно звинувачують у дискомфорті, що відчувається ним, або позбавленні зовнішніх обставин або оточення.

Встановлено, що інтропунітивна спрямованість реакції показує найвищі показники у підгрупі медиків, зі стажем роботи від 10 до 20 років і більше), а підгрупі 2 (6 – 10 років) має найнижчі показники ( $a = 0,000$ ). Імпунітивна реакція, де звинувачення оточуючих або себе відсутня, показує найвищі показники у медичних працівників зі стажем від 10 до 20 років ( $a = 0,000$ ).

3. Були досліджені складові особистісного портрету осіб з різними формами прояву емоційної експресії: З'ясовано що в групі досліджуваних із активною формою емоційної експресії (група Е), до якої увійшли 29% з усієї вибірки, визначається структура, що склалася із наступних 5 біополярних факторів, яка пояснює 82,4% дисперсії: «Інтегративність ЕІ», «Демонстративність», «Екстрапунітивність при нервово-психічному напруженні», «Інфантильність», «Виснаження».

У групі І, яка об'єднала респондентів з інтропунітивним напрямком реакції – реактивною формою емоційної експресії (26% загальної вибірки), продемонстровано структуру 5 факторної моделі, яка трохи відрізняється за своїм змістом від факторів у групі Е: «Усвідомленість», «Неврівноваженість», «Адаптованість», «Емотивна стриманість» та «Пригніченість». Усі сукупності показників є біполярними, представлені як позитивними, і негативними полюсами і пояснюють 94,2% дисперсії.

Виявлено, що факторна структура показників психоемоційних складових емоційної експресії у групі М, з нейтральною формою емоційної експресії (45% загальної вибірки), представлена також 5 факторною моделлю, що характеризується позитивним та негативним полюсом та пояснює 80,0% сумарної дисперсії: «Керованість», «Чутливість», «Напруженість», «Загальмованість при напрузі» та «Враженість».

4. Виявлено та проаналізовано взаємодію різнорівневих компонентів емоційної експресії. Продемонстровано значні позитивні та негативні зв'язки на рівні  $p < 0,01$  та  $p < 0,05$  між більшістю показників емоційного інтелекту, механізмів захисту психіки, акцентуації характеру та темпераменту,

агресивності у відносинах, професійного вигорання, показниками САН, екстраверсії-інтроверсії, нервово-психічною напругою та депресією.

Кореляційна матриця змінних емоційної експресії особистісного рівня групи лікарів відрізняється за змістом від кореляційної матриці групи медсестер. У групі лікарів, показник емоційної стійкості, що бере участь у процесі саморегуляції особистості лікаря – нейротизм, позитивно корелює майже з усіма показниками акцентуації характеру та темпераменту: демонстративний, педантичний, збудливий, тривожно-боязкий, циклотимічний, афективно-екзальтований  $p < 0,01$ .

Виявлено, що високий рівень депресії сприяє прояву акцентуацій за типом: збудливий, дистимічний, тривожно-боязкий, з нервово-психологічною напругою, та негативна впливає на афективно-екзальтовану акцентуацію, самопочуття та настрої. Встановлено, що соматичний прояв депресії сприяє екстраверсії, збудливому типу акцентуації, емотивній акцентуації та підвищенню нервово-психічної напруги, але має переважний вплив самопочуттям та акцентуаціями на кшталт демонстративний та гіпертимний.

Продемонстровано, що показник активності у групі лікарів демонструє позитивні кореляційні зв'язки з екстраверсією, застрягаючим, емотивним типами акцентуації та настроєм. У групі медсестер активність виявляє негативні зв'язки із показниками акцентуації характеру та темпераментом. Узагальнено, що у групі лікарів і медсестер виявлені кореляційні матриці характеризуються відмінністю, тобто. характер протікання екстрапунітивної, екстрапунітивної та імпульсивної емоційної реакції відрізняється залежно від посади в медичному закладі та особливостях професійного навантаження

5. Встановлено предиктори емоційної експресії медичних працівників в умовах професійного та психоемоційного навантаження. Предикторами екстрапунітивної направленості емоційної реакції медичних працівників виступають: низькі показники афективно-екзальтованої та циклотимічної акцентуацій, також низькі показники заперечення та високі показники

проекції. Встановлено, що детермінантами реакції екстрапунітивної спрямованості є: високий рівень когнітивно-афективної субшкали депресії, самопочуття, активності та занижений рівень настрою.

Результати регресійного аналізу щодо інтрапунітивної спрямованості реакції показали, що предикторами є: низький рівень демонстративного та тривожного типу акцентуації характеру, низький рівень емоційного виснаження, примітивного механізму захисту - регресія та високий рівень афективно-екзальтованого типу акцентуації та депресії .

Встановлено, що показники емоційного інтелекту не є предикторами екстрапунітивної та інтропунітивної спрямованостей емоційної реакції.

Виявлено, що предикторами імпульсивної спрямованості емоційної реакції в ситуації психологічної напруги є: позитивний вектор впливу; захисту, заперечення. Негативний вплив мають: нейротизм, екстраверсія, педантичний тип акцентуації, когнітивно-афективна субшкала депресії, інтегративний рівень емоційного інтелекту, шкала емоційного вигорання – деперсоналізація та механізм захисту психіки інтелектуалізація.

6. Розкрито концептуальні засади тренінгової програми. На основі результатів емпіричного дослідження та враховуючи виявлені етапи психологічної допомоги було вирішено, що програма буде будуватися з урахуванням направленості емоційної експресії. А саме, формуватися на принципах зміщення типів прояву до імпульсивної, як до найбільш конструктивної. На кожному етапі при проведенні лекцій з психоедукації; груп підтримки; психологічних тренувань; індивідуального консультування залучалися техніки методу Позитивної психотерапії Н.Пезешкіана.

Алгоритм тренінгової програми для представників екстрапунітивної реакції, буде оснований на зменшенні прояву когнітивно-афективної депресії та зниженого настрою, при демонстрації високої активності. Тоді як алгоритм тренінгової програми для представників інтропунітивної реакції буде базуватися на зниженні агресії та деперсоналізації. Оскільки основним

предиктором імунітивного типу реакції є емоційний інтелект, то ця складова, однаково включена в алгоритм обох тренінгових програм.

**Перспективи подальших досліджень.** Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів поставленої проблеми. Перспективним вбачається подальше вивчення феномену емоційної експресії в цілому так і її структурних компонентів. Також вивчення емоційної експресії в рамках групового і культурального рівня, а також у розрізі інших професій. Важливим є аналіз мотиваційної сфери медиків у розрізі емоційної експресії та емоційної компетентності, що сприятиме розширенню і систематизації наукових знань у ракурсі вивчення проблеми дослідження.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ТА ЛІТЕРАТУРИ

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. 1991. 299 с. URL://www.lib100.com/common\_psychology/strategiya\_zhizni/html/ (дата звернення 20.11.2020).
2. Абдряхімова Ц, Мухаровська І, Клебан К, Сапон Д, Калачов О. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). Психосоматична медицина та загальна практика. 2020. URL: <https://uk.e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/212> (дата звернення 09.09.2020)
3. Абушенко В.Л. Концептуалізація. Гуманитарная енциклопедія Центр гуманитарних технологій. URL: <https://cutt.ly/eXbTsOD>
4. Агаджанян Н. А. Адаптація і резерви організму. 1989. 175 с. URL://<https://books.e-libra.net>(дата звернення 11.05.2019).
5. Айрапетян С.Г. Возникновение, развитие и основные сферы использования понятия «адаптация». Ереван, 1984. 134с.
6. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды. URL:<https://refs.co.ua> (дата звернення 03.07.2020).
7. Ананьев Б.Г. Людина як предмет пізнання в психології. URL:<http://um.co.ua/8/8-12/8-123581.html> (дата звернення 08.09.2019).
8. Ананьев В.А Введение в психологию здоровья. URL:<https://maup.com.ua> (дата звернення 06.09.2020).
9. Андреева Л.А. Образование медицинских работников в области профилактики чрезмерного потребления алкоголя: от последипломной подготовки к дистанционному обучению. URL: <https://libeldoc.bsuir.by/handle/123456789/27012>
10. Асмолов А.Г., Шехтер Е.Д., Черноризов А.М. Преадаптация к неопределенности: непредсказуемые маршруты эволюции. URL: <https://vbudushee.ua/upload/iblock/9e2/9e2f20ef577a4b21d27dda5a674c4453.pdf>
11. Атаманчук Г.В. Методологічні проблеми сучасного державного управління. *Вісник УАДУ*. 1998. № 3. С. 9-12.

