ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………………..3

ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМПАТИИ В ПСИХОЛОГИИ И В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ……………………….7

 1.1. Понятие и роль эмпатии в психологии и ее влияние на профессиональную деятельность

1.2. Виды, формы и уровни эмпатии ……..…………………………………….…11

1.3 Проявление эмпатии у медицинских сестер в профессиональной деятельности……………………………...………………………………….14

Вывод по главе I………………………………………………………………25

ГЛАВА II. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭМПАТИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (НА ПРИМЕРЕ МБУ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА №4» Г. НОВОРОСИЙСКА)

2.1 Краткая характеристика МБУ «Городская поликлиника № 4» управления здравоохранения администрации города Новороссийска.

2.2 Исследование уровней эмпатии медицинских работников по методике В. В. Бойко……………..

2.3. Исследование общих эмпатических тенденций медицинских работников по методике А. Меграбяна и Н. Эпштейна…………………………

2.4 Исследование эмоциональных барьеров в межличностном общении по методике В.В Бойко………………………………….

2.5 Диагностика социальной эмпатии по методике Фетискина Н.П., Козлова В.В., Мануйлова Г.М

2.6. Рекомендации по развитию эмпатии у медицинских сестер………...44

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………….……51

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ……………………...…….54

ПРИЛОЖЕНИЯ.………………………………………………………………......59

**ВВЕДЕНИЕ**

Одним из важных личностно - профессиональных качеств медицинской сестры считается умение сопереживать и воспринимать чувственные состояния другого, то есть способность к эмпатии, а также наличие навыков установления адекватных и эмоционально - благоприятных отношений с больными, умение анализировать свое поведение и поведение окружающих, человечное отношение к больному, этичность, наличие глубокой интуиции.

Актуальность исследования. Профессиональная медицинская деятельность имеет ряд специфических особенностей и ее успешность определяется не только и не столько собственно профессиональными знаниями и навыками, сколько умениями реализовать их в своей деятельности за счет развития профессиональных качеств личности.

В условиях дефицита теплоты человеческих отношений, резких негативных изменений социально- экономической структуры, перед людьми встает проблема эмпатии как проблема сочувствия и сопереживания. Проникновение в природу эмпатии дает возможность ближе подойти к проблеме взаимосвязи личности и эмоциональной сферы, что способствует глубокому изучению формирования личности, роли эмпатии в поведении медицинских работников.

Актуальность темы исследования обуславливается, с одной стороны, потребностями развития личности и функционирования общества, с другой - тем, что при многообразии существующих теорий, формируется недостаток конкретных эмпирических данных о роли и месте эмпатии в структуре индивидуальности медицинских работников.

Медицинские работники осуществляют деятельность в системе «человек»- «человек», когда происходит мысленный процесс уподобления себя другому человеку, с целью «понять» переживания и чувства познаваемого человека.

Во взаимодействии медицинского работника и пациента происходит проявление личностных характеристик субъектов. Значимость их личностных характеристик – это самый важный аспект в работе медицинского работника, принять сторону больного, понять его чувства и переживания. При этом, говоря о процессе эмпатии, нужно иметь в виду, безусловно, положительное отношение к личности партнера.

Это означает наличие:

а) принятия личности этого человека в целостности;

б) собственной эмоциональной нейтральности, отсутствия оценочных суждений о нем.

Слово «понимание» здесь отражается на качестве медицинской помощи через механизм комплексности, что приводит к снижению конфликтности и агрессии.

Эмпатия выступает неотъемлемой частью позитивного мышления (оптимизма) медицинского работника, в котором происходит поиск и предоставление особого, основанного на чувствовании, способа получения, обработки и проверки достоверности информации от пациента. Причем сбор и анализ информации производится двумя способами: мотивируя пациента на получение какой-либо информации для усиления собственной вовлеченности в процесс общения; действуя в качестве обратной связи на уже собранную информацию.

Влияние эмпатии на качество медицинской помощи имеет значение для завязки полезного и эффективного терапевтического отношения с больным, способствует принятию его чувств, потребностей и интересов

Проблема исследования: остается открытым вопрос о месте эмпатии в структуре профессионально важных качеств медицинских сестер разных специализаций.

Гипотеза исследования заключается в утверждении: чем выше уровень эмпатии, тем эффективнее профессиональная деятельность медицинской сестры.

Цель работы - выявить роль эмпатии в профессиональной деятельности медицинской сестры.

Объект исследования - эмпатия медицинских работников.

Предмет исследования - эмпатия в профессиональной деятельности медицинской сестры поликлиники.

В соответствии с целью и гипотезами исследования были сформулированы следующие задачи:

1. Систематизировать теоретический материал по роли эмпатии в профессиональной деятельности медицинской сестры поликлиники

2. Определить методики для исследования эмпатии медицинских сестер

3. Эмпирически исследовать влияние эмпатии на эффективность профессиональной деятельности медицинской сестры поликлиники

4. Разработать предложения для формирования эмпатии медицинских сестер поликлиники.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы:

- теоретические - системный анализ, анализ научной и методической литературы, обобщение теоретических материалов по роли общения медицинских сестер;

- эмпирические - наблюдение, анкетирование, тестирование по следующим методикам:

- диагностика уровня эмпатических способностей В. В. Бойко;

- диагностика эмпатии по А. Меграбяну и Н. Эпштейну;

- диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении Бойко В.В.;

- диагностику социальной эмпатии Фетискина Н.П., Козлова В.В., Мануйлова Г.М.

- методы анализа и интерпретации полученных данных

Методологическая основа исследования:

- психодиагностика коммуникативной компетентности по Фетискину Н. П., Козлову В. В., Мануйлову Г. М., Уманскому Л.И., Френкель И.А., Лутошкину А.Н., Чернышову А.С., Бойко В.В.;

- профессионализм в психологической и акмеологической науке по разработкам исследователей, работающих в области психологии труда, инженерной психологии, психологии профессиональной деятельности, акмеологии: Анисимова О.С., Гуревича К.М., Деркача А.А., Забродина Ю.М., Зазыкина В.Г., Иванова Е.М., Кавериной Р.Д., Климова Е.А., Котеловой Ю.В..

- теоретико-эмпирические основания коммуникативной компетентности среднего медперсонала в работе с больными по Аббясову И.Х., Двойникову С.И., Богачевой Е.В., Мухиной С.А., Сизовой Л.А., Тарновской И.И., Обуховец Т.П., Заньковой О.В., Островской И.В.

Теоретическая значимость исследования состоит в развитии представлений о взаимосвязи эмпатии и эффективности деятельности в ходе профессионализации у медицинских сестер. Выявленные особенности эмпатии медицинских работников доказывают ее влияние на эффективность их деятельности. Полученные данные уточняют теоретические представления о месте эмпатии в структуре профессионально важных качеств медицинских сестер.

Практическая значимость исследования заключается в возможностях использования полученных результатов для формирования профессионально важных качеств медицинского персонала, что позволит повысить качество сестринской помощи.

Исследование роли общения в осуществлении эффективной профессиональной деятельности медицинской сестры проходило по следующим этапам:

- предварительный этап: обзор литературных источников, анализ основных подходов к проблеме эффективного общения, исследование личностных особенностей, влияющих на успешность коммуникативного процесса, выделение проблематики и определение логики эмпирической части исследования;

- диагностический этап: организация диагностики, проведение тестирования и анкетирования, обработка полученных результатов, выявление типологической картины медицинских сестер по уровням коммуникации;

- обобщающий этап: формулирование выводов по результатам исследования, разработка методических рекомендаций по эффективному общению в профессиональной деятельности медицинских сестер.

Апробация результатов исследования: результаты исследования были заслушаны на совещании руководителей поликлиники, проработаны на занятиях с медицинскими сестрами клиники.

Место проведения исследования: Муниципальное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 4» управления здравоохранения администрации города Новороссийска.

Структура работы: Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемых источников, приложений.

**ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ ЭМПАТИИ В ПСИХОЛОГИИ**

* 1. **Понятие и роль эмпатии в психологии и ее влияние на профессиональную деятельность**

Слово эмпатия происходит от греческого empatheia, что означает сопереживание. В современной психологии, эмпатия обозначает способность человека представить себя на месте другого человека, понять чувства, желания, идеи и действия другого, на непроизвольном уровне, положительно относиться к ближнему, испытывать сходные с ним чувства, понимать и принимать его актуальное эмоциональное состояние. Проявить эмпатию по отношению к собеседнику - значит посмотреть на ситуацию с его точки зрения, уметь «вслушаться» в его эмоциональное состояние.

Термин «эмпатия» был введен в психологию Э.Титченером для обозначения внутренней активности, результатом которой становится интуитивное понимание ситуации другого человека. Э. Титченер объединил философские идеи о симпатии с теориями чувствования Э. Клиффорда и Т. Липпса.

Среди современных определений эмпатии встречаются следующие:

- знание о внутреннем состоянии, мыслях и чувствах другого человека;

- переживание эмоционального состояния, в котором находится другой;

- активность по реконструкции чувств другого человека с помощью воображения; размышления о том, как человек повел бы себя на месте другого;

- огорчение в ответ на страдания другого человека;

- ориентированная на другого человека эмоциональная реакция, соответствующая представлению субъекта о благополучии другого.

Выяснено, что важной стороной эмпатии является способность принимать роль другого человека, что позволяет понимать не только реальных людей, но и вымышленных персонажей художественных произведений. Показано также, что эмпатическая способность возрастает с увеличением жизненного опыта.

Наиболее яркий пример эмпатии - поведение драматического актера, который вживается в образ своего героя. В свою очередь, зритель тоже может вжиться в образ героя, поведение которого он наблюдает из зрительного зала.

Эмпатия как эффективный инструмент общения была в распоряжении у человека с момента выделения его из мира животных. Умение сотрудничать, ладить с окружающими и адаптироваться в обществе было необходимо для выживания первобытных сообществ.

Вопрос развития эмпатии обычно поднимается в двух основных контекстах - общечеловеческом и профессиональном. Мы говорим о развитии эмпатии у детей, о степени эмпатии нашего общества, имея в виду проблемы агрессии, эгоизма, нечувствительности к страданию живых существ.

Также этот вопрос ставится, когда обсуждается работа профессионалов, сутью деятельности которых является помощь людям, попавшим в трудную ситуацию, - медиков, психологов, социальных работников и т.д. Компетентностный подход в профессиональном образовании ставит задачу развития эмпатии как способности у специалистов помогающих профессий.

Это предполагает конкретизацию представлений об эмпатии, позволяющую выявлять и оценивать уровни ее развития, показатели поведенческих проявлений эмпатии, разрабатывать обучающие программы, направленные на ее развитие. В то же время концептуальное осмысление проблематики эмпатии в психологии в целом характеризуется многозначностью, неопределенностью основных понятий, эклектичностью подходов.

Отсутствуют концепции эмпатии, позволяющие анализировать многоплановый, многоуровневый, системный характер эмпатических феноменов. В психологии эмпатии назревшей задачей является разработка такого подхода, который обеспечил бы плодотворную рефлексию «практики эмпатии» в деятельности помогающих профессионалов и обоснование принципов разработки методов и приемов ее развития.

Эмпатия как способность В одной из работ нами было выдвинуто предположение о перспективности применения методологии исследования и развития способностей в контексте «профессиональной эмпатии» [14].

Категория способностей традиционно является одной из центральных в тематике обучения и целенаправленного развития. Существуют отечественные исследования, в формулировках предмета которых присутствуют слова «эмпатическая способность» [23]. Однако в данных работах не применяется специфическая методология анализа и исследования именно способностей, их структуры.

Суммируем кратко основные положения выдвинутого нами обоснования рассмотрения эмпатии как способности. За основу нами взята модель способностей В.Д. Шадрикова, обобщающая традиции понимания способностей в отечественной психологии[34].

Одним из основных принципов отечественной психологии способностей является деятельностный: способности проявляются и развиваются только в деятельности. Они обеспечивают успешность ее выполнения и не сводятся к наличным знаниям, умениям и навыкам[35]. Для эмпатических способностей такой деятельностью является деятельность общения.

