

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования**

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

**Факультет педагогики, психологии
и социальных наук**

**Кафедра «Прикладная
психология»**

**Направление подготовки 44.03.02 «Психолого-педагогическое образование»
Профиль «Психология образования»**

БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА

на тему:

**«Различия в личностных характеристиках женщин, занятых в
медицинской и педагогической профессиональных сферах»**

Студент


подпись

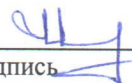
Лемешева Екатерина Игоревна

Руководитель


подпись

Разуваева Л.Н.

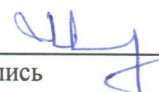
Нормоконтролёр


подпись

Медведева И.А.

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 07.06.2019 №13)

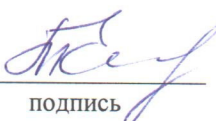
Заведующий кафедрой


подпись

Медведева И.А.

Работа защищена с отметкой отлично (протокол заседания ГЭК от 02.07.19 №13)

Секретарь ГЭК


подпись

Тарасова Е.М.

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Анализ теоретических данных по проблеме исследования.....	7
1.1. Психологическое содержание профессий группы «человек-человек».....	7
1.2. Психологические особенности медицинских работников	12
1.3. Психологические особенности педагогов	19
Выводы по главе 1.....	31
Глава 2. Эмпирическое исследование различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах	35
2.1. Процедура и методы исследования.....	35
2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных	41
Выводы по главе 2.....	52
Заключение	55
Список используемых источников.....	57
Приложение	62

Введение

В последнее время в связи с модернизацией системы российского образования и изменяющимися условиями социального бытия нельзя не заметить, что изменился социально-психологический портрет людей, работающих педагогами и врачами. Это особые профессиональные группы. Учителя обеспечивают детей интеллектуальным ресурсом, качеством которого определяются экономические перспективы, социальное и культурное благополучие общества.

Медицинских работников должна отличать готовность к принятию и порождению принципиально новых идей. Как пишет А.А. Деркач, врач действует в условиях проблемной нестандартной ситуации, заданной неповторимостью организма и личности пациента [9].

Специалисты помогающих профессий, к которым относятся профессии «врач» и «педагог», должны обладать высоким уровнем коммуникативной компетентности, поскольку это означает свободное владение и руководство средствами общения (вербальными и невербальными). Коммуникативная компетентность также рассматривается как система регулировки отношений личности к себе и миру (природному и общественному). Социальный интеллект также очень важен, поскольку определяет уровень адекватности и успешности социальнокоммуникативных взаимодействий с другими людьми.

Еще одной из важнейших личностных характеристик для данных специальностей, на наш взгляд, является эмпатия, которая рассматривается как «постижение эмоционального состояния, проникновение - вчувствование в переживания другого человека» [21]. Способность врача понять персональные особенности пациента, играет огромную роль при установлении доверительных отношений в коммуникации врач-пациент. Врач, который действительно заинтересован в помощи больному в проблеме, с которой тот обратился, несомненно, вызывает большее доверия со стороны пациента [7, С. 558.]. Также эмпатия важна и для педагогов, как отмечал

В.А.Сухомлинский, «учителю следует начинать с элементарного, но вместе с тем и наитруднейшего – с формирования способности ощущать душевное состояние другого человека, уметь ставить себя на место другого в самых разных ситуациях» [39].

Интересно рассмотреть и такую характеристику как «толерантность к неопределенности», которая понимается как устойчивая черта личности, проявляющаяся в манере поведенческих реакций в ситуации неопределенности. Авторы определяли толерантность с позиции биполярного измерения, на одном полюсе которого способность личности к толерантному переживанию ситуации неопределенности, а на другом ее неспособность толерантного восприятия неопределенности или интолерантность [24]. Люди, неспособные переносить неопределенность, избегают стрессогенные ситуации и реагируют на них торопливо и резко, воспринимают их как травмирующие, угрожающие, тем самым становятся неспособны приобрести в них новые возможности и навыки.

На современном этапе исследования существуют работы по изучению личностных характеристик медицинских работников (Знаков В.В., Стрельникова А.Н., Абрамова Г.С., Сапёров, В.Н. и др.) и учителей (Глуханюк Н.С., Икрин Г.В., Исмагилова Ф.С., Романцев Г.М., Ткаченко Е.В. и др.), однако отсутствуют работы, посвященные изучению различий в личностных характеристиках женщин, представляющих данные профессии. В связи с этим, нами было проведено исследование, **целью** которого является изучение различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах для использования диагностических данных в практике работы психолога.

Объект исследования: личностная сфера.

Предмет исследования: различия в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.

Гипотеза: существуют различия в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах, а именно:

- эмоциональная устойчивость у женщин-медиков выше, чем у женщин-педагогов;
- уровень эмпатии у женщин-педагогов выше, чем у женщин-медиков;
- толерантность к неопределенности выше у женщин медиков, чем у женщин-педагогов;
- социальный интеллект выше у женщин-педагогов, чем у женщин-медиков.

Исходя из цели исследования, а так же его объекта и предмета необходимо выделить **ряд задач:**

1. Проанализировать данные теоретических и практических исследований по проблеме изучения различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.
2. Провести диагностическое исследование различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.
3. Проанализировать результаты диагностики и интерпретировать полученные данные.
4. Сформулировать выводы исследования и сделать заключение.

В качестве основного метода был использован диагностический эксперимент с применением следующих методик:

- Методика диагностики коммуникативной и социальной компетентности (КСК).
- Методика «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда и М. Салливена в модификации Е.С. Михайловой.

- Методика «Диагностика уровня эмпатии» И.М.Юсупова.
- Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности (Т.В. Корнилова)

Полученные результаты были подвергнуты математико-статистическому анализу с помощью t-критерия Стьюдента.

В исследовании приняли участие 36 человек в возрасте от 29 до 52 лет из них 19 педагогов и 17 медиков.

Глава 1. Анализ теоретических данных по проблеме исследования

1.1. Психологическое содержание профессий группы «человек-человек»

Классификация Е.А. Климова [17, 18, 19], предлагает относить все специальности, которые подразумевают общение между людьми к группе профессий «человек-человек». Существует огромное разнообразие профессий, входящих в эту группу, основные из них принадлежат сферам: образования, медицинского обслуживания, продаж, правовой защиты населения.

Обычно в данной группе выделяются те специальности, которые связаны с помощью людям, их так и называют «помогающие». К «помогающим профессиям» относят профессию врача, преподавателя, психолога и т. д.

Взяв за основу классификацию Климова, ученые Милакова В.В. и Болучевская В.В. дали свое описание помогающим профессиям [4, 27].

Культура, в этих специальностях – главный предмет, на который направлена деятельность. Культура в данном случае понимается как целостное динамическое пространство значений, главный носитель которого - человек или сообщество. Если речь идет об одном человеке, то это личность [18]. Таким образом, ясно, что вид помогающих профессий можно отнести к профессиям «человек-человек» по Климову. В данном виде профессий средством деятельности человека является сам человек (способности, личностные свойства), т.е. они имеют внутренний характер.

Еще одна особенность заключается в том, что операциональная часть работы профессионала и ему самому и окружающим представляется в свернутом виде.

Профессионализация представляет собой процесс, который продолжается от момента выбора профессии до момента ухода на пенсию,

отличающийся непрерывностью и длительностью. Одной из основных задач профессионального становления является формирование профессионально важных качеств. К профессионально важным качествам представителей так называемых помогающих профессий (социономическая группа профессий) относятся:

- 1) наблюдательность;
- 2) эмпатия;
- 3) переключаемость внимания;
- 4) эмоциональная устойчивость;
- 5) общительность;
- 6) организаторские способности.

В целом помогающее поведение личности можно отнести к просоциальной активности. Так можно характеризовать любые действия, которые были совершены с целью принесения пользы человеку (Р. Чалдини, Д. Кенрик, Э. Арансон, Р. Эйкерт, Т. Уилсон, С. Нейберг) [33, С. 14-22; 43].

Американский социальный психолог Д. Бэтсон заметил, что в просоциальное поведение включаются действия, которые связаны с оказанием помощи другому человеку на добровольной основе, вне зависимости от мотивов, которыми они были вызваны [50].

По определению, данному Я. Рейковским, это действия, которые нацелены на «сохранение, защиту, облегчение функционирования или содействие развитию того или иного социального объекта» [33].

Просоциальная активность, изначально шедшая из повседневной жизни, через комплекс мотивов превратилась в деятельность профессиональную. Стимулом просоциальных действий являются эмпатия, альтруизм, высоконравственное мышление, направленность на соблюдение общепринятых моральных норм, совесть, такие качества очень нужны медицинским работникам. Общепринятым мнением является то, что главенствующее значение для исполнения просоциальных действий несет наличие у человека альтруистической мотивации. При этом особо

подчеркивается, то, что между мотивами альтруизма и альтруистической деятельностью существует прочная связь.

Под просоциальной активностью понимают такое поведение, которое приносит большую пользу для людей, однако для субъектов такое поведение не несет заметной пользы [49].

Существует множество вариантов такого поведения и диапазон их довольно широк. Это может быть обычная любезность, вовремя сказанное доброе слово или же спасение чужой жизни. Ряд специалистов придерживается такого мнения, что за просоциальным поведением стоит специальный мотив, так называемый «мотив альтруизма». Другие ученые признают существование и бескорыстных и эгоистических мотивов [48].

Данное поведение может проявляться в различных целях:

- 1) улучшение социального положения, получение расположения других людей; получение выгоды (генетической, материальной, духовной, то есть выгода, может быть в виде денежного вознаграждения, продолжения рода и так далее);
- 2) выгода (денежная, духовная, генетическая);
- 3) проверка своего характера, самоанализ;
- 4) управление эмоциональной сферой.

По теории Климова в помогающих профессиях условия работы связаны с повышенной моральной ответственностью.

Во-первых ответственность исходит из того, что профессионалу отводится особая роль, а его соответствие моральным требованиям и к особенностям личности специалиста. Во-вторых, ответственность является следствием особенностей итогов деятельности в социальной области.

Если обратить внимание на результаты и цели работы специалистов помогающих профессий, то в этом плане можно выделить три основных особенности:

1) Чаще всего в данной работе желаемый результат весьма расплывчат и задается лишь общее представление о нем. В основном предполагаемая цель задается через нужное следствие;

2) В данных профессиях продуктом деятельности является вклад личности, то есть существование продукта деятельности неразрывно связано с самим автором;

3) Мы не имеем возможности для полностью объективной оценки продукта деятельности, разными судьями он может быть оценен по-разному [45].

Индивидуально-психологическими особенностями, присущими всем обучающимся помогающим профессиям Милакова В.В. считает:

- 1) главенство альтруизма над эгоизмом;
- 2) общительность;
- 3) ориентация на процесс деятельности [27].

Следует особо подчеркнуть, что средством профессиональной деятельности в этих профессиях выступает сама личность специалиста. И залогом его эффективной профессиональной деятельности является зрелость его профессионального самосознания [18].

Е.А. Климов в общем виде структуру профессионального самосознания характеризует следующими положениями: сознание человеком своей принадлежности к определенной профессиональной общности; знание, о степени своего соответствия профессиональным эталонам, о своем месте в системе профессиональных «ролей», на «шкале» общественных положений; знание человека о степени его признания в профессиональной группе; учет оценки себя как профессионала со стороны коллег; знание о своих сильных и слабых сторонах, путях самосовершенствования, вероятных зонах успехов и неудач, знание своих индивидуальных способов успешного действия, своего наиболее успешного «почерка», стиля в работе; представления о себе и своей работе в будущем («я в будущем») [19].

Исследуя классификации, описанные Б.С. Братусем и И.В. Вачковым, мы видим, что самосознание личности, как профессионала отражается во время прохождения им перечня уровней.

1) Регулятивно-прагматический уровень. Данный уровень включает в себя ситуационные стороны самосознания, таким образом, профессионал становится прикованным к ситуации, когда исполняет исключительно служебную роль. В данном случае степень адаптации к ситуации имеет очень низкий уровень.

2) Эгоцентрический уровень. На этом уровне основными направленностями поведения являются личная выгода, комфорт статусность работы, другие же факторы видятся в свете «удобных для меня» или «мешающих мне».