12. Аршава І.Ф. Емоційна стійкість людини: операціоналізація феномену та засоби діагностики. *Матеріали науково-практичної конференції: «Психотерапія, медична психологія і гранична психіатрія в системі надання медичної допомоги»*. Харків, 2008. С. 28-29.

13. Бакаленко Е.К. До проблеми емоційного розуміння світу. *Вісник Харківського державного університету. Теорія культури і філософія науки*. № 389. Харків. 1997. С. 112-120

14. Балл Г.О. Феномен вибору в контексті соціальної поведінки. *Соціальна психологія*. 2005. № 1 (9). С. 3–13.

15. Балл Г.О. До обґрунтування раціогуманістичного підходу у психології. *Психологія і суспільство*. 2004. №4. С.60-74.

16. Бандура А. Теорія соціального наочення. URL:[https://studme.org/343759/psihologiya/teoriya\\_sotsialnogo\\_naucheniya\\_alberta\\_bandury](https://studme.org/343759/psihologiya/teoriya_sotsialnogo_naucheniya_alberta_bandury) (дата звернення 22.05.2020)

17. Баранова С.В. Соціально-психологічні особливості тренінгу як форми особистісного зростання. *Теоретичні і прикладні проблеми психології: зб. наук. праць СНУ ім. В. Даля*. Луганськ : СНУ ім. В. Даля, 2008. № 1 (18). С. 14–20.

18. Барлас Т.В. Особенности социально-психологической адаптации при психосоматических и невротических нарушениях. *Психологический журнал*. 1994. № 6. С. 116 – 120.

19. Баррон Ф. Личность как функция проектирования человеком самого себя. *Вопросы психологии*. №2. 1990. С. 153-159. URL: [https://lib.iitta.gov.ua/704987/1/Mater\\_metodol\\_sem.pdf](https://lib.iitta.gov.ua/704987/1/Mater_metodol_sem.pdf)

20. Батаршев А.В. Методика «Определение социальной креативности личности». *Базовые психологические свойства и профессиональное самоопределение личности: практическое руководство по психологической диагностике*. URL:[https://ozlib.com/1054110/psihologiya/opredelenie\\_sotsialnoy\\_kreativnosti\\_lichnosti](https://ozlib.com/1054110/psihologiya/opredelenie_sotsialnoy_kreativnosti_lichnosti) (дата звернення 19.09.2020)

21. Барінова Л.Я. Психологічна компетентність як проблема психології особистості. *Вісник Південноукраїнського національного педагогічного університету ім. К.Д.Ушинського*. №4. 2014. С.221-232.

22. Бендас Т.В. Гендерная психология: Учебное пособие. URL:<https://ua.booksee.org/book/670239> (дата звернення 04.11.2020)

23. Бергер И. Социальное конструирование реальности. URL:[https://ktpu.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/02/0458680\\_BCA67\\_piter\\_berger\\_lukman\\_t\\_socialnoe\\_konstruirovaniye\\_realnosti\\_tr.pdf](https://ktpu.kpi.ua/wp-content/uploads/2014/02/0458680_BCA67_piter_berger_lukman_t_socialnoe_konstruirovaniye_realnosti_tr.pdf) (дата звернення 30.10.2020)

24. Бериков В.Б. Байесовская модель распознавания по конечному множеству событий и ее применение в задачах классификации и прогнозирования. URL: [www.math.nsc.com/conference/zont09/reports/10Berikov.doc](http://www.math.nsc.com/conference/zont09/reports/10Berikov.doc) (дата звернення 02.10.2020).

25. Бедная В.Б. Гуманістичне призначення інфраструктури соціальної роботи. *Гуманітарний вісник Запорізької державної інженерної академії*. Вип. 20. 2005. С. 26-32.

26. Блейхер В.М., Бурлачук Л.Ф. Психологическая диагностика интеллекта и личности. Киев: Выща школа, 1978. 142 с.

27. Блинова, О., Мойсеєнко, В., Лось, О., Бурлакова, І., Євдокимова, О., Тоба, М., Попович, І. С. Assertiveness as a Factor of Students' Choice of Behavior Strategies in Social Interaction. *REVISTA INCLUSIONES*. Том. 7. Вип. 4. С. 259-272.

28. Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком. URL:<https://ua.booksee.org/book/640058> (дата звернення 12.12.20219)

29. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. URL:[https://studme.org/278727/psihologiya/bozhovich\\_formirovanie\\_lichnosti\\_detskom\\_vozraste](https://studme.org/278727/psihologiya/bozhovich_formirovanie_lichnosti_detskom_vozraste) (дата звернення 23.10.2020)



30. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и других. URL:<https://psyttests.org/book/boyko-energy-of-emotions.html> (дата звернення 06.07.2020)

31. Большаков А.А., Каримов Р.Н. Методы обработки многомерных данных и временных рядов. URL:<https://obuchalka.org/2017012792842/metodi-obrabotki-mnogomernih-dannih-i-vremennih-ryadov-bolshakov-a-a-karimov-r-n-2007.html> (дата звернення 04.06.2020)

32. Большакова А.М. Когнітивний та емоційний аспекти ставлення до майбутнього в юнацькому віці: ціннісно-сміслові фактори неузгодженості. *Вісник Харківського нац. ун-ту ім. В.Н. Каразіна. Сер.: Психологія*. Харків : ХНУ, 2008. № 807. Вип. 40. С.38–45.

33. Боришевський М.Й. Духовні цінності в становленні особистості - громадянина. *Педагогіка і психологія*. 1997. №1. С. 144-150.

34. Боришевський М.Й. Екстраполяція теоретичних принципів психологічної науки у контекст практичної психології. *Збірник матеріалів Міжнародної науково-практичної конференції "Актуальні проблеми практичної психології"*. Херсон, 2009. С.113-120.

35. Бохонкова Ю.О., Кім О.В. Формування захисних реакцій у психолога та професійне вигорання. *Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля*. Сєверодонецьк : Вид-во СХУ ім. В. Даля, 2019. № 2 (49), 2019. С. 170-181.

36. Боцюра О.А. Використання критерію Манна-Уїтні для аналізу результатів тестування . *Педагогическая наука: история, теория, практика, тенденции развития. Выпуск №1*, 2008. URL: [intellect-invest.org.ua/rus/pedagog\\_editions\\_e-magazine\\_pedagogical\\_science\\_arhiv\\_pn\\_n1\\_2008\\_st\\_36/](http://intellect-invest.org.ua/rus/pedagog_editions_e-magazine_pedagogical_science_arhiv_pn_n1_2008_st_36/) (дата звернення 09.11.2021).

