**Содержание.**

Введение. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .3.

Глава I. Теоретические аспекты изучения проблемы портрета врача.

1.1 Исторический подход к изучению проблемы личностных и профессиональных особенностей врача. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .7.

* 1. Специфика взаимоотношений больного и врача. . . . . . . . . . . . . . . . . .12.
	2. Психологический портрет врача. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .19.

Глава II. Экспериментальное исследование психологического портрета врача.

2.1 Методы исследования психологического портрета врача. . . . . . . . . . . . .25.

2.2 Эмпирическое исследование психологического портрета врача. . . . . . . 28.

Заключение. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .44.

Список использованной литературы. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ..49.

**Введение.**

**Актуальность темы.**

В настоящее время состояние здоровья и нездоровья человека все больше определяется психологическими факторами, а это значит, что лечение многих заболеваний, стабилизация аутодеструктивных форм поведения является невозможным без учета социально – психологических факторов отношения человека с окружающей микросредой, что требует, в свою очередь, умения врача строить доверительные отношения с пациентом. В этой связи Эдинбургская декларация Всемирной федерации по медицинскому образованию установила, что каждый пациент должен иметь возможность ожидать в лице врача встретить человека, подготовленного в качестве внимательного слушателя, тщательного наблюдателя, эффективного клинициста, а также человека, обладающего высокой восприимчивостью в сфере общения.

Исходя из этого, в последние годы широкое признание получила точка зрения, согласно которой социально – психологическую подготовку необходимо включать в программу обучения врачей. Расширенное внедрение курсов социальной психологии в практику подготовки врачей всех уровней представляется чрезвычайно злободневной проблемой, поскольку социально – психологическая компетентность врача, лежащая в основе установления терапевтического альянса с пациентом и коррелирующая с психологическим эффектом лечения позволит:

* Лучше распознавать и правильно реагировать на вербальные и невербальные знаки пациента и извлекать из больше относящейся к делу информации;
* Наиболее эффективно проводить диагностику, так как эффективная диагностика зависит не только от установления телесных симптомов болезни, но также и от способности врача выявлять те соматические симптомы, причины которых могут иметь психологическую природу, что требует иных планов лечения;
* Действовать наиболее эффективно в особо «чувствительных» аспектах взаимоотношений «врач – пациент»;

Таким образом, изучение и углубление в данную тему позволит врачам повысить свою компетентность, а пациентам даст возможность лечиться у профессионалов.

**Разработанность проблемы.**

В настоящее время тема психологического портрета врача изучена не достаточно хорошо. Однако она нашла свое отражение в некоторых публикациях.

В. А. Ташлыков в своей работе «Психология лечебного процесса» освещает психологические закономерности лечебного процесса на моделях личностного подхода к больным, подробно раскрывает формы контакта «врач – больной», особое внимание уделяет психологическим факторам, повышающим эффективность лечебного процесса, показывает значения психологической подготовки врача.

В работе Н. А. Магазаника «Искусство общения с больными» изложены приемы, помогающие врачу завоевать доверие и расположение больного; показано как снять различные страхи пациентов и добиться психологической приемлемости больным врача.

Книга «Мудрость взаимности», написанная в соавторстве В. П. Петленко и И. А. Шамова так же заслуживает внимания. Здесь авторы рассматривают этику взаимоотношений врача и больного, анализируют те качества врача, от которых зависит успех лечебного процесса.

Нельзя обойти стороной и труд Г. Г. Ковалева и В. В. Коршуновой «Индивидуально – психологические особенности личности врача – хирурга». Исследователи анализируют в данной работе некоторые индивидуально – психологические особенности врача – хирурга в связи со спецификой профессии, показывают значение психо – эмоциональных состояний врача при общении с пациентом.

**Цели и задачи исследования.**

Цель данной работы – исследовать психологический портрет врача в зависимости от типа оказываемых им услуг.

Задачи:

1. Рассмотреть психологические факторы в деятельности врача;
2. Изучить психологический портрет врача;
3. Дать анализ экспериментальному исследованию психологического портрета врача.

**Объект и предмет исследования.**

Объектом данного исследования явились врачи МУЗ Городской поликлиники №1. Предметом исследования является психологический портрет врача.

**Методы исследования.**

В ходе данного исследования была использована комплексная методика, включающая в себя наблюдение, беседу, опрос, анализ результатов деятельности, тестирование. Во время проведения исследования было протестировано 30 врачей МУЗ Городской поликлиники №1, которые были разделены на две группы: I группа – врачи – стоматологи и II группа – врачи – гинекологи, и были использованы: тест «Диагностика уровня эмпатии» И. М. Юсупова, методика «Многофакторный личностный опросник» Р. Кэттелла, тест «Опросник на «выгорание» MBI К. Маслача и С. Джексона.

**Гипотеза исследования.**

Врачи, обладающие высоким уровнем эмпатии, в меньшей степени подвержены синдрому эмоционального выгорания. Основными составляющими психологического портрета врача являются общительность, высокая нормативность поведения и высокий самоконтроль.

**Практическая значимость.**

Результаты проведенного исследования могут использоваться в учебной и образовательной деятельности врачей, в работе уже практикующих врачей, кроме того, результаты исследования помогут работникам отдела кадров в медицинских учреждениях подобрать высоко квалифицированный персонал.

**Апробация работы.**

С результаты исследования были ознакомлены медицинские работники, принявшие участие в исследовании, а также дирекция МУЗ Городской поликлиники №1.

**Положения, выносимые на защиту.**

1. Аффилиация, эмпатия, эмоциональная стабильность и сенситивность к отвержению – основные составляющие психологического портрета врача;
2. Более высокие показатели уровня эмпатии присущи врачам – гинекологам, вследствие особой специфичности их работы, которым в меньшей степени свойственен синдром эмоционального выгорания;
3. Высокий уровень эмпатии препятствует развитию синдрома эмоционального выгорания.

**ГЛАВА I. Теоретические аспекты изучения проблемы портрета врача.**

**1.1 Исторический подход к изучению проблемы личностных и профессиональных особенностей врача.**

Профессия врача - одна из самых древних и почитаемых на земле. Она является выражением свойственной человеку потребности оказывать помощь страждущему. Во все времена у всех народов врачевание ценилось очень высоко. Еще Гомер писал: "Многих воителей стоит один врачеватель искусный".

Для общества совсем не безразлично, кто избирает себе профессию врача и как он выполняет моральные обязанности, налагаемые на него этой профессией. С развитием общества менялось положение врача в нем, возрастал его общественный престиж и авторитет, столь необходимый для осуществления профессиональной деятельности, изменялись и требования к врачу и к здравоохранению в целом.

Однако вне зависимости от социально-общественных формаций обязательным условием успешного врачевания всегда было и остается соблюдение определенных морально-этических принципов во взаимоотношениях врача и больного.

Уже в начальной стадии развития врачебной этики рабовладельческой формации (догиппократовский период) формируются общие требования к подготовке и деятельности врача, к его личности, внешнему и внутреннему облику. Так, например, в известном индийском трактате "Аюрведа", составленном еще в VI веке до нашей эры, в учении древнеиндийских врачей содержатся замечательные мысли о долге врача, его поведении, отношении к больным, согласно которым врач должен был обладать высокими моральными и физическими качествами, быть сострадательным, терпеливым и спокойным, никогда не терять самообладания. Врачу предписывалось лечить даром - прежде всего брахманов и своего учителя, но также бедных, друзей и соседей, сирот и чужестранцев. В то же время считался нормальным отказ во врачебном совете преступникам.

Большое внимание уделялось отбору будущих врачей и методам их психологической и нравственной подготовки. При этом обязательно учитывались возраст, состояние здоровья, память и необходимые нравственные качества: скромность, благочестие, целомудрие. Важнейшей обязанностью учителя наряду с профессиональным обучением было воспитание у учащихся чувства любви к истине, смирения и справедливости. Желавший стать врачом должен был избавиться от всякого рода страстей: ненависти, корыстолюбия, хитрости и т. д.

Важным считалось соблюдение врачебной тайны: врач не должен был не только разглашать сведения о больном, но и высказывать сомнения относительно его выздоровления. Чтобы завоевать полное доверие больного, врач обязан был "свято чтить семейные тайны".

Глубокое гуманистическое понимание роли медицины в укреплении здоровья человека отражено в памятнике древнекитайской медицины - книге Хуан ди Нэй-цзиня "О природе и жизни". В этой книге были предприняты попытки определить основные правила, которыми должен руководствоваться в своей практической деятельности каждый врач. Одно из них - необходимость внушить больному уверенность в выздоровлении. Большое значение придавалось также индивидуальному подходу к заболевшему с учетом его характерологических особенностей. Среди этих правил и советов врачу есть и такой: "уметь держать сердце в груди" (то есть не допускать чрезмерных реакций, правильно реагировать на различные жизненные ситуации).

Величайший врач древности Гиппократ был первым, кто попытался систематизировать правила медицинской этики на основании многовекового опыта медицины. В своей знаменитой "Клятве", в книгах "О враче" и "О благоприличном поведении", "Об искусстве", в "Афоризмах", написанных около двух с половиной тысяч лет тому назад он создал кодекс моральных норм, обязательных для тех, кто на всю жизнь избрал врачевание своей профессией. В основе этики Гиппократа лежит идея уважения к больному, пациенту, обязательность требования, чтобы всякое лечение не причиняло ему вреда. Известнейшей заповедью этики Гиппократа является его запрет разглашать врачебную тайну. Кодекс профессиональной медицинской этики, сложившийся в Древней Греции две с половиной тысячи лет тому назад в так называемой школе Гиппократа на острове Кос, может быть сведен к четырем этическим императивам:

1. Исцелить.

