



Universidade
do Minho



Università
di Genova



universidad
de León



ipb

INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BRAGANÇA



L-Università
ta' Malta



Universitatea
Ștefan cel Mare
Suceava



SERIOUS GAMES

EMOTIONAL COMPETENCE HANDBOOK



Co-funded by the
Erasmus+ Programme
of the European Union

Informații de publicare

Titlu: Manual de competențe emoționale

Design: Logo-ul proiectului: Ritta Castro | Coperta și ultima copertă: Gabriel Cramariuc

Ediție: Prima ediție

Data publicării: Decembrie 2023

URI: <https://hdl.handle.net/1822/87373>

ISBN: 978-989-35409-2-3

DOI: 10.21814/1822.87373

DREPTURI DE AUTOR ȘI CONDIȚII DE UTILIZARE DE CĂTRE TERȚI

Aceasta este o lucrare academică care poate fi utilizată de către terți, cu condiția respectării normelor acceptate la nivel internațional și a celor mai bune practici privind drepturile de autor și drepturile conexe. Lucrarea poate fi utilizată în conformitate cu termenii descriși în licența de mai jos. În cazul în care utilizatorul are nevoie de permisiunea de a utiliza lucrarea în condiții care nu sunt specificate în licența indicată, vă rugăm să contactați autorul prin intermediul Universității din Minho.

Licență acordată utilizatorilor acestei lucrări



Atribuição-NãoComercial-Sem Derivações
CC BY-NC-ND

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>

Recunoștințe:

Echipa de coordonare ar dori să își exprime recunoștința față de Dr. Natalia Antunes, Dr. Dominique Correia, Dr. Ricardo Saraiva și dna Guilhermina Pires pentru sprijinul lor neobosit pe toată durata acestui proiect.

CUPRINS

	<i>Pagina</i>
PREFAȚĂ	7
EDITORI	8
AUTORI	9
Capitolul 1 Introducere	10
Capitolul 2. Teorii și modele ale inteligenței emoționale	13
2.1 Teoria inteligențelor multiple	13
2.2 Inteligența emoțională ca abilitate	14
2.3 Inteligența emoțională ca trăsătură	19
2.4 Modelul competențelor emoționale	20
2.5 Modele mixte ale inteligență emoțională	24
Capitolul 3 Intervenții pentru dezvoltarea abilităților de reglare emoțională	31
3.1 Emoții în sistemul medical	31
3.2 Reglarea emoțională	32
3.3 Reglarea emoțională în domeniul sănătății	34
3.4 Efectele intrapersonale și interpersonale ale reglării emoționale în asistența medicală	37
3.5 Formarea în domeniul reglării emoționale pentru profesioniștii din domeniul sănătății	39
3.6 Intervenții de reglare a emoțiilor- Antrenamentul de reglare a afectelor (ART)	41
Capitolul 4 Învățarea pe bază de probleme adaptată domeniului sănătății	52
4.1. Introducere	52
4.2. Cum se elaborează un studiu de caz PBL	54
4.3. Studii de caz bazat pe emoții pozitive și negative	57
4.4. Metode de a evalua studiile de caz PBL împreună cu studenții	58
Capitolul 5 Competențele emoționale: Abordări de evaluare a elevilor	62

5.1.	Introducere	62
5.2.	Examenul oral: Evaluare prin “triplu salt”	63
5.3.	Competențe emoționale. Studiu de caz: Maria	65
5.4.	Evaluarea competențelor clinice cu ajutorul Examenului Clinic Obiectiv Structurat (OSCE)	69
5.5	Evaluarea competențelor emoționale prin jocul de rol adaptat principiilor OSCE	71
Capitolul 6	Scala VEIGA de competență emoțională (ECVS)	75
6.1	Introducere	75
6.2	Competența emoțională	77
6.3	Dimensiunile competenței emoționale	79
6.4	Evaluarea competenței emoționale	84
Capitolul 7	Realitatea virtuală și competențe emoționale în educație	101
7.1	Realitatea virtuală	101
7.2	Realitatea virtuală în domeniul asistenței medicale	102
7.3	Jocul cu sens SG4NS	104
Capitolul 8	Concluzii și recomandări viitoare	109
8.1	Rezumat	109
8.2	Recomandări viitoare pentru dezvoltarea competențelor emoționale în rândul studenților de la asistența medicală	111

PREFAȚĂ

Bine ați venit la Manualul aferent cursului de competență emoțională. Acest ghid cuprinzător este o componentă integrală a programului nostru inovator de formare pedagogică, conceput cu meticulozitate pentru a vă spori înțelegerea și dezvoltarea competenței emoționale. Acest program este unul dintre rezultatele intelectuale ale proiectului Erasmus+, "Dezvoltarea competenței emoționale a studenților de la asistență medicală (Serious Games – Developing Emotional Competence for Nursing students)".

În lumea de astăzi, care evoluează rapid, inteligența și competența emoțională sunt abilități indispensabile. Acestea ne permit să navigăm prin complexitatea relațiilor interpersonale, să comunicăm eficient și să obținem succes personal și profesional. Recunoscând rolul crucial pe care competența emoțională îl joacă în viața noastră, am dezvoltat acest curs pentru a vă oferi o experiență de învățare structurată, captivantă și imersivă.

Originile acestei călătorii au început în sălile Universității din Minho, când profesori vizionari de la Școala de Asistență medicală au identificat un decalaj în educația din domeniul asistenței medicale. În timp ce se puneau accentul pe competența tehnică/ specifică domeniului, competența emoțională era adesea trecută cu vederea. În lumea complexă și încărcată emoțional a asistenței medicale, acești educatori au recunoscut că asistentele medicale au nevoie de mai mult decât de cunoștințe clinice; ele au nevoie de o înțelegere profundă a competenței emoționale pentru a oferi pacienților o îngrijire holistică și plină de compasiune.

Acest manual vă servește drept busolă pe tot parcursul cursului, oferind instrucțiuni clare și concise, explicații pătrunzătoare și exerciții practice. Este conceput pentru a veni în sprijinul cursanților din toate mediile, indiferent dacă sunteți student/ă, profesionist/ă sau pur și simplu o persoană interesată să vă aprofundeze înțelegerea emoțiilor și a impactului acestora asupra vieții dumneavoastră.

Vă încurajăm să îmbrățișați această experiență de învățare cu o minte deschisă, cu dorința de a explora și cu angajamentul de a vă dezvolta personal. Competența emoțională este un efort pe tot parcursul vieții, iar acest curs vă va ajuta să acumulați cunoștințele și instrumentele necesare pentru a naviga pe terenul complex al emoțiilor.

Pe măsură ce vă imbarcați în această călătorie transformatoare, amintiți-vă că competența emoțională nu este doar o abilitate, ci un mod de viață. Sperăm că acest curs și acest manual vă vor da posibilitatea de a stăpâni arta de a înțelege și gestiona emoțiile, atât la nivelul propriei persoane, cât și în interacțiunile cu ceilalți. La finalul acestui curs, veți avea o apreciere mai profundă a impactului pe care competența emoțională îl poate avea asupra vieții dumneavoastră personale și profesionale.

Ne exprimăm recunoștința noastră sinceră față de întreaga echipă din spatele acestui proiect, a cărei dedicare și expertiză au făcut posibil acest program de formare și acest manual. Este o dovadă a puterii colaborării și a angajamentului, datorită unor parteneri stimați precum Universitatea Politehnică din Bragança (Portugalia), Universitatea din León (Spania), Universitatea din Genova (Italia), Universitatea din Malta (Malta) și Universitatea Ștefan cel Mare din Suceava (România). Aceasta simbolizează fuziunea armonioasă a minților, convergența expertizei și viziunea comună de a îmbunătăți educația în domeniul asistenței medicale.

Este speranța noastră colectivă că studenții de la asistență medicală vor îmbrățișa înțelepciunea din interior și vor purta torța competenței emoționale în mediile de asistență medicală pe care le vor onora în curând.

Cele mai bune urări pentru o experiență de învățare reușită și transformatoare!

Coordonator al proiectului Erasmus + SG4NS

Prof. univ. dr. Lisa Gomes

Universitatea din Minho, Portugalia

EDITORI

Lisa GOMES	Universitatea din Minho, Portugalia
Annamaria BAGNASCO	Universitatea din Genova, Italia
Daren CHIRCOP	Universitatea din Malta, Malta
Gianluca CATANIA	Universitatea din Genova, Italia
Giuseppe ALEO	Universitatea din Genova, Italia
João CAINÉ	Universitatea din Minho, Portugalia
Maria Augusta BRANCO	Institutul Politehnic din Bragança, Portugalia
Maria CASSAR	Universitatea din Malta, Malta
Roderick BUGEJA	Universitatea din Malta, Malta
Rui PEREIRA	Universitatea din Minho, Portugalia

AUTORI

Universitatea din Minho, Portugalia

Lisa GOMES
Filomena SOARES
João CAINÉ
Paulo NOVAIS
Rui PEREIRA

Institutul Politehnic din Bragança, Portugalia

Maria Augusta BRANCO

Institutul Politehnic din Cávado și Ave, Portugalia

Vitor CARVALHO
Eva OLIVEIRA
Inés OLIVEIRA

Universitatea "Ștefan cel Mare" din Suceava, România

Adina COLOMEISCHI
Andrea URSU
Alina IONESCU-CORBU
Florin TIBU
Liliana BUJOR

Universitatea din Genova, Italia

Annamaria BAGNASCO
Gianluca CATANIA
Giuseppe ALEO

Universitatea din Leon, Spania

Leticia VALDEÓN
Inés CASADO
Leticia BARRIONUEVO

Universitatea din Malta, Malta

Maria CASSAR
Daren CHIRCOP
Georgios YANNAKAKIS
Marvin ZAMMIT
Roderick BUGEJA
Silvi RUSI

CAPITOLUL 1

Introducere

Autori: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

Inteligența emoțională este un element fundamental în exercitarea profesiei de asistent/ă medical/ă. Capacitatea asistentului medical de a percepe și evalua emoțiile proprii și ale celorlalți; capacitatea de a genera sentimente și emoții pentru a facilita activitățile cognitive; capacitatea de a înțelege informațiile conduse de afecte; și capacitatea de a face un bun management al emoțiilor (de sine), pentru a promova creșterea emoțională și intelectuală și relații de adaptare socială în timpul interacțiunilor cu pacienții este o "abilitate de ordin înalt a practicii din domeniul asistenței medicale bazată pe ideea că inteligența emoțională este vitală pentru practică" (Bulmer Smith, 2009, p. 1629). Dovezile științifice au corelat pozitiv o inteligență emoțională mai mare cu îmbunătățirea procesului de luare a deciziilor clinice, a relațiilor colegiale, a utilizării cunoștințelor din mediul clinic și a relațiilor interprofesionale la mai multe niveluri.

Obiectivul general al proiectului este de a atinge standarde mai înalte de practică clinică prin îmbunătățirea competențelor și abilităților intrapersonale și socio-emoționale ale asistentelor medicale. Acest proiect integrează două dimensiuni majore ale procesului activ și dinamic de predare-învățare din zilele noastre și dezvoltarea competențelor transversale. Într-o eră digitală, este fundamental să aducem noi abordări în acest proces. Realitatea augmentată, prin intermediul unei interfețe de joc serios, ajută la crearea unei practici simulate într-un mediu virtual de învățare, adăugând o nouă dimensiune pedagogiei. Acest domeniu emergent de predare și învățare în domeniul științelor medicale oferă metode și condiții unice de instruire care nu sunt ușor de reprodus cu modalitățile educaționale mai tradiționale.

Obiectivele specifice ale proiectului SG4NS sunt:

1. Structurarea unui program educațional (format curs) de formare a abilităților emoționale pentru studenții de la specializarea asistență medicală, nivel licență;

2. Construirea unei interfețe digitale (prototip SG) pentru a sprijini îmbunătățirea abilităților emoționale studenților de la specializarea asistență medicală;
3. Formarea cadrelor didactice din domeniul asistenței medicale în vederea dezvoltării competențelor și cunoștințelor pedagogice din domeniul inteligenței emoționale/ competențelor emoționale
4. Îmbunătățirea abilităților personale și sociale specifice competenței emoționale studenților de la specializarea asistență medicală

Rezultatele așteptate ale învățării care rezultă din componenta de dezvoltare a competențelor și abilităților emoționale **personale** a programului de învățare pentru studenții de la specializarea asistență medicală sunt:

- a. Să demonstreze capacitatea de a-și recunoaște și înțelege propriile emoții și motivații;
- b. Să demonstreze capacitatea de a recunoaște punctele forte, punctele slabe și nevoile individuale legate de recunoașterea și exprimarea propriilor emoții;
- c. Dezvoltarea abilităților de reglare a propriilor emoții într-un mod flexibil și constructiv.

Rezultatele așteptate ale învățării care rezultă din componenta de dezvoltare a competențelor și abilităților **socio**-emoționale a programului de învățare sunt ca studenții de la specializarea asistență medicală:

- a. Să demonstreze capacitatea de a analiza emoțiile, nevoile și preocupările celorlalți;
- b. Să demonstreze capacitatea de a recunoaște și de a discuta semnalele emoționale ale pacienților;
- c. Să demonstreze capacitatea de a vedea lucrurile din punctul de vedere al altora;
- d. Să construiască o relație bună și o comunicare clară pentru a-i influența și inspira pe ceilalți prin utilizarea emoțiilor proprii și ale celorlalți.

Acest manual stabilește conținutul și îndrumările pentru Programul de dezvoltare a abilităților de competență emoțională pentru studenții de la asistență medicală. Următorul capitol prezintă și discută teoriile și modelele de inteligență emoțională, începând cu Teoria inteligențelor multiple a lui Gardner, modelul inteligenței emoționale ca abilitate a lui Mayer și Solevey, modelul inteligenței emoționale ca

trăsătură a lui Petrides, modelul competențelor emoționale a lui Bisquerra și Escoda, precum și modelele mixte de inteligență emoțională a lui Goleman și Bar-On.

Capitolul 3 definește și dezbate intervențiile de reglare a emoțiilor, acordând o atenție specială emoțiilor întâlnite în cadrul sistemului medical și în rândul personalului medical. În acest capitol, reglarea emoțiilor este analizată atât pe dimensiunea intrapersonală, cât și pe cea interpersonală. De asemenea, se abordează formarea în domeniul reglării emoțiilor în rândul personalului medical și, în acest sens, se propune modelul Antrenamentul de reglare a afectelor (Affect Regulation Training, ART), cu exerciții practice.

Capitolul 4 oferă o perspectivă interesantă asupra metodologiile de predare din învățământul superior care pot fi folosite pentru a dezvolta abilitățile emoționale în rândul studenților de la specializarea asistență medicală, cu un accent specific pe modelul învățării bazate pe probleme (Problem-Based Learning, PBL). Această abordare centrată pe cursant se bazează pe teoria învățării experiențiale a lui Dewey și pe teoria socio-culturală a lui Vygotsky pentru a stimula și extinde motivația de învățare a studenților în vederea îmbunătățirii abilităților de raționament clinic și a gândirii critice. Acest capitol oferă îndrumări pas cu pas cu privire la modul de elaborare a unui studiu de caz PBL care abordează emoțiile pozitive și negative și, de asemenea, la modul de evaluare a abordării PBL cu studenții.

Capitolul 5 discută abordările de evaluare a elevilor care abordează atât dimensiunea intelectuală, cât și cea a comunicării interpersonale, pentru a evalua dezvoltarea competențelor emoționale. În plus, aceste abordări evaluează și gândirea critică. Capitolul abordează două abordări principale, examenul oral (abordarea triplu salt) și o abordare clinică, sau examenul clinic structurat obiectiv (OSCE). Pentru a realiza o abordare holistică a evaluării și aprecierii competenței emoționale, ca un construct global, aceste abordări pot fi evaluate prin intermediul unui instrument de colectare care măsoară competența emoțională, și anume Scala Veiga de competență emoțională (ECVS).

Capitolul 6 prezintă contextul și analizează modul în care scala ECVS care măsoară competența emoțională prin intermediul celor cinci dimensiuni ale inteligenței emoționale ale lui Daniel Goleman: conștientizarea de sine, gestionarea emoțiilor, automotivarea, empatia și gestionarea emoțiilor sociale poate fi folosită.

Capitolul 7 prezintă realitatea virtuală și discută atribuțiile și beneficiile acesteia pentru formarea profesioniștilor din domeniul sănătății, în special în educația din domeniul asistenței medicale. Cu toate acestea, se avertizează, de asemenea, asupra riscurilor și a altor provocări ale acestei tehnologii în domeniul educației, solicitând stabilirea unor măsuri preventive. Acest capitol prezintă, de asemenea, jocul cu sens conceput pentru acest proiect, și anume un Escape Room care induce un spectru variat de emoții pozitive și negative utilizatorilor săi.

În concluzie, capitolul 8 completează acest manual cu un rezumat al scopului și obiectivelor proiectului SG4NS, al activităților și rezultatelor sale și propune recomandări viitoare bazate pe retrospectiva și cunoștințele dobândite în timpul desfășurării acestui proiect pedagogic inovator și extrem de interesant, ducând mai departe călătoria de dezvoltare și consolidare a dobândirii competențelor emoționale în formarea profesională a asistentelor medicale.

CAPITOLUL 2

Teorii și modele ale inteligenței emoționale

Autori: Aurora Adina COLOMEISCHI, Alina IONESCU - CORBU, Florin TIBU

În ultimii ani, s-a pus din ce în ce mai mult accentul pe conceptul de inteligență emoțională, cu o gamă largă de definiții și explicații. În Dicționarul Enciclopedic de Psihologie (6), termenul "inteligență emoțională" este explicat începând cu identificarea originilor sale îndepărtate (în conceptul de "inteligență socială" al lui Thorndike) și a originilor sale apropiate (în conceptul de "inteligență personală" al lui Gardner – cu cele două dimensiuni - intrapersonal și interpersonal). Aceasta este definită ca "o diferență în gradul în care oamenii accesează, procesează și utilizează informațiile emoționale". În cele ce urmează, ne propunem să prezentăm principalele teorii care conceptualizează constructul de inteligență emoțională, discutând principalele idei și dimensiuni ale acestui concept umbrelă pentru a facilita o înțelegere mai profundă a modului în care aceste cadre teoretice ar putea ajuta personalul medical în interacțiunile cu pacienții.

2.1 TEORIA INTELIGENȚELOR MULTIPLE - HOWARD GARDNER

Teoria inteligențelor multiple a lui Howard Gardner, dezvoltată în 1985 în lucrarea sa "Inteligențele multiple. Noi perspective", a revoluționat viziunea clasică a existenței unui singur tip de inteligență și a oferit un nou sentiment de speranță în ceea ce privește dezvoltarea umană și posibilitățile de educație diferențiată. Potrivit lui Gardner, inteligența este capacitatea de a rezolva probleme și de a crea produse valoroase într-un anumit context cultural. Definiția standard a inteligenței sugerează că aceasta este înăscută și construct fix, însă viziunea lui Gardner este flexibilă și provocatoare, bazată pe abilități împărtășite de întreaga populație. El afirmă că indivizii posedă proporții variabile de diverse tipuri de inteligențe (cel puțin opt tipuri). Aceste premise au implicații educaționale semnificative, deoarece oferă tuturor copiilor oportunități de acces la informații în funcție de tipul de inteligență dominant. Educatorii îi pot ajuta pe elevi să își folosească combinația unică de inteligență pentru a reuși la școală. Pe baza studiilor sale, Gardner distinge următoarele tipuri de inteligență: lingvistică, logico-matematică, muzicală,

spațială, naturalistă, kinestezică, interpersonală și intrapersonală. Cercetări recente l-au determinat pe Gardner să definească un al nouălea tip de inteligență: inteligența existențială.

O importanță deosebită în conceptualizarea dezvoltării sociale și emoționale o au inteligențele intra- și interpersonale. Inteligența intrapersonală implică conștiința de sine, înțelegerea punctelor forte și a punctelor slabe ale fiecăruia, planificarea eficientă a obiectivelor, monitorizarea și controlul gândurilor și emoțiilor, precum și capacitatea de a monitoriza interacțiunile cu ceilalți. În viziunea lui Gardner, inteligența intrapersonală presupune prezența unui model de sine eficient și capacitatea de a transfera și de a utiliza aceste informații în reglarea propriilor emoții. Inteligența interpersonală înseamnă gândirea despre ceilalți și înțelegerea lor, capacitatea de empatie, recunoașterea diferențelor dintre oameni și aprecierea modului lor de gândire. Aceasta implică interacțiuni eficiente cu indivizii din cadrul familiei și al societății.

Aceste două tipuri de inteligență, configurate inițial de Gardner sub eticheta de inteligență personală, cuprind elemente relevante pentru dezvoltarea socială și emoțională, servind ca bază pentru competența emoțională și socială care asigură succesul în activitățile individuale de viață.

2.2 INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ CA ABILITATE - MODELUL MAYER & SALOVEY

Una dintre primele abordări ale conceptului de inteligență emoțională este promovată de John D. Mayer și Peter Salovey (14). Autorii sugerează că definiția inteligenței emoționale ar trebui să creeze o punte între aspectele cognitive și emoționale ale vieții psihologice (pornind de la premisa că, în mod tradițional, inteligența descrie dimensiunea cognitivă a psihicului): "capacitatea de a percepe emoțiile, de a accesa și genera emoții pentru a susține gândirea, de a înțelege emoțiile și informațiile emoționale și de a regla emoțiile pentru a promova creșterea emoțională și intelectuală". Mayer și Salovey prezintă două definiții ale conceptului: în primul rând, "abilitatea de a monitoriza sentimentele și emoțiile proprii și ale celorlalți, de a le discrimina între ele și de a folosi aceste informații pentru a-și ghida gândirea și acțiunile". În al doilea rând, a fost propusă o definiție revizuită a inteligenței emoționale care presupune "capacitatea de a percepe cu acuratețe, de a recunoaște și de a percepe emoțiile; capacitatea de a accesa și/sau de a genera sentimente atunci când acestea facilitează gândirea; capacitatea de a înțelege emoțiile și cunoștințele emoționale; capacitatea de a regla emoțiile pentru a promova creșterea emoțională și intelectuală".

Autorii conceptualizează inteligența emoțională într-un model cvadri-dimensional care evoluează de la procesele psihologice de bază la procese mai integrate din punct de vedere psihologic. În plus, în cadrul fiecărei dimensiuni, abilitățile emoționale sunt aranjate în ordinea dezvoltării lor:

I. Percepția, evaluarea și exprimarea emoțiilor:

1. Capacitatea de a-și identifica propriile emoții (la nivel fizic, emoțional și cognitiv).
2. Capacitatea de a identifica emoțiile ceilalți, în artă etc., prin limbaj, sunet, aspect și comportament.
3. Capacitatea de a exprima cu acuratețe emoțiile și de a exprima nevoile legate de aceste experiențe.
4. Capacitatea de a discrimina între exprimarea corectă/incorectă, autentică/neautentică a emoțiilor și sentimentelor.

II. Facilitarea emoțională a gândirii:

1. Emoțiile sunt apriori gândirii prin direcționarea atenției către informațiile importante.
2. Emoțiile sunt suficient de vii și de disponibile pentru a fi generate în sprijinul judecății și al memoriei sentimentelor.
3. Amplitudinea dispozițiilor emoționale schimbă perspectiva individului de la optimism la pesimism, încurajând luarea în considerare a mai multor puncte de vedere.
4. Stările emoționale încurajează abordări diferențiate ale unor probleme specifice, cum ar fi atunci când fericirea facilitează raționamentul inductiv și creativitatea.

III. Înțelegerea și analiza emoțiilor; implicarea cunoașterii emoționale:

1. Capacitatea de a eticheta emoțiile și de a recunoaște relațiile dintre cuvinte și emoții, precum și relațiile dintre emoții în sine, cum ar fi relația dintre simpatie și iubire.
2. Capacitatea de a interpreta semnificațiile pe care emoțiile le transmit în ceea ce privește relațiile, cum ar fi tristețea care însoțește adesea pierderea.
3. Capacitatea de a înțelege emoțiile complexe: sentimente simultane de dragoste și ură sau amestecuri, cum ar fi sentimentul copleșitor ca o combinație de frică și surpriză.
4. Capacitatea de a recunoaște tranzițiile între emoții.

IV. Reglarea reflexivă a emoțiilor pentru promovarea creșterii emoționale și intelectuale:

1. Capacitatea de a fi deschis atât la emoțiile plăcute, cât și la cele neplăcute.
2. Capacitatea de a se angaja sau de a se detașa în mod reflexiv de o emoție în funcție de gradul de informare sau de utilitate pe care aceasta îl oferă.
3. Capacitatea de a monitoriza în mod reflexiv emoțiile în raport cu sine și cu ceilalți.
4. Capacitatea de gestionare a emoțiilor personale și ale celorlalți prin valorificarea emoțiilor negative și creșterea celor pozitive, fără a suprima sau exagera informațiile pe care acestea le pot transmite.

În ceea ce privește dobândirea inteligenței emoționale, Mayer și Salovey susțin că abilitățile emoționale încep în familie, cu bune interacțiuni între părinți și copii (părinții îi ajută pe copii să își identifice și să își numească emoțiile, să le respecte sentimentele și să înceapă să le conecteze cu situațiile sociale). Se remarcă faptul că oportunitățile de învățare a abilităților emoționale diferă în funcție de dezvoltarea emoțională a părinților care pot iniția procesele de învățare emoțional-cognitivă. Autorii consideră că este posibilă dobândirea abilităților emoționale prin intermediul curriculum-ului standard (literatură, artă, muzică, teatru, lecții de valori) și prin dezvoltarea unor programe educaționale specifice care vizează promovarea inteligenței emoționale.

În *Handbook of Emotional Intelligence*, John Mayer, Peter Salovey și David Caruso (15) prezintă trei aspecte ale inteligenței emoționale: ca *Zeitgeist*, ca trăsătură de personalitate și ca abilitate mentală. Autorii identifică termenii "inteligență emoțională" și "competență emoțională" ca fiind cei mai utili termeni nou desemnați de către American Dialect Society pentru 1995 (legat de lansarea lucrării de succes a lui Daniel Goleman, "Inteligența emoțională"). Autorii analizează trei semnificații ale termenului de inteligență emoțională: (1) *Zeitgeist* indică o tendință a timpului, o tendință culturală, spiritul vremii care caracterizează momentul - astfel încât termenul poate fi explorat dintr-o perspectivă culturală și politică; (2) inteligența emoțională descrie un ansamblu de trăsături de personalitate considerate importante pentru succesul în viață; (3) inteligența emoțională presupune un set de competențe care asigură procesarea informațiilor emoționale.

Pentru a susține primul sens - *Zeitgeist* (specificul epocii), autorii adoptă o perspectivă istorică și discută perioadele stoicismului (cu puternice consecințe anti-emoționale) în opoziție cu epoca romantică (care a

promovat expresia emoțională în artă). Anii 1960 au fost marcați de expresivitatea emoțională și de "evadarea din rigorile intelectului" (15) și propun principiile psihologiei umaniste (G. Allport, A. Maslow, C. Rogers). Conform lor, oamenii ar trebui să își exercite autodeterminarea, să experimenteze direct emoțiile și să se dezvolte emoțional. O tendință a vremii se observă în contrastul dintre cele două viziuni asupra relației dintre gândire și emoție (viziunea conflictuală și viziunea integratoare). În timp ce emoția este adesea considerată în conflict cu rațiunea, inteligența emoțională, prin contrast, poate fi interpretată ca descriind practici societale care integrează emoția și gândirea (această idee este întărită de noile cercetări care arată că sistemele emoționale și cognitive de la nivelul creierului sunt mai integrate decât se credea inițial). Din perspectivă culturală, inteligența emoțională este văzută ca o variabilă egalizatoare, pornind de la o altă tendință a vremii, și anume conflictul dintre recunoașterea diferențelor dintre oameni și sublinierea egalității acestora. Inteligența emoțională a fost popularizată ca răspuns la Curba lui Bell (care făcea distincții între clasele sociale din SUA pe baza inteligenței), arătând că aceasta poate fi mai puternică decât inteligența generală și că abilitățile emoționale pot fi învățate.

În continuare, vom prezenta specificul celei de-a doua abordări a inteligenței emoționale (ca grup de trăsături de personalitate) punând accentul pe termeni precum motivație, emoție, cunoaștere, conștiință (acestea sunt cele patru procese de bază care constituie fundamentul personalității). Alte concepte relevante țin de modelul sinelui, modelul în raport cu lumea și modelul sinelui în lume. Acestea pot fi construite prin învățare.

Pentru a ilustra acest sens, autorii propun următoarea schemă (15, p.100):

Nivelul 3 Trăsături mentale	Trăsături mentale relevante pentru sine De exemplu, stima de sine, conștiința de sine, inteligența personală, puterea eului		Trăsături generale De exemplu, extraversiunea, inteligența verbală, conștiinciozitatea, dogmatismul, agreabilitate	
Nivelul 2 Hărți mentale	Modele ale sine De exemplu, conceptul de sine, sinele ideal, identitatea, povestea vieții	Modele ale sinelui în lume De exemplu, roluri, stilurile de atașament, reguli de conduită	Modele ale lumii De exemplu, cunoștințe de pronunție, cunoștințe de specialitate	
Nivel 1 Mecanisme mentale	Motivații fundamentale	Emoții fundamentale	Operații cognitive fundamentale	Conștiința De exemplu, conștientizarea, atenția, fluxul de conștiință

	De exemplu, nevoia de a mânca, de a bea, de a dormi, de a fi cu ceilalți, de autoapărare	De exemplu, bucurie, tristețe, furie, frică și activările specifice fiecărei emoții la nivel fiziologic	De exemplu, învățare, reamintire, judecată, comparație	
--	--	---	--	--

Pentru a susține această perspectivă, Mayer, Salovey și Caruso susțin că există definiții ale inteligenței emoționale care se suprapun cu mai multe aspecte ale personalității, putând cuprinde întregul mod de operare al individului în lume.

Cea de-a treia perspectivă prezintă conceptul ca fiind o inteligență în care procesarea emoțiilor are diverse beneficii. Aceasta este compusă din capacități mentale, abilități și competențe. Inteligența emoțională ca abilitate este descrisă într-un model cu patru dimensiuni: percepția și identificarea emoțiilor (care implică recunoașterea și achiziționarea de informații din sistemul emoțional); facilitarea cogniției prin intermediul emoțiilor (utilizarea emoțiilor pentru a îmbunătăți procesarea cognitivă); înțelegerea emoțiilor (procesarea cognitivă a emoțiilor); managementul emoțiilor (autogestionarea și gestionarea emoțiilor celorlalți).

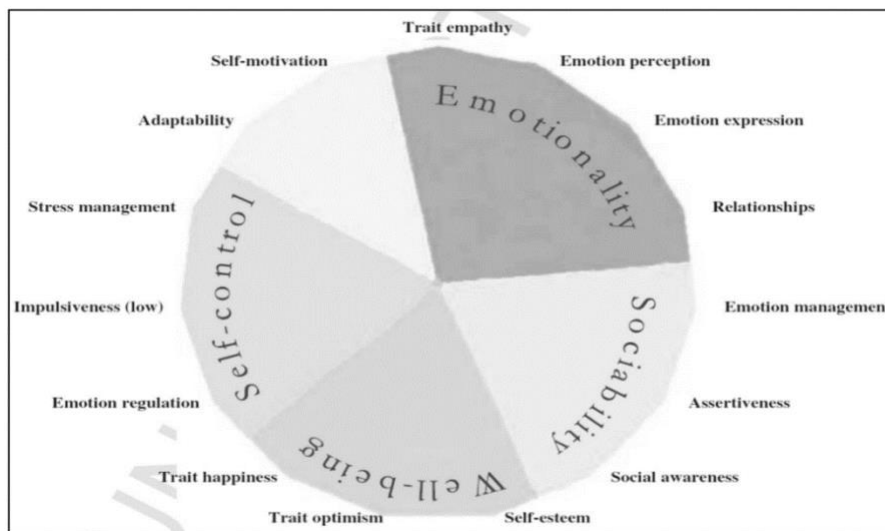
Autorii oferă o descriere circulară a modelului cvadridimensional al inteligenței emoționale propus de Mayer și Salovey în 1997 (15, p. 108). Primul element al modelului reprezintă abilitatea de a percepe și de a exprima sentimentele. Percepția emoțiilor implică înregistrarea, urmărirea și descifrarea mesajelor emoționale așa cum sunt ele exprimate în expresii faciale, voce, ton, obiecte de artă sau alte artefacte culturale. A doua dimensiune se referă la facilitarea cogniției prin emoții și descrie modul în care emoțiile influențează cogniția. Cea de-a treia dimensiune implică înțelegerea și raționamentul folosind informații specifice transmise de emoții. Capacitatea de a înțelege emoțiile facilitează înțelegerea adevărurilor fundamentale despre natura umană și relațiile interpersonale. A patra dimensiune se referă la gestionarea emoțiilor și implică abilități de gestionare a evenimentelor care induc emoții, flexibilitate, adaptabilitate și înțelegerea progreselor emoționale realizate în relațiile cu ceilalți.