37. Бочелюк В.Й. , Бочелюк В.В. Методика та організація наукових досліджень з психології. Київ: Центр учбової літератури, 2008. 360 с.

38. Братусь Б.С. К проблеме человека в психологии. *Вопросы психологии*. 1997. № 5 . С.23-35.
39. Бреслав Г.М. Психология эмоций. URL:<http://www.tnu.in.ua/study/books/entry-2423373.html> (дата звернення 07.09.2020)
39. Билкина Н.Д., Люсин Д.В. Развитие уявлень дітей про емоції в онтогенезі. *Питання психології*. 2000. N 5. С. 38 - 48.
40. Бринза І.В. Психологічні ресурси особистості та професійна криза. *Актуальні проблеми сучасної психології*, 2012. С.214-217.
41. Брушлинский А.В. Проблема субъектности в психологической науке. *Психологический журнал*, 1991. №6. С.3-11.
42. Буланова В.А. Салютогенетична спрямованість особистості як показник якості життя: дис...канд. психол. наук...19.00.01. Запоріжжя. 2013. 178 с.
43. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Айзенка личностные опросники. Словарь- справочник по психодиагностике. Киев: «Наукова Думка», 1989. URL:<https://bookree.org/reader?file=564580>
44. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. URL: <https://obuchalka.org/20180916103784/slovar-spravochnik-po-psihologicheskoi-diagnostike-burlachuk-l-f-morozov-s-m-1989.html> (дата звернення 11.10.2020)
45. Буякас Т.М. Личностное развитие в условиях работы самопонимания, опосредствованной символами. *Вопросы психологи*. 2000. №1. С.23-38.
46. Вакуліч Т.М. Емоційне вигорання лікарів в професійній діяльності. *Науковий журнал "Психологія"*. URL: <http://medpsychology.pp.ua> (дата звернення 21.12.2019).
47. Валиуллина М.Е. Особенности рефлексивности у экстра- и интровертов. URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Особенности-рефлексивности-у-экстраи-интровертов-Евгеньевна/3a507180e95ca2e7e9fd550e71b8b6ffe11a6247#related-papers> (дата звернення 02.02.2020)

48. Варий М.И. Общая психология. Учебное пособие. 2-ге издавна., испр. и доп. Киев: «Центр учебной литературы»,2007. 968 с.
49. Варюхина С.И. Некоторые методы укрепления психического здоровья человека в постстрессовом состоянии. *Психологическое здоровье в контексте развития личности* . Брест, 2005. С.47-49.
50. Васьківська С.В. Побудова консультативного діалогу з людиною обтяженою психосоматичними проблемами. Психологічні стратегії в освітньому просторі наукових праць. *Психологічні науки. Вип.1*. Київ: КМПУВ ім. Б. Грінченка, 2000. С.25-31.
51. Вассерман Л.И., Ерышев О.Ф., Клубова Е.Б., Петрова Н.Н. и др. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. URL:[https://psylab.info/Методика\\_«Индекс\\_жизненного\\_стиля»](https://psylab.info/Методика_«Индекс_жизненного_стиля») (дата звернення 03.07.2020)
52. Велика енциклопедія психологічних тестів / сост. О.О. Карелин. URL:<https://e-bookshelf.info/vospitanie/8-vospitanije/339-bolshaya-entsiklopediya-psikhologicheskikh-testov> (дата звернення 05.05.2020)
53. Великий енциклопедичний словник / гл. ред. А. М. Прохоров. URL:<https://ua.booksee.org/book/716751> (дата звернення 08.09.2020)
54. Велитченко Л.К. Суб'єкт і його атрибутивні категорії. *Наука і освіта*. №4-5. 2008. С.69-73.
55. Величко С.В. Роль личностного потенциала в процессах социальной реадaptации. *Перспективные информационные технологии и интеллектуальные системы*. 2004. № 1 (17). С. 126–130.
56. Виховання здорового способу життя: Тренінг для підлітків/ Під ред. О.В.Головіна, О.С.Лісова. Чернівці: Рута, 2003. 65 с
57. Візнюк І.М. Поведінкові симптоми іпохондрії як механізм психосоматичної дисфункції. *Проблеми сучасної психології*. 2018. Вип. 39. С. 67-79. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl\\_2018\\_39\\_8](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pspl_2018_39_8) (дата звернення 12.10.2019)

58. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практ. пособие .3-е изд.,испр. и доп. URL: <https://iknigi.net/avtor-nataliya-vodopyanova/19968-sindrom-vygoraniya-nataliya-vodopyanova/read/page-1.html> (дата звернення 10.08.2018)

59. Волошко Н.І. Диагностика і формування психопрофілактичної культури практичних психологів професійно-технічних навчальних закладів. Київ: Науковий світ, 2007. 76 с

60. Волчок В.П. Психологическое насилие как аспект психологического здоровья. *Психологическое здоровье в контексте развития личности*. Брест, 2005. С.52-54.

61. Выготский, Л.С. Собрание сочинений. URL: [http://www.gumer.info/bibliotek\\_Buks/Psihol/vugot/04.php](http://www.gumer.info/bibliotek_Buks/Psihol/vugot/04.php).(дата обращения 12.04.2020).

62. Ганзен В.А. Системные описания в психологии. URL: [http://secret-of-success.top/files/books/Ganzen\\_\\_Sistemnie\\_opisaniya\\_v\\_psihologii.pdf](http://secret-of-success.top/files/books/Ganzen__Sistemnie_opisaniya_v_psihologii.pdf) (дата звернення 12.10.2020)

63. Ганзен В.А., Юрченко В.Н. Системный подход к анализу, описанию и экспериментальному исследованию психических состояний человека. *Экспериментальная и прикладная психология*. URL: <http://biblioteka.org.ua/book.php?id=1121022760&p=17> (дата звернення 09.04.2020)

64. Гетьман І.А.Методи математичної обробки медико-біологічних даних: методичні вказівки для проведення лабораторних та самостійних робіт для студентів закладів вищої освіти. Краматорськ : ДДМА, 2019. 100 с.

65. Голиков Ю.Я., Костин А.Н. Проблемы методологических оснований анализа межсистемных взаимодействий в психологических исследованиях. *Психологический журнал*. 1995. Т. 16. № 4. С. 11 - 24.

66. Горбатов Д.С. Практикум по психологическому тестированию: учеб. пособие. URL:<https://obuchalka.org/20210915136357/praktikum-po-psihologicheskomu-issledovaniu-gorbatov-d-s-2003.html>

67. Гордеева С.С., Паначев В.Д. Социологический анализ гендерных различий в отношении к здоровью. URL:<https://googleweblight.com/sp?hl&geid=NSTNR&u=https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-razlichiya-v-otnoshenii-k-zdorovyu-sotsiologicheskiiy-aspekt/viewer>

68. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Почему он может значить больше, чем IQ. 2-е изд., испр. и доп. URL: <https://bookzap.net/kn/emocionalnyu-intellekt-pochemu-on-mozhet-znachit-bolshe-chem.html> (дата звернення 05.04.2020)

69. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. URL: [https://bookscafe.net/read/granovskaya\\_rada-elementy\\_prakticheskoy\\_psihologii-228868.html#p1](https://bookscafe.net/read/granovskaya_rada-elementy_prakticheskoy_psihologii-228868.html#p1) (дата звернення 17.06.2019)

70. Гудзенко О.З. Міжпоколінські відмінності уявлень про фактори досягнення життєвого успіху. *Соціологія майбутнього: науковий журнал з проблем соціології молоді та студентства*. 2010. № 1. С. 106–113

71. Гулина М.А. Терапевтическая и консультативная психология. URL: <https://studfile.net/preview/6749253/> (дата звернення 23.07.2018)

72. Дарвин Ч.О выражении эмоций у человека и животных. URL: <https://www.psychology-online.net/articles/doc-1869.html> (дата звернення 11.12.2020)

73. Дерев'янку С.П. Методичні засоби діагностики емоційного інтелекту. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т.Г. Шевченка. Серія: Психологічні науки*. Чернігів : ЧНПУ, 2015. Вип. 128. С. 95–99.

74. Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье. *Человек*. Вып. №6.2000. С. 21- 31.

75. Додонов Б.И. О системе «личность». *Вопросы психологии*. 1985. №5. С.36-45.

76. Довгая Н., Перельгина О. Об особенностях развития эмоциональной сферы. *Дошкольное воспитание*. 2007. №12. URL:

<https://cyberleninka.ua/article/n/osobennosti-razvitiya-emotsionalnoy-sfery-detey-doshkolnogo-vozrasta>.

77. Додонов Б.И. В мире эмоций. Киев: Политиздат Украины, 1987. 140 с.

78. Дружилов С.А. Профессионализм человека как психологический синдром. URL: <http://human.snauka.ua/2014/08/7554>. (дата звернення: 26.03.2019)

79. Дублер Е.В., Генкин А.А. Применение непараметрических критериев статистики. URL: <https://booksee.org/book/478443> (дата звернення: 23.07.2020)

80. Давыдова Ю.В. Особенности эмоционального интеллекта подростков. URL: <https://articlekz.com/article/34171> (дата звернення: 08.08.2019)

81. Занюк С.С. Психологія мотивації та емоцій: Навч. посібник для студентів гуманіт. факультетів ВНЗ. Луцьк: Ред.-вид. відд. Волин. держ. ун-ту ім. Лесі Українки, 1997. 180 с.

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

83. Затворнюк О.М. Основи професійного самовдосконалення психологів: Програма спецкурсу. Київ: Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2015. 22 с

84. Иванов С.М. Симптомы профессиональной деформации и факторы, способствующие ее формированию. Сборник материалов IV Международной научной конференции "Современная психология". URL: <https://moluch.ua/conf/psy/archive/236/11005/> (дата звернення: 20.03.2019).

85. Изард К.Э. Психология эмоций/Перев. с англ. URL: [dl.booksee.org/genesis...Izard\]\\_Psihologiya...BookSee...](https://dl.booksee.org/genesis...Izard]_Psihologiya...BookSee...) (дата звернення: 05.06.2019).

86. Ильин Е.П. Эмоции и чувства. 2-е изд. испр. и доп. URL: [https://royallib.com/read/ilin\\_evgeniy/emotsii\\_i\\_chuvstva.html](https://royallib.com/read/ilin_evgeniy/emotsii_i_chuvstva.html) (дата звернення 14.12.2018)

87. Истратова, О.Н., Эксакусто Т.В. Психодиагностика. Коллекция лучших тестов. URL: <https://booksee.org/book/771330> (дата звернення 04.05.2018)

88. Ковальчук О., Мороз Р. Психологічні механізми виникнення стресових ситуацій у військовослужбовців. *Вісник Національного університету оборони України* :зб. наук. праць. 2019. Вип. 3 (53). С. 77–84.

89. Козина Н.В. Исследование эмпатии и ее влияния на формирование синдрома «эмоционального сгорания» у медицинских работников: автореф. дис. кан. психол. наук. URL: <https://www.dissercat.com/content/issledovanie-empatii-i-ee-vliyaniya-na-formirovanie-sindroma-emotsionalnogo-sgoraniya-u-medi> (дата звернення 09.07.2018)

90. Кожевникова В.А. Эмоциональные особенности лиц, переживших различные экстремальные условия. *Укр. Вісник психоневрології*. 2002. Т.10, Вип.1 . С. 191–192.

91. Колот С.А. Эмоциональный диссонанс как функция эмоциональной выразительности. *Актуальні проблеми психології:Зб.наук. праць Ін-ту психології ім. Г.С.Костюка*.Київ, 2012. Т.11. Вип.6. С.240-244.

92. Кононенко О.І. Вплив перфекціонізму на емоційну сферу особистості. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки*. 2014. Вип. 121. С. 175-178.

93. Кононенко О.І. Проблема онтогенезу перфекціонізму особистості в сучасних дослідженнях.*Вісник Одеського національного університету імені І.І. Мечникова. Серія : Психологія. Т. 19, Вип. 2(32)*. Одеса : Вид-во ОНУ імені І.І. Мечникова, 2014. С. 171-177.

94. Коцан І. Я., Ложкін Г. В., Мушкевич М. І. Психологія здоров'я людини / За ред. І. Я. Коцана. Луцьк: РВВ —Вежа; Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки, 2011. 430 с.

95. Кравченко Ю.Е. Влияние подавления эмоциональной экспрессии на интенсивность субъективного переживания веселья и жалости. URL: <http://psystudy.ua/index.php/num/2014v7n35/991-kravchenko35.html> (дата звернення: 23.03 2018)

96. Кременчуцька М.К., Каменська Н.Л. Динаміка розвитку соціального інтелекту особистості в процесі опанування освітніх рівнів. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції "Актуальні проблеми психології інновацій: теорія та практика"*, м. Одеса. 15 вересня 2017 року. Одеса:ВМВ, 2017. С. 142-145.

97. Кременчуцька М. К., Білова М.Е., Коваль Г. Ш. Психологічна проникливість як складова професійної компетентності майбутніх психологів. *Габітус*. №16. 2020. С. 71-75.

98. Кременчуцька М.К., Каменська Н.Л. Рівень соціального інтелекту як прогностична компонента професійної успішності студентів. *Вісник ОНУ ім. І. І. Мечникова. Сер. Психологія*. Том 21. Випуск 1 (39). 2016. С. 98-107.

99. Кириленко Т.С. Психологія: емоційна сфера особистості. Київ: Либідь, 2007. 254 с.

100. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. URL: <https://booksee.org/book/719695> (дата звернення 06.02.2018)

101. Лакосина Н.Д., Ушаков Г.К. Медицинская психология. URL: <http://padabum.com/d.php?id=15913> (дата звернення 08.07.2018)

102. Ловчев А.Ю., Корячкин В.А. Синдром профессиональной дезадаптации у врачей анестезиологов-реаниматологов. *Анестезиология и реаниматология*. 2009, 54(6). С. 35-7.

103. Лось О.М. Міжособистісні дисгармонії, їх вплив на особистість професіонала. *Проблеми загальної та педагогічної психології. Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка АПН України* / за ред. С.Д. Максименка. 2010. Т.ХІІ, част. 3. С. 269 – 276.

104. Лось О.М., Фоміна І.С. Психолого-педагогічний супровід розвитку емпатії в молодших школярів. *Науковий журнал «Вчені записки»*



*ТНУ імені В.І.Вернадського. Серія:Психологія* . Том 32 (71) № 3. 2021р. С. 149 – 153.

105. Максименко С.Д. Общая психология. Киев: Ваклер, 1999. 528 с.

106. Мартынюк Ю.А. Проблема эмоциональных состояний личности в психологической науке. *Вісник ОНУ*. Том 22. Випуск 1 (43), 2017. С. 136-144.

107. Марута Н. , Лінська К. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів. *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1. С. 110-115. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr\\_2018\\_26\\_1\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr_2018_26_1_25) (дата звернення 7.03.2021)

108. Матяш М.Н., Худенко Л.І. Соціально-стресові розлади у структурі українського синдрому. *Український медичний часопис*. 2016. № 3. С. 118-121.

