

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/33609>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Психология

ВВЕДЕНИЕ 3

Глава 1. Обзор литературы 5

1.1 Профессиональный стресс. Определения, основные направления исследований. 5

1.2 Стресс у врачей 12

1.3 Методология исследования профессионального стресса у врачей. 29

Глава 2. Эмоционально-психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса 32

2.1 Материал и методы исследования. 32

2.2 Результаты клинического исследования профессионального стресса у врачей 32

2.3. Характеристики аффективного состояния врачей с субъективным переживанием профессионального стресса 49

2.4 Экспериментальная программа совершенствования предотвращения профессионального стресса 60

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 68

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 71

ПРИЛОЖЕНИЕ.....76

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Деятельность врача протекает в условиях умственного, психоэмоционального и физического напряжения. Неумение управлять своим состоянием, может привести к дезадаптации личности, профессиональным деформациям, что выражается либо через агрессию и гнев, либо через эмоциональную холодность и отчужденность, отчего страдает не только личность врача, но и личность больного.

Современные отечественные концепции профессионализации существенно не затрагивают динамику развития отдельных профессионально важных качеств на протяжении всей трудовой деятельности (В.А. Бодров, Е.А. Климов, Ю.П. Поваренков). Касается это и труда врачей.

Цель исследования состоит в изучении профессиональных характеристик врачей в состоянии психологического стресса.

Объект исследования - профессиональная деятельность врачей.

Предмет исследования - феноменологические и ситуативно-деятельностные особенности психических состояний врачей.

В исследовании выдвинута следующая гипотеза:

1. деятельность врачей сопровождается высокой сосредоточенностью внимания, высокой активностью мыслительных процессов;

2. в ситуации психологического стресса характерны особенности психоэмоционального состояния.

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

□ анализ специфики деятельности врачей;

□ изучение особенностей психических состояний в процессе трудовой деятельности врачей;

□ исследование феноменологических и ситуативно-деятельностных особенностей познавательных состояний врачей

Теоретико-методологическую основу исследования составили: положения системного и субъект-субъектного подходов (В.А.Барабанщиков, А. В. Брушлинский, А. Л. Журавлев, В. В. Знаков, Б. Ф. Ломов, Н. И. Саржвеладзе и др.); психологии профессиональной деятельности (В.А. Бодров, Е.А. Климов, Д. Н. Завалишина, Л.Г. Дикая, А.В. Карпов, Ю.П. Поваренков, В.Д. Шадриков и др.); концепция динамической функциональной структуры личности (К. К. Платонов).

Методы исследования. Для выполнения поставленных в исследовании задач использовались

социологические методы: опрос и анкетирование. Для статистической обработки данных использовались методы описательной статистики.

Научная новизна исследования. Полученные результаты осуществляют вклад в комплексный анализ особенностей психических состояний врачей как целостного интегративного явления. Раскрыты особенности психических состояний врачей.

Теоретическая значимость состоит в развитии представлений о психических состояниях врачей.

Выявленные особенности психических состояний врачей их влияние на эффективность их деятельности.

Практическая значимость исследования заключается в возможностях использования полученных результатов для создания моделей профессионального отбора и аттестации специалистов оперативной медицины в учебных заведениях, на курсах повышения квалификации врачей, облегчает задачу прогнозирования профессиональной успешности.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, выводов, заключения, списка литературы.

Глава 1. Обзор литературы

1.1 Профессиональный стресс. Определения, основные направления исследований.

Проблема стресса приобрела в современном мире исключительное научное значение. Понятие стресса, как категории объединяет в себе широкий круг сложных по своей природе явлений: психофизиологических, личностных, социальных и др. Многоплановость данной проблемы обусловила появление множества научных направлений, которые определяют стресс в качестве предметного поля исследования [17, с.52]. Исследования адаптации и функциональных состояний человека позволили выделить несколько типовых состояний, которые обусловлены уровнем активности различных механизмов, систем и органов. Надо сказать, что характеристика функционального состояния не единственный признак, по которому осуществляется классификация состояний человеческого организма и психики.

Существует классификация, которая основывается на соответствии состояния организма человека в норме. Довольно основательно проблема нормальных состояний человека стала рассматриваться с середины XX века. Ранее внимание физиологов было направлено в основном на изучение состояния утомления. Его рассматривали как фактор, который оказывает влияние на эффективность трудовой деятельности [39, с.85].

