

УДК 614.2:612.821.3

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПОВЫШЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

©2014 г. Т. Г. Светличная, Е. Ю. Зуева, К. Г. Вилова

Северный государственный медицинский университет, г. Архангельск

В обзоре представлены результаты компаративного анализа методологических подходов к изучению эмоционального интеллекта и применения разработанных на их основе копинг-стратегий для повышения медицинской эффективности здравоохранения. В развернувшейся в последние годы как в нашей стране, так и за рубежом широкой дискуссии на тему достигнутого системой здравоохранения предела медицинской эффективности особое внимание отечественных и иностранных исследователей привлечено к проблеме повышения результативности ее функционирования. Однако их основные усилия сосредоточены на обосновании и разработке методов оптимизации преимущественно экономических аспектов деятельности системы. Между тем проблема медицинской эффективности здравоохранения выходит далеко за пределы возможностей экономического анализа и требует привлечения концептуальных подходов других общественных дисциплин.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, социальное взаимодействие, копинг-стратегии, медицинская эффективность, система здравоохранения, социальная справедливость

Основной тенденцией последних лет, общей для всех развитых стран мира, является постоянный рост расходов на здравоохранение. Его основными причинами стали изменения в демографическом составе и структуре заболеваемости населения, а также постоянное внедрение в клиническую практику новейших достижений медицинской науки и техники. Суть сложившейся в здравоохранении ситуации раскрывает закон убывающей отдачи [14], согласно которому увеличение использования одного фактора производства при неизменной величине других факторов на определенном этапе ведет к уменьшению, а затем и к прекращению отдачи от него. В здравоохранении эта закономерность проявляется уменьшением эффективности медицинской помощи в условиях неуклонного роста затрат на ее оказание [19].

Сегодня Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует тратить на охрану здоровья населения не менее 6–6,5 % валового внутреннего продукта (ВВП). Россия расходует на эти цели менее 5 %, страны Западной Европы – 8–10 %, США – свыше 13 % ВВП [11]. Однако даже самые богатые страны мира не в состоянии обеспечить все возрастающие потребности населения в медицинской помощи лишь путем постоянного увеличения расходов на ее оказание. Единственно возможным способом решения проблемы доступности качественной медицинской помощи для широких слоев населения в условиях ограниченности ресурсов здравоохранения является повышение его медицинской эффективности. Это обуславливает необходимость смещения акцента с минимизации объемов направляемых на здравоохранение средств к максимизации эффективности их использования [20].

Согласно концепции ВОЗ, деятельность системы здравоохранения признается эффективной, если она достигает трех главных целей своего функционирования: улучшения здоровья нации, соответствия медицинской деятельности легитимным ожиданиям населения, соблюдения справедливости в распределении ресурсов и получении медицинской помощи [25].

Этот современный подход хорошо согласуется с существовавшей ранее и ставшей классической методикой оценки эффективности деятельности здравоохранения. Обычно под эффективностью понимается степень достижения конкретных результатов при определенных затратах. Однако применительно к здравоохранению такая однозначная трактовка этого понятия является не совсем приемлемой. Традиционно эффективность здравоохранения оценивается с трех позиций: медицинской, социальной и экономической. Медицинская эффективность, являясь первичной по отношению к двум другим ее компонентам, измеряется степенью достижения медицинского результата. На индивидуальном уровне он означает выздоровление или улучшение состояния здоровья, восстановление утраченных функций отдельных органов и систем. На уровне учреждений

здравоохранения медицинская эффективность измеряется множеством специальных показателей: удельным весом излеченных больных, уменьшением случаев перехода заболевания в хроническую форму и др. [20]. Под социальной эффективностью на индивидуальном уровне понимается степень удовлетворения пациентов взаимодействием с системой здравоохранения. На уровне отрасли в целом она измеряется показателями общественного здоровья. Медицинская эффективность тесно переплетена с социальной эффективностью: повышение одной невозможно без улучшения другой.

В настоящее время здравоохранение достигло предела своей медицинской эффективности. Одним из возможных способов ее дальнейшего повышения является осуществление конструктивных вмешательств в эмоциональное состояние человека как важную составляющую здоровья и социального взаимодействия между основными участниками рынка медицинских услуг. Подтверждением этому служит установленный специалистами феномен негативного эмоционального реагирования пациентов на недостаточность медицинской информации, получаемой ими в процессе взаимодействия с контактным персоналом здравоохранения [6]. Непонимание врачами и медицинскими сестрами механизма данного компенсаторного явления обуславливает либо его игнорирование, либо неверное интерпретирование. И то и другое, затрудняя достижение необходимого лечебного результата, снижает медицинскую эффективность. В результате сегодня все большим числом специалистов признается необходимость досконального знания медицинскими работниками эмоционального и социального контекста жизни пациентов. О необходимости его изучения пишут многие отечественные [8, 15–17, 28, 29] и зарубежные [6, 38, 41, 42] ученые, исследования которых в этой области в последние годы составили самостоятельное научное направление [26].