109. Мацумото Д., Хванг Х. Правила культурной экспозиции. *Кросс-культурная психология. Исследования и применение*. Харьков: Гуманитарный центр, 2017. С. 178-221.

110. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. URL: [https://studme.org/1499052828085/psihologiya/kontseptsiya\\_integralnoy\\_individualnosti\\_merlina\\_individualnyy\\_stil\\_deyatelnosti](https://studme.org/1499052828085/psihologiya/kontseptsiya_integralnoy_individualnosti_merlina_individualnyy_stil_deyatelnosti)

111. Митина О.В., Михайловская И.Б. Факторный анализ для психологов. URL: <https://bookree.org/reader?file=564151&pg=3> (дата звернення 18.10.2019)

112. Муканова А.М., Попова Т.В. Психофизиологические особенности трудовой деятельности медицинских сестер. URL: <https://readera.org/psihofiziologicheskie-osobennosti-trudovoj-deyatelnosti-medicinskih-sester-147152899> (дата звернення 22.07.2019)

113. Никитенко В.Н. Профессионализм – интегральное свойство личности. *Профессиональное образование в современном мире. Т.7. 2017. № 1*. С. 892–896.

114. Носенко Э.Л. Эмоциональное состояние и речь. Киев: Вища школа, 1981. 195 с.

115. Огнерубов Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей. *Вестник ТГУ. Т.18, Вып.4*, 2013, С. 1337–1341.

116. Осипова Н.Г., Семина Т.В. Личность врача в современном социуме: идеальный тип и профессиональные деформации. URL: <https://www.semanticscholar.org/paper/Личность-врача-в-современном-социуме%3A-идеальный-тип-Осипова-Семина/90786e16581c3c1d4300e35e9d72b6645429ccf9> (дата звернення 20.08.2019)

117. Панкова М.В. Особенности эмпатии больных неврозами: Автореф. дис. ...кан. психол. наук. URL: <https://nauka-pedagogika.com/psihologiya-19-00-04/dissertaciya-osobennosti-empatii-bolnyh-nevrozami> (дата звернення 06.05.2019)

118. Панченко О.А., Панченко Л.В., Басараб І.Ю. Особливості психологічної діагностики та корекції осіб, постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2010. Вип.8.С.75-82

119. Петрова Е.А. Визуальная психосемиотика общения. URL: <http://www.dslib.net/obwaja-psixologia/vizualnaja-psihosemiotika-obwenija.html>

120. Петрова Н.Г., Брацлавский В.Б., Погосян С.Г. Синдром эмоционального выгорания у среднего медицинского персонала. *Здоровье и образование в XXI веке*. 2014; 18(2). С. 452-464.

121. Підтримка медичного персоналу в умовах пандемії. Психологічне і соціальне благополуччя особистості та населення в умовах пандемії covid-19: теорія і практика. *Тези доп. Науково-практичної конференції молодих вчених, аспірантів та студентів Одеського національного університету ім. І.І. Мечникова*. м.Одеса. 9 квітня 2021. Одесса 2021. С. 24-25.

122. Плампер Я. История эмоций. URL: <https://magazines.gorky.media/nlo/2019/2/istoriya-emoczij-tri-versii.html> (дата звернення 01.04.2018)

123. Практикум по возрастной психологии: учеб. пособ. / под ред. Л.А. Головей, Е.Ф. Рыбалко. URL: <https://booksee.org/book/1353519>
124. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. / под ред. Д.Я. Райгородского. URL: <https://booksee.org/book/487888>
125. Приходько А.І. Емоційна соціалізація: зміст і механізми *Психологічні дослідження: електрон. науч. журн.* 2009. № 4 (6). URL: <http://psystudy.ru> (дата звернення 03.10.2020).
126. Псядло Е.М., Булах І.А., Смокова Л.С. Індивідуально-психологічні, особистісні і професійні особливості представників лікарської професії. *Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології» Запорізького національного університету*, 2020 № 17, С. 124 – 132.
127. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций. URL: <https://ru.ua1lib.org/book/3282426/5ba4b4> (дата звернення 20.11.2018)
128. Родіна Н.В. Психологія стресу, копінг-поведінки і здоров'я: навч.-метод. посіб. для студентів ВНЗ III - IV рівнів акредитації. Одес. нац. ун-т ім. І. І. Мечникова. Донецьк: Східний видавничий дім, 2015. 164 с.
129. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: В 2 т. Т. II. URL: <https://booksee.org/book/384954> (дата звернення 08.04.2019)
130. Румянцева Г.М. Психосоматические аспекты психических нарушений у ликвидаторов аварии на ЧАЭС. *Психиатрия и психофармакотерапия*, 2002. Т.4. №1. С. 19-23.
131. Рустанович А. В., Шамрей В. К. Клиническая психиатрия в схемах, таблицах и рисунках. URL: [https://tashpmi.uz/wp-content/uploads/2020/08/rustanovich\\_a\\_v\\_\\_shamrej\\_v\\_k\\_klinicheskaya\\_psihiatriya\\_a\\_v\\_shemah\\_i\\_tabliczah.pdf](https://tashpmi.uz/wp-content/uploads/2020/08/rustanovich_a_v__shamrej_v_k_klinicheskaya_psihiatriya_a_v_shemah_i_tabliczah.pdf) (дата звернення 02.06.2019)
132. Санникова О.П. Эмоциональность в структуре личности. Одесса: Хорс, 1995. 334с.
133. Саннікова О.П. Досвід побудови моделі структури особистості професіонала. *Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції*

"Проблеми розвитку педагогіки вищої школи в XXI столітті: теорія і практика". м.Одеса, 30-31 травня 2002р. Одеса, 2002. Част. II, С. 3-7.

134. Саннікова О.П. Макроструктура особистості: психологічний опис. *Наука і освіта. Спецвипуск. «Психологія особистості: теорія, досвід, практика»*, № 7/СХVII, листопад-грудень. Одеса, 2013, С. 7 - 12.

135. Сеченов І.М. Рефлексы головного мозга. URL: [https://royallib.com/read/sechenov\\_ivan/refleksi\\_golovnogo\\_mozga.html](https://royallib.com/read/sechenov_ivan/refleksi_golovnogo_mozga.html)

136. Смокова Л.С., Жилін М.В. Ідентичність особистості: проблеми практичного використання та інструментів виміру. *Науковий журнал «Габітус»*. Видавничий дім «Гельветика» 2020. № 15. С. 30 - 38.

137. Смокова Л.С., Коваленко В.С. Групповая идентичность как динамическая структура личности: трансформация и кризис. Т. 26, бр.1. Унив.изд.: "Св.св.Кирил и Методий", 2018. 76 с.

138. Соловьева С.Л. Индивидуальные психологические особенности личности врача. URL: <https://bookree.org/reader?file=478641>

139. Степаненко Л.В. Мотивационные детерминанты негативных эмоциональных состояний подростков. Состояние здоровья: медицинские и психолого-педагогические аспекты: *материалы научно-практической интернет-конференции. Славянск (Украина)*, 2009. Ч.1. С.196–199.

140. Титаренко Т.М. Життєвий світ особистості: у межах і за межами буденності. Київ: Либідь, 2003. 376 с.

141. Толмачевська В.О. Аналіз складових емоційної експресії. *Тези доп. II Всеукраїнського конгресу із соціальної психології "Соціальна психологія сьогодні: здобутки і перспективи"*. м. Київ, 2019 р. Київ, 2019. С. 357-359

142. Толмачевська В.О. Емоційний інтелект як складова емоційної експресії в контексті професійної діяльності медичного персоналу в умовах COVID-19. Збірник наукових праць «Вісник Львівського університету». Серія «Психологічні науки». № 11. 2021.С. 203-212.