Однако также можно говорить и об особой деятельности сопереживания, которая может быть выделена в определенных ситуациях, когда мотивом является понимание того, что происходит с другим человеком, и/или сочувствие ему.

Под функциональным компонентом эмпатических способностей мы понимаем способность к определенного рода репрезентации состояния другого человека.

В современной психологии такая репрезентация называется викарным чувством (от лат. vicarius — «заместитель», «наместник»). В настоящее время представляется возможным связывать возникновение викарного чувства с работой конкретных психофизиологических механизмов, которые обеспечивают специфическую нейронную репрезентацию состояния другого человека у наблюдающего за ним [22].

Прежде всего, речь идет о зеркальных нейронах, открытых в 90-е гг. ХХ в. [24]. На настоящий момент факт возбуждения у человека собственно зеркальных моторных нейронов при наблюдении эмоций другого человека надежного подтверждения не нашел.

Однако, начиная с 2004 г., на материале эмпатического отклика на самые разные эмоции выявляется «зеркальный принцип» работы мозга: при наблюдении определенных чужих эмоций (зрительно или на слух) у испытуемых происходит активация тех же отделов мозга, которые активируются у них при реальном переживании этих эмоций [25]. Если использовать терминологию теории высших психических функций, то можно предположить, что викарное чувство является результатом работы тех процессов, которые составляют натуральную эмпатическую функцию.

Последние исследования нейронаук, изучающих разного рода «эмпатические дефициты», выявляют различную локализацию мозговых механизмов викарных спонтанных и произвольных эмпатических реакций. Нарушения эмпатии являются одним из диагностических признаков психопатии, а также антисоциального поведенческого расстройства. Связь нарушения эмпатии с агрессивным поведением обосновывается следующим образом: сопереживание страданию жертвы приводит к торможению агрессии, если же сопереживания нет, то агрессия не может тормозиться таким, «естественным», образом.

Исследователи полагают, что при психопатических расстройствах нарушен разного рода мозговой процессинг эмоции страха, и в связи с этим не возникает викарное чувство страха, сопереживание страху жертвы [24].

Так, было показано, что у пациентов с диагностированной психопатией наблюдается пониженная активность в отделах головного мозга, связываемых с эмпатией, при инструкции на просто внимательное наблюдение эмоционально-окрашенного взаимодействия. Однако при наличии инструкции на сопереживание реакция в «эмпатических» отделах мозга таких пациентов значимо не отличается от реакции у условно здоровых испытуемых.

При этом у пациентов с психопатией наблюдается повышенная по сравнению со здоровыми испытуемыми активация в отделах мозга, связываемых с когнитивными аспектами эмпатии (у здоровых испытуемых активация в этих отделах наблюдается при инструкции представить, вообразить, что чувствует другой человек).

Можно сделать предположение о компенсаторном характере этой активности и говорить о некоторой способности к «включению-выключению» эмпатии, которой обладают лица с психопатическими тенденциями. Аналогичные феномены описаны и для аутистических расстройств: там различия нейрофизиологической основы спонтанной и произвольной эмпатии были обнаружены при реагировании на эмоции хорошо знакомых и незнакомых людей. Вероятно, при аутизме имеет место «викарная гиперреактивность», совладание с которой становится более успешным в ситуациях регулярного общения с одними и теми же людьми.

Результаты нейрофизиологических исследований патологии эмпатии, таким образом, позволяют говорить как о наличии специфических функциональных компонентов эмпатических способностей, так и о когнитивном, социальном и т.п. опосредовании их работы, о наличии определенных складывающихся при жизни индивидуальных способов реализации эмпатии.

Можно ли, исходя из представлений об операционных компонентах способностей, говорить об эмпатических операциях или действиях? На первый взгляд, такая постановка вопроса вызывает большие сомнения. Эмпатия предельно свернута, особенно в житейских ситуациях общения. Она представляется непроизвольным, интуитивным внутренним процессом, а, главное, результатом эмпатии чаще всего считается эмоция - либо разделенное чувство («я грущу вместе с тобой»), либо сочувствие.

Основным принципом методологии исследования эмпатии в отечественной деятельностной традиции выступает ее разворачивание, экстериоризация в процессе решения особых задач на сопереживание [23].

Для взрослых людей эффективным методом развития эмпатии считаются тренинги, в которых используются методы ролевого перевоплощения, идентификации с героями литературных произведений.

В таких случаях разворачивается деятельность сопереживания, в которой могут быть выделены отдельные элементы, цели и этапы [27]. При анализе целенаправленного «эмпатического исследования» переживания клиента, осуществляемого психотерапевтом, вопрос об «эмпатических действиях» также неестественным не выглядит.

В развернутом процессе эмпатического отклика возможно различение индивидуальных стратегий как понимания внутреннего мира другого человека, так и выражения своего понимания.

В дидактических целях в психотерапевтических подходах - прежде всего гуманистических и экспириентальных - выделяются специфические приемы и методы для стимуляции, запуска, оформления и выражения эмпатического понимания переживания клиента. Эти приемы опираются на житейские навыки, присущие обучающимся, но психотехнически формируют новые, профессиональные стратегии.

Так, в процессуально-экспириентальном подходе эмоционально-фокусированной психотерапии выделяются такие «эмпатические операции», как эмпатическое прояснение, эмпатическая гипотеза, эмпатическое пробуждение, эмпатическое подтверждение и т. п. Часто эти приемы описываются метафорически: «вчувствование», «отзеркаливание», «вхождение во внутренний мир другого».

Можно предположить, что конкретизация, «перевод» метафор, характерных для практиков и учителей психотерапии, на научный язык операционных компонентов эмпатической способности возможна с помощью понятий, описывающих те процессы, которые обычно квалифицируются исследователями эмпатии как ее механизмы.

В различных исследованиях называются: эмоциональное заражение, подражание, проекция, интроекция, идентификация, понимание, воображение, рефлексия, децентрация и т.д. [22]. В ходе обучения работа этих механизмов, обычно неосознаваемая в житейских ситуациях, подвергается осознанию, рефлексии, увязывается с постановкой профессиональных целей, опосредуется системой профессиональных норм, образцов и правил, приобретая характер целенаправленных произвольных действий. Операционные механизмы можно также классифицировать с точки зрения того, какую часть или этап эмпатического процесса они осуществляют. В соответствии с логикой деятельностного подхода, встает вопрос о выделении собственно операций как способов осуществления действия, действий, стратегий и т.п.

Процесс эмпатии и его опосредование можно разделить на три стадии:

1. Появление викарного переживания состояния другого человека.

2. Развертывание, прояснение викарного переживания до требуемой степени ясности.

3. Реализация, воплощение эмпатического переживания.

Возможно неполное прохождение этих этапов, равно как и различные степени требуемой ясности и степени воплощения переживания. Соответственно этим трем стадиям можно выделить также три плана анализа как эмпатического процесса, так и структуры эмпатических способностей: чувственно-перцептивный, рефлексивный, экспрессивно-коммуникативный.

Появление викарного чувства рассматривается многими исследователями как непосредственный, «перцептивный» процесс: мы «видим», что человек грустит, «читаем» это чувство на лице человека.

Однако, вероятно, непосредственность эмпатического восприятия - такой же результат интериоризации эмпатических действий, сворачивания определенных микропроцессов, как и в случае собственно восприятия.

Приведем пример психологических исследований, демонстрирующих различного рода опосредование достаточно простых эмпатических реакций. Младшие подростки с диагностированной тенденцией к психопатии и антисоциальному поведению и условно здоровые подростки играли в компьютерную игру, в которой могли варьировать силу звука, посылаемого своему противнику. Звук мог быть достаточно сильным и болезненным для слуха (на самом деле «противником» выступал компьютер, ситуация была смоделирована).

Часть испытуемых получали письменные сообщения от противника, в которых содержалась жалоба на неприятные ощущения от звука, часть - нет, сообщения для них не содержали жалобы. Во втором случае поведение подростков с психопатическими тенденциями после получения сообщения от противника оставалось более агрессивным, чем поведение испытуемых без психопатических тенденций.

Если же подростки с психопатической тенденцией получали сообщение с жалобой, их поведение после получения сообщения не отличалось от поведения условно здоровых испытуемых, которые были склонны больше не использовать болезненные звуки [29].

Т.е. для коррекции психопатических тенденций ставится задача: организовать привлечение внимания к признакам дистресса у другого человека и затем автоматизировать этот поначалу произвольный процесс.

*Эмпатия и помощь: житейский и профессиональный контекст.*

В психотерапии эмпатия рассматривается как важный метод работы профессионала: либо это условие установления терапевтического контакта, либо один из основных методов «лечения», в зависимости от специфики психотерапевтического подхода.

Поэтому эмпатическое понимание и его выражение формулируются как цели профессиональной деятельности. Если рассматривать другие помогающие профессии, здесь роль и место эмпатии определяются другим образом. Эмпатия традиционно считается важнейшим фактором помогающей мотивации. Дискуссии касаются не самого этого факта, а скорее удельного веса эмпатического отклика среди других факторов помощи - нормативных, ситуационных.

Также роль эмпатии как мотивационного фактора помощи проблематизируется при выделении различных форм помогающего поведения: собственно помощь, просоциальное поведение, альтруистическое поведение и т. п. Так, Ч. Батсон и его коллеги сформулировали гипотезу «эмпатия - альтруизм», согласно которой подлинно альтруистическое поведение, т. е. поведение, не преследующее никакой выгоды, в том числе от избегания порицания или от получения социального поощрения, роста самоуважения вследствие факта помощи, мотивируется именно эмпатией.

В обсуждении связи эмпатии и помощи особое внимание уделяется феномену эмпатического дистресса - т. е. негативных чувств у человека, наблюдающего страдания другого. Они могут быть разделенными - «я грущу вместе с тобой», но могут быть и собственными - «мне неприятно, тревожно от того, что ты грустишь» (personal distress).

Высокий личный дистресс может быть мотиватором помощи - «я помогу, чтобы поскорее избавиться от своих неприятных чувств». Но при наличии возможности с легкостью выйти из неприятной ситуации или «убрать» эти чувства другим способом (например, улучшить настроение с помощью чего-либо приятного) субъект с высоким личным дистрессом не будет склонен помогать [37].

Известный исследователь онтогенеза эмпатии М. Хоффман подчеркивает, что, по сути дела, развитие эмпатии у детей представляет собой совладание с собственным дистрессом и формирование связи эмпатия — помощь через развитие сочувствия, разделенных чувств (в его терминологии: «симпатический дистресс», «подлинный эмпатический дистресс» в отличие от «собственного дистресса») [39].

В онтогенезе такое развитие опосредовано, в первую очередь, становлением систем эмоциональной регуляции в целом и усвоением социальных, моральных норм. Помогающие профессии относятся к разряду так называемых социономических, т. е. профессий системы «человек - человек». Основным «рабочим инструментом» в таких профессиях является личность самого профессионала. Выделение помогающих профессий не является твердым, устоявшимся [40].

Будем называть помогающими профессии, в которых профессионал в большинстве ситуаций взаимодействует с человеком страдающим, при этом помогающие действия, т. е. действия, способные прекратить или облегчить его страдания, улучшить его состояние, являются его основными должностными обязанностями.

По такой классификации в разряд помогающих профессий определенно попадают основные медицинские специальности, социальная работа, психологическое консультирование и психотерапия, определенные категории деятельности сотрудников МЧС. Другие социономические профессии различаются долей помогающей деятельности среди других задач профессионала (учитель, воспитатель, священник, юрист, сотрудник правоохранительных органов и т. п.).

В профессиональном контексте помощь оказывается в условиях, по ряду признаков значительно отличающихся от житейских ситуаций, и эти условия имеют большое значение для понимания специфики «профессиональной эмпатии»[34].

Отметим несколько из них.

1. Обязательный характер помощи в отличие от возможности выбора «помогать - не помогать» в большинстве житейских ситуаций. К тому же неоказание помощи или не должным образом оказанная помощь могут привести к жалобам, дисциплинарным взысканиям и т.п.