2. Не навреди.

3. Принцип равного отношения к пациентам вне зависимости от их возраста, пола, материального положения («принцип справедливости»).

4. Принцип абсолютного приоритета жизни (восприятие жизни больного как высшей ценности).

Своеобразным мостом от античной к современной европейской медицине оказалось наследие великих арабских врачей. В отношении многих из них как нельзя лучше подходит знаменитая мысль Гиппократа, что врач-философ подобен богу. Прежде всего, это Авиценнакоторый перенес в Европу высокую культуру Востока. "Канон врачебной науки" Авиценны - это энциклопедия научных знаний по общей и частной патологии, значение которых сохранялось в течение многих столетий (в известном смысле, вплоть до первой половины XIX века. Авиценна подчеркивал, что врач, кроме всего прочего, должен обладать даром красноречия, вообще слово врача он ставил рядом со словом поэта. Авиценна, в частности, придавал большое значение необходимости успокоить больного, снять чувство страха, поднять его настроение.

Наиболее четко принципы врачебной этики были изложены врачом – целителем Парацельсом. В отличие от модели Гиппократа, когда врач завоевывает социальное доверие пациента, в модели Парацельса основное значение приобретает патернализм - эмоциональный и духовный контакт врача с пациентом, на основе которого и строится весь лечебный процесс. Вся сущность отношений врача и пациента определяется благодеянием врача, благо в свою очередь имеет божественное происхождение, ибо всякое Благо исходит свыше, от Бога.

В эпоху Просвещения врачебная этика получила сильный импульс к своему дальнейшему развитию. Она оформляется как система развернутых конкретных моральных обязанностей врача, регулирующих его профессиональную деятельность. Важную роль при этом сыграли труды английского философа и правоведа И. Бентама,который первым ввел термин "деонтология", обозначающий у него философскую теорию нравственности в целом. В настоящее время в медицине деонтология понимается как учение о долге, наука о моральном, эстетическом, и интеллектуальном облике человека, посвятившего себя благородному делу – заботе о здоровье человека, о том, каковы должны быть взаимоотношения между медиками, больными и их родственниками, а также между коллегами в медицинском коллективе и целыми учреждениями, участвующими в борьбе за жизнь и здоровье людей.

В России идеи гуманизма в медицине были широко распространены. Еще первые русские клиницисты С. Г. Зыбелин, М. Я. Мудров, И. Е. Дядьковский писали о проблемах врачебного долга и обязанностях врача. Н. И. Пирогов, В. А. Манассеин, С. П. Боткин и многие другие выдающиеся медики XIX века выступали в студенческих аудиториях с лекциями о нравственном облике врача, о том, как он должен работать, какие обязанности накладывает на него профессия. Русские клиницисты обосновали принципы индивидуального подхода к больным, как в научном, так и в морально-психологическом плане. Эти принципы лежат в основе всего отечественного медицинского образования. Подвиг, самопожертвование, служение долгу расценивались в отечественной медицине как норма поведения врача.

В условиях капитализма этика врача вступает в противоречие с антигуманностью самого строя, который не только не считает себя обязанным нести ответственность за охрану здоровья народа, но и создает условия, при которых система медицинской помощи становится несовместимой с принципами гуманизма и высокой моралью врача. В этих условиях, как образно замечал В. Вересаев, каждый шаг врача отмечается рублем, и звон этого рубля непрерывно стоит между врачом и страдающим человеком.

Необходимость нравственного и правового регулирования взаимоотношений между врачами в современном мире обусловлена их конкуренцией в борьбе за прибыль. А. И. Смольников, Е. Г. Федоренко пытаются усмотреть в конкуренции между врачами проявление принципа свободы деятельности. Однако еще В. В. Вересаев подчеркивал, что в действительности такая конкуренция ведет к забвению врачебной этики, к попранию моральных норм.

Таким образом, на протяжении многих веков и по сей день, профессия врача остается самой почитаемой и необходимой. Между тем, она предъявляет к медицинскому работнику свод этических принципов и требований, так как на нем лежит огромная ответственность за жизнь и охрану здоровья людей. А это, в свою очередь, подразумевает под собой наличие у врача определенных индивидуально-психологических особенностей, таких как сострадание, терпение и спокойствие, умение найти правильный подход к каждому больному.

**1.2 Специфика взаимоотношений больного и врача.**

Различают 2 типа взаимоотношений в диаде «врач - больной».

Первый тип основан на авторитарно – директивной позиции врача, являющегося для пациента компетентным руководителем, занимающим активную позицию (принцип доминирования), а больной является ведомой, сравнительно малоактивной личностью. Такие взаимоотношения иногда целесообразны, ибо облегчают некоторые психотерапевтические акции врача, особенно если нужен авторитет для их проведения и повышенная вера в чудодейственность психокоррекционных воздействий (гипносуггестия, эффект плацебо) и другие. В то же время такое доминирование врача над пациентом, которое обычно предпочитают незрелые личности и истероидные акцентуаты, приводит к пассификации больного и препятствует вырабатыванию активного противодействия болезни.

Другой вариант взаимоотношений в системе «врач-больной» предпочтительный для лиц, стремящихся к максимально возможному проявлению активности, основан на так называемом «принципе партнерства». При этой позиции врач стремится к партнерскому взаимодействию с больным, основанном на уважении личности пациента и пробуждении его активности, а главное к сочувственно - сопереживательному (эмпатическому) отношению к нему. Активирующиеся при этом механизмы подражания и идентификации с врачом позволяют лучше усвоить лечебные установки врача. В. А. Ташлыков рекомендует на первом нормальном этапе психотерапевтического контакта преимущественно акцентуирование принципа сотрудничества, а по мере укрепления доверия пациента врач может переходить к более директивному стилю руководства поведением больного с целью достижения адъективной переделки личностных отношений.

Выбор того или иного стиля обусловлен типом больного. Различают:

1. Гармоничный. Трезвая оценка своего состояния без склонности преувеличивать его тяжесть и без оснований видеть все в мрачном свете, но и без недооценки тяжести болезни. Стремление во всем активно содействовать успеху лечению. Нежелание обременять других тяготами ухода за собой. В случае неблагоприятного прогноза в смысле инвалидизации – переключение интересов на те области жизни, которые остаются доступными больному. При неблагоприятном прогнозе – сосредоточение внимания, интересов на судьбе близких, своего дела.
2. Тревожный. Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения. Поиск новых способов лечения, жажда дополнительной информации о болезни, вероятных осложнениях, методах терапии, непрерывный поиск авторитетов.
3. Ипохондрический. Сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях. Стремление постоянно рассказывать о них окружающим. На их основе преувеличение действительных и выискивание несуществующих болезней и страданий. Преувеличение побочного действия лекарств. Сочетание желания лечиться и неверие в успех, требований тщательного обследования и боязни вреда и болезненности процедур. Пациент с ипохондрическим типом реагирования склонен к эгоцентризму.
4. Меланхолический. Удрученность болезнью, неверие в выздоровление, в возможное улучшение, в эффект лечения. Активные депрессивные высказывания вплоть до суицидных мыслей. Пессимистический взгляд на все вокруг. Неверие в успех лечения даже при благоприятных объективных данных.
5. Апатический. Полное безразличие к своей судьбе, к исходу болезни, к результатам лечения. Пассивное подчинение процедурам и лечению при настойчивом побуждении со стороны. Утрата интереса ко всему, что ранее волновало.
6. Неврастенический. Поведение по типу «раздражительной слабости». Вспышки раздражения, особенно при болях, при неприятных ощущениях, при неудачах лечения, при неблагоприятных данных обследования. Раздражение нередко выливается на первого попавшегося и завершается нередко раскаянием и слезами. Непереносимость болевых ощущений. Нетерпеливость. Неспособность ждать облегчения. В последующем – раскаяние за беспокойство и несдержанность.
7. Обсессивно – фобический. Тревожная мнительность, прежде всего, касается опасений не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасности в связи с болезнью волнуют более, чем реальные. Защитой от тревоги становится приметы и ритуалы.
8. Сенситивный. Чрезмерная озабоченность неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения о своей болезни. Опасения, что окружающие станут избегать, считать неполноценным, пренебрежительно относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни. Боязнь стать обузой для своих близких и неблагожелательного отношения с их стороны в связи с этим.
9. Эгоцентрический. «Уход в болезнь», выставление напоказ близким и окружающим своих страданий и переживаний с целью полностью завладеть их вниманием. Требование исключительной заботы – все должны забыть и бросить все и заботиться только о больном. Разговоры окружающих быстро переводятся «на себя». В других людях, также требующих внимания и заботы, видят только «конкурентов» и относятся к ним неприязненно.
10. Эйфорический. Необоснованно повышенное настроение, нередко наигранное. Пренебрежение, легкомысленное отношение к болезни и лечению. Надежда на то, что «само все обойдется». Желание получить от жизни все, несмотря на болезнь. Легкость нарушения режима, хотя эти нарушения могут неблагоприятно сказаться на течении болезни.
11. Анозогнозический. Активное отбрасывание мыслей о болезни, о возможных ее последствиях. Непризнание себя больным. Отрицание очевидного в проявлениях болезни, приписывание их случайным обстоятельствам или другим несерьезным заболеваниям. Отказ от обследования и лечения. Желание «обойтись своими средствами».
12. Эргопатический. «Уход от болезни в работу». Даже при тяжести болезни и страданиях стараются, во что бы то ни стало продолжать работу. Трудятся с ожесточением, с еще большим рвением, чем до болезни, стараются лечиться и подвергаться обследования так, чтобы это оставляло возможность продолжения работы.
13. Паранойяльный. Уверенность в том, что болезнь является результатом чьего-то злого умысла. Крайняя подозрительность к лекарствам и процедурам. Стремление приписывать возможные осложнения лечения или побочные действия лекарств халатности или злому умыслу врачей и персонала.