143. Толмачевська В.О., Самара О.Є. Емоційна експресія як психологічний феномен. *Матеріали до 74-ої наукової конференції професорсько-викладацького складу і наукових працівників ОНУ імені І. І. Мечникова*, 27-28 листопада 2019 р. Одеса: Видавництво «Друк Південь», «Симекспрес», 2019. С.171-175.

144. Толмачевська В.О., Самара О.Є. Періодизація в дослідженні емоцій. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*, 2020 Feb. Vol. VIII (89), № 221. P. 55-57

145. Толмачевська В.О., Самара О.Є. Складові емоційної експресії у представників професій з високим психологічним навантаженням. *Збірник наукових праць «Актуальні проблеми психології»*, 2020р. Т.9. С.349-359.

146. Толмачевська В.О. Емоціональний інтелект: сутні ознаки, структура та особливості прояви у медичних працівників. *Тези доп. II Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві»*, м. Одеса, ОНУ імені І.І.Мечникова, 19-22 листопада 2021 р. 376

147. Толмачевська В.О. Історія та концепції розвитку емоційної експресії. *Тези доп. V міжнародної науково-практичної інтернет-конференції "Пізнавальний і перетворювальний потенціал історичної психології як науки"*, м.Одеса, 5 квітня – 3 травня 2018 р. Одеса, 2018. С. 81-84

148. Толмачевська В.О. Транскультуральний підхід в процесі психологічної реабілітації військових. *Тези доп. П'ятої Всеукраїнської курсантсько-студентської наук.-практ. конф. "Національна безпека України: актуальні проблеми та шляхи їх вирішення"*, м.Одеса, 2019 р. Одеса, 2019. С. 184-185

149. Толмачевська В.О., Самара О.Є. Емоційна експресія в міждисциплінарному підході. *Тези доп. The 2 th International scientific and practical conference "Problems and perspectives of modern science and practice materials"*, с. Graz, Austria 30-31 January 2020. Graz, 2020. С. 283-285

150. Толмачевська В.О., Смокова Л.С. Поняття експресії в сучасній психології та методи їх дослідження. *Тези доп. Міжнародна наукова практична конференція присвячена 155-річчю Одеського національного університету ім. І.І. Мечникова "Тенденції та перспективи розвитку психології та соціальної роботи в сучасному суспільстві"*, м. Одеса, 5 листопада 2020. Одеса, 2020. С. 284-287.

151. Толмачевська В.О., Смокова Л.С. Психологічні особливості емоційної експресії у медичних працівників вторинної ланки. *Тези доп. II Міжнародної науково - практичної конференції «Актуальні питання психології у сучасному інноваційному просторі»*, м. Одеса, ОНМУ, 14-15 травня 2021 р. Одеса, 2021. С. 64-69

152. Хейзинга Й. Осень Средневековья / Пер. с нидерландского Д. В. Сильвестрова. URL: <https://kph.ffs.npu.edu.ua!/e-book/tpft/data/WOLG%20%23%201/922.%20%D5%B8%E9%E7%E8%ED%E3%E0%20%C9.%20%CE%E1%E5%ED%FC%20%F1%F0%E5%E4%ED%E5%E2%E5%EA%EE%E2%FC%FF/922.%20%D5%B8%E9%E7%E8%ED%E3%E0%20%C9.%20%CE%E1%E5%ED%FC%20%F1%F0%E5%E4%ED%E5%E2%E5%EA%EE%E2%FC%FF.%20%D2.%201..pdf> (дата звернення 28.11.2019)

153. Хомуленко Т.Б., Фоменко К.І., Верещинська Я.В. Естетичний компонент соціальної перцепції суб'єкта діяльності. Харків: Вид-во «Діса плюс», 2016. 166 с.

154. Четверик-Бурчак А. Г. Механізми впливу емоційного інтелекту на успішність життєдіяльності особистості. дисертація кандидата психологічних наук: 19.00.01. Дніпропетр. нац. ун-т ім. О. Гончара. Дніпропетровськ, 2015.187с.

155. Шарп Д. Типы личности: Юнговская типологическая модель/ Пер. с англ В. Зеленского. URL: [https://royallib.com/book/sharp\\_deril/pсихологические\\_типы\\_юнговская\\_типологическая\\_модель.html](https://royallib.com/book/sharp_deril/pсихологические_типы_юнговская_типологическая_модель.html)

156. Швалб Ю.М. Целеполагающее сознание. Психологические модели и исследования. Киев : Милленум, 2003. 152 с.

157. Шевандрин Н.И. Основы психологической диагностики: в 3 ч. URL: <https://booksee.org/book/641939> (дата звернення 20.06.2018)
158. Шевченко Н. Ф. Теоретичні підходи до розуміння свідомості як психологічного феномену. *Зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. Київ, 2005. Т. VII. Вип. 1. С. 366–375.*
159. Штепа О.С. Трансформація особистості у тренінгах особистісного зростання та способи її вимірювання. *Практична психологія та соціальна робота. 2005. № 1. С. 53–57.*
160. Шугурова Т.Л. Соціалізація та адаптація особистості в умовах сучасного суспільства. *Психологія культурнодозвілєвої діяльності як чинника соціалізації особистості: монографія/ за ред. Н.Є. Завацької. Луганськ : Ноулідж, 2014. С. 6–13.*
161. Щелкова О.Ю., Кузнецова О.А., Мазурок В.А., Решетов М.В. Диагностика «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов. *Вестник психотерапии, 2008. № 25. С. 75-83.*
162. Щербина Л.Ф. Методологія психологічної допомоги. *Зб. наук. праць Ін-ту психол. ім. Г. С. Костюка АПН України / За ред. С. Д. Максименка. Київ : Міленіум, 2007. Т. IX. Ч. 7. С. 317–329.*
163. Шикирава Н.М. Розвиток емпатії практичних психологів: особистісний та професійний аспект. *Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції із міжнародною участю: "Психологія: сучасні методики та інновації у досвіді діяльності практичного застосування", м.Умань. 2021р. С. 135-140.*
164. Юдіна Н.О. Дослідження особливостей полімотивації студентів. *Наука і освіта. 2014. № 6. С. 143-148.*
165. Юнг К. Г. Проблемы души нашего времени / пер. с нем. А. Боковиков. URL: [https://royallib.com/read/yung\\_karl/problemi\\_dushi\\_nashego\\_vremeni.html](https://royallib.com/read/yung_karl/problemi_dushi_nashego_vremeni.html) (дата звернення 06.08.2019)

166. Юнкеров В.И. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. URL: <https://obuchalka.org/2012040264211/matematiko-statisticheskaya-obrabotka-dannih-medicinskih-issledovani-unkerov-v-i-2002.html> (дата звернення 20.06.2019)
167. Юрченко В.М. Психічні стани людини: системний опис. Рівне, 2006. 574 с.
168. Юсупов П. Связь пессимистического и оптимистического мироощущения с процессом индивидуализации. URL: <http://www.follow.ua/article/221> (дата звернення 20.09.2021).
169. Яницкий М.С. Адаптационный процесс: психологические механизмы и закономерности динамики. URL: <https://ru.ua1lib.org/book/3071829/215547> (дата звернення 03.08.2018)
170. Ясюкова Л.А. Фрустрационный тест С.Розенцвейга. Методическое руководство. ГП «ИМАТОН», 2004. 35 с.
171. Яценко Т.С. Теорія і практика групової психокорекції: Активне соціально психологічне навчання. Київ: Вища школа, 2004. 679 с.
172. Яценко Т.С., Аврамченко С.М. Поняття «дезінтеграція» та «інтеграція» в контексті групової психокорекції //Шлях освіти. – 2003. – № 1. – С. 30–34.
173. Bokhonkova Y. O. , Biletskyi P. S, Zavatska N. E., Bokhonkova Y. O., Fedorova O. V., Zhurba A. M. The problem of personal destruction and professional health care in the modern society. Теоретичні і прикладні проблеми психології : зб. наук. праць Східноукраїнського національного університету імені Володимира Даля. Сєверодонецьк : Вид-во СНУ ім. В. Даля, 2019. № 3 (50). Том 1, 2019. С. 106-113.
174. Bocheliuk V. Y., Zavatska N.Y., Bokhonkova Y. O., Toba M. V., Panov N. S. Emotional Burnout: Prevalence Rate and Symptoms in Different Socio-Professional Group. *Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment*, Volume 8, Issue 1, 2020. P. 33-40.