2.3 INTELIGENȚA EMOȚIONALĂ CA TRĂSĂTURĂ: MODELUL TRĂSĂTURII (Petrides, 2001)

Modelul inteligenței emoționale ca trăsătură propus de Petrides cuprinde o serie de caracteristici și dispoziții situate la nivelurile inferioare ale personalității de care indivizii ar putea fi conștienți. Mai exact, Petrides a prezentat inteligența emoțională ca fiind o autopercepție a individului cu privire la trăsăturile de personalitate legate de emoții sau fiind trăsătura de autoeficacitate emoțională (18, 19). Modelul trăsăturilor susține că fiecare individ poate moșteni caracteristici care sunt utile în anumite contexte și mai puțin utile în altele, susținând că nu există o rețetă pentru o persoană inteligentă emoțional care să prospere în toate contextele vieții, care să semene cu caracteristicile de personalitate ale indivizilor.

Pentru acest model, autorii (19, 21) au prezentat o serie de componente ale trăsăturii inteligenței emoționale și modul în care se văd pe ei înșiși indivizii care ar obține scoruri ridicate. Toate aceste dispoziții sunt organizate sub patru dimensiuni: stare de bine, autocontrol, emoționalitate și sociabilitate, în timp ce două dintre componente (adaptabilitate și automotivare) au fost raportate ca fiind independente. În cele ce urmează, vom prezenta aceste dimensiuni și modalitățile în care autorii le-au definit.

Figura 1: Modelul de trăsături al inteligenței emoționale de Petrides



Sursa: adaptare după Petrides (17)

Adaptabilitate: persoanele cu scoruri ridicate se vor considera "flexibile și dispuse să se adapteze la noi condiții", în timp ce scorurile mai mici vor fi obținute de persoanele care au anumite rezerve față de schimbări în general.

Asertivitate: persoanele cu scoruri ridicate sunt "directe, sincere și dispuse să își apere drepturile", în timp ce scorurile mai mici sunt tipice persoanelor care au o atitudine pasivă și ezită să lupte pentru drepturile lor sau să își exprime dorințele.

Percepția emoțiilor (propriilor și ale ceilalți): persoanele cu scoruri ridicate pentru această dimensiune sunt "clare cu privire la propriile sentimente și la sentimentele altora", în timp ce scorurile mai mici sunt caracteristice persoanelor cărora nu este foarte clar ce simt ele și ceilalți și de ce.

Exprimarea emoțiilor: persoanele cu scoruri ridicate sunt "capabile să își comunice sentimentele altora", în timp ce scorurile mai mici arată dificultăți în verbalizarea emoțiilor.

Managementul emoțiilor (alții): persoanele care obțin scoruri ridicate sunt "capabile să influențeze sentimentele altor persoane", în timp ce scorurile mai mici pot arăta dificultăți în a modula și a depăși sentimentele altora.

Reglarea emoțiilor: persoanele care au scoruri ridicate sunt "capabile să-și gestioneze într-un mod adaptativ emoțiile" și să-și adapteze starea emoțională la situație, în timp ce persoanele cu scoruri mai mici au dificultăți în gestionarea emoțiilor sau sentimentelor puternice.

Controlul impulsurilor: persoanele cu un nivel ridicat al controlului impulsurilor tind să se gândească înainte de a acționa și sunt "reflective și mai puțin predispuse să cedeze la impulsurile lor", în timp ce scorurile mai mici pot arăta tendințe de a se angaja în comportamente sau acțiuni nesănătoase.

Aptitudini de relaționare: persoanele cu scoruri ridicate sunt "capabile să mențină relații personale satisfăcătoare" prin "aplicarea abilităților de ascultare și menținerea unor legături sănătoase", în timp ce persoanele cu scoruri mai mici au dificultăți în menținerea unor relații apropiate și pot avea comportamente inadecvate față de familie și prieteni.

Stima de sine: persoanele cu scoruri ridicate au "succes" sunt "încezătoare în sine" și au o atitudine sănătoasă față de ele însele, în timp ce scorurile mai mici ar putea arăta un nivel scăzut al respectului față de sine și încredere în propria valoare.

Auto-motivare: scorurile ridicate la această componentă arată că indivizii sunt "motivați și este puțin probabil să renunțe în fața adversității", în timp ce scorurile mai mici arată o tendință de a avea un sentiment de realizare mai scăzut și o rată mai mare de abandonare a sarcinilor.

Conștiința socială: persoanele cu scoruri ridicate sunt "networkeri realizați cu abilități sociale superioare", deoarece se consideră buni negociatori și încrezători în eforturile lor, în timp ce scorurile mai mici pot arăta abilități sociale limitate.

Managementul stresului: în acest caz, persoanele cu scoruri ridicate sunt capabile să reziste la presiune și să-și gestioneze stresul într-un mod eficient, deoarece își gestionează sănătos emoțiile, în timp ce scorurile scăzute prezintă dificultăți în aplicarea adaptivă a strategiilor de gestionare a stresului.

Empatie: scorurile ridicate arată că indivizii sunt "capabili să adopte perspectiva altcuiva" și să vadă lucrurile dintr-un alt punct de vedere, în timp ce scorurile scăzute arată dificultăți în a înțelege perspectivele altor persoane și pot menține opinii mai înguste.

Fericire ca trăsătură: indivizii cu scoruri ridicate sunt "veseli și mulțumiți de viața lor" și sunt, în general, mulțumiți de modul în care trăiesc, în timp ce scoruri mai mici sunt afișate la indivizii care au o perspectivă negativă asupra vieții lor actuale.

Optimismul ca trăsătură: persoanele cu scoruri ridicate se consideră "încezătoare și predispuse să privească partea bună a vieții", având o viziune pozitivă asupra viitorului în general, în timp ce scorurile mai mici pot arăta atitudini mai negative față de viitor, ceea ce poate duce la pierderea unor oportunități.

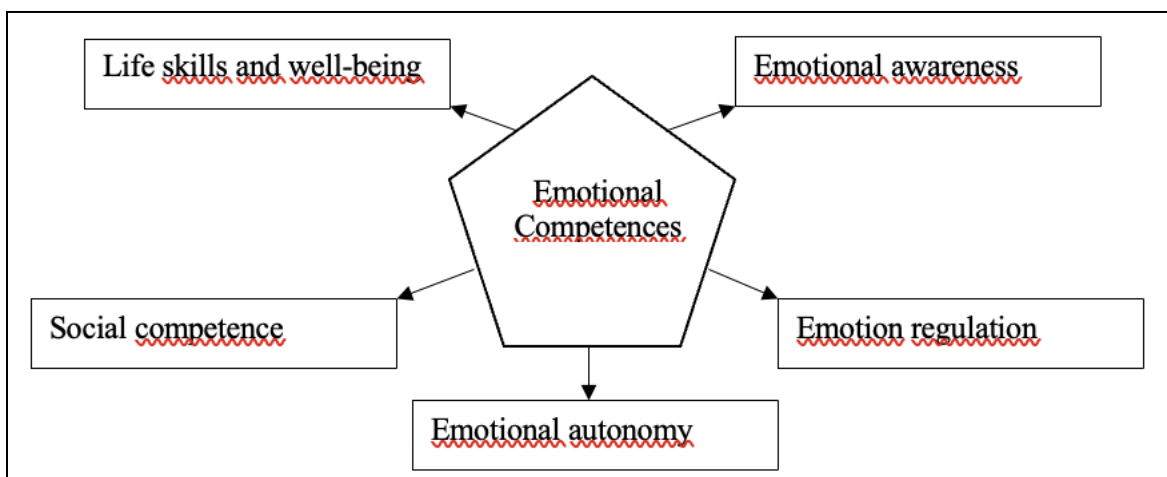
Modelul trăsăturilor s-a dovedit a avea aplicații în mai multe domenii în diverse eșantioane formate din populații de copii, adolescenți și adulți (16, 21). De exemplu, la populațiile de copii și adolescenți, componentele menționate anterior au prezis comportamentul prosocial și antisocial (7, 12), au prezis, de asemenea, mai mult leadership și cooperare în alte grupe de vârstă și regiuni geografice (12, 13). La populațiile de adulți, modelul a fost legat de un angajament mai bun față de organizație, de reducerea nivelului de stres și de o mai mare flexibilitate și control perceput asupra locului de muncă (20).

În general, modelul pledează pentru promovarea unei viziuni a trăsăturilor asupra componentelor inteligenței emoționale, mai degrabă decât a unui set de competențe sau abilități, dezbătând importanța integrării abordărilor social-cognitive și a conceptului de sine.

2.4 MODELUL COMPETENȚELOR EMOȚIONALE (BISQUERRA ALZINA ȘI PEREZ ESCODA, 2007)

Bisquerra și Escoda (4) au conceptualizat inteligența emoțională ca fiind dobândirea și dezvoltarea cunoștințelor, talentelor, abilităților și atitudinilor care ar contribui la recunoașterea, înțelegerea și gestionarea stării emoționale a unei persoane. Aceștia își prezintă modelul ca pe o serie de cinci blocuri, fiecare dintre ele cuprinzând mai multe capacități și abilități care pot fi învățate. După cum se arată în figura 2, principalele cinci blocuri sunt conștientizarea emoțională, reglarea emoțională, autonomia emoțională, competența socială și abilitățile pentru viață și stare de bine. Fiecare dintre aceste blocuri include anumite abilități și atitudini care ar conduce la scoruri ridicate la blocul respectiv. În cele ce urmează, vom prezenta componentele fiecărui bloc descris.

Figura 2: Modelul de competență al inteligenței emoționale de Bisquerra și Escoda (4)



Sursa: adaptare după Bisquerra & Escoda (4)

Conștientizarea emoțională se referă la capacitatea de a identifica și de a numi emoțiile proprii și ale celorlalți în diferite contexte. Ea cuprinde alte trei aptitudini: (a) conștientizarea propriilor emoții - capacitatea de a identifica, numi și, în unele cazuri, chiar de a fi conștient/ă de emoții în contexte viitoare;

(b) capacitatea de a numi corect emoțiile; și (c) înțelegerea emoțiilor celorlalți - capacitatea de a percepe corect emoțiile pe care le simt ceilalți și de a le dezvălui într-un mod empatic.

Reglarea emoțională reprezintă abilitatea de a gestiona emoțiile prin conștientizarea relației dintre afecte, comportament și cogniție. Aceasta include, de asemenea, capacitatea de a provoca un afect pozitiv pentru sine. Acest bloc include alte cinci abilități, după cum urmează: (a) conștientizarea relației dintre emoție, cogniție și comportament, precum și a rolului cogniției în reglarea atât a emoției, cât și a comportamentului; (b) exprimarea emoțiilor - abilitatea de a exprima cu acuratețe emoțiile; (c) reglarea emoțiilor - abilitatea de a gestiona emoțiile pentru a urmări o serie de obiective și a rămâne motivat, dar și pentru a preveni stările emoționale profund negative; (d) abilitățile de a înfrunța emoțiile negative prin utilizarea unor strategii sănătoase pentru a le diminua intensitatea și impactul; și (e) abilitatea de a genera emoții pozitive pentru sine - capacitatea de a se relaxa și de a căuta să își îmbunătățească calitatea vieții.

Autonomia emoțională cuprinde elemente de sine și de relație și acoperă șapte domenii de competențe, inclusiv stima de sine, automotivarea, atitudinile pozitive față de sine, responsabilitatea față de sine și față de ceilalți, autoeficacitatea emoțională, capacitatea de a evalua critic normele sociale și reziliența.

Competența socială se referă în principal la obținerea și menținerea unor relații bune cu ceilalți. Acest bloc acoperă abilitățile sociale de bază (cum ar fi ascultarea sau salutarea celorlalți), manifestarea respectului față de ceilalți, bune abilități de comunicare, abilități de comunicare expresivă, capacitatea de a comunica eficient emoțiile proprii celorlalți, comportamentul prosocial și cooperarea, capacitatea de a fi asertiv/ă, capacitatea de a preveni și de a rezolva conflicte și capacitatea de a gestiona eficient situațiile emoționale.

Competențele pentru viață și starea de bine cuprind o atitudine pozitivă față de viață, care ar duce la stabilirea unor obiective sănătoase și responsabile pentru a crea o viață bună și plină de sens. Unele dintre componentele principale încorporate în acest bloc constau în crearea de obiective potrivite contextului, luarea de decizii relevante în contexte sociale, personale și profesionale, capacitatea de a cere și de a primi ajutor, de a fi un cetățean activ, responsabil și critic, capacitatea de a căuta starea de bine subiectivă și de a căuta experiențe favorabile în contexte sociale, personale și profesionale.

2.5 MODELE MIXTE ALE INTELIGENȚEI EMOȚIONALE

În mod oarecum similar cu modul în care s-au desfășurat lucrurile atunci când primele perspective teoretice asupra emoțiilor apărute în domeniul psihologiei cu mai mult de un secol în urmă (și anume, teoriile James-Lange și Cannon-Bard) au fost ulterior contestate de teoria celor doi factori a emoțiilor a lui Schachter și Singer (22). În mod similar, în ultimele două sau trei decenii au fost propuse modele mixte de inteligență emoțională ca alternative la modelele inteligenței emoționale mai simpliste (adică bazate pe abilități sau pe trăsături) care fuseseră propuse cu puțin timp înainte. Aceste modele mixte au încercat să reconcilieze alte puncte de vedere prin utilizarea progreselor științifice din domeniul neuroștiințelor afective și al metodologiilor de testare psihologică. Cei mai proeminenți cercetători în domeniul inteligenței emoționale care au introdus modele mixte au fost Reuven Bar-On și Daniel Goleman.

În opinia psihologului și jurnalistului științific american Daniel Goleman, inteligența emoțională reprezintă un construct care se bazează pe caracteristicile interioare ale persoanei (care sunt atât de natură individuală, cât și socială), dar este, de asemenea, privit ca un construct care poate fi dezvoltat și optimizat prin expunerea la situații sociale complexe și reevaluarea acestora prin observarea propriului comportament și a motivelor, reflecție și reîncadrare. În urmărire, Goleman vede IE nu doar ca o combinație de trăsături și abilități personale, ci și ca un sistem relațional care este dotat cu un anumit grad de plasticitate.

Activitatea lui Goleman a contribuit în mare măsură la stabilirea inteligenței emoționale ca tip de inteligență validat. Înainte de aceasta, inteligența cognitivă (împreună cu indicele de măsurare validat al acesteia, Intelligence Quotient, sau IQ), era considerată a fi singurul termen umbrelă care ar cuprinde dimensiuni distincte. Cercetătorii Boyatzis & Sala (5) au afirmat că, pentru ca un concept de inteligență propus să fie considerat distinct de alte tipuri de manifestări ale inteligenței, trebuie îndeplinite următoarele cerințe: (1) Conceptul propus este un comportament observabil; (2) Este legat de structuri biologice subiacente care sunt activate prin comportamente caracteristice; (3) Are implicații pentru rezultatele pe termen lung legate de viață, școală, carieră; (4) Este suficient de diferit de alte concepte de personalitate / comportamentale; și (5) Sunt îndeplinite proprietățile de măsurare, cum ar fi validitatea convergentă și discriminantă. Atât Goleman, cât și Bar-On (a se vedea mai jos) au făcut progrese semnificative în ceea ce privește legătura dintre dimensiunile inteligenței și fațetele bazate pe

evoluție ale emoțiilor și comportamentelor observate, propunând scale și instrumente pentru a măsura dimensiunile distincte ale inteligenței emoționale și realizând cercetări care au demonstrat importanța componentelor inteligenței emoționale în predicția comportamentelor individuale și sociale.

Goleman a adus contribuții cu privire la regândirea naturii conceptuale a inteligenței emoționale și cu furnizarea unui context mai științific pentru acest concept, contribuind astfel la îndeplinirea cerințelor menționate mai sus de Boyatzis și Sala (5). Mai precis, activitatea sa privind inteligența emoțională a înflorit odată cu înțelegerea mai bună a circuitelor cerebrale care sunt activate de stimulii sociali. Dezvoltarea rapidă a neuroștiinței afective i-a permis lui Goleman să studieze modul în care structurile cerebrale care sunt importante pentru procesarea stimulilor emoționali pot comunica între ele pentru a crea o stare neuronală optimă pentru ca individul să devină conștient de indiciile interioare, precum și de indiciile sociale, și cum să gestioneze mai eficient emoțiile negative. În opinia lui Goleman, supraactivarea amigdalei declanșată în timpul stărilor conflictuale sau a stărilor emoționale negative poate compromite capacitatea individului de a-și regla propriile emoții, de a identifica soluții și de a deveni atent la semnalele sociale. Pe de altă parte, datorită circuitelor prin care amigdala este conectată la cortexul prefrontal (o zonă care promovează autoreglarea, permițându-i individului să inhibe impulsurile, să găsească soluții la probleme și să planifice), individul își poate regla emoțiile negative și poate reveni la o stare mentală lipsită de stres care promovează stabilitatea emoțională și îi permite individului să inițieze un contact social constructiv.

Goleman a propus modelul mixt al inteligenței emoționale în anii 1990, iar ulterior și-a rafinat punctul de vedere în anii 2000. În cartea sa de referință din 1995 (9), acesta a identificat cinci componente esențiale ale inteligenței emoționale: conștiința de sine (cunoașterea propriilor emoții, a obiectivelor, a punctelor forte și a punctelor slabe), autoreglarea (capacitatea de a controla impulsurile și de a regla emoțiile negative), motivația (direcționarea resurselor interioare către realizarea obiectivelor), empatia (atenție față de felul în care alte persoane se simt și față de nevoile lor) și abilitățile sociale (capacitatea de a stabili relații și de a menține relații sociale). Această serie de caracteristici reprezintă o combinație de trăsături și abilități care par a fi în legătură cu substraturile biologice care promovează reglarea emoțiilor și relațiile sociale.

În cartea sa din 2002, Goleman și-a rafinat teoria inițială a inteligenței emoționale prin reducerea numărului de componente la patru, fiecare dintre acestea reflectând domeniul personal *versus* domeniul social al acțiunii și dacă aceasta cuprinde procesul de recunoaștere *versus cel de* reglare a emoțiilor (11). De atunci, modelul a rămas practic neschimbat, iar Goleman l-a folosit în multe din publicațiile sale ulterioare și în prezentările la conferințe.

Figura 3. Cele patru componente ale modelului inteligenței emoționale al lui Goleman și principalele caracteristici ale acestora. Adaptat după Goleman și colab. (11).

	RECUNOAȘTERE	REGLARE
DOMENIUL PERSONAL	<u>CONȘTIENTIZARE DE SINE</u> <ul style="list-style-type: none"> • conștientizare emoțională • concentrați și cu obiective clare • încrezător/încrezătoare în sine 	<u>AUTO-REGLARE</u> <ul style="list-style-type: none"> • controlul emoțional • rezolvarea conflictului interior • eficient cu munca proprie
DOMENIUL SOCIAL	<u>CONȘTIENTIZARE SOCIALĂ</u> <ul style="list-style-type: none"> • atent/ă la ceilalți • empatic/ă • conștient/ă de impactul pe care îl are asupra celorlalți 	<u>GESTIONAREA RELAȚIILOR</u> <ul style="list-style-type: none"> • munca în echipă • negocierea conflictelor • leadership inspirațional

În încercarea de a identifica valoarea aplicativă a opiniilor sale, Goleman a propus modalități prin intermediul cărora teoria sa poate promova un leadership mai eficient. Înainte ca inteligența emoțională să fie propusă, abilitățile de conducere și succesul profesional erau considerate în mare măsură atribute ale inteligenței cognitive (sau raționale) și aveau prea puțin de-a face cu dinamica emoțională individuală și între oameni. Atât oamenii de știință, cât și liderii din toate profesiile nu erau conștienți de impactul pe care așa-numitele "competențe transversale" îl puteau avea asupra succesului organizațional, iar abordarea emoțiilor la locul de muncă era probabil considerată atât irelevantă, cât și o pierdere de timp și de resurse. Cu toate acestea, în prezent, un număr tot mai mare de organizații din toate domeniile au devenit mai atente la beneficiile dovedite ale angajării unor lideri competenți din punct de vedere

emoțional, atât în ceea ce privește satisfacția profesională a angajaților, cât și eficiența costurilor companiei.

La doar câțiva ani după ce Daniel Goleman a publicat pentru prima dată perspectiva sa științifică asupra inteligenței emoționale în 1995, psihologul israelian Reuven Bar-On a început să scrie pe larg despre propria sa viziune asupra conceptului, propunând totodată, pentru prima dată, un instrument de autoevaluare a inteligenței emoționale, pe care l-a numit Inventarul coeficientului emoțional (EQ-i; 1). Aceasta a fost prima dată când a fost folosit conceptul de coeficient emoțional, iar de atunci a devenit la fel de popular ca și conceptul său soră, coeficientul inteligenței cognitive (IQ).

Influențele majore care au contribuit la teoria lui Bar-On au fost lucrările lui Darwin asupra emoțiilor și teoria inteligenței sociale a lui Thorndike. În ceea ce privește impactul pe care activitatea evoluționistă a lui Darwin l-a avut asupra omului de știință, trebuie remarcat faptul că Bar-On a considerat că emoțiile au servit un rol central și clar adaptativ în lumea noastră socială complexă, ajutându-ne să navigăm prin obiective și sarcini care implică în mod inevitabil lucrul cu alte persoane. Conform modelului pe care l-a dezvoltat, *"inteligenta emoțional-socială este reprezentată de către competențe emoționale și sociale interrelaționate, abilități și facilitatori care determină cât de eficient ne înțelegem și ne exprimăm, îi înțelegem pe ceilalți și relaționăm cu ei și facem față cerințelor și provocărilor zilnice"* (2). La fel ca Goleman, Bar-On a considerat că o conceptualizare solidă a inteligenței emoționale trebuie să se bazeze pe un anumit tip de sistem biologic care să promoveze atât procesarea emoțională, cât și comportamentele de afiliere socială. Această perspectivă a fost influențată de viziunea lui Darwin privind rolul emoțiilor în socializare. Pe de altă parte, teoria lui Thorndike privind inteligența socială și rolul-cheie jucat de aceasta în performanța umană s-a dovedit, de asemenea, esențială în modelarea conceptului de inteligență emoțională al lui Bar-On. Scrierile lui Darwin cu privire la rolul adaptativ al emoțiilor în domeniul social și teoria lui Thorndike privind inteligența socială au exercitat un impact atât de mare asupra lui Bar-On, încât de multe ori de-a lungul scrierilor sale a ajuns să se refere la conceptul de *"inteligentă emoțională și socială"* în loc de doar *"inteligentă emoțională"*.

În opinia lui Bar-On, inteligența emoțională cuprinde următoarele cinci componente: (1) recunoașterea și înțelegerea emoțiilor și capacitatea de a-și exprima sentimentele; (2) înțelegerea modului în care se simt alte persoane și capacitatea de a se conecta cu acestea; (3) capacitatea de a face față emoțiilor

propriu; (4) capacitatea de a se adapta la scenarii în schimbare și de a rezolva probleme de natură personală și interpersonală; și (5) capacitatea de a face eforturi pentru a fi pozitiv și de a găsi motivația interioară. Se poate observa cu ușurință modul în care construcțiile emoționale și sociale se întrepătrund în conceptualizarea inteligenței emoționale de către Bar-On, până la punctul în care s-ar putea specula că întregul scop al trăirii emoțiilor este, în viziunea teoreticianului, de a servi scopurilor sociale ale individului.

În proiectarea instrumentului său de inteligență emoțională, EQ-i, Bar-On a vizat componentele menționate mai sus, ceea ce a dus la o măsură de autoevaluare formată din 133 de itemi. Acești itemi sunt organizați în 15 subscale, care la rândul lor sunt organizate în alte 5 dimensiuni principale : Intrapersonal, Interpersonal, Managementul stresului, Adaptabilitate și Stare generală de spirit). Pentru acest instrument, se pot calcula un scor general, global și alte 5 scoruri compuse, câte un scor pentru fiecare dintre cele 5 dimensiuni principale. Studiile psihometrice efectuate de autor și de alții cercetători au arătat un nivel al fidelității și validității ridicat, în timp ce studiile predictive au arătat legături între inteligența emoțională măsurată cu ajutorul instrumentului EQ-i și abilitățile de interacțiune socială, sănătatea fizică și psihologică, performanța școlară și profesională (3). De asemenea, scorurile acestei scale corelează bine cu cele măsurate prin intermediul altor instrumente de inteligență emoțională.

Concluzii. În general, modelele mixte ale inteligenței emoționale propuse de Goleman și Bar-On au avut ca scop creșterea înțelegerii asupra naturii complexe a proceselor care sunt activate la indivizi atunci când se confruntă cu emoții în contexte sociale complexe. În comparație cu viziunile alternative (conform cărora se propunea ca inteligență emoțională să cuprindă doar abilități sau doar trăsături), modelele mixte au reușit să încorporeze într-o manieră semnificativă și fundamentată științific două idei principale: 1) că există substraturi neurobiologice care stau la baza inteligenței emoționale, reprezentate atât de structuri corticale (de exemplu, zonele frontale și temporale), cât și subcortice (de exemplu, amigdala) și care sunt implicate în mod clar în exprimarea emoțiilor și în facilitarea contactului social; și 2) că, având în vedere abordările moderne ale neuroștiințelor, componentele inteligenței emoționale au un anumit grad de flexibilitate în dezvoltare și sunt susceptibile de a se schimba în circumstanțe favorabile. Această caracteristică de plasticitate este susținută și mai mult de cercetările care arată rolul neuronilor oglindă ca bază neurobiologică pentru empatie și modelarea competențelor emoționale în general (10).

Pe lângă faptul că sunt ancorate în abordări bazate pe neurobiologie, modelele mixte ale inteligenței emoționale propuse de Goleman și Bar-On au reușit să depășească viziunile lor teoretice formulate, contribuind la conceperea unor instrumente de măsurare aplicative cu proprietăți psihometrice dovedite și care au fost utilizate pe scară largă în practica clinică, în școli și în organizații. Aceste modele mixte privind inteligența emoțională au devenit nu doar perspective teoretice validate, ci și progrese semnificative în științele sociale moderne care au inspirat generații de indivizi și structuri organizaționale.

Referințe:

1. Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-i): A test of emotional intelligence*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
2. Bar-On, R. (2006). The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). *Psicothema*, 18 Suppl., 13–25.
3. Bar-On, R., Handley, R., & Fund, S. (2006). The impact of emotional and social intelligence on performance. In Vanessa Druskat, Fabio Sala, and Gerald Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work: Current research evidence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, pp. 3-19.
4. Bisquerra, R., & Pérez Escoda, N. (2007). *Las competencias emocionales*. Educación XX1, 10, 61-82.
5. Boyatzis, R. E., & Sala, F. (2004). The Emotional Competence Inventory (ECI). In G. Geher (Ed.), *Measuring emotional intelligence: Common ground and controversy* (pp. 147–180). Nova Science Publishers.
6. Davey, G. (2005). *Encyclopaedic Dictionary of Psychology*. Routledge. ISBN: 978-0-340-81238-9
7. Frederickson, N., Petrides, K. V., & Simmonds, E. (2012). Trait emotional intelligence as a predictor of socioemotional outcomes in early adolescence. *Personality and individual differences*, 52(3), 323-328.
8. Gardner, Howard. (2006). *Inteligențe multiple. Noi orizonturi*. București: Editura Sigma.
9. Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. Bantam Books.
10. Goleman, D., & Boyatzis, R. (2008). Social intelligence and the biology of leadership. *Harvard business review*, 86(9), 74–136.

11. Goleman, D., Boyatzis, R., & McKee, A. (2002). *Primal leadership: Realizing the power of emotional intelligence*. Harvard Business School Press.
12. Mavroveli, S., Petrides, K. V., Sangareau, Y., & Furnham, A. (2009). Exploring the relationships between trait emotional intelligence and objective socio-emotional outcomes in childhood. *British Journal of Educational Psychology*, 79, 259-272.
13. Mavroveli, S. & Sánchez-Ruiz, M. J. (2011). Trait emotional intelligence influences on academic achievement and school behaviour. *British Journal of Educational Psychology*, 81, 112-134.
14. Mayer, John D., și Salovey, Peter. (1997). What is Emotional Intelligence? În *Emotional Development and Emotional Intelligence. Educational Implications*. New York: Basic Books.
15. Mayer, John D., Salovey, Peter și Caruso, David. (2000). Emotional Intelligence as Zeitgeist, as Personality and as Mental Ability în Bar-On, Reuven și Parker, James, D.A. (coord). *The Handbook of Emotional Intelligence. Theory, development, Assesment, and Application at Home, School and Workplace*. San Francisco: Jossey-Bass A wiley Company.
16. Pérez-González, J. C., Saklofske, D. H., & Mavroveli, S. (2020). Editorial: Trait Emotional Intelligence: Foundations, Assessment, and Education. *Frontiers in psychology*, 11, 608. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00608>
17. Petrides, K. V. (2009). Psychometric properties of the Trait Emotional Intelligence questionnaire (TEIQue). In C. Stough, D. H. Saklofske, & J. D. Parker (Eds.), *Assessing emotional intelligence. Theory, research, and applications* (pp. 85-101). Boston, MA: Springer.
18. Petrides, K. V. (2011). Ability and trait emotional intelligence. In T. Chamorro-Premuzic, S. von Stumm, & A. Furnham (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences* (pp. 656–678). Wiley Blackwell.
19. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2001). Trait emotional intelligence: Psychometric investigation with reference to established trait taxonomies. *European Journal of Personality*, 15, 425-448.
20. Petrides, K. V., & Furnham, A. (2006). The role of trait emotional intelligence in a gender-specific model of organizational variables. *Journal of Applied Social Psychology*, 36, 552-569.
21. Petrides, K. V., & Mavroveli, S. (2018). Theory and applications of trait emotional intelligence. *Psychology: The Journal of the Hellenic Psychological Society*, 23(1), 24–36.

22. Schachter, S., & Singer, J. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological review*, 69(5), 379.

CAPITOLUL 3

Intervenții pentru dezvoltarea abilităților de reglare emoțională

Autori: Andreea URSU, Liliana BUJOR

3.1 Emoțiile în asistența medicală

Medicii, asistentele medicale, pacienții și membrii familiilor pacienților experimentează o serie de emoții complexe în timpul interacțiunilor specifice sistemului medical. Acestea au efecte importante, atât pozitive, cât și negative, asupra rezultatelor clinice (1; 2; 3; 4). S-a constatat că experimentarea unor emoții negative puternice și gestionarea inadecvată a acestor emoții sunt legate de psihopatologia studenților de la medicină și a profesioniștilor din domeniul sănătății, cum ar fi stresul, depresia, anxietatea, epuizarea profesională și interacțiunile dificile cu pacienții. În plus, perspectivele pacienților indică, de asemenea, că aceste dificultăți ar putea duce la relații nesatisfăcătoare cu personalul medical. Mai mult, acești factori au potențialul de a modela natura comunicării interpersonale, satisfacția profesională și nivelul de încredere pe care pacienții îl au în medicii lor. Recunoașterea și înțelegerea propriilor emoții poate facilita selectarea unor strategii adecvate de reglare a emoțiilor pentru a atinge un obiectiv dorit. De exemplu, încurajarea unui pacient să-și exprime deschis suferința poate duce la reducerea nivelului de anxietate, la o satisfacție sporită față de servicii oferite de personalul medical și la îmbunătățirea atitudinii față de respectarea tratamentului și la creșterea satisfacției profesionale în rândul personalului medical.

3.2 Reglarea emoțională

Una dintre cele mai utilizate definiții ale reglării emoționale a fost propusă de Gross (5), care se referă la strategiile cognitive și comportamentale folosite de indivizi pentru a-și gestiona emoțiile. Aceste strategii implică selectarea deliberată a emoțiilor specifice, precum și momentul și modul în care acestea sunt resimțite sau exprimate. În Modelul procesual al reglării emoționale au fost propuse cinci clase de strategii de reglare a emoțiilor (5, 6). Acestea sunt selectarea situației, modificarea situației, focalizarea atenției, schimbarea cognitivă și modularea răspunsului. *Selecția situației* implică alegerea activă a unei

situații în care este mai probabil să apară emoțiile dorite. *Modificarea situației* se referă la modificarea unei situații pentru a schimba impactul emoțional al acesteia. *Focalizarea atenției* implică redirecționarea atenției unei persoane asupra a altceva. *Schimbarea cognitivă* presupune modificarea evaluărilor unei situații după ce aceasta a avut loc, modificând astfel semnificația sa emoțională. În cele din urmă, *modularea răspunsului* implică influențarea și modificarea directă a răspunsurilor fiziologice, emoționale sau comportamentale. Dintre strategiile acestui model, reevaluarea cognitivă și suprimarea la nivelul expresiilor au fost cele mai utilizate în studiile de cercetare.

Reglarea emoțională la nivel interpersonal este un concept care se referă la strategiile folosite de indivizi pentru a obține starea emoțională dorită în cadrul unei interacțiuni sociale în timp real (7). Pe de altă parte, coreglarea se referă la o formă specifică de reglare a emoțiilor resimțite în contexte sociale, caracterizată prin influența reciprocă a experiențelor emoționale, a comportamentelor expresive și a răspunsurilor fiziologice între parteneri, ceea ce poate conduce către stabilitate emoțională și fiziologică pentru ambii indivizi dintr-o relație interpersonală (8).