Помимо слов, врач может эффективно использовать невербальные формы коммуникации и психокоррекции, которые «растопляют» напряженность и недоверчивость больных.

В то же время надо видеть, что некоторая группа пациентов отвергает сопереживающий тип поведения врача.

Как правило, эти больные с тревожно – мнительной или педантичной акцентуацией, ожидающие от врача точного диагностического заключения, вследствие чего они ориентированы на «эмоционально – нейтральный» тип взаимоотношений больше, чем на эпатирующий. Взаимоотношения между больным и врачом зависят не только от индивидуальных особенностей больного, его психики, но и от личности и поведения медицинского работника, его общей и профессиональной культуры, соблюдения принципов этики и деонтологии.

Основная ответственность за характер этих взаимоотношений, столь важных для успешного лечения, всегда ложится на медицинского работника. Он обязан, строя свои взаимоотношения с больным, учитывать особенности его личности, переживания.

Диагностический процесс для врача начинается уже с момента появления больного: его внешнего вида, походки, особенностей речи и тому подобное. Однако нельзя забывать, что и больной с первых мгновений оценивает врача. Разница в том, что, если врач видит каждого пациента фоне бесконечной вереницы больных, то для больного врач – человек необычный, уникальный, которому он вверяет свое благополучие, а то и жизнь. Поэтому он пытливо и с особым пристрастием изучает врача. Создающееся у него впечатление является фундаментом будущего психотерапевтического влияния. Вспомним известное изречение: «Если больному не стало легче после первой же встречи с врачом, то это плохой врач».

Пожилому врачу в этом отношении легче, на него «работают» его стаж, седина, известность, звание: больной заранее готов отнестись к нему с доверием. Молодому врачу труднее он должен преодолеть естественное подозрение в неопытности.

Больной изучает своего врача, прежде всего как человека: добр ли он, внимателен ли, участлив, спокоен или суетлив.

С первых слов надо создать впечатление приветливости, участия, готовности помочь. Равнодушный тон, сухое обращение, невнимательность здесь губительны. Если больной взволнован или страдает от боли, одышки, необходимо сначала успокоить его, пообещать помочь. При этом нельзя впадать в противоположную крайность – оханье и причитание вредны, во-первых, потому, что при действительно тяжелых страданиях больной ждет не просто утешений, а реальной помощи. Во-вторых, нередко встречаются больные с истерическим складом характера, жаждущие поразить врача колоссальностью своей болезни, и если поддаться этой суггестии, то трудно будет составить представление о существе дела.

Необходимо помнить, что только после установления контакта с больным можно переходить к оценке результатов анализов и других вспомогательных методов обследования. Больной должен почувствовать, что врач, к которому он пришел за помощью, интересует не только вопросы диагностики, но и обратившийся к нему человек.

При наблюдении за больным нередко можно заметить его тревогу, возбуждение, суетливость, печаль в глазах и прочие внешние признаки душевного неблагополучия. Это означает, что данный пациент нуждается не только в таблетках или уколах, но и в одобрении, утешении, успокоении – словом, в психотерапии. Внешнее спокойствие больного может быть всего лишь маской, скрывающей его испуг, отчаяние, тоску.

Есть другая категория больных. Для них каждый визит к врачу доказывает окружающим, что они серьезно больны и вынуждены постоянно лечиться. Среди них бывают эгоисты и люди чрезмерно озабоченные своим здоровьем, которые регулярно обращаются к врачу. Однако часто за этим кроется неосознанное желание уйти от трудностей жизни, получить, так сказать, моральный больничный лист. Иногда таким больным можно помочь, деликатно и настойчиво снимая их необоснованные страхи и предрассудки. Страх, постоянный в душе человека, - плохой союзник в борьбе с болезнью. Врач должен оставлять больного не с тоской в душе, а с верой и надеждой. Даже если не возможно вылечить больного, долг врача – утешить его. Амбруаза Паре говорил: “Цель медицины – если возможно вылечить, если нет – облегчить, но всегда – утешить”.

Еще один важный момент во взаимоотношениях врача и пациента это эмпатия. Эмпатия включает в себя способность человека воспринимать эмоциональное состояние другого человека и сопереживать ему.

В практике с пациентом врач нередко способен почувствовать его переживание не столько на основании словесных сообщений, сколько по характеру его невербального поведения. Эмпатический подход врача проявляется в его способности чувствовать эмоциональное состояние больного в каждый момент общения с ним и, что немаловажно, в умении передать пациенту то, что он полностью понят.

Особо следует отметить такой феномен как ятропсихогения. Ятропсихогения – это не кратковременная реакция больного на неправильное высказывание или действие врача, а зафиксированное невротическое расстройство, имеющее обычно истинные причины в личности пациента и характере отношений с врачом. Она представляет собой своего рода отрицательный плацебо – эффект, связанный с определенными ожиданиями, опасениями и установками пациента в отношении болезни, врача и лечения. Отрицательное влияние врача на больного могут располагаться в широком диапазоне от явных ятрогений (эффект обусловлен в основном неправильным поведением врача) до псевдоятрогений (эффект обусловлен главным образом болезненным восприятием больного).

Отсутствие доверительного контакта между пациентом и врачом является общим условием возникновения ятрогении. Промахи в речи врача, особенно при первой встрече с больными, часто являются ее источником. Например, необходимо избегать употребления даже наиболее распространенной терминологии, так как это вызывает тревогу у пациента.

Таким образом, из выше изложенного материала видно, что знание симптомов болезней и дозировок лекарств не ограничивается профессиональная деятельность врача. Важную роль играет также и психологический фактор: представляет ли собой врач гармонически развитую личность с морально – этическими устоями, умеет ли входить в контакт с людьми и грамотно взаимодействовать с ними – все это также является составляющим личности врача как профессионала.

**1.3. Психологический портрет врача.**

Профессия врача предъявляет требования, связанные с эмоциональными перегрузками, частыми стрессовыми ситуациями, с дефицитом времени, необходимостью принимать решения при ограниченном объеме информации, с высокой частотой и интенсивностью межличностного взаимодействия. По роду профессиональной деятельности врач сталкивается со страданием, болью, умиранием смертью. Работа врача - особый вид деятельности, характеризующийся состоянием постоянной психологической готовности, эмоциональной вовлеченности в проблемы окружающих, связанные с состоянием их здоровья, практически в любых ситуациях, предполагающих межличностное взаимодействие. С психологической точки зрения болезнь может рассматриваться как ситуация неопределенности и ожидания с дефицитом информации и непрогнозируемым исходом - одна из наиболее трудных психологических ситуаций в жизни, частой эмоциональной реакцией на которую является страх. Эту ситуацию переживает больной, в нее «входит» врач, который может уменьшить степень информационной неопределенности путем тщательной диагностики, но контролировать в полной мере «человеческий фактор» он не может. Существование в подобных условиях требует от специалиста медицинского учреждения высокой эмоциональной устойчивости, стабильности, психологической надежности, умения противостоять стрессу, информационным и эмоциональным перегрузкам, а также сформированных коммуникативных навыков, развитых механизмов психологической адаптации и компенсации, в частности, конструктивных копинг - стратегий.

Среди коммуникативных копинг - ресурсов, значимых для формирования профессиональной деятельности врача, выделяют, прежде всего, эмпатию, аффилиацию, сенситивность к отвержению, адекватное взаимодействие которых позволяет личности эффективнее осуществлять разрешение проблемных и стрессовых ситуаций.

Психологическим качеством, обеспечивающим адекватную коммуникацию в системе взаимоотношений «врач - больной», является эмпатия - способность к сочувствию, сопереживанию, состраданию, своеобразная психологическая «включенность» в мир переживаний больного. Современное понятие эмпатии как постижение эмоционального состояния, проникновения, вчувствования во внутренний мир другого человека предполагает наличие трех видов эмпатии: эмоциональной эмпатии, основанной на механизмах отождествления и идентификации; когнитивной эмпатии (познавательной) эмпатии, базирующейся на интеллектуальных процессах (сравнения и аналогии), и предикативной эмпатии, проявляющейся в способности к прогностическому представлению о другом человеке, основанном на интуиции. Эмоциональное соучастие помогает установить психологический контакт с больным, получить более полную и точную информацию о нем, его состоянии, внушить уверенность в компетентности врача, в адекватности осуществляемого им лечебно - диагностического процесса, вселить веру в выздоровление. Эмпатические качества врача могут быть полезны в случаях несоответствия предъявляемых больных субъективных признаков тех или иных симптомов объективной клинической картине заболевания: при аггравации, диссимуляции и анозогнозии, а также в случаях симулятивного поведения. Однако, при очень высоком уровне эмпатии врачу часто свойственно болезненно развитое сопереживание, тонкое реагирование на настроение собеседника, чувство вины из-за опасения причинить другим людям беспокойство, повышенная психологическая уязвимость и ранимость - качества, препятствующие выполнению профессионального ролевого поведения, с недостаточной выраженностью таких свойств, как решительность, настойчивость, целеустремленность, ориентация на перспективу. Избыточное эмпатическое вовлечение в переживания больного приводит к эмоциональным перегрузкам, эмоциональному и физическому истощению.

