

УРОВЕНЬ ЭМПАТИИ И РЕФЛЕКСИИ У ВРАЧЕЙ-ТЕРАПЕВТОВ СТАЦИОНАРНЫХ И АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Г.Г. Горелова, Г.В. Мануйлов

По результатам исследования, проведенного среди врачей-терапевтов стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений (всего 145 человек – 74 врача стационарных и 71 врач амбулаторно-поликлинических учреждений), были оценены уровни эмпатии и различных типов рефлексии, проявляющихся в профессиональном общении, определены взаимосвязи между этими процессами и показаны тенденции их развития.

Ключевые слова: эмпатия, рефлексия, врачи-терапевты, амбулаторно-поликлиническое учреждение, стационар, системная рефлексия, ауторефлексия, квазирефлексия.

Эмпатия в общении врача и пациента представляет собой психический процесс, состоящий из 3 компонентов: когнитивного, аффективного и действенного, сочетание которых играет определяющую роль в установлении межличностного взаимодействия (выступая как его регулятор) и в формировании помогающего поведения, что позволяет не только сопереживать пациенту, но и понять его основную проблему и принять соответствующие меры по ее устранению [1, 2, 3, 4]. Рефлексия, в свою очередь, играет главную роль в установлении взаимопонимания между субъектами лечебного процесса, она позволяет оценить физическое и эмоциональное состояния пациента и в соответствии с этим принимать правильные решения по применению лечебно-диагностических процедур в каждом конкретном случае [2, 5]. Согласно концепции, предложенной Д.А. Леонтьевым, рефлексия является неоднородным процессом и подразделяется на три вида: системную рефлексию, являющуюся продуктивной и связанной с самодетерминированием и взглядом на себя со стороны, квазирефлексию, направленную на объект, не имеющий отношения к актуальной жизненной ситуации, интроспекцию (самокопание), определяемую сосредоточенностью на собственных переживаниях и состояниях, причем последних два вида не являются продуктивными [6].

Исходя из вышеперечисленного, целью данного исследования явилось определение уровня эмпатии и рефлексии и установление возможных взаимосвязей между этими процессами у врачей-терапевтов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений.

Перед проведением исследования были поставлены следующие задачи:

- 1) определить общий уровень эмпатии у врачей-терапевтов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений и сравнить их по этому показателю;
- 2) определить уровни различных типов рефлексии у врачей-терапевтов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений и сравнить их;
- 3) определить возможные взаимосвязи между процессами эмпатии и рефлексии.

Исследование проводилось на базе Южно-Уральского государственного университета. В исследование было включено 145 врачей-терапевтов (74 врача стационарных и 71 врач амбулаторно-поликлинических учреждений). Все респонденты были поделены на 4 группы: 1-ю группу составили врачи стационарных учреждений со стажем до 10 лет – 38 человек, 2-ю группу – врачи стационарных учреждений со стажем более 10 лет – 36 человек, 3-ю группу – врачи амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем до 10 лет – 34 человека, 4-ю группу – врачи амбулаторно-поликлинических учреждений со стажем более 10 лет – 37 человек.

Для решения поставленных задач использовались следующие методы исследования: 1. Тестирование на основе методики «Диагностика уровня поликоммуникативной эмпатии» (И.М. Юсупов) [7] и опросника «Дифференциальный тип рефлексии» (Д.А. Леонтьев) [6]. 2. Статистический анализ на базе пакета прикладных программ Statistica 10.0. О достоверности различий показателей сравниваемых групп судили по критерию Краскела-Уоллиса, для установления однозначных взаимосвязей между данными были построены автоматизированные нейронные сети по типу регрессии.

По результатам проведенного исследования были определены средние значения общего уровня эмпатии во всех группах респондентов, данные отображены на диаграммах (рис. 1).