De-a lungul timpului, au fost propuse mai multe abordări pentru conceptualizarea și clasificarea constructului de reglare emoțională. Augustine și Hemenover (9) au efectuat o analiză cuprinzătoare a strategiilor de reglare emoțională, identificând șase categorii generale: strategii comportamentale, cognitive, de implicare, de evitare, axate pe antecedent și axate pe răspuns. Potrivit lui Gross și Jazaieri (10), reglarea emoțională poate fi (a) intrinsecă sau intrapersonală, care constă în reglarea propriilor emoții, (b) extrinsecă sau interpersonală, care constă în reglarea emoțiilor altora. În mod similar, Niven et al. (11) au propus că reglarea emoțională poate fi fie extrinsecă, fie intrinsecă, cu obiectivul de a înrăutăți sau de a îmbunătăți propriile emoții sau emoțiile altor persoane. Mai exact, conceptul de îmbunătățire intrinsecă a emoțiilor se referă la eforturile intenționate depuse de persoane pentru a-și îmbunătăți propria dispoziție emoțională, în timp ce îmbunătățirea extrinsecă a emoțiilor se referă la acțiunile persoanelor pentru a crește experiența emoțiilor pozitive ale altor indivizi. Conceptul de înrăutățire intrinsecă a emoțiilor se referă la dorințele intenționate ale unei persoane de a induce emoții negative referitoare la propria persoană, în timp ce înrăutățirea extrinsecă a emoțiilor se referă la eforturile conștiente de a provoca emoții negative altor persoane.

Reglarea emoțională poate fi adaptivă sau dezadaptivă (12). De exemplu, strategiile de reglare adaptivă a emoțiilor includ reevaluarea cognitivă și acceptarea emoțiilor, în timp ce strategiile

dezadaptive includ ruminăția și suprimarea emoțiilor. Aceste strategii pot fi utilizate fie pentru a crește intensitatea emoțiilor, fie pentru a scădea intensitatea emoțiilor. În plus, modelul propus de Zaki și Williams (7) delimitează două categorii distincte de procese, și anume procesele intrinseci și procesele extrinseci, precum și procesele dependente de răspuns și procesele independente de răspuns. Astfel, modelul postulează existența a patru forme distincte de reglare interpersonală a emoțiilor.

Un alt domeniu de cercetare s-a concentrat asupra conceptelor-umbrelă care înglobează acest proces emoțional. Scherer (13) a propus conceptul de competență emoțională, sugerând dimensiunile acestuia sunt reprezentate de către percepția emoțiilor, reglarea emoțiilor și producerea emoțiilor. Pe de altă parte, inteligența emoțională, așa cum a fost propusă de Salovey și Mayer (14), cuprinde procesele de evaluare și exprimare a emoțiilor, de reglare a emoțiilor și de utilizare a emoțiilor în moduri potrivite contextului. Potrivit lui Scherer (13), reglarea emoțională se referă la aptitudinea unui individ de a-și monitoriza și manipula propriile emoții în conformitate cu normele socio-culturale, intențiile strategice și dorința de a menține o stare de echilibru. În schimb, în concepția lui Salovey și Mayer (14) reglarea emoțională se referă la capacitatea de a observa, evalua și modifica reacțiile emoționale proprii și ale celorlalți pentru a atinge un anumit obiectiv (14).

3.3 Reglarea emoțională în domeniul sănătății

În ultimii douăzeci de ani, un număr semnificativ de cercetări au fost efectuate pentru a înțelege asocierile dintre strategiile distincte de reglare emoțională și sănătatea mintală în populațiile generale sau clinice. Literatura de specialitate indică faptul că strategiile adaptive de reglare a emoțiilor, inclusiv reevaluarea cognitivă, abordarea activă, reorientarea pozitivă, reevaluarea pozitivă, căutarea de sprijin social și acceptarea emoțiilor sunt corelate negativ cu probleme psihologice precum depresie, anxietate și stres (15; 16; 17; 17; 18); 19). În plus, utilizarea strategiilor dezadaptive, inclusiv ruminăția, retragerea, catastrofizarea și ignorarea, este corelată pozitiv cu consecințele negative, cum ar fi nivelurile ridicate de anxietate, stres, depresie și insomnie (18; 19; 20; 21). Cu toate acestea, se știe mai puțin despre modul în care reglarea emoțiilor afectează bunăstarea personalului medical și interacțiunile dintre personalul medical și pacienți.

Pentru a naviga în mod eficient în dinamica complexă a consultațiilor pacienților, profesioniștii din domeniul sănătății trebuie să posede aptitudinile necesare pentru reglarea emoțională. Aceasta

presupune abilitatea de a-și regla și exprima eficient propriile emoții, creând în același timp un mediu de susținere care să încurajeze pacienții să își exprime liber propriile stări emoționale. Legat de strategiile de reglare emoțională ale profesioniștilor din domeniul sănătății, o linie de cercetare interesantă se referă la strategiile utilizate de personalul medical atunci când experimentează emoții pozitive și negative puternice în prezența pacienților. Pentru a face față acelor emoții negative de mare intensitate, cadrele medicale au utilizat o combinație de strategii atât cognitive, cât și comportamentale. Cele mai utilizate strategii de către medici au fost: respirația, ținerea emoției la distanță/concentrarea asupra a altceva, vorbirea/ascultarea pacientului, întreruperea contactului vizual, recadrarea, reținerea emoției (1). În studiul lor, *concentrarea pe altceva constă în a ignora*; a păstra distanța emoțională față de situație; a continua întâlnirea ca și cum nimic nu s-ar întâmpla; a se concentra pe (următoarea) sarcină, pe pacient, pe propria postură; a gândi ca un profesionist; a gândi la o soluție; a număra mental, a *vorbi/asculta pacientul se referă la a vorbi calm, treptat, cu deschidere*; menținerea tăcerii; empatie; înțelegere; a lăsa pacientul să se exprime; a păstra contactul vizual; *întreruperea contactului vizual* constă în a câștiga timp; organizarea gândurilor, *reîncadrarea* constă în a gândi/ oferi o perspectivă optimistă, plină de speranță; raționalizarea; acceptarea, *reținerea emoției* se referă la blocarea sentimentelor; a nu plânge. Este larg acceptat faptul că respirația, vorbitul/ascultarea și reîncadrarea sunt strategii adaptive cu efecte pozitive asupra experienței subiective, cum ar fi diminuarea emoțiilor negative sau a problemelor de sănătate mintală precum stresul, anxietatea și depresia (16; 17; 22; 23). În schimb, ținerea emoției la distanță/concentrarea asupra a altceva, reținerea emoției sunt considerate strategii dezadaptive, cu efecte dăunătoare asupra sănătății mintale (17; 19). Același studiu a avut ca scop investigarea reacțiilor personale ale asistenților medicali atunci când experimentează emoții negative puternice. Atingerea pacientului, efectuarea de proceduri medicale, retragerea din situație și oferirea de sprijin au fost reacțiile cele mai frecvente. Atingerea pacientului și oferirea de sprijin pacientului sunt considerate strategii adaptive de reglare emoțională la nivel interpersonal (24), în timp ce efectuarea de proceduri medicale și retragerea din situație pot fi strategii dezadaptive (19). Rezultatele unui alt studiu calitativ sugerează că suprimarea emoțiilor a fost una dintre cele mai frecvent utilizate strategii de către studenții la medicină atunci când au simțit că emoțiile lor le împiedică capacitatea de a îndeplini eficient sarcinile (25). Cu toate acestea, deși, în general, suprimarea este considerată o strategie de reglare emoțională dezadaptivă (17), în cultura medicală ar putea fi considerată o strategie adaptivă cu consecințe pozitive

pe termen scurt (26). În plus, studenții de la medicină au pus în aplicare o strategie suplimentară, care a implicat angajarea într-un proces de reîncadrare a circumstanțelor stresante prin raționalizarea conduitei negative și direcționarea atenției către abilitățile pozitive ale medicului. Studenții au manifestat o tendință de a diminua intensitatea emoțională a incidentului prin procesul de reevaluare, în care au reevaluat problema și au pus mai mult accent pe factorii externi care ar fi putut contribui la apariția comportamentului negativ.

Două studii mai recente au evaluat viața emoțională a asistenților medicali din departamentele de urgență și a asistenților medicali din centrele medicale pentru seniori. Rezultatele studiului în care au fost evaluate strategiile de reglare emoțională ale asistentelor medicale din departamentele de urgență au arătat că detașarea, suprimarea, raționalizarea comportamentului, distragerea atenției, reevaluarea cognitivă, căutarea de sprijin social și exercițiile fizice au fost cele mai frecvente în rândul acestui grup (26). Aceste constatări indică faptul că un număr semnificativ de asistente medicale au convingerea că strategiile lor sunt eficiente în atenuarea impactului negativ al emoțiilor negative asupra stării lor de bine psihologice, asupra pacienților și asupra relației asistent/ă medical-pacient/ă. În plus, rezultatele referitoare la asistenții medicali din centrele de îngrijire paliativă au arătat că aceștia utilizează cel mai mult îmbunătățirea extrinsecă a emoțiilor celorlalți, urmată de îmbunătățirea intrinsecă a emoțiilor proprii.

Rezultatele au sugerat, de asemenea, că aceștia folosesc mai puțin frecvent strategii precum înrăutățirea extrinsecă și înrăutățirea intrinsecă (27). Acest lucru implică faptul că asistentele medicale de la centrele medicale pentru seniori caută, de obicei, să îmbunătățească emoțiile celorlalți, în special pentru pacienții lor și pentru alte persoane implicate în procesul de îngrijire.

3.4 Efectele intrapersonale și interpersonale ale reglării emoțiilor în domeniul sănătății

Modul în care profesioniștii din domeniul sănătății răspund și își reglează emoțiile resimțite în mediul clinic poate avea un impact semnificativ atât asupra sănătății profesioniștilor din domeniul sănătății, cât și asupra sănătății pacienților pe care îi tratează, influențând în cele din urmă natura relației pacient-personal medical în moduri profunde.

Într-un studiu care urmărea să identifice asocierile dintre reglarea emoțională și satisfacția vieții, oboseala din compasiune și satisfacția profesională în rândul asistentelor medicale din centrele de

îngrijire paliativă, s-a constatat că folosirea strategiei de îmbunătățire a propriilor emoții a fost asociată pozitiv cu satisfacția vieții, folosirea strategiei de înrăutățire a propriilor emoții a fost asociată pozitiv cu oboseala din compasiune, în timp ce folosirea strategiei de înrăutățire a emoțiilor celorlalți a fost asociată negativ cu o satisfacție profesională mai scăzută (27). Cu alte cuvinte, atunci când asistenții medicali din centrele de îngrijire paliativă utilizează îmbunătățirea intrinsecă pentru a-și regla emoțiile, aceștia au raportat un nivel ridicat al satisfacției vieții, un indicator al stării de bine psihologice, în timp ce atunci când asistenții medicali din centrele de îngrijire paliativă utilizează înrăutățirea propriilor emoții, aceștia raportează un nivel ridicat de oboseală din compasiune. În plus, asistenții medicali din centrele de îngrijire paliativă care îi fac pe alții să se simtă mai rău, în acest caz ar putea fi pacienții, membrii familiilor pacienților sau colegii, au o satisfacție profesională mai scăzută. Un alt studiu a investigat legăturile dintre strategiile de reglare cognitivă a emoțiilor ale personalului de îngrijire pe termen lung și epuizarea profesională (28). S-a constatat că o utilizare mai mare a strategiilor de reglare cognitivă a emoțiilor dezadaptive, cum ar fi ruminarea și învinovățirea celorlalți, a fost asociată cu niveluri mai ridicate de epuizare emoțională. Mai mult, reevaluarea pozitivă, o strategie de reglare cognitivă adaptivă a emoțiilor, a corelat negativ cu depersonalizarea, una din dimensiunile epuizării. În plus, refocalizarea pe planificare și reevaluarea pozitivă au corelat pozitiv cu realizarea personală în rândul asistentelor medicale.

O altă linie de cercetare se referă la legăturile dintre strategiile de reglare emoțională a personalului din domeniul sănătății și relația dintre pacient și personalul medical. Studiile anterioare au arătat că percepțiile pacienților privind abilitățile de reglare emoționale ale personalului din domeniul asistenței medicale au fost asociate cu acuratețea nonverbală în interacțiunile medic-pacient, cu satisfacția pacientului privind calitatea consultului și cu calitatea comunicării (29). Rezultatele celui de-al doilea studiu prezentat în aceeași articol au arătat că există asocieri pozitive și puternice între reevaluarea emoțiilor raportate de către profesioniștii din domeniul sănătății și satisfacția și afectivitatea pozitivă a pacienților înainte de a se întâlni cu profesioniștii din domeniul sănătății. Au fost investigate, de asemenea, legăturile dintre strategiile de reglare emoționale dezadaptive și relația dintre pacient și profesionistul din domeniul sănătății. De exemplu, într-un studiu cu participanți medici, rezultatele au arătat corelații moderate între strategiile de reglare a emoțiilor interpersonale dezadaptive, cum ar fi retragerea, impunerea și apărarea, și apariția unor consecințe negative imediate în cadrul relației medic-

pacient, de exemplu, o mai mare defensivitate, evitarea pacientului, pierderea empatiei și a încrederii în pacient și încetarea relației (1).

Luată împreună, aceste rezultate sugerează că strategiile utilizate de profesioniștii din domeniul sănătății pentru a-și regla propriile emoții au efecte importante nu numai asupra stării lor de bine psihologică, ci și asupra stării de bine psihologice a pacienților și a satisfacției acestora față de întâlnirea cu profesioniștii din domeniul sănătății.

3.5 Formare în domeniul reglării emoțiilor pentru profesioniștii din domeniul sănătății

Având în vedere prevalența ridicată a problemelor de sănătate mintală, cum ar fi anxietate, stres, depresia, tulburări de stres posttraumatic și epuizare în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății (30; 31), în mediile medicale au fost utilizate diferite metode de prevenire a simptomelor psihopatologice. Una dintre acestea este dezvoltarea competențelor de gestionare a emoțiilor resimțite și a situațiilor provocatoare apărute în spitale. În cele ce urmează, vom prezenta rezultatele intervențiilor care vizează dezvoltarea abilităților de reglare emoțională având ca participanți personalul medical. De exemplu, un studiu a urmărit să testeze eficacitatea unei intervenții de reglare emoțională pentru a diminua stresul ocupațional în rândul asistentelor medicale din cadrul Unității de terapie intensivă (32). Intervenția a constat în opt sesiuni de două ore desfășurate pe parcursul a trei săptămâni. În timpul primei și ultimei sesiuni, participanții au fost invitați să completeze scale relevante pentru obiectivul studiului, în timp ce în timpul celorlalte șase sesiuni, participanților li s-au oferit informații despre diferențele dintre diferitele tipuri de emoții, efectele pe termen scurt și pe termen lung ale emoțiilor, abilitățile interpersonale (comunicare, exprimare și rezolvarea conflictelor), cum să își focalizeze atenția, să își mute atenția și să oprească ruminarea mentală, cum să utilizeze strategii cognitive adaptive și cum să schimbe rezultatele comportamentale și fiziologice ale emoțiilor. Rezultatele au arătat că asistentele care au fost repartizate aleatoriu în grupul de intervenție au raportat un nivel mai scăzut al stresului profesional după intervenție. În plus, acestea au raportat, de asemenea, niveluri mai scăzute ale dimensiunilor stresului ocupațional, cum ar fi conflictul cu medicii, problemele cu colegii, volumul de muncă, incertitudinea cu privire la tratament și problemele legate de pacienți și familiile acestora, în comparație cu grupul de control. Rezultatele unui alt studiu recent având ca participanți și asistenți medicali de terapie intensivă au fost similare (33). Trainingul pe reglare emoțională a constat în dobândirea de informații legate de psihoeducație și în dezvoltarea unor abilități precum relaxarea musculară progresivă, conștientizarea fără

a judeca, acceptarea și toleranța răspunsurilor emoționale, modificarea atenției, reevaluarea cognitivă, rezolvarea problemelor și abilitățile interpersonale. S-a constatat că grupul experimental a raportat niveluri mai scăzute de epuizare, depresie și anxietate în comparație cu grupul de pe lista de așteptare (grupul de control). În plus, grupul experimental a raportat scoruri post-intervenție mai mari pentru patru din cele cinci strategii cognitive de reglare a emoțiilor adaptive (acceptare, refocalizare pe planificare, refocalizare pozitivă, reevaluare pozitivă) și scoruri post-intervenție mai mici pentru o strategie cognitivă dezadaptivă, catastrofa.

Cercetătorii au fost, de asemenea, interesați să testeze și alte training-uri de reglare emoțională, cum ar fi Affect Regulation Training (34). În ultima secțiune a acestui capitol, vom oferi o descriere detaliată a acestui model și câteva recomandări cu privire la modul în care acesta poate fi utilizat pentru a dezvolta abilitățile de reglare a emoțiilor în rândul asistenților medicali. În cele ce urmează, vom oferi rezultatele unui studiu de intervenție în care a fost testată eficacitatea acestui training (35). S-a constatat că participanții din grupul de intervenție au raportat îmbunătățiri post-intervenție mai mari în ceea ce privește abilitățile de reglare emoțională, cum ar fi acceptarea, toleranța și modificarea. Mai mult, grupul ART a raportat, de asemenea, îmbunătățiri post-intervenție în ceea ce privește starea de bine și îmbunătățiri ale abilităților de reglare emoțională și ale stării de bine pe parcursul toate celor trei evaluări (pre-intervenție, post-intervenție și monitorizare/ follow-up). Cu alte cuvinte, rezultatele acestui studiu au arătat că ART este eficient în dezvoltarea abilităților de reglare emoțională și în îmbunătățirea stării de bine și menținerea stării de bine a profesioniștilor din aria de îngrijire a persoanelor vârstnice pe o perioadă de șase luni.

Luată împreună, rezultatele acestor intervenții au arătat că training-urile pe reglare emoțională propun exerciții și tehnici valide pentru dezvoltarea abilităților de reglare emoțională și pentru îmbunătățirea stării de bine de la locul de muncă, reducând simptomele psihopatologice în rândul profesioniștilor din domeniul sănătății.

3.6 Intervenții de reglare emoțională - Trainingul de reglare a afectului (ART)

Modelul ART de reglare eficientă a emoțiilor (ART Model of Effective Emotion Regulation) (34; 36) este un model de reglare emoțională care utilizează tehnici din: terapia cognitiv-comportamentală, terapia comportamentală dialectică, intervențiile bazate pe mindfulness, training-urile pe empatie,

terapia centrată pe emoții și terapiile de rezolvare a problemelor. Modelul a demonstrat importanța abilităților de reglare emoțională în cadrul intervențiilor psihoterapeutice asupra stării de sănătate mintală a pacienților spitalizați. Într-un spital german pentru diverse tulburări mintale, un grup de 289 de pacienți a beneficiat de terapie cognitiv-comportamentală și de formare integrativă a competențelor emoționale. Conform măsurărilor efectuate după intervenție, pacienții care au beneficiat atât de tratamentul obișnuit, cât și de un training de reglare a emoțiilor, au raportat îmbunătățiri semnificative ale scorurilor privind competențele de reglare emoțională. Îmbunătățirea abilităților de coping, acceptarea și toleranța față de emoțiile negative sunt cei mai puternici și mai stabili predictorii ai câștigului tratamentului (36). Intervențiile de formare modifică registrul emoțional la cele trei niveluri: experiență, expresie, reglare. În plus, rezultatele unui experiment având ca participanți studenți au evidențiat faptul că în urma unor sesiuni de formare de trei ore împărțite în două părți, efectul formării asupra abilităților de reglare emoțională, a fericirii și a calității vieții a fost semnificativ mai mare pentru persoanele din grupul experimental comparativ cu persoanele din grupul de control. Prin urmare, persoanele care învață să își regleze în mod adaptiv emoțiile vor raporta un nivel mai ridicat de fericire (37).

În modelul *ART*, reglarea adaptivă a emoțiilor este conceptualizată ca o interacțiune dependentă de situație între șapte abilități de reglare a emoțiilor (36):

1. Capacitatea de a fi conștient/ă de emoții
2. Capacitatea de a identifica și de a eticheta corect emoțiile
3. Capacitatea de a identifica ceea ce provoacă și menține o emoție
4. Capacitatea de a modifica în mod activ emoțiile într-o manieră adaptivă
5. Capacitatea de a accepta și de a tolera emoțiile negative
6. Capacitatea de a aborda și de a face față situațiilor
7. Capacitatea de a oferi auto-susținere plină de compasiune în situații de suferință

Practica *ART Model*

În această secțiune, sunteți invitați să trăiți câteva experiențe practice care să vă ajute în a vă analiza experiențele emoționale de zi cu zi.

Aplicația 1. Moment de reflecție

1. Cum recunoști o emoție?

2. Poți să numești emoțiile pe care le simți?

3. Cum recunoști o furtună emoțională?

4. Cum sunt gândurile automate într-o reglare adaptivă/ neadaptivă a emoțiilor?

Aplicația 2. Adevărul despre emoții

Este important să avem o percepție corectă și coerentă asupra emoțiilor noastre. În funcție de viața dumneavoastră emoțională, stabiliți valoarea de adevăr a afirmațiilor următoare:

1. Să-i anunț pe ceilalți că mă simt rău este o slăbiciune. A/ F

2. Sentimentele negative sunt rele și distructive. A/ F

3. A fi emoțional/ă înseamnă a fi scăpat/ă de sub control. A/ F

4. Emoțiile pot apărea pur și simplu fără motiv. A/ F

5. Toate emoțiile dureroase sunt rezultatul unei atitudini proaste. A/ F

Dacă ați dat trei sau mai multe răspunsuri cu Adevărat, înseamnă că aveți multe mituri despre emoții.

Aplicația 3. Exersarea capacității de a fi conștient și de a eticheta corect emoțiile - Bucuria

- Propuneți zece cuvinte care să descrie emoția Bucurie.
- Propuneți (trei-cinci) evenimente în care oamenii pot simți Bucurie.
- Identificați (trei-cinci) efecte secundare ale bucuriei.

Exemplu:

- Zece cuvinte care descriu emoția bucuriei: amuzament, mulțumire, încântare, entuziasm, speranță, fericire, veselie, jovialitate, plăcere, satisfacție.
- Efectele ulterioare ale bucuriei: a fi prietenos cu ceilalți, a face lucruri frumoase pentru ceilalți, a avea o perspectivă pozitivă; a vedea partea bună a lucrurilor (Linehan, 1993)

Aplicația 4. Bucurie și euforie

- Propuneți (trei-cinci) evenimente în care oamenii pot simți Euforie.
- Identificați (trei-cinci) efecte secundare ale euforiei.
- Identificați diferențele dintre bucurie și euforie. Ce observați? Cum ați putea explica aceste diferențe?

Aplicația 5. Tristețe

- Propuneți zece cuvinte care să descrie emoția tristețe.

- *Propuneți (trei-cinci) evenimente în care oamenii pot simți tristețe.*
- *Identificați (trei-cinci) efecte secundare ale tristeții.*

Exemplu:

- Zece cuvinte care descriu emoția tristeții: melancolie, durere, dezamăgire, milă, nefericire, milă, disconfort, singurătate, neplăcere, regret
- Efectele secundare ale tristeții: senzația de oboseală sau de lipsă de energie, senzația de gol, senzația că nimic nu mai este plăcut (38)

Aplicația 6. Tristețe și disperare

- *Propuneți (trei-cinci) evenimente pentru în care oamenii pot simți Disperare.*
- *Identificați (trei-cinci) efecte secundare ale disperării.*
- *Identificați diferențele principilor între Tristețe și Disperare. Ce observați? Cum ați putea explica aceste diferențe?*

Aplicația 7. Furie

- *Propuneți zece cuvinte care să descrie emoția furie.*
- *Propuneți (trei-cinci) evenimente în care oamenii pot simți furie.*
- *Identificați (trei-cinci) efecte secundare ale furiei.*

Exemplu:

- Zece cuvinte care descriu emoția furiei: antipatie, invidie, exasperare, frustrare, nervozitate, iritare, resentimente, agitație, ostilitate, încordare

- Efectele ulterioare ale furiei: *senzație de incoerență, senzație de lipsă de control, încordare musculară* (Linehan, 1993)

Aplicația 8. Furie și dorința de a distruge

- *Propuneți (trei-cinci) evenimente pentru sentimentul care sugerează nevoia de distrugere.*
- *Identificați (trei-cinci) efecte secundare ale nevoii de distrugere.*
- *Identificați diferențele dintre furie și nevoia de distrugere. Ce observați? Cum ați putea explica aceste diferențe?*

Aplicația 9. Capacitatea de a identifica ceea ce provoacă și menține o emoție

Amintește-ți o situație recentă în care ai simțit *Tristețe* și o altă situație în care ai simțit *Disperare*.

Completați tabelul de mai jos cu:

Ce s-a întâmplat efectiv? Ce gânduri v-au venit în minte? Cum ați decis să vă comportați? Care au fost consecințele?

Data și ora	Ce s-a întâmplat?	Gânduri	Sentimente	Comportament	Consecințe
			Tristețe		
			Disperare		

Ce observați despre două emoții, cauze și consecințe?

Care sunt gândurile ajutătoare?

Gândurile ajutătoare vă dau alte sentimente?

Ce altceva ai putea face? Ar duce la alte consecințe?

Aplicația 10. Capacitatea de a identifica ceea ce provoacă și menține o emoție

Amintește-ți o situație recentă în care ai fost *Furie* și o altă situație în care ai fost *Dorința de distrugere*.

Completați tabelul de mai jos cu:

Ce s-a întâmplat efectiv? Ce gânduri v-au venit în minte? Cum ați decis să vă comportați? Care au fost consecințele?

Data și ora	Ce s-a întâmplat?	Gânduri	Sentimente	Comportament	Consecințe
			Mânia		
			Destructivitate		

Ce observați despre două emoții, cauze și consecințe?

Care sunt gândurile ajutătoare?

Gândurile ajutătoare vă dau alte sentimente?

Ce altceva ai putea face? Ar duce la alte consecințe?

Cererea 11. Capacitatea de a accepta și de a tolera emoțiile negative

Gândiți-vă la o situație specifică în care ați trăit o emoție negativă într-o *situație de pierdere*. Dacă ați analiza cum se simte în corp emoția, analizând felul în care vă simțiți de sus în jos, unde ați putea identifica unele tensiuni. Dacă această tensiune ar avea *o formă, o culoare și un nume* (scrieți în spațiul de mai jos), care ar fi acestea?

Cererea 12. Capacitatea de a oferi auto-susținere din compasiune în situații de suferință

Dacă prietenul tău cel mai bun s-ar afla într-o situație dificilă, care ar fi reacția ta în termeni de:

- un mesaj verbal
- un răspuns nonverbal
- o recompensă

Transferați aceste răspunsuri în relație cu dumneavoastră, într-o situație de suferință.

Câteva concluzii:

- Intervențiile pentru o reglare emoțională funcțională au înregistrat, în ultimele decenii, o atenție tot mai mare atât din partea cercetătorilor, cât și a practicienilor.
- Impactul strategiilor de reglare emoțională asupra diferitelor variabile (stare de bine generală, stil afectiv, anxietate, dispoziție depresivă) reprezintă un argument puternic pentru integrarea training-urilor de reglare emoțională pentru populații specifice
- Tendința actuală, la nivelul intervențiilor psihoterapeutice, este de a integra concepte, tehnici și metode aparținând mai multor școli pentru a spori rezultatele

Referințe

1. da Silva, J. V., & Carvalho, I. (2016). Physicians experiencing intense emotions while seeing their patients: what happens?. *Permanente Journal*, 20(3) 31-37.
<https://doi.org/10.7812/TPP/15-229>
2. Mjaaland, T. A., Finset, A., Jensen, B. F., & Gulbrandsen, P. (2011). Physicians' responses to patients' expressions of negative emotions in hospital consultations: a video-based observational study. *Patient Education and Counseling*, 84(3), 332-337.
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.02.001>
3. Shapiro, J. (2011). Perspective: does medical education promote professional alexithymia? A call for attending to the emotions of patients and self in medical training. *Academic medicine*, 86(3), 326-332. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182088833>

4. Van Middendorp, H., Lumley, M. A., Moerbeek, M., Jacobs, J. W., Bijlsma, J. W., & Geenen, R. (2010). Effects of anger and anger regulation styles on pain in daily life of women with fibromyalgia: A diary study. *European Journal of Pain*, 14(2), 176-182.
<https://doi.org/10.1016/j.ejpain.2009.03.007>
5. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
6. Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological inquiry*, 26(1), 1-26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
7. Zaki, J., & Williams, W. C. (2013). Interpersonal emotion regulation. *Emotion*, 13(5), 803-810.
<https://doi.org/10.1037/a0033839>
8. Butler, E. A., & Randall, A. K. (2013). Emotional coregulation in close relationships. *Emotion Review*, 5(2), 202-210. <https://doi.org/10.1177/1754073912451630>
9. Augustine, A. A., & Hemenover, S. H. (2009). On the relative effectiveness of affect regulation strategies: A meta-analysis. *Cognition and Emotion*, 23(6), 1181-1220.
<https://doi.org/10.1080/02699930802396556>
10. Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical psychological science*, 2(4), 387-401.
<https://doi.org/10.1177/2167702614536164>
11. Niven, K., Totterdell, P., Stride, C. B., & Holman, D. (2011). Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure. *Current Psychology*, 30, 53-73. <https://doi.org/10.1007/s12144-011-9099-9>
12. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 30(2), 217-237.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
13. Scherer, K.R. (2007). Componential emotion theory can inform models of emotional competence. In Matthews, Zeidner, & Roberts (Eds.), *The science of emotional intelligence: Knowns and unknowns* (pp. 101–126). Oxford University Press.
14. Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, cognition and personality*, 9(3), 185-211. <https://doi.org/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CD>

15. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasaristu, A., & Luque-Reca, O. (2022). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health, 26*(2), 413-422. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>
16. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences, 40*, 659-669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
17. Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology, 85*(2), 348-362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
18. Jurado, M. D. M. M., del Carmen Pérez-Fuentes, M., Fernández-Martínez, E., Martínez, Á. M., & Linares, J. J. G. (2021). Coping strategies in the Spanish population: the role in consequences of COVID-19 on mental health. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 606621, 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.606621>
19. Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The behavioural emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences, 137*, 56-61. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.036>
20. Dubey, N., Podder, P., & Pandey, D. (2020). Knowledge of COVID-19 and its influence on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation and Psychological Flexibility in the Indian community. *Frontiers in Psychology, 11*, 3031, 1-18. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.589365>
21. Ursu, A., & Măirean, C. (2022). Cognitive Emotion Regulation Strategies as Mediators between Resilience and Stress during COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(19), 12631, 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph191912631>
22. Carvajal, B. P., Molina-Martínez, M. Á., Fernández-Fernández, V., Paniagua-Granados, T., Lasaristu, A., & Luque-Reca, O. (2020). Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) in Spanish older adults. *Aging & Mental Health, 1-10*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1870207>

23. Jerath, R., Crawford, M. W., Barnes, V. A., & Harden, K. (2015). Self-regulation of breathing as a primary treatment for anxiety. *Applied psychophysiology and biofeedback*, *40*(2), 107-115. <https://doi.org/10.1007/s10484-015-9279-8>
24. Swerdlow, B. A., & Johnson, S. L. (2022). The Interpersonal Regulation Interaction Scale (IRIS): A multistudy investigation of receivers' retrospective evaluations of interpersonal emotion regulation interactions. *Emotion*, *22*(6), 1119-1136. <https://doi.org/10.1037/emo0000927>
25. Doulougeri, K., Panagopoulou, E., & Montgomery, A. (2016). (How) do medical students regulate their emotions?. *BMC medical education*, *16*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0832-9>
26. Isbell, L. M., Boudreaux, E. D., Chimowitz, H., Liu, G., Cyr, E., & Kimball, E. (2020). What do emergency department physicians and nurses feel? A qualitative study of emotions, triggers, regulation strategies, and effects on patient care. *BMJ quality & safety*, *29*(10), 1-21. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010179>
27. Barnett, M. D., Cantu, C., & Clark, K. A. (2020). Multidimensional emotion regulation strategies among hospice nurses. *Death Studies*, *44*(8), 463-468. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1586790>
28. Bamonti, P., Conti, E., Cavanagh, C., Gerolimatos, L., Gregg, J., Goulet, C., ... & Edelstein, B. (2019). Coping, cognitive emotion regulation, and burnout in long-term care nursing staff: A preliminary study. *Journal of Applied Gerontology*, *38*(1), 92-111. <https://doi.org/10.1177/0733464817716970>
29. Kafetsios, K., Anagnostopoulos, F., Lempesis, E., & Valindra, A. (2014). Doctors' emotion regulation and patient satisfaction: A social-functional perspective. *Health Communication*, *29*(2), 205-214. <https://doi.org/10.1080/10410236.2012.738150>
30. Wu, H., Chi, T. S., Chen, L. I., Wang, L., & Jin, Y. P. (2010). Occupational stress among hospital nurses: cross-sectional survey. *Journal of advanced nursing*, *66*(3), 627-634. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05203.x>
31. Serrano-Ripoll, M. J., Meneses-Echavez, J. F., Ricci-Cabello, I., Fraile-Navarro, D., Fiol-deRoque, M. A., Pastor-Moreno, G., ... & Gonçalves-Bradley, D. C. (2020). Impact of viral epidemic

- outbreaks on mental health of healthcare workers: a rapid systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 277, 347-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.08.034>
32. Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The effect of emotion regulation training on occupational stress of critical care nurses. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 10(12), 1-4. <https://doi.org/10.7860/JCDR/2016/23693.9042>
33. Kharatzadeh, H., Alavi, M., Mohammadi, A., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Emotional regulation training for intensive and critical care nurses. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 445-453. <https://doi.org/10.1111/nhs.12679>
34. Berking, M., Whitley, B., Berking, M., & Whitley, B. (2014). The adaptive coping with emotions model (ACE model). *Affect Regulation Training: A Practitioners' Manual*, 19–29.
35. Buruck, G., Dörfel, D., Kugler, J., & Brom, S. S. (2016). Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. *Journal of occupational health psychology*, 21(4), 480-493. <https://doi.org/10.1037/ocp0000023>
36. Berking, M., Wupperman, P., Reichardt, A., Pejic, T., Dippel, A., & Znoj, H. (2008). Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46(11), 1230–1237. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.005>
37. Tahared mahdavi haji, Mohammadkhani, S., Hahtami, M., (2011), The Effectiveness of life skills on happiness, quality of life and emotion regulation. *Procedia- Social and Behavioural Sciences* 30, 407- 411. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.10.080>
38. Linehan, M. (1993). *Skills Training Manual for Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press.