В основе психологического портрета врача лежит такая психологическая характеристика личности, как стремление находится вместе с другими людьми, принадлежать к какой-либо социальной группе, устанавливать эмоциональные взаимоотношения с окружающими, быть включенным в систему межличностных взаимоотношений. В психологической литературе эта психологическая черта обозначается термином «аффилиация». В работе врача, которая отличается длительностью и интенсивностью разнообразных социальных контактов, эта черта помогает сохранить живое заинтересованное отношение к пациентам, стремление помогать им и сотрудничать с ними, а также защищает от профессиональных деформаций, равнодушия и формализма, удерживает от такого подхода к больному, когда он начинает рассматриваться как безличное анонимное «тело», часть которого нуждается в терапии.

Другая важная психологическая характеристика, составляющая психологический портрет врача, - эмоциональная стабильность, уравновешенность при отсутствии импульсивности, чрезмерной эмоциональной экспрессивности, с сохранением контроля над эмоциональными реакциями и поведением в целом. Эмоциональная стабильность помогает врачу во взаимоотношениях с больным избегать «психологических» срывов, конфликтов. Интенсивные эмоциональные реакции не только разрушают доверие больного, пугают и настораживают его, но и астенизируют, утомляют. Напротив, душевное равновесие врача, его спокойная доброжелательность, эмоциональная стабильность вызывает у пациента чувство надежности, способствуют установлению доверительных отношений. В ситуации болезни, как правило, повышается уровень тревоги, приводящей к усилению эмоциональной неустойчивости, что проявляется в раздражительности, плаксивости, вспыльчивости и агрессивности. В большинстве случаев наблюдается также астения в качестве одной из наиболее распространенных и неспецифических форм психического реагирования на разнообразные внутренние и внешние психогенные факторы. Больные, с их нестабильной психикой, тревожностью, неуверенностью, беспокойством, лабильностью эмоциональных реакций нуждаются в стабилизирующей уверенности врача.

Психологической характеристикой, участвующей в формировании коммуникативных копинг - ресурсов врача, является и сенситивность к отвержению. Способность воспринимать негативное отношение окружающих, в частности пациентов, которое может возникать на определенных этапах лечения, предоставляет врачу своеобразную «обратную связь», позволяющую ему корректировать свое поведение во взаимоотношениях с больными. В тоже время сенситивность к отвержению не должна быть слишком высокой. В противном случае она способствует снижению самооценки врача, блокирует его аффилятивную потребность и в целом снижает адаптивные и компенсаторные возможности. Высокая чувствительность к негативному отношению со стороны больного заставляет врача сомневаться в своей профессиональной компетентности. Подобные сомнения, в свою очередь, могут реально отразиться на качестве работы.

С точки зрения больного, наиболее значимыми в образе врача являются такие черты, как уверенность поведения и способность к эмпатии. Уверенный стиль поведения, демонстрируемый в самых безнадежных, шокирующих ситуациях, помогает сформировать у больного «терапевтическую иллюзию» абсолютной компетентности врача, в частности, определяющей способность контролировать текущие события с построением реалистичного прогноза, что способствует появлению веры и надежды на благополучный исход событий.

В работе Георгиевского и Боброва приведены представления больных об образе врача. Самыми существенными были признаны следующие качества: уважительность, уважение к пациентам, любовь к профессии, доброта, вежливость, душевность, то есть преобладали коммуникативно-значимые черты. Качества личности врача, формирующие эмоциональный контакт, оценивались особенно высоко.

Ташлыков при экспериментально – психологическом исследовании получил сходные данные. Он представил «эталон» врача больным различными заболеваниями. С наибольшей частотой они указывали на следующие десять наиболее существенных, по их мнению, качеств врача: ум – 74 (в процентах от общего числа больных), внимательность – 57, увлеченность работой – 52, чуткость – 49, тактичность – 49, терпеливость – 49, чувство долга – 45, спокойствие – 40, серьезность - 38, чувство юмора – 38. Эталон врача изменялся в зависимости от формы невроза, пола и возраста больных.

Помимо исполнения своих непосредственных профессиональных обязанностей, врач должен уметь оказывать необходимую психологическую помощь как больным, так и коллегам. Главным в предоставлении данного вида помощи должно являться повышение способности самостоятельно разрешать свои проблемы, в том числе, за счет активизации внутренних психологических резервов. Важная роль психотерапевтического потенциала врача является бесспорной.

Имеет значение сформированность приемов и методов психической саморегуляции врача, которые помогают в сохранении собственной эмоциональной стабильности, психологической надежности профессионального «имиджа», устойчивого перед лицом таких разрушительных факторов, как периодические сомнения в правильности выбранного решения, отвержение со стороны коллег и многих других, которые в определенной степени обусловлены ограниченными возможностями современной медицины и невозможностью учесть и предусмотреть воздействие на организм пациента всех факторов - внешних и внутренних, органической и психологической природы.

Итак, успешная деятельность врача определяется такими психологическими особенностями, как высокий уровень коммуникативной компетентности, реализуемой в отношении пациентов, их родственников, а также медицинского персонала; важную роль играют независимость и автономность врача, его уверенность в собственных силах и устойчивость в различного рода ситуациях, в сочетании с гибкостью и пластичностью поведения в изменяющихся нестандартных профессиональных ситуациях, высокая степень устойчивости к стрессу, к эмоциональным и информационным перегрузкам, наличие развитых механизмов адаптации и компенсации с высокой значимостью экзистенциально - гуманистических ценностей.

**Глава II: Экспериментальное исследование психологического портрета врача.**

**2.1 Методы изучения психологического портрета врача.**

Традиционным для психологии являются возможности либо экспериментального воссоздания изучаемых явлений, либо наблюдения и описания их естественного существования, либо возможности изучения каких – либо явлений с помощью тестов.

Для исследования психологического портрета врача можно использовать различные методики: диагностика эмоциональных состояний, определение стрессоустойчивости, самооценка личности, многофакторные личностные опросники и т.д.

В ходе данного исследования была использована комплексная методика, включающая в себя наблюдение, беседу, опрос, анализ результатов деятельности, тестирование. Во время проведения исследования были использованы следующие методики: тест «Диагностика уровня эмпатии» И. М. Юсупова, методика «Многофакторный личностный опросник» Р. Кэттелла, тест «Опросник на «выгорание» К. Маслача и С. Джексона.

На первом этапе практической работы была проведена методика – «Диагностика уровня эмпатии» И. М. Юсупова. Методика предназначена для измерения уровня эмпатии опрошенных. Для выявления уровня эмпатийных тенденций исследуемым необходимо, отвечая на каждое из 36 утверждений, оценивать ответы следующим образом: «нет, никогда», «иногда», «часто», «почти всегда», «да, всегда».

На втором этапе практической работы был проведен «Опросник на «выгорание» американских психологов К. Маслача и С. Джексона. Методика предназначена для измерения степени «выгорания» в профессиях типа «человек-человек». Включенным в исследование респондентам необходимо ответить, как часто они испытывают чувства, перечисленные в опроснике. Для этого на бланке для ответов надо отметить по каждому пункту позицию, которая соответствует частоте мыслей и переживаний испытуемого: «никогда», «очень редко», «иногда», «часто», «очень часто», «каждый день». Всего опросник имеет три шкалы: «эмоциональное истощение», «деперсонализация» и «редукция личных достижений».

На третьем этапе практической работы был использован «Многофакторный личностный опросник» Р. Кэттелла. Перед началом опроса испытуемому дают специальный бланк, на котором он должен делать определенные пометки, по мере прочтения. Предварительно дается соответствующая инструкция, содержащая информацию о том, что должен делать испытуемый. Контрольное время испытания 25-30 минут.

Предлагаемый опросник состоит из 105 вопросов (форма С) на каждой из которых предлагается три варианта ответов («a», «b», «c»). Испытуемый выбирает и фиксирует его в бланке ответов. В процессе работы испытуемый должен придерживаться следующих правил: не терять времени на обдумывание, а давать пришедший в голову ответ; не давать неопределенных ответов; не пропускать вопросов; быть искренним.

Вопросы группируются по содержанию вокруг определенных черт, выходящих в конечном итоге к тем или иным факторам.

Обработка результатов ведется по специальному ключу, где даны номера вопросов и количество баллов, которые получают ответ «a», «b», «c» в каждом вопросе. Таким образом, за каждый ответ испытуемый может получить 2, 1 или 0 баллов. Количество баллов по каждому фактору суммируется и заносится в бланк ответов. Всего факторов, которые составляют личностный профиль 16:

1. Фактор А – замкнутость – общительность.
2. Фактор В – интеллект.
3. Фактор С – эмоциональная устойчивость – эмоциональная неустойчивость.
4. Фактор Е – доминантность – подчиненность.
5. Фактор F – сдержанность – экспрессивность.
6. Фактор G – подверженность чувствам – высокая нормативность поведения.
7. Фактор Н – смелость – робость.
8. Фактор I – жесткость – чувствительность.
9. Фактор L – доверчивость – подозрительность.
10. Фактор M – практичность – развитое воображение.
11. Фактор N – дипломатичность – прямолинейность.
12. Фактор O – уверенность в себе – тревожность.
13. Фактор Q1 – радикализм – консерватизм.
14. ФакторQ2 – конформизм – нонконформизм.
15. Фактор Q3 – низкий самоконтроль – высокий самоконтроль.
16. Фактор Q4 – расслабленность – напряженность.