3) Стереотипно-зависимый уровень. Здесь существование человека зависит от близкого окружения или уважаемых им людей. В данном случае специалист разделяет всех окружающих на две группы: своих и чужих. Из такого обстоятельства вытекает потеря специалистом творческого начала и подстройка под ценности близких людей. Итогом из этого выходит торможение процессов рефлексии.

4) Субъективно-универсальный уровень является высшей ступенью самосознания специалиста. Она включает в себя направленность человека результатами своей работы приносить всеобщую пользу. Специалист, находящийся на субъективно-универсальном уровне, строит такую систему отношений с людьми, которая базируется на принятии их как самоценности и равное принятие себя и своего труда [6].

Анализ существующих теоретических данных по проблеме психологического содержания помогающих профессий социномического типа представляет, что эти профессии принадлежат к гуманитарному типу труда. Их отличия заключаются в том что:

1) в подобной деятельности главенствующую роль играют субъект-субъектные отношения, таким образом она является максимально личностной, то есть практически неотделимой от субъекта;

2) деятельность специалиста данной сферы всегда выражается просоциальной активностью, которая получает деятельный характер;

3) средством деятельности является человек и принадлежащие ему личностные и психические свойства;

4) предмет деятельности – человек или группа людей;

5) результат действия не задается четко, обычно обобщен;

6) нематериальный продукт деятельности, который тяжело оценить объективно;

7) работа с повышенной моральной ответственностью [27].

Как видим, касаясь сущности помогающих профессий социономического типа можно заключить:

1. Работа человека, специализирующегося в помогающей профессии своей целью имеет – направленность на достижение общественно значимых идеалов, таких как здоровье, достижение высокого качества жизнедеятельности, благополучное развитие отдельных индивидов и групп.

2. Основной характеристикой, «сутью» помогающих профессий социономического типа является просоциальная активность личности, которая изначально пошла из повседневности, но благополучно превратилась в профессиональную деятельность, благодаря комплексу мотивов.

3. Помогательные специальности можно отнести к гуманитарной деятельности.

1.2. Психологические особенности медицинских работников

Успешность профессиональной подготовки и последующей деятельности человека зависит от индивидуальных особенностей. В данном

параграфе рассмотрим психологические особенности, которые отличают женщин, занятых в медицинской профессиональной сфере.

В функциональном и морфологическом составе деятельности медицинской службы главенствующее значение несут данные, представляющий структуру ПВК субъекта этой деятельности, которые обретают форму в процессе трудовой деятельности, особенности которой создают профессиональную специфику личности [29].

Специалист по психологии понимания Знаков В. В. в своих работах описывает неотъемлемые качества личности работника медицинской сферы, такие как высокий самоконтроль, наблюдательность, аккуратность и внимательность. Профессионально зрелые и опытные специалисты быстро ориентируются в стрессовой ситуации [14].

Один из главных принципов работы медицинской службы – это коллегиальность, т. е. в сложных ситуациях в медицинской среде преобладает взаимопомощь и взаимная поддержка, решения принимаются посредством консилиумов. Продуктивное общение сотрудника медицинской сферы с коллегами не только разрешает сложные проблемы в трудовой сфере, но и продолжительно сказывается на профессиональном опыте, способствует получению новых знаний и развивает личностные качества. В трудовых взаимоотношениях в коллективе медиков требуются предельная честность, уважение чужих знаний и чужого опыта и справедливость. Сотрудник медицинской сферы должен быть спокоен, тактичен и вежлив со своими коллегами.

Вероятно, одним из самых негативных качеств, встречающихся в медицинской среде – это равнодушие, которая выявляет низкое эмоциональное развитие и ограниченность интеллекта. Равнодушие и отсутствие сострадания к людям – те качества, которые исключают возможность работы в данной сфере [39].

Одно из самых важных условий успешной работы в качестве медицинского работника, которое влияет на всю работу, это наличие

самокритичности. Человек, обладающий таким качеством как самокритичность способен наблюдать за собой со стороны, давать объективную оценку себе, своим способностям, видеть свои недостатки и работать над их исправлением [38].

Способность нести ответственность за себя, за уровень качества своей работы должно обязательно присутствовать у работника, выполняющего любую работу, но особенно оно должно присутствовать у медика. Это объясняется тем, что ни одна профессиональная область не подходит так близко, как медицина к самому основному, что есть у человека – к жизни и к смерти. Именно поэтому работа врача всегда была так уважаема в обществе и в то же время так труднодоступна [42].

Большой плюс в работе врачом, при уходе за больным несёт в себе наблюдательность, так как научиться этому очень сложно. Но все же при систематическом и частом обращении внимания на незначительные изменения в самочувствии пациента врачи могут со временем развить данное качество. Наблюдательность - качество, необходимое для развития каждым работником медицинской сферы. В данном случае мы говорим не о наблюдательности обывательского уровня, а о наблюдательности профессиональной, дотошной, которая позволяет вовремя увидеть малейшие изменения в состоянии пациента и оценить обстановку, для того чтобы принять вовремя верное решение.

Также следует особо затронуть такую способность, как интуиция. Она занимает свое место мыслительной активности медика. Если переводить с латинского языка, то «интуиция» – значит «пристально всматриваюсь». Можно увидеть проявления интуиции в абсолютно разных формах, иногда в форме бессознательного стремления сделать что-то определенным образом и впоследствии увидеть подтверждение правильности своих чувств, видя ход событий. Часто проявления интуиции можно почувствовать, в качестве неожиданного «просветления», смысла которого не увидишь сразу, потому что оно не основывается на логике [42].

Ведение медицинской практики, главным образом в оперативных отраслях, очень часто осложнено и диктует необходимость обладания работником большого самообладания, мужества и выдержки.

Ведя речь о личностных качествах сотрудника медицинской сферы, необходимо выделить такое качество, как сострадание к больному. Существует мнение о том, что при постоянном видении чужих мучений, медицинские работники становятся к ним невосприимчивыми, но все же врачи – активные действующие лица лечебного процесса и они просто обязаны уметь находить подход к больному и установить с ним контакт для продуктивного лечения. Медработнику в своем труде приходится постоянно и длительно общаться с другими врачами, с больными и с их родственниками, ведь врач, находясь внутри лечебного процесса с больным, является единственным его доверенным лицом. Своим участием в жизни больного, сопереживанием его страданиям и помощью, которую он оказывает, медработник заслуживает доверие своего подопечного.

Доверие же пациента к медработнику необходимо, для того, чтобы начать и продолжить лечебный процесс в адекватных отношениях с пациентом.

И.П. Павлов говорил, что успокаивающее слово способно совершать великие вещи и, что слово для человека является таким же реальным условным раздражителем, как и все другие, роднящие его с животными, но в то же время и такой многообъемлющий, как никакие другие [31, С. 337].

Однако нельзя не принимать во внимание и того, что врачам, которым все время приходится смотреть на страдания других, приходится отгораживаться воображаемой стеной, которая является способом психологической защиты от больного. Медработник с практикой постепенно утрачивает чувство эмпатии, а иначе, он может быть подвергнут эмоциональному выгоранию или срывам. В одной из работ по данной теме можно встретить информацию о том, что больше половины медсестер, работающих в отделении реанимации больных проявляют признаки

эмоционального выгорания. Еще одна научная работа выявила, что выгорание в большей степени выражено у кардиологов, нежели у онкологов и стоматологов. Причиной таких результатов может быть то, что врачи-кардиологи часто находятся в стрессовых, экстремальных ситуациях, следовательно, более подвержены эмоциональным перегрузкам.

Именно поэтому сотрудникам данной сферы в эмоциональном плане часто предъявляются очень двойственные требования. Например, медработник должен быть эмоционально устойчив, и, в то же время, обладать эмпатией, быстро и четко реагировать на изменяющуюся ситуацию. В работе медику мешает и эмоциональная заторможенность, и избыточная эмоциональность.

Одной из черт, составляющих человеческую индивидуальность, является темперамент. Для медработника самым подходящим в работе станет уравновешенный и спокойный темперамент. В то время как преобладание неуравновешенного типа увеличит опасность совершения врачебных ошибок из-за одного скоропалительного решения. Потеря выдержки является одним из самых главных недостатков, присущим сотруднику медицинской сферы, и может повлечь за собой очень опасные и негативные последствия.

Каждый пациент в праве ждать от врача качественную медицинскую помощь, уважение к своей личности, милосердие, сопереживание и терпимость, вследствие этого, медицинский работник должен проявлять уважение к человеку, соблюдать его права, сообщать больному все сведения о его здоровье, быть честным и правдивым с ним, с пониманием относиться к чувствам больного, оказывать ему качественную и своевременную помощь. Необходимо также быть компетентным сотрудником, соблюдающим принципы регулирующие лечебный процесс, медик не должен смотреть на больных свысока или относиться с пренебрежением к их чувствам и переживаниям, вовлекаться в личную жизнь больного, навязывать ему собственные ценности и убеждения, быть грубым и позволять себе отсутствие тактичности и жестокости.

Одна из основных обязанностей сотрудника медицинской сферы – соблюдение медицинских этических норм. Понятно, что любой профессионал своего дела должен подчиняться определенным законам и требованиям, социальным нормам. И мы говорим конкретно о деятельности норм, потому что под влиянием именно таких норм и строятся субъективные личностные качества.

Г.С. Абрамова в своих работах пишет, о том, без внедрения этики невозможна ни одна профессиональная деятельность, которая включает влияние на психическую жизнь индивида [1].

Этика предъявляет аргументы для выбора определенной стратегии поведения. К несчастью, существует множество специалистов, которые обещают свои действия и слова. Для сотрудника медицинской сферы очень важно обращать внимание и внимательно подбирать слова и выражения при общении с лечащимися и с их семьями. Необходимо показывать заинтересованность в делах больных, посредством слов, проявления заботы и терпимости [35].

При проявлении уважения к больному, сохранении неразглашаемых сведений о нем, между врачом и пациентом образуется положительная атмосфера, основанная на искренности, уважении и симпатии участников данного процесса друг к другу, без которых нельзя достичь позитивного настроя на выздоровление [11].

Служащему в медицинской сфере, также нужны представления о психологии человека. Врач также должен обладать таким качеством как чуткость, то есть он должен уметь выслушать все жалобы и понять переживания больного, его психологическое и психосоматическое состояние, которые должны быть всегда учтены [2].

В понятие этики медицинского работника противопоставляются такие качества личности как грубость, эгоизм, страсть к наживе и надменность. Есть еще и такие качества, негативно сказывающиеся на профпригодности

врача, которые приходят к человеку с возрастом, такие как жестокосердие и рационализм [30].

Наряду с соблюдением этико-деонтологических норм и высоким профессионализмом, медицинский работник должен обладать особыми личностными качествами: состраданием, гуманностью, терпением, сдержанностью, добросовестностью, честностью.

Соблюдая в своей работе набор определенных этических принципов и правил, работник медицинской сферы должен обладать специальными качествами личности. Это такие качества, как: терпеливость, гуманное отношение к людям, честность, добросовестность и сострадание к больным.

Качествами, лежащими в основе успешной медицинской деятельности, являются: увлеченность своей профессией, участливость, потребность помогать людям, терпимость, сострадательность, забота о ближнем, профессионализм, толерантность, отзывчивость, остро выраженное чувство профессионального долга перед пациентом [14].

Способность общаться с любым человеком, не зависимо от пола, возраста, социального уровня жизни, которая основывается на знании того, как с точки зрения психологии строится процесс общения, а именно - коммуникативная компетентность - является одним из важных ПВК медицинского работника.

Для того, чтобы получить данный навык медицинский сотрудник должен почерпнуть необходимые для этого знания из психологической науки и суметь применить их в практической деятельности.

Медицинскому сотруднику необходимо обладать умением построения доверительного микроклимата, при этом решая свои профессиональные цели.

С точки зрения науки, которая занимается изучением принципов поведения и норм медработника, во время исполнения своих обязанностей – деонтологии, одним из самых важных аспектов в процессе лечения является первая встреча больного и его врача. Успех данной встречи оказывает большое влияние на процесс всего лечения. Согласно исследованиям

психологов, первое впечатление о человеке вырабатывается за первые 18 секунд встречи.