Таким образом, эмпатия как «внутренний» фактор мотивации помощи находится в сложном соподчинении не только с другими «внутренними» факторами, но и с весомыми «внешними». Ее проявления должны быть вписаны в сложную структуру целей профессиональной деятельности.

2. Регулярный характер помощи. Чаще всего с этой особенностью помогающих профессий связывают явление эмоционального выгорания и защитный характер формального отношения к помощи.

3. Повышенный личный дистресс. Множество ситуаций, в которых приходится оказывать помощь представителям помогающих профессий, могут провоцировать повышенный личный дистресс или затруднять совладание с ним. Это ситуации, в которых очень высока цена ошибки, например, в работе спасателей, медиков, а также возможно проявление собственных сильных негативных чувств: страха смерти, отвращения, презрения и морального осуждения и т.д.

Отметим лишь наиболее явные особенности помогающей профессиональной деятельности в связи с эмпатией. Безусловно, существует множество дополнительных нюансов, как в помогающих, так и в других социономических профессиях. Представляется необходимым проведение специального анализа различных профессий с точки зрения специфики связи эмпатия - помощь.

Наиболее часто исследуемыми феноменами помогающей профессиональной деятельности являются эмоциональное выгорание и профессиональные деформации, в том числе деформации мотивационные (например, приоритет мотива власти и самоутверждения как «спасителя» и «вершителя судеб»).

Осознание распространенности этих феноменов привело на определенном этапе к пониманию необходимости специальных форм помощи и поддержки профессионального развития самих представителей помогающих профессий. Например, уже в 1924 г. на Берлинском психоаналитическом конгрессе была зафиксирована необходимость супервизии как обязательной части подготовки психоаналитиков, в 1950-е гг. возникли балинтовские группы - институциализированная форма профессиональной супервизии для практикующих врачей и психиатров [25].

На примере анализа разнообразных профессий показано, как в процессе их освоения обучающийся «распредмечивает» нормативный способ и превращает его в индивидуальный способ деятельности. На основе индивидуальных качеств и способностей посредством их реорганизации и переструктурирования, приспособления и развития под влиянием требований той деятельности, которую осуществляет субъект, формируется психологическая система профессиональной деятельности, профессиональная позиция [22].

Cпецифика помощи в помогающих профессиях характеризуется двумя основными взаимосвязанными аспектами реализации эмпатии в профессиональном контексте: мотивационным и выразительно-коммуникативным. Пересечением этих аспектов видится проблема регуляции, произвольности эмпатии.

Эмпатия обычно выступает в качестве «фона», а не «фигуры» при профессионаьной деятельности, как некий дополнительный фактор эффективности. Роль эмпатии в социономических профессиях определяется через ее включение в структуру профессионально важных качеств.

Помогающий профессионал должен быть эмпатичным, т. е. должен быть склонным проявлять эмпатию. Соответственно методологией исследований являются измерение эмпатии как личностной черты в основном опросниковыми методами и поиск связи уровня эмпатии с различными характеристиками профессионала (стаж, эффективность деятельности, уровень эмоционального выгорания и т.д.

При подходе к эмпатии как профессиональной способности, а не как к профессионально важному качеству, фокус внимания меняется: не развитие склонности к эмпатии, а приобретение эмпатическими процессами «свойств оперативности».

В психологии профессионального развития так определяется развитие способностей: как за счет освоения специальных операций, так и за счет тонкого приспособления этих операций к условиям деятельности. Уровень развития эмпатии у помогающих профессионалов так или иначе влияет на профессиональную деятельность.

В последнее время задача развития эмпатии как профессионального навыка врача активно ставится, например, в психоонкологии. Организуются тренинги, на которых проигрываются и разбираются сложные коммуникативные ситуации (как сообщить диагноз пациенту, как общаться с родственниками больного и т.д.).

В отношении профессиональной коммуникации в целом и эмпатии в частности А. Сонькина-Дорман - одна из первых в России профессиональных специалистов по паллиативной помощи и медицинскому общению - поднимает очень важный вопрос «скрытого учебного плана» («the hidden curriculum»)[34].

Это понятие описывает усваиваемые в рамках ученичества как обучения через подражание учителю/учителям, а не в лекционных аудиториях, нормы и правила профессиональной деятельности, которые в наибольшей степени влияют на профессиональное поведение.

Для эмпатии эта тема особо важна, так как эмпатия считается дополнительным условием эффективности в помогающих профессиях, не существует нормативных способов проявления эмпатии, помимо абстрактных требований проявлять сочувствие и понимание. Поэтому коммуникация врач - пациент в наибольшей степени подвержена влиянию неявных, неотрефлексированных образцов поведения.

Абстрактное знание само по себе не способно преодолеть силу привычных, устоявшихся моделей профессиональной коммуникации. Необходимо создавать условия для приобретения «живого» опыта эмпатического понимания и отношения, в том числе личного опыта получения эмпатии, например, от ведущего коммуникативного тренинга или супервизора и других участников, а также для его рефлексии и интеграции в практику.

Важно добавить, что женщины и мужчины по уровню эмоционального интеллекта не различаются, но у мужчин сильнее развито чувство самоуважения, а у женщин - эмпатии и социальной ответственности.

Не всем дано испытывать глубокое чувство эмпатии, однако проявлять его мы порой бываем обязаны.

Правила хорошего тона диктуют нам проявлять эмпатию. Искренняя же эмпатия обычно возникает между двумя близкими людьми и позволяет чувствовать взаимопонимание.

**1.2. Виды, формы и уровни эмпатии**

Для лучшего понимания такого явления как эмпатия, рассмотрим подробнее ее виды, которые подразделены на следующую классификацию:

- эмоциональная,

- когнитивная,

- предикальная.

Эти виды тесно связаны друг с другом и, как правило, не существуют по отдельности.

Под эмоциональной эмпатией понимают способность воспринимать и подражать эмоциям окружающих. Человек готов откликнуться на чувства собеседника. Происходит единение, когда один человек понимает другого. Его визави чувствует искреннее внимание.

Это приводит к снятию эмоционального напряжения, способствует разрешению проблемной ситуации.

Когнитивная эмпатия – это не только понимание чувств другого, но и способность анализировать эти чувства и мысли, находить причины, приведшие к данному состоянию и способы выйти из него. Этот вид эмпатии лежит в основе психологической помощи.

Под предикативной эмпатией понимают способность не только ощущать и анализировать эмоции другого человека, но и предугадывать его реакции в той или иной ситуации. Это умение бесценно при решении конфликтов и ссор.

Психологи выделяют следующие формы эмпатии:

- сопереживание,

- сочувствие.

Сопереживание - это ситуация, когда человек испытывает те же чувства, что и собеседник (герой фильма, книги).

Сочувствие подразумевает, что у человека появляются личные чувства к визави и его проблеме (сочувствие, жалость).

Например, при просмотре фильма эмпат может заплакать вместе с героем и это будет сопереживание, или начать жалеть его, что будет уже сочувствием.

Или, когда в разговоре с другом последний испытывает злость на кого-то, сопереживающий эмпат тоже разозлится, сочувствующий - попробует успокоить, выражая при этом свои эмоции.

Рассмотрим подробнее уровни эмпатии.

В психологии выделяют четыре уровня эмпатии. Они различаются степенью заинтересованности чувствами других людей и тем, насколько проявляются сочувствие и сопереживание.

Уровни эмпатии:

- повышенный,

- высокий,

- нормальный,

- низкий.

*Повышенный.* Люди с таким уровнем эмпатии, вникая в проблемы и эмоции окружающих, перестают их отделять от своих. Они слишком впечатлительные и ранимые, иногда понимают окружающих лучше, чем самих себя, часто испытывают беспричинное чувство вины. Это приводит к эмоциональным перегрузкам и повышенной тревожности.

Психологи такое состояние называют аффективной эмпатией. Человек, научившийся справляться со своей повышенной эмпатией и контролирующий себя, сможет достичь больших высот в области психологии, PR, маркетинга и других сферах.

*Высокий.* Человек хорошо понимает переживания окружающих, при этом чрезмерно не вовлечен в них. Это деликатные люди искренне и тепло относящиеся к родным и близким, коммуникабельные и живут активной социальной жизнью. Случается, что люди с высоким уровнем эмпатии несколько зависимы от общественного мнения и нуждаются в постоянном одобрении своих действий.

*Нормальный* уровень эмпатии характерен для большинства людей. Человеку с нормальным уровнем эмпатии понятны чувства других, но он остается к ним равнодушным. Исключением становятся родные и близкие.

*Низкий.* Лица с низким уровнем эмпатии не способны взглянуть на ситуацию под другим углом, считают свою точку зрения единственно верной. Это люди сосредоточенные лишь на своих проблемах. Им не комфортно общение с окружающими. Как правило, у антиэмпатов узкий круг общения и практически нет друзей.

**1.3 Проявление эмпатии у медицинских сестер в профессиональной деятельности**

Человек - высшая ценность из всех ценностей мира - таков принцип гуманизма, важный принцип врачебной деонтологии. Одной из важнейших задач современной медицины является обеспечение соматического и психоэмоционального благополучия человека. Степень сформированности и развития личности врача являются важнейшими из факторов, обусловливающих выздоровление больного.

Профессиональная врачебная деятельность имеет ряд специфических особенностей и ее успешность определяется не только профессиональными знаниями и навыками, но и умениями реализовать их в своей деятельности за счет развития профессиональных качеств личности.

Одним из важных личностно - профессиональных качеств медицинского работника считается умение сопереживать и воспринимать чувственные состояния другого, то есть способность к эмпатии, а также наличие навыков установления адекватных и эмоционально - благоприятных отношений с больными, умение анализировать свое поведение и поведение окружающих, человечное отношение к больному, этичность, наличие глубокой интуиции.

В медицине эмпатией является осознание эмоционального состояния другого человека и демонстрация этого осознания. К примеру, при беседе доктора с больным проявление эмпатии означает осознание слов, эмоций и жестов больного, а еще убеждение больного в том, что доктор понимает его волнения.

Так как будущий врач или медсестра часто будут подвергться стрессовым ситуациям, то уже в университете необходимо обучаться особенному методу общения, уметь сдерживать собственные эмоции.

Понимание медицинской сестрой конкретного психического состояния больного, его личного склада считается немаловажным фактором, способным сделать лучше качество оказываемой врачебной помощи и добиться комплаентности больных.

Над проблемой эмпатии задумываются не только в современной медицине, размышления на эту тему уходят корнями в Древнюю Грецию, к Гиппократу - известному представителю Косской медицинской школы, которым сформулированы основные тезисы врачебной этики, не потерявшие своей актуальности и в настоящее время.

Прежде всего, это «natura sanat, medicus curat morbos» («лечит болезни врач, но излечивает природа»).

Второй - это «primum non nocere» («прежде всего не вредить»).

И третий - «qui bene interrogat, bene dignoscit; qui bene dignoscit, bene curat» («кто хорошо расспрашивает — хорошо ставит диагноз; кто хорошо ставит диагноз - хорошо лечит»).

В современной медицине  происходит улучшение инструментальных методик диагностики заболеваний, но меньше времени тратится на общение врача с пациентом. Между тем остается важным процесс налаживания доверительных отношений с больным.

Данные статистики демонстрируют, что неадекватная коммуникация медицинского работника с больным приводит к росту числа исков на медработников, к смене лечащего врача и отрицательным рекомендациям на медсестер.

К примеру, при сравнительном исследовании эмпатических способностей терапевтов и хирургов, выявлено то, что у медицинских работников терапевтического профиля уровень эмпатии несколько выше, чем у врачей - хирургов. У медицинских сестер химиотерапевтического и реанимационного отделения, работа которых имеет повышенный уровень стрессогенности, замечен заниженный и довольно невысокий уровень эмпатии в сочетании с высоким уровнем рефлексии, что указывает на понимание специалистами необходимости сознательного контроля.

Следует заметить, что для медсестры контакт с больным считается рабочим моментом, а для пациента этот контакт представляет собой неординарное событие. При первой встрече с пациентом задача сестры выстроить мост доверия, фундамент, на основе которого имеет возможность развиваться плодотворное сотрудничество. Это достигается обходительным, благожелательным отношением к больному.

