

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии
Кафедра психологии развития и консультирования

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий кафедрой

подпись _____ инициалы, фамилия
« ____ » _____ 20 __ г.

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

Отношение к здоровью и совладающее поведение
медицинских работников паллиативного учреждения

37.04.01 Психология

37.04.01.04 Психологическое консультирование

Научный руководитель _____ доцент, канд. психол. наук Е. Ю. Федоренко
подпись, дата

Выпускник _____ Е. С. Графкина
подпись, дата

Рецензент _____ доцент, канд. психол. наук Ж. Г. Василькова
подпись, дата

Красноярск 2018

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
1 Теоретический анализ понятия «отношение к здоровью»	9
1.1 Психологические составляющие «отношения к здоровью»	9
1.2 Факторы, определяющие формирование отношения к здоровью	13
2 Психологические основания основы совладающего поведения.....	17
2.1 Модели совладающего поведения.....	17
2.2 Факторы эффективности совладающего поведения	22
3 Специфика деятельности паллиативных учреждений	27
3.1 Анализ характеристик отношения медработников к здоровью пациентов при разной степени активности.....	27
3.2 Анализ возможных стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности младших медработников паллиативного учреждения	35
4 Эмпирическое исследование характеристик отношения к здоровью пациентов и совладающего поведения медицинских работников паллиативного учреждения	39
4.1 Программа исследования	39
4.2 Описание выборки и условий исследования.....	40
4.3 Описание диагностических процедур и методик	40
4.4 Анализ и интерпретация результатов эмпирического исследования....	44
4.5 Выводы.....	64
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	66
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	67
ПРИЛОЖЕНИЕ А	75
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	78
ПРИЛОЖЕНИЕ В	80
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	85
ПРИЛОЖЕНИЕ Д	86

ВВЕДЕНИЕ

Среди различных специалистов медицинской сферы особое место занимают сотрудники учреждений, которые работают с особыми группами пациентов, например такими, как люди, страдающие психическими нарушениями, люди старческого возраста, люди с тяжелыми неврологическими расстройствами. К этой категории относятся также и работники паллиативных учреждений, оказывающие комплексную помощь пациентам, болезни которых не поддаются лечению и в большинстве случаев приводят к летальным последствиям. Основным направлением деятельности работы в данной сфере является обеспечение максимально возможного комфорtnого состояния пациентов.

Основное количество исследований личности медицинского работника паллиативной сферы посвящено выявлению психологических защит, вопросам мотивации осуществления профессиональной деятельности, изучению личностных особенностей медработника. Однако на данный момент малоизученным является исследование фактора, который, по нашему мнению, является одним из важнейших для динамики и самочувствия пациентов – отношение медработников к здоровью своих пациентов, что, по сути, является предметом их профессиональной деятельности. В случае если показатели здоровья свидетельствуют о том, что в скором времени может наступить смерть пациента, существенным является то, как в этой ситуации будут взаимодействовать с таким больным медработники – включаться активно, эмоционально поддерживать и бороться за его жизнь, либо действовать пассивно, не затрачивая собственные ресурсы больше необходимого по должностной инструкции [38].

В психологической науке отношение к здоровью понимают как систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом

своего физического и психического состояния [18]. В структуру отношения к здоровью входят такие компоненты, как когнитивный, эмоциональный, поведенческий и ценностно-мотивационный [9].

М. М. Абдуллаева, О. С. Киеня в своём исследовании [2] выявили два блока типичных черт медработников паллиативной сферы и разделили их на две группы по критерию отношения к трудовой деятельности: первая – «активные, деятельные», вторая группа – «пассивные, исполнительные». По аналогии с результатами исследования авторов мы в своей работе также выделяем две группы: первая – медработники, демонстрирующие активное отношение к здоровью пациентов и вторая – это медработники с пассивным отношением к здоровью своих пациентов. При этом понятие активности вслед за А. И. Крупновым мы определяем как «особое состояние, предрасположенное к тому или иному взаимодействию, или относительно устойчивое свойство, проявляющееся в уровне интенсивности реализации поведения, деятельности и их результате, устойчивости и объёме взаимодействия, исходящего из внутренней его инициативы» [27].

Основываясь на модели отношения к здоровью Р. А. Березовской [9], в качестве основных характеристик активного отношения медработников к здоровью пациентов мы выделяем следующие: признание значимости собственных действий для сохранения и преумножения здоровья пациентов; эмоциональная включенность в ситуациях, когда пациентам необходимы внимание и забота; умение сопереживать; проявление инициативы для совершения действий, направленных на осуществление досуга пациентов; осознание ценности выполнения своих профессиональных обязанностей для возможности динамики состояния здоровья пациентов.

При оценке пассивного отношения медицинских работников к здоровью пациентов в своей работе мы будем опираться на следующие критерии: представление медработников о том, что здоровье пациентов зависит исключительно от их собственного потенциала; подавление своих эмоциональных реакций до такой степени, при которой они перестают

осознаваться; отсутствие эмоционального отклика на призыв пациентов; отсутствие инициативы для совершения действий, направленных на осуществление досуга пациентов; наличие мотивов для выполнения профессиональных обязанностей, не связанных с тематикой значимости заботы о здоровье пациентов.

Анализируя специфику паллиативной медицины, на первый план выходят различные стрессовые факторы, с которыми приходится сталкиваться специалистам. В качестве основных ситуаций, которые могут расцениваться медработниками как стрессовые, выступают интенсивный темп трудовой деятельности, ежедневное столкновение с эстетически неприятными ситуациями, смертью пациентов, высокий уровень неопределенности, ответственность за жизни пациентов. Поскольку те способы, которые используют медицинские работники для того, чтобы справляться с этими ситуациями, определенным образом определяют и их особенности отношения к здоровью пациентов, мы рассмотрим что представляют собой эти способы. Поведение, направленное на регуляцию собственного состояния в различных стрессовых ситуациях, также известно как копинг поведение, или совладающее поведение. Под совладающим поведением мы понимаем индивидуальный способ взаимодействия человека с трудной жизненной ситуацией, в которой требования превышают ресурсы личности. Копинг представляет собой совокупность осознанных когнитивных, поведенческих и эмоциональных усилий, направленных на изменение, разрешение критической ситуации, которые либо позволяют привыкнуть к ней, терпеть её воздействие, либо уклониться от требований, которые она предъявляет [24]. В качестве структурного компонента совладающего поведения выделяются копинг стратегии, которые Н. Е. Водопьянова, определяет как «психологическое преодоление или совладание, включающее в себя комплекс способов преодоления дезадаптации и стрессовых состояний, многообразные формы активности человека, охватывающие все виды взаимодействия субъекта с задачами внешнего или

внутреннего характера, с трудностями, которые необходимо разрешить, избежать, взять под контроль или смягчить» [15].

Теоретическое обоснование гипотез.

М. М. Абдуллаева, О. С. Киеня в своём исследовании [2] выявили, что активное отношение к трудовой деятельности медработников паллиативной сферы коррелирует с такими личностными особенностями, как ответственность, самостоятельность, решительность, высокий уровень притязаний, общительность. Анализируя особенности совладающего поведения медперсонала хосписа, в исследовании И. Л. Фельдман [49] было обнаружено, что сотрудникам, которым присущи такие качества, как высокий уровень общительности, открытость, свойственно для совладания со стрессовыми ситуациями использовать стратегии сотрудничества и поиска социальной поддержки (эмоциональной и действенной). В соответствии с этим наше первое предположение касается связи активного отношения медицинских работников к здоровью своих пациентов с репертуаром адаптивных реакций копинга на поведенческом уровне.

В качестве личностных особенностей у группы медработников с пассивным отношением к трудовой деятельности М. М. Абдуллаева и О. С. Киеня выделили такие, как инертность, замкнутость, низкий уровень притязаний, зависимость, закрытость [2]. В ходе исследования А. А. Икорского [21] было установлено, что менее общительные и закрытые медработники с низким уровнем энергопотенциала склонны в стрессовых ситуациях применять такие стратегии совладания, как отрицание, смирение, отказ от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы на когнитивном уровне, и подавление эмоций, агрессивность на эмоциональном уровне. Таким образом, на основе этих результатов мы выдвигаем предположения о связи пассивного отношения медработников к здоровью пациентов и неадаптивных реакций на когнитивном и эмоциональном уровнях.

Итак, основные положения нашей работы представлены следующим образом.

Цель: выявить взаимосвязь характеристик отношения медицинских работников к здоровью пациентов и совладающего поведения в их профессиональной деятельности.

Объект: младшие медицинские работники паллиативного учреждения.

Предмет: взаимосвязь между характеристиками отношения медработников к здоровью пациентов и совладающего поведения.

Гипотезы:

- Медработники с активным отношением к здоровью пациентов будут демонстрировать адаптивный поведенческий копинг;
- Медработники с пассивным отношением к здоровью пациентов будут демонстрировать неадаптивный эмоциональный и когнитивный копинг.

Методы и способы сбора данных:

- полуструктурированное интервью;
- модифицированная версия методики «Незаконченные предложения»;
- включённое наблюдение;
- методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма [52];
- кейсы для диагностики совладающего поведения;
- ассоциативный критерий хи квадрат.

Задачи исследования:

- Проанализировать и обобщить существующие точки зрения на понятие «отношение к здоровью».
- Проанализировать и обобщить существующие в научной психологии точки зрения на понятие «совладающего поведения».
- Выявить специфику профессиональной деятельности младших медицинских работников паллиативного учреждения.
- Выявить и сравнить содержательные характеристики совладающего поведения у младших медработников с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов.

Теоретическая значимость работы.

Теоретическая значимость работы заключается в том, что в работе впервые произведён анализ отношения медицинских работников паллиативного учреждения к здоровью своих пациентов с точки зрения активности. Выделены конкретные критерии для оценки характеристик активности и пассивности младших медработников паллиативного учреждения по отношению к здоровью пациентов, за которыми осуществляется уход.

Практическая значимость исследования.

Полученные результаты исследования могут быть использованы для дальнейших научных разработок по тематике психологии здоровья, а также служить материалом, для подбора персонала в паллиативные учреждения и создания программ психологической поддержки сотрудников паллиативных учреждений, направленных на снижение риска развития профессиональных деформаций, а также минимизацию наступления неблагоприятных функциональных состояний работников.

1 Теоретический анализ понятия «отношение к здоровью»

1.1 Психологические составляющие «отношения к здоровью»

В общей проблематике психологии здоровья уделяется особое внимание изучению такого понятия как «отношение к здоровью». Сам термин можно встретить в различных сферах знания, например таких, как социология, философия, педагогика и в некоторых других, что свидетельствует о том, что в настоящее время это понятие является весьма многозначным. В психологической науке отношение к здоровью определяют как «систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния» [37].

Понятие «отношение к здоровью» можно рассматривать в тесной связи с концепцией «психологии отношения». Изначально её разработкой занимались А. Ф. Лазурский, С. П. Франк, а чуть позже данная концепция была оформлена в работах В. Н. Мясищева. Автор определяет психологические отношения человека в развитом виде как целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности [10]. Иными словами в концепции Мясищева отношения выступают неким механизмом, благодаря которому человек оказывается способным регулировать свою деятельность и поведение. Таким образом, отношение к здоровью можно рассматривать как одну из важнейших составляющих, от характеристик которой зависит благополучие человека в различных областях его жизни.

В работе Д. Н. Лоранского, С. В. Бастыргина, Л. В. Водогреевой и др. феномен «отношение к здоровью» впервые был представлен как предмет научного исследования в 1980 г. Авторы пришли к выводу о том, что степень

интенсивности, с которой человек заботится о своём здоровье, определяется не столько его объективным состоянием, сколько отношением [9].