Таким образом, при первом знакомстве со специалистом, у больного должно возникнуть желание сотрудничать с врачом, уверенность в том, что ему окажут надлежащую помощь. Доверительное общение медицинского сотрудника со своим подопечным на начальном этапе знакомства с ним является наиболее правильным способом общения.

Врач должен быть всегда опрятен, вежлив в общении и аккуратен в течение всего времени лечения. Лечащий врач не должен проявлять к больному безгласности, торопить его, проявлять нетерпимость и пренебрегать им [36].

В течение всего процесса лечения болезни больному необходимо оказание также психологической поддержки. Имея познания в сфере деонтологии, а именно ее законов и принципов, познания в сфере психологии общения наряду с мастерством в профессии поможет благополучно пройти через все трудности и препятствия и оказать необходимую помощь и поддержку даже в случае с тяжелобольными пациентами [23].

Для того, чтобы завоевать авторитет среди коллег и среди пациентов, врач всегда должен быть опрятно и по форме одет. Ему необходимо являться образцом для подражания. К подобному специалисту у больных всегда возникает бессознательное чувство уважения [5].

Таким образом, служба в медицинской сфере требует от специалиста не только специальных знаний, но и особых душевных качеств, горения, самоотдачи.

1.3. Психологические особенности педагогов

В наше время роль педагога претерпевает изменения: увеличивается уровень его воздействия как психологического, так и педагогического.

Роль педагога в современном обществе не ограничивается исключительно передачей знаний и информации. В наши дни педагог должен обладать целым арсеналом необходимых знаний, умений и навыков, в том числе иметь психологическую подкованность. Нельзя не учитывать индивидуальные особенности педагога, его личностные характеристики, которые влияют как на выбор профессии, так и на формирование определенных стереотипов, индивидуального стиля педагогической деятельности. Педагог должен обладать такими качествами личности, как общительность и умение вести диалог, для наиболее эффективной и качественной работы [13].

В понятие психологического портрета работника педагогической специальности, по мнению И.А. Зимней, входят такие составные компоненты, как:

- 1) особенности специалиста, как личности;
- 2) индивидуальные качества личности (задатки, способности, темперамент и и. д.);
- 3) статусно - позиционные особенности специалиста (подорожание в обществе, статусные роли);
- 4) коммуникативные навыки;
- 5) внешнеповеденческие и деятельностные данные [13].

П.Ф. Каптерев выделял специальные и личностные свойства педагога.

В своих трудах П.Ф. Каптерев обращал внимание на существование двух видов свойств педагога: личностных и специальных. К специальным он относил объективные (теоретическая научная подготовка к деятельности) и субъективные специальные особенности (творческая активность, талант педагогической деятельности и владение искусством преподавания). К необходимым свойствам личности педагога можно отнести внимательность, объективность, отзывчивость, исполнительность, упорство, чувство справедливости и любовь к детям [16]. Характеристику педагогических

свойств по Каптереву можно считать одной из первых попыток структурного представления субъектных свойств педагога.

В.А. Петровский в своих трудах выражает мысль о том, что быть личностью, значит быть субъектом своей собственной жизни, строить свои жизненные взаимоотношения с миром. Взяв за основу концепцию Петровского, другой исследователь, Е.Н. Волкова представила свою концепцию субъектности педагога и отметила в ней, что субъектность является свойством личности, раскрывающим содержание людской жизни, состоящего в деятельном и осознанном отношении к себе и окружающим людям, возможности влиять на изменения в мире. Свойство это основывается на том, что человек относится к себе, как к деятелю [8].

Согласно результатам исследований научных деятелей Г.М. Романцева, Н.С. Глуханюк, Е.В. Ткаченко, Г.В. Икрина, И.И. Хасановой, Ф.С. Исмагиловой, О.Н. Шахматовой - сотрудников Уральского государственного профессионально - педагогического университета: профессионализм и мастерство педагогов определяют следующие характеристики:

1) многовалентная профессионально-технологическая осведомленность, включающая в себя общие специальные знания, необходимые для диагностирования, проведения измерений, знания информатики и охраны труда, знания в области права и социально-экономические знания;

2) социально-коммуникативная компетентность – те ЗУН, которые способствуют общению, ориентированному на личность и педагогическую фасилитацию;

3) активный педагогический гуманизм, имеющий свое выражение в присоединении к эмоциональному состоянию ученика, сочувствие и помощь в работе над преодолением отрицательных эмоций;

4) наличие социального интеллекта— способность, которая определяет насколько эффективной является работа, проводимая с учеником;

5) социально-психологическая толерантность появляется в самообладании и снисходительности к ученикам и к их поведению;

6) организованность — умение организовать работу, процесс обучения и воспитания, наличие самоконтроля;

7) сверхнормативная профессионально-педагогическая активность — готовность педагога к работе сверх нормы, к выражению педагогов творческой активности, деятельность свыше нормативных обязанностей и одновременная потребность системы образования в такой активности;

8) педагогическая рефлексия даёт возможность для анализа организатору учебного процесса своих поступков, улучшает уровень понимания себя и того, как сказываются появления личностных качеств педагога на учениках;

9) сенсомоторные способности являются психофизиологическими свойствами, которые позволяют обеспечить эффективное исполнение производственно-технологических операций и действий;

10) социальная ответственность представляет собой готовность к повседневному самоконтролю и контролю за учебным взаимодействием, а также ведение наблюдений за самоконтролем и контролем за взаимодействием с учащимися, прогнозирование и коррекция результатов работы [12].

Достижение высот профессионального педагогического мастерства в конечном итоге определяется всей структурой личностных свойств субъекта.

Педагогическое мастерство можно представить как системное качество личности педагога, которое приобретает в процессе его профессионального становления в виде педагогических умений. Согласно Н.В. Кузьминой, структура педагогической деятельности складывается из проектировочных, гностических, конструктивных, организаторских и коммуникативных умений [22].

С точки зрения В.А. Якунина, рассматривающего обучение как процесс управления, и, исходя из функционального состава управления, где в

качестве субъекта выступает педагог, педагогические умения могут быть объединены в следующие блоки: проектировочный (умение целеполагания), информационный, прогностический, конструктивный (умение принимать решения), организаторский, коммуникативный, контрольно-оценочный и коррекционный. В том случае, если речь идет о намеренном формировании профессионально - педагогического мастерства, наиболее эффективным будет то обучение, которое моделирует и воспроизводит реальную технологию педагогического труда, т.е. идет не от знаний, а от целей, без определения которых трудно разобраться в том, что нужно и что не нужно знать в той или иной профессии.

Лучшими педагогами являются те, кто хорошо представляет конечные цели воспитания, соотносят с ними и подчиняют им цели ближние [46].

Степень сформированности различных педагогических знаний и умений обуславливает общий уровень педагогического мастерства.

Н.В. Кузьмина выделяет несколько уровней, на которых может осуществляться педагогическая деятельность.

Успешность педагогической деятельности может определяться как внешними условиями, так и субъективными факторами. К факторам, определяющим педагогическое мастерство педагогов, относятся социально-демографические характеристики, а именно: возраст, пол, образование и стаж работы. Однако в ряде исследований показано, что уровень мастерства в обучении и воспитании половозрастными признаками не определяется. Нет однозначной связи также между стажем работы и успешностью педагогической деятельности.

Большое влияние на формирование педагогических умений и мастерства оказывает профессиональная направленность. При этом высокий уровень педагогического мастерства предполагает, как правило, наличие высокой удовлетворенности профессией педагога. Оценка тем выше, чем больше привлекательных сторон педагог видит в своей профессии, и чем

большую значимость он придает этим привлекательным сторонам. Впрочем, отдельные педагоги с одинаковым уровнем интеллекта и профессиональной направленности обнаруживают различную успешность педагогической деятельности. Большую роль в детерминации успешности педагогической деятельности играет самооценка [34].

Уровень педагогической деятельности однозначно соотносится со степенью адекватности самооценки. Успешность педагогической деятельности зависит также от совпадения оценки и самооценки. Степень рассогласования оценки и самооценки является признаком не только остановки в профессиональном развитии, но и индикатором внутригрупповых конфликтов и напряженной социально-психологической атмосферы в коллективе.

При анализе личностных характеристик педагога исследователи выделяют следующие общие черты, характеризующие его: повышенная общительность и эмоциональность, высокий самоконтроль и чувство долга, повышенная требовательность к окружающим и тактичное обращение с ними, повышенная потребность в социальной поддержке, ориентация на групповые и социальные нормы и др.

Структура психологических предпосылок успешности педагогической деятельности представляет собой многокомпонентное образование. Деятельность педагога складывается из отдельных, но взаимосвязанных компонентов. Выделяют три основных компонента педагогической деятельности: конструктивный, коммуникативный и организаторский.

Конструктивный компонент. В работе педагога большое место принадлежит конструированию урока или воспитательного мероприятия, где предусмотрено и содержание, и система, и последовательность.

Организаторскую деятельность педагога трудно отделить от конструктивной. Все, что планирует педагог, должно сочетаться с его умением организовать весь учебный и воспитательный процесс.

Организаторский компонент включает как организацию своего поведения, так и организацию деятельности учеников и воспитанников.

Коммуникативный компонент включает в себя установление и поддержание отношений с учениками и воспитанниками, родителями, администрацией, другими педагогами.

Именно отношение педагога к ученикам и воспитанникам определяет успех его конструктивной и организаторской деятельности, а также эмоциональное благополучие детей.

Рассмотрим компоненты профессионально-педагогической общительности.

Выделяют пять типов эмоциональных отношений педагога к воспитанникам и учащимся:

- 1) эмоционально-положительный активный;
- 2) эмоционально-положительный пассивный;
- 3) эмоционально-отрицательный активный;
- 4) эмоционально-отрицательный пассивный;
- 5) неуравновешенный.

Педагог с эмоционально-положительным активным отношением к детям проявляет открытую доброжелательность, стремится видеть хорошее в личности ученика и воспитанника, активно поощряет их.

Педагог эмоционально-неуравновешенный то подозрителен и отрицательно настроен к детям, то сентиментален и необоснованно поощряет их.

Коммуникативная сторона педагогической деятельности проявляется во всем педагогическом процессе (и в конструктивной, и в организаторской его стороне).

Так, например, во время объяснения нового материала на уроке его эмоциональная подача, обращенность учителя к ученикам помогают им лучше усваивать знания. Организовать свое внимание во время объяснения

помогает тактичное замечание учителя тем, кто не слушает, умение заметить ученика, не понявшего материал, и пояснить еще раз.

Осуществление индивидуального подхода, как одна из сторон коммуникативной деятельности человека, также определяет успех его работы. Педагог должен замечать и учитывать особенности подопечных. Так, медлительность ребенка, связанная с его темпераментом, требует терпения и такта педагога.

Педагогическая деятельность требует продуманного и по возможности заранее спланированного общения. Умение слушать, не перебивая, вовремя задать наводящий вопрос, справедливо оценивать деятельность и поведение - залог успешного педагогического влияния.

Именно коммуникативные, а не конструктивные и организаторские компоненты деятельности педагога в большинстве случаев являются причиной отклонений в педагогическом процессе. Если у педагога сложился положительный или отрицательный стереотип в отношениях с учениками и воспитанниками, это мешает объективности в отношениях и требует от него анализа и перестройки поведения.

Рассмотрим структуру коммуникативных способностей, знаний и навыков, используемых педагогом в общении.

Прежде всего, заметим, что коммуникативные способности в педагогической деятельности - это способности к общению, специфическим образом выступающие в сфере взаимодействия, связанного с обучением и воспитанием детей. Из этого можно сделать, по меньшей мере, два вывода:

1. Способность к педагогическому общению является неотделимой от общих коммуникативных особенностей человека, которые проявляются во всех сферах человеческой деятельности.

2. Вместе с тем, способность к педагогическому общению не ограничивается общими коммуникативными способностями. Не все коммуникативные особенности проявляют себя одинаково в разных ситуациях общения. Есть ряд специальных коммуникативных умений и

навыков, которыми должен владеть педагог, в то время, как для людей других профессий они не являются необходимыми. К таким умениям и навыкам относится направленность на познание других людей, правильное восприятие и оценивание ситуаций общения.

Рассмотрим проблемы, которые могут возникать в процессе педагогического общения вследствие недостаточного развития этих способностей.