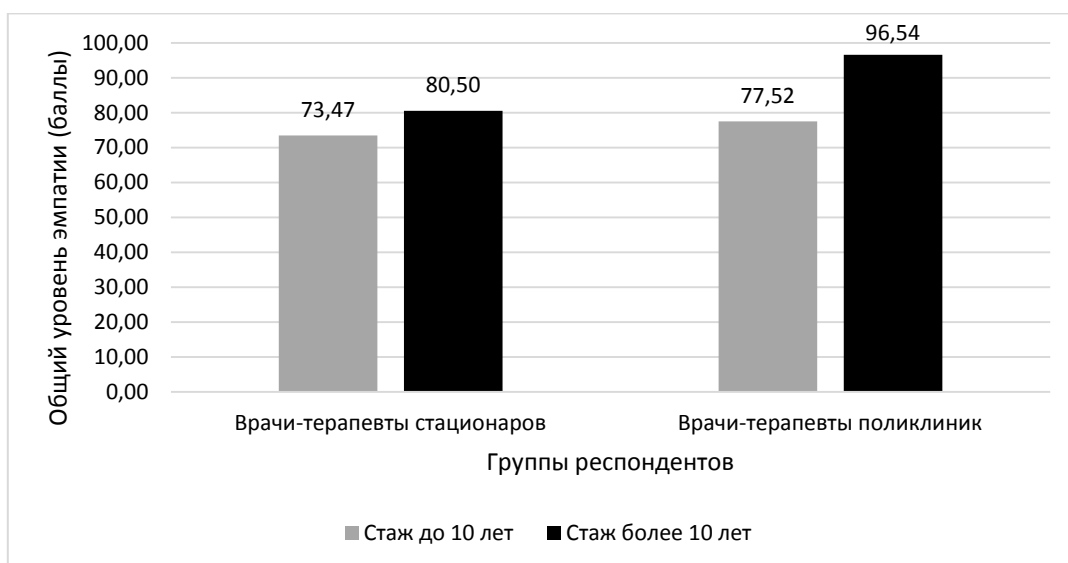


Рис. 1. Средние значения общего уровня эмпатии у врачей-терапевтов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений

Уровень эмпатии по числу набранных баллов в соответствии с данной методикой оценивается как очень высокий (82–100), высокий (63–81), средний (37–62), низкий (12–36) и очень низкий (5–11). Различия между группами статистически достоверны ($p < 0,05$). Достоверность различий показателей сравниваемых профессиональных групп оценивалась по критерию Краскела–Уоллиса.

Из диаграмм, представленных на рис. 1, следует, что в группах врачей-терапевтов со стажем до 10 лет выявляется высокий общий уровень эмпатии (у врачей-терапевтов стационаров он эквивалентен среднегрупповому значению 73,47 балла, у врачей-терапевтов поликлиник – 77,52 балла соответственно). В группах врачей-терапевтов со стажем более 10 лет, работающих в разных видах медицинских учреждений, общий уровень эмпатии различный. Так, у терапевтов стационарных учреждений он квалифицируется как высокий со среднегрупповым значением 80,50 балла, а у терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений оценивается как очень высокий со среднегрупповым аналогичным значением 96,54 балла. Следует отметить, что во всех группах врачей-терапевтов как стационарных, так и амбулаторно-поликлинических учреждений уровень эмпатии выше у специалистов со стажем более 10 лет. Это связано с накопленным опытом общения и возросшим объемом медицинских знаний, благодаря чему врачи регулируют свои взаимоотношения с пациентами.

Также можно заключить, что условия труда и специфика работы влияют на общий уровень эмпатии. Врачи-терапевты амбулаторно-поликлинических учреждений более эмпатичны по сравнению с врачами-терапевтами стационаров. Работа в поликлинике связана с большим потоком пациентов в течение дня, на прием отводится ограниченный объем времени, и врач не может наблюдать пациента в течение продолжительного периода. Работа терапевта в стационаре отличается возможностью более детального и длительного наблюдения пациентов и необходимостью изучения более тяжелых клинических случаев. Следует отметить, что очень высокий уровень эмпатии предрасполагает к эмоциональному выгоранию и риску психоэмоционально срыва, поэтому, анализируя все вышеизложенное, можно отнести врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений к группе риска.