175. Book H. E. Empathy: Misconceptions and misuses in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*. 1988. 145. P. 420 – 424.
176. Caplan G. Emotional crises. *The encyclopedia of mental health*. New York, 1963. V. 2. P. 521–532.
177. Cattell R. B., Scheider I. H. The meaning and measurement of neuroticism and anxiety. New York, 1961. 535 p.
178. Westbrook D., Kennerley H., Kirk J.. An Introduction to Cognitive Behavioral Therapy. 2nd ed. London: Sage, 2011. 420 p.
179. Delore P. Sur le'nsesgnement de la medicine sociale. La Press medicale, 1958. V. 66. № 65. 1467 p.
180. Ekman P. Cross-cultural studies of facial expression. *Darwin and facial expression*. 1973. P. 169–222.
181. Ericson E. H. Identity and life cycle. New York: Norton, 1980. 191 p.
182. Ericson E. H. The life cycle completed : A review. New York: Norton, 1982. 108 p.
183. Field T. M. et al. Discrimination and imitation of facial expression by neonates. *Science*. 1982. V. 218. N 4568. P. 179—181.
184. Hartmann H. Ego psychology and the Problem of adaptation. New York: International Universities Press, 1958. 122 p.
185. Havrdova Z., Moravek M. Changes of the voice expression during suggestively influenced states of experiencing . *Activ. Nerv. Super*. 1979. V. 21. N 1. P. 33—35.
186. Hobfoll S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *The American Psychologist*, 1989. № 44. P. 513–524.
187. Holmes C. A. Psychopathic disorder: a category mistake? *J. of medical Ethics*, 1991. V. 17. № 2. P. 86–88.
188. Huant E., Dussert A. La pathologie fonctionnelle Muhieu et adaptation. Rue de L'Ecolede-Medecinem. Paris, 1959. V.1. № 23. 88 p.
189. Jacobson G. F. Programs and techniques of crisis intervention. *American handbook of psychiatry*. New York:Arieti, 1974. P. 811 – 827.

190. Kuhl J. Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. Berlin :Heidelberg ; New York : Springer, 1983. –202 p.
191. Lazarus R. S. Coping theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*. 1993. V. 55. P. 234–247.
192. Lefterov V.O., Timchenko O.V., Tsilmak O.M., Ignatieva I.I. Simulation and psychological trainings as methods of preventing emotional burnout in doctors. *Світ Медицини Та Біології*. 2020. URI: <https://hdl.handle.net/11300/14377> (дата звернення 16.10.21)
193. Reicherts M. Theory, Methods, Applications. Seattle-Toronto-Bern, 1992. 319 p.
194. Mackewn J. Modern Gestalt – an integrative and ethical approach to counselling and psychotherapy. *Counselling*. 1994. № 5. P. 105–108.
195. Maslow A. H. The psychology of science: A reconnaissance. New York:Harper and Row, 1966. 452 p
196. May R. Psychology and the human dilemma. N.-Y. :W. W. Norton, 1991. 356 p.
197. Mayer, J.D., Caruso, D. R., & Salovey, P. The ability model of emotional intelligence: Principles and updates. *Emotion Review*, 2016, № 8, P.1-11.
198. McLeod B. D., Southam-Gerow M. A., Smith M. M. Making a case for treatment integrity as a psychological treatment quality indicator. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2013. 20(1). P. 14-32.
199. Kononenko O., Bolotova O.. Resilience of personality as a manifestation of mental and psychological health. . *The psychological health of the personality and society: the challenges of today*. Opole: The Academy of Management and Administration in Opole, 2020. P. 42-48.
200. Kononenko O, Rimawi O. Stress-induced Cognitive Assessment among University Students during the Pandemic of Corona (COVID 19). *International Journal of Humanities and Social Science*, 2020. Vol. 7, no. 4. P. 89-93

201. Parkinson B., Fisher A.H., Manstead A.S.R. Emotions in social relations. Cultural, social and interpersonal processes. N.Y.: Psychology Press, 2005.
202. Peirce R. S., Frone M. R., Russell M., Cooper M. L., Mudar P. A. Longitudinal model of social contact, social support, depression, and alcohol use. *Health Psychol.* 2000. №19 (1). P. 28–38.
203. Perrez M. Stress, Coping and Health. A Situation-Behavior Approach. Publisher: Hogrefe & Huber Publishers. 1992. P.229
204. Pezeshkian H. Introduction to positive psychology and psychotherapy. Harkov. 2003. 66 p.
205. Pezeshkian N. Psychotherapy of everyday life: the training of conflict resolution. Saint Petersburg, Rech. 2004. 288 p.
206. Rodina N.V., Biron, B.V., Ukhanova, A.I., Semeniuk, N.S., Kernas, A.V. Developing the inter-role conflicts scale for eye-care workers. *Of talmologicheskii Zhurnal*, 2020, (2), P. 79–86
207. Rodina, N.V., Biron, B.V., Suslova, V.O., Kernas, A.V., Grytsenko, O.S. Psychosemantic analysis of eyecare workers' percepts of creative abilities. *Oftalmologicheskii Zhurnal*, 2021, 92(3), стр. 41–48
208. Schwarzer R., Fuchs R. Changing risk behaviors and adopting health behaviors: The role of self-efficacy beliefs. *Self-efficacy in changing societies* / Ed. by A. Bandura . Cambridge, 1995. P. 259–288.
209. Skinner B. F. Beyond freedom and dignity. 8th print. Harm. (Midd'x): Penguin Books, 1977. 218 p.
210. Sutker P. B. Psychopathy: traditional and clinical antisocial concepts. *Progress in Experimental Personality & Psychopatology research.* 1994. P. 73–120.
211. Selye H. The Story of the Adaptation Syndrome. Montreal, 1952– P. 5–21.
212. Taylor G. J. Psychoanalysis and psychosomatics: a new synthesis. *Journal American Acad. Psychoanal.* 1992. № 20 (2). P. 251–275.