CAPITOLUL 4

Învățarea bazată pe probleme în educația în domeniul nursingului

Autori: Inés CASADO, Leticia BARRIONUEVO, Leticia VALDEÓN

4.1. Introducere

Metodologiile de predare în învățământul superior au fost într-o continuă evoluție în ultimele câteva decenii. Raportul UNESCO privind învățământul superior în secolul XXI subliniază relevanța învățământului superior în abordarea numeroaselor provocări cu care se confruntă omenirea în acest secol și sugerează necesitatea de a trece de la atribuirea de note la dezvoltarea de competențe, pentru a consolida legătura dintre educație și lumea muncii [1]. Această orientare provine dintr-o reflecție asupra necesității de a pregăti absolvenți care să se angajeze în viața lor profesională cu o gamă suficient de largă de competențe, care să cuprindă pilonii pentru educație și învățarea pentru a cunoaște, pentru a face, pentru a fi și pentru a trăi împreună-, așa cum se subliniază în Raportul Comisiei internaționale privind educația pentru secolul XXI [2]. Proiectul Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică privind definirea și selecția competențelor (DeSeCo) al Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică identifică necesitatea de a reorienta programele de învățământ și de a adapta rolul profesorului pentru a-i ajuta pe cursanți să dobândească competențe [3].

În prezent, în domeniul științelor medicale, devine din ce în ce mai evident că este nevoie de modificarea și îmbunătățirea metodelor tradiționale de predare pentru a spori motivația studenților și dobândirea de cunoștințe [4]. Viitorii profesioniști vor trebui să se confrunte cu probleme care necesită abordări inovatoare și competențe specifice pentru a aborda probleme complexe. Aceștia trebuie să fie instruiți folosind strategii și tehnici care se aplică în mod specific acestei realități [5].

Învățarea bazată pe probleme (PBL) are la bază două argumente conceptuale și teoretice. Primul dintre acestea este opera filosofului educațional John Dewey, care a subliniat importanța învățării prin experiență [6]. Potrivit lui Dewey, în cadrul acestei experiențe din lumea reală, elevii se confruntă cu o

problemă care le stimulează gândirea, adună informațiile de care au nevoie pentru a găsi soluții la problemă și le folosesc pentru a-și testa cunoștințele. Pe de altă parte, PBL se bazează pe teoria socio-culturală a lui Vygotsky, care a subliniat importanța participării elevilor la comunități cognitive de învățare prin schimbul și compararea ideilor cu ceilalți, angajându-se activ unii cu alții pentru a rezolva probleme, în timp ce profesorul le dirijează eforturile [6,7].

Utilizarea acestei metodologii datează din 1969, când Școala de Medicină a Universității McMaster din Canada a introdus-o în programul său de studii. Scopul a fost acela de a găsi noi abordări care să îmbunătățească motivația și învățarea studenților, aceștia fiind foarte nemulțumiți de metodele folosite în educație medicală până la acel moment [8].

În 1972, prima cohortă careia i s-a predat folosind principiile și tehnicile învățării bazate pe probleme a absolvit la noua Școală de Medicină a Universității McMaster. În același timp, programul de medicină umană al Universității din Michigan a introdus un curs bazat pe probleme ca parte a curriculumului său preclinic. Tot la începutul anilor 1970, universitățile din Maastricht (Olanda) și Newcastle (Australia) au înființat școli de medicină care au încorporat PBL în cadrul curriculei lor. La începutul anilor 1980, alte școli care continuaseră să lucreze cu un cadru curricular convențional au început să dezvolte planuri similare structurate în jurul acestei noi abordări. Următoarea universitate care a folosit această metodă a fost Universitatea din New Mexico din Statele Unite. La scurt timp după aceea, alte școli au acceptat provocarea de a-și restructura întreaga programă de învățământ în jurul PBL, printre care Universitatea din Hawaii, Harvard și Sherbrooke (Canada) [9].

Barrows (1986) definește PBL ca fiind "o metodă de învățare bazată pe principiul utilizării problemelor ca punct de plecare pentru dobândirea și integrarea de noi cunoștințe". El recunoaște că procesul de diagnosticare a pacientului s-a bazat pe o combinație de raționament ipotetico-deductiv și expertiză multidisciplinară. O abordare "tradițională" bazată pe clasă pentru predarea conținuturilor specifice unei discipline (anatomie, neurologie, farmacologie, psihologie și așa mai departe) nu a oferit studenților un context pentru a le aplica în mediul clinic [10]. Această abordare tradițională a fost și mai mult încurcată de baza de cunoștințe în evoluție rapidă a științei și a medicinei, care a determinat schimbări atât în teorie, cât și în practică [11].

PBL este o abordare didactică și curriculară centrată pe student, care îl pregătește pe acesta să efectueze cercetări, să integreze teoria și practica și să aplice cunoștințe și abilități pentru a dezvolta soluții viabile la o problemă definită. Fundamental pentru succesul acestei abordări este selectarea unor probleme greșit structurate (și adesea interdisciplinare) și a unui tutore care ghidează procesul de învățare și oferă un raport cuprinzător la sfârșitul experienței de învățare [11].

Barrows a stabilit caracteristicile esențiale ale PBL, reduse la punctele de mai jos [12]:

- Studenții trebuie să fie responsabili pentru propria învățare.
- Simulările de probleme utilizate în cadrul învățării bazate pe probleme trebuie să fie nestructurate și să permită o cercetare liberă.
- Învățarea ar trebui să fie integrată dintr-o gamă largă de discipline sau materii.
- Colaborarea este esențială.
- Ceea ce elevii învață în timpul învățării autodirijate trebuie să fie aplicat înapoi la problemă, prin reanaliză și rezolvare.
- Este esențială o analiză finală a ceea ce s-a învățat din munca cu problema și o discuție despre conceptele și principiile învățate.
- Autoevaluarea și evaluarea colegială ar trebui să se realizeze la finalizarea fiecărei probleme și la sfârșitul fiecărei unități curriculare.
- Activitățile desfășurate în cadrul învățării bazate pe probleme trebuie să fie cele apreciate în lumea reală.
- Examenele studenților trebuie să măsoare progresul înregistrat de aceștia în vederea atingerii obiectivelor învățării bazate pe probleme.
- Învățarea bazată pe probleme trebuie să fie baza pedagogică a curriculumului și nu o parte a unui curriculum didactic.

Metodologia PBL se potrivește perfect pentru dezvoltarea sistemelor de învățământ superior, deoarece facilitează nu numai dobândirea de cunoștințe, ci și alte abilități, cum ar fi munca în echipă, abilitățile de comunicare, asumarea responsabilității pentru învățarea independentă, colaborarea în căutarea de informații, evaluarea critică a informațiilor, ascultarea activă și respectarea punctelor de vedere ale celorlalți [13]. Scopul PBL în asistența medicală este de a "îmbunătăți abilitățile de raționament clinic prin rezolvarea problemelor și a gândirii critice în rândul studenților" [14].

4.2. Cum se elaborează un studiu PBL

Lucrul la o problemă reală în clasă începe prin identificarea și definirea competențelor profesionale care trebuie dobândite, făcând distincția între diferitele domenii de cunoaștere, așa cum este descris în Raportul Delors [2]:

- Învățarea pentru a cunoaște (competență tehnică).
- Învățarea pentru a face (competență metodologică).
- Învățarea de a fi (competență participativă).
- Învățarea conviețuirii/ de a trăi împreună (competență personală).

Pentru o mai bună înțelegere a problemelor de elaborare și de facilitare în jurul PBL, trebuie să analizăm caracteristicile esențiale ale acestui mediu de învățare. PBL începe cu o problemă. Această problemă este stimulul pentru învățare. Problemele complexe cu obiective multiple, dintre care unele sunt imprecise, nu au adesea un singur răspuns corect; pot exista mai multe soluții sau chiar niciuna, ceea ce îi obligă pe studenți să ia în considerare alternativele, să aleagă cea mai viabilă soluție și să ofere un argumentat pentru a-și susține alegerea [15].

În PBL, studentul/a conduce procesul prin căutarea de informații, apoi prin selectarea și organizarea acestora în vederea rezolvării problemei în cauză. Profesorul devine un tutore, îndrumând învățarea elevului, sugerând surse de informații și răspunzând nevoilor acestuia. Obiectivele sunt dezvoltarea abilităților de gândire, activarea proceselor cognitive și transferul de metodologii pentru a "învăța cum să învețe". Prin urmare, PBL se bazează pe ipoteza că învățarea este un proces activ, integrat și constructiv, care este influențat atât de factori sociali, cât și contextuali [9].

Elaborarea unui studiu de caz PBL implică șapte etape cheie [16]:

- *Pasul 1: clarificarea termenilor necunoscuți.* Termenii și conceptele neclare din descrierea problemei sunt clarificate, astfel încât fiecare membru al grupului să înțeleagă informațiile furnizate.
- *Etapa 2: definirea problemei.* Problema se definește sub forma uneia sau mai multor întrebări. Grupul trebuie să se pună de acord asupra fenomenelor care trebuie explicate.

- *Pasul 3: brainstorming.* Discuții pe baza cunoștințele preexistente ale membrilor grupului. Acest proces presupune generarea a cât mai multor explicații, idei și ipoteze. Se colectează ideile tuturor membrilor grupului, fără analiză critică.
- *Etapa 4: analiza problemei.* Explicațiile și ipotezele membrilor grupului sunt discutate în profunzime și sunt analizate sistematic. Ideile din brainstorming sunt ordonate și legate între ele.
- *Pasul 5: formularea obiectivelor de învățare.* Pe baza contradicțiilor, obscurităților și ambiguităților din analiza problemei, se formulează întrebări care constituie baza activităților de studiu ale membrilor grupului. Pe scurt, se stabilește ce cunoștințe îi lipsesc grupului și se formulează obiective de învățare pe aceste teme.
- *Pasul 6: studiu individual.* În faza de studiu individual, membrii grupului caută literatura de specialitate relevantă care poate răspunde la întrebările din obiectivele de învățare. După ce studiază această literatură, membrii grupului se pregătesc pentru a-și prezenta concluziile în cadrul următoarei ședințe de tutoriat.
- *Etapa 7: raportarea.* După ce raportează ce surse au folosit membrii grupului în activitățile de studiu individual, are loc o discuție despre obiectivele de învățare pe baza literaturii studiate. Membrii grupului încearcă să sintetizeze ceea ce au găsit în diferite surse.

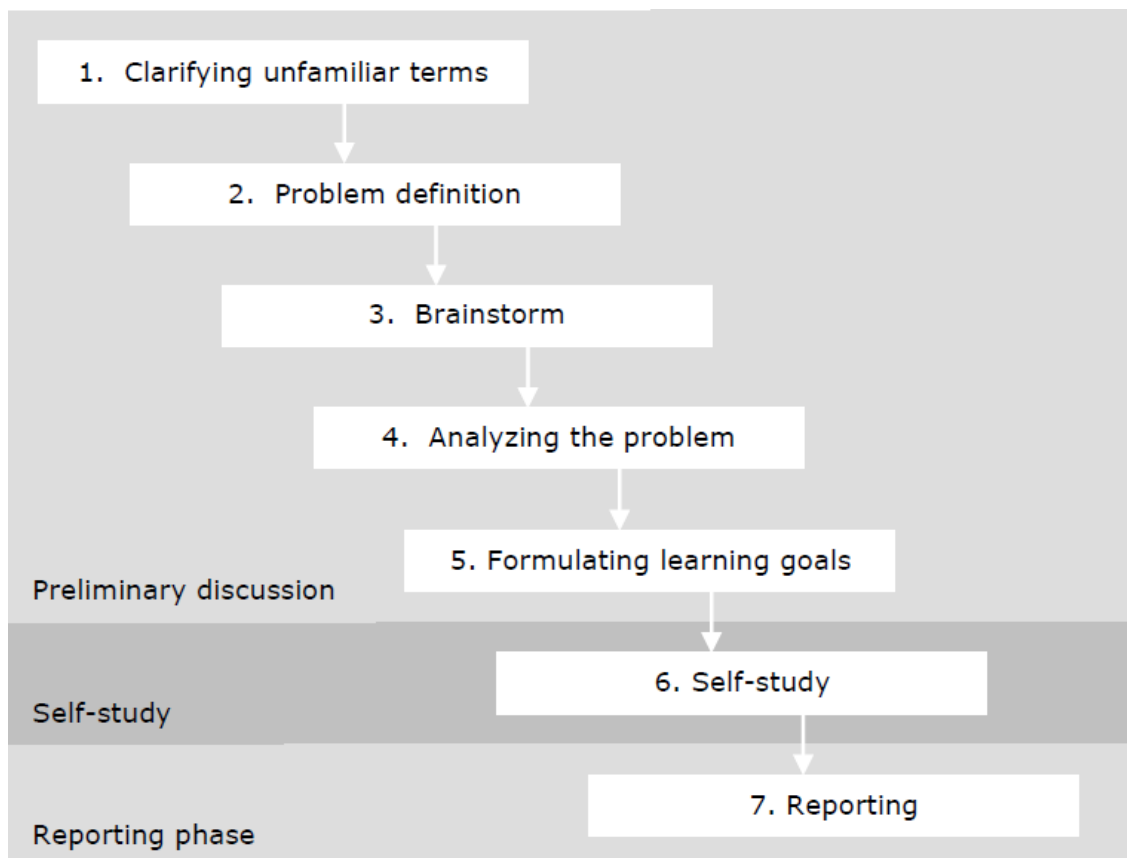


Figura 1. Abordarea în șapte etape [15]

4.3. Studii de caz bazate pe emoții pozitive/negative

Cazul emoțiilor pozitive:

Domnul John are 64 de ani și a fost spitalizat timp de șase zile într-o unitate de reabilitare/fizioterapie în urma unui accident vascular cerebral.

John este alert și orientat în a se recupera. A fost diagnosticat cu hemipareză dreaptă.

A început imediat reabilitarea motorie cu rezultate bune.

Cu toate acestea, el le spune asistentelor medicale că se teme că nu-și va putea recăpăta abilitățile motorii și autonomia. Starea lui de spirit nu este cea mai bună, își vrea viața, slujba și sentimentele înapoi.

În ultimele două zile, John a declarat că poate face exerciții pe care nu le putea face înainte.

Entuziasmat de îmbunătățiri, el îi spune asistentei de serviciu că situația se îmbunătățește în mod clar.

Observând recuperarea pozitivă, profesionistul sugerează ca domnul John să facă exercițiile și după-amiaza și să încerce să facă ceva independent, sub supravegherea personalului și în deplină siguranță.

John este fericit, în sfârșit vede că vindecarea este aproape și spune: "Putem începe acum?".

- Identificați nevoile de relaționare ale pacientului.
- Discutați intervențiile de asistență medicală pentru persoana cu nevoi de relaționare luând în considerare principiile asistenței medicale bazate pe dovezi.
- Identificați emoțiile pozitive prezente în acest scenariu.
- Discutați despre modul în care se pot menține emoțiile pozitive atât la pacient, cât și la personalul medical.
- Discutați despre modul în care emoțiile pozitive pot conduce la îmbunătățirea îngrijirii sănătății luând în considerare principiile asistenței medicale bazate pe dovezi.

Cazul emoțiilor negative:

O femeie în vârstă de 46 de ani care își plânge pierderea soțului ei după o lungă boală. Are un fiu și o fiică adolescenți și o altă fiică de vârstă școlară primară.

A fost diagnosticată cu ani în urmă cu o afecțiune anxios-depresivă, care a fost bine controlată până în prezent cu tratament farmacologic și psihoterapie individuală.

După decesul soțului ei, aceasta își contactează asistenta medicală primară. Vizitele frecvente la domiciliu au fost efectuate pe tot parcursul bolii terminale a soțului ei, promovând o relație de încredere și cooperare cu întreaga familie. Acum, din cauza situației sale emoționale și personale, ea este cea care apelează la asistenta medicală pentru sprijin.

Este șomeră, are studii primare și nu are nicio pregătire specializată. Situația ei financiară actuală este precară. Soțul ei a ținut familia împreună, nu doar din punct de vedere financiar, iar moartea acestuia a lăsat întreaga familie vulnerabilă, adăugând stres la o situație deja complicată. Pensia de văduvă nu este suficientă pentru a acoperi toate cheltuielile. Ea nu are altă familie, iar relația cu familia soțului ei nu este foarte bună.

Se realizează un interviu la domiciliu pentru a încerca să se înțeleagă mai bine starea emoțională a femeii și pentru a-i îmbunătăți capacitatea de a face față situației actuale:

- Definiți durerea/ doliul și emoția negativă.
- Identificați etapele de dezvoltare a emoțiilor negative în procesul de doliu.
- Identificați principalele emoții negative care sunt susceptibile să apară în acest caz clinic prezentat.
- Discutați principalele intervenții de asistență medicală pentru gestionarea emoțională adecvată a doliului.
- Discutați despre cum să gestionați emoțiile în mod adecvat pentru a evita apariția unui doliu patologic.

4.4. Cum să evaluați PBL cu elevii

În PBL, procesul de evaluare este integrat în procesul de învățare, iar bucla de feedback trebuie să fie continuă, astfel încât să servească drept stimulent pentru îmbunătățirea și dezvoltarea procesului în sine. Prin urmare, scopul principal al evaluării este de a oferi feedback cu privire la punctele forte și punctele slabe și de a identifica posibilele domenii de îmbunătățire.

Dacă se fac schimbări în modul în care se desfășoară învățarea și predarea, va fi necesar să se schimbe și modul în care este evaluată învățarea. Scopul este de a determina dacă studentul a dobândit cunoștințele necesare prin învățarea autonomă și cooperativă și dacă a dezvoltat și perfecționat, de asemenea, competențele așteptate prin reflecție profundă și prin rolul activ în modelarea procesului de învățare [17]. Principalul beneficiu al implicării studenților în evaluare este că aceștia devin conștienți de procesul lor formativ, pot aprecia contribuția celorlalți și pot lua decizii pe baza propriilor lor judecăți.

Unele forme de evaluare utilizate în procesul PBL sunt descrise pe scurt mai jos [18]:

- *Examen scris.* Acestea pot fi examene cu sau fără surse la dispoziție. Întrebările ar trebui să fie concepute în așa fel încât competențele să fie transferabile la probleme sau subiecte similare.
- *Examen practic.* Acestea sunt folosite pentru a se asigura că studenții sunt capabili să aplice abilitățile pe care le-au învățat în timpul cursului.

- *Crearea de hărți conceptuale.* Studenții își demonstrează cunoștințele și dezvoltarea cognitivă prin crearea de relații logice între concepte și prin reprezentarea lor grafică.
- *Evaluare colegială (co-evaluare).* Studentul/a primește îndrumări cu privire la categoriile de evaluare pentru a-l ajuta în procesul de evaluare colegială. Acest proces subliniază, de asemenea, mediul de lucru cooperativ al PBL.
- *Autoevaluare.* Aceasta îi oferă cursantului posibilitatea de a se gândi cu atenție la ceea ce știe, la ceea ce nu știe și la ceea ce trebuie să învețe pentru a îndeplini anumite sarcini.
- *Evaluarea tutorilor.* Aceasta constă în oferirea de feedback tutorelui cu privire la implicarea sa în grup. Acesta poate fi oferit de către grup sau de către un observator extern.
- *Prezentare orală.* PBL le oferă studenților posibilitatea de a-și exersa abilitățile de comunicare. Prezentările orale sunt o modalitate de observare a acestor abilități.
- *Raport scris/ proiecte de echipă.* Acest lucru le permite studenților să își exerseze abilitățile de comunicare scrisă.

Evaluarea în PBL ar trebui să fie structurată astfel încât cursanții să poată demonstra înțelegerea problemelor și a soluțiilor acestora într-un mod semnificativ din punct de vedere contextual [5,17].

În PBL, două tipuri de evaluare joacă un rol fundamental [17]: formativă și sumativă. Evaluarea formativă urmărește să determine dacă obiectivele stabilite au fost atinse. Ea se realizează la sfârșitul fiecărei sarcini de învățare și are ca scop analiza rezultatelor obținute și identificarea, dacă este cazul, a dificultăților de învățare. Aceasta se realizează pe parcursul întregului proces. Evaluarea sumativă urmărește, prin intermediul unei evaluări finale, să stabilească o notă în funcție de măsura în care au fost atinse obiectivele propuse, ținând cont de judecățile de valoare care au fost formulate de student/ă pe parcursul întregului proces de învățare.

Referințe

1. UNESCO. La Educación Superior en el siglo XXI. Visión y Acción. París: UNESCO; 1998.
2. Delors J. La educación encierra un tesoro: informe de la Unesco de la Comisión Internacional sobre la Educación para el siglo XXI. Madrid: Santillana; 1996.
3. OCDE. La definición y selección de competencias clave. Resumen ejecutivo. París: OCDE; 2005.

4. Calzadilla ME. Aprendizaje colaborativo y tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Iberoamericana de Educación* 2002;29(11):1-10. <https://doi.org/10.35362/rie2912868>
5. Escribano A, del Valle A, (Eds.). *El Aprendizaje Basado en Problemas. Una propuesta metodológica en Educación Superior*. Madrid: Narcea S.A. Ediciones; 2023.
6. Dewey J. *Experience and Education*: New York: Touchstone; 1938.
7. Eggen P, Kauchak D. *Estrategias docentes. Enseñanza de contenidos curriculares y desarrollo de habilidades de pensamiento*. México: Fondo de Cultura Económica; 2015.
8. Spaulding W. The Undergraduate Medical Curriculum (1969 Model): McMaster University. *Can Med Assoc J*. 1969;100 (14):659-64.
9. Barrows HS. Problem-based learning in medicine and beyond: A brief overview. In L Wilkerson, W Gijsselaers, (Eds.). *Bringing problem-based learning to higher education: theory and practice*. San Francisco: Jossey-Bass; 1996. p. 3-12.
10. Barrows HS. *Practice-based learning: Problem-based learning applied to medical education*. Springfield: Southern Illinois University School of Medicine; 1994.
11. Savery JR. Overview of Problem-based Learning: Definitions and Distinctions. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning* 2006;1(1). <https://doi.org/10.7771/1541-5015.1002>
12. Barrows HS. The essentials of problem-based learning. *Journal of Dental Education* 1998;62:630-3. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.1998.62.9.tb03223.x>
13. Wood D. ABC of learning and teaching in medicine. Problem based learning. *BMJ* 2003;326:328-30. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7384.328>
14. Wosinskie J, Belcher AE, Dürrenberger Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.
15. Hmelo-Silver CE, Barrows HS. Goals and strategies of a problem-based learning facilitator. *Interdisciplinary Journal of Problem-Based Learning* 2006;1(1):21–39. <http://dx.doi.org/10.7771/1541-5015.1004>
16. Camp G, van het Kaar A, van der Molen H, Schmidt H. *PBL: step by step a guide for students and tutors*. Rotterdam: Institute of Psychology, Erasmus University Rotterdam; 2014.

17. Ríos D. Sentido, criterios y utilidades de la evaluación del aprendizaje basado en problemas. *Educ Med Super.* 2007;21(3). <http://bit.ly/1hFpD0s>
18. Vicerrectoría Académica, Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey. *El Aprendizaje Basado en Problemas como técnica didáctica.* Monterrey: Dirección de Investigación y Desarrollo Educativo; 2004.

CAPITOLUL 5

Competențe emoționale: Abordări de evaluare a studenților

Autori: Annamaria BAGNASCO, Gianluca CATANIA, Giuseppe ALEO

5.1 Introducere

A evalua înseamnă a face o analiza/ evaluare și a atribui un punctaj (1). În ultimii ani, evaluarea a devenit mai mult o strategie pentru a determina calitatea și valoarea unui proiect, a unui rezultat sau a unui curriculum (2). Într-adevăr, în domeniul învățământului din aria asistenței medicale, există un număr tot mai mare de metode de evaluare, iar profesorii ar trebui să identifice și să utilizeze instrumentul corect în funcție de competențele care urmează a fie evaluate (3). Faza de evaluare îi implică atât pe studenți cât și pe tutore. Este important ca el/ ea să cunoască în mod clar obiectivele educaționale care urmează să fie evaluate (2).

În ceea ce privește programul educațional privind competențele emoționale (CE), evaluarea implică diferite domenii de învățare precum comunicare intelectuală și interpersonală. În plus, având în vedere importanța metodologiei PBL utilizată pentru dobândirea CE, studenții de la asistență medicală își pot dezvolta și gândirea critică (4).

Pentru evaluarea acestor domenii de învățare diferite, pot fi utilizate două abordări principale, și anume examinarea orală prin abordarea triplu "salt" și evaluarea competențelor clinice prin intermediul examenului clinic obiectiv structurat (OSCE). Se recomandă, de asemenea, un instrument de colectare a datelor cantitative, și anume Scala Veiga de competență emoțională (ECVS) pentru a măsura competența emoțională. Capitolul 6 de mai jos prezintă o descriere detaliată a acestui instrument de colectare a datelor.

5.2 Examenul oral - abordarea triplă

Examenul oral prin abordarea "triplu salt" este un examen individual împărțit în trei etape sau "salturi" (2).

- *Primul pas sau salt:* un caz clinic scurt și incomplet este prezentat studenților (5). Studenții de la asistență medicală trebuie să îl citească și să îl analizeze pentru a identifica și a solicita informațiile lipsă. În această primă etapă, tutorele evaluează capacitatea studenților de a analiza situația și strategiile folosite (2). La finalul acestui salt, studenții trebuie să identifice aspectele problematice ale cazului prezentat. În general, această etapă durează aproximativ 30 de minute.
- *Al doilea pas sau salt:* studenții cercetează și studiază în mod independent cum să rezolve problemele identificate în pasul anterior. În acest al doilea salt, elevii cercetează soluții folosind notițele luate în timpul lecțiilor, cărți și căutând în baze de date sau în dosare medicale (2; 5). În general, această etapă durează aproximativ 2 ore.
- *Al treilea pas sau salt:* în ultimul salt, studenții trebuie să prezinte un rezumat final al cazului în care raportează câteva soluții la problemele identificate. În acest salt, studenții trebuie să discute cu tutorele rezumatul problemelor și planul de gestionare a cazului (5). Tutorii trebuie să ofere un feedback studenților și să îi încurajeze să se autoevalueze. Acest salt a necesitat aproximativ 30 de minute (2).

Profesorii responsabili evaluează fiecare etapă în acord cu obiectivele specifice etapei și independent. În primul salt, profesorii trebuie să evalueze dacă studentul/studenta identifică toate problemele de asistență medicală și dacă studenții au nevoie de noi informații. În ultimul salt, în schimb, tutorii trebuie să evalueze dacă studenții identifică și organizează corect intervențiile specifice cazului prezentat (2). Abordarea triplului salt utilizată în programul de competențe emoționale este prezentată în capitolul 4.3.

Toate salturile sunt raportate în tabelul următor (tabelul 4.1):

Tabelul 4.1 Activitățile etapelor metodei triplu salt

Primul salt: Definirea problemelor specifice cazului (aproximativ 30 de minute)	
<i>Activități ale tutorelui</i>	<i>Activități ale elevilor</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Definirea rezultatului și a activităților de evaluat. 2. Prezentarea studiului de caz studenților. 3. Furnizarea informațiilor suplimentare solicitate de către studenți. 4. Completați grila de evaluare 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Citirea studiului de caz. 2. Identificarea informațiilor lipsă. 3. Formularea problemei și generarea de ipoteze. 4. Identificarea temelor de studiu.
Al doilea salt: identificarea modului de rezolvare a problemelor de asistență medicală (aproximativ 2 ore)	
<i>Activități ale tutorelui</i>	<i>Activități ale studenților</i>
Nu există activități.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Căutarea de informații pentru a înțelege problema și a o rezolva. 2. Sintetizarea informațiilor.
A treia etapă: rezumatul final al cazului (aproximativ 30 de minute)	
<i>Activități ale tutorelui</i>	<i>Activități ale studenților</i>
<ol style="list-style-type: none"> 1. Completați grila de evaluare. 2. Evaluarea performanțelor obținute de studenți. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Formularea problemei finale și a planului de management, argumentând rezultatele obținute în urma cercetării. 2. Autoevaluarea nivelului de performanță.

5.3 Competențe emoționale Studiu de caz pe baza metodei triplu salt

Cazul Maria

Sunteți asistentul/a care lucrează în tura de noapte, sunteți chema/tă neîncetat de doamna Maria pentru a efectua acțiuni pe care le-ar putea face de una singură (de exemplu, „puteți să-mi dați ceva de băut”, „puteți să mă acoperiți mai bine”...). Maria este vigilentă, orientată și autosuficientă.

La fiecare apel, mergeți în salon și răspundeți prompt, iar Maria te întâmpină cu un zâmbet sarcastic de batjocură, de parcă ar vrea să te provoace.

La al cincilea apel, vă prezentați îngrijorat/ă la ea, deoarece vă dați seama că ceva nu este în regulă.

Primul salt (30 de minute)

1. Rugați studenții să formuleze ipoteze cu privire la acest caz: *Ce aspecte problematice specifice asistenței medicală identificați în cazul pe care tocmai l-ați citit?*

Ipoteze așteptate despre caz:

- Solicitări continue și insistente ale pacientei din nevoia de comunicare cauzată de îngrijorarea cu privire la prognosticul negativ;
- Comunicarea non-verbală cauzată de teama de moarte;
- Atitudine provocatoare din cauza nevoii de a fi liniștit/ă în legătură cu terapia paliativă/anxietate legată de traseul de îngrijire paliativă.

2. *Date referitoare la caz, pe care să le furnizeze studentului, dacă este necesar.*

Studenții pot solicita date suplimentare necesare pentru a defini mai bine cazul. Marcați datele solicitate de studenți:

- Valori antropometrice: greutate 48 kg, înălțime 165 cm.
- Date personale: vârsta 58 de ani.
- Locuiește împreună cu soțul ei, are două fiice și patru nepoți mici.

- Diagnostic: cancer pulmonar în stadiul 4 cu metastaze osoase.
- Fără metastaze cerebrale.
- Chimioterapie în curs de desfășurare.
- Prognostic slab, terapii paliative recomandate de medicul oncolog.
- Maria este conștientă de prognosticul ei. Oncologul a sfătuit-o pe Maria să întrerupă chimioterapia și să înceapă o terapie paliativă pentru a avea cea mai bună calitate a vieții posibilă în raport cu starea ei.
- Maria este conștientă că terapia paliativă este cea mai bună alegere, dar este confuză și nesigură. Ea nu poate accepta faptul că boala ei a "ajuns atât de departe". Mergea mai departe cu chimioterapia și se simțea mai bine decât la început. În afară de tusea puternică, își reluse grădinaritul împreună cu soțul ei. Doar că se simțea mai obosită în ultima vreme.
- Nu era sigură în privința tratamentului paliativ; știa că chimioterapia o ajuta. Avea speranța că va supraviețui cancerului.
- Îi este frică să nu fie abandonată de medici.
- Ea este budistă.

3. *Evaluarea primului salt.*

Tutorii trebuie să completeze această parte a tabelului următor (4.2). Acest tabel va fi pus împreună cu tabelul 4.3.

Tabelul 4.2 evaluarea primului salt

Activități ale studenților	Scor
A identificat studentul cel puțin două ipoteze așteptate specifice cazului prezentat?	/5 ¹
Informațiile suplimentare solicitate au fost adecvate pentru definirea ipotezelor identificate?	/5 ²

¹1: o ipoteză cu ajutor; 3: ipoteză evidentă; 5: toate ipotezele.

²1: calitatea datelor colectate este limitată; 3: datele colectate inadecvate se referă la cel mult una dintre ipoteze; 5: datele colectate sunt adecvate.