Результаты применения данной методики позволяют определить психологическое своеобразие основных подструктур темперамента и характера. Причем каждый фактор содержит не только качественную и количественную оценку внутренней природы человека, но и включает в себя ее характеристику со стороны межличностных отношений.

**2.2 Эмпирическое исследование психологического портрета врача.**

Исследование по определению уровня эмпатии выявило у респондентов № 16, 20, 23, 29, 30 высокий уровень эмпатии. Данные респонденты чувствительны к нуждам и проблемам пациентов, искренне пытаются понять их чувства. Они умеют "читать" лица пациентов и "заглядывать" в их внутренний мир. Такие врачи эмоционально отзывчивы, общительны. Высокий уровень эмпатии позволяет им устанавливать более доверительные отношения с пациентами, чем врачам с низким уровнем эмпатии, что способствует расслаблению больного, придает уверенности в том, что он сделал правильный выбор, обратившись к врачу. В состоянии психологического спокойствия пациент может дать более полную и точную информацию о своих ощущениях. Испытуемые стараются не допускать конфликтов, как в коллективе, так и с пациентами, и находить компромиссные решения. Исследуемые хорошо переносят критику в свой адрес от коллег. В оценке событий больше доверяют своим чувствам и интуиции, чем аналитическим выводам. Предпочитают работать с людьми, нежели в одиночку. Однако, при высоком уровне эмпатии врачу свойственно болезненное сопереживание, тонкое реагирование на настроение собеседника, которые могут привести к хроническим эмоциональным перегрузкам, которые, в свою очередь, часто приводят к «синдрому эмоционального» выгорания.

Подавляющее большинство испытуемых - № 1, 2 ,3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 27, 28 – имеют нормальный уровень эмпатии, присущий большинству людей. Врачи с нормальным уровнем выраженности исследуемого качества, так же как и врачи с высоким уровнем эмпатии способны к сопереживанию, но в то же время они не относятся к числу людей особо чувствительных. В межличностных отношениях судить о других более склонны по поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям. Им не чужды эмоциональные проявления, но в большинстве своем они находятся под самоконтролем. Такие врачи в общении внимательны, стараются понять больше, чем сказано со слов пациентов, стараются понять переживания больного, его опасения, но, тем не менее, создают некоторый барьер между собой и пациентом. У них раскованность чувств присутствует в меньшей степени, чем у врачей с высоким уровнем эмпатии, что может частично затруднять полноценное восприятие людей.

Низкий уровень эмпатии был выявлен всего у трех респондентов: № 4, 11, 14. Врачи с низким уровнем эмпатии стремятся во взаимоотношениях с больными отстранить переживания пациента и не включать их в лечебный процесс. Такой врач лечит не пациента, человека, пришедшего к нему за помощью, а болезнь, симптом. Пациенты у таких исследуемых проходят словно конвейер, не оставляя никакого следа. Эмоциональные проявления в поступках окружающих подчас кажутся им непонятными и лишенными смысла. Такие респонденты сторонники точных формулировок и рациональных решений. У людей данной группы плохо выражена способность эмоционально воспринимать другого человека, проникать в его внутренний мир, принимать его со всеми мыслями и чувствами.

Таблица 1.

Определение уровня эмпатии у группы стоматологов.

|  |  |
| --- | --- |
| № испытуемого | Уровень выраженности качества |
| 1 | Нормальный уровень |
| 2 | Нормальный уровень |
| 3 | Нормальный уровень |
| 4 | Низкий уровень |
| 5 | Нормальный уровень |
| 6 | Нормальный уровень |
| 7 | Нормальный уровень |
| 8 | Нормальный уровень |
| 9 | Нормальный уровень |
| 10 | Нормальный уровень |
| 11 | Низкий уровень |
| 12 | Нормальный уровень |
| 13 | Нормальный уровень |
| 14 | Низкий уровень |
| 15 | Нормальный уровень |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| № испытуемого | Уровень выраженности качества |
| 16 | Высокий уровень |
| 17 | Нормальный уровень |
| 18 | Нормальный уровень |
| 19 | Нормальный уровень |
| 20 | Высокий уровень |
| 21 | Нормальный уровень |
| 22 | Нормальный уровень |
| 23 | Высокий уровень |
| 24 | Нормальный уровень |
| 25 | Нормальный уровень |
| 26 | Нормальный уровень |
| 27 | Нормальный уровень |
| 28 | Нормальный уровень |
| 29 | Высокий уровень |
| 30 | Высокий уровень |

Таблица 2.

Определение уровня эмпатии у группы гинекологов.

Сравнивая результаты, представленные в таблице 1 и таблице 2, можно сделать вывод о том, что исследуемые врачи, работающие в области гинекологии, обладают более высоким уровнем эмпатии, чем врачи – стоматологи. И не смотря на то, что во второй группе только пять врачей с ярко выраженным высоким уровнем эмпатии, остальные десять испытуемых все же имеет большее количество баллов по данному качеству, чем респонденты первой группы. Таким образом, врачи женской консультации более способны к эмоциональному восприятию каждого пациента, находят индивидуальный подход к больному, более терпимо относятся к их чрезмерно эмоциональным переживаниям, стараются сгладить физическую боль, оказать психологическую поддержку, создавая атмосферу доверия и принятия больного таким, каков он есть. Все это способствует наиболее эффективному лечебному процессу, облегчая работу самим врачам.

Результаты по методике на выгорание К. Маслача и С. Джексона показали, что испытуемые № 6, 9, 12, 14, 15 и 25 имеют высокий уровень эмоционального истощения. Эмоциональное истощение проявляется в переживаниях сниженного эмоционального тонуса, утрате интереса к окружающему или эмоциональном перенасыщении, в агрессивных реакциях, вспышках гнева, появлении симптомов депрессии. Врач уже не может полностью отдаваться работе, как это было прежде, у него снижается самооценка, отмечается снижение настроения с чувством безнадежности, бесперспективности, повышается уровень тревоги. Возможно негативное отношение к пациентам, воспринимаемым как источник хронической психической травматизации. Все выше перечисленное значительно влияет на пациентов, повышая их тревогу, что ведет к снижению эффективности проводимого лечения.

Остальные испытуемые имеют либо средние (респонденты № 1, 2, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 23, 24, 26, 27, 29, 30), либо низкие показатели (респонденты № 8, 20, 22, 28), что свидетельствует о малой выраженности этой стороны выгорания у данных обследуемых.

Высокий уровень по шкале деперсонализации имеет всего один испытуемый - испытуемый № 12. Деперсонализация проявляется в деформации (обезличивании) отношений с другими людьми: повышении зависимости от других или, напротив, негативизма, циничности установок и чувств по отношению к пациентам. В высказываниях врача о своих больных могут появиться цинизм, холодное равнодушие или даже враждебность. Остальные испытуемые так же имеют либо средние (респонденты № 1, 2, 3, 5, 6, 9, 14, 15, 18, 21, 22, 25, 27), либо низкие показатели (респонденты № 4, 7, 8, 10, 11, 13, 16, 17, 19, 20, 23, 24, 26, 28, 29, 30).

По шкале редукции личных достижений больше половины исследуемых показали высокие результаты. Это испытуемые № 1, 2, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 18, 22, 24, 25, 26, 27, 29 и 30. Редукция личных достижений проявляется в тенденции к негативному оцениванию себя, в уменьшении значимости собственных достижений, ограничении своих возможностей, негативизме относительно служебных обязанностей, в снижении самооценки и профессиональной мотивации, в редуцировании собственного достоинства, в снятии с себя ответственности или отстранении («уходе») от обязанностей по отношению к другим.

Низкие показатели по этой стороне выгорания имеют семь респондентов - № 3, 8, 11,20, 21, 23, 28.

Средние показатели были выявлены у испытуемых № 4, 5, 6, 7, 15, 19.

Таблица 3.

Показатели эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений у группы стоматологов.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Эмоциональное истощение | Деперсонализация | Редукция личных достижений |
| 1 | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 2 | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 3 | Средний уровень | Средний уровень | Низкий уровень |
| 4 | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 5 | Средний уровень | Средний уровень | Средний уровень |
| 6 | Высокий уровень | Средний уровень | Средний уровень |
| 7 | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 8 | Низкий уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 9 | Высокий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 10 | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 11 | Средний уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 12 | Высокий уровень | Высокий уровень | Высокий уровень |
| 13 | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 14 | Высокий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 15 | Высокий уровень | Средний уровень | Средний уровень |

Таблица 4.

Показатели эмоционального истощения, деперсонализации и редукции личных достижений у группы гинекологов.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № испытуемого /стороны выгорания | Эмоциональное истощение | Деперсонализация | Редукция личных достижений |
| 16 | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 17 | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 18 | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 19 | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 20 | Низкий уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 21 | Средний уровень | Средний уровень | Низкий уровень |
| 22 | Низкий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 23 | Средний уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 24 | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 25 | Высокий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 26 | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 27 | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 28 | Низкий уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 29 | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 30 | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |

Таблица 5.

Группа стоматологов.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № испытуемого | Уровень эмпатии | Уровень эмоционального истощения | Уровеньдеперсонализации | Уровень редукции личных достижений |
| 1 | Нормальный уровень | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 2 | Нормальный уровень | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 3 | Нормальный уровень | Средний уровень | Средний уровень | Низкий уровень |
| 4 | Низкий уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 5 | Нормальный уровень | Средний уровень | Средний уровень | Средний уровень |
| 6 | Нормальный уровень | Высокий уровень | Средний уровень | Средний уровень |
| 7 | Нормальный уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 8 | Нормальный уровень | Низкий уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 9 | Нормальный уровень | Высокий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 10 | Нормальный уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 11 | Низкий уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 12 | Нормальный уровень | Высокий уровень | Высокий уровень | Высокий уровень |
| 13 | Нормальный уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 14 | Низкий уровень | Высокий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 15 | Нормальный уровень | Высокий уровень | Средний уровень | Средний уровень |

Таблица 6.