Запросы практики в таких областях, как спорт, космонавтика, психогигиена, учебная и трудовая деятельность, постепенно расширили круг выделяемых состояний. Как самостоятельная категория, психическое состояние было впервые выделено В.Н. Мясищевым [43, с.61].

Изучение проблемы нормальных состояний человека в последующие годы проводилось по двум направлениям:

психофизиологи и физиологи изучали функциональные состояния;

психологи занимались изучением эмоциональных и психических состояний.

Здесь надо сказать, что границы между этими состояниями настолько размыты, что разница кроется только в их названии. Определить сущность понятия «состояние человека» сложно потому что авторы опираются на разные уровни функционирования человека. Одни авторы рассматривают физиологический уровень, другие за основу берут психологический уровень, третьи одновременно оба уровня.

Структуру психофизиологического состояния человека в общих чертах можно представить следующим образом:

Физиологический уровень. Он самый нижний и включает нейрофизиологические характеристики, морфологические и биохимические изменения, сдвиги физиологических функций;

Психофизиологический уровень. Рассматривает вегетативные реакции, изменения психомоторики, сенсорики;

Психологический уровень. Рассматривает изменения психических функций и настроения; Социально-психологический уровень – характеристики поведения, деятельности, отношения человека.

Рассмотрим в рамках данной работы сущность психических состояний. Итак, психические состояния – это системные явления, имеющие основные компоненты. Системообразующим фактором для них можно считать актуальную потребность, которая инициирует то или иное психологическое состояние [32, с. 104].

Психическое состояние, в котором может находиться человек, влияет на основные показатели психики личности. От проявленного состояния зависят психологические процессы, которые при повторении формируют качества характера в человеке. Другими словами, психическое состояние характеризует

особенности психики человека в конкретный временной промежуток.

Психическим состоянием называют понятие, которое условно выделяют из психики человека при устойчивом повторении и проявлении его в характере личности. Такое понятие является энергетической характеристикой, влияющей на активность жизнедеятельности человека, это может быть вялость или бодрость, депрессия или эйфория.

Повышенное внимание уделяют психологическому состоянию людей, находящихся в экстремальных ситуациях, в условиях стрессовых обстоятельств и чрезмерной ответственности. Различные виды психических состояний взаимосвязанных и переплетены между собой. Одно состояние может перетекать в другое и переплетаться с третьим состоянием. Это усложняет процесс выделения и распознавания многочисленных видов состояний.

В сфере психологии существует классификация по состоянию личности, по состоянию сознания и по состоянию интеллекта [32].

Таким образом, при использовании различных критерий классификации можно выделить следующие виды состояний, связанных:

С источником формирования. Состояние, обусловленное ситуациями из внешнего мира, например, активное реагирование на крики. Личностное состояние, обусловленное, например, резким перепадом настроения или ярким недовольством.

Со степенью внешней проявленности. Поверхностное состояние - обычно слабо выражено, например тоска печаль или расстройство; глубокое состояние - имеет сильный эмоциональный характер, например ненависть, возмущение, бурная радость.

С эмоциональной окраской. Положительное состояние, например, радость, творческое вдохновение; отрицательное состояние, например, негодование, обидчивость; нейтральное состояние, например безразличие, апатия, тоска.

С периодом длительности. Кратковременное состояние, проявлено вспышками гнева или яркими эмоциями; продолжительное состояние длится долгий период времени, может быть связано с чувством обиды, ненависти или любви; временное состояние, оно характерно для конкретных ситуаций, например, ощущение страха во время полета на самолете.

Со степенью осознанности. Сознательное состояние, возникает при необходимости сконцентрироваться и взять на себя ответственность; неосознанное состояние, возникает, например во сне у человека или в автоматических поступках [23].

Многие специалисты считают, что различия между психическими состояниями вызываются различиями тонической составляющей и выделяют определенный их ряд:

Состояние активного бодрствования. Оно характеризуется выполнением произвольных действий на фоне низкой мотивации. По своей сути является состоянием покоя и относится к первой степени нервно-психического напряжения [32];

Психоэмоциональное напряжение. Относится ко второй степени нервно-психического напряжения и возникает тогда, когда уровень мотивации повышается, появляется значимая цель и существенная информация. Данное состояние характеризуется повышением качества и эффективности деятельности;

Состояние психоэмоциональной напряженности. В этом состоянии нервно-психическое напряжение достигает третьей степени, а ситуация становится личностно значимой, мотивация резко увеличивается, возрастает степень ответственности. Деятельность гормональных систем, особенно надпочечников, резко усиливается и в деятельности внутренних органов и систем происходят существенные сдвиги;

Пограничные состояния. Они относятся к наиболее сложным состояниям, потому что по своему составу и качественным параметрам очень различны. Есть такие состояния, с одной стороны, которые в большей степени соответствуют здоровью и выходят за пределы нормы лишь по ряду отдельных показателей.