На следующем этапе исследования были определены средние значения различных типов рефлексии для всех групп респондентов. Данные были отображены на диаграммах (рис. 2).

Уровни различных типов рефлексии по числу набранных баллов в соответствии с данной методикой оцениваются в сравнении со средними нормативными значениями (М), для системной рефлексии они составляют 38,58, для интроспекции – 25,11, для квазирефлексии – 27,39.



Рис. 2. Средние значения различных типов рефлексии у врачей-терапевтов стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений

Из диаграммы, представленной на рис. 2, следует, что у врачей-терапевтов стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений различная картина рефлексивных процессов. У врачей терапевтов стационаров системная рефлексия превалирует независимо от стажа работы, однако нормативных значений она не достигает и, как следствие, нуждается в коррекции. Интрорспекция выше у врачей со стажем более 10 лет, но критических значений она не достигает. Квазирефлексия также не достигает нормативных значений. Врачи-терапевты амбулаторно-поликлинических учреждений независимо от стажа работы демонстрируют очень высокий уровень системной рефлексии, превышающий нормативные значения; в группе врачей со стажем до 10 лет он достигает 40,47, в группе врачей со стажем более 10 лет – 39,62. Это означает, что они способны правильно видеть клиническую ситуацию, осознавать себя в ней и, как следствие, принимать правильные решения в отношении своего пациента. Интрорспекция в обеих группах терапевтов поликлиник превышает критические значения, в группе врачей со стажем до 10 лет ее уровень достигает 25,14, в группе врачей со стажем более 10 лет – 27,81. Это значит, что в рефлексивном процессе присутствует сконцентрированность на собственных переживаниях. Квазирефлексия у врачей со стажем до 10 лет – 29,38, превышает критические значения и представляет свидетельство того, что рефлексивный процесс часто направляется на объекты, которые находятся в отрыве от актуальной ситуации. Итак, непродуктивные типы рефлексии в структуре рефлексивного процесса подлежат коррекции в направлении снижения. В целом можно сказать, что основным процессом в структуре

рефлексии у врачей-терапевтов всех групп является системная рефлексия, однако у врачей стационаров она требует коррекции в сторону увеличения, а у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений коррекции подлежат непродуктивные типы рефлексии (интроспекция, квазирефлексия) в направлении их уменьшения. Различия между группами по критерию Краскела-Уоллиса статистически достоверны ($p < 0,05$).

На следующем этапе исследования были определены взаимосвязи между общим уровнем эмпатии и различными типами рефлексии у всех респондентов. Для решения этой задачи были построены автоматизированные нейронные сети по типу регрессии (оценивалось влияние различных типов рефлексии на общий уровень эмпатии), из них были выбраны сети с наибольшей чувствительностью и специфичностью. Учитывая тот факт, что рефлексивные процессы у врачей-терапевтов стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений значительно отличались, нейронные сети были построены для объединенных групп врачей стационаров и поликлиник отдельно (табл. 1).

Таблица 1

Конфигурации автоматизированных нейронных сетей

№ Сети* / Архитектура	Производительность		
	на обучающей выборке	на тестовой выборке	на контрольной выборке
1. MLP 3-6-1	0,999998	0,933325	0,999999
2. MLP 3-3-1	0,999997	0,999997	0,999992

Условные обозначения: номер сети обозначает группу респондентов: 1. Врачи-терапевты стационаров (1-я и 2-я группа); 2. Врачи-терапевты поликлиник (3-я и 4-я группа).

Далее был проведен анализ чувствительности различных типов рефлексии по отношению к эмпатии (табл. 2).