Познание другого человека включает общую оценку личности, которая обычно складывается на основе первого впечатления о нем, оценку отдельных черт его личности, оценку связи внешне наблюдаемого поведения с внутренним миром человека на основе понимания языка невербального общения - умения «читать» жесты и мимику.

Умение правильно оценить ситуацию общения - это способность выделять наиболее информативные признаки, обращать на них внимание, при этом правильно воспринимать и оценивать психологический смысл ситуации.

Невербальные формы педагогического общения менее изучены и порождают много проблем на практике. С ними связаны такие коммуникативные способности, как умение вступать в контакт, умение предупреждать возникновение конфликтов, выбирать правильную стратегию в решении конфликтных ситуаций, умение быть правильно понятым и воспринятым другим человеком, а также умение дать возможность другому человеку проявить свои интересы и чувства.

С этими способностями связаны также умения управлять собственным поведением. К ним же относится способность человека к самовосприятию, направленная на устранение привычек и склонностей, препятствующих общению, на формирование и развитие полезных для общения умений и навыков [44].

Для формирования коммуникативных умений необходимо наличие определенных коммуникативных способностей, которые поддаются

развитию. Основным компонентом коммуникативных способностей является общительность.

В педагогической деятельности общение выступает не как форма обыденного человеческого взаимодействия, а как функциональная категория.

В педагогической деятельности общение выступает как инструмент воздействия. Обычные условия и функции общения получают в педагогической сфере дополнительную «нагрузку», и из аспектов общечеловеческих перерастают в компоненты профессионально-творческие.

В педагогической деятельности процесс общения является целенаправленным процессом, и в ряде случаев вызывает определенные трудности. Далеко не каждый педагог знает структуру и законы педагогического общения, у некоторых слабо развиты коммуникативные способности и коммуникативная культура в целом.

Переход коммуникативной ситуации из сферы обыденного общения в профессиональную осуществляется непросто. В педагогической деятельности происходит интенсивный процесс профессионализации обыденного общения. Вот почему такую важную роль приобретает обучение основам профессионально-педагогического общения в системе профессионально-творческой подготовки учителя и воспитателя [47].

Профессионально-педагогическое общение включает приемы и навыки взаимодействия педагога и воспитуемых. Их содержанием является обмен информацией, воспитательное и обучающее воздействие, организация взаимоотношений. При этом педагог выступает инициатором этого процесса, организуя его и управляя им.

Оптимальным педагогическим общением является то, которое создает наилучшие условия для развития мотивации учащихся и воспитанников, для творческого характера их деятельности, для формирования их личности.

В процессе педагогического общения не только реализуются функции обучения и воспитания, но и решаются другие, не менее важные педагогические задачи.

Во-первых, оно выступает средством решения учебных и воспитательных задач, является способом организации взаимоотношений педагога и детей, обеспечивает успешность обучения и воспитания.

Таким образом, общение является многофункциональной системой.

Б.Ф. Ломов предложил следующую классификацию функций общения:

- информационно-коммуникативная функция,
- регуляционно-коммуникативная,
- аффективно-коммуникативная [24].

В педагогической деятельности должны быть реализованы все функции общения. Педагог должен быть и источником информации, и человеком, познающим другого человека или группу людей, и организатором коллективной деятельности и взаимоотношений.

К числу распространенных ошибок, которые допускают начинающие педагоги, относится неумение организовать общение целостно. Например, в ходе урока учитель стремится, прежде всего, передать информацию, не ориентируясь на контакт с классом, в результате чего страдает целостность процесса педагогического общения. Информативно-коммуникативная функция общения реализуется без подкрепления взаимоотношениями в диаде «учитель-ученический класс».

В процессе обучения общение позволяет обеспечивать психологический контакт с учащимися, формировать положительную мотивацию обучения, создавать психологическую атмосферу познавательного поиска и совместных решений.

В ходе воспитательных мероприятий с помощью общения налаживается психологический контакт между педагогом и детьми, что способствует формированию их личности и межличностных отношений в детском коллективе.

Через общение создаются психологические ситуации, стимулирующие самообразование и самовоспитание личности. Преодолеваются социально-психологические факторы, сдерживающие развитие личности детей, такие,

как скованность, стеснительность, неуверенность и т.п. Происходит коррекция в развитии и становлении их важнейших личностных качеств.

Владение общением как инструментом педагогического воздействия во многом обеспечивает целостную эффективность учебно-воспитательного процесса.

Система профессионально-педагогического общения предполагает органичное социально-психологическое взаимодействие педагога и воспитуемых с помощью коммуникативных средств. Роль общения в педагогической деятельности требует от педагога умения управлять своей коммуникативной деятельностью. Для этого необходимо наличие у педагога таких коммуникативных умений, как:

- умение общаться на людях;
- умение организовывать совместную с учащимися творческую деятельность;
- умение управлять общением;
- умение устанавливать психологический контакт;
- умение завоевывать инициативу в общении;
- умение «подстраиваться» в общении и т.п.

Основным компонентом коммуникативных способностей является общительность в самых разных ее проявлениях. В педагогической деятельности общительность выступает не только как личностное, но, главным образом, как профессионально-личностное качество человека-педагога.

Общительность включает в себя целый комплекс компонентов, среди которых два основных - коммуникабельность и альтруистические тенденции.

Педагогическая деятельность предполагает постоянное и длительное общение. Поэтому педагоги с неразвитой коммуникабельностью быстро утомляются, раздражаются, что, естественно, затрудняет их работу с учениками и воспитанниками.

Правомерно рассматривать общительность как единство трех компонентов: потребности в общении; хорошего эмоционального самочувствия до, во время и после общения; коммуникативных навыков и умений. Общительность имеет ярко выраженную эмоциональную природу.

Среди коммуникативных эмоций выделяют чувство симпатии, расположения, уважения к участникам общения и т.д. Их наличие свидетельствует о предрасположенности к педагогическому общению [26].

Выводы по главе 1

Классификация Е.А. Климова, предлагает относить все специальности, которые подразумевают общение между людьми к группе профессий «человек-человек».

Обычно, в данной группе выделяются те специальности, которые связаны с помощью людям, их так и называют «помогающие». К «помогающим профессиям» относят рассматриваемые нами профессии медицинского работника и учителя.

К профессионально важным качествам представителей данных профессий относятся:

- 1) наблюдательность;
- 2) эмпатия;
- 3) переключаемость внимания;
- 4) эмоциональная устойчивость;
- 5) общительность;
- 6) организаторские способности.

Если обратить внимание на результаты и цели работы специалистов помогающих профессий, то в этом плане можно выделить три основных особенности:

- в данной работе желаемый результат весьма расплывчат и задается лишь общее представление о нем;

- продуктом деятельности является вклад личности, то есть существование продукта деятельности неразрывно связано с самим автором;
- нет возможности для полностью объективной оценки продукта деятельности, разными судьями он может быть оценен по-разному.

Отличия профессий социономического типа заключаются в следующем:

- 1) в подобной деятельности главенствующую роль играют субъект-субъектные отношения, таким образом, она является максимально личностной, то есть практически неотделимой от субъекта;
- 2) деятельность специалиста данной сферы всегда выражается просоциальной активностью, которая получает деятельный характер;
- 3) средством деятельности является человек и принадлежащие ему личностные и психические свойства;
- 4) предмет деятельности – человек или группа людей;
- 5) результат действия не задается четко, обычно обобщен;
- 6) нематериальный продукт деятельности, который тяжело оценить объективно;
- 7) работа с повышенной моральной ответственностью.

Как видим, касаясь сущности помогающих профессий социономического типа можно заключить:

1. Работа человека, специализирующегося в помогающей профессии своей целью имеет – направленность на достижение общественно значимых идеалов, таких как здоровье, достижение высокого качества жизнедеятельности, благополучное развитие отдельных индивидов и групп.

2. Основной характеристикой, «сутью» помогающих профессий социономического типа является просоциальная активность личности, которая изначально пошла из повседневности, но благополучно превратилась в профессиональную деятельность, благодаря комплексу мотивов.

3. Помогающие специальности можно отнести к гуманитарной деятельности.

Рассматривая психологические особенности медицинских работников, мы пришли к выводу, что для них должно быть характерно следующее:

- высокий самоконтроль;
- наблюдательность;
- аккуратность;
- внимательность;
- соблюдение принципа коллегиальности;
- самокритичность;
- способность нести ответственность за себя, за уровень качества своей работы;
- интуиция;
- сострадание к больному;
- эмоциональная устойчивость;
- высокий уровень эмпатии;
- соблюдение медицинских этических норм.

Рассматривая психологические особенности педагогов, мы пришли к выводу, что для них должно быть характерно следующее:

- творческая активность,
- талант педагогической деятельности и владение искусством преподавания;
- внимательность;
- объективность;
- отзывчивость;
- исполнительность;
- чувство справедливости и любовь к детям;
- многовалентная профессионально-технологическая осведомленность;

- социально-коммуникативная компетентность;
- активный педагогический гуманизм;
- наличие социального интеллекта;
- социально-психологическая толерантность;
- организованность;
- профессионально-педагогическая активность;
- педагогическая рефлексия;
- сенсомоторные способности;
- социальная ответственность.

Глава 2. Эмпирическое исследование различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах

2.1. Процедура и методы исследования

Целью исследования являлось изучение различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах для использования диагностических данных в практике работы психолога.

Исследование проводилось с февраля по март 2019 года. В исследовании приняли участие 36 человек в возрасте от 29 до 52 лет из них 19 педагогов и 17 медиков.

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. Теоретический, который состоял в анализе данных теоретических и практических исследований по проблеме изучения различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.

2. Экспериментальный, который заключался в непосредственном изучении различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.

3. Итоговый – анализ и обобщение результатов исследования, уточнение выводов, графическое представление результатов.

В качестве основного метода был использован диагностический эксперимент с применением следующих методик:

- Методика диагностики коммуникативной и социальной компетентности (КСК).
- Методика «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда и М. Салливена в модификации Е.С. Михайловой.

- Методика «Диагностика уровня эмпатии» И.М.Юсупова.
- Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности (Т.В. Корнилова)

Для изучения коммуникативной компетентности нами была использована методика диагностики коммуникативной социальной компетентности (КСК).

Данная методика предназначена для получения более полного представления о личности, составления вероятностного прогноза успешности ее профессиональной деятельности.

Опросник включает в себя 100 утверждений, расположенных в циклическом порядке, с тем, чтобы обеспечить удобство отсчета при помощи трафарета. Для каждого вопроса предусмотрены три альтернативных ответа.

Методика предусматривает оценку уровня коммуникативной и социальной компетентности по 7 шкалам (факторам):

- Фактор А (общительность);
- Фактор В (логическое мышление);
- Фактор С (эмоциональная устойчивость);
- Фактор Д (жизнерадостность/серьезность);
- Фактор К (чувствительность/рациональность);
- Фактор М (независимость/конформность);
- Фактор Н (контроль/импульсивность) [41].

Для изучения социального интеллекта был использован тест Дж. Гилфорда «Социальный интеллект» в модификации Е.С. Михайловой.

Автор методики Дж. Гилфорд рассматривал социальный интеллект как систему интеллектуальных способностей, не зависящих от фактора общего интеллекта и связанных, прежде всего, с познанием поведенческой информации.

Методика рассчитана на весь возрастной диапазон, начиная с 9 лет.

Стимульный материал представляет собой набор из 4 тестовых тетрадей. Из них 3 субтеста составлены на невербальном стимульном материале и один субтест – на вербальном. Каждый субтест содержит от 12 до 15 заданий. Время, отведенное на каждый субтест, ограничено и составляет 6 минут (1 субтест – «Истории с завершением»), 7 минут (2 субтест – «Группы экспрессии»), 5 минут (3 субтест – «Вербальная экспрессия»), 10 минут (4 субтест – «Истории с дополнениями»). Общее время тестирования, включая инструкцию, составляет 30-35 минут.

Перед началом тестирования обследуемым выдаются бланки ответов, на которых они фиксируют некоторые сведения о себе. После этого они получают тестовые тетради с первым субтестом и начинают знакомиться с инструкцией по ходу ее зачитывания экспериментатором. В процессе чтения инструкции экспериментатор делает паузу после знакомства с примером, чтобы убедиться, что обследуемые правильно его поняли. По окончании инструкции отводится время для ответов на вопросы. После этого экспериментатор дает команду «Переверните страницу. Начали» и включает секундомер.