С целью изыскания внутренних резервов повышения медицинской эффективности системы здравоохранения нами проведен компаративный анализ теоретико-концептуальных построений эмоционального интеллекта и особенностей их применения в клинической практике врачей разных специальностей.

Для описания природы эмоционального состояния индивидов и социального взаимодействия между ними исследователи используют два основных понятия: социальный интеллект и эмоциональный интеллект. Многие специалисты рассматривают их как синонимы, объясняя это тем, что в основе обоих понятий лежит общение. Так, по мнению Д. Гоулмена [6], их частичное отождествление связано с выделением в структуре эмоционального интеллекта ряда способностей социально-коммуникативной направленности: социальных навыков, осознания социального взаимодействия, перцептивно-интерпретативного распознавания эмоций в процессе межличностного взаимодействия.

Первым в научный оборот было введено понятие «социальный интеллект». Его предложил Э. Торндайк в 1920 году для обозначения «дальновидности

в межличностных отношениях» и характеристики способности «понимать людей ... и управлять ими, поступать разумно в человеческих отношениях» [43]. Понятие эмоционального интеллекта в науке появилось значительно позднее, спустя 70 лет. Его ввели П. Сэловей и Дж. Майер в 1990 году. Согласно данному ими определению [42], под эмоциональным интеллектом следует понимать способность отслеживать собственные и чужие эмоции, различать их и использовать эту информацию для направленного мышления и действия. Другими словами, эмоциональный интеллект индивида представлен способностями к опознанию, пониманию и управлению как своими эмоциями, так и эмоциями других людей [24].

П. Сэловей и Дж. Мэйер [42] разработали первую трехкомпонентную модель эмоционального интеллекта, включавшую способности: 1) к идентификации и выражению эмоций; 2) регуляции эмоций; 3) использованию содержащейся в эмоциях информации в мышлении и деятельности.

Последующий более глубокий анализ способностей по переработке содержащейся в эмоциях информации позволил ученым пересмотреть ранее созданную ими модель и обосновать новую, четырехкомпонентную, включавшую способности: 1) к идентификации эмоций; 2) использованию эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности; 3) пониманию эмоций; 4) управлению эмоциями.

В отличие от моделей П. Сэловей и Дж. Мэйера, включавших в себя исключительно когнитивные способности, в основу пятикомпонентной модели Р. Бар-Она [37] положены личностные характеристики, каждая из которых ученым была дополнительно детализирована:

- 1) познание себя: осознание своих эмоций, уверенность в себе, самоуважение, самоактуализация, независимость;
- 2) навыки межличностного общения: эмпатия, межличностные взаимоотношения, социальная ответственность;
- 3) способность к адаптации: решение проблем, связь с реальностью, гибкость;
- 4) управление стрессовыми ситуациями: устойчивость к стрессу, контроль за импульсивностью;
- 5) преобладающее настроение: счастье, оптимизм.

Наличие широкого разнообразия теоретических моделей эмоционального интеллекта обусловило необходимость их классификации. Дж. Мэйер, Д. Карузо и П. Сэловей [40] предложили выделять модели способностей и смешанные модели. К первому типу они отнесли свои собственные модели, трактующие эмоциональный интеллект как совокупность когнитивных способностей, ко второму типу — модели, представляющие его как сочетание когнитивных способностей и личностных характеристик. На основе объединения обоих типов моделей была создана интегрированная двухэлементная структура эмоционального интеллекта, включавшая внутриличностный и межличностный компоненты [15].

Дальнейшее развитие методологических основ социологии и психологии здоровья происходило путем усложнения терминологического аппарата. При исследовании эмоционального состояния людей ученые наряду с эмоциональным интеллектом стали использовать такие научные понятия, как эмоциональное мышление и эмоциональная компетентность. Эмоциональное мышление одни [13, 21] отождествляли с эмоциональным интеллектом, другие [36] понимали как некий дефект мыслительного процесса, снижающий объективность познания. Эмоциональную компетентность И. Н. Андреева [1–3] предлагает определять как способность человека действовать в соответствии с испытываемыми чувствами и желаниями на основе открытости своему эмоциональному опыту и связанными с ним переживаниями. Структура эмоциональной компетентности по сравнению с эмоциональным интеллектом является более сложной и включает 14 компонентов [5]:

1) понимание себя: знание собственных состояний, предпочтений, ресурсов и интуиции, эмоциональное понимание себя, понимание собственных эмоций и их последствий;

2) адекватную самооценку: знание собственных сил и границ;

3) уверенность в себе: правильная оценка своих достоинств и способностей;

4) саморегуляцию: управление собственным внутренним состоянием, импульсами и ресурсами;

5) самоконтроль: контроль над разрушительными эмоциями и импульсами;

6) надежность: приверженность нормам чести и честности;

7) добросовестность: ответственность за свои действия;

8) приспособляемость: гибкость при необходимости изменений;

9) открытость новому: готовность работать с новой информацией и новыми подходами;

10) мотивацию: эмоциональные тенденции, которые управляют или облегчают достижение целей;

11) мотив достижения: стремление к улучшению или совершенству;

12) обязательность: приверженность целям группы и организации;

13) инициативу: готовность использовать все возможности;

14) оптимизм: упорство в достижении цели, несмотря на препятствия и неудачи.