213. Tsekhmister I.V., Daniliuk I.V., Rodina N.V., Biron B.V., Semeniuk N.S. Developing a stress reaction inventory for eye care workers. *Oftalmologicheskii Zhurnal*, 2019, (1), P. 39–45

214. Ward C. S., Bochner S., Furnham A. *The Psychology of Culture Shock*, Routledge, Hove. England, 2001. 240p

## ДОДАТКИ

### Додаток 1

#### АНКЕТА УЧАСНИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

*Результати дослідження будуть використовуватися тільки в наукових цілях і являються повністю анонімними.*

0. Прізвище Ім'я По батькові (або ініціали) \_\_\_\_\_
- 
1. Кількість повних років \_\_\_\_\_
2. Стать \_\_\_\_\_
3. Місце народження: місто селище міського типу село
4. Освіта: середня вища науковий ступінь
5. Чому Ви обрали педагогічну освіту? сам обрав батьки вирішили
6. Сімейний стан: Одружений(Заміжня) Неодружений(Незаміжня) Розлучений(а)  
Вдівець/Вдова
7. Кількість дітей: \_\_\_\_\_
8. Вік дітей \_\_\_\_\_
9. Посада \_\_\_\_\_
10. Загальний стаж роботи \_\_\_\_\_
11. З них педагогічної роботи \_\_\_\_\_
12. Чи хотіли б Ви зараз змінити свою професію? Так Ні
13. Скільки разів Ви змінювали тип своєї професійної діяльності?
- 
14. Чи отримав педагогічну освіту Ваш батько? Так Ні
15. Чи отримала педагогічну освіту Ваша мати? Так Ні
16. Чи займаєтесь Ви самоосвітою? Так Ні
17. Чи є у вас хобі (якщо є, вкажіть яке)? спорт читання мистецтво  
кулінарія подорожування колекціонування інше (вкажіть  
яке) \_\_\_\_\_
18. Скільки годин на тиждень Ви працюєте? \_\_\_\_\_
19. Скільки годин на тиждень Ви відпочиваєте? \_\_\_\_\_
20. Скільки годин на тиждень Ви спите? \_\_\_\_\_
21. Чи маєте ви проблеми зі сном? Ні  
Так (які) \_\_\_\_\_
22. Скільки годин на тиждень Ви займаєтесь спортом? \_\_\_\_\_
23. Чи були за останні 1,5 роки випадки смертей серед ваших близьких? Так Ні
24. Чи маєте ви хронічні захворювання (якщо є, вкажіть які)? \_\_\_\_\_
-

## Додаток 2

**Результати факторного аналізу показників в групі досліджуваних  
із активною формою емоційної експресії (Група Е)**

Показник	Факторне навантаження	Умовна назва фактора; % від загальної дисперсії	Показник	Факторне навантаження
1	2	3	4	5
Застраючий	0,684	<b>Фактор 1</b> «Компетентність».	Тривожно-боязкий	-0,886
Дистимічний	0,627		Емоційне виснаження	-0,615
Інтелектуалізація	0,588		Соматичні проявлення депресії	-0,813
Редукція професійних досягнень	0,853	29,9%		
Емоційна обізнаність	0,732			
Управління своїми емоціями	0,643			
Самомотивація	0,929			
Емпатія	0,886			
Розпізнавання емоцій інших людей	0,899			
Інтегративний рівень емоційного інтелекту	0,952			
Екстраверсія – інтроверсія	0,847	<b>Фактор 2</b> «Демонстративність» » 19,5%		
демонстративний	0,905			
гіпертимний	0,609			
циклотимічний	0,714			
Афективно-екзальтований	0,866	<b>Фактор 3</b> «Агресивність»  14,1%	педантичний	-0,908
Компенсація	0,595		Компенсація	-0,555
Деперсоналізація	0,667		Самопочуття	-0,833
Агресивність в стосунках	0,725	<b>Фактор 4</b> «Інфантильність» 11,2%	Настрій	-0,495
Шкала нервово-психічної напруги	0,778		гіпертимний	-0,581
емотивний	0,939		Шкала депресії	-0,629
Витіснення	0,731		Когнітивно-афективна шкала депресії	-0,860
Регресія	0,751	<b>Фактор 5</b> «Виснаженність»7,7% %	Заміщення	-0,646
Нейротизм	0,892		Інтелектуалізація	-0,679
збудливий	0,779		Реактивне утворення	-0,639
Емоційне виснаження	0,573		Заперечення	-0,868
Активність	0,502			

## Додаток 3

**Результати факторного аналізу показників в групі досліджуваних  
із реактивної (внутрішньої) формою емоційної експресії (Група І)**

Показник	Факторне навантаження	Умовна назва фактора; % від загальної дисперсії	Показник	Факторне навантаження
1	2	3	4	5
Заперечення	0,678	<b>Фактор 1</b> «Усвідомленість» 32,6%	Деперсоналізація	-0,737
Інтелектуалізація	0,887		Редукція професійних досягнень	-0,728
Інтегральний рівень EI	0,888		Соматичні прояви депресії	-0,837
Управління своїми емоціями	0,765		Когнітивно афективна субшкала депресії	-0,771
Самомотивація	0,943		Шкала депресії	-0,870
Розпізнавання емоції інших	0,977			
Самопочуття	0,654			
Активність	0,845			
Нейротизм	0,896	<b>Фактор 2</b> «Неврівноваженість» 27,2%	Емоційна поінформованість	-0,604
Педантичний	0,701			
Емоційне виснаження	0,879			
Застраючий	0,684			
Збудливий	0,784			
Тривожно-боязкий	0,969		Агресивність у відносинах	-0,511
Циклотимічний	0,743			
Витіснення/Пригнічення	0,720			
Проекція	0,928			
Екстраверсія-інтроверсія	0,762	<b>Фактор 3</b> «Адаптованість» 16,9%	Демонстративний	-0,947
Емпатія	0,694		Гіпертимний	-0,957
Заміщення	0,676		Деперсоналізація	-0,450
			Шкала нервово-психічної напруги	-0,545
Педантичний	0,686	<b>Фактор 4</b> «Стриманість» 10,3%		
Емотивний	0,973			
Компенсація	0,507			
Настрій	0,740			
Емпатія	0,542			
Самочувств	0,613			
Реактивне утворення	0,893	<b>Фактор 5</b> «Пригніченість» 7,2%	Регресія	-0,913
Дистимічний	0,741		Афективно-екзальтований	-0,620
Когнітивно-афективна шкала депресії	0,541		Заперечення	-0,586

## Додаток 4

**Результати факторного аналізу показників в групі досліджуваних  
із нейтральною емоційною експресією (Група М)**

Показник	Факторне навантаження	Фактор; % від загальної дисперсії	Показник	Факторне навантаження	
1	2	3	4	5	
Емоційне виснаження	0,635	Фактор 1 «Керованість» 30,9%	тривожно-боязкий	-0,765	
Емоційна поінформованість	0,932		Редукція професійних досягнень		-0,839
Управління своїми емоціями	0,858				
Самотивація	0,935				
Емпатія	0,950				
Розпізнавання емоції інших	0,929				
Інтегральний рівень EI	0,961				
Агресивність у відносинах	0,855				
Активність	0,434				
Застраючий	0,803	Фактор 2 «Чутливість» 23,7%	Когнітивно-афективна субшкала депресії	-0,727	
Дистимічний	0,681		Деперсоналізація	-0,649	
Емотивний	0,591		Депресія	-0,696	
Заперечення	0,565				
Проекція	0,572				
Реактивне утворення	0,728				
Самопочуття	0,907				
Настрій	0,752				
Нейротизм	0,594	Фактор 3 «Напруженість» 10,4%	Соматичні прояви депресії	-0,554	
Демонстративний	0,668				
Збудливий	0,609				
Регресія	0,793				
Компенсація	0,871				
Інтелектуалізація	0,650				
Педантичний	0,686				
Циклотимічний	0,740				
Витіснення	0,544	Фактор 4 «Загальмованість» 9,2%	Емоційне виснаження	-0,508	
Заміщення	0,850				
Шкала нервово-психічної напруги	0,854				
Екстраверсія-інтроверсія	0,757				
Гіпертимний	0,839	Фактор 5 «Враженість» 6,3%	Витіснення	-0,543	
Афективно-екзальтований	0,694				