Al doilea salt (2 ore)

În acest salt, profesorii trebuie să se asigure că studenții au:

- A identificat problema;
- Propus intervenții pentru a rezolva aspectele problematice identificate anterior;
- Subiecte identificate pentru studiu independent.

În cazul în care studenții nu au identificat subiectele-cheie, notați acest lucru pe agenda de studiu. În acest caz, tutorii trebuie să îi ajute pe studenți să identifice subiectele.

Al treilea salt (30 de minute)

În ultimul salt, profesorii trebuie să:

- Verifice sursele folosite pentru a aprofunda subiectele identificate anterior și modalitățile de studiu a bazelor de date;
- Evalueze dacă studenții aplică noile cunoștințe pentru a rezolva problemele/ipotezele;
- Evalueze rezumatul intervențiilor propuse de către studenți și a răspunsului structurat la problemele abordate.

1. Evaluarea celui de-al treilea salt.

Profesorii trebuie să completeze această parte a tabelului următor (6.3). Suma scorului obținut din primul tabel și din acest tabel le oferă tutorilor scorul total al examenului de triplu salt.

Tabelul 4.3 prima treime de evaluare

Activități studențești	Scor
A identificat studentul/a cel puțin două probleme de îngrijire specifice cazului prezentat?	/7 ¹
A identificat studentul/a intervenții specifice relevante pentru cazul prezentat?	/10 ²
A identificat studentul/a prioritatea intervențiilor cazului prezentat?	/3 ³

¹1: o problemă care nu reflectă utilizarea cunoștințelor teoretice; 4: probleme care nu sunt în concordanță cu utilizarea cunoștințelor teoretice; 7: probleme care sunt integrate cu cunoștințele teoretice.

²1: intervenții care nu sunt relevante pentru caz; 5: intervenții neclare și fără legătură cu cazul; 10: intervenții foarte clare și relevante pentru caz.

³1: evaluare inadecvată a priorităților; 2: stabilește prioritățile în mod corespunzător; 3: evaluare clară a priorităților cu explicații.

Autoevaluarea studenților

Profesorii trebuie să încurajeze studenții să-și identifice punctele slabe și punctele forte. Rezultatele obținute trebuie să fie împărtășite cu studentul/a pentru a-i oferi acestuia un feedback. Într-adevăr, profesorii trebuie să răspundă la următoarele întrebări:

- A cerut studentul/a clarificări?
- A înțeles studentul/a informațiile furnizate?
- A formulat studentul/a o ipoteză de cercetare?
- A păstrat studentul/a o atitudine activă?

Răspunsurile la aceste întrebări oferă o evaluare generală a elevului.

5.4 Evaluarea aptitudinilor clinice cu ajutorul examenului clinic obiectiv structurat (OSCE)

Examenul clinic obiectiv structurat (OSCE) este utilizat pe scară largă pentru evaluarea performanțelor clinice, în special în ceea ce privește abilitățile de comunicare (6). Prin metodele OSCE, sunt evaluate trei domenii: cognitiv, afectiv și psihomotor (7). Utilizarea unei grile de observație permite evaluarea performanței studenților într-un mod obiectiv (8). Prin intermediul OSCE, competențele de comunicare sunt evaluate pe baza performanțelor studenților în timpul unei situații practice simulate (3). Simularea reprezintă un scenariu clinic realist în care studenții trebuie să rezolve problemele identificate în scenariu folosindu-și competențele (6). În cadrul programului educațional, competențele care trebuie evaluate sunt competențele emoționale și de comunicare. Într-adevăr, tutorii cu examen OSCE ar putea evalua, de asemenea, competențele studenților de rezolvare a problemelor (9). Este important ca examinarea OSCE să se desfășoare într-un cadru dotat cu toate cele necesare pentru a evalua toate competențele raportate și, într-un centru, unde simularea ar putea fi înregistrată audio-vizual (6).

Înainte de a efectua un examen OSCE, este important să se pregătească o simulare reală. Simularea se bazează pe metoda jocului de rol (7). Rolul pacientului/pacientei ar trebui să fie jucat de o asistent/ă voluntară sau de un actor/actriță. Este important ca studenții să se simtă ca într-un caz real, așa că, ar putea fi o idee bună să-l invitați pe "pacientul fals" să poarte pijamale. În același timp, studenții trebuie să poarte uniforma normală folosită în timpul stagiului clinic.

Scenariul trebuie să se concentreze pe competențele pe care studenții trebuie să le obțină la sfârșitul programului educațional. Prin urmare, în acest caz, scenariul creat se concentrează pe competențele emoționale și pe abilitățile de comunicare. În scenariu, este necesar să se insereze o secțiune referitoare la obiectivele de învățare și la comportamentele așteptate de la studenți (6). Secțiunea centrală a scenariului este reprezentată de istoricul pacientului și de problemele de sănătate ale acestuia. Scenariul prezintă o parte cu informații pe care "pacientul fals" le oferă în mod spontan studenților și alte câteva care trebuie solicitate de către studenți. Secțiunea finală a scenariului prezintă sarcina studenților, detaliind obiectivele de îndeplinit, informații cheie despre rolul studenților, contextul de desfășurare și detaliile clinice documentate în dosarul de asistență medicală (9).

Pentru a evalua performanța studenților este necesară o grilă de evaluare validată. Grila de evaluare evaluează comunicarea informațiilor relevante, utilizarea unui limbaj adecvat, ascultarea activă și

claritatea comunicării. Grila de evaluare este compusă din patru elemente: terminologie, ascultare, atenție și claritate. Fiecare construct trebuie evaluat între -2 și +2 scoruri (tabelul 4.4) (8).

Tabelul 4.4 Grila de evaluare OSCE.

	-2	-1	0	+1	+2
Terminologie	Prea detaliat, nepotrivit	Prea detaliat adecvat	Adecvat. Nu foarte precis	Adecvat, dar nu răspunde imediat la întrebări	Răspunde imediat la întrebări
Ascultare	Aude, dar nu ascultă	Ascultă, dar nu reia declarațiile	Ascultă și reia declarațiile, dar nu întotdeauna corect	Ascultă și reia corect declarațiile	Verifică dacă pacientul fals a înțeles
Atenție	Nu este atent/ă la limbajul verbal sau la comportamentul pacientului/pacientei	Atenția la limbajul verbal și la comportament este inconsecventă	Acordă atenție la limbajul verbal	Acordă atenție la limbajul verbal și la comportament	Oferă feedback pacientului fals
Claritate	Comunicarea nu este clară și informațiile nu sunt precise	Comunicarea nu este clară și informațiile nu sunt foarte precise	Comunicarea nu este întotdeauna clară și informațiile nu sunt întotdeauna precise	Informațiile sunt precise, dar comunicarea nu este întotdeauna clară	Informațiile sunt corect înțelese

Nivelul acceptabil de performanță este de +2 puncte și corespunde la notei 6. Punctajul maxim, în schimb, este de +8 puncte și corespunde notei 10. Examinarea OSCE este făcută de doi tutori. Pentru a asigura validitatea și fidelitatea examenului OSCE, este important ca toate elementele să fie bine pregătite și atent elaborate (6).

5.5 Evaluarea competențelor emoționale prin jocul de rol adaptat principiilor OSCE

Tema: Rolul emoțiilor în relația cu pacientul

Prezentare generală

1. **Descrierea situației care urmează să fie reprodusă**

Doamna Maria, în vârstă de 70 de ani și suferind de diabet, a fost internată în secția de Diabet zaharat, nutriție și boli metabolice pentru decompensare diabetică din cauza hipoglicemiei orale. Doamna Maria a venit împreună cu fiul său la camera de urgență în urmă cu două zile, prezentând simptome precum oboseală, poliurie, polidipsie și stare generală de rău. După consult, a fost informată că va trebui să își schimbe terapia: va lua insulinoterapie de 3 ori pe zi, după măsurarea glicemiei. Mergeți la pacienta care tocmai a cerut ajutor. Doamna Maria este foarte îngrijorată de situația ei și dorește să plece acasă cât mai curând posibil.

2. **Țintă: Studenți în anul II.**

3. **Definirea rolurilor participanților:**

Pacientul vârstnic (co-protagonist): un tutore/ laborant

Asistentul/ă (protagonistă): Studentă la asistență medicală

4. **Responsabilitățile actorilor: roluri și activități**

Pacientul/a: îngrijorat/ă și nesigur/ă în legătură cu noua terapie.

Asistentul/ă: Stabilește o relație de încredere cu persoana asistată, încercând să o liniștească cu privire la gestionarea terapiei la domiciliu.

Ținta

1. Obiectivul principal: Asigurarea unei intervenții de îngrijire bazate pe dovezi care să răspundă nevoilor persoanei îngrijite în mediul clinic.
2. Obiective intermediare:

- Să dezvolte o relație de încredere cu persoana asistată:
 - Menținerea unei conversații deschise și respectuoase cu pacientului/ pacientei
 - Acordarea timpului necesar pentru a stabili o relație terapeutică de încredere
 - Arată înțelegere și disponibilitate
 - Evaluarea modului în care contextul și mediul pot afecta dezvoltarea și menținerea relațiilor de încredere
 - Acordarea atenției la aspectele comunicării non-verbale
- Să gestioneze afectivitatea pacientului/ pacientei:
 - Identificarea fricii persoanei asistate care se ascunde în spatele agresivității sale
 - Identificarea preocupărilor pacientei
 - Explicarea importanței administrării corecte a terapiei
 - Schimbul de informații relevante cu pacienta
 - Utilizarea unei limbaj verbal adecvat, acordând atenție tonului vocii, folosind o terminologie adecvată capacității de înțelegere a persoanei
 - Evaluarea feedback-ului cu privire la cunoștințele pacientei
- Să-și gestioneze propria emotivitate:
 - Identificarea emoțiilor negative pentru a le gestiona (furie, iritare, ...)
 - Gestionare propriilor emoții cu o atitudine activă și empatică
 - Menținerea unei ascultări active și educative cu pacienta

Realismul de mediu: Mediul trebuie să reproducă o cameră de spital, cu mobilier clasic de spital (pat, scaun, noptieră, dulap). Actorii trebuie să întruchipeze rolurile cu acuratețe, prin gestionarea corectă a vestimentației (haine, încălțăminte).

Complexitate: Scenariul prezintă o situație obișnuită de îngrijire a unei pacientei. Complicațiile se referă la situația emoțională a pacientei, care ar putea afecta respectarea tratamentului la domiciliu.

Instrucțiuni pentru persoana care deține poziția de pacient

Sunteți Maria, în vârstă de 70 de ani, care suferă de diabet de șapte ani. Ați mers la urgențe fără voia dumneavoastră după ce fiul dumneavoastră, îngrijorat de situația dumneavoastră, a insistat. Cu o săptămână înainte de internare, vă simțeați foarte obosită, atât de obosită încât stăteați adesea la televizor și nu reușeați să terminați de vizionat emisiunile pe care le vizionați în general, trebuia să urinați des, dar credeți că era din cauză că ați băut multă apă. În secție, medicul diabetolog a spus să vă păstrați calmul, că disconfortul dvs. este cauzat de decompensări glicemice, însă cu ajutorul insulinoterapiei, vă veți întoarce curând acasă. Dumneavoastră nu-i cunoașteți și nici ei nu vă cunosc, deci nu prea aveți încredere în ei. V-au schimbat terapia, însă vă e frică de injecții, nu știți de ce ați avut "decompensare glicemică" și simțiți că medicii nu înțeleg situația dumneavoastră.

Informații spontane (pentru a le oferi studenților): Când primiți informația despre schimbarea tratamentului de la hipoglicemie orală la insulină, vă este foarte teamă. Întotdeauna v-a fost frică de injecții și de ace și nu știți cum să le faceți. O sunați pe asistentă pentru a cere lămuriri, dar sunteți foarte agitată.

Informații nespontane: Mi-e teamă de ace; mi-e teamă că nu voi putea respecta tratamentul, deoarece întotdeauna m-am simțit bine cu pastilele. Medicul s-a grăbit să-mi dea vestea și pentru asta sunt foarte supărată, pentru că spitalul ar trebui să fie un loc de îngrijire și nu un loc în care se dau informații pripite.

Experiența psihologică:

- Stare de agitație și îngrijorare cu privire la schimbarea terapiei
- Îngrijorată de agravarea bolii
- Agitată de lipsa de atenție a medicului

Referințe

1. Treccani – Enciclopedie on line, Istituto dell'Enciclopedia Italiana. <https://www.treccani.it/vocabolario/valutazione/> last access: 22 September 2023
2. Sasso L., Lotti A., Gamberoni L. Il tutor per le professioni sanitarie. Carocci Faber, Roma, 2003.

3. Solà-Pola, M., Morin-Fraile, V., Fabrellas-Adrés, N., Raurell-Torreda, M., Guanter-Peris, L., Guix-Comellas, E., & Pulpón-Segura, A. M. (2020). The usefulness and acceptance of the OSCE in nursing schools. *Nurse education in practice*, 43, 102736. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102736>
4. Wosinskic J, Belcherb AE, Dürrenbergera Y, Allina AC, Stormacqa C, Gerson L. Facilitating problem-based learning among undergraduate nursing students: A qualitative systematic review. *Nurse Educ Today*. 2018;60:67–4. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2017.08.015>.
5. Nastos, S., & Rangachari, P. K. (2013). The TRIPSE: a process-oriented exam for large undergraduate classes. *Biochemistry and molecular biology education : a bimonthly publication of the International Union of Biochemistry and Molecular Biology*, 41(3), 145–155. <https://doi.org/10.1002/bmb.20696>
6. Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., Torre, G., Timmins, F., Aleo, G., & Sasso, L. (2016). How to maintain equity and objectivity in assessing the communication skills in a large group of student nurses during a long examination session, using the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). *Nurse education today*, 38, 54–60. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.034>
7. Rushforth H. E. (2007). Objective structured clinical examination (OSCE): review of literature and implications for nursing education. *Nurse education today*, 27(5), 481–490. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2006.08.009>
8. J.-J. Guilbert (1990). *Guide Pédagogique Pour les Personnels de Santé*. World Health Organization, Geneva, Switzerland.
9. McWilliam, P., & Botwinski, C. (2010). Developing a successful nursing Objective Structured Clinical Examination. *The Journal of nursing education*, 49(1), 36–41. <https://doi.org/10.3928/01484834-20090915-01>

CAPITOLUL 6

Scala VEIGA de competență emoțională (ECVS)

Autori: Maria Augusta BRANCO, Lisa GOMES, João CAINÉ, Paulo NOVAIS, Rui PEREIRA, Filomena SOARES,

6.1. Introducere

Competența emoțională... o concepție în desfășurare

În angajamentul meu față de Viață, mă simt aproape de nevoia de reflecție... cu privirea ațintită asupra mea, în comuniune cu Dumnezeuul lui Spinoza...

Perspective pentru o introducere

În general, spațiile de lucru, fie în domenii științifice, tehnologice și matematice, cum ar fi ingineria, neuroștiința sau aeronautica, fie în domenii umaniste, cum ar fi asistența socială, dreptul, educația sau asistența medicală, necesită din ce în ce mai mult ca indivizii să posede competențe transversale care să le exprime competența emoțională. Comportamentele necesare pentru a fi asertiv au devenit mai complexe, interrelaționate și necesită o combinație de multitasking și profesionalism, necesitând în același timp o notă de farmec și de captivare, fie în viața personală, fie în cea profesională.

Nevoia de a gestiona comportamente care exprimă stări corporale emoționale este legitimată, esențială și în mod subiacent. Acest teritoriu se referă la dimensiunile competenței emoționale, și anume conștiința de sine și managementul emoțional. Angajatorii solicită un CV de empatie, automotivare, dinamism și concentrare asupra sarcinii. Acest concept actual de profesionalism se exprimă în toate domeniile de activitate în general și în sănătate în special.

Secolul XXI a asumat organizațiile, în general, și organizațiile din domeniul sănătății, în special, ca spații de co-creație, antrenate în fluxuri de interacțiuni transdisciplinare, concepute într-o paradigmă care urmărește calitatea și îmbunătățirea. Paradigmele actuale ale excelenței caută să găsească standarde executorii și evaluative, cum ar fi grafice de comportament și trasee de lucru, în sensul și semnificația

atingerii acestei excelențe, motiv pentru care actorii lor trebuie să aibă un sentiment de bunăstare subiectivă și să-și promoveze sănătatea prin Educație Emoțională.

În domeniul social și al asistenței medicale, în special în contexte care implică pandemii, războaie sau confruntări sociale, fragilitatea ființelor umane necesită abordări de îngrijire mai cuprinzătoare și mai diverse. În aceste situații, conceptul de umanitate devine esențial, deoarece ajută la recunoașterea aspectelor insuportabile ale suferinței, expresii ale angoasei, excluderii și revoltei. În astfel de contexte, îngrijitorii trebuie să posede dexteritate emoțională pentru a naviga eficient în aceste situații bruște, obositoare și copleșitoare.

Așadar, în contextele de la locul de muncă, îngrijitorii lucrează într-un cadru de poziții intelectuale și de muncă de și pentru excelență. În acest context larg, merită plasată ideea centrală că, în binomul organizații și calitate - în ceea ce privește furnizarea umană - componenta de formare pentru promovarea sănătății ar trebui să stea la baza perspectivei holistice, la care Educația emoțională și, conform lui Pérez, et al. (2020) (1), nu se omite. Astfel, organizațiile de calitate și Educația emoțională pot fi simbiotice. Adică, se presupune că acest binom va fi extins și promovat dacă această triangulație este prezentă.

Din această perspectivă, instituțiile, în general, și instituțiile de sănătate, în special, iar în cadrul acestora, managerii organizaționali ai unităților organice și serviciilor de sănătate respective, care au salvat calitatea îngrijirii ca element prioritar al acestei paradigme co-creatoare de excelență, în traseul vizibilităților, succesului și recunoașterii acestor instituții, sunt chemate acum să obiectiveze această triangulație, în care se inserează nu doar, ci și, conform studiului realizat de Almeida et al. (2021) (2), conceptul de Competență emoțională.

Din punct de vedere al operaționalizării, mai mult decât o construcție teoretică și statică de pornire, se pornește de la planificarea unei axe strategice transversale, de la entitatea guvernamentală până la operatorii din instituțiile de sănătate, capabile să identifice unitățile de comportament de îngrijire, să construiască planuri de monitorizare și atribuire evaluativă, pentru a îmbunătăți calitatea serviciilor furnizate.

În acest proces, toate resursele sunt relevante și adecvate, în special resursele umane într-un mod absolut esențial, deoarece acestea sunt elementele de bază ale echipelor de sănătate, care includ și asistentele

medicale. Iar în ele, caracteristicile lor de productivitate, cunoștințele și capacitatea de a se conforma, creativitatea și, mai presus de toate, interacțiunea intra și interpersonală.

Acest context este schimbul de energii, interacțiuni, prestări de servicii, care servesc și exprimă actele de îngrijire, la nivel bio, psiho, social, cultural și spiritual.

Esența temei este asistența medicală în acțiune. În cadrul acestei acțiuni se află capacitatea implicită de a avea grijă de sine, de a se îngriji de lumea internă și de a hrăni mediul interior, toate acestea în căutarea unei îngrijiri holistice a lumii externe. Această îngrijire de sine este poate indicatorul inițial al calității - a avea grijă de sine.

Și în acest context, este important să învățăm/dezvoltăm Competența emoțională, în cele trei dimensiuni ale sale, la nivel intrapersonal: Conștientizarea de sine, Auto-motivarea, Managementul emoțiilor; și la nivel interpersonal: Empatie și Managementul emoțiilor în grup, deoarece s-a dovedit că "echivalențele existente atunci când se raportează competențele generale ale activității asistenților medicali cu competențele și abilitățile emoționale care au reieșit din răspunsurile acestor profesioniști...", așa cum se poate observa în studiul lui Carício et al. (2021), (3).

Expresia corporală și/sau cognitivă, în conștiință, a sentimentului de competență emoțională, traduce, de fapt, o armonie interioară și, deci, un nivel de disponibilitate față de exterior, față de celălalt, care se poate dovedi un indicator sensibil al calității îngrijirii și, deci, al calității în sănătate, care, așa cum susține Donabedian (2003) (4), se consolidează în relația interpersonală, între client și profesionistul de sănătate, prin încorporarea principiilor de respect pentru valorile, credințele și dorințele clientului și în care clientul este în centrul atenției.

De fapt, încă de la începutul secolului, Donabedian (2003) (4), în abordările inițiale ale formulării conceptului de calitate în sănătate, îl plasa ca o structură susținută de două sub-structuri: (1) produsul interacțiunii dintre știința și tehnologia factorilor de îngrijire și (2) condițiile înconjurătoare.

Iar în această structură, el a luat în considerare: a) dimensiunea tehnico-științifică; b) dimensiunea interpersonală, relația interpersonală, profesionistul din domeniul sănătății și clientul; c) și dimensiunea de mediu. Autorul a susținut că calitatea în sănătate ar rezulta din modul în care aceste variabile sunt legate între ele, fiind considerate, așadar, de către autor ca fiind elementele centrale ale definiției

conceptuale a calității în sănătate. Iar, în această calitate, interacțiunea emoțională și percepția asupra acesteia reprezintă un aspect asupra căruia este foarte pertinent să reflectăm.

În aceste contexte, domeniul relațional și emoțional, este logic să ne gândim la competențele transversale în general și la competența emoțională în special. De fapt, atunci când spunem Competență emoțională, descriem capacitatea unei persoane sau a unei echipe de a-și exprima - sau are capacitatea de a-și exprima - propriile emoții cu deplină libertate, în ce parte sau părți ale corpului, în ce intensitate, echilibru sau în timpul timpului. Conceptul, este derivat din conceptul de inteligență emoțională, care pare a fi și capacitatea de a identifica emoțiile și care este prezentă în toată viața umană și animală.

Mai exact, atunci când vorbim despre Competență, dorim să vorbim despre nivelul de îndemânare cu care o persoană interacționează în mod constructiv cu ea însăși sau cu alte persoane.

Astfel, și pentru că acest concept se referă la înțelegerea și/sau recunoașterea nivelului la care cineva poate atinge eficacitatea și/sau eficiența într-o anumită dimensiune, - cum ar fi Empatia sau Reglarea emoțională - se va prezenta modul în care a fost dezvoltată transformarea conceptului în construct și operaționalizarea respectivă a fiecăreia dintre cele cinci dimensiuni, precum și și, în mod necesar, operaționalizarea finală a EC globale.

6.2 Competența emoțională

Înainte de concept, o prezentare generală a emoțiilor

Emoțiile ființelor umane se activează în creier ca răspuns la diferiți stimuli, care pot fi generați atât intern, cât și extern, declanșând o stare complexă a organismului, caracterizată prin tulburare sau excitare, care anticipează un răspuns organizat.

După cum putem vedea, în studiul realizat de Stanojlović, et al. (2021), de fapt, cercetarea arată că cele patru componente care se influențează reciproc reprezintă conceptul de emoții și completează experiența emoțională globală, iar acestea sunt: autonomă (semnalele sistemului nervos autonom, creșterea ritmului cardiac, a tensiunii arteriale); somatică (limbajul corpului, expresiile faciale); cognitivă (control, management) și sentimentul subiectiv (emoția, experiența individuală). Interacțiunea dintre emoții și cogniție a făcut obiectul unor cercetări. În acest studiu, autorii, prezintă conceptul actual că *"Emoțiile pot fi evocate în mod reflex de stimuli fizici simpli (bottom-up), dar pot fi, de asemenea, reacții*

complexe care implică reacții cognitive, fiziologice și comportamentale (top-down). Amigdala, structura de "alertă" sau "alarmă neuronală", este responsabilă de condiționarea fricii, în timp ce cortexul prefrontal medial participă la autoreglarea emoțiilor și la luarea deciziilor" (Stanojlovic, et al., 2021, p.361) (5).

Această propunere actuală coroborează, în termeni de cunoaștere și conceptualizare, ceea ce a fost descris anterior în cercetarea lui Damásio (2000), căruia îi place întotdeauna să concluzioneze cu ideea că *"conștiința și emoția nu sunt separabile"* (6), dar el pornește întotdeauna de la ipoteza că emoția este presupusă a fi un program construit filogenetic, iar *"...impactul său biologic este considerat foarte diferit în ceea ce privește trei fenomene care, în ciuda faptului că sunt distincte, sunt strâns legate: a avea o emoție, a simți acea emoție și a deveni conștienți că simțim acea emoție..."* (6) și modul în care aceste niveluri diferite pot fi prezente în persoană.

Într-adevăr, putem avea o emoție și să nu o simțim și, prin urmare, să nu fim conștienți de faptul că simțim acea emoție. Acest fapt poate schimba nivelul de conștiință de sine al unei persoane, care nu poate fi, din acest motiv, responsabilă, cu atât mai puțin "vinovată". Aceasta este o proprietate care se dezvoltă odată cu și în timpul formării în Educație Emoțională și care, prin capacitatea sa dovedită, îi apropie pe oameni de Competența Emoțională. Astfel de competențe sunt deosebit de importante în cazul asistențelor medicali.

Este important să clarificăm, deoarece problema furnizării de îngrijiri și servicii este abordată aici într-un context de exprimare mai mare sau mai mică a suferinței, a durerii și/sau a angoasei, că oricare dintre aceste fenomene poate sau nu să declanșeze emoții la asistentele medicale.

După cum explică autorul: *"... emoția umană (6) este declanșată chiar și de muzică și de filme ieftine, a căror putere nu trebuie să o subestimăm niciodată. Impactul uman al tuturor acestor cauze de emoții, (...) depinde de sentimentele generate de aceste emoții. Prin intermediul acestora, care sunt private și îndreptate spre interior, emoțiile, care sunt publice și îndreptate spre exterior, își încep impactul asupra minții; dar impactul deplin și durabil al sentimentelor necesită conștientizare, deoarece numai în conjuncție cu apariția sentimentului de sine, sentimentele devin cunoscute de individul care le are"* (6).

Iar Damásio continuă (6) *"... separ trei stadii de procesare care fac parte dintr-un continuum: o stare de emoție, care poate fi declanșată și executată inconștient; o stare de sentiment, care poate fi reprezentată*

inconștient, și o stare de sentiment făcută conștientă, adică cunoscută de organismul care are emoție și sentiment".

Este important să clarificăm fenomenul de "*... contrast între condiția emoției, care este indusă fără ca noi să știm și se întoarce spre exterior, și condiția sentimentului uman, care este în esență cunoscut și se întoarce spre interior...*". (6), ne poate lăsa complet confuzi și nepregătiți să facem față acestui fenomen din noi, că alții știu despre mine prin expresia mea, decât eu prin sentimentul pe care îl simt față de acea expresie emoțională la care ceilalți au aderat deja.

Acest aspect este esențial pentru a înțelege valoarea învățării conștiinței de sine - prima dimensiune a Competenței emoționale - din conștiința de sine corporală... pentru că, așa cum explică Damásio, "*... ca și emoția, conștiința se bazează pe reprezentarea corpului...*" (6), presupunând astfel că trupul își asumă statutul de entitate, capabilă să-și elaboreze propriul discurs și propria gramatică expresivă emoțională, și că, cumva, ceea ce spune/exprimă corpul nu spune nimic mai mult.

6.3 Dimensiunile competenței emoționale - termeni operaționali

Conștiința de sine

Ea este prima dimensiune și apare dintr-o conștiință de sine corporală, produsă de un dialog fluid între corp și sistemele somatosenzoriale, în care hărțile mentale sunt construite și reconstruite într-o iminență totală și progresivă. De fapt, esența conștiinței noastre este corpul cartografiat în creier, în totalitatea structurilor corporale în funcțiune sau nu, într-o precizie totală și absolută. Acest proces, bazat pe expresia lui Damásio (6) "*...prin cartografierea corpului într-un mod integrat, creierul reușește să creeze componenta crucială a ceea ce va deveni sinele*"(6), deci un sine actual și dinamic, actualizat prin rețele de semnale chimice și neuronale, în care brațele și picioarele, viscerele și rețelele vasculare sunt complet și în detaliu cartografiate - poziții, mișcări, tensiune arterială, pH-ul sângelui, tensiunea arterială, viscerele goale de irigare, hemodinamica, punctele de stază, secrețiile endocrine și exocrine, pe scurt... - în modificările lor respective în fiecare moment.

Totul și despre totul, corpul și creierul schimbă dialoguri, iar "*... creierul este capabil să facă mai mult decât să cartografieze stări care se produc (...), poate transforma stări ale corpului, poate simula stări ale corpului care nu s-au produs încă...*" (6). Pe scurt, corpul îi spune creierului: "*iată cum sunt constituit și*

aceasta este starea în care mă aflu acum" (6), iar creierul, care primește chiar și orientări calitative despre "stările corpului", ghidează corpul în funcțiile care trebuie menținute în sensul homeostaziei, iar ori de câte ori este solicitat "... creierul îi spune corpului cum să creeze o stare emoțională" (6). Astfel, din punct de vedere al operaționalizării, conceptul de conștiință de sine se referă la examinarea și recunoașterea, în conștiință, a oricăror modificări ale acestor stări corporale, declanșate de un declanșator emoțional, sau luând această activare (arousal) din cauza unui stimulent emoțional competent (ECS) pentru subiect.

Managementul emoțional

Această dimensiune, în cadrul conceptului de competență emoțională, a făcut obiectul unor studii progresive și, prin urmare, a unor schimbări progresive în definirea și conceptualizarea sa. De la începutul acestui secol, cu Damásio (2000) (6), și unele perspective noi pentru înțelegerea modului în care organismul integrează și gestionează stările corporale emoționale (2010) (11), până la rezultatele recente ale cercetărilor, și anume cele prezentate de Myruski et al. (2022) (7), care explică fără echivoc faptul că trăsătura cheie a Reglementării adaptative a emoțiilor este capacitatea de a gestiona comportamentul în timpul unei serii de provocări emoționale. Altă literatură (Gross, 2015) (8) și alte cercetări, prezintă, de asemenea, de exemplu, gestionarea frustrării și întârzierea gratificării, ca fiind provocări de reglementare comune în copilărie - dar le putem avea și la vârsta adultă - , și, oamenii în general și copiii în special, noi toți de-a lungul vieții, putem varia în utilizarea lor și a noastră a comportamentelor de Reglementare a emoțiilor adaptative sau dezadaptative în timpul acestor provocări. Deci, autorii recenți atunci când presupun Reglarea Emoțiilor, presupun reglementările comportamentale în experiența de excitație a unei emoții.

Pornind de la această ipoteză și de la publicațiile actuale, această dimensiune pornește de la recunoașterea faptului că actul de "management" nu se referă la emoție, ca o *excitație*, ca *activare* autonomă, ci mai degrabă și numai la comportamentul care rezultă din această activare. Este important de precizat că emoțiile de bază, jamesiene, ale unui eveniment brusc și/sau inconștient, nu sunt considerate, a priori, un obiect care poate fi gestionat. Chiar și în excitația sa târzie, după recunoașterea și cartografierea acestei stări corporale, la nivel somatosenzorial, nu este considerată exact gestionabilă la nivel comportamental în mod spontan.

Atunci când vorbim despre Managementul emoțional, ceea ce se presupune aici este gestionarea - examinarea și recunoașterea semnelor și modificărilor corporale și interacțiunea consecventă a subiectului, în mod conștient, cu privire la acest proces -, a componentei comportamentale a emoțiilor secundare și/sau sociale (7), și/sau a oricărui tip de sentimente emoționale exprimate cu privire la stările corporale emoționale care apar dintr-un ECS.

Interacțiunea subiectului cu privire la propria sa observare a apariției emoționale (sau a sentimentului emoțional), în sensul obiectivelor sale, fără suprimare, nici pierdere de homeostazie, nici a mediului său interior, nici a contextului extern, este considerată aici, managementul emoțiilor. Este important de precizat că așa-numita reglare a emoțiilor (autoreglare) și flexibilitatea cognitivă (Decety & Jackson, 2004)(9), apar din conștiința de sine și conștiința celuilalt care se dezvoltă simultan în anii preșcolari și joacă un rol important în această dimensiune. Este pertinent să prezentăm percepția lui Langeslag și Surti (2017) (10), care apără faptul că ne putem controla emoțiile într-o anumită măsură. Dar, ei susțin, de asemenea, că reglarea emoțiilor este utilizarea strategiilor comportamentale sau cognitive pentru a genera noi emoții sau pentru a crește sau a diminua intensitatea emoțiilor actuale (10).

În publicațiile științifice putem găsi unele abordări ale strategiilor de reglare multiplă, incluzând, de exemplu, distragerea atenției sau reevaluarea cognitivă. Distragerea presupune să ne gândim la ceva fără legătură, iar reevaluarea presupune schimbarea semnificației unei situații prin reinterpretarea acesteia (10). Reinterpretarea situației se poate face, de exemplu, prin schimbarea relevanței personale, ceea ce a fost numit reevaluare autofocalizată, sau prin imaginarea unor rezultate mai bune sau mai rele, ceea ce a fost numit reevaluare centrată pe situație (9).