Необходимость расширения концептуальных рамок в изучении эмоциональной составляющей здоровья и социального взаимодействия врача и пациента обусловлена появлением новых тенденций в общественном развитии, предъявивших свои требования к системе здравоохранения. Это связано с удорожанием медицинских услуг в результате распространения ресурсоемких медицинских технологий и ростом претензий населения к качеству медицинской помощи.

Одним из основных параметров, по которому люди оценивают качество социального взаимодействия при

получении медицинских услуг, является социальная справедливость [7]. Общая оценка справедливости складывается из оценок результата (дистрибутивная справедливость), процесса его достижения (процедурная справедливость) и отношений между участниками (межличностная справедливость). Оценка справедливости влияет на эмоциональное состояние участников взаимодействия. Подобное влияние особенно ярко проявляется в случае отрицательных эмоций. Так, столкновение человека с несправедливостью приводит к доминированию в его эмоциональной сфере кратковременных (гнев, злость, чувство вины) и долгосрочных (хроническая враждебность, депрессия) отрицательных эмоциональных состояний.

Степень влияния оценки справедливости взаимодействия на эмоциональное состояние определяется индивидуальными особенностями участников и зависит от развития их эмоционального интеллекта [17, 21]. Люди с высоким уровнем эмоционального интеллекта устанавливают более позитивные отношения с окружающими, выше оцениваются ими, добиваются больших успехов в учебе и работе, более позитивно относятся к себе и имеют более высокий уровень психологического благополучия [41]. Наличие более высокого уровня эмоционального интеллекта, во-первых, позволяет человеку получить дополнительную информацию и тем самым повысить качество принимаемых решений и, во-вторых, претворить эти решения в жизнь с помощью хорошо сформированного самоконтроля [38]. За счет действия этих механизмов эмоциональный интеллект оказывает влияние на оценку справедливости взаимодействия и, как следствие, на эмоциональное состояние его участников.

Разное влияние эмоционального интеллекта на эмоциональное состояние индивидов объясняется различиями в способностях людей к пониманию эмоций и управлению ими [7]. Способность к пониманию эмоций усиливает связь между справедливостью взаимодействия и эмоциональным состоянием участников, а способность к управлению эмоциями, наоборот, ее ослабляет. Усиление связи происходит благодаря умению индивида найти причину возникшего эмоционального состояния. Поиск причины заставляет его обращать внимание на условия взаимодействия, основным из которых является его справедливость. Результатом такого поиска становится установление связи между оценкой справедливости и отрицательными эмоциями. Ослабление связи между справедливостью взаимодействия и эмоциями участников происходит благодаря умению индивида снижать интенсивность нежелательных эмоций. В связи с тем, что демонстрация сильно выраженных негативных эмоций в отношении участников взаимодействия является социально нежелательной, уменьшение их интенсивности обуславливает неизменность оценки справедливости взаимодействия.

В результате способность понимать эмоции и управлять ими является необходимой предпосылкой формирования целенаправленного социального (так называемого совладающего) поведения. Такое поведение позволяет человеку справиться с трудной

жизненной ситуацией (или стрессом) адекватными личностным особенностям или ситуации способами, представляющими собой осознанные стратегии действий (копинг-стратегии) [12]. При этом несправедливость взаимодействия особенно часто выступает в качестве такой ситуации.

Изучение феномена копинг-поведения в западной психологии началось сравнительно недавно, лишь во второй половине XX века. Понятие «копинг» в переводе с английского «cope» означает преодолевать и подразумевает индивидуальный способ совладания с затруднительной ситуацией в соответствии с её значимостью в жизни индивида и его личностно-средовыми ресурсами, которыми во многом определяется его поведение [22].

Р. Лазарус и С. Фолкман [39] выделили восемь основных копинг-стратегий:

- 1) планирование решения проблемы: усилия по изменению ситуации на основе ее анализа;
- 2) конфронтацию: агрессивные усилия по изменению ситуации, формирование определенной степени враждебности и готовность к риску;
- 3) принятие ответственности: признание своей роли в возникновении проблемы и попытка ее решения;
- 4) самоконтроль: усилия по регулированию своих эмоций и действий;
- 5) положительную переоценку: поиск достоинств в существующем положении дел;
- 6) социальную поддержку: обращение к помощи окружающих;
- 7) дистанцирование: когнитивные усилия по отделению от ситуации и уменьшению ее значимости;
- 8) бегство-избегание: усилия по бегству от проблемы.