В связи с тем, что понятие «отношение к здоровью» в психологической науке является ещё относительно новым, в научной литературе наряду с этим термином можно наблюдать другие конструкты, например такие, как «внутренняя картина здоровья», «установка», «убеждение» [37]. Наиболее часто в литературе можно увидеть смешение понятий «отношение к здоровью» и «внутренняя картина здоровья». Последнее по аналогии с «внутренней картиной болезни» ввёл в научный оборот А. Б. Орлов [40]. При этом некоторые авторы определяют внутреннюю картину здоровья через конструкт отношения к здоровью. Так, например В. А. Ананьев определяет внутреннюю картину здоровья как «особое отношение личности к своему здоровью, которое выражается в осознании его ценности и активнопозитивном стремлении к его совершенствованию» [4]. Помимо этого в психологической науке ряд авторов разделяет точку зрения относительно синонимичности данных понятий. Н. Г. Никифоров в своей работе [38] провёл сравнительный анализ структурных компонентов понятий «психологического отношения к здоровью» и «внутренняя картина здоровья». По результатам проведённой работы автор рассматривает эти понятия как синонимичные, но в тоже время в теоретическом плане определяет категорию «психологическое отношение к здоровью» как интегрирующую все психологические категории, в рамках которой может анализироваться понятие «внутренняя картина здоровья». К таким категориям автор относит: знания о здоровье, осознание и понимание роли здоровья в процессе жизнедеятельности человека, его влияния на социальные функции, эмоциональные и поведенческие реакции. Вслед за Н. Г. Никифоровым мы также придерживаемся мнения о том, что следует разграничивать данные понятия в теоретическом плане, поскольку, как нам представляется, данные категории являются неравнозначными по своему

содержанию, и «отношение к здоровью» в данном случае представляется более широким по сравнению с «внутренней картиной здоровья».

В своём исследовании, В. М. Кабаева предлагает использование термина «осознанное отношение» к здоровью. По мнению автора, отношение к здоровью является системой индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определённой оценкой индивидом своего физического и психического состояния. В. М. Кабаева пишет о том, что субъект, владеющий здоровьем – это сам гражданин, и здоровье принадлежит ему на правах личной собственности. Он может по своему личному и свободному выбору улучшать или, наоборот, ухудшать своё здоровье, при этом он имеет возможность реализовывать самостоятельно и ответственно свой потенциал, свои возможности развития. Ограничения вводятся лишь в случаях, когда ущемляются интересы других граждан, а также когда речь идёт об ограниченно дееспособных гражданах, в частности, детях [22].

В своей работе И. В. Журавлёва приводит классификацию понятия «отношение к здоровью», выделяя несколько оснований [18]:

по субъектам:

- отношение общества к здоровью
- отношение группы к здоровью
- отношение индивида к здоровью

по степени активности:

- активное отношение к здоровью
- пассивное отношение к здоровью

по формам проявления:

- позитивное
- нейтральное
- негативное

по степени адекватности принципам здорового образа жизни:

- самосохранительное (адекватное)
- саморазрушительное (неадекватное)

Рассматривая формирование отношения к здоровью, Н. Г. Никифоров представляет его как весьма сложный и динамичный процесс, который детерминирован двумя группами факторов. Первая группа включает в себя внутренние факторы. К ним автор относит демографические, а именно пол (гендерные особенности), возраст, национальность, индивидуально-психологические и личностные особенности человека, состояние здоровья. Вторую группу составляют внешние факторы, среди которых автор выделяет характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек.

Анализируя результаты экспериментальных исследований, Н. Г. Никифоров отмечает парадоксальный характер отношения к здоровью современного человека, заключающийся в том, что, с одной стороны у человека существует потребность в хорошем здоровье, однако с другой – во многих случаях можно отметить отсутствие целенаправленных усилий для его сохранения и преумножения. Таким образом, автор выделяет факторы, препятствующие сохранению и укреплению здоровья:

- актуализация потребности в здоровье чаще всего наступает в случае его потери или по мере утраты;
- оправдание нездорового поведения (действие механизмов психологической защиты);
- установка на пассивное отношение к здоровью;
- влияние прошлого опыта человека (наличие убеждений, в связи с которыми поступающая из различных источников информация о здоровом образе жизни подвергается критике и не воспринимается);

- эффект теории реактивности, проявляющийся в обратной реакции на строгий запрет, в результате которой человек совершает запретные действия;
- особенности социального микро- и макроокружения (одобрение асоциальных действий со стороны референтной группы);
- действие эффекта задержанной обратной связи (результат от затраченных усилий очевиден не сразу, в то время как нездоровое поведение часто приносит мгновенное удовольствие, а долговременные негативные последствия таких поступков кажутся далёкими и маловероятными);
- отсутствие государственной политики в области здоровья.

Анализ литературных источников на предмет структуры конструкта «отношение к здоровью» позволил выделить модель, которую мы приняли за основу для проведения нашего исследования. Вслед за Р. А. Березовской [9] структуру «отношения к здоровью» мы определяем через изучение содержания следующих компонентов:

- когнитивный компонент (характеризует знания человека о здоровье, критериях его оценки, основных факторах риска и анти-риска);
- эмоциональный компонент (отражает эмоции, чувства и переживания человека, связанные с состоянием здоровья или его изменением);
- поведенческий компонент (характеризует особенности поведения человека в сфере здоровья);
- ценностно-мотивационный (играет роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью; благодаря сформированности мотивации усвоенное содержание понятий «здоровья» и «здорового образа жизни» реализуется в поведении).

1.2 Факторы, определяющие формирование отношения к здоровью

В научной литературе существует две точки зрения на понимание природы отношения человека к здоровью. Согласно первой из них,

отношение к здоровью представляет собой некоторое свойство или качество личности, определённую статичную характеристику. Так, например, Л. В. Куликов в своей работе [30] пишет о том, что отношение к здоровью можно рассматривать как предрасположенность к сохранению или растрочиванию здоровья. Автор отмечает, что в отношении к здоровью у многих людей скрыты серьёзные противоречия – с одной стороны, ценность здоровья достаточно велика и в обыденном сознании, однако в установке на сохранение здоровья выраженность действенного, поведенческого компонента не соответствует ни объему знаний о здоровье, ни силе эмоциональных реакций на его ослабление. Также автор отмечает, что эта особенность является свойственной не только здоровым людям, но и тем, кто уже имеет достаточно выраженные расстройства здоровья

Согласно второй, более распространённой точке зрения, отношение к здоровью рассматривается как весьма сложный социально-психологический процесс, формирование и развитие которого осуществляется на основе взаимодействия значительного числа факторов.

Анализируя возможные детерминанты, определяющие процесс формирования отношения к здоровью, Е. А. Меньш выделяет две группы факторов.

К первой автор относит внутренние факторы, к которым причисляет демографические (в том числе пол, возраст, национальность), индивидуально-психологические и личностные особенности человека, состояние его здоровья. Вторую группу составляют внешние факторы, к которым автор относит характеристики окружающей среды, в том числе особенности социальной микро- и макросреды, а также профессиональной среды, в которой находится человек [34]. В своей концепции Е. А. Меньш выделяет как наиболее значимый фактор формирования отношения к здоровью – возрастной фактор, что связано с рассмотрением отношения к здоровью в контексте развития личности.

При анализе внешних факторов, которые в наибольшей степени влияют на формирование отношения к здоровью, Е. А. Меньш называет особенности окружающей среды, в которой развивается личность, и прежде всего, автор отмечает значение влияния социальных институтов. Основополагающим, по мнению автора, институтом является семья, которая представляет собой непосредственную среду жизни человека, определяющую процесс формирования отношения к здоровью. При этом именно семья играет важнейшую роль в овладении человеком здоровьесберегающими нормами поведения, и позволяет формировать отношение к здоровью, начиная с закладывания первичных навыков сохранения и поддержания здоровья [34].

Помимо этого некоторые исследователи [34; 42; 44] считают, что наряду с семьёй, одним из важнейших факторов в формировании отношения к здоровью играет общество сверстников. Значимость данного фактора определяется тем, что общество сверстников представляет собой особый канал информации, общение со значимым окружением ровесников способствует формированию навыков социального взаимодействия и является специфическим видом эмоционального контакта. Те представления о здоровье, которые имеют место быть в обществе сверстников, во многих случаях оказывают существенное влияние на формирование отношения личности к здоровью.

Ещё одним институтом, определяющим процесс формирования отношения к здоровью, является образование. В рамках этой системы, параллельно с получением знаний, профессиональных умений и навыков, постепенно у человека происходит процесс формирования и развития мировоззрения, отношения к себе и к жизни в целом и к собственному здоровью [43; 46].

Взгляды о том, что характеристики отношения к здоровью личности являются процессуальными, а не статичными свойствами личности, прослеживаются и у Т. В. Некрасовой. Автор пишет о том, что психологическое отношение к здоровью не остается неизменным в ходе

развития личности, а находится в непрерывном процессе изменений, происходящих на основе нового жизненного опыта. Автор представляет отношение к здоровью как некий внутренний механизм саморегуляции поведения и деятельности человека, но при этом регулятивная функция отношения к здоровью начинает функционировать только на определённом этапе онтогенеза. В тот период, когда накапливается необходимый личностный и профессиональный опыт, эта функция совершенствуется [37].

Итак, в ходе анализа научной литературы, касающейся изучаемого нами понятия «отношение к здоровью», мы отметили, что в настоящее время существует некоторая терминологическая путаница в понятиях. Проанализировав содержательные характеристики отношения к здоровью, мы представляем данное понятие как категорию, включающую в себя те феномены, которые некоторыми авторами представляются синонимичными для данного понятия, например «внутренняя картина здоровья». Помимо этого были рассмотрены точки зрения на понимание природы «отношения к здоровью». В нашем исследовании мы опираемся на представления об отношении к здоровью, предполагающие рассмотрение данного понятия, как социально-психологический процесс, в ходе которого непрерывно происходит формирование и развитие отношения к здоровью по мере развития личности.

2 Психологические основания основы совладающего поведения

2.1 Модели совладающего поведения

Понятие совладающего или копинг поведения происходит от английского «to cope» и переводится как «совладать», «справляться» [24]. Первое упоминание данного термина в научной литературе встречается в работах зарубежных исследователей. В своём исследовании способов преодоления детьми требований, которые выдвигаются возрастными кризисами, Л. Мерфи впервые употребила термин «coping». При этом к способам копинга автор относила активные, преимущественно сознательные усилия личности, которые направлены на овладение трудной проблемой или ситуацией. В целом понятие совладающего поведения Л. Мерфи определяла, как приспособляемость организма, как некую попытку создать новую ситуацию, будь она угрожающей, опасной, ставящей в неловкое положение, или радостной и благоприятной [13].

Среди других зарубежных исследователей, занимавшихся изучением совладающего поведения, можно отметить Р. Лазаруса и С. Фолкман. Копинг поведение Р. Лазарус понимал как сумму когнитивных и поведенческих усилий, затрачиваемых индивидом для ослабления влияния стресса [57]. При этом автор подчёркивает, что успешность адаптации личности к стрессовой ситуации определяется уровнем развития её копинг-поведения, которое регулируется через применение собственных поведенческих стратегий (копинг - стратегий) на основе имеющегося личностного опыта и средовых условий (копинг - ресурсов). Копинг - стратегии рассматриваются как актуальные ответы личности на воспринимаемую угрозу, как способ управления стрессором. Их развитию способствуют копинг - ресурсы, которые являются относительно стабильными личностными и социальными характеристиками людей и обеспечивающие психологический фон для преодоления стресса [63].

Также в психологической литературе зарубежных авторов можно найти описание основных функций совладающего поведения [65]:

- минимизация негативных воздействий обстоятельств и повышение возможностей восстановления активности, деятельности;
- терпение, приспособление или регулирование, преобразование жизненных ситуаций;
- поддержание позитивного, положительного образа Я, уверенности в своих силах;
- поддержание эмоционального равновесия;
- установление и сохранение достаточно тесных взаимосвязей с другими людьми.

В рамках изучения совладающего поведения можно выделить ресурсный подход, который предполагает процесс «распределения ресурсов», позволяющий эффективно адаптироваться и сохранять своё здоровье в самых разных жизненных ситуациях. Теории в рамках ресурсного подхода предполагают, что существуют «ключевые ресурсы», которые организуют и контролируют распределение остальных ресурсов.