Langeslag și Surti (10) ne sfătuiesc să reflectăm asupra faptului că s-a propus că eficiența reaprecierii pentru a regla emoțiile în sus și în jos poate varia în funcție de intensitatea emoției, dar acest lucru nu a fost încă testat sistematic, sugerând că cercetarea trebuie să continue și rezultatele trebuie reflectate, iar Ochsner & Gross, (2008) (11) care prezintă conceptul și abilitatea de reglare cognitivă a emoțiilor, ca un fel de perspectivă din neuroștiința socială cognitivă și afectivă, pe care o putem învăța și înțelege.

Auto-motivare

În acest context operațional, conceptul de motivație este integrat în sensul de "inconștientă genomică" (12), iar în cuvintele lui Damásio "...o serie de comportamente care pot părea a fi decise de o cunoaștere

conștientă, dar care sunt determinate de dispoziții inconștiente". (12) și, pentru a situa acest construct la nivelul structurilor cerebrale, explică faptul că acestea vor fi "baze inconștiente ale comportamentului, în cadrul instinctelor, comportamentelor automate, impulsurilor și motivațiilor" (12). Din punct de vedere al definiției, s-ar presupune că noțiunea de automotivare se referă la recunoașterea elementelor de bază ale energiei care declanșează sau "mișcă" o anumită atitudine sau urmărirea unui anumit comportament: dacă este autotelică, sau exotelică, și cum sunt recunoscute aceste două puncte limită în persoană. Dar nu numai atât, ne propunem, de asemenea, să evaluăm care sunt limitele și diferențele pe care le percepe persoana, între (1) asumarea unei atitudini frontale și permanente, (2) repetarea obstinată, (3) schimbarea traseului fără sentimentul de pierdere sau de prejudiciu, (4) tergiversarea sau laxismul.

Empatie

Se pornește de la conceptul și funcția "neuronilor oglindă" (6), (12) pentru a accesa abilitatea de a produce fenomene "ca și cum" în corp, pentru a înțelege și a apăra componenta cognitivă a empatiei, care se caracterizează prin capacitatea de a deduce cu acuratețe sentimentele și gândurile unei alte persoane, fără a trăi neapărat aceleași sentimente ca și acea persoană. Acest aspect este aici de cea mai mare importanță. O astfel de perspectivă implică neutralitatea și imparțialitatea celui care empatizează și a fost numită luarea de perspectivă (Davis, 1983 (13); Ickes, 1997(14), fenomen care fusese deja identificat, dacă există o interrelație dinamică (Decety și Jackson, 2004 (15) între "eu" (conștiința de sine) și "celălalt" (conștiința celuilalt). Capacitatea de a reprezenta și de a raporta propriile stări mentale este cea care va permite cunoașterea inferențială a stării mentale a celorlalți.

Se presupune că empatia la ființa umană este o atitudine înnăscută cu patru dimensiuni, iar în publicația recentă (Hoffman, 2000) (16), a coroborat faptul că componenta cognitivă, ne permite să înțelegem ceea ce Damásio (2010) (12) a prezentat "*...acțiunile celorlalți, punându-ne pe noi înșine într-o stare corporală comparabilă, (...) atunci când vedem acțiunea unei alte persoane, creierul nostru somatosenzorial adoptă starea corporală pe care noi am adopta-o dacă am fi în mișcare...*" (12), clarificând cu o oarecare specificitate că este "*...legătura pe care o stabilim între stările noastre corporale și semnificația pe care acestea au căpătat-o pentru noi, care poate fi transferată la stările corporale simulate ale altora (...) putem atribui un sens comparabil simulării*". (12).

Dimensiunea afectivă se referă la înțelegerea cognitivă a sentimentelor și emoțiilor celorlalți, iar mai târziu permite empatizarea cu empatie, în profunzimea propriei ființe, a emoțiilor asociate cu ceva, prin care este posibilă internalizarea și trăirea personală a suferinței suferite de alții. Dimensiunea motivațională este fenomenul de generare a motivației empaticе altruiste și interpersonale - sentimente de compasiune pentru ceilalți - pe care le observăm sau le recunoaștem. Dimensiunea prosocială se referă la modul în care această compasiune ne încurajează să fim proactivi, întreprinzând acțiuni prosociale sau etice în apărarea sau pentru ceva sau cineva.

În cercetări recente, Decety & Jackson (2004) (15) au prezentat studii care au arătat că *doar o parte din rețeaua care mediază experiențele dureroase (inclusiv cortexul cingular anterior și insula) este împărtășită atunci când se empatizează sau se evaluează durerea altora. Cel mai important, autorii au susținut că empatia - așa cum cunoaștem conceptul - necesită, de asemenea, reglarea emoțiilor, pentru care cortexul prefrontal ventral, cu conexiunile sale puternice cu sistemul limbic, zonele prefrontale dorsolaterale și mediale, joacă un rol important. Încă o dată, nu presupunem că există un sistem (sau un modul) unitar de empatie în creier. Mai degrabă, considerăm că mai multe sisteme disociabile sunt implicate în experiența empatiei. În cele din urmă, după cum s-a sugerat mai devreme, empatia este un proces motivat care, mai des decât se crede, este declanșat în mod voluntar. Acest lucru face ca empatia să fie o capacitate umană flexibilă, precum și o metodă de obținere a cunoștințelor de înțelegere a celuilalt, și este susceptibilă de intervenție social-cognitivă, cum ar fi prin programe de formare sau de îmbunătățire pentru a viza diverse obiective"*(15). După cum putem vedea, conceptul este mai complex și se află în profunzime în interiorul interacțiunii dintre structurile corpului și ale creierului.

Managementul emoțional în grupuri

Este dimensiunea C.E. care unifică empatia și managementul emoțional și care se referă la deja menționata luare de perspectivă "empatică", adică la fenomenul deja identificat de Decety și Jackson, (2004) (15), dacă există, și când există o interrelație dinamică între "eu" (conștiința de sine) și "celălalt" (conștiința celuilalt). Această dimensiune examinează efectele empatiei, ale contagiunii emoționale și ale gestionării emoțiilor.

Ea apare din empatia plurală, în care se percepe absorbția expresiilor emoționale ale celorlalți, iar impactul respectiv asupra noastră declanșează emoții și sentimente afective cărora reușim să le dăm un

răspuns și o expresie comportamentală, în cadrul unei organizări intelectuale, care ne ține sub control și pe care, la rândul nostru, o putem transmite celorlalți. Studii anterioare despre modelul de proces al reglării emoțiilor Ickes (1997) (14), a demonstrat anterior că reglarea emoțiilor centrată pe antecedent duce la rezultate mai bune în comparație cu reglarea emoțiilor centrată pe răspuns atunci când oamenii încearcă să-și regleze propriile sentimente.

Reeck și Onuklu (17), în studiul lor despre Reglarea emoțiilor interpersonale (IER), consecințele pentru mărci în interacțiunile cu serviciul clienți, pornesc de la studii care demonstrează, de asemenea, beneficii similare ale reglării emoțiilor centrate pe antecedent atunci când este aplicată interpersonal.

Acești autori nu se concentrează doar pe consecințele strategiilor pe care oamenii le folosesc pentru a-și gestiona propriile emoții, ci examinează în schimb consecințele strategiilor pe care oamenii le folosesc pentru a gestiona emoțiile celorlalți. Astfel, cercetarea actuală se bazează pe demonstrațiile anterioare că IER poate îmbunătăți relațiile dintre oameni, arătând că aceste beneficii nu pot apărea doar între acești interacționari sociali și personali, ca în cazul unor resurse sau contexte. Reeck și Onuklu (17) au coroborat rezultatele anterioare (16), demonstrând că gestionarea cu succes a emoțiilor negative ale celorlalți poate duce la îmbunătățirea încrederii și la cele mai bune interacțiuni. Mai mult decât acestea, și preluând demonstrațiile anterioare (Niven et al., 2012 (18), Bloch et al., 2014 (19)) că IER între oameni are ca rezultat creșterea încrederii și a satisfacției relaționale.

Operaționalizarea competenței emoționale

Competența emoțională a continuat să fie prezentată, în literatura de specialitate, într-un mod similar conceptului de inteligență emoțională, dar fiecare dintre ele are o perspectivă diferită asupra capacităților legate de emoție, metodologii diferite de dezvoltare și aplicare și instrumente diferite de colectare a datelor și de analiză a rezultatelor.

Literatura de specialitate relevă faptul că, uneori, acestea sunt aplicate în mod neglijent ca sinonime (19), provocând confuzii teoretice și metodologice, (19). Recent, Pérez-González et al. (1), într-o analiză a lucrărilor anterioare, raportează definiția lui Robertson et al. (2014) (20) a competenței emoționale ca fiind "...capacitatea de a trata eficient informațiile emoționale, adică propriile sentimente și dorințe", și susțin, citând Davis & Qualter, (2020) (21), că competența emoțională:

"...a fost folosit ca termen de agregare și ca un construct multifacetat care cuprinde abilități legate de emoții (de exemplu, conștientizarea emoțiilor, percepția emoțiilor, reglarea emoțiilor), abilități și calități dispoziționale (de exemplu, autoeficacitatea emoțională), care permit individului să funcționeze eficient în situații cu încărcătură emoțională." Pérez-González, (1)

Într-un foarte scurt rezumat, Competența emoțională (C.E.), ca și concept autonom, pare să fi apărut odată cu modelele mixte ale inteligenței emoționale (I.E.), cum ar fi cele ale lui Goleman și Bar-On, dar de fapt nu s-a întâmplat așa. Doi autori din țări diferite - Saarni (22, 23) în SUA și Bisquerra (24, 25) în Spania - au dezvoltat constructul de Competențe emoționale (la plural), mai axat pe contextele de educație și formare a tinerilor, pentru a face ca formarea educației emoționale în învățământul superior să fie mai ușor de înțeles și mai adaptabilă, așa cum au susținut unii autori (Fragoso-Luzuriaga, 2015) (26) pentru a dezvolta competența emoțională a studenților, în aceste contexte.

Ulterior, în Portugalia, apar studiile lui Veiga-Branco (2004) (27) și (2005) (28) asupra cadrelor didactice, care prezintă conceptul de E.C. bazat pe modelul mixt al E.I. (Goleman, 1995) (29).

Veiga-Branco (27, 28, 30, 31) studiază Competența emoțională în contextul profesorilor și al nevoilor procesului de predare-învățare și începe lucrarea, pe baza conceptului modificat de E.I. (32), modificare care a operat la perceperea valorii adăugate a E.C., reflectând ceea ce autorul explorează în *Notas* (32): "... expresia "competență emoțională" include atât competențele sociale, cât și pe cele emoționale, precizând că "**o competență emoțională este o abilitate învățată, (...) care are ca rezultat o performanță extraordinară la locul de muncă**" (32), unde a subliniat că: "...:

"E.I. nostru determină potențialul nostru de a învăța abilități practice care se bazează pe cinci elemente: Conștiința de sine, motivația, stăpânirea de sine, empatia și talentul în relații. E.C. al nostru arată măsura în care traducem acest potențial în competențe profesionale".

Astfel, mai târziu (28) distinge acest concept de E.I., susținând că "C.E. există atunci când cineva atinge un nivel dorit de realizare", și că acest concept se referă la post-facto. El nu poate fi apreciat decât simultan sau după manifestarea unor comportamente și/sau atitudini, prin observare sau prin intermediul amintirilor exprimate, de către subiecții executanți sau de către observatori.

Pornind de la aceste elemente ca și cadru teoretic și având ca obiect de studiu explorarea, identificarea sau recunoașterea unui profil de E.C., se creează un Instrument de analiză: Scala Veiga Branco de E.I. (EVBCIE) (27, 28, 30, 31).

Acest instrument a fost reformulat ulterior, devenind un instrument cu 86 de itemi - Scala Veiga de Competență Emoțională, (EVCE), utilizat în studii progresive, pe eșantioane succesive, din 2010, până acum doi ani, de exemplu, "Profilul de competență emoțională la studenții din învățământul superior" (Veiga-Branco, 2011, (33), studiul "Competența emoțională la profesioniștii din domeniul sănătății: cercetare corelațională și comparativă" (Veiga-Branco et al, 2012) (34), și studiul despre "Competența emoțională (CE) la fizioterapeuții din rețeaua națională de îngrijire continuă integrată" (Afonso, et al., 2013) (35), și chiar în afara domeniului științific al sănătății, studiul dezvoltat în Competența emoțională la decidenții politici portughezi în Veiga-Branco & Costa (2015) (36) (36).

Acest instrument de colectare a datelor, cu 86 de itemi, a fost progresiv dezvoltat în vederea reducerii sale, ceea ce a dus la studiul formei reduse, Emotional Competence Veiga Scale (ECVsr33), în versiunea originală portugheză: *Escala Veiga de Competência Emocional (EVCEr33)*.

Această versiune redusă actuală a Scalei, a fost deja utilizată în unele studii, cu aplicarea și studiul statistic respectiv în mai multe eșantioane, și anume în domeniile Sănătate, Educație și Finanțe, ca și contextul de asistență medicală în Almeida et al. (2021) (37) și chiar în Moreira, et al. (2021) (38), și în decidenții politici locali în studiul lui Nogueira et al. (2021) (39) având studiile statistice respective, au considerat EVCEr33, un instrument de măsurare cu capacitatea de a studia profilul CE, în diferite domenii.

Printre altele, profilurile profesioniștilor din domeniul sănătății (34, 37, 38) și, recent, rezultatele lui Rodrigues, (2017) (40) și ale lui Ferreira (2018) (41), avem rezultate mai recente, în studii recente care coroborează unele valori ale dimensiunilor CE, cum ar fi studiul lui Giehl et al. (2020) (42) și ultimul de Silva et al. (2023) (43) în contexte de management și finanțe. Din punct de vedere al rezultatelor, studiile corelaționale succesive, cu analiza componentelor principale, au evidențiat profilul CE prin cele cinci dimensiuni, - conștiința de sine, gestionarea emoțiilor, automotivarea, empatia și gestionarea emoțiilor în grup -, care pot fi corelate diferit între ele și cu CE, în funcție de contextele eșantioanelor.

6.4. Măsurarea competenței emoționale

Pentru a studia un fenomen, în primul rând nemăsurabil, metodologia de cercetare este clară: este necesar să se transforme conceptul într-un fenomen măsurabil, apoi fenomenul într-o variabilă și, în cele din urmă, să se operaționalizeze variabila la nivel cantitativ sau calitativ.

Și, în acest punct, este important să considerăm dimensiunile Competenței emoționale, ca abilități în fonemul calității (vieții), care este recunoscută ca adjectiv și, prin urmare, subiectivă ca și concept, dar în acest context, este considerată ca o variabilă care trebuie operaționalizată, pentru a deveni produsul evaluabil al unui instrument care să fie aplicat.

Această perspectivă instrumentală a calității (vieții) trebuie să dezvăluie o capacitate de apreciere și de măsurare a acțiunilor, activităților și planificărilor, a decidenților, executanților și evaluatorilor, precum și a tuturor celor care interacționează și integrează cadrul prescriptiv și de îngrijire al tuturor echipelor de sănătate.

Transformarea necesară a unui concept în concept și a unui concept în instrument de probă este destul de curioasă: de fapt, este vorba practic de a obține măsurarea calității acțiunilor, prin ceea ce a fost identificat ca *indicatori de calitate a actului*. Iar aceste elemente, în forma lor cea mai elementară, simplistă sau nu, vor fi cele care portretizează și exprimă semnele legate de structura, procesele și rezultatele acțiunilor preconceptuate, în momentul formulării obiectivelor, și care operaționalizează evaluarea concretă ce promovează calitatea de "a ști să fii" în interacțiunile de competență emoțională în viață.

În orice context de viață - personal, social și profesional - fiecare dintre variabilele primare independente ale competenței emoționale (CE), reprezentate de cele cinci dimensiuni ale sale, poate prelua statutul de variabile comportamentale și atitudinale ale celor cinci concepte de bază din cadrul construcției competenței emoționale. Aceste concepte reflectă comportamente la nivel relațional și interrelațional, ceea ce le face instrumente valoroase pentru analiza relațiilor îngrijitor-utilizator, aliniindu-se la atribute precum eficacitatea, eficiența, optimizarea, legitimitatea, acceptabilitatea și echitatea. Aceste atribute, atunci când sunt utilizate și măsurate în mod izolat sau în combinație, contribuie la semnificația "calității în domeniul sănătății" (44), în special în contextul îngrijitorilor profesioniști, inclusiv al asistentelor medicale, medicilor, avocaților și personalului militar.

Ar fi atât interesant, cât și relevant să valorificăm elementele comportamentale și atitudinale care alcătuiesc competența emoțională pentru a explora anumite componente ale profesionalismului. Aceste comportamente și interacțiuni sunt inerente pentru atingerea unei calități relaționale dezirabile. De exemplu, corelarea dimensiunilor de autocunoaștere, gestionare a emoțiilor, auto-motivare, empatie și gestionare a emoțiilor în grupuri (echipe) cu funcțiile și competențele necesare în diverse domenii de activitate.

Pentru a evalua dacă indivizii manifestă aceste comportamente în practică, se pot examina pur și simplu cei 33 de itemi care alcătuiesc Scala de competență emoțională, care reprezintă efectiv fiecare dintre cele cinci dimensiuni. Făcând acest lucru, indivizii pot determina dacă aceste comportamente sunt prezente în viața lor, indiferent dacă au avut loc în trecut sau sunt în curs de desfășurare. Această scală oferă un repertoriu practic de atitudini și acțiuni pe care indivizii îl pot accesa, indiferent de context.

Fiecare drum are o poveste... dar drumul EVCE?

Instrumentul, sau instrumentul de colectare a datelor (DCI) care a fost utilizat până în prezent, "Emotional Competence Veiga Scale (ECVS), (EVCE) (28, 31, 34,45) include 86 de itemi pentru a operaționaliza cele cinci dimensiuni ale E.C.. Prima dimensiune, Conștiința de sine a fost compusă din 20 de itemi, dimensiunea Managementul emoțiilor a fost compusă din 19 itemi, a treia dimensiune, Auto-motivarea, a integrat 21 de itemi, a patra dimensiune, Empatia a fost constituită din 12 itemi, iar ultima, a cincea dimensiune Managementul emoțiilor sociale a fost constituită din 14 itemi. Acești itemi sunt constituiți ca variabile ordinale, iar fiecare dintre acești itemi a fost, la rândul său, operaționalizat printr-o scală măsurată printr-o scală de frecvență temporală de tip Likert (de la 1 la 7, cu 1 - "niciodată", 2 - "rar", 3 - "ocazional", 4 - "de obicei", 5 - "adesea", 6 - "foarte adesea" și 7 - "întotdeauna", participanții având posibilitatea de a alege cât de des experimentează situațiile descrise.

Psihometria Instrumentului de culegere a datelor (ICD), și din punct de vedere al analizei statistice descriptive, presupune că punctul de tăiere EVCE este 4. Pentru măsurarea profilului CE, se iau în considerare 3 niveluri de C.E.: **nivelul scăzut**, între 1 și 3,49; **nivelul moderat**, între 3,50 și 5,45, și **nivelul ridicat**, între 5,46 și 7.

Prin urmare, pentru a obține nivelul de competență emoțională ca și construct global, va trebui să obținem valorile medii ale mediilor celor cinci dimensiuni. Pentru a obține nivelul fiecăreia dintre dimensiuni va trebui să obținem valorile medii în fiecare dintre ele.

Scala actuală, EVCEr33, ca instrument de colectare a datelor (DCI) și care a fost deja utilizată, (37, 38, 39, 42, 43) include doar 33 de itemi pentru a operaționaliza cele cinci dimensiuni ale E.C., după cum urmează.

- Prima dimensiune, Conștiința de sine, este compusă de fapt din 8 itemi, dintre care unul este un item inversat;
- cea de-a doua, dimensiunea Managementul emoțiilor, este acum compusă din 7 itemi, dintre care trei sunt itemi inversați;
- cea de-a treia dimensiune, Auto-motivare, integrează acum 7 itemi, dintre care doi sunt itemi inversați;
- a patra dimensiune, Empatie, este compusă de fapt din 5 elemente, dintre care patru sunt elemente inversate;
- ultima, cea de-a cincea dimensiune, Managementul emoțiilor sociale, integrează de fapt 6 itemi fără inversare.

De exemplu, și pentru a înțelege mai bine nivelul dimensiunii **Managementul emoțiilor sociale**, trebuie să obținem valorile medii ale celor 6 itemi, iar dacă media este cuprinsă între 3,50 și 5,45, putem presupune că eșantionul nostru prezintă un **nivel moderat în Managementul emoțiilor sociale**.

La fel ca și în cazul ICD anterior, și în cel actual, toți itemii sunt constituiți ca variabile ordinale, iar fiecare dintre ei este operaționalizat și măsurat prin aceeași scală de frecvență temporală de tip Likert și se aplică aceeași psihometrie.

Prin urmare, și așa cum s-a explicat, analiza instrumentului trebuie să ia în considerare elementele de configurație normală și elementele inversate, care trebuie asumate în mod invers, din totalul elementelor EVCE. Din punctul de vedere al construirii analizei factoriale: itemii legați de fiecare dimensiune a E.C.E. trebuie supuși Analizei în Componente Principale cu rotație varimax, al cărei set de factori extrași agregă un anumit profil în fiecare dimensiune a E.C.E.. Scala a fost aplicată succesiv și progresiv, iar după fiecare utilizare, rezultatele au fost supuse validării exploratorii a instrumentului, prin analiza în componente

principale (SPSS), deci, în premieră, pentru populația portugheză (studii publicate și realizate în Portugalia: două cu profesori (27, 28) și trei cu asistenți medicali: Ferreira (2018) (41) (41) a studiat îngrijitorii formali și informali din unitățile de asistență medicală primară, Veiga-Branco & Lopes (2012) (44) (44) au studiat echipele de asistență medicală din Rețeaua Națională de Asistență Continuă, iar, cu câțiva ani înainte, Agostinho, 2008 (45), studiase anterior asistentele medicale din spitale, prin Analiza Componentelor Principale.

În aplicarea succesivă a Scalei, s-a verificat că valorile de consistență internă (α Cronbach) obținute succesiv și secvențial, presupun validitatea ICD și oferă un tratament statistic riguros. găsi un nivel de calitate pentru profilurile succesive de Competență emoțională ale eșantioanelor succesive, iar prin analiza factorială exploratorie, putem avea o percepție sintetică a acestui profil. Rezultatele succesive și progresive obținute au făcut posibilă accesarea construcției respective a mediilor analizate și a variabilelor predictive ale C.E. și care au condus la construirea unui profil de C.E..

În cadrul studiilor Serious Game și Competența emoțională, am avut o analiză în care putem observa următoarele în text.

Metodologia de analiză a datelor

Procesul de analiză a datelor s-a desfășurat în două etape. Prima fază s-a axat pe validitatea, fiabilitatea și confirmarea scalei de competență emoțională utilizată în chestionar. Cea de-a doua fază a analizei datelor a avut ca scop analiza descriptivă a rezultatelor obținute și identificarea diferențelor semnificative din punct de vedere statistic între grupuri.

1st Faza

În primul rând, trebuie menționat faptul că au fost verificate toate cerințele metodologice pentru realizarea analizei factoriale a scalei de competență emoțională. Toate variabilele sunt de tip metric (scală Likert), toți factorii au cel puțin 5 variabile și există mai mult de 5 observații pe fiecare variabilă (Hair et al, 2010 (46)).

Analiza de confirmare a fost efectuată cu ajutorul analizei ecuațiilor structurale (SEA). Utilizarea SEA permite un salt calitativ de la un model exploratoriu la un model confirmativ, depășind statistica clasică:

Un alt avantaj al utilizării acestei metodologii este că SEA permite testarea adecvării globale a modelelor și a semnificației individuale a parametrilor într-un cadru teoretic care include diferite tipuri de modele liniare.

Fiabilitatea internă a scalelor a fost examinată cu ajutorul analizei alfa a lui Cronbach. Alfa lui Cronbach este una dintre cele mai utilizate măsuri de verificare internă a unui grup de variabile (itemi) și poate fi definită ca fiind corelația care se așteaptă să fie obținută între scala utilizată și alte scale ipotetice din același univers, cu un număr egal de itemi, care măsoară aceeași caracteristică.

2nd Faza

Pe lângă efectuarea analizei descriptive a variabilelor cu ajutorul tabelelor de distribuție a frecvențelor (în cazul variabilelor nominale), au fost examinate și unele măsuri, cum ar fi media, deviația standard, minimul, maximul și mediana (în cazul variabilelor de natură cantitativă).

Pentru a testa existența unor diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește dimensiunile competenței emoționale în funcție de sex și de faptul că sunt studenți lucrători, au fost utilizate testele t Student pentru două eșantioane independente. Pentru a testa existența unor diferențe semnificative din punct de vedere statistic în dimensiunile competenței emoționale în funcție de anul de frecventare și de grupele de vârstă, au fost utilizate teste ANOVA cu 1 cale. Deoarece lucrăm cu eșantioane mari, ipoteza normalității populației pentru realizarea acestor teste parametrice a fost validată în majoritatea crucilor prin invocarea teoremei limitei centrale.

Toate analizele statistice au fost efectuate cu IBM SPSS Statistics 24.0 și IBM AMOS (Chicago, IL).

Rezultate

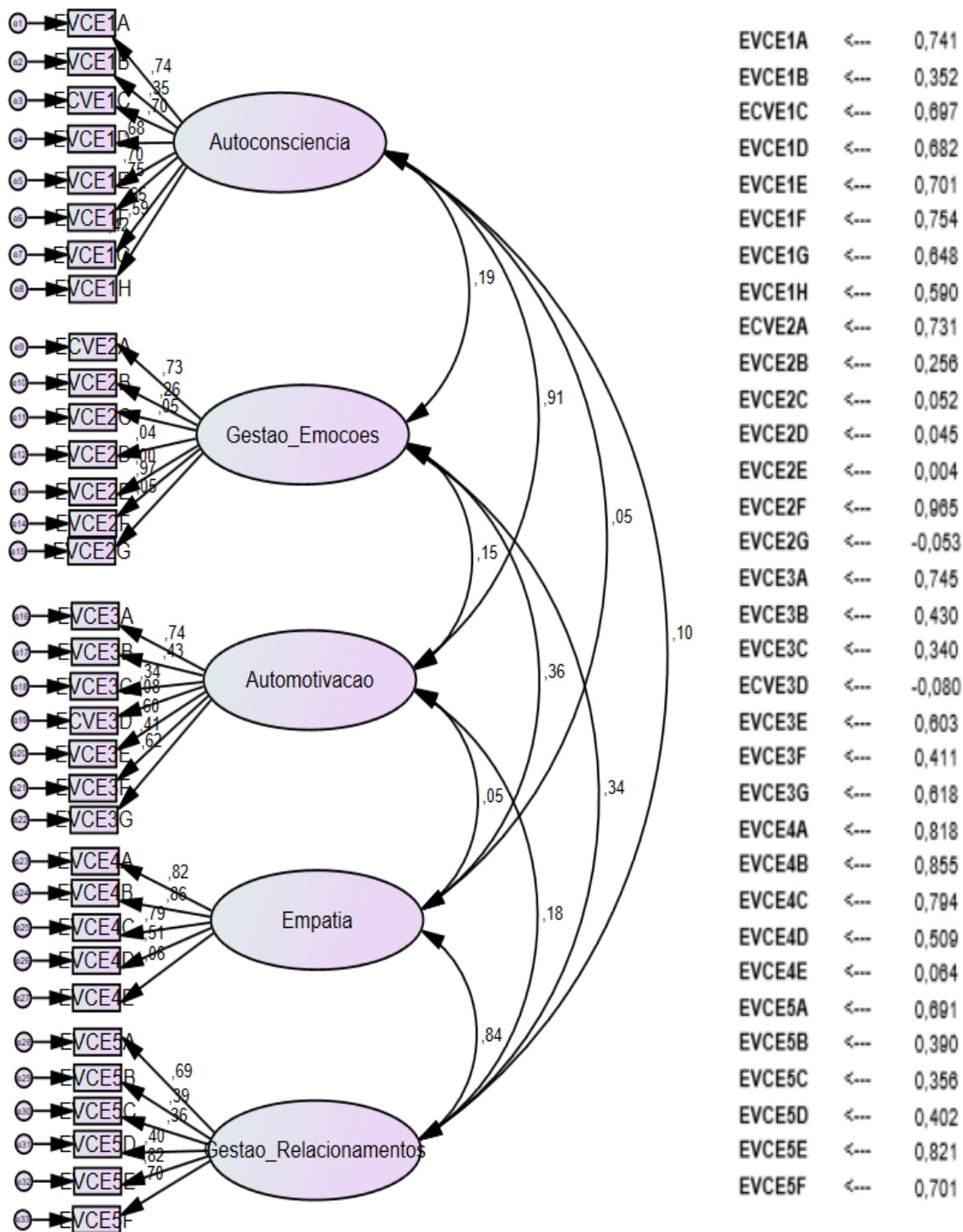
Lista elementelor EVCE-r33 și împărțirea corespunzătoare pe dimensiuni sunt prezentate pe primul loc:

Tabelul 1 - Itemi în funcție de dimensiune (Dim), descriere în model (Discripti), itemi și itemi inversați

Dim	Descriere	Descrierea articolului	Articolul invers
Conștiința de sine	EVCE1A	Mă las absorbit de aceste emoții, de care nu pot scăpa, și ele ajung să-mi condiționeze comportamentul.	Da
	EVCE1B	Am noțiunea exactă a tipului de sentimente care mă invadează; de exemplu, dacă este vorba de furie, frică, dispreț... ură, frustrare... le pot defini.	Nu
	EVCE1C	Odată invadat de sentimente negative, nu le mai pot controla...	Da
	EVCE1D	Îmi scade nivelul de raționament. Nu mă pot concentra cu ușurință...	Da
	EVCE1E	Comportamentul meu se schimbă la nivel relațional... Rămân tăcut; euforic, bosumflat, etc...	Da
	EVCE1F	Sunt blocat mental în aceste sentimente pentru o lungă perioadă de timp. Acest sentiment revine mereu...	Da
	EVCE1G	Sunt un tip instabil, cu diferite schimbări de dispoziție...	Da
	EVCE1H	Sunt genul ghinionist, am ghinion în viață...	Da
Managementul emoțional	EVCE2A	Am făcut exerciții fizice active (aerobice). Mi-am cheltuit energia în activitate.	Nu
	EVCE2B	Am gândit. Am încercat să înțeleg... și să identific ce m-a condus la furie. M-am gândit mai bine la acea situație...	Nu
	EVCE2C	Trebuia să mă descarc... Am tendința de a folosi obiecte, oameni sau situații ca ținte pentru furia mea, chiar dacă după aceea mă simt mai puțin bine în pielea mea.	Da
	EVCE2D	Trăiesc într-o stare de îngrijorare cronică în legătură cu evenimentul care mi-a provocat furia... și mă tot gândesc la cuvintele/persoanele/atitudinile care au cauzat-o.	Da
	EVCE2E	Aparent pașnică... Gânduri intruzive, persistente, care mă bânuie zi și noapte...	Da
	EVCE2F	Mă simt ușurat dacă practic exerciții fizice sau sport.	Nu
	EVCE2G	Mă simt ușurat dacă mănânc sau beau.	Da
Auto-motivare	EVCE3A	Pesimist... (orice aș face, va merge prost).	Da
	EVCE3B	Sunt în stare să ies din orice necaz!	Nu
	EVCE3C	Calm în viață. Sunt complet absorbit în ceea ce fac, indiferent la ceea ce mă înconjoară...	Nu
	EVCE3D	Aparent calm, fac ce trebuie să fac... rumeg gândurile care îmi vin în minte	Da
	EVCE3E	Neinteresant... Autocompătirea mă invadează. Mă simt "jos"	Da
	EVCE3F	Resentimentar... Disprețul, resentimentele mă invadează. Tai legăturile cu cei care mă resping, mă resemnez cu acea(le) persoană(e)	Da
	EVCE3G	Cine crede: A mers prost ca urmare a unui defect personal, asta sunt eu.	Da
Empatie	EVCE4A	"Înregistrarea"/ observarea sentimentelor celorlalți.	Nu
	EVCE4B	"Citirea" canalelor non-verbale (tonul vocii, gesturile mâinilor, expresia feței, direcția privirii, atitudinea comportamentală, poziția etc.).	Nu
	EVCE4C	Realizați consonanța dintre cuvinte și atitudinea corporală a persoanei.	Nu
	EVCE4D	Folosiți calmul (dar conștient) pentru a asculta... Îmi dau seama că mă simt bine ascultând oamenii	Nu
	EVCE4E	Devin receptiv la instabilitatea celui alt și declanșez o atitudine instabilă. Mă irit.	Da
Managementul relațiilor	EVCE5A	Înțeleg cum se simt oamenii...	Nu
	EVCE5B	În relațiile mele cu ceilalți, spun clar ceea ce gândesc, indiferent de opinia pe care o exprimă.	Nu
	EVCE5C	Am control asupra propriilor mele sentimente.	Nu
	EVCE5D	Le pot percepe sentimentele și parcă încep să le absorb.	Nu
	EVCE5E	Am o sensibilitate înăscută pentru a recunoaște ceea ce simt ceilalți.	Nu

Având în vedere aceste informații, s-a obținut următorul model de ecuații structurale în vederea analizei factoriale confirmatorii, așa cum se poate observa în figura 1.