Эти копинг-стратегии условно подразделяются на четыре группы. В состав первой группы входят первые три стратегии: планирование решения проблемы, конфронтация и принятие ответственности. Их использование усиливает связь между справедливостью взаимодействия и эмоциональным состоянием участников. Эти стратегии предполагают приложение человеком активных усилий по самостоятельному изменению ситуации, что обуславливает необходимость получения дополнительной информации о ней. В результате человек обращает особое внимание на условия взаимодействия, основным из которых является справедливость, и анализирует их. Именно этот процесс обеспечивает влияние оценки справедливости на эмоциональное состояние человека.

Вторую группу образуют две следующие стратегии: самоконтроль и положительная переоценка. Их использование также усиливает связь между справедливостью взаимодействия и эмоциями участников. Это происходит потому, что человек, контролируя собственное эмоциональное состояние, решает проблему путем его изменения. Люди, активно использующие эти стратегии, обращаются к условиям взаимодействия как к средству, помогающему им осуществить задуманное. Например, они могут искать

оправдание или позитивные аспекты того положения, в котором оказались.

Третью группу представляет стратегия поиска социальной поддержки. Ее использование не оказывает влияния на связь между справедливостью взаимодействия и эмоциональным состоянием. Эта копинг-стратегия хотя и не подразумевает стремления «выйти» из ситуации, но и не предполагает самостоятельного решения возникшей проблемы. Поэтому использующий ее человек не заинтересован в поиске дополнительной информации.

И наконец, четвертую группу составляют две последние стратегии: дистанцирование и бегство-избегание. Их использование не оказывает влияния на связь между справедливостью взаимодействия и эмоциями участников. Это происходит потому, что они подразумевают «уход», отказ человека от активного изменения ситуации или своего состояния. Людям, использующим эти стратегии, не нужна дополнительная информация об условиях взаимодействия, от участия в котором они отказываются, и поэтому они не придают ей серьезного значения, в результате чего она не оказывает влияния на их эмоциональное состояние.

К сожалению, в нашей стране к настоящему времени проведено еще очень мало эмпирических исследований по изучению практики использования теоретических моделей эмоционального интеллекта и обоснованных ими копинг-стратегий как при получении [4, 9, 10, 23, 30, 31, 35], так и предоставлении медицинских услуг [18, 27, 32–34]. В доступной нам литературе мы встретили лишь единичные работы, посвященные изучению способов, используемых врачами для совладания со стрессогенными условиями профессиональной деятельности [18, 32, 33]. Так, В. Л. Малыгиным с соавт. [18], в частности, было установлено, что из всей совокупности имеющихся возможностей врачи психиатры-наркологи преимущественно применяют три стратегии: планирование решения проблемы, положительную переоценку и социальную поддержку. Выбор адаптивных стратегий свидетельствует о наличии у врачебного персонала психиатрических больниц высокого эмоционального интеллекта, что обеспечивает им возможность, оставаясь в сложившейся ситуации, эффективно решать постоянно возникающие в процессе осуществления медицинской деятельности профессиональные задачи.

Еще более незначительным является число эмпирических исследований [34], посвященных изучению особенностей применения в клинической практике личностной модели пациента для повышения эффективности социального взаимодействия при оказании медицинских услуг.

Таким образом, проведенный нами анализ методологических и методических подходов к изучению эмоционального интеллекта и применения его результатов в практике медицинской деятельности позволяет сделать следующие выводы.

Во-первых, основное практическое значение теоретических и эмпирических изысканий в области

социологии и психологии здоровья состоит в том, что медицинское обслуживание, при котором не обеспечивается социальная справедливость и недостаточно учитываются эмоциональные переживания людей, обратившихся за медицинской помощью, сегодня уже нельзя считать востребованным и полноценным.

Во-вторых, медицинскую эффективность здравоохранения можно существенно повысить, учитывая эмоциональное состояние людей, а не только состояние их физического и психического здоровья. Использование методик эмоционального интеллекта, учитывающих психотипологические особенности потребителей медицинских услуг, способствует снижению у них эмоционального напряжения путем корректного психологического сопровождения процесса лечения и обеспечения правильной организации эмоционального контакта в процессе социального взаимодействия врача и пациента.

В-третьих, формирование эмоциональной компетентности медицинских работников следует начинать уже на додипломном этапе их профессиональной подготовки. Приобретение ими знаний, умений и навыков постоянного осмысления собственного эмоционального самочувствия и овладение методами эмоциональной саморегуляции послужит основой для развития эмоционального интеллекта и обеспечит не только эмпатийный персонифицированный характер их социального взаимодействия с пациентами, но и будет способствовать сохранению физического и психического здоровья всех участников лечебно-диагностического процесса.

И наконец в четвертых, расширение имеющихся у пациентов представлений о здоровье и здравоохранении требует предоставления им более полной медицинской информации, в т. ч. с использованием компьютерных технологий, для обеспечения справедливого и равноправного партнерства во взаимодействии с врачами и принятия решений в отношении предлагаемых медицинских вмешательств на основе имеющейся релевантной информации. Для этого также необходимо более широкое использование обучающих здравоохранительных программ, с помощью которых пациенты приобретают устойчивые навыки эффективного общения с контактными персоналом здравоохранения.