В контексте данного подхода С. Хобфолл предложил свою теорию сохранения или «консервации» ресурсов (COR-теории) [62]. Классифицируя ресурсы, автор выделил четыре вида:

- объективные (материальные ценности);
- социальные (социальный статус индивида);
- личностные (персональные характеристики, к которым относятся, локус контроль, оптимизм, жизнестойкость и т.д., играют главную роль в процессе совладания со стрессом);
- энергетические (знания, время, деньги и правильные инвестиции, которые способствуют приобретению новых ресурсов).

В рамках концепции С. Хобфолла ресурсы представляют собой ценности, которые индивид стремится приобретать, накапливать, сохранять,

приумножать. При этом основным параметром возникновения стресса является страх потери имеющихся ресурсов. То есть жизненные обстоятельства становятся источником стресса, только в случае, если несут за собой реальную угрозу потери ресурсных запасов. Процессы потери ресурсов являются более значимыми, чем процессы приобретения и имеют более серьёзные последствия, которые в дальнейшем с трудом поддаются компенсации [61].

Как считают Т. А. Уиллс и С. Шифман, в процессе совладания с жизненными трудностями можно выделить три стадии. Первая стадия авторы называют предупреждающей, деятельность на этом стадии совладания с негативными событиями помогает человеку подготовиться к преодолению надвигающихся трудностей (например, когнитивное усилие для иной интерпретации ситуации). Вторая стадия представляет собой непосредственно совладание с проблемой, и здесь осуществляются когнитивные и поведенческие усилия для решения конкретных задач. И, наконец, на третьей восстанавливающей стадии человек имеет дело с последствиями критических событий, поэтому целью данного этапа является минимизация ущерба, достижение прежнего нормального состояния [35].

К числу первых отечественных исследователей проблемы жизнедеятельности человека в условиях стресса можно отнести К. К. Платонова, Н. А. Сироту, В. М. Ялтонского, Б. М. Теплова, Л. И. Анцыферову, Л. И. Уманского, В. С. Мерлина и др. [29].

Анализ динамики разворачивания копинг поведения в своих работах провела Л. И. Анцыферова, выделяя его многоуровневость и подчёркивая процессуальность. Автор пишет о том, что первоначально реакция человека на неожиданное, травмирующее событие происходит на сенсорном уровне, и проявляется через состояние оцепенения. Это состояние быстро сменяется следующим процессом, который автор обозначила, как «когнитивное оценивание», характеризующееся активностью личности. В рамках данного процесса происходит распознание особенностей ситуации, определение её

негативных и позитивных сторон, осознание смысла и значения происходящего. От развития способностей человека рассматривать и анализировать с разных позиций трудные ситуации зависит эффективность выбираемых им стратегий совладания с травмирующим событием. В качестве основного результата «когнитивного оценивания» автор определяет заключение человека о подконтрольности представленной ситуации. В случае, если субъект расценивает ситуации подконтрольной, то он способен включать конструктивные стратегии совладания [5; 6].

При этом Л. И. Анцыферова отмечает, что совладание является процессом, в котором субъект на разных этапах использует различные стратегии, иногда даже совмещая их. Поэтому не представляется возможным выделить такие стратегии, которые могут быть эффективны во всех трудных ситуациях [6].

Одним из важнейших критериев для выбора копинг поведения при той или иной стрессовой ситуации Т. Л. Крюкова отмечает особенности её восприятия человеком [28]. По мнению автора, эффективность совладающего поведения зависит от таких составляющих, как личный опыт человека, его индивидуальные личностные особенности, особенности социального окружения, социальных установок и др.

А. В. Либним в своей концепции создал структурно-функциональную модель поведения человека в трудных жизненных ситуациях. Рассматривая структуру совладающего поведения, автор выделяет эмоциональный компонент или иначе эмоциональную компетентность и подчеркивает важность позитивной роли эмоций в преодолении трудностей [31].

Изучая феномен совладающего поведения Н. Е. Водопьянова определяет его, как «психологическое преодоление или совладание, включающее в себя комплекс способов преодоления дезадаптации и стрессовых состояний, многообразные формы активности человека, охватывающие все виды взаимодействия субъекта с задачами внешнего или

внутреннего характера, с трудностями, которые необходимо разрешить, избежать, взять под контроль или смягчить» [15].

Рассматривая особенности влияния различного вида стресса В. А. Абабков определяет, что стресс, который связан с хроническими воздействиями негативных факторов, действует на человека серьёзнее, чем те стрессоры, которые могут быть определены как сильные, но кратковременные. Согласно автору длительные эмоциональные и физические нагрузки и связанное с ними переутомление могут стать причиной развития профессионального выгорания [1].

Анализируя имеющиеся теоретические концепции феномена копинг поведения можно выделить три подхода к рассмотрению данного понятия. Первый трактует понятие копинга как одного из способов психологической защиты, используемой для ослабления психоэмоционального напряжения. При этом копинг рассматривается как процесс, направленный на продуктивную адаптацию личности в трудных ситуациях. Функционирование копинг-процессов предполагает включение когнитивных, моральных, социальных и мотивационных структур личности в процесс совладания с проблемой. В случае неспособности личности к адекватному преодолению проблемы включаются бессознательные защитные механизмы, способствующие пассивной адаптации [46]. Второй подход определяет копинг в терминах черт личности как относительно постоянную предрасположенность отвечать на стрессовые события определенным образом. В этом подходе выделяется три способа совладания со стрессовыми ситуациями: копинг, нацеленный на оценку ситуации, копинг, нацеленный на проблему (вмешательство в ситуацию) и копинг, нацеленный на эмоции (избегание). И третий подход, который является наиболее распространенным, понимает копинг как динамический процесс, специфика которого определяется не только ситуацией, но и субъективностью ее переживания, вызванной столкновением субъекта с внешним миром, стадией развития конфликта и многими другими факторами.

Проблематике диагностики совладающего поведения посвящено множество работ, и каждый автор закладывает своё понимание копинг стратегий. В то же время можно выделить основания для их классификации. Одним из критериев систематизации копинг стратегий является направленность действий человека, которая может быть ориентирована либо на саму ситуацию, либо на себя, либо на что-то иное. Вторым критерием можно выделить степень интенсивности совладания со стрессором, которая может быть оценена как активная или пассивная. В качестве третьего основания для классификации стратегий совладания можно выделить критерий адаптивности предпочтаемых копинг стратегий. Так, например, Э. Хейм выделяет адаптивный, относительно адаптивный и неадаптивный копинг [60]. Похожая классификация представлена в работах Фрайденберга [58]. Оба этих автора при систематизации копинг стратегий опирались ещё на одно основание для их деления – вид модальности, рассматривая сферы психического, на которых может разворачиваться копинг поведение. Например, в классификации Э. Хейма можно диагностировать адаптивность совладающего поведения на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровне [52].

Таким образом, в нашей работе мы будем опираться на подход, с точки зрения которого совладающее поведение представляет собой динамический процесс. В этом процессе эффективность совладания зависит как от внешних характеристик, т.е. особенностей ситуации, так и от внутренних – субъективного восприятия ситуации, которая после определённого анализа может быть расценена человеком как стрессовая.

2.2 Факторы эффективности совладающего поведения

На данный момент в науке отсутствует однозначное решение проблемы оценки эффективности совладающего поведения. Анализ теоретических наработок различных авторов [7; 33; 54] показал, что

существуют две точки зрения. Согласно одной из них, считается, что наибольшим адаптационным потенциалом обладает тот человек, который обладает множеством стратегий совладания и умеет использовать каждую из них в соответствии с требованиями конкретной ситуации, то есть гибко использует весь имеющийся арсенал копинг стратегий. Вторая точка зрения делает акцент на наличии устойчивого совладающего репертуара человека, который отражает его прошлый опыт столкновения и преодоления трудностей, и практически не меняются от ситуации к ситуации [7].

Среди основных факторов эффективности совладающего поведения М. Р. Хачатурова называет такие, как снижение чувства уязвимости к трудностям, повышение адаптивных возможностей человека, адекватное и гибкое реагирование на изменяющиеся условия и т.д. [51]. Ряд исследователей считает, что совладающее поведение не обязательно во всех случаях должно быть активным и конструктивным, поскольку иногда оно может приобретать пассивные формы ухода от ситуации [54; 56].

Однако следует признать, что основной характеристикой и задачей совладающего поведения является его полезность. Подходя к рассматриваемой проблеме с этой стороны, многими авторами стратегия избегания проблем рассматривается как неэффективная [54; 58; 60]. В то же время, можно отметить, что желание избежать разрешения возникших проблем в некоторых случаях может иметь характер адаптивной реакции. Например, это касается конфликтных ситуаций, при которых активное поведение в возникших обстоятельствах может являться фактором, усугубляющим ситуацию, и приводящем к ещё большим негативным последствиям. В связи с этим, по мнению авторов, стратегия избегания также может быть расценена как адаптивная [54; 58; 60].

Однако другой точки зрения по этому вопросу придерживается К. Накано, который считает, что в случае длительных конфликтов стратегия избегания будет являться непродуктивной. Автор поясняет свою позицию тем, что применение неадаптивных вариантов копинг-стратегий приводит к

избеганию проблем, таким образом, они направлены не на разрешение текущей проблемы, а лишь на уменьшение эмоционального напряжения человека. Более того, как отмечает автор, очень часто не сами проблемные ситуации являются теми факторами, которые оказывают негативное влияние на психологическое и физическое здоровье человека, а как раз таки применение неадаптивных, неэффективных стратегий совладания [67].

Помимо этого существуют исследования, которые подтверждают эффективность использования когнитивных, поведенческих и эмоциональных копинг-стратегий [56]. Например, в ходе исследований установлено, что использование когнитивных стратегий повышает у человека ощущение степени контроля над ситуацией и, как следствие, снижает уровень отрицательных эмоций. По мнению С. Фолкман с соавторами [57] частое использование эмоциональных стратегий связано с увеличением симптомов тревожных и депрессивных состояний. Индивиды, прибегающие в основном к адаптивным поведенческим стратегиям, которые выражаются в активном разрешении затруднительных ситуаций, по мнению автора, легче адаптируются к меняющимся условиям [58].

Как отмечают Е. И. Рассказова и Т. О. Гордеева, к наиболее адаптивным копинг стратегиям относятся такие стратегии, которые направлены на непосредственное разрешение проблемной ситуации [43]. Тем не менее, по мнению Хачатуровой [51], использование эмоциональных стратегий для совладания со стрессовыми ситуациями также может оказаться эффективной стратегией совладающего поведения. Автор подкрепляет свою точку зрения тем, что в некоторых случаях более правильным оказывается первоначальный эмоциональный ответ на возникшие условия, и именно он позволяет избавиться от накопившихся негативных эмоций, и только после этого человек прибегает к совершению конкретных действий по разрешению трудностей.

Необходимо подчеркнуть, что, хотя выделенные типы копинг-стратегий рассматриваются в основном раздельно, в реальной ситуации они

могут переходить друг в друга в зависимости от их актуальности в каждый конкретный момент времени. В самом начале совладания с трудностями, когда человек только сталкивается с проблемой, он мобилизует все свои ресурсы и стремится применять проблемно-ориентированные стратегии. Если же это не приносит ему успеха, в этом случае может повыситься уровень тревожности, фрустрации, и человек перейдет к эмоционально-ориентированным стратегиям.

Кроме этого, важно отметить, что совладающее поведение не может быть оторвано от социального контекста и условий, в котором оно происходит. Мобилизация социальных ресурсов увеличивает эффективность копинг-стратегий. В некоторых случаях человек может самостоятельно справиться с возникшими стрессовыми ситуациями, однако в других ему может потребоваться поддержка окружающих.

Таким образом, исходя из анализа литературы, мы приходим к заключению о том, что на данный момент существуют два мнения относительно факторов эффективности совладающего поведения. В нашей работе мы придерживаемся взгляда, согласно которому наиболее эффективным для совладания со стрессовыми ситуациями является обладание человеком богатого арсенала различных копинг стратегий, который он использует согласно требованиям конкретной ситуации.