Группа гинекологов.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № испытуемого | Уровень эмпатии | Уровень эмоционального истощения | Уровеньдеперсонализации | Уровень редукции личных достижений |
| 16 | Высокий уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 17 | Нормальный уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 18 | Нормальный уровень | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 19 | Нормальный уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Средний уровень |
| 20 | Высокий уровень | Низкий уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 21 | Нормальный уровень | Средний уровень | Средний уровень | Низкий уровень |
| 22 | Нормальный уровень | Низкий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 23 | Высокий уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 24 | Нормальный уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 25 | Нормальный уровень | Высокий уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 26 | Нормальный уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 27 | Нормальный уровень | Средний уровень | Средний уровень | Высокий уровень |
| 28 | Нормальный уровень | Низкий уровень | Низкий уровень | Низкий уровень |
| 29 | Высокий уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |
| 30 | Высокий уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень |

По результатам сводных таблиц по двум методикам – методика «Диагностика уровня эмпатии» и методика «Опросник на «выгорание» – можно сделать вывод, о том, что врачи с более высокими показателями по эмпатии имеют более низкий уровень выраженности синдрома эмоционального выгорания в целом. Так, если во второй группе (врачи – гинекологи) по шкале эмоционального истощения только один респондент имеет высокий уровень, то в первой группе (врачи – стоматологи) таких респондентов уже пять. Низкий уровень по этой шкале во второй группе присущ трем исследуемым, а в первой только одному. По шкале деперсонализации высокий уровень во второй группе вообще не был выявлен – у большинства присутствует низкий уровень выраженности данной составляющей выгорания, в первой группе – один респондент показал высокие баллы и только шесть – низкие. По третьей шкале – редукции личных достижений – выраженных различий между группами не было выявлено.

У врачей с высокими показателями по той или иной стороне выгорания субъективно проявляется чувство психического истощения, вследствие чего снижается эффективность профессионального взаимодействия как с коллегами, так и пациентами. Взаимодействуя с больными такой врач перестает принимать во внимание психологические феномены, связанные с заболеванием – внутреннюю картину болезни пациента с ее сложной структурой, формирующиеся механизмы психологической защиты, не реагирует на тревогу пациента, не замечает его депрессивных или даже суицидальных тенденций. Высокий уровень выгорания сопровождается раздражительностью врача, состоянием тревожного напряжения, стремлением избегать воздействия эмоциональных факторов тенденцией к ограничению собственного эмоционального реагирования на пациента.

Результаты методики «Многофакторный личностный опросник Кэттелла» (версия С) показали, что испытуемые № 1, 4, 5, 7, 8, 18, 20, 21, 24, 30 имеют высокие показатели по фактору А. Для высоких значений фактора характерны богатство и яркость эмоциональных проявлений, естественность, отзывчивость и непринужденность поведения, готовность к сотрудничеству, чуткое, внимательное отношение к людям, доброта и мягкосердечие. Лица с высокими значениями данного фактора предпочитают работать с людьми, легко включаются в активные группы, щедры в личных отношениях. Они не боятся критики, хорошо запоминают лица, имена, фамилии, события. Низкие же значения фактора А, которые были выявлены у респондентов № 3, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 19, 22, 25, 27, 29 свидетельствуют об отсутствии живых эмоций. Они замкнуты, мало общительны, не интересуются жизнью окружающих. Стараются работать в маленьких группах, избегают коллективных мероприятий, редко идут на компромиссы. В делах точны, обязательны, но недостаточно гибки, особенно в оценках людей. Оставшиеся же испытуемые, такие как № 2, 6, 11, 13, 23, 26, 28 показали средние значения по данному фактору.

По фактору В респонденты № 1, 5, 8, 12, 13, 16, 17, 21, 22, 25, 27 имеют высокие показатели, что характерно для лиц с хорошим уровнем интеллектуального развития, абстрактно и логически мыслящих, быстро схватывающих все новое. Испытуемые № 3, 4, 6, 14, 18, 19, 23, 28, 29, 30 показали низкий уровень выраженности исследуемого фактора. Лица, имеющие низкие показатели по фактору склонны к медлительному обучению, все понимают буквально и конкретно. Мышление конкретное, образное. Склонны к догадкам, стремятся к интуитивно обоснованным решениям. У остальных испытуемых был выявлен средний показатель по фактору В.

Результаты по исследованию фактора С показало, что высокий уровень выраженности присущ только респондентам № 2, 5, 13, 16, 19, 20. Высокие оценки свойственны лицам эмоционально зрелым, уверенным в себе, спокойным, постоянным в своих планах и привязанностях. Для них характерна высокая эмоциональная устойчивость. На вещи смотрят реалистично, хорошо осознают требования действительности. Низкие оценки данного фактора были выявлены у респондентов № 4,7,10,14,15,21,24,25,26,27,28,29,30. Такие оценки свойственны лицам мало способным контролировать эмоции и импульсивные влечения, подверженность чувствам, переменчивость интересов, склонность к лабильности настроения, раздражительность, утомляемость. У испытуемых № 6, 8, 9, 11, 12, 17, 18, 22, 23 – средние показатели данного фактора.

Высокие значения фактора Е свидетельствуют о властности, стремлении к доминантности, самостоятельности, независимости. Люди, имеющие высокие оценки по этому фактору, действуют смело и энергично, не признают давления со стороны. Это испытуемые № 2, 3, 18, 19, 24, 26, 27, 29, 30. Низкие оценки фактора говорят о застенчивости, уступчивости, частой зависимости от мнения других, тревожности респондента. Также ему характерна тактичность и почтительность – испытуемые № 7, 8, 9, 11, 12, 13, 16, 23, 25. остальным респондентам характерен средний уровень выраженности данного фактора.

По фактору F высокие показатели свойственны респондентам № 5, 11, 14, 26, 30. Высокие оценки характерны для жизнерадостных, импульсивных, беспечных, веселых, разговорчивых, подвижных людей. Они энергичны, социальные контакты для них эмоционально значимы, искренны в отношениях между людьми. Низкий уровень значения фактора был выявлен у исследуемых № 1, 2, 6, 9, 12, 16, 18, 21, 22, 25, 27, 28, для которых свойственны благоразумие, осторожность, рассудительность, молчаливость; такие люди часто планируют свои поступки. Оставшаяся половина респондентов – респонденты со средним уровнем.

Подавляющее большинство испытуемых - № 1, 2, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 19, 20, 22, 23, 26, 28, 29 – обнаружили высокие значения следующего фактора – фактора G. Чувство ответственности и долга, стойкость моральных принципов – вот, что характерно для таких людей. Также они точны и аккуратны в делах, во всем любят порядок, обладают хорошим самоконтролем и стремлением к утверждению общечеловеческих ценностей. Респонденты № 4, 14, 24, 25, и 30 – респонденты с низким уровнем данного фактора, что свидетельствует об их склонности к непостоянству, подверженности к влиянию случая и обстоятельств. Также они характеризуются неорганизованностью, гибкими установками к социальным нормам, эгоистичностью. Четыре респондента - № 3, 17, 21, 27- обнаружили средние показатели данного фактора.

Пять респондентов - № 5, 6, 11, 30 – с высоким уровнем фактора Н, что говорит об стрессоустойчивости, социальной смелости, активности, решительности, тяге к риску и острым ощущениям, готовности иметь дело с незнакомыми людьми, хотя зачастую они игнорируют сигналы опасности. В отличие от этих респондентов, исследуемые № 1, 3, 4, 8, , 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 23, 24, 25, 27, 28, 29 и 30 характеризуются неустойчивостью поведения в стрессовых ситуациях, застенчивостью, неуверенностью в своих силах, сдержанностью в выражении своих чувств, робостью.

Высокие оценки по фактору I, которые были выявлены у респондентов № 1, 2, 13, 15, 16, 18, 21, являются показателем чувствительности, мягкости, утонченности, образного, художественного восприятия мира, зависимости, стремлении к покровительству. В поведении проявляют черты театральности, иногда – тревожности. Низкие баллы свидетельствуют о мужественности, эмоциональной стабильности, суровости, практичности, реалистичности. Испытуемые № 5, 8, 11, 12, 19, 23, 25, 27, 28, 29, 30 обнаружили средние оценки по данному фактору.

Практически все испытуемые, как – то: № 1, 3, 5, 6, 9, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 21, 24, 25, 27, 28, 29, 30, - лица с высокими оценками по фактору L, для которых характерно подходить к людям с предубеждением, настороженностью, недоверием. В отношениях с людьми они настойчивы, но раздражительны. Лишь два испытуемых - № 4 и 13 - обладают низким уровнем выраженности данного фактора. Это доверчивые, откровенные, добродушные люди, самооценка которых вполне реалистична. В коллективы уживчивы, веселы, доброжелательны, независтливы, проявляют искреннюю заботу о коллегах. Такие испытуемые как № 2, 7, 8, 15, 20, 22, 23 - со средними показателями.