Figura 1 - Modele AMOS: Analiza factorială confirmatorie EVCE-r33 (coeficienți standardizați)



După ce am specificat și obținut modelul de măsură confirmatorie, să examinăm acum unii dintre indicii empirici ai acestuia, care evaluează gradul de adecvare a modelului obținut:

În urma analizei statistice efectuate în acest scop, s-a constatat că: Practic, toți indicii se referă la un model cu o potrivire bună. După cum se poate observa în tabelul 2, doar RMSEA (*Root Mean square Error of*

Approximation) cu valoarea 0,083, se referă la o potrivire slabă:]0,5; 0,10[, deoarece tinde să penalizeze acest model din cauza complexității sale.

Având în vedere aceste rezultate, se consideră că nu este necesar să se pună sub semnul întrebării modelul și că acesta nu trebuie respins, ceea ce se consideră acceptare fără a fi nevoie de rafinări printr-o strategie exploratorie pentru a găsi un model care să explice cel mai bine datele observate. Astfel, sunt îndeplinite condițiile de utilizare a scalei EVCE-r33 în eșantion.

Tabelul 2 - Distribuția indicilor absoluți ai evaluării calității modelului

Indicii absoluți	Valoare	Diagnostic
X ² /df	2,718	Potrivire bună: ≤ 2-3
Rădăcină medie pătratică reziduală	0,253	Mai aproape de 0 decât de 1. Model bine cotate
GFI ajustat	0,690	Se potrivește bine:]0.6; 0.8[
Eroare medie pătratică de aproximare	0,083	Se potrivește prost:]0.5; 0.10[

După cum se poate observa în tabelul 3, principalele trăsături caracteristice ale eșantionului de 241 de studenți asistenți medicali, prezintă variabilele sociodemografice, unde putem observa că studenții prezintă vârsta cu vârsta medie de 20,48 ani, (deviație standard de 4,18 ani), ca maxim cu 25 de ani și minim cu 17 ani, marea majoritate a respondenților (82, 6%) având până în 21 de ani. Se poate verifica că majoritatea (n=215; 89,2%) sunt studente, iar 151 (62,5%) care frecventează în primul și al doilea an universitar, 73 de studenți (30,3%) în primul și 78 de studenți (32,4%) în al doilea an universitar. Întrebați dacă sunt studenți lucrători, doar 30 (12,4%) dintre respondenți au răspuns afirmativ, deci minoritatea studenților care au alcătuit acest eșantion sunt studenți lucrători.

Tabelul 3 - Distribuția valorilor absolute și relative ale variabilelor sociodemografice ale eșantionului

	n	%
Sex		
Femeie	215	89,2
Masculin	24	10,0
Altele	2	0,8
Categorii de vârstă		
Până la 21 de ani	199	82,6
Mai mult de 21 de ani	42	17,4
Anul în care a urmat		
1 st	73	30,3
2 nd	78	32,4
3 rd	61	25,3
4 th	29	12,0
Student lucrător		
Nu	211	87,6
Da	30	12,4

σ (sigma) - Abaterea standard

Analiza descriptivă a celor 5 dimensiuni din studiu prezintă, în tabelul 4, că rezultatele fiabilității au fost satisfăcătoare în aproape toate dimensiunile. Doar dimensiunea managementului emoțional are o valoare alfa a lui Cronbach sub valoarea acceptabilă ($0,498 < 0,600$).

În medie, dimensiunea competenței emoționale cu cea mai mare expresie în cadrul eșantionului este "Empatia" (media 5,02 și deviația standard de 0,81). La polul opus se află dimensiunea "automotivare" cu o valoare medie de 4,27 (deviație standard de 0,71).

Dar și având în vedere psihometria Instrumentului de colectare a datelor (ICD), pentru măsurarea profilului CE, și în cele 3 niveluri de C.E. luate în considerare, putem observa nivelul scăzut, între 1 și 3,49; nivelul moderat între 3,50 și 5,45, și nivelul ridicat între 5,46 și 7.

Analizând tabelul 4, se poate observa că studenții din eșantion prezintă un nivel moderat de eficacitate, atât la fiecare dintre dimensiuni, cât și la nivelul general al EC, întrucât toate valorile medii respective sunt cuprinse între 3,50 și 5,45.

Cu toate acestea, se pare că există o parte a eșantionului care prezintă un nivel scăzut de eficacitate, în oricare dintre dimensiuni, cu valori minime cuprinse între 2,13 (sd=0,91) pentru autocunoaștere, 2,14 pentru managementul emoțional (sd=0,75) și auto-motivare (sd=0,71), precum și pentru managementul relațiilor (X=2,33; sd=0,79). În schimb, se pare, de asemenea, că o parte dintre studenți care prezintă un nivel ridicat de eficacitate în ceea ce privește cele cinci dimensiuni, deoarece am constatat valori maxime nivelul ridicat (X=7,00) în ceea ce privește autocunoașterea (sd=0,91), empatia (sd=0,71) și managementul emoțional relațional (sd=0,79).

Cel mai înalt nivel constatat a fost cel al empatiei, cu o medie de 5,02, ceea ce indică faptul că elevii prezintă un nivel moderat în această dimensiune și cu o valoare Cronbach ($\alpha = 0,743$) care indică faptul că există un nivel bun de consistență internă între itemi.

Cea mai mică valoare medie (X=4,33) din eșantion indică faptul că acesta are un nivel moderat în Managementul relațiilor, dar și valoarea minimă (2,33) indică, de asemenea, că o parte dintre studenți se află la un nivel scăzut în această dimensiune.

Tabelul 4 - Valorile analizei descriptive a dimensiunilor EVCE-r33 și a Competenței emoționale globale

	Fără articole	α	Min	Max	\bar{x}	σ
Conștiința de sine	8	0,851	2,13	7,00	4,41	0,91
Managementul emoțional	7	0,498	2,14	6,57	4,51	0,75
Auto-motivare	7	0,602	2,14	6,14	4,27	0,71
Empatie	5	0,743	3,00	7,00	5,02	0,81
Managementul relațiilor	6	0,729	2,33	7,00	4,33	0,79
Competența emoțională globală	33	0,865	3,27	6,36	4,48	0,57

σ (sigma) sd - Deviația standard; α - α de Cronbach

La nivel global al eșantionului, se poate constata o Competență emoțională generală moderată Profil feminin ($X=4,47$; $sd=0,55$) și profil masculin ($X=4,65$; $sd=0,66$), fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic între ($p=0,148$) genurile eșantionului. Profilul masculin este mai ridicat datorită profilului semnificativ mai ridicat al managementului emoțional.

Există diferențe semnificative din p

unct de vedere statistic în ceea ce privește dimensiunea autocunoaștere în funcție de gen, respondenții de sex masculin prezentând o medie semnificativ mai mare ($X=4,84$; $sd=1,06$) și ($p<0,05$), diferită de eșantionul feminin cu media 4,38 ($sd=0,88$). Aproape de semnificația statistică ($p=0,057$) se află și cea mai mare valoare medie a celor chestionați la dimensiunea Managementul emoțiilor, iar studenții de sex feminin cu 4,49 ($sd=0,75$).

Dimpotrivă, dar fără diferențe semnificative din punct de vedere statistic, eșantionul feminin prezintă medii mai mari la dimensiunea Empatie ($X=5,05$; $sd=0,81$) și $p<0,145$, și la dimensiunea Managementul relațiilor cu media 4,36 ($sd=0,78$), respectiv valori mai mici ale eșantionului masculin cu media 4,80 ($sd=0,82$) la dimensiunea Empatie, și Managementul relațiilor cu media de 4,24 ($sd=0,84$), dar ambele în profil moderat.

Tabelul 5 - Valorile mediei și abaterii standard (St.Dv.) ale celor cinci dimensiuni EVCE-r33 în funcție de sex

	Femeie		Masculin		p
	Media	Abaterea standard	Media	Abaterea standard	
Conștiința de sine	4,38	0,88	4,84	1,06	<0,05
Managementul emoțional	4,49	0,75	4,80	0,76	0,057
Auto-motivare	4,25	0,69	4,52	0,77	0,073
Empatie	5,05	0,81	4,80	0,82	0,145

Managementul relațiilor	4,36	0,78	4,24	0,84	0,484
Competența emoțională generală	4,47	0,55	4,65	0,66	0,148

σ (sigma) sd -Deviația standard

Observând Tabelul 6, se poate observa că ambele grupuri - studenți până în 21 de ani și peste 21 de ani - prezintă profilul mai ridicat la dimensiunea Empatie, tinerii având media 5,06 (sd=0,80), iar ceilalți media 4,82 (sd=0,88), dar se poate observa că în această diferență, respondenții cu vârsta de până la 21 de ani au o medie semnificativ mai mare la dimensiunea legată de empatie.

Profilul inferior al celor două grupe de studenți - până la și peste 21 de ani - este la Managementul relațiilor cu media 4,37 (sd=0,79) și respectiv 4,17 (sd=0,76), fără semnificație statistică ($p=0,130$).

Tabelul 6 - Valorile mediei și abaterii standard (St.Dv.) ale celor cinci dimensiuni EVCE-r33 în funcție de categoriile de vârstă

	Până la 21 de ani		Mai mult de 21 de ani		<i>p</i>
	Medie	Abaterea standard	Media	Abaterea standard	
Conștiința de sine	4,39	0,91	4,53	0,91	0,351
Managementul emoțional	4,53	0,76	4,43	0,75	0,409
Auto-motivare	4,25	0,72	4,38	0,64	0,284
Empatie	5,06	0,80	4,82	0,88	<0,05
Managementul relațiilor	4,37	0,79	4,17	0,76	0,130
Competența emoțională generală	4,49	0,56	4,45	0,61	0,734

σ (sigma) sd -Deviația standard

Se observă, în tabelul 7, că cel mai ridicat profil este în dimensiunea Empatie pentru ambele grupuri, cu o medie de 5,04 (sd=0,80) la grupul Nici un student lucrător, iar la grupul Student lucrător valoarea de 4,90 (sd=0,94). În mod diferit, cel mai mic profil al dimensiunii, este în dimensiunea Auto-motivare ($X=4,26$; sd=0,72) pentru grupul Niciun student lucrător, iar pentru studenții lucrători, cel mai mic profil al dimensiunii, este în dimensiunea Conștientizare de sine ($X=4,35$; sd=0,95).

Dar putem observa că nu există diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește dimensiunile EVCE-r33 în funcție de statutul de student lucrător sau nu.

Toate dimensiunile, precum și Competența emoțională globală, prezintă valori medii care exprimă un profil moderat, pentru ambele grupuri: Niciun student lucrător, cu o medie de 4,48 (sd=0,56) și Studenții lucrători, cu o medie de 4,46 (sd=0,61).

Tabelul 7 - Valorile mediei și abaterii standard (St.Dv.) ale celor cinci dimensiuni EVCE-r33 în funcție de studentul lucrător

	Nici un student lucrător		Student lucrător		p
	Medie	σ	Media	σ	
Conștiința de sine	4,42	0,91	4,35	0,95	0,680
Managementul emoțional	4,53	0,74	4,40	0,86	0,363
Auto-motivare	4,26	0,72	4,37	0,63	0,408
Empatie	5,04	0,80	4,90	0,94	0,457
Managementul relațiilor	4,32	0,76	4,42	0,99	0,517
Competența emoțională globală	4,48	0,56	4,46	0,61	0,827

σ (sigma) sd -Deviația standard

După cum se poate observa în tabelul 8, studenții din toți anii de învățare în nursing, au cele mai mari valori medii la dimensiunea Empatie, dar cele mai mari între aceste grupuri le au cei din anul 3rd (X=5,09; sd=0,87) și cei din anul 1st (X=5,02;sd=0,85), iar în schimb, se pare că dimensiunea cu cele mai mici medii este Auto-motivare, respectiv pentru studenții din anul 1st (X=4,21; sd=0,77) și anul 2nd (x=4,29; sd=0,73), iar Managementul relațiilor prezintă de asemenea cele mai mici depășiri la studenții din anul 2nd (X=4,29; sd=0,76) și la studenții din anul 4th (X=4,33;sd=0,75).

Competența emoțională globală, fără diferențe semnificative statistic între grupe (p= 0,599), prezintă în toți anii universitari valori până la punctul de tăiere, dar mai mici la 2nd (4,44; sd=0,52), iar cea mai mare este a studenților din anul 4th (X=4,58; sd=0,53).

Având în vedere valorile abaterilor standard, variabilele care reprezintă fiecare dintre dimensiunile Competenței emoționale prezintă o distribuție normală. Nu există diferențe semnificative din punct de vedere statistic în ceea ce privește dimensiunile EVCE-r33 în funcție de anul în care studentul asistent medical urmează cursurile.

Tabelul 8 - Valorile mediei (X) și ale abaterii standard (δ) referitoare la cele cinci dimensiuni ale EVCE-r33 în funcție de anul universitar frecventat în eșantion.

Dimensiuni CE	1 st		2 nd		3 rd		4 th		p
	x	σ	x	σ	x	σ	x	σ	

Conștiința de sine	4,42	0,97	4,32	0,85	4,36	0,96	4,74	0,74	0,198
Mangt emoțional	4,46	0,86	4,47	0,66	4,62	0,77	4,56	0,66	0,576
Auto-motivare	4,21	0,77	4,29	0,73	4,28	0,66	4,36	0,57	0,784
Empatie	5,02	0,85	4,98	0,74	5,09	0,87	4,98	0,84	0,859
Relația Mangt	4,30	0,82	4,29	0,76	4,43	0,83	4,33	0,75	0,735
CE globală	4,45	0,64	4,44	0,52	4,52	0,57	4,58	0,53	0,599

σ (sigma) sd - Deviația standard; X-mediul;

În concluzie succintă și în ceea ce privește analiza statistică, rezultă că variabilele studiate prezintă o distribuție normală și că majoritatea acestora nu prezintă o putere de diferențiere statistică semnificativă, în raport cu valorile profilelor constatate.

Cele cinci dimensiuni ale EVCEr33 prezintă un profil moderat, la fel ca și Competența emoțională globală.

Fiecare dintre aceste dimensiuni poate fi învățată, consolidată

Există două exerciții metacognitive foarte scurte în domeniul conceptual-laboral al asistenței medicale care trebuie abordate, chiar dacă pe scurt. Primul este că nu este adevărat că singurele contexte provocatoare din punct de vedere emoțional sunt cele în care clinicienii se ocupă de decizii de viață sau de moarte. Mai ales că nici măcar în acestea nu sunt complet singuri. Al doilea este că este urgent să se deconstruiască ideea că pregătirea clasică este suficientă. Mai mult decât atât, este important să adăugăm că este absolut sănătos și dezvoltativ, pentru orice domeniu profesional, să se extindă domeniile respective de exercițiu și de formare, și că aceasta este tocmai o fereastră expresivă a stadiului actual al îngrijitorilor în general și al dezvoltării nursingului în special. Iar pregătirea anterioară finalizată nu poate și nu ar trebui să fie niciodată suficientă pentru țesutul uman al oricărei profesii. Dacă este anterioară prezentului, ea face dreptate și se referă la o realitate eventual actuală și emergentă, dar care nu este niciodată statică sau imuabilă. Și nu doar pentru profesioniști... Utilizatorii, pacienții și chiar și membrii familiei consumă în prezent mai multă cultură și informație, motiv pentru care, în statutul lor de cetățeni, învață să își descopere drepturi, iar în acestea, dreptul la calitate. Și astfel, ei tind să ceară progresiv o calitate mai mare și mai bună a îngrijirii.

Ei prioritizează detaliile, domină limbajele expresive de această calitate, adăugând la componenta tehnico-instrumentală executorie, componenta atențională și relațională pentru a se simți terapeutică.

Iar studiile au arătat adesea că profesioniștii din domeniul sănătății, în general, și asistenții medicali, în special, fără pregătire sau cu o pregătire insuficientă în ceea ce privește competența emoțională și abilitățile de comunicare intra și interpersonală, - și anume în exprimarea competențelor specifice în domeniul asistenței medicale legate de o persoană aflată într-o situație critică (38, 40, 44) - experimentează niveluri mai mari și mai evidente de stres și epuizare emoțională atunci când încearcă să își controleze propriile emoții și pe cele ale celorlalți (47, 48,49, 40, 51), în diferite contexte de asistență medicală, de la zona prespitalicească până la unitățile de terapie intensivă.

Rămâne de spus, și așa cum a fost deja prezentat mai sus, că unitățile de criterii aferente competențelor specifice sunt explicite în ceea ce privește interacțiunile care construiesc și promovează relația terapeutică și, ca toate activitățile/acțiunile executive, de la decizii la implementarea planurilor în medii stresante, necesită un bun nivel de autocunoaștere emoțională și de management emoțional, nu în ultimul rând de automotivare. Și având în vedere profilurile deja studiate în nursing, a fost verificată puterea lor predictivă pentru Competența emoțională la asistenții medicali (37).

Cu toate acestea, mai sunt încă multe de studiat și de înțeles cu privire la modul în care putem consolida abilitățile și dimensiunile care constituie competența emoțională. Este esențial să continuăm să producem formare specifică în domeniul educației emoționale pentru a dezvolta toate ființele umane în general în acest tip de competențe transversale, considerate esențiale pentru interacțiunile relaționale în țesutul profesional al contextelor de sănătate.

Referințe

1. Pérez-González, J. C., Yáñez, S., Ortega-Navas, M. C. y Piqueras, J. A. (2020). Educación emocional en la educación para la salud: cuestión de salud pública. *Clínica y Salud*, 31(3), 127-136. <https://doi.org/10.5093/clysa2020a7>
2. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, M A.R. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. *Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem*, Porto, Portugal. <http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
3. Carício, M.R., Sousa MF, Alvarenga, J.P., Costa, L.D., Leandro, S.S., Jesus, E.A., Mendonça, A.V.M. (2021). A educação emocional pode influenciar na qualidade das competências e habilidades da Enfermagem?. *Enferm Foco*. 2021;12(Supl.1):15-21. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n7Supl.1.5212
4. Donabedian, A. (2003) An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Oxford University Press*, Oxford.
5. Stanojlović, O., Šutulović, N., Hrnčić, D., Mladenović, D., Rašić-Marković, A., Radunović, N., & Vesković, M. (2021). Neural pathways underlying the interplay between emotional experience and behaviour, from old theories to modern insight. *Archives of Biological Sciences*, 73(3), 361–370. <https://doi.org/10.2298/ABS210510029S>
6. Damásio, A. (2000). *O Mistério da Consciência. Do corpo e das emoções ao conhecimento de si*. São Paulo. Companhia das Letras. Ed. Schwarcz Lda.
7. Myruski, S. & Dennis-Tiway, T. A. (2022). Observed parental spontaneous scaffolding predicts neurocognitive signatures of child emotion regulation, *International Journal of Psychophysiology*, Volume 177, Pages 111-121, <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2022.05.004> .
8. Gross (2015). Emotion regulation: current status and future prospects, *Psychol. Inquiry* 26(1), 1–26. <http://doi.org/10.1254/fpj.151.21>
9. Decety & Jackson, (2004). The Functional Architecture of Human Empathy. *Behavioural and Cognitive Neuroscience Reviews*, Volume 3 Nr 2, Pages 71-100, <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>

10. Langeslag, J.E. and Surti, K. (2017). The effect of arousal on regulation of negative emotions using cognitive reappraisal: An ERP study. *International Journal of Psychophysiology* 118 (2017) 18–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2017.05.012>
11. Ochsner, K. N, Gross, J. J. (2008). Cognitive emotion regulation: insights from social cognitive and affective neuroscience. *Curr. Direct. Psychol. Sci.* 17(2), 153-158. <http://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00566.x>
12. Damásio, A. (2010). *O Livro da Consciência. A Construção do cérebro consciente*. Temas e Debates.
13. Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
14. Ickes, W. J. (Ed.). (1997). *Empathic accuracy*. The Guilford Press.
15. Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioural and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71–100. <https://doi.org/10.1177/1534582304267187>
16. Hoffman, M. (2000). Implications for Socialization and Moral Education. In *Empathy and Moral Development: Implications for Caring and Justice* (pp. 287-298). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511805851.013>
17. Reeck C. and Onuklu N.N.Y. (2022) Interpersonal Emotion Regulation: Consequences for Brands in Customer Service Interactions. *Front. Psychol.* 13:872670. <http://doi: 10.3389/fpsyg.2022.872670>
18. Niven, K., Macdonald, I. and Holman, D. (2012). You spin me right round: cross-relationship variability interpersonal emotion regulation. *Front. Psychol.*, Sec. Emotion Science, Vol 3 <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00394>
19. Bloch, L., Haase, C. M., & Levenson, R. W. (2014). Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. *Emotion* (Washington, D.C.), 14(1), 130–144. <https://doi.org/10.1037/a0034272>
20. Robertson, T., Daffern, M. & Bucks R. S. (2014) Maladaptive emotion regulation and aggression in adult offenders, *Psychology, Crime & Law*, 20:10, 933-954, DOI: 10.1080/1068316X.2014.893333
21. Davis, S. K., and Qualter, P. (2020). Emotional competence. *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*, eds S. Hupp and J. Jewell (Wiley). <https://doi: 10.1002/9781119171492.wecad>

22. Saarni, C. (1999). *The Development of Emotional Competence*. Guilford Pres.
23. Saarni, C. (2000). Emotional Competence: The social Construction of the Concept. In R. Bar-on & J. Parker. (Eds.). *The Handbook of Emotional Intelligence*. Jossey-Bass.
24. Bisquerra, R. (2003). Educación emocional y competencias básicas para la vida. *Revista de Investigación Educativa (RIE)*, 21 (1), 7-4.
25. Bisquerra, R., Perez, N. (2007). Las competencias emocionales. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, (10), 61-82.
26. Fragoso-Luzuriaga, R. (2015). Inteligencia emocional y competencias emocionales en educación superior, ¿un mismo concepto? *Revista Iberoamericana de Educación Superior*, 6, 16, 110-125
27. Veiga-Branco, M.A.R. (2004). *Competência emocional*. Quarteto. <http://hdl.handle.net/10198/5463>
28. Veiga-Branco, M.A.R. (2005). *Competência Emocional em Professores. Um discurso do campo educativo*. Tese Doutorado. *Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto*. (FPCEUP). <http://hdl.handle.net/10198/5311>
29. Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. *Bantam Books*, Inc.
30. Veiga-Branco, M.A.R. (2007). *Competência Emocional em Professores*. In (Coord.) Candeias, A. A., Almeida, L. S. (2007). *Inteligência Humana. Investigação e aplicações*. Quarteto. 361-379. <http://hdl.handle.net/10198/5278>
31. Veiga-Branco, M.A.R. (2009). Escala Veiga Branco das capacidades da inteligência emocional (EVBCIE): partes I e III. In Mendonça, S. S. (2009). *Competências Profissionais dos Enfermeiros: a Excelência do Cuidar*. Novembro. 162-164. <http://hdl.handle.net/10198/5283>
32. Goleman, D. (1999). *Trabalhar com Inteligência Emocional*. Temas e Debates.
33. Veiga-Branco, M.A.R., Antão, C., Ribeiro, I., Vaz, j., Ferro-Lebres, V. (2011). Emotional competence profile in a higher education students sample. In III International Congress of Emotional Intelligence: book of abstracts. Opatija <http://hdl.handle.net/10198/6916>
34. Veiga-Branco, M.A.R., Afonso, J., Caetano, I. (2012). Emotional competence in healthcare professionals: correlational and comparative research. in IEA-EEF European Congress of

Epidemiology 2012: *Epidemiology for a Fair and Healthy Society*. Porto. s57-s57
<http://hdl.handle.net/10198/8392>

35. Afonso, J., Fernandes, A. & Veiga-Branco, M.A.R. (2013). Competência emocional (CE) nos fisioterapeutas da rede nacional de cuidados continuados integrados (RNCCI). In VI Jornadas de Tecnologias da Saúde. Guarda
36. Veiga-Branco, M.A.R. & Costa, V. (2015). As competências emocionais nos decisores políticos portugueses. In (Ed.) Celeste Simões, C., Evans, K., e Lebre, P. (2015). *Book of Abstracts. 5th ENSEC Conference. Social Emotional learning and Culture*. Faculdade de Motricidade Humana. Lisboa. P. 78.
37. Almeida, J., Vilela, C. & Veiga-Branco, A. (2021). Competência Emocional dos enfermeiros no contexto dos Cuidados de Saúde Primários [Apresentação de póster]. *Reunião Científica do Grupo NursID 21 – Desafios e boas práticas na investigação em enfermagem*, Porto, Portugal.
<http://nursid.esenf.pt/index.php/reuniao-cientifica-nursid/>
38. Moreira, D., Laranjeira, C., Gomes, L.G. (2021). A Competência Emocional do Enfermeiro e a Comunicação terapêutica face à pessoa com manifestações de perturbação mental. Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental. *Instituto Politécnico de Leiria, IPL - Dissertações de Mestrado*. Leiria. In press.
39. Nogueira, S., Veiga-Branco, M.A.R. & Monte, A.P. (2021). Competência Emocional em decisores autárquicos. Comunicação em Seminário: Inteligência Emocional – da visão científica à aplicação prática. 1ª Jornadas da Associação Portuguesa de Inteligência Emocional (APIE). 6 novembro, 2021. Evento on-line.
40. Rodrigues, P.A.R. (2017). Determinantes da competência emocional de profissionais em saúde na abordagem ao doente crítico. Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos*. IPB. <http://hdl.handle.net/10198/14784>.
41. Ferreira, C. (2018). Competência Emocional e Interdisciplinaridade nas Equipas Referenciadoras das Unidades de Cuidados de Saúde Primários: Uma Perspetiva de Cuidadores Formais e Informais. Mestrado em Cuidados Continuados ESSa - Dissertações de Mestrado Alunos. IPB

42. Giehl, B., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2020). *Relationship between investor's profile and the level of emotional competence*. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos . <http://hdl.handle.net/10198/23233>
43. Silva, A.M.G., Monte, A.P., Veiga-Branco, M.A.R. (2023). Perfil dos Empresários do Distrito de Bragança e Competência Emocional – estudo correlacional. Contabilidade e Finanças. ESTiG.D Dissertações de Mestrado Alunos.
44. Veiga-Branco, M.A.R., Lopes, T. (2012). Nursing emotional competence profile: exploratory study in continued care national network. In The IEA-EEF European Congress of Epidemiology 2012: *Epidemiology for a Fair and Healthy Society*. s82-s82 <http://hdl.handle.net/10198/8390>
45. Agostinho, L. M. C. F. (2008). Competência Emocional em Enfermeiros: Um estudo em hospitais públicos. *Universidade de Aveiro* (Portugal).
46. Hair, J.F., Black, W.C., Babin, B.J. and Anderson, R.E. (2010) *Multivariate Data Analysis*. 7th Edition, Pearson, New York.
47. Paiva, J. D. M., Cordeiro, J. J., Silva, K. K. M. D., Azevedo, G. S. D., Bastos, R. A. A., Bezerra, C. M. B., ... & Martino, M. M. F. D. (2019). Fatores desencadeantes da síndrome de burnout em enfermeiros. *Rev. Enferm. UFPE on line*, 483-490.
48. Martins P., S., Fonseca, A. M., & Carvalho, A.S. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 18(3), 317–326. <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
49. Nobre, D.F.R., Rabiais, I.C.M., Ribeiro, P.C.P.S.V., Seabra, P.R.C. (2019). Burnout assessment in nurses from a general emergency service. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1457-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0870>
50. Sé, A. C. S., Machado, W. C. A., Passos, J. P., da Silva Gonçalves, R. C., Cruz, V. V., Bittencourt, L. P., Paiva, A.P.D.L. & de Figueiredo, N. M. A. (2020). Prevalência da síndrome de burnout em enfermeiros do atendimento pré-hospitalar. *Research, Society and Development*, 9(7), e940975265-e940975265.

51. Souza, J.D., Pessoa J.J.M., Miranda F.A.N. (2017). Stress in an emergency room and the challenges for Brazilian and Portuguese nurses. Rev Enferm Ref. IV(12):107–16. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV16064>

CAPITOLUL 7

Realitatea virtuală și competența emoțională în educație

Autori: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

7.1 Realitatea virtuală (VR)

Odată cu modernizarea și avansarea cercetării în domeniul asistenței medicale și a științelor clinice și, în același timp, cu creșterea și evoluția rapidă în domeniul informaticii și tehnologiei, a crescut și cererea de formare sigură și eficientă a personalului medical de-a lungul anilor. Există oportunități tot mai mari de a moderniza educația în domeniul sănătății prin programe concepute pentru a satisface așteptările și nevoile generației digitale, datorită progreselor tehnologice și accesibilității acestora (King et al., 2018). Ca urmare, Realitatea Virtuală (VR) a devenit din ce în ce mai populară, integrată în programele de studii profesionale de asistență medicală, cu promisiunea de a revoluționa educația în domeniul asistenței medicale, simplificând procedurile de predare și învățare, oferind o abordare nouă și interesantă a formării asistenților medicali (Park et al., 2020). Într-adevăr, VR poate fi utilizată ca resursă pedagogică pentru formarea tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății (Ferrandini Price et al., 2018).

VR generează scene vizuale și auditive 4D care pot fi navigate și cu care se poate interacționa (Vince, 2004). Deși nu este clar când tehnologia realității virtuale a intrat pentru prima dată în învățământul medical, specific asistenței medicale, simularea și tehnologiile bazate pe calculator au fost utilizate și cercetate ca instrument de predare de către Ivan Sutherland încă de la sfârșitul anilor 1960, termenul VR fiind considerat a fi fost inventat pentru prima dată de Jaron Lanier în 1987 (Arvind Mallik, 2018). Utilizând un set de căști care acoperă ochii utilizatorului și afișează mediul virtual, împreună cu controllere portabile sau alte dispozitive de intrare pentru a interacționa cu mediul, un utilizator este adesea complet imersat într-o experiență VR (Bailenson & Yee, 2007), eliminând o interacțiune în lumea reală (Azuma, 1997 ; Mills et al., 2022; Vince, 2004). Cu un astfel de instrument, utilizatorii pot interacționa cu obiectele și setările digitale ca și cum ar fi reale, printr-o simulare generată de calculator

(Riva et al., 2016). Tehnologiile VR permit o nouă extensie perceptuală, o construcție creativă și o implicare socială unică (Bricken & Byrne, 1993).

7.2 Realitatea virtuală în educația în domeniul asistenței medicale

Realitatea virtuală (VR) a fost utilizată în educația în domeniul asistenței medicale, îmbunătățind metodele de predare și învățare, ajutând astfel la dezvoltarea abilităților studenților asistenți medicali, la consolidarea încrederii și la pregătirea pentru practica clinică (Chen et al., 2020; Biyik Bayram & Caliskan, 2022). În plus, s-a demonstrat că tehnologia VR îmbunătățește gândirea critică a studenților și abilitățile de rezolvare a problemelor, deoarece aceștia au ocazia de a practica și de a-și aplica cunoștințele într-un cadru sigur și reglementat (Lang et al., 2018). Tehnologia VR le oferă studenților înscriși la programele de asistență medicală șansa de a practica și de a explora o multitudine de abilități, prin urmare, de a învăța prin practică, într-un cadru sigur, securizat și controlat, fără a pune pacienții în pericol sau a le face rău, și de a-și perfecționa abilitățile de raționament clinic într-un mediu de învățare mai productiv și mai plăcut (Alimohammadi et al., 2017). De fapt, constatările bazate pe dovezi au arătat că tehnologia VR în învățământul terțiar oferă studenților de la asistență medicală un mediu de învățare unic și captivant care poate stimula motivația, îmbunătățind rezultatele învățării (Kim & Kim, 2018).

Mai mult, Bender et al. (2018) a arătat că utilizarea simulărilor în realitate virtuală pentru a exersa scenariile de îngrijire a pacienților a îmbunătățit abilitățile și competențele de îngrijire a pacienților, studenții resimțind mai puțină frică și anxietate decât atunci când se ocupă de pacienți reali. Prin urmare, VR în educația în domeniul asistenței medicale a adus beneficii și în ceea ce privește siguranța pacienților (Biyik Bayram & Caliskan, 2022), îmbunătățind rezultatele îngrijirii pacienților (Pfeiffer et al., 2019) și satisfacția pacienților (Gee et al., 2020). În timp ce multe dovezi științifice publicate au arătat că tehnologia VR a fost utilizată în diverse programe de educație în domeniul asistenței medicale pentru a aborda o gamă largă de abilități și tematici, nu au fost găsite alte studii pe această temă înainte de acest proiect.