Итак, в главе были рассмотрены основные теоретические подходы к пониманию понятия совладающего поведения. Из всех рассмотренных подходов к феномену копинг поведения в своей работе мы опираемся в большей степени на интегративный подход, согласно которому совладание является динамическим процессом, зависящим как от специфики ситуации, фазы столкновения со стрессовым фактором, так и от когнитивной оценки стрессора самим человеком. Помимо этого был произведен теоретический обзор литературы касающейся факторов эффективности совладающего поведения человека. Из рассмотренных точек зрения в своей работе мы будем опираться на взгляды авторов, утверждающих о том, что совладающее

поведение будет являться максимально эффективным в том случае, если человек в стрессовых ситуациях использует имеющиеся у него копинг стратегии с учётом всех особенностей конкретной ситуации, гибко выбирая какие стратегии использовать согласно имеющимся требованиям.

3 Специфика деятельности паллиативных учреждений

3.1 Анализ характеристик отношения медработников к здоровью пациентов при разной степени активности

Говоря об отношении медицинских работников паллиативного учреждения к здоровью своих пациентов, для нас представляется значимым в первую очередь раскрытие специфики их профессиональной деятельности.

Термин «паллиативный» от лат. «palliare» переводится как «прикрывать», «сглаживать» [41]. По определению ВОЗ под паллиативной помощью понимается направление медико-социальной деятельности, целью которого является улучшение качества жизни больных и их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Эта цель достигается благодаря предупреждению и облегчению страданий путём раннего выявления, тщательной оценки и купирования боли и других симптомов – физических, психологических, духовных [53]. Так или иначе предметом профессиональной деятельности медицинских работников, осуществляющих уход за больными, является здоровье их подопечных на физическом, психологическом и социальном уровнях [50].

Для проведения исследования нами был произведён анализ основных особенностей профессиональной деятельности младших медицинских работников одного из психоневрологических интернатов для детей города Красноярска, имеющих тяжёлые множественные нарушения развития. На данный момент в данном учреждении находится около 160 детей, среди них 44 ребенка, имеющие родителей, 99 детей, оставшихся без попечения родителей, из них 14 детей-сирот, 5 воспитанников - лица из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей старше 18 лет. Гендерный состав пациентов – 90 мальчиков и 71 девочек. Возрастной состав от 3 до 7 лет - 24 детей, от 8 до 18 лет - 132 ребенка, от 18 лет и старше - 5 человек.

Среди них около 18% (29 человек), проживающих в учреждении, имеют очень низкий реабилитационный потенциал, являются инкурабельными (неизлечимыми). На постоянном зондовом питании находятся 26 детей (16,1%), в связи с необратимым нарушением функции жевания и глотания, имеют выраженные проявления белково-энергетической недостаточности (значительный дефицит массы тела, высокий риск развития трофических нарушений и пролежней, инфекционных осложнений и смерти).

Как было сказано выше, в рассматриваемом нами учреждении содержатся дети с тяжёлыми множественными нарушениями, которые представляют собой не сумму различных ограничений, а сложное качественно новое явление с иной структурой, отличной от структуры каждой из составляющих. В связи с этим человек требует особого типа помощи, объём которой существенно превышает содержание и качество поддержки, оказываемой при каком-то одном нарушении: интеллектуальном или физическом [50].

В качестве наиболее распространённых нарушений можно назвать такие, как интеллектуальное и психофизическое недоразвитие в умеренной, тяжелой или глубокой степени, различные формы ДЦП, помимо этого в некоторых случаях наблюдаются локальные или системные нарушения зрения, эмоционально-волевой сферы.

Всё это предполагает определённый уход, который и осуществляют младшие медицинские работники. В число их основных обязанностей входит [32]:

- осуществление ухода и наблюдение за состоянием пациентов;
- незамедлительное обращение к лечащему врачу в случае ухудшения состояния пациентов;
- осуществление санитарно-гигиенических процедур (умывание, переодевание, кормление с учётом особенностей каждого ребёнка);
- помочь в обеспечении личной гигиены больных (стрижка ногтей, волос, уход за кожей, своевременная смена постельного белья).

В должностной инструкции младших медработников также указывается и особый тип взаимодействия со своими подопечными, характеризующийся проявлением уважения к личности каждого больного. Однако в реальной практике не всем сотрудникам удаётся придерживаться установленных правил в общении со своими пациентами. Так, например, в одном случае можно увидеть реакцию на плач ребёнка, при которой медсестра, обращаясь к ребёнку по имени, ласковым тоном разговаривает с ним, в спокойной манере совершают действия по облегчению его состояния. В другом случае реакцией на плач ребёнка со стороны медсестры являются резкие высказывания в адрес ребёнка по типу «что ты орёшь?», недовольство на лице и в голосе, обращение по фамилии пациента.

Таким образом, в рассматриваемом нами учреждении мы выделяем две категории младших медработников – группу с активным и группу с пассивным отношением к здоровью своих пациентов.

Для понимания основных особенностей активного и пассивного отношения к здоровью в теоретическом плане мы рассматриваем их с точки зрения характеристик «активности» и «пассивности», рассматриваемых в психологии.

А. И. Крупнов определяет активность человека как «особое состояние, предрасположенное к тому или иному взаимодействию, или относительно устойчивое свойство, проявляющееся в уровне интенсивности реализации поведения, деятельности и их результате, устойчивости и объёме взаимодействия, исходящего из внутренней его инициативы» [27].

Автор полагает, что сущность активности личности объясняется её внутренним движением и самоопределением, реализующимися на основе внешних обстоятельств и внутренних возможностей, которыми она обладает. А. И. Крупнов представил основные положения психологической проблематики изучения активности:

Конкретные проявления активности человека имеют свои качественные и количественные признаки, неразрывно выступающие в актах поведения и деятельности.

– Выявление закономерностей и индивидуальных особенностей в проявлениях активности человека с необходимостью предполагает познание совокупности количественно определённых элементов и способов их организации в конкретных актах поведения и деятельности.

– Конкретные проявления активности человека имеют свои основания, выявление которых даёт возможность объяснить причины реализации поведения и деятельности человека, меру его устойчивости, интенсивности, объёма и инициативности.

– Движущими силами активности человека являются не сами по себе внутренние или внешние факторы, но те противоречия, которые возникают в процессе взаимодействия внутренних и внешних факторов, в ходе реализации той или иной деятельности.

– Исследования активности человека предполагают учёт комплекса конкретных проявлений, поскольку непроявление активности в одном отношении не исключает возможности проявления активности в других отношениях. Более того, непроявление активности в одном случае может свидетельствовать об активности более высокого уровня в этом же отношении [27].

С. Д. Смирнов описывает две традиции использования термина «активность». В первой данный термин обозначает составляющую любого процесса взаимодействия или действия, детерминируемую внутренней природой объекта. Согласно второй традиции это процесс, характер которого определяется, прежде всего, внутренней детерминацией объекта, его самообусловленностью. К общим параметрам активности автор относит такие, как инициирование действия субъектом; направленность на изменение внешней действительности; отставленность во времени и пространстве акта деятельности от окончательного результата, с одной стороны, и от

инициировавших его событий – с другой, а также наличие между ними многих опосредствующих действий [47].

А. А. Волочкин также выделяет ряд существенных признаков активности.

- Активность имеет универсальный характер, обеспечивает единство мира в том числе взаимодействие материального и идеального, неживого и живого.
- Активность выступает как всеобщий способ, форма и мера взаимодействия.
- Активность на всех уровнях подразумевает хотя бы относительный акцент.
- на источнике взаимодействия, а вместе с этим диалектическое напряжение и единство противоположностей: активность – реактивность, субъект – объект и т. д.
- Активность всегда имеет направленность, она связана с направленным энергетическим воздействием.
- Активность как мера взаимодействия подразумевает соотнесение с противоположным полюсом этой меры – пассивностью.
- Активность как способ взаимодействия акцентирует движение, динамику, процессуальность бытия, а потому наиболее адекватным для её постижения является диалектический подход с его акцентами на единстве противоположностей как источнике самодвижения, саморазвития.
- Вместе с тем активность всегда оставляет результаты, имеет определенную статику, что позволяет наблюдать и диагностировать некоторые её проявления по этим следам [16, с. 71–72].

Б. А. Вяткин понимает активность как меру взаимодействия субъекта с окружающей средой, как показатель практического самоосуществления личности в реальной жизни. Он полагает, что «...активность не является абсолютной и исходной характеристикой психического, а приобретает свой

реальный смысл лишь в сопоставлении со своей противоположностью – пассивностью» [17].

Схожие идеи прослеживаются и у С. А. Васюра. Он считает, что системный анализ активности должен включать в себя рассмотрение её противоположности – пассивности. При этом пассивность автор представляет не как отсутствие, а очень низкий уровень активности. Автор предлагает определять границу между активностью и пассивностью на основании учёта внешне наблюдаемой активности [14].

Рассматривая противоположный полюс активности, пассивность, данное понятие В. А. Зобков определяет как свойство личности, интегрирующее в себе специфические проявления эмоциональных, волевых, коммуникативных, интеллектуальных компонентов, оказывающих существенное влияние на форму и содержание поведения, на продуктивность деятельности, которая характеризуется как стабильно неэффективная [20].

В. Г. Белов в своей работе [8] рассматривает особенности личности, обладающей пассивной направленностью, и пишет о таких присущих ей характеристиках, как немотивированное уклонением от какой-либо активности, склонность к пустому времяпрепровождению, отсутствие желания выполнять деятельность, требующую какого-либо волевого усилия.

Таким образом, основываясь на представленных характеристиках активности и пассивности в психологии, рассматриваемые отечественными авторами, можно выделить основные особенности активного и пассивного отношения к здоровью пациентов у младших медработников по каждому структурному компоненту.

На когнитивном уровне отношения к здоровью пациентов в качестве существенной характеристики мы выделяем признание/отрицание значимости собственных усилий медицинских работников для возможности положительной динамики состояния детей на физическом и психологическом уровнях. В соответствие с тем, какого рода когниции представлены у медработников, можно определить степень их активности по

данному компоненту. Представленность активного отношения к здоровью пациентов на когнитивном уровне может быть определена через наличие когниций такого содержания, как «я могу влиять на здоровье пациентов», «от меня в определённой степени зависит состояние детей». При пассивном характере отношения к здоровью пациентов у медработников можно наблюдать содержание когниций по типу «здоровье пациентов зависит только от их жизненного потенциала».

Для определения уровня активности отношения к здоровью пациентов по эмоциональному компоненту мы закладываем такую характеристику, как эмоциональная включенность в жизнедеятельность пациентов, умение сопереживать. Таким образом, при активном отношении к здоровью пациентов медработники будут демонстрировать по этому компоненту способность к сопереживанию различных состояний пациентов, положительный эмоциональный отклик на их призывы о внимании. При пассивном отношении к здоровью пациентов медицинские работники будут демонстрировать трудности в определении испытываемых ими эмоциональных состояний, отсутствие проявлений сопереживания состояниям пациентов.

В качестве ключевого фактора в оценке уровня активности отношения к здоровью пациентов по поведенческому компоненту мы рассматриваем проявление инициативы, проявляющейся в действиях медработников, которые предполагают осуществление досуга для пациентов. При активном типе на поведенческом уровне медработники помимо выполнения обязанностей, прописанных в должностной инструкции, могут активно включаться в жизнь детей путём проведения совместных игр, чтения книг, доброжелательного общения с пациентами. И, соответственно, пассивный тип отношения к здоровью пациентов предполагает отсутствие такого вида инициативы.

По ценностно-мотивационному компоненту для оценки степени активности отношения к здоровью пациентов мы закладываем

содержательную характеристику про то, какое место в иерархии ценностей медицинских работников занимает забота о здоровье пациентов, а также уровень мотивации на выполнение действий для сохранения и преумножения их здоровья. При активном типе отношения к здоровью пациентов по этому компоненту выполнение профессиональной деятельности для медработников представляется своеобразной миссией, ощущением собственной нужности и значимости в жизни детей. При пассивном типе - выполнение профессиональных обязанностей расценивается медицинскими работниками как некая рутина, деятельность, которую необходимо выполнять для получения материальных благ либо в связи с наличием иных мотивов, не согласующихся с тематикой значимости заботы о здоровье пациентов.