За минуту до окончания работы над субтестом обследуемых предупреждают об этом. По истечении времени работы дается команда «Стоп. Отложите ваши ручки», обследуемые отдыхают в течение нескольких минут и переходят к выполнению следующего субтеста.

После завершения процедуры обработки результатов получают стандартные баллы по каждому субтесту, отражающие уровень развития соответствующих способностей к познанию поведения. При этом общий смысл стандартных баллов можно определить следующим образом:

- 1 балл – низкие способности к познанию поведения;
- 2 балла – способности к познанию поведения ниже среднего (среднеслабые);
- 3 балла – средние способности к познанию поведения (средневыборочная норма);

4 балла – способности к познанию поведения выше среднего (среднесильные);

5 баллов – высокие способности к познанию поведения [28].

Для исследования уровня эмпатии женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах, была использована «Методика «Диагностика уровня эмпатии» И.М.Юсупова.

Испытуемому предлагается ответить на 36 вопросов, оценивая ответы следующим образом: при ответе: «не знаю» – 0 баллов, «нет, никогда» – 1, «иногда» – 2, «часто» – 3, «почти всегда» – 4 и при ответе: «да, всегда» – 5 баллов. Отвечать нужно на все пункты. После этого подсчитывается сумма баллов. Откровенность испытуемого оценивается следующим образом: если он ответил «не знаю» на утверждения под номерами 3, 9, 11, 13, 28, 36 и «да, всегда» на утверждения 11, 13, 15 и 27, это свидетельствует о его желании выглядеть лучше и о недостаточной откровенности. Результатам тестирования можно доверять, если опрашиваемый дал не больше трех неискренних ответов.

При сумме от 82 до 90 баллов у человека очень высокий уровень эмпатийности, от 63 до 81 балла – высокий уровень, от 37 до 62 баллов – средний уровень, от 12 до 36 баллов – низкий уровень, 11 баллов и менее – очень низкий уровень эмпатийности [15].

Для диагностики толерантности к неопределенности был использован «Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности», разработанный в 2009 году Т.В. Корниловой. Толерантности к неопределенности в зарубежной психологии определяется как «способность человека принимать конфликт и напряжение, которые возникают в ситуации двойственности, противостоять несвязанности и противоречивости информации, принимать неизвестное, не чувствовать себя неудобно перед неопределенностью». В отечественных исследованиях толерантность получила трактовку в качестве интегральной личностной характеристики, изучаемой в следующих основных ракурсах: психологической устойчивости,

системы личностных и групповых ценностей, личностных установок и совокупностей разноуровневых индивидуальных свойств [20].

В ходе прохождения данной методики испытуемому предлагается оценить степень своего согласия или несогласия с приведенными утверждениями, которых в опроснике 33.

Оценочная шкала выглядит следующим образом:

1. — полностью не согласен;
2. — не согласен
3. — кое в чём не согласен
4. — ни то, ни другое
5. — кое в чём согласен
6. — согласен
7. — полностью согласен

Обработка заключается в суммировании набранных баллов. При этом каждому ответу присваивается от 1 и 7 баллов («полностью не согласен» — 1 балл, «полностью согласен» — 7 баллов); в некоторых вопросах (14, 24, 25) необходимо инвертировать баллы.

По результатам методики можно выявить 3 фактора.

Фактор 1. Толерантность к неопределенности (ТН). Согласно этому фактору толерантность к неопределенности понимается как генерализованное свойство личности, означающее стремление к изменениям, новизне и оригинальности, готовность идти непроторенными путями и предпочитать более сложные задачи, иметь возможность самостоятельности и выхода за рамки принятых ограничений.

Разброс баллов: 12-35 — низкий показатель, 36-60 — средний, 61-84 — высокий.

Фактор 2. Интолерантность (ИТН). Данный фактор фокусирует стремление к ясности, упорядоченности во всем и неприятие неопределенности, предположение о главенствующей роли правил и

принципов, дихотомическое разделение правильных и неправильных способов, мнений и ценностей.

Разброс баллов: 13-38 – низкий показатель, 39-65 – средний, 66-91 – высокий)

Фактор 3. Межличностная интолерантность к неопределенности (МИТН) хорошо интерпретируется в качестве межличностной ИТН, т.е. означает стремление к ясности и контролю в межличностных отношениях, дискомфорт в случае неопределенности отношений с другими. В целом это соответствует критериям неустойчивости, монологичности, статичности в отношениях с другими. Трудно включается в понимание межличностной интолерантности только первый пункт (о то, что задача обладает малой привлекательностью, если выглядит не решаемой).

Разброс баллов: 8-23 – низкий показатель, 24-40 – средний, 41-56 – высокий) [37].

Полученные результаты были подвергнуты математико-статистическому анализу с помощью t-критерия Стьюдента.

Критерий Стьюдента (t-критерий) позволяет найти вероятность того, что оба средних значения в выборке относятся к одной и той же совокупности. При использовании критерия можно выделить два случая. В первом случае его применяют для проверки гипотезы о равенстве генеральных средних двух независимых, несвязанных выборок (так называемый двух выборочный t-критерий). В этом случае есть контрольная группа и экспериментальная (опытная) группа, количество испытуемых в группах может быть различно.

Во втором случае, когда одна и та же группа объектов порождает числовой материал для проверки гипотез о средних, используется так называемый парный t-критерий. Выборки при этом называют зависимыми, связанными [10].

2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных

Перед тем, как начать рассматривать результаты методик, разделим общую выборку испытуемых на две группы. Первую будут составлять женщины-медики, вторую – женщины-педагоги.

Рассмотрим данные, полученные в результате изучения коммуникативной социальной компетентности женщин-педагогов. Полученные данные представлены в табл. 1, на рисунке 1.

Таблица 1.

Результаты диагностики коммуникативной социальной компетентности на группе женщин-педагогов (в %)

Оценка Фактор	Максимальный уровень	Преобладающая выраженность факторов	Средний уровень	Низкий уровень
А	10,5	15,8	63,2	10,5
В	15,8	10,5	68,4	5,3
С	10,5	5,3	63,2	21,1
Д	15,8	10,5	68,4	5,3
К	21,1	15,8	57,9	5,3
М	15,8	10,5	63,2	10,5
Н	5,3	10,5	73,7	10,5

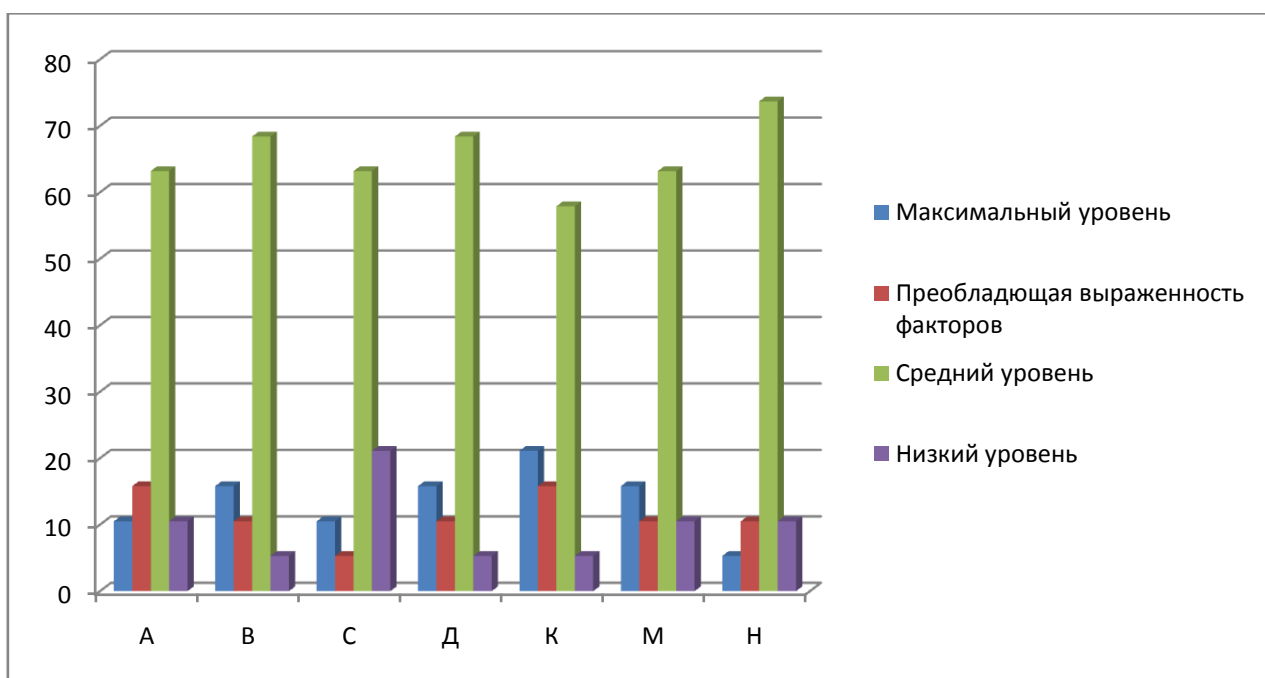


Рис. 1. Результаты диагностики коммуникативной социальной компетентности на группе женщин-педагогов (в %)

Исходя из представленных данных мы видим, что у большинства испытуемых данной группы преобладает равновесие между двумя противоположными личностными качествами. Наибольшее число испытуемых продемонстрировали высокий уровень коммуникативной социальной компетентности по фактору К – 21,1%, фактору В – 15,8%, фактору Д – 15,8%, фактору М – 15,8%. Низкая оценка по фактору С характерна для 21,1% испытуемых. Таким образом, можно сказать, что женщин-педагогов отличает чувствительность, жизнерадостность, у них достаточно высокий уровень развития логического мышления, они предпочитают собственные решения, независимы, ориентированы на себя, также они эмоционально неустойчивы, легко поддаются чувствам.

Рассмотрим данные, полученные в результате изучения коммуникативной социальной компетентности женщин-медиков. Полученные данные представлены в табл. 2, на рисунке 2.

Таблица 2.

Результаты диагностики коммуникативной социальной компетентности
на группе женщин-медиков (в %)

Оценка Фактор	Максимальный уровень	Преобладающая выраженность факторов	Средний уровень	Низкий уровень
А	17,6	23,5	47,1	11,8
В	17,6	17,6	52,9	11,8
С	23,5	17,6	47,1	11,8
Д	5,9	5,9	64,7	23,5
К	11,8	5,9	70,6	11,8
М	11,8	11,8	64,7	11,8
Н	17,6	23,5	52,9	5,9

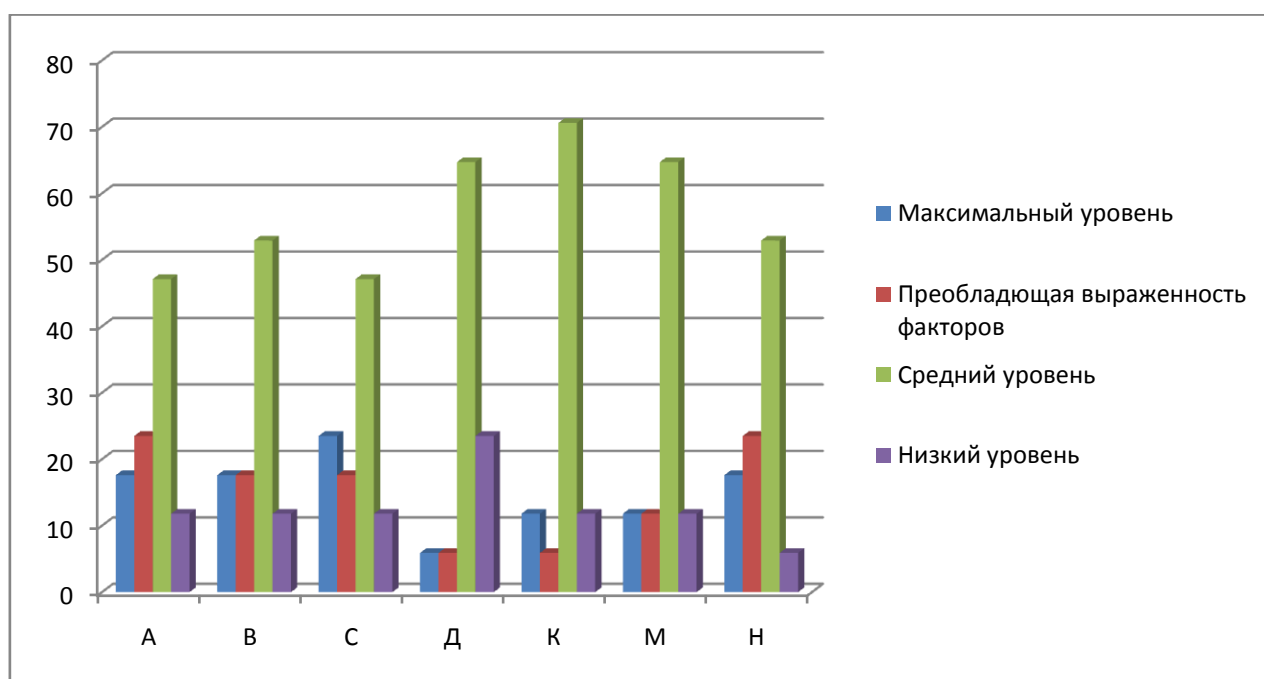


Рис. 2. Результаты диагностики коммуникативной социальной компетентности на группе женщин-медиков (в %)

Для женщин-медиков также характерно преобладание равновесия между двумя противоположными личностными качествами. Наибольшее число испытуемых продемонстрировали высокий уровень коммуникативной социальной компетентности по фактору С – 23,5%, фактору А – 17,6%,

фактору В – 17,6%, фактору Н – 17,6%. Низкая оценка преобладает по фактору Д (23,5% испытуемых). Таким образом, можно сказать, что для женщин-медиков характерна эмоциональная устойчивость, спокойствие, открытость, самоконтроль, развитое логическое мышление, молчаливость, серьезность.