Список литературы

1. Андреева И. Н. Концептуальное поле понятия «Эмоциональный интеллект» // Вопросы психологии. 2009. № 4. С. 131–141.
2. Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект: непонимание, приводящее к «исчезновению»? // Психологический журнал. 2006. № 1. С. 28–32.
3. Андреева И. Н. Эмоциональный интеллект: исследование феномена // Вопросы психологии. 2006. № 3. С. 78–86.
4. Бакихт А. Е., Белобородова Э. И., Белобородова Е. В., Наумова Е. Л., Бурковская В. А. Копинг-стратегии больных хроническими воспалительными заболеваниями кишечника // Бюллетень сибирской медицины. 2013. № 6. С. 99–102.
5. Бреслав Г. М. Психология эмоций. 3-е изд., стер. М.: Смысл: Академия, 2007. 541 с.
6. Гоулмен Д. Эмоциональный интеллект. М.: АСТ, 2009. 478 с.
7. Гулевич О. А., Приходько А. И. Как люди реагируют на справедливость: роль эмоционального интеллекта и копинг-стратегий. URL: http://creativity.ipras.ru/texts/books/social_IQ_2009/gulevich_prihidko_social_IQ_2009.pdf (дата обращения: 11.05.2014)
8. Журалев А. Л. Психология человека в современном мире. Т. 3. Психология развития и акмеология. Экзистенциальные проблемы в трудах С. Л. Рубинштейна и в современной психологии. Рубинштейновские традиции исследования и экспериментатики. М.: Ин-т психологии РАН, 2009. 400 с.
9. Карпова С. В., Марусенко И. М. Особенности выбора копинг-стратегий среди больных ревматоидным артритом // Научно-практическая ревматология. 2006. № 2. С. 66.
10. Колотилыцикова Е. А., Мизинова Е. Б., Чехлатый Е. И. Копинг-поведение у больных невротизмом и его динамика в процессе краткосрочной интерперсональной групповой психотерапии // Вестник психотерапии. 2004. № 12(17). С. 9–23.
11. Концевая А. В., Калинина А. М. Оценка экономической эффективности медицинских технологий // Заместитель главного врача. 2008. № 2. С. 90–94.
12. Крюкова Т. Л., Куфтык Е. В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Психологическая диагностика. 2005. № 3. С. 57–76.
13. Локтионова О. С. Эмоциональный интеллект // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 2010. № 3. С. 78–87.
14. Лопатников Л. И. Экономико-математический словарь: Словарь современной экономической науки. 5-е изд., перераб. и доп. М.: Дело, 2003. 520 с.
15. Люсин Д. В. Новая методика для измерения эмоционального интеллекта // Психологическая диагностика. 2006. № 4. С. 3–22.
16. Люсин Д. В., Ушакова Д. В. Социальный и эмоциональный интеллект: От процессов к измерениям. М.: Ин-т психологии РАН, 2009. 351 с.
17. Мазур Е. Е. «Эмоциональный маркетинг»: миф или новая маркетинговая концепция? // Маркетинг в России и за рубежом. 2012. № 1. С. 16–26.
18. Малыгин В. Л., Пахтусова Е. Е., Искандирова А. В., Шевченко Д. В. Влияние личностных особенностей и эмоционального интеллекта на распространенность и структуру синдрома эмоционального выгорания у врачей психиатров-наркологов // Психическое здоровье. 2010. № 12. С. 31–37.
19. Омеляновский В. В. Расходы на здравоохранение растут, а отдача уменьшается. URL: http://www.medvestnik.ru/blogs/rashody_na_zdravoohranenie_rastut_a_otdacha_umenshaetsya/ (дата обращения: 01.05.2014).
20. Орлов Е. М., Соколова О. Н. Категория эффективности в системе здравоохранения // Фундаментальные исследования. 2010. № 4. С. 70–75.
21. Орме Г. Эмоциональное мышление как инструмент достижения успеха. М.: КСП+, 2003. 272 с.
22. Петров В. И., Скугаревская Е. И., Вальчук Э. А., Козутенко Н. Н. Базисные копинг-стратегии и уровень тревожности при расстройствах адаптации у женщин, привлеченных к уголовной ответственности // Медицинский журнал: рецензируемый научно-практический журнал. 2006. № 2. С. 75–79.
23. Потемкина Е. А., Кремлева О. В. Психосоциальные факторы стресса, расстройства адаптации и копинг-стратегии у больных с хронической гинекологической патологией // Уральский медицинский журнал. 2013. № 7. С. 32–36.
24. Робертс Р. Д., Мэттьюс Дж., Зайднер М., Люсин Д. В. Эмоциональный интеллект: проблемы теории,

измерения и применения на практике // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2004. Т. 1, № 4. С. 3–26.

25. Русакова Н. Л., Панова Л. В. Доступ к услугам здравоохранения: методологические подходы и методы измерения. URL: http://ecsocman.hse.ru/data/343/877/1219/011_Rusinovax2c_Panova_147-163.pdf (дата обращения: 06.05.2014).