Больной всякий раз находится в подчинённом положении по отношению к медицинскому работнику по причине угнетённого состояния, вызванного заболеванием. Важное значение имеет атмосфера, в которой собирается анамнез. Эмоциональный барьер снимается, когда больной чувствует, что внимание сестры сконцентрировано на нем, и для него в этот момент нет ничего важнее, чем заботливо выслушивать больного. Вследствие этого во время разговора должны исключаться все помехи: беседы с коллегами, телефонные разговоры и т.д. Нельзя говорить больному, что у вас нет времени, даже если это так. Нельзя говорить на ходу, стоя, двигаясь к двери, неспокойно переминаясь с ноги на ногу.

Во время сбора анамнеза сестра может трудиться за столом (на расстоянии не больше 1 метра) напротив больного, или больной находится вблизи за столом (стол может восприниматься как барьер), при этом доктор обязан глядеть собеседнику в глаза (визуальный контакт), наблюдать за его мимикой.

Некорректно пожилых больных называть «бабушка»/ «дедушка»,  больные в этом случае чувствуют неловкость, и это обращение ухудшает их эмоциональное состояние. Следует заранее приготовить план опроса, до того как собирать анамнез у пожилых людей, страдающих забывчивостью, и которых просто можно сбить с толку. Во время коммуникации с больным сестра обязана постараться изъяснять все элементарно и доступно, применить конкретные формулировки, помня о том, что любые слова медработника оцениваются и интерпретируются больным.

Сестра должена сделать все, чтобы общение не было скучным, напряженным, не осуждать пациента, не заниматься морализацией и лишней монологизацией. Она не должна быть очень сухой и отстранённой или, напротив, излишне доверительной. Ни в коем случае нельзя идти на поводу у пациента, что может помешать беспристрастно расценить ситуацию.

Медсестре нельзя всецело погружаться в эмоциональное состояние больного, идентифицироваться с ним в страдании и несчастье. Надо сохранять дистанцию, тренируя способность к эмпатии и самоконтролю. Метод общения сестры с больным выбирается в зависимости от впечатлений, которое больной произвел на нее. Уже в первые минуты общения сестра может сделать вывод о том, насколько информирован больной и что он знает о своём заболевании, доверяет ли он сестре, относится ли он скептически к научной медицине и является приверженцем других способов лечения.

Больные, полностью полагающиеся на медицинского работника, не очень информированные и они считают, что могут всецело доверять сотруднику. Эти больные не требуют подробных объяснений плана лечения. Но данный тип встречается все реже.

Нередко приходится сталкиватся с некорректным поведением со стороны медицинских работников, неумением правильно общаться с больным. Известно, что неосмотрительные слова медсестры в связи с невниманием к психологическому состоянию больного могут навредить соматическому состоянию и спровоцировать ятрогенные заболевания.

Успех в лечении во многом зависит от личностных качеств медицинского работника, его отношения к больному и от способности вызывать доверие у пациента. Сестра должна не только выполнять свои профессиональные обязанности, но и уметь разговаривать со своим пациентом. Если хороший специалист и понимающий человек совмещаются в одном медработнике, то такой сотрудник - это счастье для пациента. Однако эмпатия для медика – это не просто врожденное человеческое качество, но еще и профессиональная компетенция, которая должна формироваться и совершенствоваться осознанно и грамотно как в период обучения в университете, так и на протяжении всей профессиональной деятельности.

Медицина является той сферой деятельности человека, где преобладают отношения в системе «человек-человек». Больные ждут от медицинского персонала сочувствия, заботливости, что требует проявления эмпатийности. Поэтому считается, что в медицину, как и в другие социономические профессии, должны идти люди, умеющие работать в системе «человек-человек»[44]. Процессуальное содержание их деятельности заключается в том, что постоянно надо входить и находиться в состоянии субъекта, с которым осуществляется совместная деятельность.

Эмпатия медицинского работника помогает лучше прочувствовать состояние пациента. Общение с пациентом является одним из главных элементов лечебного процесса. Эмпатия медицинского работника, направленная на пациента, обозначается как сострадание, сочувствие или эмпатическая забота. В сочувствии отражается переживание медицинским работником неблагополучия другого как такового, безотносительно к собственному благополучию.

Оно возникает в ситуации, когда воспринимаемое состояние пациента вызывает потребность помочь ему.

Представителями наиболее многочисленного и перспективного направления, эмпатия медицинского работника определяется как способность или свойство личности [31, 35, 43, 50]. Эмпатия рассматривается как когнитивно-аффективная способность медицинского работника, суть которой состоит в умении давать опосредованный эмоциональный ответ на переживания пациента, сопряженный с рефлексией его внутренних состояний, мыслей и чувств.

В процесс взаимодействия с пациентом, активно вовлечена медицинская сестра, которая должна научиться позитивно выражать свое «Я» (в определенных границах). Это будет повышать уровень доверия пациентов к ней. Чтобы контакт был искренним, открытым с медсестрой, он должен видеть искренность и с ее стороны. Медсестра может завоевать доверие пациента, демонстрируя свою аккуратность, пунктуальность, осведомленность о положении дел пациента, опыт, подготовленность, честность, способность работать в его интересах, свою энергичность, решимость, добиться поставленной цели.

Например, осуществляя уход за пациентом, медсестра слушает и наблюдет, реагируя на наличие у пациента психологической напряженности в отношениях с самим собой (неудовлетворенность собой, чувство стыда). Медсестра также отмечает динамику эмоциональной сферы пациента в процессе лечения, поскольку эмоции влияют не только на настроение и поведении, но и на состояние организма, в частности на иммунитет. Такая информация передается лечащему врачу, который сам оказывает психологическую помощь, или дает предписание по психологическому уходу за пациентом, или вызывает психолога для оказаний профессиональной психологической помощи. Работать с пациентом должна команда единомышленников – врач, медсестра, психолог.

Феномен эмпатии тесно связан с позитивным отношением. Помимо трансляции своего расположения к пациенту, медицинская сестра должна не только отслеживать показатели здоровья своего пациента, но и отслеживать его эмоциональное состояние, понимать и уметь грамотно реагировать на различие эмоциональные проявления пациента: горе, страх, тревога, тоска и др. Без эмпатии, невозможно достижение полноценного взаимопонимания сторон в коммуникативном взаимодействии субъектов[45].

Важно отметить, что различного рода жалобы и возникающие этические проблемы свидетельствуют об отсутствии необходимого уровня эмпатических установок, влияющих на общение с пациентами. Можно говорить о значимости для взаимодействия пациента с медицинскими работниками таких ситуаций, когда уместно проявить чувство юмора, однако без тени насмешки, иронии и цинизма. Такой принцип, как «смеяться вместе с больным, но никогда - над больным», известен многим медицинским работникам, так как некоторые больные не переносят юмора даже с добрым намерением и понимают его как неуважение и унижение их достоинства [50].

Одной из предпосылок для развития положительного отношения является предоставление больному возможности свободного, не прерываемого рассказа о его переживаниях, проблемах, жалобах, заботах и опасениях. И даже если медицинский работник имеет ограниченное время для этого, он не должен показать, что очень занят. Медицинский работник должен своей личностью «резонировать на высказывания больного». Если больному не будет в необходимой мере предоставлена возможность высказаться, больной часто жалуется, что медицинский работник его «вообще не выслушал», а иногда уходит от него с ощущением, что не был обследован по всем правилам, хотя в действительности с соматической стороны и было сделано все небходимое. Со стороны больного при этом проявляется недовольство тем, что им пренебрегают как личностью. При этом, говорливый больной легче добивается возможности высказаться, более того, он может заинтересовать медицинского работника своим занимательным рассказом.

Можно говорить о значимости для эффективного и бесконфликтного взаимодействия пациента с медицинскими работниками такого понятия, как эмпатии, которое рассматривается Л.П. Урванцевым, Н.В. Яковлевой как система внутренних ресурсов, необходимых для построения эффективного общения в определенном спектре ситуаций межличностного взаимодействия.

При наличии эмпатии со стороны медицинского работника - пациент скорее выздоравливает. Чтобы выявить эмпатию, необходимо рассмотреть следующие виды общения медицинского работника и пациента [46]:

1. «Контакт масок» - это формальное общение.

2. Примитивное общение - когда целью обращения к медицинскому работнику становится получение каких-либо дивидендов. Например, больничного листа, справки, формального экспертного заключения и др.

3. Формально-ролевое общение - вид общения со стороны медицинского работника может быть обусловлен профессиональной перегрузкой.

4. Деловое общение. - при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения.

5. Духовное межличностное общение – беседа на любую тему.

6. Манилулятивное общение. Так же, как и примитивное, направлено на извлечение выгоды от собеседника.

Целью такой манипуляции может быть:

1) снижение ожиданий пациента в успехе лечения в связи с избеганием медицинским работником ответственности в случае неожиданного ухудшения здоровья пациента;

2) демонстрация необходимости дополнительных и более квалифицированных воздействий со стороны медицинского работника с целью получения вознаграждения. [50].

На основе многолетнего опыта работы И.Харди (1983) выделил шесть типов медицинских сестер [52]. Естественно, что данная классификация является определенным упрощением, но она помогает взглянуть на деятельность медсестры «глазами пациентов».

1. «Сестра-рутинер» («робот») - скрупулезно, тщательно, аккуратно выполняет все свои обязанности, действуя строго по инструкции.

2. «Сестра-актер» («сестра, играющая заученную роль») - старается играть какую-либо роль или следовать (выбранному) понравившемуся ей идеалу.

3. «Нервная сестра». Как правило, такого типа медсестры — это люди с

довольно трудным характером, склонностью к невротическим реакциям, что негативно влияет на психологическое состояние больных.

4. «Мужеподобная» сестра («сестра-гренадер»). Такая медсестра видна (или слышна) издалека: решительная, настойчивая, бескомпромиссная, с зычным, «командным» голосом. Может быть резкой и даже грубой, однако ответственна и точна в работе.

5. Сестра «материнского типа» («мать» или «сестричка»). Такие медсестры в своей работе проявляют максимальную внимательность, сочувствие и заботу по отношению к пациентам, перенося на работу с больными свои теплые семейные отношения или компенсируя отсутствие таковых. Их психологическое влияние на пациентов чрезвычайно благотворно и позитивно.

6. «Сестра-специалист» («эксперт»). Такие медсестры, как правило, обладают особыми способностями, особым интересом или свойствами личности, которые они реализуют в каких-либо узких областях сестринского дела, обычно незаменимы.

С эмпатией приходится считаться повсюду, и особенно в практике лечебной деятельности.

Жалующемуся больному пытаются помочь, стремясь обнаружить физические недуги, хотя они могут быть и соматичнскими.

Каждой сестре важно постоянно совершенствовать свои знания по психологии и психиатрии, хотя интерес остается незначительным.

Таким образом, эмпатия – эмоциональный отклик медицинского работника на переживания других людей, проявляющийся как в сопереживании, так и в сочувствии.

**Выводы по главе I.**

Понятие «эмпатия» является объектом внимания психологии, а также многих философских дисциплин, этики и эстетики.

Эмпатия, как социально-психологическое свойство личности, состоит из ряда характеристик: способности эмоционально реагировать и откликаться на переживания другого; способности распознавать эмоциональные состояния другого и мысленно переносить себя в его мысли, чувства и действия; способности выбирать адекватный эмпатический ответ (вербального и невербального типа) на переживания другого, использовать способы взаимодействия, облегчающие страдания другого. Наличие описанных выше этапов в изучении феномена эмпатии обусловило появление феномена позитивного отношения.

Эмпатия - умение сопереживать и понимать окружающих существенно облегчает коммуникацию, открывая возможности для долгосрочного и легкого общения.

Таким образом, в пункте 1.1 изложены понятие эмпатии, ее роль в психологии и влияние эмпатии на эффективность профессиональной деятельности, а также основные положения подхода к исследованию и развитие эмпатии в контексте помогающей профессиональной деятельности.