În pofida celor de mai sus, profesorii din domeniul asistenței medicale nu trebuie să considere tehnologia VR ca fiind un ajutor infailibil pentru educația în acest domeniu. În pofida beneficiilor integrării unei tehnologii imersive în formarea asistentelor medicale, este recomandat să avem în vedere și riscurile sau alte provocări care necesită acțiuni de prevenție. Printre acestea se numără:

- i. **Disconfort fizic:** Unii studenți pot avea dureri fizice sau dureri de cap în urma simulărilor VR din cauza utilizării prelungite sau a unei potriviri inconfortabile a echipamentului VR, cunoscută sub numele de *cybersickness* (Cobb et al., 1999; Davis et al., 2015; Obukhov et al., 2022).
- ii. **Suferință fiziologică:** La unele persoane, în special la cele care nu sunt pregătite sau nu sunt antrenate în utilizarea acesteia, simulările VR pot duce, de asemenea, la îngrijorare, stres sau chiar panică în anumite situații (Costello, 1997). Unii studenți au nevoie de mai mult timp pentru a înțelege și a se adapta la realitatea virtuală (Chang & Lai, 2021).
- iii. **Preocupări legate de sănătate și siguranță:** Deoarece tehnologia VR imersează utilizatorul într-un mediu simulat, există posibilitatea de pericol sau de rănire în cazul în care utilizatorul nu este conștient de mediul înconjurător. Utilizarea VR necesită spații mari dedicate, cu măsuri de siguranță.
- iv. **Cost:** Una dintre provocările principale ale aplicării VR în învățământul de asistență medicală este costul echipamentelor, întreținerea acestora și costul dezvoltării și actualizării simulărilor VR, care poate fi foarte ridicat, ceea ce face ca pentru unele programe de asistență medicală să fie dificil de justificat această investiție.
- v. **Probleme tehnice:** Din cauza complexității sale și a tendinței de a ridica probleme tehnice, tehnologia VR are potențialul de a perturba procesele de învățare și de a irosi timp și resurse.
- vi. **Lipsa sprijinului instituțional:** mai mulți participanți la forumul public au remarcat că obținerea sprijinului din partea facultăților a fost o problemă recurentă. Membrii facultății nu cunosc tehnologia sau nu o înțeleg în mod adecvat, astfel încât participanții au remarcat că această provocare trebuie depășită prin furnizarea de dovezi privind utilitatea VR (Cook et al., 2019).
- vii. **Desensibilizare:** În timp ce VR poate oferi un mediu sigur și controlat pentru ca studenții să își exerseze abilitățile, este posibil să nu reproducă pe deplin complexitatea situațiilor de interacțiune cu pacienții din viața reală. Există un risc de desensibilizare la situațiile pacienților din viața reală. Studenții pot deveni desensibilizați la anumite situații sau pot să nu își dezvolte pe deplin abilitățile interpersonale și de comunicare necesare pentru îngrijirea pacienților. Acest risc evidențiază importanța utilizării simulărilor VR împreună

cu practica clinică sau cu laboratoarele de simulare, completând astfel mijloacele tradiționale de formare, mai degrabă decât înlocuindu-le, deoarece interacțiunea umană este crucială, în special în învățarea competențelor sociale și de comunicare (van der Linde-van den Bor et al., 2022).

7.3 Jocul serios SG4NS

Industria jocurilor video produce jocuri VR care permit studierea experienței și a emoțiilor utilizatorilor în timpul jocului. Unul dintre cele mai bune genuri de jocuri care permit acest tip de experiență este cunoscut sub numele de Escape Rooms (Oliveira, 2022). Acestea din urmă sunt un tip de joc axat pe rezolvarea de probleme care implică puzzle-uri și mistere ce pot fi rezolvate prin ghicitori și simboluri, provocând jucătorul din punct de vedere psihologic și permițând o relație între mintea și corpul jucătorului (Oliveira, 2023).

Dezvoltarea unui astfel de joc necesită o înțelegere profundă a modului în care emoțiile sunt trezite în corpul uman și, la rândul său, jocul devine foarte eficient în a stârni emoții în rândul jucătorului, implicându-l mai profund pe acesta din urmă în experiență, permițând cea mai bună experiență de joc posibilă. Utilizarea tehnologiei de realitate virtuală permite, în plus, "imersiunea completă", cu un sentiment de "prezență", de "senzație în corp", ca și cum experiența ar fi reală, ceea ce duce la o mai mare implicare a jucătorului și la o participare activă la experiență (Oliveira, 2022).

Obiectivul central al încorporării unui joc serios în cursul de competențe emoționale a fost acela de a induce un spectru de emoții la studenți într-un mediu controlat și captivant, oferind în același timp o experiență captivantă pentru a motiva și mai mult participarea activă a studenților. Jocul de tip Escape Room a constituit în cadrul acestui proiect scenariul ideal pentru un instrument de tip Serious Game VR care să ajute la predarea și învățarea abilităților de competență emoțională de către studenți. Potențialul tehnologiei VR și al genului Escape Room ca mijloc puternic de a stârni emoții la jucători a fost demonstrat într-un studiu realizat de Oliveira și colaboratorii săi (2023).

Pentru a asigura accesibilitatea pentru toți studenții, jocul a fost conceput în mod intenționat cu o interfață simplă și controale minime. Această abordare s-a adresat studenților care nu sunt familiarizați cu realitatea virtuală, permițându-le să navigheze și să se implice în joc fără efort. Accentul pus pe

simplitate a urmărit să elimine potențialele bariere, permițând unei game mai largi de studenți să beneficieze de explorarea emoțională facilitată de Serious Game în cadrul cursului.

Jocul începe cu studentul/jucătorul care se află într-o casă, mai exact în bucătăria unei case, într-un mediu întunecat și neiluminat. Unele părți ale casei erau complet întunecate și trebuie navigat cu o lanternă. Mesajele scrise pe post-it-uri pe blatul bucătăriei îl ghidează pe student/ jucător către alte indicii pentru a explora mediul casei, care este format din mai multe camere, inclusiv un living, un dormitor, un balcon, o cameră de box, un birou și o baie aflate pe două etaje, dezlegând alte puzzle-uri în timpul procesului. Ambianța generală este neluminată, fantomatică (prin intermediul unor sunete ciudate și șoapte ale unei femei de-a lungul scării), concepută astfel încât să stimuleze emoțiile studentului/ jucătorului. Printre instrucțiunile date, studentul/ jucătorul trebuie să deschidă un coș de gunoi cu ajutorul unui ciocan. Această acțiune dificilă este pentru a recupera o cheie din interiorul coșului de gunoi, în care sunt și gândaci. Elevii trebuie să se plimbe prin casă, deschizând uși și urmând instrucțiuni pentru a aduna o serie de chei și pagini dintr-un jurnal, care sunt date și urmate de un text semnat "John".

La un moment dat, jucătorul se confruntă cu o femeie aparent inconștientă, deși nu moartă, întinsă pe podea, care este "Mary". Corpul lui Mary își schimbă poziția de fiecare dată când jucătorul se uită în altă parte. Când studentul/jucătorul se apropie de cadavru, ochii lui Mary îl privesc pe student/jucător. La un alt moment dat, studentul/jucătorul trebuie să treacă printr-o gaură în balcon și să meargă peste o scândură îngustă, activând astfel o posibilă frică de înălțime. Narațiunea jocului se concentrează pe viețile personajelor din joc, John și Mary. Fiecare dintre cele șase pagini ale jurnalului prezintă o dată pe care studentul/jucătorul trebuie să o conecteze într-o anumită ordine pentru a obține un cod, care deschide un dulap în laborator. După ce îl deschide cu succes, studentul/jucătorul își vede reflecția în oglindă și își dă seama că este "John". Autorul jocului susține că, deși există acest scenariu, el rămâne deschis, permițând fiecărui jucător să aibă propria interpretare personală a ceea ce s-a întâmplat. Obiectivul jocului este de a transmite narațiunea jucătorului într-un mod atractiv și care să stârnească curiozitatea față de ceea ce s-a întâmplat (Oliveira et al., 2023).

În urma jocului, studenții au participat în mod activ la discuții deschise în timpul cursului, amintindu-și și analizându-și emoțiile pe care le-au trăit în timp ce navigau în mediul virtual. Printre gama de emoții pozitive și negative experimentate, studenții au evidențiat frica, teamă vagă, dezgustul, curiozitatea,

misterul, îngrijorarea, neputința, frustrarea, plictiseala, confuzia, furia, surpriza, șocul/alarma, entuziasmul, anxietatea, tensiunea, jena, uimirea și satisfacția. Discuțiile structurate de după joc au oferit o platformă pentru ca studenții să verbalizeze și să reflecteze asupra răspunsurilor lor emoționale, favorizând o înțelegere mai profundă a propriilor competențe emoționale. Această componentă reflexivă a fost esențială pentru a lega experiența virtuală de competențele emoționale din lumea reală, îmbogățind procesul general de învățare.

Referințe

- Alimohammadi, M., Norouzi, R., & Alhani, F. (2017). Utilizarea realității virtuale în învățământul de nursing: O revizuire sistematică. *Nurse Education Today*, 44, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.06.019>
- Arvind Mallik, D. M. (2018). Realitatea virtuală în învățământul superior- Îmbunătățirea predării prin valorificarea învățării de calitate. *Jurnalul internațional de cercetare și recenzii analitice*, 5(4), 947-950.
- Azuma, R. T. (1997). Un studiu al realității augmentate. *Presence : teleoperatori și mediu virtual*, 6(4), 355-385. [10.1162/pres.1997.6.4.355](https://doi.org/10.1162/pres.1997.6.4.355)
- Bailenson, J. N., & Yee, N. (2007). Ecologia prezenței avatarurilor: Aspecte psihologice, sociale și culturale ale unei noi forme de relații sociale. *Presence: Teleoperatori și medii virtuale*, 16(4), 305-329. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2007.00299.x>. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2958.2007.00299.x>
- Bender, K., Kilinc, E., Yang, J., & Kim, J. H. (2018). Efectele simulării realității virtuale asupra abilităților de comunicare și a anxietății studenților la asistență medicală. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(10), 58-64. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n10p58>
- Biyik Bayram, S., & Caliskan, N. (2022). Utilizarea simulărilor de realitate virtuală în educația în domeniul asistenței medicale și siguranța pacienților. *Contemporary Topics in Patient Safety - Volume 1*. <https://doi.org/10.5772/intechopen.94108>.
- Bricken, M., & Byrne, C. M. (1993). Studenți de vară în realitatea virtuală. *Virtual Reality*, 199-217. <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-745045-2.50019-2>

- Chang, Y. M. M., & Lai, C. L. (2021). Explorarea experiențelor studenților de asistență medicală în utilizarea realității virtuale imersive pentru a învăța abilități de asistență medicală. *Nurse Education Today*, 97, 104670. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104670>
- Chen, F.-Q., Leng, Y.-F., Ge, J.-F., Wang, D.-W., Li, C., Chen, B. și Sun, Z.-L. (2020). Eficacitatea realității virtuale în educația în domeniul asistenței medicale: Meta-analiză. *Journal of Medical Internet Research*, 22(9). <https://doi.org/10.2196/18290>.
- Cobb, S. V., Nichols, S., Ramsey, A., & Wilson, J. R. (1999). Simptome și efecte induse de realitatea virtuală (VRISE). *Prezență: Teleoperatori și medii virtuale*, 8(2), 169-186. <https://doi.org/10.1162/105474699566152>. <https://doi.org/10.1162/105474699566152>
- Cook, M., Lischer-Katz, Z., Hall, N., Hardesty, J., Johnson, J., McDonald, R. și Carlisle, T. (2019). Provocări și strategii pentru realitatea virtuală educațională. *Information Technology and Libraries*, 38(4), 25-48. <https://doi.org/10.6017/ital.v38i4.11075>.
- Costello, P.J. *Health and Safety Issues Associated with Virtual Reality (Probleme de sănătate și siguranță asociate cu realitatea virtuală): O analiză a literaturii actuale*; Grupul consultativ pentru grafică pe calculator: Loughborough, Marea Britanie, 1997
- Davis, S., Nesbitt, K., & Nalivaiko, E. (2015, ianuarie). *Compararea apariției răului cibernetic folosind Oculus Rift și două roller coasters virtuale*. În Proceedings of the 11th Australasian conference on interactive entertainment (IE 2015) (Vol. 27, p. 30). Sydney, Australia: Australian Computing Society.
- Faiola, A., & Bognar, A. (2019). Simularea în învățământul de nursing: O analiză a cercetării. *Journal of nursing education and practice*, 9(3), 26-33.
- Ferrandini Price, M., Escribano Tortosa, D., Nieto Fernandez-Pacheco, A., Perez Alonso, N., Cerón Madrigal, J. J., Melendreras-Ruiz, R., García-Collado, Á. J., Pardo Rios, M., & Juguera Rodriguez, L. (2018). Studiu comparativ al unui incident simulat cu victime multiple și realitate virtuală imersivă. *Nurse Education Today*, 71, 48-53. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.09.006>
- Gee, J. P., Hardy, K. K., & Cedel, L. L. (2020). Impactul realității virtuale asupra satisfacției pacienților și a rezultatelor în materie de sănătate. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(2), 15-22. <https://doi.org/10.5430/jnep.v10n2p15>

- Kim, C. H. H., & Kim, H. J. (2018). Realitatea virtuală în învățământul de nursing: O revizuire a literaturii. *Journal of Educational Technology Development and Exchange*, 11(1), 1-12. <https://doi.org/10.17783/etde.2018.11.1.1-12> <https://doi.org/10.17783/etde.2018.11.1.1-12>
- King, D., Tee, S., Falconer, L., Angell, C., Holley, D., & Mills, A. (2018). Educație virtuală în domeniul sănătății: Scalarea practicii pentru a transforma învățarea studenților. *Nurse Education Today*, 71, 7-9. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.08.002>
- Lang, E., Heger, M., & Bauernfeind, T. (2018). Realitatea virtuală în învățământul de nursing: O analiză a literaturii. *Journal of Nursing Education and Practice*, 8(6), 46-53. <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n6p46> <https://doi.org/10.5430/jnep.v8n6p46>
- Park, Y. J. J., Kim, E. J., & Kim, J. H. (2020). Efectele educației de asistență medicală bazată pe realitatea virtuală asupra rezultatelor învățării și atitudinilor față de educația de asistență medicală. *Journal of Clinical Nursing*, 29(19-20), 2907-2917. <https://doi.org/10.1111/jocn.15147>.
- Mills, K. A., Scholes, L., & Brown, A. (2022). Virtual Reality and Embodiment in Multimodal Meaning Making. *Written Communication*, 39(3), 335-369. <https://doi.org/10.1177/07410883221083517>
- Obukhov, A. D., Krasnyanskiy, M. N., Dedov, D. L., & Nazarova, A. O. (2022). Studiul influenței realității virtuale asupra procesului de formare profesională a minerilor. *Virtual Reality : The Journal of the Virtual Reality Society*, 1-25. <https://doi.org/10.1007/s10055-022-00687>.
- Oliveira, I., Oliveira, E. și Gomes, L. (2022). Escape VR: the guilt : um escape room em realitate virtuală pentru elicitarea de emoții. Proiect prezentat la IPCA, pentru obținerea gradului de Maestru în Inginerie de Dezvoltare a Jocurilor Digitale. Aprilie, 2022.
- Oliveira, I., Carvalho, V., Soares, F., Novais, P., Oliveira, E., și Gomes, L. (2023) Dezvoltarea unui joc de realitate virtuală Escape Room pentru stimularea emoțiilor. *Information* 2023, 14, 514. <https://doi.org/10.3390/info14090514>
- Pfeiffer, E., Smith, K., & Quirk, R. (2019). Impactul realității virtuale asupra educației în domeniul anatomiei și fiziologiei la studenții la asistență medicală. *Anatomical Sciences Education*, 12(1), 18-26. <https://doi.org/10.1002/ase.1784>
- Riva, G., Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2016). Realitatea virtuală în psihologia clinică și neuroștiință. *Frontiers in Psychology*, 7, 708. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00708>

van der Linde-van den Bor, M., Frans-Rensen, S. A., Slond, F., Liesdek, O. C. D., de Heer, L. M., Suyker, W. J. L., Jaarsma, T. și Weldam, S. W. M. M. (2022). Vocile pacienților în dezvoltarea educației pacienților prechirurgicale folosind realitatea virtuală: Un studiu calitativ. *PEC Innovation*, 1, 100015. <https://doi.org/10.1016/j.pecinn.2021.100015>

Vince, J. (2004). *Introducere în realitatea virtuală*. Springer Science & Business Media.

CAPITOLUL 8

Concluzii și recomandări viitoare

Autori: Maria CASSAR, Daren CHIRCOP, Roderick BUGEJA

8.1 Rezumat

Schimbările din sistemele de sănătate, din profesia de asistent/ă medical/ă și din practica de asistență medicală au generat noi cerințe pentru educația asistentelor medicale și pentru profesorii din acest domeniu. Cu toate acestea, asistentele medicale rămân cel mai numeros grup profesional din domeniul sănătății în majoritatea țărilor. În medie, în 2020 în țările UE există 8,3 asistente medicale la 1 000 de locuitori (Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică [OCDE]/Uniunea Europeană, 2022). Prevalența tot mai mare a bolilor cronice, îmbătrânirea populației, problemele de sănătate la nivel mondial (Shustack, 2020), de exemplu, pandemiile (Lake, 2020), numeroasele riscuri de mediu (Alvarez-Nieto et al., 2018) și soluțiile tehnologice au permis modificări și schimbări în sistemul de sănătate. Asistentele medicale și practica asistenței medicale au căutat soluții pentru a se adapta în consecință (Comisia Europeană, 2017). Asistentele medicale rămân în continuare în centrul furnizării eficiente și eficace a asistenței medicale în sistemul medical, în unitățile de îngrijire pe termen lung, precum și în mediul de îngrijire primară și în comunitate. Prin urmare, competența asistentelor medicale este de o importanță crucială în sistemul medical. Calitatea asistenței medicale și a educației studenților de la specializarea asistență medicală rămân punctul de sprijin al unor sisteme de sănătate bune.

În acest context, sunt indicate cerințele și nevoile de a adopta noi abordări și metode de predare, precum și strategii potrivite activității și competențele profesorilor de la specializarea asistență medicală (Salminen et al., 2021). Sperăm ca acest manual să contribuie la narațiunile și eforturile care urmăresc optimizarea muncii și a competenței profesorilor din domeniul medical. Competența acestora este esențială dacă se dorește să se ofere o educație de calitate înaltă și bazată pe dovezi în vederea dezvoltării cunoștințelor, abilităților și atitudinilor studenților de la specializarea asistență medicală (Organizația Mondială a Sănătății [OMS], 2021). Autorii acestui manual au încredere că acesta este o contribuție validă și utilă la dezvoltarea competenței necesare a profesorilor din domeniul asistenței

medicale în ceea ce privește facilitarea și ghidarea dezvoltării inteligenței emoționale în rândul studenților înscriși la aceasta specializare.

În esență, acest manual este o resursă eclectică de informații și reflecții pentru profesorii studenților de la asistență medicală în ceea ce privește dezvoltarea inteligenței emoționale studenților lor. Dezvoltarea inteligenței emoționale în rândul studenților a fost distinsă ca un atu central al educației asistentelor medicale. Această afirmație se regăsește în proiect și în toate rezultatele și produsele sale, inclusiv în acest manual. În mod specific, acest capitol oferă recomandări pentru profesorii de la specializarea asistență medicală. În următoarele secțiuni, cadrele didactice universitare din cadrul proiectului SG4NS împărtășesc rezultatele exercițiilor de reflecție și evaluare pe care le-au desfășurat în ultimele luni ale perioadei de desfășurare a proiectului. Recomandările se bazează pe o analiză critică a experienței lor în cadrul activităților proiectului și pe feedback-ul de evaluare pe care l-au adunat pe parcursul derulării proiectului în perioada 2020-2023 în șase universități partenere ale proiectului din Portugalia, Italia, România, Spania și Malta.

Proiectul SG4NS (2020-2023) a fost conceput și desfășurat pentru a răspunde cerințelor din sistemele moderne de sănătate menționate mai sus și pentru a contribui la dezvoltarea practicii profesorilor de la specializarea asistență medicală în ceea ce privește eforturile acestora de a dezvolta inteligența emoțională în rândul studenților viitori asistenți medicali. Prin acest proiect au fost parcurși primii pași pentru a răspunde nevoii de abordări noi și eficiente pentru dezvoltarea inteligenței emoționale.

Proiectul a cuprins mai multe activități și rezultate, inclusiv realizarea unei review a literaturii de specialitate, dezvoltarea unui joc serios care a presupus utilizarea tehnologiei imersive de realitate virtuală și un workshop de instruire; toate cu accent pe dezvoltarea inteligenței emoționale în rândul studenților de la asistență medicală. Atelierul de instruire a fost bine primit de către participanții care s-au oferit voluntar să participe. Apartenența participanților la culturi diferite a fost considerată o fațetă îmbucurătoare a proiectului. Recomandările de mai jos provin din toate cele de mai sus.

8.2 Recomandări viitoare pentru contribuția profesorilor de la asistență medicală la dezvoltarea competenței emoționale în rândul studenților înscriși la această specializare

Recomandarea 1: Cerințele universale ale studenților viitori asistenți medicali privind "dezvoltarea inteligenței emoționale"

Cerințele privind inteligența emoțională a studenților la asistență medicală trebuie să fie discutate și armonizate la nivel paneuropean și, treptat și în cele din urmă, la nivel global. Având în vedere fenomenele de globalizare și de mobilitate a personalului medical la nivel mondial, este indicat un consens universal în ceea ce privește cerințele de "dezvoltare a inteligenței emoționale" a studenților de la asistență medicală. Se sugerează continuarea cercetărilor pentru a căuta îndrumare în conceperea unor strategii de "dezvoltare a inteligenței emoționale" care să fie universale, permițând furnizarea și accesul la resurse educaționale care pot ghida și sprijini dezvoltarea inteligenței emoționale în rândul studenților din întreaga lume. Proiectul SG4NS a reprezentat un prim pas în această direcție. Risipa și ineficiența, care decurg din fragmentarea investițiilor și din duplicarea inițiativelor, sunt provocări cu care se confruntă în prezent profesorii de la asistență medicală (Leaver et al, 2022), prin urmare, colaborările internaționale sunt văzute ca soluții reale și durabile pentru a aborda lacunele și discrepanțele identificate în educația asistentelor medicale în ceea ce privește dezvoltarea inteligenței emoționale. Determinarea cerințelor universale privind inteligența emoțională a studenților de la asistență medicală va consolida și economisi expertiza, resursele, inițiativele și investițiile în diferite țări și, prin urmare, este recomandată.

Recomandarea 2: Dezvoltarea oportunităților educaționale pentru profesorii de la asistență medicală la nivel internațional, în ceea ce privește dezvoltarea inteligenței emoționale în rândul studenților înscriși la această specializare.

Este necesar să se dezvolte competența profesorilor de la asistență medicală, folosind rezultatele studiilor anterioare. Această recomandare este propusă în vederea susținerii beneficiilor nivelurilor universale de dezvoltare a inteligenței emoționale în rândul studenților viitori asistenți medicali luând în considerare provocările și soluțiile disponibile pentru perioada contemporană. Literatura de specialitate sugerează o îmbunătățire și o mai mare egalitate în ceea ce privește calitatea învățământului de la asistență medicală la nivel global, astfel încât să scadă diferențele în ceea ce privește calitatea serviciilor de asistență medicală la nivel mondial (Satoh et al. 2020). Dezvoltarea profesională continuă (DPC) este

un proces de învățare autodirijat (Drude et al., 2019) care este necesar pe toată durata activității unui profesor. Se recomandă un program structurat universal de DPC pentru de asistente medicale pentru a sprijini "dezvoltarea inteligenței emoționale "a studenților asistenți medicali. Acest DPC va permite dezvoltarea continuă a competenței educatorilor de asistente medicale în acest sens (Pool et al., 2015) și le va permite acestora să facă față unor realități dinamice de-a lungul anilor de practică profesională ca educatori.

Recomandarea 3: Să îndrume instituțiile de învățământ pentru asistenți medicali și angajatorii acestora să canalizeze resurse, inclusiv timp și resurse financiare, pentru a sprijini strategiile și abordările profesorilor care vizează dezvoltarea inteligenței emoționale a studenților de la asistență medicală.

Progresele înregistrate în utilizarea tehnologiei în educație și caracteristicile în schimbare ale populației studențești necesită cunoștințe și competențe asociate cu modalitățile și metodele moderne de predare și învățare. Pe de o parte, provocările globale și de gestionare a muncii cu care se confruntă profesorii de la asistență medicală (EU-OSHA 2018, Howard et al., 2022), inclusiv progresele tehnologice, alături de schimbările demografice din întreaga Europă, care cresc cererea de asistență medicală și o lipsă de asistente medicale și de profesori din acest domeniu, sunt elemente recunoscute de instituțiile actuale de învățământ. Pe de altă parte, profesorii din acest domeniu au un volum de muncă ridicat, care este de obicei distribuit inegal pe parcursul anului universitar (Rinne et al., 2022). În plus, aceștia se confruntă cu stresul psihologic și cu stresul legat de muncă (Singh, 2020). Resursele necesare pentru a dezvolta cunoștințe și competențe și resursele de care au nevoie profesorii pentru a integra și a utiliza în mod eficient noile tehnologii în predarea lor. Perspectivele acestui proiect susțin opinia conform căreia există puține cercetări privind nevoile profesorilor din acest domeniu. Această lacună de cunoștințe evidențiază necesitatea unor cercetări viitoare. Este important să se evite să se treacă cu vederea faptul că profesorii și contextele specifice fiecărei țări au cerințe diferite, deoarece (1) liniile inițiale de plecare variază de la un context la altul și (2) ritmul și natura dinamicii într-un context specific variază, de asemenea, față de oricare altul. Prin urmare, se recomandă investiții care să fie canalizate în mod specific către dezvoltarea inteligenței emoționale.

Recomandarea 4: Înființarea unui centru internațional pentru "dezvoltarea inteligenței emoționale" pentru profesia de asistent medical

Schimbul de cunoștințe și expertiză între universitățile partenere din cadrul proiectului SG4NS a oferit un spațiu bogat pentru învățare și dezvoltare. Prin urmare, se recomandă înființarea unui hub pentru "dezvoltarea inteligenței emoționale" pentru profesia de asistent medical, pentru a avansa dezvoltarea calității inteligenței emoționale în întreaga lume. Una dintre principalele funcții ale hub-ului va fi aceea de a încuraja colaborările între entități din diferite țări, precum și de a permite schimburi între profesori de resurse, experiențe și expertiză. Se consideră că un astfel de hub are potențialul de a crește posibilitățile de colaborare profesională internațională într-un mod structurat și sistematic pentru a spori educația unificată și armonizată a studenților viitori asistenți medicali din întreaga lume în această privință. Învățarea și creșterea care au rezultat din experiența transnațională a acestui proiect sunt lăudabile și se recomandă continuarea învățării și creșterii în acest domeniu. Hub-ul va permite asimilarea, revizuirea și evaluarea viitoarelor studii de cercetare în vederea diseminării eficiente a dovezilor și a celor mai bune practici. În cel mai rău caz, hub-ul recomandat va servi drept depozit de resurse care facilitează predarea și învățarea pentru profesorii din domeniul asistenței medicale. Rezultatele proiectului SG4NS, inclusiv jocul serios și analiza literaturii și activitățile desfășurate la workshopu-uri, vor fi componentele fondatoare ale acestui hub. Alte resurse vor fi co-create de profesori sau de echipe de profesori și cercetători și vor fi împărtășite între țări, pentru a sprijini forța de muncă viitoare a educatorilor de asistenți medicali și studenții de la asistență medicală din viitor. În cel mai bun caz, în cadrul hub-ului profesorii ar putea (1) să ofere sfaturi cu privire la "dezvoltarea inteligenței emoționale" în cazul specialiștilor din domeniul asistenței medicale, organizațiilor globale, cum ar fi OMS și ICN, și (2) va oferi un cadru de lucru formal pentru cercetare. Această activitate de cercetare este necesară, deoarece furnizează dovezile care pot sugera politici și strategii în ceea ce privește practica, predarea și învățarea.

Recomandarea 5: Adoptarea tehnologiilor imersive, inclusiv utilizarea jocurilor serioase și a ochelarilor VR pentru a permite dezvoltarea inteligenței emoționale, necesită prudență și ar trebui să fie precedată de o analiză situațională a contextului.

Proiectul SG4NS a utilizat un joc serios imersiv care a inclus utilizarea căștilor VR. Deși s-a dovedit a fi un element de atracție pentru ca studenții să se angajeze într-un atelier de lucru privind dezvoltarea inteligenței emoționale, lacunele și limitările în ceea ce privește competența și confortul atât al profesorilor, cât și al elevilor în ceea ce privește utilizarea instrumentelor și echipamentelor tehnologice menționate au prezentat provocări semnificative. De asemenea, durata activității de învățare care a presupus utilizarea ochelarilor VR și locul de desfășurare a activității de învățare ar fi beneficiat în mod clar de considerații mai ample în momentul planificării. Aceste provocări, în urma evaluării, au fost identificate ca potențiale amenințări și inhibitori care puteau pune în pericol și să compromită predarea și învățarea în grade diferite la diferite persoane.

Având în vedere cele de mai sus, se recomandă ca, înainte de desfășurarea unei inițiative educaționale care să utilizeze instrumente și echipamente precum ochelari VR și jocuri serioase, abordarea și strategia inițiativei educaționale să fie atent trasate pe baza unei analize a situației, adică a contextului în care va fi oferită și realizată această inițiativă educațională.

Referințe

Drude, K. P., Maheu, M., & Hilty, D. M. (2019). Dezvoltarea profesională continuă: Reflecții asupra unui proces de învățare pe tot parcursul vieții. *The Psychiatric clinics of North America*, 42(3), 447-461. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2019.05.002>.

Pool, I. A., Poell, R. F., Berings, M. G., & ten Cate, O. (2015). Strategii de dezvoltare profesională continuă în rândul asistentelor medicale mai tinere, de vârstă mijlocie și mai în vârstă: o abordare biografică. *International journal of nursing studies*, 52(5), 939-950. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.004>.

Howard A., Antczak R., & Albertsen K. 2022. Educație - Dovezi din Sondajul european al întreprinderilor privind riscurile noi și emergente (ESENER). Agenția Europeană pentru Securitate și Sănătate în Muncă (EU-OSHA). https://www.bollettinoadapt.it/wp-content/uploads/2022/10/Education%E2%80%93evidence-ESENER_en.pdf.

Rinne, J., Leino-Kilpi, H., Saaranen, T., Pasanen, M., & Salminen, L. (2022). Bunăstarea profesională a educatorilor în educația în domeniul sănătății și asistenței sociale. *Occupational medicine (Oxford, Anglia)*, 72(5), 289-297. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqac024>.

Singh, C., Cross, W, Munro, I., & Jackson, D. (2020). Stresul ocupațional cu care se confruntă profesorii universitari de asistență medicală - O revizuire sistematică cu metode mixte. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 720-735. <https://doi.org/10.1111/jocn.15150>

Leaver, C. A., Stanley, J. M., & Veenema, T. G. (2022). Impactul pandemiei COVID-19 asupra viitorului învățământului de nursing. *Academic Medicine*, 97(3), S82.

Alvarez-Nieto, C., Richardson, J., Parra-Anguita, G., Linares-Abad, M., Huss, N., Grande- Gascón, L., Grose, J., Huynen, M., López-Medina, I.M., 2018. Dezvoltarea de materiale educaționale digitale pentru asistență medicală și sustenabilitate

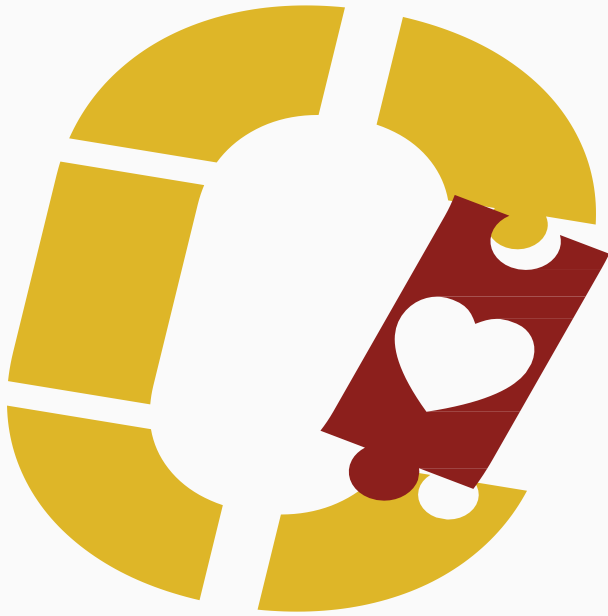
Comisia Europeană, 2017. Raportul complementar privind starea de sănătate în UE 2017. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2017_companion_en.pdf

Lake, M.A., 2020. Ce știm până acum: COVID-19 cunoștințe clinice și cercetări actuale. *Clinical Medicine (Lond)* 20 (2), 124-127.

OCDE/Uniunea Europeană (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.

Shustack, L., 2020. Integrarea Google Earth în cursurile de asistență medicală comunitară care pregătesc asistenți medicali conștienți la nivel global. *Nurse Educ.* 45 (2), E11-E12.

Satoh, M., Fujimura, A. și Sato, N. (2020). Competența educatorilor de asistenți medicali universitari. *SAGE Open Nursing*, 6, 2377960820969389. <https://doi.org/10.1177/2377960820969389>
<https://doi.org/10.1177/2377960820969389>



Serious Games - Developing Emotional Competences for Nursing Students
2020-1-PT01-KA203-078847, co-financed by Erasmus + Program KA2 -
Cooperation for Innovation and the Exchange of Good Practices, KA203 -
Strategic Partnerships for higher education