26. Сергиенко Е. А., Ветрова И. И. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT v. 2.0): руководство. М.: Ин-т психологии РАН, 2010. 176 с.

27. Сирота Н. А., Ялтонский В. М., Чазова А. А. Формирование профессионального копинг-поведения врача // Вестник постдипломного медицинского образования. 1998. С. 23–27.

28. Сироткина И. Эмоциональный интеллект (EQ) // Управление персоналом. 2006. № 21. С. 45–52.

29. Тихомиров О. К. Эмоции в структуре мыслительной деятельности // Тезисы докладов к XX Международному психологическому конгрессу (18-19 августа г. Токио). М., 1972. С. 183–186.

30. Тухтарова И. В. Копинг-стратегии, механизмы психологической защиты и психосоциальная адаптация больных с ВИЧ-инфекцией: дис. ... канд. мед. наук. Санкт-Петербург, 2003. 136 с.

31. Церковский А. Л., Федосова С. Л. Некоторые аспекты копинг-проблемы в психоонкологии // Фундаментальные, клинические и фармацевтические проблемы патологии человека: сб. тр. сотрудников Витебского гос. мед. ун-та. Витебск, 2003. 42 с.

32. Чазова А. А. Копинг-поведение врача и больного в процессе преодоления болезни. Докт. дис. Бишкек, 1998. 414 с.

33. Щелкова О. Ю., Мазурок В. А. Механизмы психологической адаптации анестезиологов-реаниматологов к стрессогенным условиям профессиональной деятельности и возможности их коррекции в рамках учебного процесса // Анестезиология и реаниматология. 2007. № 5. С. 17–20.

34. Эмоциональный интеллект как инструмент успешного консультирования пациентов // Стоматология. 2004. № 11. С. 8–10.

35. Юсупходжаев Р. В., Сидорова Т. И., Ефремушкин Г. Г. Копинг-стратегии и механизмы психологической защиты у больных инфарктом миокарда и их психотерапевтическая коррекция на санаторном этапе реабилитации // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2007. № 3. С. 186–190.

36. Ярчак М. Т. ЩісНує эмацыянальнае мысленне? // Адукацыя і выхаванне. 2002. № 7. С. 72–75.

37. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) // Psicothema. 2006. Vol. 18. P. 13-25.

38. Ciarochi J., Forgas J. P., Mayer J. D. Emotional intelligence in everyday life. Philadelphia: Psychology Press, 2001. P. 3-24.

39. Folkman S., Lazarus R. S. Ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, Inc., 1988. P. 15-16.

40. Mayer J. D., Caruso D. R., Salovey P. Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence // Intelligence. 1999. Vol. 27. P. 267–298.

41. Mayer J. D., Roberts R. D., Barsade S. G. Human abilities: emotional intelligence // Annual Review of Psychology. 2008. Vol. 59. P. 507–536.

42. Salovey P., Mayer J. D. Emotional intelligence // Imagination, Cognition and Personality. 1990. Vol. 9. P. 185–211.

43. Thorndike E. L. Intelligence and its uses // Harper's Magazine. 1920. N 140. P. 227–235.

References

1. Andreeva I. N. Conceptual scope of the notion of

“Emotional Intelligence”. *Voprosy Psikhologii*. 2009, 4, pp. 131-141. [in Russian]

2. Andreeva I. N. Emotional Intelligence: a lack of understanding, which leads to the “disappearance”? *Psychological journal*. 2006, 1, pp. 28-32. [in Russian]

3. Andreeva I. N. Emotional Intelligence: A study of the Phenomenon. *Voprosy Psikhologii*. 2006, 3, pp. 78-86. [in Russian]

4. Baksht A. E., Beloborodova Je. I., Beloborodova E. V., Naumova E. L., Burkovskaja V. A. Coping strategies of patients with chronic inflammatory bowel diseases. *Byulleten' sibirskoi meditsiny* [Bulletin of Siberian Medicine]. 2013, 6, pp. 99-102. [in Russian]

5. Breslav G. M. *Psikhologiya emotsii* [Psychology of emotion]. Moscow, Smysl, Akademiya Publ., 2007, 541 p.

6. Goulmen D. *Emotsional'nyi intellekt* [Emotional Intelligence]. Moscow, 2009, 478 p.

7. Gulevich O. A., Prikhod'ko A. I. *Kak lyudi reagiruyut na spravedlivost': rol' emotsional'nogo intellekta i koping-strategii* [How do people react to justice: the role of emotional intelligence and coping strategies]. Available at: URL: http://creativity.ipras.ru/texts/books/social_IQ_2009/gulevich_prihidko_social_IQ_2009.pdf (accessed 11.05.2014)

8. Zhuralev A. L. *Psikhologiya cheloveka v sovremennoy mire. T. 3. Psikhologiya razvitiya i akmeologiya. Ekzistentsial'nye problemy v trudakh S. L. Rubinshteina i v sovremennoi psikhologii. Rubinshteinovskie traditsii issledovaniya i eksperimentatiki* [Human psychology in modern world. Vol. 3. Developmental Psychology and Acmeology. Existential problems in Rubinstein works and in modern psychology. Rubinstein traditions of research and experimental psychology]. Moscow, 2009, 400 p.