Сравним результаты двух групп испытуемых по проведенной методике. Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3.

Сравнительный анализ результатов диагностики коммуникативной социальной компетентности на группе женщин-педагогов и женщин-медиков (ср.знач)

Группа испытуемых Фактор	Женщины- педагоги	Женщины-медики	Т-критерий Стьюдента
А	10,8	12,5	1,6
В	11,1	11,5	0,3
С	9,6	12,3	2,1*
Д	12,1	9,9	2,1*
К	12,2	9,5	2,3*
М	11,7	10,8	0,9
Н	10,9	12,8	2

** Различия значимы при $t_{0,01} \leq 2,73$

* Различия значимы при $t_{0,05} \leq 2,03$

Анализируя полученные данные, можно говорить о том, что существуют различия в уровне коммуникативной социальной компетентности у женщин-педагогов и женщин-медиков по факторам С, Д, К. А именно: Для женщин-педагогов в большей степени, чем для женщин-медиков характерна жизнерадостность, беспечность, чувствительность. Для женщин-медиков в большей степени, чем для женщин-педагогов характерна эмоциональная устойчивость, спокойствие, рациональность. Мы считаем, что это может быть связано с тем, что чувствительные, эмоциональные женщины склонны выбирать работу, связанную с взаимодействием с детьми, данные

качества помогают им лучше понять детей и найти индивидуальный подход к каждому. Для женщин-медиков, в свою очередь, гораздо важнее оставаться спокойными и рациональными в любой ситуации, поскольку от их действий или бездействий может зависеть жизнь человека.

Рассмотрим данные, полученные в результате изучения социального интеллекта женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах, с помощью теста «Социальный интеллект» (Дж. Гилфорд, М. Салливан) в модификации Е.С. Михайловой.

Результаты проведения данной методики на группе женщин-педагогов представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Уровень развития социального интеллекта женщин-педагогов (в %)

Уровень развития	Количество испытуемых, %				
	1 субтест	2 субтест	3 субтест	4 субтест	Композитная оценка
Низкий	-	-	-	10,5	-
Ниже среднего	15,8	21,1	-	36,8	15,8
Средний	57,9	52,6	57,9	42,1	63,2
Выше среднего	15,8	21,1	31,6	5,3	15,8
Высокий	10,5	5,3	10,5	5,3	5,3

В данной группе 5,3% испытуемых имеют высокий уровень развития социального интеллекта, 15,8% имеют уровень развития социального интеллекта - выше среднего, у 63,2% испытуемых наблюдается средний уровень развития социального интеллекта, и у 15,8% - уровень развития социального интеллекта ниже среднего, низкий уровень развития социального интеллекта отсутствует. Самые высокие значения получены по первому и третьему субтестам, это свидетельствует о том, что данные испытуемые умеют предвидеть последствия поведения. Они способны предвосхищать дальнейшие поступки людей на основе анализа реальных ситуаций общения, предсказывать события, основываясь на понимании

чувств, мыслей, намерений участников коммуникации, а также обладают высокой чувствительностью к характеру и оттенкам человеческих взаимоотношений, что помогает им быстро и правильно понимать то, что люди говорят друг другу.

Результаты проведения методики на группе женщин-медиков представлены в таблице 5.

Таблица 5.

Уровень развития социального интеллекта женщин-медиков (в %)

Уровень развития	Количество испытуемых, %				
	1 субтест	2 субтест	3 субтест	4 субтест	Композитная оценка
Низкий	-	5,9	5,9	-	5,9
Ниже среднего	11,8	17,6	11,8	52,9	23,5
Средний	52,9	47,1	58,8	35,3	52,9
Выше среднего	23,5	17,6	17,6	11,8	11,8
Высокий	11,8	11,8	5,9	-	5,9

В данной группе 5,9% испытуемых имеют высокий уровень развития социального интеллекта, 11,8% имеют уровень развития социального интеллекта - выше среднего, у 52,9% испытуемых наблюдается средний уровень развития социального интеллекта, и у 23,5% - уровень развития социального интеллекта ниже среднего, низкий уровень развития социального интеллекта присущ 5,9% испытуемых. Самые высокие значения получены по первому и второму субтестам, это свидетельствует о том, что данные испытуемые умеют предвидеть последствия поведения. Они способны предвосхищать дальнейшие поступки людей на основе анализа реальных ситуаций общения, предсказывать события, основываясь на понимании чувств, мыслей, намерений участников коммуникации, а также способны правильно оценивать состояния, чувства, намерения людей по их невербальным проявлениям, мимике, позам, жестам.

Сравним результаты двух групп испытуемых по проведенной методике. Результаты представлены в табл. 6.

Таблица 6.

Сравнительный анализ результатов диагностики социального интеллекта на группе женщин-педагогов и женщин-медиков (ср.знач)

Группа испытуемых Соц. интеллект	Женщины- педагоги	Женщины- медики	T-критерий Стьюдента
1 субтест	3,2	3,4	0,7
2 субтест	3,1	3,1	0,1
3 субтест	3,4	3,1	1,3
4 субтест	2,6	2,6	0,1
Композитная оценка	3,1	2,9	0,8

** Различия значимы при $t_{0.01} \leq 2,73$

* Различия значимы при $t_{0.05} \leq 2,03$

По результатам математико-статистической обработки данных не было выявлено различий в уровне социального интеллекта женщин-педагогов и женщин-медиков. Социальный интеллект одинаково важен для представителей обеих профессиональных групп, поскольку позволяет более эффективно справляться со своими трудовыми обязанностями.

Далее рассмотрим данные методики «Диагностика уровня эмпатии» И.М.Юсупова. Результаты данной методики, проведенной на обеих группах испытуемых, представлены в табл. 7 и на рисунке 3.

Таблица 7

Результаты диагностики уровня эмпатии (в %)

Уровень эмпатии	Женщины-педагоги	Женщины-медики
Очень высокий	15,8	-
Высокий	26,3	11,8
Средний	52,6	70,6
Низкий	5,3	17,6
Очень низкий	-	-

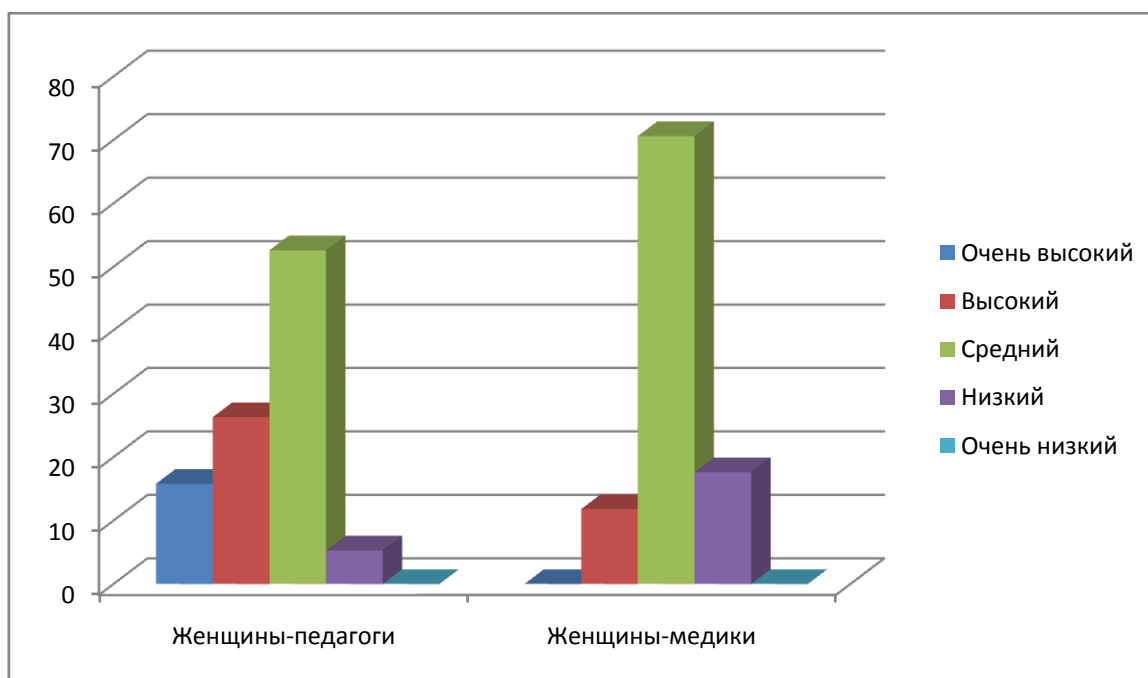


Рис. 3. Результаты диагностики уровня эмпатии по 2-м группам испытуемых

Как мы видим из представленных данных, уровень эмпатии испытуемых обеих групп находится на достаточно высоком уровне. Ни в одной из групп не обнаружено испытуемых с очень низким уровнем эмпатии, низкий уровень эмпатии продемонстрировали всего 5,3% женщин-педагогов и 17,6% женщин-медиков. В свою очередь высоким уровнем эмпатии обладают 26,3% женщин-педагогов и 11,8% женщин-медиков. Для большинства испытуемых обеих групп характерен средний уровень эмпатии. Однако в процентном соотношении уровень эмпатии женщин-педагогов несколько выше чем у женщин-медиков. Проверим, являются ли данные различия статистически значимыми.

Таблица 8.

Сравнительный анализ результатов диагностики уровня эмпатии на группе женщин-педагогов и женщин-медиков (ср.знач)

Группа испытуемых	Женщины-педагоги	Женщины-медики	Т-критерий Стьюдента
Уровень эмпатии	63	45,5	3,3**

** Различия значимы при $t_{0,01} \leq 2,73$

* Различия значимы при $t_{0,05} \leq 2,03$

Анализируя полученные данные, можно говорить о том, что существуют различия в уровне эмпатии у женщин-педагогов и женщин-медиков. А именно: уровень эмпатии женщин-педагогов выше, чем у женщин-медиков. Мы можем объяснить это тем, что эмпатия необходима педагогу для общения с учениками, для «чувствования» их и демонстрации своих чувства им. Для врачей эмпатия также необходима, однако слишком высокий уровень развития данного качества может привести к быстрому эмоциональному выгоранию, также излишнее сопереживание пациенту может привести к увеличению количества врачебных ошибок.

На следующем этапе исследования был проведен «Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности» (Т.В. Корнилова). Результаты данной методики, проведенной на обеих группах испытуемых, представлены в табл. 9 и на рисунке 4.

Таблица 9.