Другие пограничные состояния близки к патологии, но рассматриваться в качестве болезни не могут, потому что у них отсутствует один или несколько признаков симптомов болезни. Основная причина возникновения пограничных состояний заключается в нарушении психических механизмов регуляции состояний, когда возникает несоответствие между социальными и биологическими возможностями переработки информации и необходимостью осуществить её в конкретных условиях [7].

Все психические состояния имеют тесную связь:

с нейродинамическими особенностями высшей нервной деятельности;

левым и правым полушарием мозга, их взаимодействием;

функциональными связями коры и подкорки;

первой и второй сигнальными системами, их взаимодействием;

с особенностями психической саморегуляции каждого индивида.

Психологический компонент состояния формируется в зависимости от информации, которая хранится в памяти и включает в себя эмоции, ожидания, установки, чувства и «фильтры восприятия». Для понимания характера состояния последний компонент очень важен, потому что через него человек воспринимает и оценивает мир. С помощью «фильтров» объективные характеристики внешнего мира воздействуют на сознание уже не так сильно, а главная роль отводится установкам, убеждениям и представлениям. Когда действия с внешними предметами или социальными объектами выполнены, человек получает какой-то результат. В одном случае он дает возможность реализовать потребность, вызвавшую данное состояние, в другом случае результат оказывается отрицательным и вызывает новое состояние. При негативном результате включаются механизмы психологической защиты и снижают напряженность психических состояний.

Позитивное состояние возникает тогда, когда условия внешней среды способствуют быстрому и легкому удовлетворению потребности. При низкой вероятности удовлетворения потребности, состояние по эмоциональному знаку будет негативным [17].

Психологические состояния приобретают статический характер тогда, когда получают недостающую информацию или необходимые ресурсы, считает А.О. Прохоров [29].

Наиболее сильные эмоции как субъективные реакции человека возникают в начальный период формирования состояния. В характере нового состояния важную роль играет «блок целеполагания». Он определяет не только вероятность удовлетворения потребности, но и характер будущих действий.

Рассмотрим характеристику психоэмоциональных состояний. Итак, в жизни каждого человека происходят такие явления душевной жизни, которые выражаются в переживании им своего отношения к окружающей действительности. Эти переживания в психологии получили название «эмоции» (от фр. *emotion* – волнение, возбуждение; от лат. *emoveo* – потрясаю, волную).

Формирование концепции стресса нашло свое отражение в целом ряде его теорий и моделей, существенно различающихся между собой и в то же время в чем-то друг друга дополняющих. Во второй половине XIX века великий французский физиолог Клод Бернар впервые указал, что внутренняя среда живого организма должна сохранять постоянство при любых колебаниях внешней среды. По утверждению учёного «постоянство внутренней среды служит условием свободной и независимой жизни» [6].

В начале XX века американский физиолог У.Б. Кеннон ввел термин «гомеостазис» (от древнегреческого *homoios* – одинаковый и *stasis* – состояние), который означает способность сохранять постоянство. Данное понятие было использовано учёным для объяснения координированных физиологических процессов, которые поддерживают большинство устойчивых состояний организма [24].

Идея целостности и непрерывной адаптации организма к среде нашла своё экспериментальное подтверждение в работах отечественного учёного И.П. Павлова. Можно справедливо отметить, что научные исследования Павлова стали рычагом для становления исторически первой, революционной для науки середины XX века теории стресса.

Эти положения отражают очевидную специфику подхода Г.Селье к пониманию механизмов возникновения стресса, особенностей его протекания и последствий [24].

В 1936 г. обобщение результатов исследований позволило Г. Селье обосновать гипотезу существования общего адаптационного синдрома (синдрома биологического стресса), получившего впоследствии название «стресс» [24].