9. Karpova S. V., Marusenko I. M. Features of the choice of coping strategies among patients with rheumatoid arthritis. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya* [Scientific and Practical Rheumatology]. 2006, 2, p. 66. [in Russian]

10. Kolotilytsikova E. A., Mizinova E. B., Chekhlatyi E. I. Coping behavior in patients with neuroses and its dynamics in the short-term interpersonal group psychotherapy. *Vestnik psikhoterapii* [The Bulletin of Psychotherapy]. 2004, 12 (17), pp. 9-23. [in Russian]

11. Kontsevaya A. V., Kalinina A. M. Economic evaluation of medical technologies. *Zamestitel' glavnogovracha* [Deputy Chief Physician]. 2008, 2, pp. 90-94. [in Russian]

12. Kryukova T. L., Kuftak E. V. Questionnaire of coping (Adaptation techniques of WCQ). *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnostics]. 2005, 3, pp. 57-76. [in Russian]

13. Loktionova O. S. Emotional Intelligence. *Vestnik psikhosotsial'noi i korrektsionno-reabilitatsionnoi raboty* [Bulletin of Psychosocial and Correctional Rehabilitation Work]. 2010, 3, pp. 78-87. [in Russian]

14. Lopatnikov L. I. *Ekonomiko-matematicheskii slovar'. Slovar' sovremennoi ekonomicheskoi nauki* [Economic-mathematical Dictionary. Dictionary of Modern Economic Science]. Moscow, Delo Publ., 2003, 520 p.

15. Lyusin D. V. A new technique for measuring emotional intelligence. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnostics]. 2006, 4, pp. 3-22. [in Russian]

16. Lyusin D. V., Ushakova D. V. *Sotsial'nyi i emotsional'nyi intellekt: ot protsessov k izmereniyam* [Social and Emotional Intelligence: From processes to Measurements]. Moscow, 2009, 351 p.

17. Mazur E. E. “Emotional Marketing”: Myth or a new marketing concept? *Marketing v Rossii i za rubezhom* [Marketing in Russia and abroad]. 2012, 1, pp. 16-26. [in Russian]

18. Malygin V. L., Pakhtusova E. E., Iskandirova A. V., Shevchenko D. V. The influence of personality characteristics and emotional intelligence on the prevalence and structure of

burnout in psychiatrists-neurologists. *Psikhicheskoe zdorov'e* [Mental Health]. 2010, 12, pp. 31-37. [in Russian]

19. Omel'yanovskii V. V. *Raskhody na zdravookhranenie rastut, a otdacha umen'shaetsya* [Health-care costs are rising, and efficiency decreases]. Available at: URL: http://www.medvestnik.ru/blogs/rashody_na_zdravookhranenie_rastut_a_otdacha_umen'shaetsya/ (accessed 01.05.2014).

20. Orlov E. M., Sokolova O. N. The category of efficiency in healthcare system. *Fundamental'nye issledovaniya* [Fundamental Research]. 2010, 4, pp. 70-75. [in Russian]

21. Orme G. *Emotsional'noe myshlenie kak instrument dostizheniya uspekha* [Emotional thinking as a means to achieve success]. Moscow, 2003, 272 p.

22. Petrov V. I., Skugarevskaya E. I., Val'chuk E. A., Kogutenko N. N. Basic coping strategies and level of anxiety in adjustment disorders in prosecuted women. *Meditsinskii zhurnal: retsenziruemyi nauchno-prakticheskii zhurnal* [Medical Journal: Peer-reviewed Scientific and Practical Journal]. 2006, 2, pp. 75-79. [in Russian]

23. Potemkina E. A., Kremleva O. V. Psychosocial stressors, adjustment disorders and coping strategies in patients with chronic gynecological diseases. *Ural'skii meditsinskii zhurnal* [Ural Medical Journal]. 2013, 7, pp. 32-36. [in Russian]

24. Roberts R. D., Mett'yus Dzh., Zaidner M., Lyusin D. Emotional intelligence: theory problems, measurement and application in practice. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki* [Psychology. Journal of Higher School of Economics]. 2004, 1 (4), pp. 3-26. [in Russian]

25. Rusakova N. L., Panova L. V. *Dostup k uslugam zdravookhraneniya: metodologicheskie podkhody i metody izmereniya* [Access to health care services: methodological approaches and methods of measurement]. Available at: URL: http://ecsocman.hse.ru/data/343/877/1219/011_Rusinovax2c_Panova_147-163.pdf (accessed 06.05.2014).

26. Sergienko E. A., Vetrova I. I. *Test Dzh. Meiera, P. Seloveya, D. Karuzo «Emotsional'nyi intellekt» (MSCEIT v. 2.0), rukovodstvo* [Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. R. «Emotional Intelligence» Test (MSCEIT v. 2.0): Manual]. Moscow, 2010, 176 p.