1. Развитие эмпатии рассматривается как высшая психическая функция;
2. Проблема обучения эмпатии рассматривается как проблема развития эмпатической способности;
3. Результат развития понимается как профессионализация эмпатии.

Профессионализация эмпатии - это закономерная и необходимая для успешного профессионального развития помогающих специалистов взаимосвязанная трансформация всех компонентов эмпатической способности:

- формирование определенных эмпатических действий, адекватных профессиональным целям и задачам;

- включение эмпатии в систему профессиональной мотивации;

- развитие систем регуляции эмпатического отклика.

Актуальной задачей для исследования путей профессионализации эмпатии является выявление «точек приложения» эмпатии, а также специфических трудностей, препятствий и ограничений реализации эмпатии как фактора помогающей мотивации, феномена понимания и отношения в конкретной профессиональной деятельности.

Эмпатия составляет ключевой момент в работе психотерапевтов, преподавателей, священнослужителей и представителей других профессий, имеющих главным содержанием воздействия на людей.

Данный вывод относится и к медицинским сестрам. Они ежедневно взаимодействуют с больными людьми и их родственниками, постоянно соприкасаются с чужой болью и нередко - с безысходностью, негативными эмоциями, которые несут отрицательную энергию. Ответственность за жизнь и здоровье других людей предъявляет повышенные требования к их профессиональной компетентности.

Подведем итоги теоретического анализа соотношения эмпатии и эффективности деятельности в медицинской практике.

Современное состояние вопроса изучения феномена эмпатии изобилует большим количеством определений, причин развития эмпатии, механизмов эмпатии, ее форм, видов и уровней, рассмотренных в п.1.2.

Из всего обилия определений выделим операционное определение эмпатии интеграционного типа, как такого направления исследований, которое позволяет описать данный феномен с разных позиций: и как понимание, и как переживание, и как источник помогающего поведения.

Эмпатия рассматривается как целостное явление, которое включает три взаимодействующие компонента: понимание эмоционального состояния другого человека (когнитивный уровень), сопереживание или сочувствие, которое испытывает субъект эмпатии в отношении к другому лицу (аффективный уровень), активное помогающее поведение субъекта (поведенческий уровень). Действенную ступень эмпатии мы рассматриваем как высшую форму проявления, так как она приводит к помогающему поведению, среднюю занимает эмоциональная форма, низшую - когнитивная.

В пункте 1.3 подробно рассмотрено проявление эмпатии у медицинских сестер в профессиональной деятельности и классификация сестер «глазами пациентов».

Таким образом, следует вывод, что медицинская сестра должна расположить к себе пациента, чтобы тот смог более свободно выразить свою проблему для дальнейшей правильной постановки диагноза и составления плана лечения специалистом. Работа медсестры характеризуется постоянным эмоциональным взаимодействием с большим количеством людей (пациенты и их родственники, средний и младший медицинский персонал) и ответственностью за самочувствие больных.

Способность к сочувствию, общению, уравновешенность считаются важными аспектами профессионализма каждого медицинского работника.

 **ГЛАВА II. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ЭМПАТИИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

## 2.1. Краткая характеристика МБУ «Городская поликлиника № 4» управления здравоохранения администрации города Новороссийска.

Муниципальное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 4» управления здравоохранения администрации города Новороссийска является подразделением Главного Управления Краснодарского края по здравоохранению. В поликлинике работает 105 врачей, 150 медицинских сестёр и 10 медицинских регистраторов.

**Таблица 1**

**Характеристики медицинских работников МБУ «Городская поликлиника № 4»**

|  |  |
| --- | --- |
| Характеристики | Медицинские работники |
| Врачи | Медицинские сёстры |
| **Пол** |
| Мужской | 30% | 0% |
| Женский | 70% | 100% |
| **Возраст** |
| От 18 до 36 лет | 50% | 57% |
| От 36 до 60 лет | 50% | 43% |
| **Семейное положение** |
| Состоит в браке | 85% | 50% |
| Не состоит в браке | 15 % | 50% |
| **Образование** |
| Среднее | 0% | 100% |
| Высшее | 100% | 0% |
| **Стаж профессиональной деятельности** |
| От 0 до 5 лет | 30% | 30% |
| От 5 до 10 лет | 25% | 42% |
| Свыше 10 лет | 45% | 28% |
| **Категория** |
| Высшая | 30% | 7% |
| Первая | 30% | 25% |
| Вторая | 20 % | 42% |
| Отсутствует | 20% | 26% |

Как видно из таблицы, в группу медсёстер входят, в основном, женщины (100%), в возрасте от 18 до 36 лет (65%), состоящие в браке (70%), со средним образованием (100%), имеющим стаж профессиональной деятельности - от 5 до 10 лет (40%), первую категорию (30%).

Таким образом, можно сделать вывод, что у большинства медицинских работников уже пройден этап профессионального становления и адаптации к профессии, определены конкретные цели, сформированы профессиональные интересы, выработаны механизмы профессионального самосохранения.

Поликлиника - многопрофильное учреждение.

Оказание медицинской помощи ведется по следующим специальностям:

- терапевт, хирург, невролог, офтальмолог, стоматолог-терапевт, стоматолог-хирург, стоматолог-ортопед, травматолог, эндокринолог, уролог, инфекционист, гастроэнтеролог, отоларинголог, эндоскопист, врач-лаборант, врач ультразвуковой диагностики, врач отделения функциональной диагностики, рентгенолог, физиотерапевт.

Муниципальное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 4» города Новороссийска состоит из отделений и служб:

- два терапевтических отделения, общее число участков 38;

- стоматологическая служба с тремя отделениями:

- лечебным;

- ортопедическим;

- хирургическим;

- хирургическое отделение, включая в состав врача-онколога;

- физиотерапевтическое отделение;

- офтальмологическое отделение;

- неврологическое отделение;

- отоларингологическое отделение;

- инфекционная служба;

- эндокринологическое отделение;

- рентгенологическое отделение отделение функциональной диагностики, с кабинетом УЗИ;

- эндоскопическая служба;

- гастроэнтерологическая служба.

Муниципальное бюджетное учреждение «Городская поликлиника № 4» города Новороссийска оказывает медицинскую помощь населению численностью 58236 человек, в том числе:

- работающие - 34236 человек;

- неработающие - 22361 человек;

- ИОВ - 36 человек;

- УВОВ-44 человек;

- пенсионеры – 20263 человек.

Основными направлениями поликлиники являются:

- оказание медицинской помощи населению в поликлинике и на дому;

- ранняя диагностика заболеваний;

- эффективное лечение;

- реабилитация.

*Анализ полученных данных.*

База исследования:

В ходе исследования было опрошено 150 респондента. Все 150 из них - женщины.

Опрос производился путём рассылки электронной анкеты, а также с помощью раздачи бумажной версии анкеты респондентам.

15 респондентов не заполнили анкету до конца, поэтому в анализ данные анкеты не попали.

Таким образом, анализ данных производился на основе 135 анкет.

Таблицы распределения респондентов:

**Таблица 2**

**Распределение по полу**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Мужчины | Женщины | Всего |
| Количество | 0 | 135 | 135 |
| Количество % | 0% | 100% | 100% |

*Рис. 1 Диаграмма распределения респондентов по полу*

Распределение респондентов по полу получилось неравномерным. С учётом пропущенных значений основную долю медсестер составляют женщины – 100% (135 человек).

**Таблица 3**

**Распределение по возрасту**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Количество | Количество % |
| До 18 | 0 | 0% |
| 18-24 | 31 | 23% |
| 25-35 | 46 | 34% |
| 36-45 | 36 | 26% |
| 46-55 | 15 | 12% |
| Старше 55 | 7 | 5% |
| Всего | 135 | 100% |

*Рис. 2 Распределение по возрасту*

Респонденты были разделены на несколько возрастных групп. При этом в группу «до 18 лет» не попало ни одного респондента. Респондентов, попавших в эту группу, пришлось бы отфильтровать, так как, скорее всего, это были бы те, кто совсем недавно работает в поликлинике, поэтому оценить эффективность их профессиональной деятельности не представляется возможным.

Для более равномерного распределения респондентов группы «46-55» и «старше 55 были объединены». В группу «46-55» попало всего 19 респондентов, а в группу «старше 55» - 3 респондентов. Соответственно, их анализ не имел бы смысла.

Поэтому они были объединены в группу «старше 45».

Далее было объединено ещё несколько групп респондентов которые будут описаны ниже.

**Таблица 4**

**Распределение по возрасту после объединения групп**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 18-24 года | 25-35 лет | 36-45 лет | Старше 45 лет | Всего |
| Количество | 31 | 46 | 36 | 22 | 135 |
| Количество % | 23% | 34% | 27% | 16% | 100% |

*Рис. 2 Распределение по возрасту после объединения групп*

**Таблица 5**

**Распределение по семейному положению**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Количество | Количество % |
| Не женат/не замужем | 37 | 28% |
| В браке | 68 | 50% |
| В разводе | 20 | 15% |
| Вдовец/вдова | 10 | 7% |
| Всего | 135 | 100% |

На рисунке и таблице показано распределение респондентов по семейному положению. В группу «в разводе» всего попало 20 респондентов, а в группу «вдовец/вдова» - 10 респондентов.

Было решено объединить группы «не женат/не замужем», «в разводе» и «вдовец/вдова» в группу «не в браке», в которую попало 67 респондентов.

*Рис. 4 Распределение по семейному положению*

**Таблица 6**

**Распределение по семейному положению после объединения групп**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Не в браке + разведённые+ вдова/вдовец | Женат/замужем | Всего |
| Количество | 67 | 68 | 135 |
| Количество% | 50% | 50% | 100% |

*Рис. 5 Распределение по семейному положению после объединения групп*

После объединения было получено 2 группы респондентов с равномерным процентом распределения по группам.

**Таблица 7**

**Распределение по количеству детей**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Количество | Количество % |
| До 5 лет | 11 | 8% |
| 6-10 лет | 10 | 7% |
| 10-12 лет | 18 | 13% |
| 13-15 | 18 | 13% |
| 16-17 | 13 | 10% |
| Старше 18 | 13 | 10% |
| Нет детей | 52 | 39% |
| Всего | 135 | 100% |

*Рис. 6 Распределение по количеству детей*

По возрасту респонденты были распределены на 7 групп.

Так как распределение получилось неравномерным, количество групп было решено сократить до 4. В итоге получились следующие группы: «дети до 10 лет», «подростки» (10-15 лет), «старшие подростки и взрослые» (16 лет и страше) и «нет детей».

**Таблица 8**

**Распределение по количеству детей после объединения групп**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Дети до 10 лет | Подростки | Старшие подростки и взрослые | Нет детей | Всего |
| Количество | 21 | 36 | 26 | 52 | 135 |
| Количество % | 16% | 27% | 19% | 38% | 100% |

*Рис. 7 Распределение по количеству детей после объединения групп*

После объединения процент распределения респондентов по группам получился равномерным.

Такое объединение допустимо, так как дети до 10 лет - это несамостоятельные личности, которым нужен уход и присмотр, в отличие от подростков.

Старшие подростки и взрослые - это дети, которые, скорее всего, более самостоятельны.

**Таблица 9**

**Распределение по доходу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Количество | Количество % |
| Денег не хватает даже на продукты | 0 | 0% |
| Хватает на продукты, но не на одежду | 5 | 4% |
| Доход, достаточный на покупку продуктов и одежды, но не на покупка крупной бытовой техники | 26 | 19% |
| Есть возможность покупать крупную бытовую технику, но не новый легковой автомобиль | 58 | 43% |
| Достаточный доход на покупку нового легкового автомобиля, но покупка дома или квартиры(иной недвижимости) является затруднительной | 36 | 27% |
| Материальных затруднений нет; при необходимости есть возможность купить квартиру, дом (иную недвижимость) | 10 | 7% |
| Всего | 135 | 100% |

*Рис. 8 Распределение по доходу*

Респондентам был задан вопрос, где они должны были оценить свой примерный уровень дохода. Больше всего респондентов попало в группу «Есть возможность покупать крупную бытовую технику, но не новый легковой автомобиль» - 43% (58 человек). В некоторые группы попал слишком малый процент респондентов, поэтому часть их была объединена. Таким образом, респонденты были разделены на 3 группы. Распределение по группам показано на таблице и графике, расположенных ниже.