В обобщённом виде в Таблице 1 представлены основные критерии, опираясь на которые мы определяем в нашем исследовании степень активности отношения младших медицинских работников к здоровью пациентов.

Таблица 1 – Критерии определения типа отношения к здоровью пациентов

Компоненты отношения к здоровью	Тип отношения к здоровью пациентов	
	Активный	Пассивный
1. Когнитивный	Признание значимости собственных действий для сохранения и преумножения здоровья пациентов	Представление о том, что здоровье пациентов зависит исключительно от их собственного потенциала
2. Эмоциональный	Эмоциональная включённость в ситуациях, когда пациентам необходимы внимание и забота; умение сопереживать.	Подавление своих эмоциональных реакций до такой степени, при которой они перестают осознаваться. Отсутствие эмоционального отклика на призыв пациентов.
3. Поведенческий	Проявление инициативы для совершения действий, направленных на осуществление досуга для пациентов	Отсутствие инициативы для совершения действий, направленных на осуществление досуга для пациентов

Окончание Таблицы 1

Компоненты отношения к здоровью	Тип отношения к здоровью пациентов	
	Активный	Пассивный
4. Ценностно-мотивационный	Осознание значимости себя и своих действий для возможности динамики состояния здоровья пациентов	Наличие мотивов для выполнения профессиональных обязанностей, не связанных с тематикой значимости заботы о здоровье пациентов

3.2 Анализ возможных стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности младших медработников паллиативного учреждения

Обращаясь к специфике паллиативной сферы, выдвигающей перед специалистами серьёзные требования, можно выделить основные факторы, которые могут быть расценены медработниками как стрессовые. Однако сначала определим, что в научной литературе понимается под стрессом, и какие его виды выделяют исследователи.

Согласно Г. Селье стресс определяется как неспецифический ответ организма на любое изменение условий, требующее приспособления [68]. При этом автор выделяет три стадии развития стресса. На первой происходит мобилизация имеющихся адаптационных резервов организма, Г. Селье назвал её стадией тревоги (аларм стадией). Вторая стадия характеризуется резистентностью к влияющим факторам, организм оказывается в условиях, предъявляющих повышенные требования к адаптационным возможностям. В случае если стресс факторы продолжают влиять на организм, то начинается третья стадия, которую автор назвал стадией истощения. На этой стадии начинают заканчиваться собственные ресурсы и для того, чтобы справиться с ситуацией, происходит некий призыв о помощи из своего окружения.

По длительности воздействия можно выделить такие виды стрессоров, как кратковременные и факторы, вызывающие длительный стресс. При этом, как отмечают исследователи, кратковременный и длительный стресс имеют в

своей основе схожие механизмы, однако процессы протекают с разной степенью интенсивности [69]. При попадании организма в условия длительного стресса мобилизуются как поверхностные, так и его более глубокие адаптационные резервы. При этом воздействие длительного стресса может оставаться незаметным для человека и расходовать адаптационный потенциал постепенно. В данном случае адаптация возможна при условии, если организм человека, мобилизуя глубокие резервы, может «подстроиться» к уровню воздействий [66].

Согласно одной из классификаций стрессоров можно выделить две группы [11]. Первую группу составляют физические (объективные) стрессоры, к числу которых можно отнести такие, как:

- резкое изменение условий окружающей среды (сознательно вызванная стрессовая ситуация для удовлетворения адреналиновой зависимости);
- прямая угроза жизни или безопасности;
- внутренние изменения в организме (ощущения боли, нарушения целостности кожи, мышечного покрова).

Вторая группа представляет собой психические стрессоры. К ним относятся:

- потеря связей (косвенно связана с выживанием);
- утрата престижа, статуса, значимости (стресс играет роль для мгновенной реабилитации, здесь важно исправить ошибку здесь и сейчас);
- реакция на псевдоугрозы (например, панические атаки), любая фобия является инструментом для запуска стрессовой реакции;
- ощущение потери контроля;
- потеря предыдущего образа себя (сопротивление переменам), стрессовая реакция запускается для дестройки собственного образа.

Возвращаясь к тематике стрессов у младших медработников паллиативного учреждения, на основе включённого наблюдения и

результатов интервью мы выделили типичные для большинства сотрудников факторы, которые расцениваются ими как стрессовые. В Таблице 2 можно увидеть анализ действующих стрессовых ситуаций с точки зрения содержания стрессора, то есть значения данной ситуации для медработника, какие содержательные характеристики затрагиваются.

Таблица 2 – Анализ видов стрессовых ситуаций у медработников паллиативного учреждения

Стрессовое воздействие	Вид стрессора
внешнее	
1. Столкновение со смертью пациентов	Потеря предыдущего образа себя/ потеря связей
2. Конфликты с руководством по предмету обеспечения материалов, необходимых для выполнения профессиональной деятельности на должном уровне	Ощущение потери контроля
3. Конфликты с родителями пациентов о методах взаимодействия с детьми	Утрата престижа, статуса
внутреннее	
1. Ощущение ответственности за жизнь своих подопечных в условиях с высоким уровнем неопределенности	Ощущение потери контроля
2. Ощущение приближающейся смерти	Ощущение потери контроля

Таким образом, среди основных типов ситуаций в профессиональной деятельности, которые медработники определяют как стрессовые, можно увидеть представленность стрессоров различного вида по содержанию и значению для медработников. Однако можно отметить, что в рассматриваемых стрессовых воздействиях доминирует такой тип стрессора, как «ощущение потери контроля». Следует ещё раз отметить, что в паллиативной сфере наблюдается высокий уровень неопределенности, который раскрывается через понимание медработников того, что

осуществление ими действий по уходу за пациентами в некоторых случаях, возможно, не будет давать какого-либо положительного эффекта и приводить к смерти больного. В соответствие с этим вполне согласовано на передний план как доминирующий вид стрессора у медработников выходит ощущение потери контроля над ситуацией.

Теоретический обзор позволил выявить структурные компоненты отношения к здоровью, характеристики активности и пассивности, которые в совокупности с пониманием специфики профессиональной деятельности младшего медперсонала позволили сконструировать критерии для определения основных особенностей активного и пассивного отношения медработников к здоровью пациентов. Помимо этого в главе были проанализированы основные стрессовые ситуации в профессиональной деятельности младших медработников, осуществляющих уход за пациентами. По психологическому содержанию в качестве доминирующего стрессора было выявлено ощущение потери контроля над ситуацией.

4 Эмпирическое исследование характеристик отношения к здоровью пациентов и совладающего поведения медицинских работников паллиативного учреждения

4.1 Программа исследования

Цель: выявить взаимосвязь характеристик отношения медицинских работников к здоровью пациентов и совладающего поведения в их профессиональной деятельности.

Объект: младшие медицинские работники паллиативного учреждения.

Предмет: взаимосвязь между характеристиками отношения медработников к здоровью пациентов и совладающего поведения.

Гипотезы:

- Медработники с активным отношением к здоровью пациентов будут демонстрировать адаптивный поведенческий копинг;
- Медработники с пассивным отношением к здоровью пациентов будут демонстрировать неадаптивный эмоциональный и когнитивный копинг.

Исследование проводилось в три этапа:

I Этап

Определение специфики профессиональной деятельности младших медицинских работников паллиативного учреждения при помощи проведения полуструктурированного интервью с респондентами. Данные, собранные в ходе интервью, послужили основой для разработки диагностического материала III этапа исследования.

II Этап

Проведение исследования особенностей отношения медработников к здоровью пациентов при помощи модифицированной версии методики «Незаконченные предложения» (текст и описание методики см. в

Приложении А), а также включённого наблюдения. Оформление двух групп медработников с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов.

III Этап

Исследование особенностей совладающего поведения при помощи кейсов, разработанных с учётом специфики деятельности медработников паллиативной сферы (текст и описание методики см. в Приложении В), и методики диагностики копинг-механизмов Э. Хейма (текст и описание методики см. в Приложении Б) у обеих групп, сформировавшихся в рамках второго этапа исследования.

4.2 Описание выборки и условий исследования

Всего в исследовании приняли участие 60 младших медработников, подтвердивших своё согласие на участие в исследовании. Возраст респондентов составил от 25 до 62 лет, стаж работы в паллиативной сфере от 2 до 23 лет, все респонденты женского пола.

Исследование проводилось в учреждении, где непосредственно работают медицинские работники.

Первый этап исследования проводился с каждым медработником индивидуально в перерыве во время рабочей смены.

Включённое наблюдение проводилось в течение 2-х часов с каждой группой респондентов (по 5-6 медработников) в палатах, где сотрудники выполняют свою профессиональную деятельность.

Остальные методики второго и третьего этапов исследования проводились с респондентами в групповом формате в комнате отдыха для сотрудников.

4.3 Описание диагностических процедур и методик

1. Полуструктурированное интервью с младшими медицинскими работниками включает ряд вопросов, направленных на определение основных особенностей их профессиональной деятельности. Интервью

проводится в индивидуальном формате с фиксацией данных при помощи диктофона. Примеры вопросов:

- Сколько лет Вы работаете в этой сфере?
- Какие виды работ Вы выполняете в своей профессии?
- Есть ли ситуации в Вашей профессии, с которыми Вам тяжело справляться? Есть ли из них те, которые периодически повторяются?
- Что вас в большей степени огорчает в процессе выполнения профессиональных обязанностей?
- Что, наоборот, в ходе профессиональной деятельности доставляет удовольствие?

2. Методика «Незаконченные предложения» является проективной аддитивной методикой, отражающей систему личностных отношений. С целью достижения поставленных нами задач исследования, данная методика была модифицирована. Материалом, который был заложен в структуру методики, послужили данные, полученные в ходе интервью о специфике профессиональной деятельности младших медработников паллиативного учреждения. Основой конструирования нашей версии методики послужила модель отношения к здоровью Р. А. Березовской [10], в которой автор выделяет структурные компоненты – когнитивный, эмоциональный, поведенческий и ценностно-мотивационный. Модифицированная версия методики состоит из 12 незаконченных предложений, которые разделяются на 4 группы, характеризующие в той или иной степени систему отношений медицинского работника к здоровью пациентов по четырём описанным компонентам.

Качественная обработка данных по методике предполагает анализ ответов респондентов с учётом выделенных нами критериев активности/пассивности в отношении медработников к здоровью пациентов. Данные критерии представлены в Таблице 3.

Таблица 3 – Критерии определения типа отношения к здоровью пациентов по модифицированной версии методики «Незаконченные предложения»

Тип отношения к здоровью пациентов	
Активный	Пассивный
Признание значимости собственных действий для сохранения и преумножения здоровья пациентов	Представление о том, что здоровье пациентов зависит исключительно от их собственного потенциала
Эмоциональная включённость в ситуациях, когда пациентам необходимы внимание и забота; умение сопереживать.	Подавление своих эмоциональных реакций до такой степени, при которой они перестают осознаваться. Отсутствие эмоционального отклика на призыв пациентов.
Проявление инициативы для совершения действий, направленных на осуществление досуга для пациентов	Отсутствие инициативы для совершения действий, направленных на осуществление досуга для пациентов
Осознание ценности выполнения своих профессиональных обязанностей для возможности динамики состояния здоровья пациентов	Наличие мотивов для выполнения профессиональных обязанностей, не связанных с тематикой значимости заботы о здоровье пациентов

Количественная обработка результатов осуществляется следующим образом. В соответствие с наличием четырёх критериев, каждый ответ респондента оценивается в 25%. В случае достижения респондентом 75%, данный результат свидетельствует о том или ином типе отношения к здоровью пациентов – активном либо пассивном. Если же по результатам методики получается одинаковый процент активности/пассивности (50/50), необходимо проведение дополнительной методики для достоверного определения типа отношения к здоровью пациентов. Описание и текст методики представлены в Приложении А.

3. Включённое наблюдение для проведения диагностики типа отношения медработников к здоровью пациентов.