Как отмечает Л.Л. Китаев-Смык предположение Г. Селье о существовании двух мобилизационных уровней адаптации поддерживается многими исследователями [14].

В целом под влиянием взглядов Г. Селье сформировалось значительное количество исследований, в которых основное внимание учёных фиксировалось на физиологических, биологических или морфологических изменениях, возникающих в результате действия стресс-факторов.

Итак, травмирующие психику ситуации, единичные или повторяющиеся способны нарушить нормальную работу психической сферы. К числу провоцирующих ситуаций относятся насилие, сложные физиологические травмы, нахождение в зоне техногенной, природной катастрофы и т.п. Непосредственно в момент опасности, человек пытается собраться, спасти собственную жизнь, близких, старается не паниковать или находится в состоянии ступора. Через короткое время, возникают навязчивые воспоминания о произошедшем, от которых пострадавший пытается избавиться.

1.2 Стресс у врачей

На сегодняшний момент времени медицинская сфера деятельности выросла до понимания биомедицинских проблем этического и нравственного характера. Изменяется специфика трудовой деятельности, повышается нравственная ответственность. Все это определенным образом влияет на мировосприятие, личностное оценивание, предъявляет требования к профессионализму работников, стремлению брать новые вершины: переосмыслению этических, психологических, антропологических, юридических аспектов лечебного дела [7]. В фундаменте деятельности медицинского работника заложено уважение к жизни, включающее в себя понимание значимости человеческой жизни и необходимости улучшения ее уровня качества. Стремление не навредить, не нанести ущерба – основополагающий долг любого работника медицинской сферы. И. Кант определил, что «самое главное для человека – это огромное звёздное небо над его головой и великий нравственный закон внутри нас». «Нравственный закон внутри нас» – не просто механическое исполнение своего профессионального долга, не стремление вписаться в установленные нормы морали, но такое внутреннее состояние работника, при котором высокая нравственность, сострадательность становятся внутренней сущностью личности.

Медицинская деонтология стала примером практического использования принципов медицинской этики у работников. Помимо следования нормам этики и деонтологии, а также обладание профессионализмом должного уровня, работник медицинской сферы обязан проявлять следующие качества личности: сострадательность, человеколюбие, терпимость, хладнокровность, рачительность, уважение к выбранной специальности. Навык плодотворного общения, строящийся на использовании психологии общения, или коммуникативная компетентность – обязательное умение работника отделения скорой медицинской помощи. Коммуникативная компетентность основывается на применении следующих навыков: способность установить контакт с пациентом, умение выслушать, распознать невербальные сигналы, грамотно выстроить диалог, корректно сформулировать вопросы.

Необходимо, чтобы медицинский работник контролировал свои эмоции, способы реагирования и поведение в совокупности с умением не терять уверенность в себе. Толерантность и корректность – важные моменты грамотно выстроенного рабочего процесса, в них проявляются забота и внимание медицинского работника к пациентам [10].

Так же немаловажно проявлять уважение к пациентам. Медицинский работник обязан суметь качественно выстроить диалог с пациентом и добиться выполнения установок и задач профессии. Немаловажен внешний облик работника скорой медицинской помощи – чистоплотность, доброжелательность, общий стиль обращения с пациентом на протяжении всего лечебного процесса. Умение применять правила медицинской этики и деонтологии, а также психологических приемов общения, в совокупности с профессионализмом помогают оказанию надлежащей медицинской помощи в любых клинических ситуациях.

Требования, предъявляемые к эмоциональной составляющей личности медицинского работника весьма полярны. Так, обладая высоким уровнем эмпатии они должны оставаться эмоционально стабильными. Потому как излишняя подверженность эмоциям, так и некоторая «заторможенность» становятся проблемой при оказании помощи пациентам.

Высоко профессиональным правильно назвать такого работника, для которого характерно: отсутствие тщеславия, одинаково сострадательное отношение к любому пациенту, молниеносность реакций, сдержанность, высокий уровень чувства долга, а также владение медицинскими навыками. Эмпатичность стала тем качеством, которое должно проявляться у каждого медицинского работника, не отталкиваясь от конкретных ситуаций. На практике оказывается, что уровень эмпатии медицинского работника меняется в зависимости от ситуации. И необходимо осознавать, что эмоциональное состояние медицинского работника не должно соответствовать состоянию пациента [24].