**Таблица 10**

**Распределение по доходу после объединения групп**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | Хватает на продукты или на одежду и продукты | Хватает на бытовую технику | Хватает на новый автомобиль или не испытывают финансовых трудностей | Всего |
| Количество | 31 | 58 | 46 | 135 |
| Количество % | 23% | 43% | 34% | 100% |

*Рис. 9 Распределение по доходу после объединения групп*

Равномерное распределение позволяет включать данные группы в дальнейший анализ.

**Таблица 11**

**Распределение по стажу работы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | Количество | Количество % |
| Менее года | 10 | 7% |
| От 1 года до 5 лет | 30 | 22% |
| От 5 до 10 лет | 57 | 42% |
| От 10 до 15 лет | 25 | 19% |
| Более 15 лет | 13 | 10% |
| Всего | 135 | 100% |

*Рис. 10 Распределение по стажу работы*

Больше всего респондентов, участвующих в опросе, имеют стаж работы в поликлинике от 5 до 10 лет – 42% (57 человек).

В некоторые группы попал слишком малый процент респондентов, поэтому часть их была объединена.

Таким образом, респонденты были разделены на 3 группы. Распределение по группам показано на таблице и графике, расположенных ниже.

**Таблица 12**

**Распределение по стажу работы после объединения групп**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|   | От 0 до 5 лет | От 5 до 10 лет | Более 10 лет | Всего |
| Количество | 40 | 57 | 38 | 135 |
| Количество % | 30% | 42% | 28% | 100% |

*Рис.11 Распределение по доходу после объединения групп*

Далее подробнее рассмотрим категорию медсестер.

**Таблица 13**

**Распределение по образованию**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Образование | Высшее  | Среднее | Всего |
| Количество | 0 | 135 | 135 |
| Количество % | 0% | 100% | 100% |

*Рис. 12 Диаграмма распределения респондентов по уровню образования*

Распределение респондентов по полу получилось неравномерным. С учётом пропущенных значений выявлено наличие только среднего образования у 100% опрошенных.

**Таблица 14**

**Распределение по квалификационным категориям**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория | Количество | Количество % |
| Высшая | 10 | 7% |
| Первая | 33 | 25% |
| Вторая | 57 | 42% |
|  Отсутствует | 35 | 26% |
|  Всего | 135 | 100% |

*Рис. 13 Распределение по квалификационным категориям*

**2.2 Этапы эмпирического исследования**

Исследование включало следующие этапы:

1. Подбор и организацию групп для проведения диагностического обследования.
2. Отбор методик, наиболее подходящих для группового исследования и выявление влияния эмпатии на эффективность профессиональной деятельности медицинской сестры поликлиники.
3. Проведение диагностического обследования выборки.
4. Интерпретацию и анализ данных.

- определение уровня эмпатии;

- определение канала эмпатии;

5. Разработка рекомендаций по развитию эмпатии у медицинских сестер.

*Первый этап.*

Исследование было проведено 5 марта 2018 года. В исследовании принимали участие 40 человек. Все они являются сотрудницами МБУ «Городская поиклиника №4» г. Новоросийска. В добровольном порядке и могли в любой момент отказаться от участия. Контроль внешних переменных таких, как мотивация испытуемых и условия тестирования, осуществлялся за счет создания константных условий (тестирование всех испытуемых проходило в один день, в групповой форме, одновременно).

Особенности организации и проведения эмпирического исследования в условиях такой организации, как медицинское учреждение, выступили критерием отбора диагностических методик, которые бы позволили с минимальными затратами времени оценить параметры эмпатии и позитивного отношения.

В ходе исследования использовался набор основных и вспомогательных методов психологического исследования: наблюдение, беседа и тестирование.

Для исследования эмпатии у медсестер применены такие методические средства, как опросники. Опросники для исследования эмпатии относятся к классу методологических средств психодиагностики – опросники оценки эмоционально-волевых качеств личности.

*На втором этапе* исследования был определён набор методик, с помощью которых предполагается выявить уровень эмпатии. Этот набор составили следующие методики:

- Методика диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко.

- Диагностика эмпатии по А. Меграбяну и Н. Эпштейну.

- Диагностика эмоциональных барьеров в межличностном общении по методике В.В Бойко

- Диагностика социальной эмпатии по методике Фетискина Н.П., Козлова В.В., Мануйлова Г.М

*На третьем этапе* проведено диагностическое обследование выборки.

*Четвертый этап* – это интерпретация и анализ полученных данных: определение уровня и канала эмпатии.

*На пятом этапе* разработаны рекомендации по развитию эмпатии у медицинских сестер.

**2.3 Исследование уровней эмпатии медицинских работников по методике В. В. Бойко**

Общей характеристикой известных психологических методик, успешно зарекомендовавших себя в практических экспериментальных исследованиях эмпатии можно считать то, что все они выявляют у испытуемого какой-либо вид эмпатии: эмоциональную, когнитивную, предикативную.

Автор методики выявления уровней эмптаии В.В. Бойко предложил виды эмпатии, которые выявляют целостный образ эмпатичности человека(Приложение А).

Результаты экспериментальных исследований представлены по шести шкалам с номерами определенных утверждений.

Опросник В.В. Бойко содержит 36 вопросов, которые оцениваются испытуемым по принципу согласия или несогласия с предлагаемыми утверждениями.

Текст опросника, ключ к нему и свободный протокол результатов представлены в Приложении А.

Проведенное исследование - корреляционное, т.к. направлено на изучение связи между независимой и зависимой переменными.

Зависимая - уровень эмпатии.

В качестве независимой переменной в данном случае выступает эффективность профессиональной деятельности испытуемых.

На профессиональную эффективность испытуемого воздействовать невозможно, а только учесть данный критерий при формировании групп респондентов. Это означает, что данное исследование является также квазиэкспериментальным.

В качестве внешних переменных можно выделить такие факторы, как личные особенности испытуемого, его эмоциональное и физическое состояние во время эксперимента, а также его мотивацию и условия тестирования.

Эмпирическая гипотеза исследования будет звучать следующим образом: Уровень эмпатии женщин влияет на эффективность профессиональной деятельности.

Перейдем к более подробному описанию хода исследования, его результатов и формированию выводов по работе. По опроснику В.В. Бойко, направленному на диагностику каналов эмпатии, были получены следующие результаты:

Было выявлено количественное значение уровня эмпатии и направленности личности, но при обработке их можно определить место данного человека относительно предлагаемой выборки и соответственно сделать вывод о степени развития у него эмпатии и направленности личности.

Подробно результаты диагностики можно увидеть в Приложении Б.

**Таблица 5**

**Уровни эмпатии**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Высокий | Средний | Заниженный | Низкий |
| Количество | 4 человека | 19 человек | 10 человек | 7 человек |
| Количество % | 10 % | 47 % | 25 % | 18 % |

Высокий уровень эмпатии говорит о чувствительности к состояниям и проблемам партнера по общению, об искреннем интересе к людям.

Таким испытуемым свойственна эмоциональная отзывчивость, общительность, способность быстро устанавливать и находить общий язык с разными людьми.

Средняя выраженность эмпатии свидетельствует о том, что данный субъект склонен больше доверять разуму, а не впечатлениям при оценке действий людей.

Эмоциональные проявления у таких людей в значительной степени контролируются, наблюдается затрудненность прогнозирования развития отношений между людьми, скованность в проявлении эмоций, что мешает взаимопониманию.

Заниженный уровень эмпатиии указывает на затруднения в установлении контактов с людьми, из-за чего данная категория людей некомфортно чувствует себя в незнакомом окружении.

Эмоциональные проявления других людей часто расцениваются указанным типом испытуемых как непонятные и лишенные смысла.

Очень низкий уровень выраженности эмпатии - показатель того, что данные черты у личности не развиты.

В этом случае испытуемый неспособен вступать в контакт первым, в межличностных отношениях часто попадает в неловкое положение, не находит взаимопонимания с окружающими.

По результатам диагностики медицинских сестер по методике В. Бойко, было установлено, что у испытуемых медицинских сестер преобладает средний уровень развития эмпатии.

Общие результаты диагностики эмпатии у медсестер по методике В. Бойко графически представлены на рисунке 1.

*Рисунок 1. Исследования уровня эмпатии респондентов*

По результатам диагностики медсёстер по методике В. Бойко, было установлено, что у испытуемых медицинских сестёр преобладает средний - 47% (19 человек) и заниженный – 25% (10 человек) уровень эмпатии. Характеризуя медсёстер с высоким уровнем эмпатии, можно сказать, что они искренне пытаются понять чувства пациентов.

Таким образом, подсчет соотношения баллов и переведение в проценты дал следующие резуьтаты:

- очень высокий уровень эмпатии – 4 человека,10%;

- средний уровень эмпатии – 19 человек,47%;

- заниженный уровень эмпатии – 10 человек, 25%;

- очень низкий уровень эмпатии – 7 человек,18%.

Медицинских сестер с низким уровнем эмпатии отличает категоричность - неумение либо нежелание понимать или принимать индивидуальность других людей.

Все же средний и низкий уровни эмпатии являются наиболее приемлемой личностной характеристикой для медицинской сестры. Но наиболее значимые характеристики эмпатии у медсёстер - интуитивный канал эмпатии, проникающая способность к эмпатии, идентификация в эмпатии (Таблица 3).

**Таблица 3**

Выраженность различных каналов эмпатии у медсёстер (%)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Шкалы | Высокий уровень | Средний уровень | Заниженный уровень | Низкий уровень |
| Чел. | % | Чел. | % | Чел. | % | Чел. | % |
| Рациональный каналэмпатии | 6 | 15 | 10 | 25 | 10 | 25 | 14 | 35 |
| Эмоциональныйканал эмпатии | 10 | 25 | 14 | 35 | 4 | 10 | 12 | 30 |
| Интуитивный каналэмпатии | 12 | 30 | 8 | 20 | 8 | 20 | 12 | 30 |
| Установки,способствующие эмпатии | 12 | 30 | 10 | 25 | 4 | 10 | 10 | 25 |
| Проникающая способность вэмпатии | 20 | 50 | 6 | 15 | 6 | 15 | 8 | 20 |
| Идентификация вэмпатии | 12 | 30 | 10 | 25 | 8 | 20 | 14 | 35 |

В группе медсёстер на среднем уровне наиболее выражен эмоционаьный канал – 35%, на высоком уровне - проникающая способность в эмпатии (50%)интуитивный канал и установки, способствующие эмпатии (по 35%), на заниженном уровне рациональный канал – 25%, а на низком - идентификация в эмпатии (35%) и также рациональный канал (35%).

Полученные результаты графически представлены на рисунке 2.

*Рисунок 2.Результаты исследования канала эмпатии респондентов (%)*

Согласно результатам диагностики уровня эмпатии, можем отметить, что общий показатель эмпатии в исследуемой группе медсёстер неравномерен. Средний уровень – 30%.

Самым оптимальным соотношением эмпатийных способностей является достаточный уровень интутивного канала, что позволит медсестре предвидеть поведение пациента, быстро привести агрессивного пациента в норму. Доверяя интуиции, знают как приободрить больного.

Проникающая эмпатийная способность также важна при коммуникациях. Внимательность и умение разговорить пациента позволяет построить доверительные отношения и поставить правильный диагноз.

Также за разговором проще отвлечь больного от медицинских процедур, таких как наложение повязки или укол.

Идентификация также важна. Умение сопереживать и понять пациента, поставить себя на его место дает возможность понять и предвидеть нужды пациентов.

Вывод: в целом характерно для выборки средний и заниженный уровень эмпатии.

Все же, на результаты исследования могли повлиять внешние факторы и условия исследования. По этой причине данная тема может быть дополнена новыми данными.

Во-первых, объем выборки - небольшой (40 чел.), в связи с этим нельзя с уверенностью утверждать, что результаты исследования распространяются на всех сотрудников.