Высокие оценки фактора М характерны для респондентов № 7, 10, 11, 15, 21, 22, 28, 30. Они обладают богатым воображением, мечтательны, эгоцентричны и ориентированы на свой внутренний мир. Испытуемые № 6, 19, 26 – лица с низкими оценками, которые вполне зрелы, уравновешены, здравомыслящи, трезво оценивающие обстоятельства. Следуют требованиям объективной реальности и общепринятым нормам поведения. Добросовестны. Однако в нестандартных ситуациях им часто не хватает воображения и находчивости. Больше чем половине респондентов свойственны средние показатели данного фактора.

Лица с высокими оценками по фактору N (респонденты № 6, 7, 12, 17, 20, 22, 24, 25, 28, 29, 30) характеризуются расчетливостью, принципиальностью, проницательностью, разумным и сентиментальным подходом к событиям и окружающим людям. У исследуемых № 2, 5, 16, 18, 23, 26 был выявлен низкий уровень значения данного фактора, что говорит об их прямолинейности, наивности, естественности, непосредственности поведения. Остальные же респонденты обнаружили средний показатель фактора N.

Больше чем половина респондентов принадлежит к лицам, обладающим высокими оценками фактора О, для которых свойственна тревожность, депрессивность, ранимость и впечатлительность (респонденты № 3, 4, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 15, 17, 18, 20, 21, 22, 25, 28, 30). Низкие показатели - у респондентов № 1, 2, 9, 29, которые характерны для людей хладнокровных, уверенных в себе, спокойных. Средние показатели были выявлены у исследуемых № 1, 5, 8, 11, 17, 23, 27.

Только пять респондентов (№ 6, 13, 21, 22, 24,) обладают высоким уровнем выраженности фактора Q1. При высоких оценках человек обычно критически настроен, характеризуется наличием интеллектуальных интересов, аналитичностью мышления, стремится быть хорошо информирован. Низкие показатели присущи большей половине испытуемых (№ 2, 3, 4, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 18, 19, 20, 25, 26, 28, 29, 30), которым свойственны консерватизм, устойчивость по отношению к традиционным трудностям, сомнение к новым идеям, склонность к морализации и нравоучениям. Респонденты № 1, 5, 8, 11, 15, 17, 23, 27 – респонденты со средним уровнем выраженности фактора.

Низкие значения фактора Q2 обнаружены только у четверых испытуемых - № 4, 13, 25, 26. При таких оценках человек зависим от группы, следует за общественным мнением, предпочитает и работать, и принимать решения вместе с другими людьми, ориентируясь на социальное одобрение. Прямо противоположное значение имеют респонденты № 1, 2, 6, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 18, 19, 21, 23, 24, 28, которые предпочитают собственные интересы, следуют по выбранному пути, сами принимают решения и сами действуют. Оставшиеся испытуемые - № 3, 5, 7, 11, 12, 17, 20, 22, 27, 29, 30 обладают и теми и другими характеристиками и действуют в зависимости от ситуации.

Фактор Q3 при высоких показателях (исследуемые № 1, 2, 5, 6, 8, 10, 11, 13, 15, 17, 18, 23, 26, 28, 30) характерен для лиц с развитым самоконтролем, точностью выполнения социальных требований, хорошо контролируемым поведением и эмоциями, доводящие всякое дело до конца. Им свойственна целенаправленность интегрированность личности. У лиц с низкими оценками данного фактора (респонденты № 4, 7, 16, 19, 21, 22, 24, 25,29) наблюдается недисциплинированность, внутренняя конфликтность представлений о себе. У респондентов № 3, 9, 12, 14, 20 был выявлен средний показатель фактора.

Для лиц с высоки значением фактора Q4 характерна напряженность, фрустрированность, взвинченность, наличие возбуждения и беспокойства – респонденты № 7, 15, 24, 30. Исследуемые № 2, 5, 6, 13, 16, 18, 20, 21, 22, 26, 27 – исследуемые с низкими показателями фактора и характеризуются расслабленностью, спокойствием, невозмутимостью. Остальные испытуемые имеют средние оценки фактора Q4.

Таблица 7.

Группа стоматологов.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактор, № испытуемого | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| A | 10 | 8 | 7 | 9 | 11 | 8 | 10 | 9 | 6 | 5 | 8 | 7 | 8 | 6 | 7 |
| B | 5 | 4 | 3 | 1 | 5 | 2 | 5 | 5 | 4 | 4 | 4 | 5 | 5 | 3 | 4 |
| C | 6 | 9 | 7 | 6 | 9 | 8 | 6 | 7 | 8 | 6 | 7 | 7 | 9 | 6 | 4 |
| E | 5 | 9 | 8 | 5 | 7 | 6 | 2 | 3 | 0 | 5 | 2 | 2 | 4 | 6 | 6 |
| F | 3 | 3 | 5 | 6 | 7 | 4 | 6 | 6 | 4 | 6 | 7 | 3 | 5 | 8 | 5 |
| G | 11 | 10 | 8 | 6 | 10 | 12 | 8 | 9 | 10 | 8 | 10 | 9 | 11 | 6 | 9 |
| H | 4 | 8 | 6 | 6 | 10 | 9 | 11 | 5 | 6 | 4 | 9 | 7 | 6 | 6 | 2 |
| I | 9 | 9 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 7 | 6 | 6 | 8 | 8 | 9 | 5 | 11 |
| L | 5 | 4 | 5 | 4 | 5 | 6 | 4 | 4 | 7 | 8 | 5 | 5 | 3 | 8 | 4 |
| M | 6 | 7 | 7 | 6 | 6 | 4 | 10 | 7 | 6 | 8 | 8 | 7 | 7 | 7 | 10 |
| N | 5 | 4 | 6 | 6 | 3 | 7 | 8 | 5 | 5 | 5 | 5 | 9 | 5 | 5 | 5 |
| O | 3 | 3 | 8 | 8 | 6 | 5 | 9 | 8 | 4 | 9 | 10 | 9 | 9 | 6 | 10 |
| Q1 | 7 | 6 | 6 | 6 | 7 | 11 | 6 | 7 | 4 | 6 | 8 | 5 | 9 | 6 | 8 |
| Q2 | 7 | 8 | 6 | 3 | 5 | 9 | 5 | 7 | 7 | 8 | 6 | 6 | 4 | 7 | 9 |
| Q3 | 8 | 8 | 7 | 5 | 9 | 8 | 4 | 9 | 6 | 9 | 8 | 7 | 8 | 7 | 8 |
| Q4 | 6 | 2 | 6 | 7 | 4 | 0 | 8 | 6 | 7 | 5 | 5 | 7 | 3 | 5 | 8 |

Таблица 8.

Группа гинекологов.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Фактор, № испытуемого | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 |
| A | 7 | 6 | 12 | 6 | 11 | 10 | 7 | 8 | 9 | 7 | 8 | 7 | 8 | 4 | 9 |
| B | 8 | 5 | 2 | 3 | 4 | 5 | 7 | 3 | 4 | 5 | 4 | 5 | 3 | 3 | 3 |
| C | 9 | 7 | 7 | 10 | 12 | 6 | 7 | 8 | 6 | 5 | 6 | 5 | 4 | 4 | 6 |
| E | 3 | 6 | 7 | 8 | 5 | 6 | 5 | 2 | 7 | 3 | 7 | 8 | 5 | 8 | 7 |
| F | 4 | 5 | 3 | 5 | 6 | 4 | 4 | 5 | 5 | 4 | 8 | 3 | 4 | 6 | 7 |
| G | 12 | 8 | 12 | 9 | 12 | 7 | 9 | 12 | 5 | 5 | 9 | 7 | 9 | 9 | 4 |
| H | 4 | 2 | 6 | 6 | 5 | 7 | 6 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 4 | 6 | 9 |
| I | 12 | 5 | 9 | 8 | 5 | 9 | 8 | 8 | 4 | 7 | 5 | 7 | 7 | 7 | 7 |
| L | 7 | 8 | 5 | 6 | 4 | 8 | 4 | 4 | 6 | 6 | 5 | 6 | 6 | 5 | 8 |
| M | 7 | 7 | 7 | 3 | 6 | 9 | 10 | 7 | 6 | 7 | 4 | 6 | 8 | 7 | 8 |
| N | 4 | 7 | 4 | 5 | 8 | 5 | 8 | 2 | 8 | 8 | 4 | 6 | 7 | 7 | 8 |
| O | 6 | 10 | 8 | 5 | 7 | 9 | 10 | 5 | 5 | 7 | 9 | 5 | 8 | 3 | 7 |
| Q1 | 6 | 8 | 6 | 3 | 6 | 9 | 9 | 8 | 9 | 6 | 6 | 7 | 5 | 6 | 5 |
| Q2 | 9 | 5 | 7 | 8 | 7 | 8 | 6 | 9 | 8 | 4 | 4 | 6 | 7 | 6 | 5 |
| Q3 | 5 | 8 | 8 | 5 | 7 | 3 | 5 | 8 | 5 | 5 | 8 | 9 | 8 | 5 | 10 |
| Q4 | 2 | 1 | 4 | 6 | 2 | 4 | 3 | 5 | 8 | 6 | 3 | 4 | 5 | 6 | 9 |

Таким образом, личностный профиль у респондентов первой группы будет выглядеть примерно следующим образом: общительные, разговорчивые, готовые к сотрудничеству респонденты со средним уровнем интеллекта, уверенные и чувственно постоянные, но иногда раздражительные; самоуверенные, твердые и нерешительные одновременно, могут позволить себе дать волю чувствам, импульсивные, часто бывают небрежными и непостоянными; для них свойственно развитое чувство долга; независимы в суждениях и реалистичны.