Совместно с владением определённым набором эмоций и чувств, фельдшер обязан уметь сдерживать внезапно возникающие эмоции, не соответствующие определённым ситуациям. Большие усилия приходится применять для подавления раздражительности, злости, утомленности, которые могут возникнуть в процессе общения с пациентами. Это необходимо для соблюдения принципов этики и деонтологии и принципа «не навреди». Зачастую медицинский работник подавляет «неуместные» эмоции, и скрывает их даже от самого себя.

Но, все-таки, не выказанные эмоции влияют на медицинского работника, и способствуют развитию синдрома «эмоционального выгорания» [28].

Совершенно естественно, что и в научной литературе, и в

1. Апанасенко Г.Л. Диагностика индивидуального здоровья // Гиг. и сан. -2004. № 2. - С.55-58.
2. Апанасенко Г.Л. Индивидуальное здоровье: сущность, механизмы, проявления // Гиг. и сан. 2004. - № 1. — С. 60-63.
3. Асадов Д.А., Касымов А.И. Дегуманизация медицинского образования // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2006. -№ 1. — С.9-11.
4. Басова Н.В. Педагогика и практическая психология. Р-н-Дону.: Феникс, 2017. - С.68-79.
5. Бернадский Э. Медицина, врачи и публика. Пер. с польск. М. Медицина. 1903. -51 с.
6. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике.-СПб.: Питер. 2018. - 528 с.
7. Быков И.Ю., Давыдов В.М., Олейников Д.Б. От образования на всю жизнь к образованию через всю жизнь // Воен. мед. журн. - 2000. -№11.- с.47.
8. Быков И.Ю., Корзунин В.А., Петрукович В.М., Иванов А.О., Бондаренко И.В. Сравнительная оценка профессионально-важных качеств военных врачей в различных условиях деятельности // Воен. мед. журнал -2001. №8. — С.65-72.
9. Варшавский Б.В., Воробьева Е.В., Иванова Т. А. О подготовке клиницистов // Высшее образование в России, 1999. № - 4 - С.36-38.
10. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. СПб.: Питер, 2015. — 336 с.
11. Глумова В.А., Морозова Н.Е., Черенков И.А., Чучкова Н.Н. Формирование профессионального мышления у студентов-первокурсников // Морфол. Ведомости, 2002. № 12. - С.122-123.
12. Джебраилова Т.Д., Залилов Р.Ю. Адаптация к учебному процессу и успеваемость студентов с различной степенью экстра-интроверсии и ригидности // Мат-лы VII итог. Науч. конф. ИМОНовГУ, 17-21 апр. 2000 г.: Сб. ст. Великий Новгород, 2000. - Т.2. -С.38-40.
13. Игнатьева С.В. Психофизиологические и метаболические аспекты адаптации к обучению студентов медицинского вуза на Европейском Севере : Дис. . д-ра мед. наук Архангельск, 2016. -295 с.
14. Контский Ф.М. Врач и больной. Марийское книжное изд-во. Йошкар-Ола, 2018.-109 с.
15. Корзунин В.А. Прогнозирование успешности обучения в военно-медицинском вузе и динамика формирования профессионально важных качеств военных врачей в различных видах Вооруженных Сил: Автореф. дис. .канд.мед.наук.-СПб., 2015. 22 с.
16. Коршевер Н.Г. Физиологическая оценка и прогнозирование успешности профессионального обучения и становления молодых военных специалистов.: Автореф. дис. .д-ра мед. наук. Саратов, 2016. - 41 с.
17. Ларенцова Л.И. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей-стоматологов Электронный ресурс. :Клиническая стоматология. № 4 декабрь 2003.
18. Леонова А.Б. Основные подходы, к изучению профессионального стресса // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. — 2001.-№ 11.-С.2-16.
19. Маклаков А.Г. Общая психология. С-Пб.: «Питер», - 2018.-592 с.
20. Мандриков В.Б., Миронова И.А., Мицулина М.П. Современный морфофункциональный портрет студентов медицинского вуза // Вестник ВМА: Сборник научных трудов. Т 57. Вып 7.-Волгоград: Издатель, 2014. -С.227-229.
21. Мансуров В.А., Юрченко О.В. Перспективы профессионализации российских врачей в реформирующемся обществе // СОЦИС 2005. - № 1(249)-С.66-77
22. Матвиенко В.В. Проблемы высшего медицинского образования // Докл. Академии военных наук(поволжское отделение). Сарат.воен. ин-тут ВВ МВД РФ. Саратов, 2001. № 7. - С. 15-19.
23. Орел В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы // Психологический журнал. — 2001. — Т.22. -№ 1. -С.90-101.
24. Решетников А.В. Институциональные изменения социокультурного паттерна здоровья и болезни. Социология медицины. — 2005. -№ 2. — С.3-25
25. Решетников А.В. Социология медицины: учебник, Москва: ГЭОТАР-Медиа. - 2017. - 256 с.
26. Решетников А.В. Эволюция и проблемы современной медицины // Экономика здравоохранения. -№ 5,6/45. — 2015. С.64-66.
27. Решетников В.А., Давыдов В.М., Коршевер Н.Г. и др. Военно-профессиональная подготовка студентов медицинских вузов: пути оптимизации. Астрахань-Саратов: АГМА, 2012 .- 181 с.
28. Сидоров П.И. Синдром эмоционального выгорания (конспект врача) // Медицинская-газета. 2005. - №43. - С.3-4.
29. Силуянова И.В. О состоянии нравственного самосознания врачебного сообщества//Биоэтика.- 2008. № 1. -