Во-вторых, были опрошены только медсестры. У врачей, к примеру, результаты могут отличаться, а так как в этом случае должность врача выше, то и эффективность профессиональной деятельности может быть выше.

В-третьих, исключить влияние таких факторов, как личностные особенности респондентов, их эмоциональное состояние и мотивацию на момент тестирования невозможно, что тоже может сказаться на полученных результатах.

**2.3. Исследование** **общих эмпатических тенденций медицинских работников по методике** **А. Меграбяна и Н. Эпштейна**

Для исследования эмпатии вторым способом используется методика «Шкала эмоционального отклика». Этот опросник был разработан Альбертом Меграбяном и модифицирован Н. Эпштейном.

А. Меграбян считал, что эмоциональная эмпатия - это способность сопереживать другому человеку, переживать те же эмоциональные состояния, чувствовать то, что чувствует другой, , идентифицировать себя с ним.

Опросник состоял из 25 суждений закрытого типа - как прямых, так и обратных. Испытуемый должен был оценить степень своего согласия/несогласия с каждым из них.

По результатам опроса получены следующие данные:

Очень высокий уровень эмоционального отклика имеют только 2 респондента, высоким уровнем эмпатических способностей обладают 14 респондентов, и нормальный уровень эмпатии харатерен для большинства опрошенных – 24 человек.

Низким и очень низким уровнем не обладает ни один из участников опроса.

Подробно результаты диагностики можно увидеть в Приложении Д. Так как респондентов с низким и очень низким уровнем эмпатических тенденций нет, то для сравнения отображены только очень высокий, высокий и нормальный уровни. Результаты опроса отображены в таблице 5.

**Таблица 5**

**Уровни эмпатических тенденций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Очень высокий | Высокий | Нормальный |
| Количество | 2 человека | 14 человек | 24 человек |
| Количество % | 5 % | 35 % | 60 % |

 Общие результаты диагностики уровней эмпатических тенденций медсестер по методике А. Меграбяна и Н. Эпштейна графически представлены на рисунке 1.

*Рис.2.Результаты диагностики уровней эмпатических тенденций медсестер по методике А. Меграбяна и Н. Эпштейна (%)*

Высокие показатели по способности к эмпатии находятся в обратной связи с агрессивностью и склонностью к насилию; высоко коррелируют с покладистостью, уступчивостью, готовностью прощать других (но не себя), готовностью выполнять рутинную работу. Другой крайностью способностью остро сопереживать является сильная эмоциональная привязанность к человеку, что негативно сказывается на профессиональной деятельности в дальнейшем.

Люди со средним (нормальным) уровнем развития эмпатии в межличностных отношениях более склонны судить о других по поступкам, чем доверять своим личным впечатлениям.

Для низкого уровня развития эмпатии характерно нежелание находится в большой компании, сложность установления контактов с людьми, отсутствует или почти отсутствует понимание эмоциональных проявлений другими. Наиболее продуктивны при индивидуальной работе, ценят других больше за практичность, ясность ума и деловые качества, а не проявления отзывчивости чуткости к другим.

Развитие эмпатических способностей можно достичь через улучшение навыков общения, активного слушанья собеседника, отражение и отзеркаливание эмоций.

Вывод: в целом характерно для выборки высокий и нормальный уровни эмпатических тенденций у медсестер, что говорит о невысоком уровни агрессивности и умении реально оценить ситуацию и поведение пациентов.

Важно добавить, что при высоком уровне есть опасность слишком сильной эмоциональной привязки к пациенту, что в дальнейшем может сказаться на профессиональной деятельности. Все же, наибольшее количество опрошенных обладает нормальным уровнем, что говорит о достаточном уровне эмпатии и, при этом, умении эмоционально не привязываться к ситуации. Таким образом, медсестры качественно выполняют свои обязанности, обладая достаточным уровнем эмпатии, что указывает на их профессиональную эффективность.

**2.4 Исследование эмоциональных барьеров в межличностном общении по методике В.В Бойко**

Опросник эмоциональных барьеров в межличностном общении В.В. Бойко содержит 25 суждений. Если переживания, мысли, реакции соответствуют тем, что предложены в суждении, то испытуемый соглашается с ним, а если они иные, то есть не соответствуют суждению, то не соглашается. Данный опросник содержит пять шкал: неумение управлять эмоциями, неадекватное проявление эмоций, неразвитость эмоций, доминирование негативных эмоций, нежелание сближаться с людьми на эмоциональной основе.

Методика диагностики эмпатических способностей В.В. Бойко (36 пунктов), является оптимальным инструментом для проведения диагностики в коллективе в рабочее время, поскольку эмпатия является сложным, многокомпонентным образованием, и спектр методов её изучения весьма широк [42]. На каждый пункт опросника испытуемый должен ответить утвердительно или отрицательно. Более подробно методику, опросник и ключи к нему можно рассмотреть в Приложении Е.

Диагностируем межличностные отношения женщин разного возраста для выявления эмоциональных барьеров, «помех» в установлении эмоциональных контактов. Приведённое исследование позволяет интерпритировать полученные результаты следующим образом.

Данные исследования по методике диагностики «помех» в установлении эмоциональных контактов В. В. Бойко подробно представлены в Приложении Ж.

Результаты исследования внесены в таблицу 2.

**Таблица 2**

**Уровни эмоциональных барьеров**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Высокий | Средний | Ниже среднего | Низкий |
| Количество | 23 человека | 11 человек | 6 человек | 0 человек |
| Количество % | 57 % | 28 % | 15 % | 0 % |

Так как респонденты, обладающие низким уровнем, отсутствуют, для сравнения внесены только высокий, средний и уровень ниже среднего.

Общие результаты диагностики уровней эмоциональных барьеров медсестер по методике В. Бойко графически представлены на рисунке 1.

*Рис.2.Результаты диагностики уровней эмоциональных барьеров В.В. Бойко (%)*

Уровень эмоциональных барьеров ниже среднего только у 15% испытуемых(6 человек), - это означает, что у данных испытуемых существуют некоторые эмоциональные проблемы, «помехи» в повседневном общении с другими людьми.

Средний уровень эмоциональных барьеров имеет 28% испытуемых(11 человек) - это свидетельствует о том, что эмоции данных испытуемых «на каждый день» в некоторой степени осложняют взаимодействие с партнерами.

57% испытуемых, то есть у 23 человека, обладают высоким уровнем эмоциональных барьеров. Это означает, что эмоции явно мешают данным женщинам устанавливать контакты с людьми, возможно испытуемые подвержены каким-либо дезорганизующим реакциям или состояниям.

Вывод: у испытуемых медсестер множество «помех» в установлении эмоциональных контактов , что в дальнейшем может повлиять или уже влияет на эффективность профессиональной деятельности.

Таким образом, у большинства испытуемых существуют некоторые эмоциональные проблемы, «помехи» в повседневном общении с другими людьми, это сказывается на атмосфере в коллективе, отсутствует взаимопонимание, в некоторой степени предполагается рост агрессии и безразличия между людьми. В данном случае очень важно правильно вести себя в сложных ситуациях, быть выдержанными в отношениях с коллегами.

**2.5 Диагностика социальной эмпатии по методике Фетискина Н.П., Козлова В.В., Мануйлова Г.М**

Для исследования эмпатии также используется диагностика социальной эмпатии. Этот опросник был разработан несколькими авторами - Фетискиным Н.П., Козловым В.В. и Мануйловым Г.М.

Данная диагностика помогает выявить уровенб эмоциональной отзывчивости. Соответственно, чем выше уровень эмпатии по данной методике, тем более испытуемый сочувствует и сопереживает другим людям.

Эмоциональная отзывчивость на переживания других, называемая в психологии эмпатией, относится к высшим нравственным чувствам. Эмпатия в форме сочувствия или сопереживания (независимо от того, радости или печали) связана с умением человека «проникать» в мир чувств других людей. В разнообразных жизненных ситуациях эмоциональный отклик зависит от адекватности восприятия переживаний людей и эмоций животных, а также от представления о вызвавших их причинах.

Такая отзывчивость становится побудительной силой, направленной на оказание помощи.

Тест содержал 33 утверждения. Вариант ответа мог быть только «да», либо «нет».

Таким образом, индекс эмпатийности (Иэ) является суммой совпадений ответов по вопросам-утверждениям, предполагающим ответ “да”, и по вопросам-утверждениям, предполагающим ответ “нет”.

Более подробно методику, опросник и ключи к нему можно рассмотреть в Приложении З.

Данные исследования по методике диагностики социальной эмпатии подробно представлены в Приложении И.

После диагностики уровня эмпатии медсестер поликлиники были получены следующие результаты(табл.2):

**Таблица 2**

**Уровни эмпатических тенденций**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Высокий | Средний | Низкий |
| Количество | 7 человека |  18 человек |  15 человек |
| Количество % | 17 % | 45 % | 38 % |

Общие результаты диагностики уровней эмпатических тенденций медсестер по методике Фетискина Н.П., Козлова В.В., Мануйлова Г.М графически представлены на рисунке 1.

*Рис.2.Результаты диагностики социальной эмпатии (%)*

Уровень социальной эмпатии низкий у 38% испытуемых(15 человек), - это означает, что умение сопереживать и сочувствовать у данной категории медсестер недостаточно развито. Возможно это связано с усталостью, личностными проблемами. Все же при общении с людьми для создания доверительных отношений и качественного выпонения своих профессиональных обязанностей недостаточно.

Средний уровень эмоциональной отзывчивости имеет большая часть респондентов – 45%(18 человек), что свидетельствует достаточно равномерном общении с пациентами, эмоции не преобладают, но умение сопереживать у данной категории медсестер на хорошем уровне.

17% испытуемых, то есть 7 человек, обладают высоким уровнем эмпатии. В этом случае есть риск слишком эмоционально переживать рабочую ситуацию, эмоционально привязаться к больному, что может негативно повлиять на эффективность профессиональной деятельности.

Вывод: у большинства испытуемых медсестер выявлен средний уровень эмоциональной отзывчивости, что является оптимальным для качественного и эффектвного выполнения своих профессиональных обязанностей.

**2.6 Сопоставление уровня эмпатии и профессионализма медицинских сестер МБУ «Городская поликлиника №4» г. Новоросийска**

Было проведено исследование эффективности оказания медицинской помощи и удовлетворенности пациентов, а также сопоставление этических характеристик и уровня профессионализма медицинских сестер.

Анализ отчетных данных за поседние 5 лет позволил выявить количество случаев, отмеченных пациентами как ненадлежащее качество оказания медицинской помощи.

В течение анаизируемого периода с 2013 по 2017 годы было зафиксировано 20 жалоб пациентов.

Из них к нарушению правил деонтологии относились 6 случаев (Табл.1).

**Таблица 1.**

**Структура жалоб пациентов на качество медицинского обслуживания за 2013-2017 гг.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Вид жалобы | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
| Ненадлежащее качество медицинской помощи | 5 | 2 | 4 | 1 | - |
| Нарушение правил обслуживания | 1 | 2 | 1 | - | 2 |
| Ненадлежащая организация работы ЛПУ | 1 | 1 | - | - | - |

Результаты анализа приведенных данных говорят о том, что несмотря на большое количество пациентов и высокую загруженность персонала, поведение медицинских сестер по отношению к пациентам не вызывало множественных нареканий.

Подробный анализ с учетом всех сопутствующих факторов показал, что выявленные 6 случаев жалоб на действия медицинской сестры были обусловлены переносом негативного впечатления пациента от организационных накладок на личность медсестры.

С учетом приведенных фактов можно заключить, что данные случаи не уменьшают уровня профессионализма медицинских сестер, оказывавших эти услуги.

Опрос был проведен 1 марта 2018 года.

Участвовали 40 респондентов. Выборка посетителей поликлиники была произведена в случайном порядке.

Опросник включал вопрос – оцените уровень оказания медицинской помощи, профессиональных и этических качеств среднего медицинского персонала МБУ «Городская поликлиника № 4» и предлагалось три варианта ответа:

- высокий уровень;

- средний уровень;

- низкий уровень.