27. Sirota N. A., Yaltonskii V. M., Chazova A. A. Formation of doctor professional coping behavior. *Vestnik postdiplomnogo meditsinskogo obrazovaniya* [Bulletin of Postgraduate Medical Education]. 1998, pp. 23-27. [in Russian]

28. Sirotkina I. Emotional intelligence (EQ). *Upravlenie personalom* [Human Resource Management]. 2006, 21, pp. 45-52. [in Russian]

29. Tikhomirov O. K. Emotions in the structure of mental activity. In: *Tezisy dokladov k XX Mezhdunarodnomu psikhologicheskomu kongressu. 18-19 avgust 1972, Tokio*. [Abstracts to the XX International Congress of Psychology. 18-19 August 1972, Tokyo]. Moscow, 1972, pp. 183-186.

30. Tukhtarova I. V. *Koping-strategii, mekhanizmy psikhologicheskoi zashchity i psikhosotsial'naya adaptatsiya bol'nykh s VICH-infektsiei. Kand. diss.* [Coping strategies, psychological defense mechanisms and psychosocial adjustment of patients with HIV infection. Cand. Diss.] Saint Petersburg, 2003, 136 p.

31. Tserkovskii A. L., Fedosova S. L. Nekotorye aspekty koping-problemy v psikhonkologii [Some aspects of coping problems in psycho-oncology]. In: *Fundamental'nye, klinicheskie i farmatsevticheskie problemy patologii cheloveka. Sbornik trudov sotrudnikov Vitebskogo gos. med. un-ta* [Fundamental, clinical and pharmaceutical problems of human pathology. Collection of works of Vitebsk State Medical University employees]. Vitebsk, 2003, p. 42.

32. Chazova A. A. *Koping-povedenie vracha i bol'nogo v protsesse preodoleniya bolezni. Dokt. diss.* [Coping behavior of doctors and patients in process of disease coping. Dokt. diss.]. Bishkek, 1998, 414 p.

33. Shchelkova O. Yu., Mazurok V. A. Coping mechanisms of psychological adaptation in anesthetists-resuscitators to stressful conditions of professional work and their possible correction within the educational process. *Anesteziologiya i Reanimatologiya*. 2007, 5, pp. 17-20. [in Russian]

34. Emotional intelligence as a means for successful patient consulting. *Stomatologiya*. [Dentistry], 2004, 11, pp. 8-10. [in Russian]

35. Yusupkhodzhaev R. V., Sidorova T. I., Efremushkin G. G. Coping strategies and psychological defense mechanisms in patients with myocardial infarction and their psychotherapeutic correction in health resort rehabilitation. *Byulleten' Sibirskogo otdeleniya Rossiiskoi akademii meditsinskikh nauk* [Bulletin of Siberian Branch of Russian Academy of Medical Sciences]. 2007, 3, pp. 186-190. [in Russian]

36. Yarchak M. T. *Adukatsyya i vykhavanne* [Education and training]. 2002, 7, pp. 72-75. [in Belarussian]

37. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI) // *Psicothema*, 2006, 18, pp. 13-25.

38. Ciarochi J., Forgas J. P., Mayer J. D. Emotional intelligence in everyday life. Philadelphia : *Psychology Press*, 2001, pp. 3-24.

39. Folkman S., Lazarus R. S. Ways of coping questionnaire. Palo Alto, CA : *Consulting Psychologists Press, Inc.*, 1988, pp. 15-16.

40. Mayer J. D., Caruso D. R., Salovey P. Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*. 1999, 27, pp. 267-298.

41. Mayer J. D., Roberts R. D., Barsade S. G. Human abilities: emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*. 2008, 59, pp. 507-536.

42. Salovey P., Mayer J. D. Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*. 1990, 9, pp. 185-211.

43. Thorndike E. L. Intelligence and its uses. *Harper's Magazine*. 1920, 140, pp. 227-235.

EMOTIONAL INTELLIGENCE AS A MEANS TO IMPROVE MEDICAL EFFICIENCY OF HEALTHCARE

T. H. Svetlichnaya, H. J. Zueva, K. H. Vilova

Northern State Medical University, Arkhangelsk, Russia

The review has presented the results of a comparative analysis of methodological approaches to study of emotional intelligence and application of coping-strategies worked out on their basis in order to improve medical efficiency of healthcare. Both in our country and abroad in recent years in the wide-range debates about the limit of medical efficiency reached by the healthcare system, special attention is paid to the problem of improvement of its functioning effectiveness. However, national and foreign medical researchers focus mainly on justification and development of methods of optimization of primarily economic aspects of the system's activity. Instead, the problem of medical effectiveness of health care goes far beyond the limits of economic analysis possibilities and requires use of conceptual approaches of other social disciplines.

Key words: emotional intelligence, social interaction, coping strategies, medical efficiency, healthcare system, social justice

Контактная информация:

Светличная Татьяна Геннадьевна — доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации
Адрес: 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51
E-mail: iso@nsmu.ru