С. 11-15.

30. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. — 2002. № 7. — С.3-9.
31. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания: личностные особенности у работников сферы психического здоровья Электронный ресурс. БелГМУ. Информация - БМЖ 2/2002.<http://bsmu/02/2002/25/html>.
32. Социальный атлас российских регионов; <http://atlas.socpol.ru/tYpolo-gy/tabletypes.shtml>.
33. Суворов А.В. Структура денежных доходов и расходов населения в современной России. Проблемы прогнозирования. — М., 2014.
34. Сухарева Л.М., Павлович К.Э., Рапопорт И.К. Профессиональная ориентация молодежи: медицинский и психофизиологические аспекты // Гиг. и сан. 2000: - № 1. - С.48-52.
35. Теплов Б.В. Проблемы индивидуальных различий: Избр. работы. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961. - 536 с.
36. Тимофеев Д.А. Физиологические аспекты первичной специализации военных врачей на послевузовском этапе обучения: Автореф. дис. .д-ра мед.наук. Саратов, 2017 .- 36 с.
37. Толерантность современной молодежи: исследование томских студентов // Вестник Евразии, 2002. № 3. - С.28-50.
38. Толочек В.А. Стили профессиональной деятельности. — Москва, 2000. - С.121-148.
39. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. N 197-ФЗ (с изм. и доп. от 24, 25 июля 2002 г., 30 июня 2003 г., 27 апреля, 22 августа 2004 г.) // "Российская газета" от 31 декабря 2001 г.
40. Укке Ю.В. Проблемы психологии профессий в США // Вопросы психологии. 1972. - № 1. - С. 176.
41. Ушаков И.Б., Вартбаронов Р.Л., Усов В.М. Системная концепция индивидуального здоровья с позиций практической медицины. Часть 1 . Теоретические аспекты // Гиг. и сан. -2004. № 2. - С.61-67.
42. Фомина Т.К. К вопросу о формировании профессионального самоопределения личности студента мед.вуза // Вестник ВМА. -Волгоград, 2000. С.243-244.
43. Фуко М. Рождение клиники. Москва:Смысл. - 2016. - 310 с.
44. Хрисанова Е.Н., Перевозчиков И.В. Антропология: Учебник. -М.:МГУ:Изд-во «Высшая-школа», 2012 -400с.
45. Штейнберг И. Усталость от сострадания Электронный ресурс. . — <http://korni.jewishworld.ru/bestShteinberg.htm>
46. Щепин О.П. (ред.) Современные подходы к управлению медицинской помощью на региональном уровне. — М., 2014.
47. Юровская М.А. К психологическим характеристикам профессий. В кн. История советской психологии труда.- М.: МГУ.- 1983. С.141-143.
48. Юстицкис В., Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи. -СПб.: Питер, 2017. С.271 -273.
49. Ядов В.А. Два рассуждения о теоретических предпочтениях // Соц журнал. 1995. - № 2 - С.70-72.
50. Ядов В.А. Стратегия и методы качественного анализа данных // Социология: 4М. 1996. - № 1.-С. 14-31.
51. Ясько Б.А. Экспертный анализ профессионально важных качества врача. Психологический журнал. - т. 25, № 3. - 2004. - С. 71-78.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/33609>