По отзывам пациентов была сформирована отдельная база данных, при анализе которой было выявлено, что пациенты, в подавляющем большинстве случаев были удовлетворены профессиональными и этическими качествами медицинских сестер.

По итогам опроса были получены результаты, подробно представленные в таблице 14:

**Таблица 14**

**Уровень оказания медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом МБУ «Городская поликлиника № 4» по отзывам пациентов.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Уровень | Количество | Количество % |
| Высокий | 17 | 60% |
| Средний | 13 | 25% |
| Низкий | 10 | 15% |
|  Всего | 40 | 100% |

Диаграмму уровней оказания медицинской помощи средним медицинским персоналом МБУ «Городская поликлиника № 4» по отзывам пациентов можно рассмотреть на рис.15.

*Рис. 15. Уровень оказания медицинской помощи, оказываемой средним медицинским персоналом МБУ «Городская поликлиника № 4» по отзывам пациентов.*

Как видно из данных, представленных на рисунке 14, пациенты в большинстве случаев (48%) отмечали высокий уровень медицинской помощи, 27% опрошенных отмечали отличное качество оказания медицинской помощи, а 25% заявили, что оно было удовлетворительным.

Экспертная оценка руководителя показала, что профессионализм медицинской сестры коррелирует в большей степени со стажем работы и мало зависит от возраста и семейного положения исследуемой.

Далее рассмотрим долю медицинских сестер, получающих различные поощрения в зависимости от квалификационной категории в виде различных наград, грамот, премий, багодарностей и т.д., что позволит проанализировать эффективность их профессиональной деятельности.

Так как наибольшее количество сотрудниц имеет стаж от 5 до 10 лет, возьмем период времени – последние 5 лет работы поликлинники. За анализируемый период было получено 38 различных поощрений медицинскими сестрами за высокий профессионализм.

**Таблица 14**

**Распределение по количеству поощрений и наград в зависимости от категории за 2013-2017 годы**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Поощрение | Количество | Количество % |
| Грамоты | 17 | 43% |
| Материальное премирование | 12 | 31% |
| Награды за личный вклад | 10 | 26% |
|  Всего | 38 | 100% |

Распределение респондентов по количеству поощрений и наград получилось неравномерным. Выявлено наличие наибольшего количества поощрений в виде грамот, что составило 43% опрошенных (17 человек).

Было установлено, что грамотами за успехи в профессиональной деятельности награждены 43 % респондентов, представлены к материальному премированию 31% респондентов, имеют награды за личный вклад 26% респондентов (рис 14).

*Рис. 14 Распределение по количеству поощрений и наград за 2013-2017 годы*

Ниже в таблице 15 приводится соответствие различного количества элементов профессионального признания (грамот, премий и наград) уровню основных показателей агрессивности и эмпатии, которые для данной группы обследуемых представляли проблемные области.

**Таблица 15.**

**Результаты исследования показателей агрессивности и эмпатии у медицинских сестер с различным количеством грамот, премий и наград**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Наличие наград | грамота за успехи в профессиональной деятельностимат.премиянаграда за личный вклад | грамота за успехи в профессиональной деятельностимат. премия | грамота за успехи в профессиональной деятельности |
| Уровень эмпатических тенденций - максимум | 7 | 5 | 2 |
| Уровень эмоциональных барьеров - максимум | 3 | 4 | 3 |
| Уровень социальной эмпатии - максимум | 5 | 1 | 1 |
| Рациональный канал эмпатииМаксимум 6 баллов - хорошо | 3 | 2 | 5 |
| Эмоциональный канал эмпатии Максимум 6 баллов - хорошо | 6 | 4 | 7 |
| Интуитивный канал эмпатии Максимум 6 баллов - хорошо | 2 | 7 | 3 |
| Установки, способствующие эмпатии Максимум 6 баллов - хорошо | 4 | 3 | 1 |
| Проникающая способность эмпатии Максимум 6 баллов - хорошо | 5 | 4 | 3 |
| Суммарный средний балл | 35 | 30 | 25 |

Оценивая взаимосвязь профессионализма и выявленных ранее особенностей личности, было отмечено, что именными наградами за личный вклад премировались те медицинские сестры, у которых в ходе данного обследования имелись максимальные по группе показатели эмпатии, а также были самые низкие показатели по всем шкалам агрессивности.

Следует особо отметить, что не было выявлено ни одного случая, когда медицинская помощь была оказана на неудовлетворительном уровне. Рассмотренное выше позволяет заключить, что все сотрудники из числа среднего медицинского персонала профессионально справлялись со своими должностными обязанностями.

Те медсестры, у которых в послужном списке значились грамота за успехи в профессиональной деятельности и материальная премия, но не было наград за личный вклад, имели более высокие баллы по шкалам агрессивности и более низкие баллы по шкалам эмпатии. Медсестры, имеющие исключительно грамоты за успехи в профессиональной деятельности при оценке агрессивности и эмпатии продемонстрировали худшие показатели в группе.

**2.6 Рекомендации по развитию эмпатии у медицинских сестер**

В результате проведённого исследования, установлено, что страдающие от отсутствия эмпатии медицинские работники рассматривают свою организацию негативно, и склонны психологически удаляться от нее.

В этом плане, отсутствие эмпатии у них приводит не только к профессиональной деформации личности, синдрому эмоционального выгорания, но и наносит непоправимый вред пациентам, которые обращаются к ним за помощью.

По результатам выбранных методик практически везде выборка характеризуется средним уровнем эмпатии, но по результатам методики диагностирования эмоциональных барьеров в межличностном общении более половины опрошенных (57% испытуемых, то есть у 23 человека), обладают высоким уровнем эмоциональных барьеров. Это означает, что у испытуемых медсестер множество «помех» в установлении эмоциональных контактов, что в дальнейшем может повлиять или уже влияет на эффективность профессиональной деятельности.

Таким образом, у большинства испытуемых существуют некоторые эмоциональные проблемы, «помехи» в повседневном общении с другими людьми, что сказывается на атмосфере в коллективе. Также отсутствует взаимопонимание, в некоторой степени предполагается рост агрессии и безразличия между людьми. В данном случае очень важно правильно вести себя в сложных ситуациях, быть выдержанными в отношениях с коллегами.

Для решения выявленной проблемы рекомендуется развивать уровень эмпатии.

В психологии существует разнообразные методы по развитию эмпатии. Это могут быть тренинги или индивидуальная работа со специалистом. Работать над развитием сопереживания можно и самостоятельно. Главное не отступать от намеченной цели.

Для самостоятельного развития эмпатии медсестрам необходимо учиться:

- активному слушанию, отказу от оценок и критики собеседника;

- наблюдать за поведением людей для выяснения первопричины их реакций, оценивать их объективно;

- пытаться ставить себя на место другого человека, смотреть на ситуацию под другим углом. В этом могут помочь книги и фильмы;

- вступать в беседу с незнакомцами, анализировать свои чувства, развивая эмоциональную память.

Именно потому, что эмпатия считается врожденной способностью и присуща всем людям, развивать и совершенствовать ее можно всю жизнь.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Для эффективной коммуникации характерно достижение взаимопонимания партнеров, чему способствуют определенные отношения: эмоциональная и личностная открытость, психологический настрой на актуальные состояния друг друга, доверительность, искренность выражения чувств и состояний.

Вопрос развития эмпатии обычно поднимается в двух основных контекстах - общечеловеческом и профессиональном. Мы говорим о развитии эмпатии у детей, о степени эмпатии нашего общества, имея в виду проблемы агрессии, эгоизма, нечувствительности к страданию живых существ.

Также этот вопрос ставится, когда обсуждается работа профессионалов, сутью деятельности которых является помощь людям, попавшим в трудную ситуацию, - медиков, психологов, социальных работников и т.д. Компетентностный подход в профессиональном образовании ставит задачу развития эмпатии как способности у специалистов помогающих профессий.

В профессиональной деятельности медссестер важно развивать навыки эмпатии к каждому человеку. Так повышается эффективность работы за счет доверительных отношений с пациентами, более точно ставится диагноз и улучшается эмоциональное состояние больных.

Результаты иследования позволяют сделать следующие выводы:

Эмпатия позволяет регулировать взаимоотношения между людьми, формирует альтруистическую настроенность на окружающих, способствует оптимизации отношений в коллективе.

По данной теме были проведены исследования по 4 методикам.

*Резкльтаты методики диагностики уровня эмпатических способностей В. В. Бойко:*

Согласно результатам диагностики уровня эмпатии, можем отметить, что общий показатель эмпатии в исследуемой группе медсёстер неравномерен. Средний уровень – 30%.

По результатам диагностики медсёстер по методике В. Бойко, было установлено, что у испытуемых медицинских сестёр преобладает средний - 47% (19 человек) и заниженный – 25% (10 человек) уровень эмпатии.

Таким оразом, для выборки характерен средний и заниженный уровень эмпатии медсестер, что является наиболее приемлемой личностной характеристикой для медицинской сестры.

*Результаты диагностики эмпатии по А. Меграбяну и Н. Эпштейну.*

Очень высокий уровень эмоционального отклика имеют только 2 респондента, высоким уровнем эмпатических способностей обладают 14 респондентов, и нормальный уровень эмпатии харатерен для большинства опрошенных – 24 человек.

В целом для выборки характерны высокий и нормальный уровни эмпатических тенденций у медсестер, что говорит о невысоком уровни агрессивности и умении реально оценить ситуацию и поведение пациентов.

Таким образом, медсестры качественно выполняют свои обязанности, обладая достаточным уровнем эмпатии, что указывает на их профессиональную эффективность.

*Результаты методики диагностирования эмоциональных барьеров в межличностном общении:*

57% испытуемых, то есть у 23 человека, обладают высоким уровнем эмоциональных барьеров. У испытуемых медсестер множество «помех» в установлении эмоциональных контактов , что в дальнейшем может повлиять или уже влияет на эффективность профессиональной деятельности.

Таким образом, у большинства испытуемых существуют некоторые эмоциональные проблемы, «помехи» в повседневном общении с другими людьми, что сказывается на атмосфере в коллективе. Также отсутствует взаимопонимание, в некоторой степени предполагается рост агрессии и безразличия между людьми. В данном случае очень важно правильно вести себя в сложных ситуациях, быть выдержанными в отношениях с коллегами.

*Результаты методики социальной эмпатии:*

Большинство истпытемых медсестре обладает средним уровнем эмоциональной отзывчивости – 45% (18 человек), что свидетельствует о достаточно равномерном общении с пациентами, эмоции не преобладают, но умение сопереживать у данной категории медсестер на хорошем уровне.

Данный уровень является оптимальным для качественного и эффективного выполнения своих профессиональных обязанностей.

Сопоставляя полученные результаты с рабочей гипотезой настоящего исследования, было обнаружено, что наилучшие результаты (самые низкие баллы по шкалам агрессивности и самые высокие баллы по шкалам эмпатии) имели именно те медсестры, которые в своем активе имели грамоту за успехи в профессиональной деятельности, материальную премию, награду за личный вклад.

Таким образом, проведенное исследование показало, что уровень эмпатии влияет на эффективность профессиональной деятельности медсестер. Гипотеза исследования подтвердилась. В дальнейшем эта тема может быть дополнена новыми данными.

Данная работа была посвящена исследованию влияния эмпатии у медсестер на эффективность профессиональной деятельности.

Гипотеза исследования заключается в утверждении: чем выше уровень эмпатии, тем эффективнее профессиональная деятельность медицинской сестры.

В соответствии с целью и гипотезами исследования были выполнены следующие задачи:

1. Систематизирован теоретический материал по роли эмпатии в профессиональной деятельности медицинской сестры поликлиники;

2. Определены методики для исследования эмпатии медицинских сестер;

3. Эмпирически исследовано влияние эмпатии на эффективность профессиональной деятельности медицинской сестры поликлиники;

4. Разработаны предложения для формирования эмпатии медицинских сестер поликлиники.

Таким образом, цель работы - выявить роль эмпатии в профессиональной деятельности медицинской сестры, выполнена и гипотеза подтверждена.