Включённое наблюдение проводится в течение 2-х часов с каждой группой респондентов (по 5-6 медработников) в палатах, где сотрудники выполняют свою профессиональную деятельность, по критериям, представленным в Таблице 4.

Таблица 4 – Критерии определения типа отношения к здоровью пациентов методом включённого наблюдения

Тип отношения к здоровью пациентов	
Активный	Пассивный
1. Проведение досуга с детьми (чтение книг, совместные игры)	1. Не проводят досуг с детьми
2. Эмоциональная включённость в обращении с детьми.	2. Эмоциональная отстранённость в обращении с детьми.
3. Обращение к ребёнку по имени, уважительное отношение	3. Обращение к ребёнку по фамилии, неуважительное отношение
4. Аккуратный уход за пациентами (переодевание, кормление)	4. Небрежный уход за пациентами (переодевание, кормление)
5. Реакция на плач ребёнка: совершение действий для того, чтобы успокоить ребёнка	5. Реакция на плач ребёнка: игнорирование

По каждому респонденту заполняется бланк (Приложение Д), в котором отмечаются особенности отношения к здоровью пациентов по всем критериям. В соответствии с тем, какие характеристики в большей степени превалируют, определяется активность или пассивность в отношении к здоровью пациентов. Данные этой методики могут служить дополнительным основанием для определения типа отношения к здоровью пациентов в случае, если это оказалось затруднительным при помощи выполнения модифицированной версии методики «Незаконченные предложения».

4. Метод кейсов представляет собой методически организованный процесс анализа конкретных ситуаций из практики профессиональной деятельности. В основу диагностического материала легли наиболее типичные для всех медицинских работников паллиативной сферы ситуации, которые расцениваются ими как стрессовые. Для диагностики совладающего поведения был выбран именно этот метод, поскольку, на наш взгляд, он наилучшим образом позволяет оценить характерные для медработников особенности проживания стресса в профессиональной деятельности на всех уровнях – когнитивном, эмоциональном и поведенческом.

Обработка данных осуществляется на основе контент анализа. Для каждой ситуации испытуемый описывает в бланке по одной реакции на

когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровне. После этого ответы обрабатываются, смотрится степень соответствия адаптивности каждой реакции, после чего происходит распределение результатов согласно трём уровням – адаптивные реакции, относительно адаптивные реакции и неадаптивные реакции по каждому уровню копинга – когнитивному, эмоциональному и поведенческому. Таким образом, один респондент демонстрирует по одному определённому типу копинг реакции на каждом уровне копинга. Описание и текст методики представлены в Приложении Б.

5. В качестве второй методики для диагностики особенностей совладающего поведения медработников была выбрана методика диагностики копинг-механизмов Э. Хейма. Описание и текст методики представлены в Приложении В.

4.4 Анализ и интерпретация результатов эмпирического исследования

Результаты I этапа исследования.

Целью данного этапа являлось определение специфики профессиональной деятельности младших медицинских работников паллиативного учреждения.

Вопросы интервью были направлены на выявление специфики профессии и основных ситуаций в профессиональной деятельности медработников, которые они расценивают как стрессовые. Таковыми оказались ситуации, при которых сотрудникам не представляется возможным облегчить состояние ребёнка, не смотря на его плач и привлечение внимания, что происходит из-за наличия у таких детей множественных нарушений, в связи с которыми у них отсутствует речь. Второй вид ситуаций, вызывающих стресс, для младших медицинских работников связан с дискомфортом, вызванным организационными решениями руководства. Так, например, напряжение у сотрудников вызывает замена металлической посуды для детей на бьющуюся фарфоровую, что добавляет им неудобств при кормлении

детей. Помимо этого много негативных эмоциональных реакций в ходе интервью поступило от медработников относительно закупки новых стульчиков для детей, сконструированных не в соответствии с физиологическими возможностями детей, проживающих в учреждении.

Результаты проведённого интервью послужили материалом для создания диагностического инструментария III этапа исследования.

Результаты II этапа исследования отношения медработников к здоровью пациентов. Оформление двух групп медицинских работников с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов.

1. Результаты по модифицированной версии методики «Незаконченные предложения».

В соответствие с критериями обработки результатов по данной методике был выявлен тип отношения к здоровью пациентов для каждого респондента. Пример самих ответов на «Незаконченные предложения» представлен в Приложении Д, а обработанные данные представлены в Таблице 5.

Таблица 5 – Результаты диагностики типа отношения медработников к здоровью пациентов по методике «Незаконченные предложения»

Респондент	Активное отношение к здоровью пациентов	Пассивное отношение к здоровью пациентов
1	+	
2	+	
3	+	
4	+	
5	+	
6	?	?
7		+
8		+
9		+

Продолжение Таблицы 5

Респондент	Активное отношение к здоровью пациентов	Пассивное отношение к здоровью пациентов
10	+	
11		+
12	+	
13	?	?
14	+	
15	?	?
16		+
17		+
18	+	
19	+	
20		+
21	+	
22		+
23	?	?
24	+	
25	+	
26	+	
27	?	?
28		+
29		+
30	+	
31		+
32	+	
33		+
34	+	
35		+
36	+	
37		+
38		+
39		+
40	?	?
41		+
42	+	
43	+	
44	+	
45		+
46	+	
47		+
48	+	
49	+	

Окончание Таблицы 5

Респондент	Активное отношение к здоровью пациентов	Пассивное отношение к здоровью пациентов
50	+	
51		+
52		+
53	?	?
54	+	
55		+
56		+
57	+	
58		+
59	?	?
60		+
61	+	
62	+	
63	+	
64		+
65	+	
66	+	
67		+
Итого	31	27

Исходя из представленных данных можно отметить, что оказалось затруднительным определить тип отношения к здоровью пациентов у 12 медработников, которые отмечены в таблице знаком вопроса. Среди остальных респондентов получилось примерно равное распределение – 31 человек по данным этой методики можно отнести к группе с активным отношением к здоровью пациентов, 27 человек – к группе с пассивным отношением.

Для того, чтобы получить более достоверные результаты для распределения респондентов на две группы, было проведено включённое наблюдение.

2. Результаты диагностики типа отношения медработников к здоровью пациентов при помощи включённого наблюдения.

С помощью включённого наблюдения по описанным в пункте 4.3 критериям было проведено дополнительное исследование типа отношения

медработников к здоровью пациентов. Его результаты представлены в Таблице 6.

Таблица 6 – Результаты диагностики типа отношения медработников к здоровью пациентов при помощи включённого наблюдения

Респондент	Активное отношение к здоровью пациентов	Пассивное отношение к здоровью пациентов
1	+	
2	+	
3		+
4	+	
5		+
6		+
7		+
8		+
9		+
10	+	
11		+
12	+	
13		+
14	+	
15	+	
16	+	
17		+
18	+	
19	+	
20		+
21	+	
22		+
23	+	
24		+
25	+	
26	+	
27	+	
28		+
29		+
30	+	
31		+
32		+
33	+	
34	+	
35		+

Окончание Таблицы 6

Респондент	Активное отношение к здоровью пациентов	Пассивное отношение к здоровью пациентов
36	+	
37		+
38		+
39		+
40	+	
41		+
42	+	
43		+
44	+	
45		+
46	+	
47		+
48	+	
49	+	
50	+	
51	+	
52		+
53		+
54	+	
55	+	
56		+
57	+	
58		+
59	+	
60		+
61	+	
62		+
63	+	
64		+
65	+	
66	+	
67		+
Итого	35	32

В ходе реализации включённого наблюдения удалось определить тип отношения к здоровью пациентов у тех медработников, которые показали неоднозначные результаты по методике «Незаконченные предложения».

Сопоставляя результаты, полученные в ходе выполнения двух методик, можно отметить, что у 8 респондентов получилось рассогласование

результатов – 5 респондентов (5, 24, 43, 55, 62) по методу включённого наблюдения продемонстрировали пассивный тип отношения к здоровью пациентов, а не активный как по методике «Незаконченных предложений»; 3 респондента (16, 33, 51) показали, наоборот, активное отношение к здоровью пациентов.

На основании полученных данных респонденты были распределены в две группы по 30 человек. Участники исследования, показавшие неоднозначные результаты по обеим методикам, были исключены.

Результаты III этапа исследования особенностей совладающего поведения в обеих группах.

1. Результаты исследования особенностей совладающего поведения в обеих группах по разработанным кейсам.

В рамках проведения кейсовых ситуаций в группе с активным отношением к здоровью пациентов медработники продемонстрировали следующие результаты (Таблица 7).

Таблица 7 - Результаты исследования совладающего поведения в группе медработников с активным отношением к здоровью пациентов по результатам решения кейсов

	Когнитивный копинг	Эмоциональный копинг	Поведенческий копинг
Адаптивные	21 (35%)	24 (40%)	36 (60%)
Относительно адаптивные	27 (45%)	18 (30%)	15 (25%)
Неадаптивные	12 (20%)	18 (30%)	9 (15%)
Итого	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)

В данной таблице в качестве 100% обозначено количество копинг стратегий всех участников группы при решении двух кейсов. Данные таблицы отражают сколько человек в группе с активным отношением к здоровью пациентов выбирают ту или иную степень адаптивности реакций по каждому уровню копинга. Анализируя данные, можно отметить, что наибольшее количество адаптивных ответов у респондентов получилось по

поведенческому копингу. На данном уровне копинга у медработников доминирующими оказались такие стратегии, как «сотрудничество с более опытными людьми», «поиск поддержки в ближайшем социальном окружении».

Когнитивный уровень у медработников с активным отношением к здоровью пациентов представлен преимущественно относительно адаптивными и адаптивными реакциями, выражющимися в виде «придачи смысла», «религиозности», «проблемного анализа», «сохранения самообладания».

На эмоциональном уровне копинга у медработников в целом реакции равномерно распределены между всеми тремя уровнями адаптивности, однако по количеству доминируют адаптивные реакции, такие, как "эмоциональная разрядка", и "протест".

Результаты респондентов группы с пассивным отношением к здоровью пациентов по данной методике представлены в Таблице 8.

Таблица 8 – Результаты исследования совладающего поведения в группе медработников с пассивным отношением к здоровью пациентов по результатам решения кейсов

	Когнитивная сфера	Эмоциональная сфера	Поведенческая сфера
Адаптивные	15 (25%)	18 (30%)	24 (40%)
Относительно адаптивные	15 (25%)	9 (15%)	18 (30%)
Неадаптивные	30 (50%)	33 (55%)	18 (30%)
Итого	60 (100%)	60 (100%)	60 (100%)

Проводя анализ данных в группе с пассивным отношением к здоровью пациентов, можно отметить, что наибольшее количество адаптивных ответов у респондентов получилось на поведенческом уровне в виде «сотрудничества» и «альtruизма».

Когнитивный копинг у респондентов данной группы представлен преимущественно неадаптивными реакциями в стрессовых ситуациях, такими, как «смирение», «игнорирование» и «диссимиляция».

На эмоциональном уровне копинга также, как и на когнитивном преобладают неадаптивные реакции. Среди основных можно назвать такие, как «подавление эмоций», «покорность», «самообвинение», «агрессивность».

Сопоставляя данные по обеим группам можно увидеть заметные различия по рассматриваемым компонентам. Сводные результаты представлены на Рисунках 1-3.