Результаты методики «Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности» (Т.В. Корнилова) (в %)

Фактор	Уровень показателя	Женщины-педагоги	Женщины-медики
Толерантность к неопределенности	высокий	5,3	23,5
	средний	63,2	58,8
	низкий	31,6	17,6
Интолерантность	высокий	26,3	17,6
	средний	57,9	52,9
	низкий	15,8	29,4
Межличностная интолерантность к неопределенности	высокий	31,6	29,4
	средний	63,2	70,6
	низкий	5,3	-

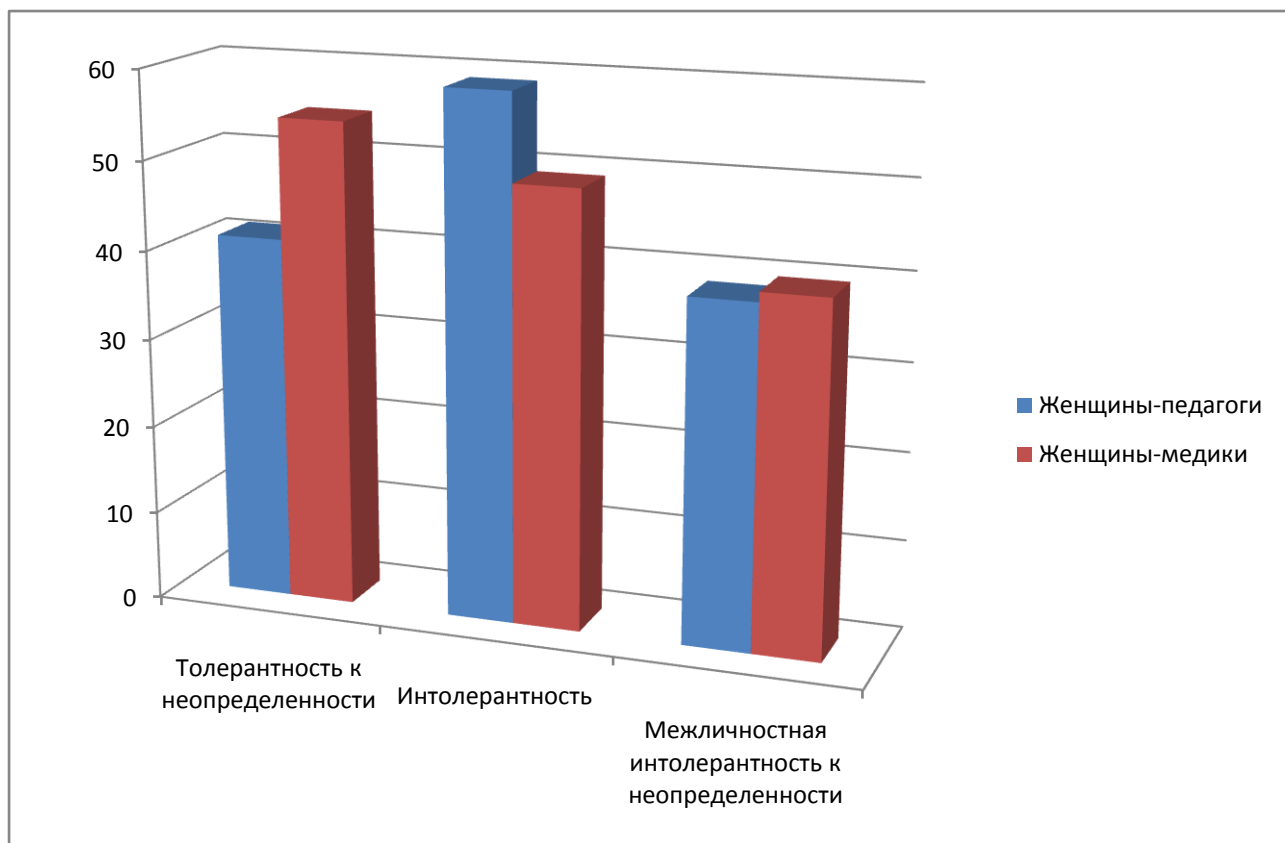


Рис. 4. Результаты методики «Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности» (Т.В. Корнилова) (ср. знач.)

По результатам проведенного опросника показатели по факторам распределились следующим образом: по фактору «Толерантность к неопределенности» высокий показатель был диагностирован у 5,3% женщин-педагогов и 23,5% женщин-медиков, средний – у 63,2% женщин-педагогов и 58,8,5% женщин-медиков, низкий – у 31,6% женщин-педагогов и 17,6% женщин-медиков; по фактору «Интолерантность» высокий показатель у 26,3% женщин-педагогов и 17,6% женщин-медиков, средний – у 57,9% женщин-педагогов и 52,9% женщин-медиков, низкий – у 15,8% женщин-педагогов и 29,4% женщин-медиков; по фактору «Межличностная интолерантность к неопределенности» высокий показатель у 31,6% женщин-педагогов и 29,4% женщин-медиков, средний – у 63,2% женщин-педагогов и 70,6% женщин-медиков, низкий – у 5,3% женщин-педагогов.

Результаты диагностики показали, что «Толерантность к неопределенности», которая понимается как генерализованное свойство

личности, означающее стремление к изменениям, новизне и оригинальности, готовность идти непроторенными путями и предпочитать более сложные задачи, больше характерна для женщин-медиков, чем для женщин-педагогов. Результаты статистической обработки данных представлены в табл. 10.

Таблица 10.

Сравнительный анализ результатов диагностики толерантности к неопределенности на группе женщин-педагогов и женщин-медиков (ср.знач)

Фактор	Женщины-педагоги	Женщины-медики	Т-критерий Стьюдента
Толерантность к неопределенности	41,1	54,6	3,1**
Интолерантность	58,9	49,1	1,9
Межличностная интолерантность к неопределенности	38,5	39,6	0,3

** Различия значимы при $t_{0,01} \leq 2,73$

* Различия значимы при $t_{0,05} \leq 2,03$

Результаты применения метода математической обработки данных (Т-критерий Стьюдента) указывают на достоверные различия фактора «Толерантность к неопределенности» между женщинами-медиками и женщинами-педагогами на 1%-ом уровне значимости. Мы полагаем, что это может быть связано с тем, что педагоги в большей степени проявляют привязанность к однотипным способам действия и неспособны изменить действия или отношение, когда этого требуют объективные условия. Возможно, это связано с возрастными особенностями педагогов, стажем их работы.

Выводы по главе 2

Исследование, целью которого являлось изучение различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах для использования диагностических данных в практике работы психолога, проводилось с февраля по март 2019 года. В нем приняли участие 36 человек в возрасте от 29 до 52 лет из них 19 педагогов и 17 медиков.

Исследование проводилось в несколько этапов:

1. Теоретический, который состоял в анализе данных теоретических и практических исследований по проблеме изучения различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.

2. Экспериментальный, который заключался в непосредственном изучении различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.

3. Итоговый – анализ и обобщение результатов исследования, уточнение выводов, графическое представление результатов.

Наибольшее число женщин-педагогов продемонстрировали высокий уровень коммуникативной социальной компетентности по фактору К – 21,1%, фактору В – 15,8%, фактору Д – 15,8%, фактору М – 15,8%. Низкая оценка по фактору С характерна для 21,1% испытуемых. Таким образом, можно сказать, что женщин-педагогов отличает чувствительность, жизнерадостность, у них достаточно высокий уровень развития логического мышления, они предпочитают собственные решения, независимы, ориентированы на себя, также они эмоционально неустойчивы, легко поддаются чувствам.

Наибольшее число женщин-медиков продемонстрировали высокий уровень коммуникативной социальной компетентности по фактору С – 23,5%, фактору А – 17,6%, фактору В – 17,6%, фактору Н – 17,6%. Низкая

оценка преобладает по фактору Д (23,5% испытуемых). Таким образом, можно сказать, что для женщин-медиков характерна эмоциональная устойчивость, спокойствие, открытость, самоконтроль, развитое логическое мышление, молчаливость, серьезность.

Анализируя полученные данные, можно говорить о том, что существуют различия в уровне коммуникативной социальной компетентности у женщин-педагогов и женщин-медиков по факторам С, Д, К. А именно: Для женщин-педагогов в большей степени, чем для женщин-медиков характерна жизнерадостность, беспечность, чувствительность. Для женщин-медиков в большей степени, чем для женщин-педагогов характерна эмоциональная устойчивость, спокойствие, рациональность. Мы считаем, что это может быть связано с тем, что чувствительные, эмоциональные женщины склонны выбирать работу, связанную с взаимодействием с детьми, данные качества помогают им лучше понять детей и найти индивидуальный подход к каждому. Для женщин-медиков, в свою очередь, гораздо важнее оставаться спокойными и рациональными в любой ситуации, поскольку от их действий или бездействий может зависеть жизнь человека.

По результатам математико-статистической обработки данных не было выявлено различий в уровне социального интеллекта женщин-педагогов и женщин-медиков. Социальный интеллект одинаково важен для представителей обеих профессиональных групп, поскольку позволяет более эффективно справляться со своими трудовыми обязанностями.

Уровень эмпатии испытуемых обеих групп находится на достаточно высоком уровне. Ни в одной из групп не обнаружено испытуемых с очень низким уровнем эмпатии, низкий уровень эмпатии продемонстрировали всего 5,3% женщин-педагогов и 17,6% женщин-медиков. В свою очередь высоким уровнем эмпатии обладают 26,3% женщин-педагогов и 11,8% женщин-медиков. Для большинства испытуемых обеих групп характерен средний уровень эмпатии. Однако в процентном соотношении уровень эмпатии женщин-педагогов несколько выше, чем у женщин-медиков.

Анализируя полученные данные, можно говорить о том, что существуют различия в уровне эмпатии у женщин-педагогов и женщин-медиков. А именно: уровень эмпатии женщин-педагогов выше, чем у женщин-медиков. Мы можем объяснить это тем, что эмпатия необходима педагогу для общения с учениками, для «чувствования» их и демонстрации своих чувства им. Для врачей эмпатия также необходима, однако слишком высокий уровень развития данного качества может привести к быстрому эмоциональному выгоранию, также излишнее сопереживание пациенту может привести к увеличению количества врачебных ошибок.

«Толерантность к неопределенности», которая понимается как генерализованное свойство личности, означающее стремление к изменениям, новизне и оригинальности, готовность идти непроторенными путями и предпочитать более сложные задачи, больше характерна для женщин-медиков, чем для женщин-педагогов. Результаты применения метода математической обработки данных (Т-критерий Стьюдента) указывают на достоверные различия фактора «Толерантность к неопределенности» между женщинами-медиками и женщинами-педагогами на 1%-ом уровне значимости. Мы полагаем, что это может быть связано с тем, что педагоги в большей степени проявляют привязанность к однотипным способам действия и неспособны изменить действия или отношение, когда этого требуют объективные условия. Возможно, это связано с возрастными особенностями педагогов, стажем их работы.

Таким образом, гипотеза, о том, что существуют различия в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах, была подтверждена частично.

Заключение

Целью представленной выпускной квалификационной работы являлось изучение различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах для использования диагностических данных в практике работы психолога.

В данной работе были проанализированы данные теоретических и практических исследований по проблеме изучения различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах, проведено диагностическое исследование различий в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах, проанализированы результаты диагностики, интерпретированы полученные данные и сформулированы выводы исследования.

В теоретической части работы было рассмотрено психологическое содержание профессий группы «человек-человек», проанализированы психологические особенности медицинских работников и педагогов.

На современном этапе исследования существуют работы по изучению личностных характеристик медицинских работников и учителей, однако отсутствуют работы, посвященные изучению различий в личностных характеристиках женщин, представляющих данные профессии, в связи с чем, нами было проведено данное исследование, которое заключалось в предположении о том, что существуют различия в личностных характеристиках женщин, занятых в медицинской и педагогической профессиональных сферах.