Личностный же профиль респондентов второй группы - так: они открыты и естественны, но иногда бывают замкнуты и необщительны; им присущи средний уровень интеллекта и импульсивность, самостоятельность в суждениях, склонны к доминантности; разговорчивы, склонны в общении, иногда проявляя сдержанность; для них характерны чувство долга и высокие моральные устои; чувствительны и впечатлительны; настойчивы и принципиальны; независимы и самодостаточны; устойчивы к фрустрациям и хорошо контролируют свои эмоции и поведение.

**Заключение.**

В настоящее время остро встал вопрос о необходимости включения психологической подготовки в курсы обучения и повышения квалификации медицинских работников. Эта проблема мотивирована тем, что профессия врача предполагает в той или иной степени выраженное интенсивное и продолжительное общение: с пациентами, их родственниками, медицинским персоналом. От степени коммуникативной компетентности врача во многом зависит его успешная профессиональная деятельность.

Первая глава нашей работы посвящена рассмотрению психологических аспектов деятельности врача. В первом параграфе был освящен вопрос о последовательности построения терапевтического сотрудничества врача и пациента с учетом психологических факторов, придерживаясь которых врач может значительно повысить доверие пациента к себе, сформировать доброжелательные отношения, собрать наиболее точный и полный анамнез предполагаемого заболевания. Так же описывается план и стратегия лечения пациента, которые должны быть психологически выстроены так, чтобы созданный терапевтический альянс сохранялся на протяжении всего лечебного процесса.

Во втором параграфе рассматриваются два типа взаимоотношений в диаде «врач – больной», один из которых основан на директивно – авторитарной позиции врача, который занимает активную лидерскую позицию, определяет стратегическую тактику лечения, все решения по ключевым вопросам лечебно – диагностического процесса принимает сам и берет на себя всю полноту ответственности. Партнерский тип взаимоотношений между врачом и пациентом более демократичен: он подразумевает активное участие пациента в лечебном процессе, при этом предполагается определенная степень ответственности и самостоятельности больного, его участие в принятии решений, определении стратегии и тактики лечения. Так же в параграфе освещены некоторые приемы, помогающие врачу завоевать доверие больного и расположить его к себе. Рассмотрены методы, с помощью которых врач может снять необоснованные страхи пациента и добиться психологической приемлемости необходимого лечения.

В третьем параграфе работы описываются профессионально значимые качества врача. Здесь были рассмотрены такие качества, как эмпатия – способность к сочувствию, сопереживанию, аффилиация – стремление находится с другими людьми, устанавливать эмоциональные отношения с окружающими, эмоциональная стабильность – сохранение контроля над своими эмоциональными реакциями и поведением в целом, сенситивность к отвержению, предоставляющая врачу своеобразную «обратную связь» с пациентом. Так же приведены представления больных об идеальном образе и тех качествах, которые ему просто необходимы. Наиболее важными пациенты считают уважительность, внимание, которое должно быть оказано в должной мере каждому больному, эмпатия, любовь к профессии, тактичность и другие.

Во второй главе представлены и описаны методики исследования психологического портрета врача. Был выявлен уровень эмпатии, степень выгорания, а так же выраженность тех или иных факторов, составляющих личностный профиль, в зависимости от области врачебной практики респондентов.

Проанализировав результаты тестирования можно сделать следующие выводы:

1. Исследуемым двум группам врачей, первая из которых работает в области стоматологии, а вторая – в области гинекологии, в большей степени присущ нормальный уровень эмпатии, но респонденты второй группы, в отличие от респондентов первой, имеют более высокие баллы по данному качеству. Высокие показатели эмпатийности таких исследуемых способствуют установлению хорошего психологического контакта с пациентами, который помогает точнее собрать анамнез, получить более полное и глубокое представление о больном, обеспечивает взаимопонимание и способствует доверию в отношениях между больным и врачом, эффективности лечебного процесса;
2. Исследование показало, что у респондентов второй группы менее выражен синдром эмоционального выгорания, хотя и присущ в той или иной степени каждому испытуемому. Лишь два испытуемых показали низкий уровень выгорания в целом и по каждой шкале в отдельности. В первой группе уровень выгорания значительно выше;
3. Респондентам второй группы в большей степени, чем исследуемым врачам первой группы, присущ высокий уровень по фактору Е. Такие испытуемые действуют смело и энергично, а значит, что вероятнее всего именно они применят новаторский подход в лечении какого – либо заболевания, не побояться нарушить устоявшиеся каноны во врачебной практике;
4. Только пяти респондентам первой группы и одному респонденту второй группы свойственен высокий показатель фактора Н, который свидетельствует о стрессоустойчивости, смелости, решительности; испытуемые не теряются при столкновении с неожиданными обстоятельствами. Данные испытуемые более подготовлены в случаях необходимости оказания скорой медицинской помощи, когда просто необходимо адекватно реагировать на быстро изменяющиеся условия, ведь во многом от своевременной реакции врача зависит жизнь его пациента;
5. Подавляющее количество испытуемых – испытуемые с высоким уровнем фактора L. Такие испытуемые часто мнительны, подозрительны, осторожны, что в той или иной степени необходимо врачу, так как в зависимости от способа адаптации пациента к заболеванию, от сформированной им внутренней картины болезни, от используемых механизмов психологической защиты в практике врача встречаются самые разнообразные психологический реакции пациентов на свое заболевание и поэтому не все, что говорит больной о своих ощущениях является объективным. Часто пациентам свойственно либо преувеличивать, либо преуменьшать, либо вообще симулировать какое – либо сове состояние;
6. По фактору N респонденты второй группы в большинстве своем имеют высокие значения, в отличие от исследуемых первой группы (таких всего три). Они держатся в общении корректно, вежливо, в некоторой степени отстраненно. Одновременно с этим они мягки, следят за речью и манерами. Умение выбирать способ общения с каждым конкретным пациентом очень важно для врача, так как существуют различные представления больных о том, какой должен быть их лечащий врач. Некоторые пациенты, приходя на прием, хотят увидеть в роли врача понимающего друга, с которым бы он мог в непринужденной обстановке обсудить все свои проблемы. Другие же приходят за помощью не к «другу», а профессиональному клиницисту и «теплые», по их мнению, отношению не уместны.
7. Большинство испытуемых, независимо от группы, показали высокую выраженность фактора Q3, который свидетельствует об организованности испытуемых, умении хорошо контролировать свои эмоции, четком осознании целей и мотивов своего поведения. Это означает, что респонденты рациональны, умеют подавлять отрицательные эмоции, возникшие по тем или иным причинам к пациентам, лечение каждого больного доводят до конца;
8. Высокий уровень фактора Q4 присущ в большей степени респондентам второй группы, которые более устойчивы к фрустрации, т. е. к трудностям, возникающим в их врачебной практике. Они более уверены в своих силах, так в меньшей степени боятся неудач. Это значит, что такие врачи к каждому пациенту подходят с «новыми силами», большим желанием помочь;
9. Гипотеза, выдвинутая в начале работы, о том, врачи, обладающие высоким уровнем эмпатии, в меньшей степени подвержены синдрому эмоционального выгорания и основными составляющими психологического портрета врача являются общительность, высокая нормативность поведения и высокий самоконтроль подтвердилась.

Рекомендации:

1. Испытуемым с высоким уровнем эмпатии необходимо помнить, что излишняя вовлеченность в переживания больного, его внутренний мир, чревата для самого респондента чрезмерными эмоциональными перегрузками, которые могут привести к профессиональной деформации;
2. Респондентам необходимо регулярно проходить диагностику, выявляющую степень «синдрома эмоционального выгорания»;
3. В периоды обострения «синдрома эмоционального выгорания» врачам необходимы отдых, перемена деятельности, психологическая «разгрузка», участие в профессиональных тренингах или терапевтическая помощь;
4. Независимо от области практики, исследуемым необходимо повышать уровень своих знаний в области социальной и клинической психологии.

**Список использованной литературы:**

1. Батаршев А. В. Психологическое тестирование. М.: Дело, 2003;
2. Гиппенрейтер Ю. Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. М.: ЧеРо, 1997;
3. Глозман Ж. М. Личность и нарушения общения. М.: МГУ, 1987;
4. Гройсман А. Л. Медицинская психология. М.: Магистр, 1998;
5. Ильин Е. П. Мотивация и мотивы. СПб, 2003;
6. Канторович Н. В. Медицинская психология. Ташкент, 1978;
7. Караванов Г. Г., Коршунова В. В. Индивидуально – психологические особенности личности врача – хирурга. Львов, 1974;
8. Карвасарский Б. Д. Клиническая психология. СПб, 2004;
9. Косарев И. И. Путь в медицине. Челябинск, 1983;
10. Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Медицинская психология. М, 1984;
11. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными. М.: Медицина, 1991;
12. Макшанов И. Я. Врачебная деонтология. Минск, 1998;
13. Матвеев В. Ф. Основы медицинской психологии, этики, деонтологии: Учебное пособие. М.: медицина, 1989;
14. Мохина И. В. Медицинская психология. Ростов на Дону, 1978;
15. Платонов К. К. Методические проблемы в медицинской психологии. М.,1977;
16. Петленко В. П., Шамов И. А. Мудрость взаимности. Л.: Лениздат, 1989;
17. Практическая психодиагностика. Под ред. Райгородского Д.Я. Самара, 2004;
18. Самсонов В. А. Записки молодого врача. Петрозавод, 1998;
19. Ташлыков В. А. психология лечебного процесса. Л., 1984;
20. Тылевич И. М., Немцева А. Я. Руководство по медицинской психологии. 2 – е издание. Л.,1985