Рисунок 1 – Сводные результаты исследования совладающего поведения на когнитивном уровне в обеих группах

Сводные результаты исследования совладающего поведения на эмоциональном уровне в обеих группах

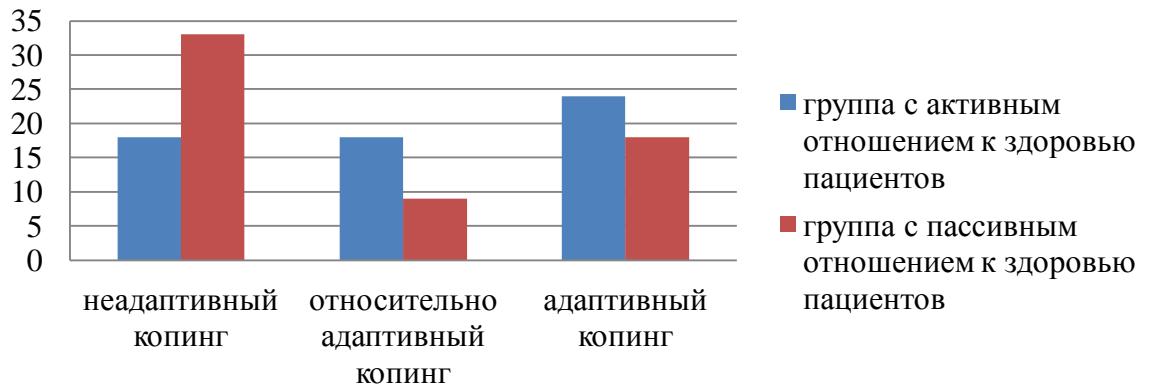


Рисунок 2 – Сводные результаты исследования совладающего поведения на эмоциональном уровне в обеих группах

Сводные результаты исследования совладающего поведения на поведенческом уровне в обеих группах

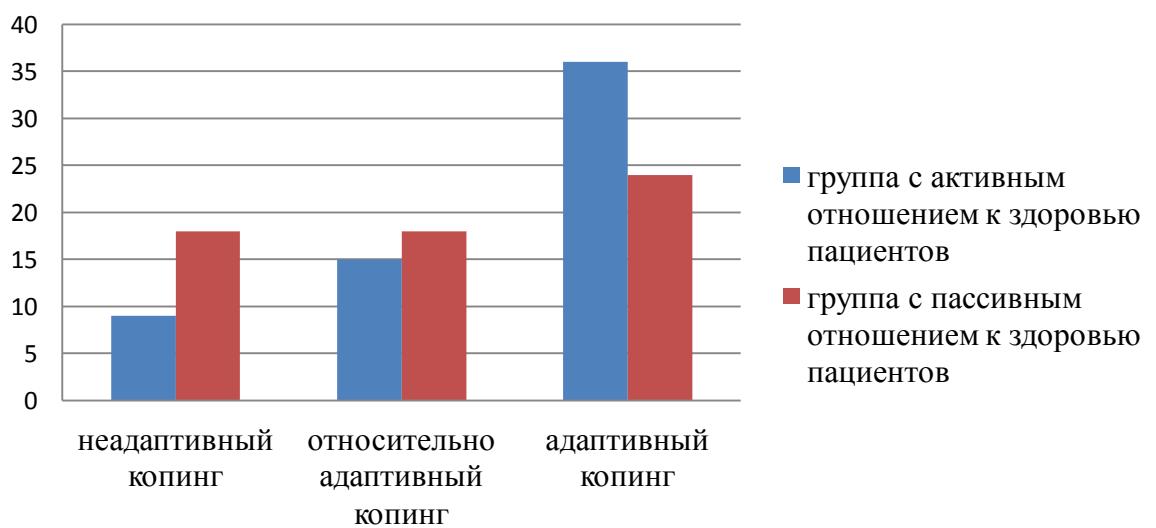


Рисунок 3 – Сводные результаты исследования совладающего поведения на поведенческом уровне в обеих группах

Сопоставляя результаты по каждому компоненту можно увидеть существенные различия по некоторым из уровней адаптивности. Так,

например, существенные различия между респондентами двух групп можно увидеть по неадаптивному копингу на всех трёх уровнях - когнитивном, эмоциональном, поведенческом.

2. Результаты респондентов обеих групп по методике диагностики копинг механизмов Э. Хейма.

Полученные данные респондентов обеих групп по методике Э. Хейма представлены на Рисунках 4-6.



Рисунок 4 – Соотношение когнитивных копинг стратегий у групп с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов

Результаты данной диаграммы свидетельствуют о том, что у респондентов группы с активным отношением к здоровью пациентов в большей степени преобладают такие когнитивные копинг стратегии, как «придача смысла» и «сохранение самообладания», относящиеся к категориям относительно адаптивных и адаптивных копинг стратегий соответственно. У респондентов из группы с пассивным отношением к здоровью пациентов

доминируют неадаптивная стратегия «игнорирование», относительно адаптивная «придача смысла» и адаптивная копинг стратегия «сохранение самообладания».



Рисунок 5 – Соотношение эмоциональных копинг стратегий у групп с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов

Среди эмоциональных копинг стратегий у группы с активным отношением к здоровью пациентов преобладают «агressивность» среди неадаптивных стратегий, «протест» и «оптимизм» среди адаптивных копинг стратегий. У группы с пассивным отношением к здоровью пациентов доминируют относительно адаптивная стратегия «пассивная коопeração» и адаптивная стратегия «протест».

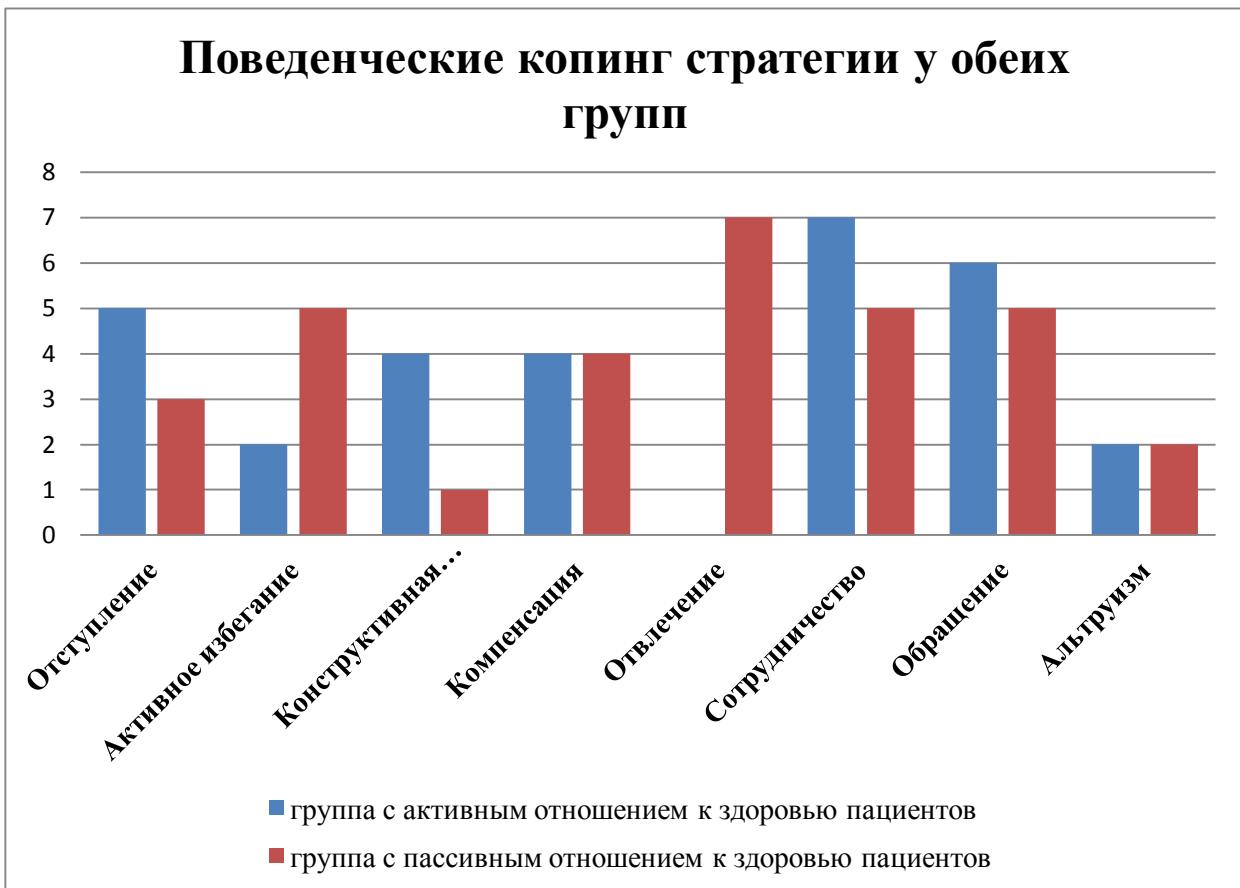


Рисунок 6 – Соотношение поведенческих копинг стратегий у групп с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов

На поведенческом уровне у респондентов из группы с активным отношением к здоровью пациентов доминируют неадаптивная стратегия «отступление», адаптивные копинг стратегии «сотрудничество» и «обращение». У группы с пассивным отношением к здоровью пациентов преобладают неадаптивная стратегия «активное избегание», адаптивные копинг стратегии «сотрудничество», «обращение», «альtruизм».

Более обобщённо данные по методике Э. Хейма респондентов с активным отношением к здоровью пациентов представлены в Таблице 9.

Таблица 9 – Результаты по методике Э. Хейма в группе медработников с активным отношением к здоровью пациентов

	Когнитивный копинг	Эмоциональный копинг	Поведенческий копинг
Адаптивные	12 (40%)	13 (43.3%)	15 (50%)
Относительно адаптивные	14 (46.7%)	7 (23.3%)	8 (26.7%)
Неадаптивные	4 (13.3%)	10 (33.3%)	7 (23.3%)
Итого	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

В качестве 100% в данной таблице обозначено количество человек в группе. Исходя из представленных данных, можно увидеть, что группа медработников с активным отношением к здоровью пациентов наиболее часто использует относительно адаптивные когнитивные копинг стратегии и адаптивные эмоциональные и поведенческие стратегии.

В Таблице 10 представлены обобщённые данные респондентов группы с пассивным отношением к здоровью пациентов.

Таблица 10 – Результаты по методике Э. Хейма в группе медработников с пассивным отношением к здоровью пациентов

	Когнитивный копинг	Эмоциональный копинг	Поведенческий копинг
Адаптивные	5 (16.7%)	8 (26.7%)	12 (40%)
Относительно адаптивные	11 (36.7%)	12 (40%)	10 (33.3%)
Неадаптивные	14 (46.7%)	10 (33.3%)	8 (26.7%)
Итого	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)

По результатам методики Э. Хейма респонденты с пассивным отношением к здоровью пациентов наиболее часто пользуются неадаптивными вариантами когнитивных копинг стратегий, относительно адаптивными эмоциональными копинг стратегиями и адаптивными поведенческими копинг стратегиями.

Сопоставляя результаты диагностики метода кейсов и методики Э. Хейма респондентов группы с активным отношением к здоровью пациентов, можно отметить, что на когнитивном, эмоциональном и

поведенческом уровне копинга результаты повторяют друг друга, отличий не было обнаружено.

Сопоставляя результаты диагностики по обеим методикам в группе медработников с пассивным отношением к здоровью пациентов, можно сказать, что в целом результаты повторяют друг друга, однако были выявлены различия полученных результатов по эмоциональному копингу.

При диагностике копинг стратегий по методу кейсов было выявлено преобладание неадаптивных эмоциональных копинг стратегий. В то же время при диагностике Э. Хейма у респондентов данной группы доминируют относительно адаптивные копинг стратегии. В соответствие с этими данными довольно затруднительно сделать вывод относительно того, какие стратегии на эмоциональном уровне доминируют у респондентов группы с пассивным отношением к здоровью пациентов. Впрочем высокий процент неадаптивных эмоциональных реакций в стрессовых ситуациях по методике Э. Хейма позволяет сделать допущение о том, что в целом респонденты данной группы склонны использовать именно такие реакции.

Итак, анализируя полученные данные, можно обнаружить различия в предпочтаемых способах совладания со стрессовыми ситуациями между группами медработников с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов. Однако для получения достоверных результатов о различиях и проверки наших гипотез, был применён ассоциативный критерий хи квадрат.

Обработка результатов диагностики совладающего поведения при помощи метода кейсов.

а) Обработка результатов по когнитивному копингу.

Значение по ассоциативному критерию χ^2 вычисляется по формуле

$$\chi^2 \text{ эмп} = \sum \frac{(H-O)^2}{O}, \quad (1)$$

где H – общее количество наблюдений, сделанных в исследовании;

O – ожидаемая частота для каждой ячейки в матрице.