Таблица 2

Анализ чувствительности типов рефлексии по отношению к эмпатии

Чувствительность. Выборки: Обучающая, Тестовая, Контрольная			
№ Сети* / Архитектура	Системная рефлексия	Интроспекция	Квазирефлексия
1. MLP 3-6-1	66,38827	37,27821	1,199293
2. MLP 3-3-1	106361,9	9422,763	76320,32

Условные обозначения: номер сети обозначает группу респондентов: 1. Врачи-терапевты стационаров (1-я и 2-я группа); 2. Врачи-терапевты поликлиник (3-я и 4-я группа).

Исходя из результатов, указанных в табл. 2, следует, что наибольшее влияние на общий уровень эмпатии оказывает системная рефлексия.

По результатам проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1) уровень эмпатии в группах врачей-терапевтов со стажем более 10 лет в среднем выше, чем подтверждается тот факт, что накапливаемые знания и продолжительность общения с пациентами способствуют развитию эмпатических процессов как необходимого компонента профессиональной деятельности;

2) условия труда и специфика работы влияют на общий уровень эмпатии, врачи-терапевты амбулаторно-поликлинических учреждений более эмпатичны по сравнению с врачами этой же специализации, работающими в стационарах;

3) так как очень высокий уровень эмпатии предрасполагает к эмоциональному выгоранию и риску психоэмоционального срыва, врачей-терапевтов амбулаторно-поликлинических учреждений по этому показателю можно отнести к группе риска;

4) картина рефлексивных процессов у врачей-терапевтов стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений различна. У врачей-терапевтов стационаров системная рефлексия превалирует независимо от стажа работы, однако нормативных значений она не достигает и, как следствие, нуждается в коррекции. Интроспекция выше у врачей со стажем более 10 лет, но критических значений она не демонстрирует. Квазирефлексия также ниже нормативных значений. Врачи-терапевты амбулаторно-поликлинических учреждений независимо от стажа работы демонстрируют очень высокий уровень системной рефлексии, превышающий нормативные значения. Это означает, что они способны правильно видеть клиническую ситуацию, осознавать себя в ней и, как следствие, принимать правильные решения в отношении своего пациента. Интроспекция в обеих группах терапевтов поликлиник превышает критические значения. Квазирефлексия у врачей со стажем до 10 лет превышает критические значения. Это означает, что они допускают для себя в рефлексивном процессе направленность на объекты, которые находятся в отрыве от актуальной ситуации;

5) можно заключить, что основным процессом в структуре рефлексии у врачей-терапевтов всех групп является системная рефлексия, однако у врачей стационаров она требует коррекции в направлении увеличения, а у врачей амбулаторно-поликлинических учреждений коррекции подлежат непродуктивные типы рефлексии (интроспекция, квазирефлексия) в сторону их уменьшения;

б) эмпатия и системная рефлексия являются взаимосвязанными процессами, то есть при развитии системной рефлексии увеличивается общий уровень эмпатии.

Полученные данные и выводы могут использоваться в системе повышения квалификации врачей терапевтического профиля по развитию системного клинического мышления и стилей межличностного взаимодействия с пациентами.

Библиографический список

1. Выготский, Л.С. Психология развития человека / Л.С. Выготский – М.: Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2005. – 1136 с.
2. Бодалев, А.А. Психология общения / А.А. Бодалев. – М.: Институт практической психологии, Воронеж: НПО Модэк, 1996. – 256 с.
3. Обозов, Н.Н. Межличностные отношения / Н.Н. Обозов. – Л.: Изд-во Ленинградского ун-та, 1979. – 151 с.
4. Мануйлов, Г.В. Оценка уровня эмпатии и межличностных отношений молодых специалистов – врачей стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений / Г.В. Мануйлов, Г.Г. Горелова // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2017. – № 11(153). – С. 334–337.
5. Карпов, А.В. Психология рефлексивных механизмов деятельности / А.В. Карпов – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2004. – 424 с.
6. Леонтьев, Д.А. Рефлексия «хорошая» и «дурная»: от объяснительной модели к дифференциальной диагностике / Д.А. Леонтьев, Е.Н. Осин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2014. – № 11(4). – С. 110–135.
7. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 490 с.

[К содержанию](#)