Проведенное исследование в рамках выпускной квалификационной работы позволило подтвердить выдвинутую гипотезу частично, а именно, нашли свое подтверждение следующие предположения:

- эмоциональная устойчивость у женщин-медиков выше, чем у женщин-педагогов;

- уровень эмпатии у женщин-педагогов выше, чем у женщин-медиков;
- толерантность к неопределенности выше у женщин медиков, чем у женщин-педагогов;

Список используемых источников

1. Абрамова Г.С. Психология в медицине [Текст] / Г.С. Абрамова, Ю.А. Юдчиц . – М.: ИНФРА-М, 2018. – 272 с.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Пер. с англ. С.Могилевского. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. – 352 с.
3. Аронсон Э. Социальная психология. Психологические законы поведения человека в социуме / Э. Аронсон, Т.Уилсон, Р.Эйкерт. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002 – 560 с.
4. Болучевская В.В. Профессиональное самоопределение будущих специалистов помогающих профессий. Монография. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2010. - 264 с.
5. Боткин, Е. С. Больные в больнице [Текст] / Е. С. Боткин // Пульмонология. - 2016. - № 1. - С. 116-120
6. Вачков И.В. Развитие самосознания учителей и учащихся в полисубъектном взаимодействии: дисс. ... доктора психологических наук: 19.00.13 Москва, 2002. - 374 с.
7. Ващенко И.С., Рыкалина Е.Б., Фахрудинова Э.Р. Медико-психологические и биоэтические аспекты комплаентности //Бюллетень медицинских интернет-конференций, 2015. - Т. 5. - № 5. - С. 558.
8. Волкова Е.Н.. Субъектность педагога (Теория и практика) : Дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.07 : Москва, 1998 308 с.
9. Деркач А.А. Акмеология: учебник М.: РАГС, 2002. 650 с.
10. Ермолаев О.Ю. Математическая статистика для психологов: Учебник/О.Ю. Ермолаев. – 2-е изд., исп. – М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2003.- 336 с.

11. Жияев, Е. П. Некоторые тенденции современной медицинской этики [Текст] / Е. П. Жияев, В. С. Нечаев // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - № 2. - С. 43-46.
12. Зеер Э.Ф. Психология профессионального развития. - М.: Академия, 2006. - 240 с.
13. Зимняя И.А. Педагогическая психология : учеб. для вузов – 3-е изд., пересмотр. – М.: МПСИ; Воронеж : МОДЭК, 2010.
14. Знаков В.В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников // Психологический журнал. - 2004. - №3. - С.71 – 81
15. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений. — СПб.: Питер, 2009. — 576 с.
16. Каптерев П. Ф. Избранные педагогические сочинения / Под ред. А.М. Арсеньева. — М.: Педагогика, 1982. — 704 с. — (Пед. б-ка).
17. Климов Е.А. Некоторые психологические проблемы подготовки молодежи к труду и выбору профессии / Е.А. Климов // Вопросы психологии. - 1985. - №4. С. 5
18. Климов Е.А. Психология профессионала. - М.: Издательство «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996. - 400 с.
19. Климов, Е.А. Психология профессионального самоопределения: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. - М.: Издательский центр «Академия», 2005. - 304 с.
20. Корнилова Т.В. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности // Психологический журнал. 2010. Т. 31, № 1. С. 74–86.
21. Краткий толковый психолого-психиатрический словарь. Под редакцией Игишева, 2008
22. Кузьмина Н.В. Способности, одаренность, талант учителя: в помощь лектору / Н.В. Кузьмина. - Л.: Знание, 1985. - 32 с.

23. Лазебник Л. Б. Этика и деонтология в гериатрии [Текст] : [к 50-летию Хельсинкской декларации] / Л. Б. Лазебник // Клиническая геронтология. - 2014. - № 1-2. - С. 3-13.
24. Ломов Б. Ф. Проблемы общения в психологии / под ред. Б. Ф. Ломова. М.: Владос, 2001
25. Любарт Т. Психология креативности / Т. Любарт, К. Муширу, С. Торджман, Ф. Зенасни - М.: Когито-Центр, 2009. - 216 с.
26. Мешкова Е.И. Общительность педагога и пути ее самовоспитания [электронный ресурс] URL: <https://infourok.ru/obschitelnost-pedagoga-i-puti-ee-samovospitaniya-2701671.html>
27. Милакова В.В. Психологические особенности профессионального самоопределения будущих специалистов помогающих профессий социономического типа. // Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. - Астрахань - 2007].
28. Михайлова Е.С. Методика исследования социального интеллекта: Адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливена: Руководство по использованию - СПб, ГП "ИМАТОН", 1996 - 56 с.
29. Моделирование деятельности специалиста на основе комплексного исследования / Под ред. Е. Э. Смирновой. Л., 1984., С.141
30. Мыльникова И. С. Права и обязанности медицинских работников: право, этика, этикет [Текст] / И. С. Мыльникова // В помощь практикующей медицинской сестре. - 2015. - № 3. - С. 4-79.
31. Павлов И. П. Полн. собр. трудов, т. IV, С. 337.
32. Петровский В.А. Личность: феномен субъектности. Ростов-на-Дону, 1993.
33. Рейковский Я. Просоциальная деятельность и понятие собственного «Я» / Я. Рейковский // Вестн. Моск. ун-та. - Сер.14. - 1981. - №1. - С. 14-22.
34. Самоукина Н.В. Психология и педагогика профессиональной деятельности. Учебник. М.: Ассоциация авторов и издателей «ТАНДЕМ». Издательство ЭКМОС, 2008. - 352 с.

35. Сапёров В.Н. Медицинская этика / В.Н. Сапёров. - М.: Бином. Лаборатория знаний, 2014. - 157 с.
36. Сергеев В.В. Раздумья врача (Избранные вопросы медицинской этики и деонтологии). Часть 1 / В. В. Сергеев // Новые С.-Петерб. Врачеб. Ведомости. - 2007. – N 2. - С. 86-90.
37. СклЯрова Е.А. Новый опросник толерантности-интолерантности к неопределенности (Т.В. Корнилова) [электронный ресурс] URL: <https://nsportal.ru/shkola/psikhologiya/library/2012/12/02/novyuy-oprosnik-tolerantnosti-intolerantnosti-k>
38. Стрельникова А.Н. Зачем медицинской сестре самооценка // Мед. сестра 2000. - №1. - С.42 – 43
39. Сук И.С. Врач как личность. - М.: 1984. - 64 с.
40. Сухомлинский В.А. Книга о любви. М.: Молодая гвардия, 1983
41. Фетискин Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В.Козлов, Г.М. Мануйлов. - М., 2002. С.138-149.
42. Харди И. Врач, сестра, больной. Психология работы с больными/И. Харди. - Будапешт: Издательство Академии Наук Венгрии, 1981. - 286 с.
43. Чалдини Р. Социальная психология. Пойми себя, чтобы понять других! (серия «Главный учебник») / Р. Чалдини, Д. Кенрик, С. Нейберг . – СПб.: прайм ЕВРОЗНАК, 2016. – 336 с.
44. Шелихова Н.И. Техника педагогического общения. - М.; Воронеж, 2009. - 128 с.
45. Эннс Е.А. Психологическая характеристика помогающих профессий // Современная психология: материалы междунар. науч. конф. - Пермь: Меркурий, 2012. - С. 92-93.
46. Якимова Е.В. Феномен альтруизма: Новые аспекты и современные аналитические тенденции // Социологические ежегодник, 2012: Сб.науч.тр./

Ред. и сост. Н.Е. Покровский, Д.В. Ефременко. М.: ИНИОН РАН. 2012. С. 241 – 266.

47. Якобсон П.М. Общение людей как социально-психологическая проблема. М., 1973.

48. Якунин В.А. Педагогическая психология: Учебное пособие. Изд. 2-е. серия: Высшее профессиональное образование, изд-во Михайлова В.А., 2000. - 349 с.

49. Янчук, В.А. Введение в современную социальную психологию: учеб. пособие для вузов / В.А. Янчук. – Минск: АСАР, 2005 – 768 с.

50. Batson C.D. Altruism in humans. – Oxford University Press, USA, 2011

Таблица 1

**Результаты исследования коммуникативной социальной
компетентности женщин-педагогов**

№	Факторы						
	А	В	С	Д	К	М	Н
1	10	17	9	11	17	16	10
2	16	8	8	11	18	9	7
3	8	9	8	10	10	10	12
4	8	6	17	10	18	11	12
5	10	12	9	15	18	17	16
6	17	10	18	14	13	10	8
7	9	8	11	12	14	12	12
8	10	18	10	18	10	19	14
9	15	9	8	9	10	15	9
10	12	11	9	10	15	8	13
11	11	12	14	12	9	11	9
12	6	9	9	12	10	11	12
13	11	8	12	12	11	14	7
14	14	19	5	18	7	10	12
15	9	11	9	10	10	12	12
16	8	13	10	19	12	12	10
17	9	15	6	10	8	6	12
18	13	9	6	7	10	12	9
19	10	6	5	10	11	7	11

**Результаты исследования коммуникативной социальной
компетентности женщин-медиков**

№	Факторы						
	А	В	С	Д	К	М	Н
1	18	6	10	17	8	16	13
2	12	10	18	9	16	8	14
3	13	10	12	12	10	10	12
4	10	7	19	12	9	17	12
5	12	12	10	13	17	10	12
6	10	13	18	7	9	10	19
7	15	8	12	12	13	8	18
8	12	10	6	6	9	13	10
9	12	10	19	9	8	10	11
10	6	18	8	10	8	9	12
11	7	13	10	5	5	12	11
12	18	19	13	9	6	10	12
13	18	18	14	12	9	15	19
14	10	10	9	7	8	10	13
15	14	9	14	10	8	7	7
16	12	13	10	9	11	12	10
17	14	9	7	10	8	6	12

Таблица 3

Результаты исследования социального интеллекта женщин-педагогов

№	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Композиционная оценка
1	3	3	2	1	2
2	3	4	4	3	3
3	5	4	4	3	4
4	4	3	4	3	3
5	5	5	5	5	5
6	3	3	4	4	4
7	3	3	3	2	3
8	3	2	3	2	3
9	3	4	5	3	4
10	2	2	3	3	3
11	2	2	3	3	3
12	3	4	3	3	3
13	3	3	3	3	3
14	3	3	3	1	2
15	3	2	3	2	2
16	4	3	3	2	3
17	2	3	3	2	3
18	3	3	4	2	3
19	3	3	3	2	3

Таблица 4

Результаты исследования социального интеллекта женщин-медиков

№	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Композиционная оценка
1	3	3	3	2	3
2	5	4	4	3	4
3	4	3	4	3	3
4	4	3	3	3	3
5	4	3	4	2	3
6	3	3	2	2	2
7	3	3	3	2	3
8	2	2	3	2	2
9	5	5	3	4	4
10	3	4	2	3	3
11	3	2	3	2	2
12	3	4	3	3	3
13	3	3	3	3	3
14	3	5	5	4	5
15	3	2	3	2	2
16	4	3	3	2	3
17	2	1	1	2	1

Результаты исследования уровня эмпатии испытуемых

Женщины-педагоги		Женщины-медики	
№	Кол-во баллов	№	Кол-во баллов
1	45	1	55
2	80	2	39
3	60	3	46
4	79	4	80
5	70	5	54
6	61	6	68
7	89	7	39
8	58	8	42
9	75	9	48
10	48	10	54
11	46	11	31
12	78	12	33
13	40	13	31
14	30	14	38
15	60	15	25
16	50	16	41
17	88	17	50
18	85		
19	55		

Таблица 6.

**Результаты исследования толерантности-интолерантности к
неопределенности женщин-педагогов**

№ испытуемого	Толерантность к неопределенности	Интолерантность	Межличностная интолерантность к неопределенности
1.	62	55	55
2.	31	49	40
3.	32	50	39
4.	41	64	26
5.	17	80	51
6.	47	51	27
7.	53	60	29
8.	55	69	51
9.	54	36	35
10.	53	61	39
11.	42	32	53
12.	50	56	40
13.	40	59	27
14.	20	62	39
15.	27	73	29
16.	14	56	49
17.	48	35	38
18.	37	81	42
19.	40	90	22

Таблица 7.

**Результаты исследования толерантности-интолерантности к
неопределенности женщин-медиков**

№ испытуемого	Толерантность к неопределенности	Интолерантность	Межличностная интолерантность к неопределенности
1.	69	23	54
2.	33	60	39
3.	31	61	38
4.	63	31	25
5.	59	67	55
6.	83	51	26
7.	53	31	30
8.	55	66	54
9.	54	31	35
10.	53	61	38
11.	83	32	52
12.	52	57	39
13.	53	45	40
14.	57	59	38
15.	28	70	24
16.	55	54	47
17.	48	36	39