Расчёт выполняется с использованием рабочей таблицы 11 и справочника [11, с. 475] для определения критического значения χ^2 теста.

Таблица 11 – Результаты расчёта ассоциативного критерия χ^2 для когнитивного копинга

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H-O)^2}{O}$
21	18	3	9	0.5
27	21	6	36	1.7
12	21	-9	81	3.9
15	18	-3	9	0.5
15	21	-6	36	1.7
30	21	9	81	3.9

$$\chi^2_{\text{эмп}} = 12.2$$

При $p = 0.01$, $df = 2$ критическое значение для $\chi^2 = 9.210$

$\chi^2_{\text{эмп}} > \chi^2_{\text{кр}}$, следовательно принимается нулевая гипотеза, различия по данной шкале между выборками случайны.

б) Обработка результатов по эмоциональному копингу.

Значение по ассоциативному критерию χ^2 вычисляется по формуле

$$\chi^2_{\text{эмп}} = \sum \frac{(H-O)^2}{O}, \quad (1)$$

где H – общее количество наблюдений, сделанных в исследовании;

O – ожидаемая частота для каждой ячейки в матрице.

Расчёт выполняется с использованием рабочей таблицы 12 и справочника [11, с. 475] для определения критического значения χ^2 теста.

Таблица 12 – Результаты расчёта ассоциативного критерия χ^2 для эмоционального копинга

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H - O)^2}{O}$
24	21	3	9	0.43
18	13.5	5.5	30.25	2.24
18	25.5	-7.5	56.25	2.2
18	21	-3	9	0.43
9	13.5	-4.5	20.25	1.5
33	25.5	7.5	56.25	2.2

$$\chi^2_{\text{эмп}} = 9$$

При $p = 0.01$, $df = 2$ критическое значение для $\chi^2 = 9.210$

$\chi^2_{\text{эмп}} < \chi^2_{\text{кр}}$, следовательно нет причин отвергнуть альтернативную гипотезу, различия между выборками статистически значимые.

в) Обработка результатов по поведенческому копингу.

Значение по ассоциативному критерию χ^2 вычисляется по формуле

$$\chi^2_{\text{эмп}} = \sum \frac{(H - O)^2}{O}, \quad (1)$$

где H – общее количество наблюдений, сделанных в исследовании;

O – ожидаемая частота для каждой ячейки в матрице.

Расчёт выполняется с использованием рабочей таблицы 13 и справочника [11, с. 475] для определения критического значения χ^2 теста.

Таблица 13 – Результаты расчёта ассоциативного критерия χ^2 для поведенческого копинга

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H - O)^2}{O}$
36	30	6	36	1.2
15	16.5	-1.5	2.25	0.14

Окончание Таблицы 13

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H-O)^2}{O}$
9	13.5	-4.5	20.25	1.5
24	30	-6	36	1.2
18	16.5	2.5	6.25	0.38
18	13.5	5.5	30.25	2.24

$$\chi^2_{\text{эмп}} = 6.66$$

При $p = 0.01$, $df = 2$ критическое значение для $\chi^2 = 9.210$

$\chi^2_{\text{эмп}} < \chi^2_{\text{кр}}$, следовательно нет причин отвергнуть альтернативную гипотезу, различия между выборками статистически значимые.

Обработка результатов диагностики совладающего поведения при помощи методики диагностики копинг механизмов Э. Хейма.

а) Обработка результатов по когнитивному копингу.

Значение по ассоциативному критерию χ^2 вычисляется по формуле

$$\chi^2_{\text{эмп}} = \sum \frac{(H-O)^2}{O}, \quad (1)$$

где H – общее количество наблюдений, сделанных в исследовании;

O – ожидаемая частота для каждой ячейки в матрице.

Расчёт выполняется с использованием рабочей таблицы 14 и справочника [11, с. 475] для определения критического значения χ^2 теста.

Таблица 14 – Результаты расчёта ассоциативного критерия χ^2 для когнитивного копинга

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H-O)^2}{O}$
12	8.5	3.5	12.25	1.4
14	12.5	1.5	2.25	0.2

Окончание Таблицы 14

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H-O)^2}{O}$
4	9	-5	25	2.8
5	8.5	-3.5	12.25	1.4
11	12.5	-1.5	2.25	0.2
14	9	5	25	2.8

$$\chi^2_{\text{эмп}} = 8.5$$

При $p = 0.01$, $df = 2$ критическое значение для $\chi^2 = 9.210$

$\chi^2_{\text{эмп}} < \chi^2_{\text{кр}}$, следовательно нет причин отвергнуть альтернативную гипотезу, различия между выборками статистически значимые.

б) Обработка результатов по эмоциональному копингу.

Значение по ассоциативному критерию χ^2 вычисляется по формуле

$$\chi^2_{\text{эмп}} = \sum \frac{(H-O)^2}{O}, \quad (1)$$

где H – общее количество наблюдений, сделанных в исследовании;

O – ожидаемая частота для каждой ячейки в матрице.

Расчёт выполняется с использованием рабочей таблицы 15 и справочника [11, с. 475] для определения критического значения χ^2 теста.

Таблица 15 – Результаты расчёта ассоциативного критерия χ^2 для эмоционального копинга

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H-O)^2}{O}$
13	10.5	2.5	6.25	0.6
7	9.5	-2.5	6.25	0.7
10	10	0	0	0
8	10.5	-2.5	6.25	0.6

Окончание Таблицы 15

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H-O)^2}{O}$
12	9.5	2.5	6.25	0.7
10	10	0	0	0

$$\chi^2_{\text{эмп}} = 2.6$$

При $p = 0.01$, $df = 2$ критическое значение для $\chi^2 = 9.210$

$\chi^2_{\text{эмп}} < \chi^2_{\text{кр}}$, следовательно нет причин отвергнуть альтернативную гипотезу, различия между выборками статистически значимые.

б) Обработка результатов по поведенческому копингу.

Значение по ассоциативному критерию χ^2 вычисляется по формуле

$$\chi^2_{\text{эмп}} = \sum \frac{(H-O)^2}{O}, \quad (1)$$

где H – общее количество наблюдений, сделанных в исследовании;

O – ожидаемая частота для каждой ячейки в матрице.

Расчёт выполняется с использованием рабочей таблицы 16 и справочника [11, с. 475] для определения критического значения χ^2 теста.

Таблица 16 – Результаты расчёта ассоциативного критерия χ^2 для поведенческого копинга

(H)	(O)	(H-O)	(H-O) ²	$\frac{(H-O)^2}{O}$
15	13.5	1.5	2.25	0.2
8	9	-1	1	0.1
7	7.5	-0.5	0.25	0.03
12	13.5	-1.5	2.25	0.2
10	9	1	1	0.1
8	7.5	0.5	0.25	0.03

$$\chi^2_{\text{эмп}} = 0.66$$

При $p = 0.01$, $df = 2$ критическое значение для $\chi^2 = 9.210$

$\chi^2_{\text{эмп}} < \chi^2_{\text{кр}}$, следовательно нет причин отвергнуть альтернативную гипотезу, различия между выборками статистически значимые.

Итак, в ходе статистической обработки данных по обеим методикам были выявлены следующие результаты.

Итоги обработки по методу кейсов свидетельствуют о наличии статистически значимой связи между активным типом отношения к здоровью пациентов и адаптивным поведенческим копингом. Согласно этим данным медработники паллиативного учреждения, проявляющие активное отношение к здоровью пациентов, в стрессовых ситуациях склонны использовать адаптивные реакции на поведенческом уровне, к которым относятся «сотрудничество» и «поиск социальной поддержки». Помимо этого была обнаружена статистически значимая связь между пассивным отношением к здоровью пациентов и неадаптивным эмоциональным копингом. Исходя из результатов, полученных в ходе решения кейсов, медработники данной группы в стрессовых ситуациях наиболее часто используют неадаптивные эмоциональные реакции в виде «подавления эмоций», «покорности», «самообвинения» и «агgressivnosti».

При проверке связи между пассивным отношением к здоровью пациентов и неадаптивным когнитивным копингом значимой связи обнаружено не было. Эти данные свидетельствуют о том, что медработники при стрессах используют различные по степени адаптивности когнитивные копинг стратегии вне зависимости от типа отношения к здоровью пациентов.

4.5 Выводы

Таким образом, результаты исследования показали наличие значимых связей между типом отношения медицинских работников паллиативного

учреждения к здоровью пациентов с предпочтами способами совладания в стрессовых ситуациях.

У медработников с активным отношением к здоровью пациентов выявлены предпочтения в использовании преимущественно адаптивных поведенческих копинг стратегий, среди которых можно назвать такие, как «сотрудничество» и «поиск поддержки в ближайшем социальном окружении». Согласно этим результатам наша первая гипотеза полностью подтвердилась.

Медицинские работники, обладающие пассивным отношением к здоровью пациентов, наиболее часто используют неадаптивные эмоциональные реакции в ситуациях стресса, проявляющиеся в виде «самообвинения», «покорности» и «подавления эмоций». По особенностям когнитивного копинга медработники данной группы продемонстрировали неоднозначные результаты, согласно которым можно говорить лишь о некой тенденции в использовании неадаптивных копинг стратегий. Наиболее распространённой из них является стратегия «игнорирования». Таким образом, можно говорить о частичном подтверждении нашей второй гипотезы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение особенностей личности медицинского работника паллиативного учреждения, его характеристик как специалиста в профессиональной деятельности на данный момент представляет собой актуальную задачу, которая стоит перед научным сообществом.

Специфика паллиативной сферы предполагает наличие определённых внутренних характеристик специалиста, работающего в данной области.

В нашем исследовании был произведён анализ отношения медицинских работников паллиативного учреждения к здоровью своих пациентов с точки зрения активности. В ходе данной работы удалось выявить две группы медицинских работников с активным и пассивным отношением к здоровью пациентов, а также определить наиболее предпочтаемые стратегии совладающего поведения в стрессовых ситуациях.

Результаты, полученные в ходе проведения нашего исследования, могут быть использованы для организации отбора кадров в паллиативные учреждения, послужить материалами для создания программ психологической поддержки сотрудников. Вместе с этим они также могут быть использованы для проведения профилактики рисков появления и развития профессиональных деформаций, а также наступления неблагоприятных функциональных состояний медицинских работников.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абабков, В. А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика / В. А. Абабков, Л. И. Вассерман, Е. А. Трифонова. – Санкт-Петербург : Речь, 2012. – 192 с.
2. Абдуллаева, М. М. Психологические особенности профессиональной деятельности медицинского персонала хосписа / М. М. Абдуллаева, О. С. Киеня // Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия : материалы XI международной научно-практической конференции. – Рязань, РязГМУ, 2011. – С. 3-13.
3. Ананьев, В. А. Введение в психологию здоровья : Учебное пособие / В. А. Ананьев. Санкт-Петербург : Балтийская Педагогическая Академия, 1998. – 148 с.
4. Ананьев, В. А. Основы психологии здоровья / В. А. Ананьев – Санкт-Петербург : Речь, 2006. – 384 с.
5. Анцыферова, Л. И. Личность в трудных жизненных условиях : переосмысливание, преобразование ситуаций и психологическая защита / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал, 1994. – Т. 15. – № 1. – С. 3–19.
6. Анцыферова, Л. И. Психология повседневности : жизненный мир личности и «техники» ее бытия / Л. И. Анцыферова // Психологический журнал, 1993. – № 2. – С. 3–16.
7. Белинская, Е. П. Совладание как социально-психологическая проблема / Е. П. Белинская // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2009. – № 1. – Вып. 3. – [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2009n1-3/54-belinskaya3>
8. Белов, В. Г. Досуговая деятельность как проявление социальной активности / В. Г. Белов // Научно-теоретический журнал «Ученые записки», 2010. – № 2(60). – С. 26-32.
9. Березовская, Р. А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии / Р. А.

Березовская // Вестник СПбГУ Сер. 12. Психология. Социология. Педагогика. 2011. – №1. – С. 221-226.

10. Березовская, Р. А. Психология профессионального здоровья за рубежом: современное состояние и перспективы развития / Р. А. Березовская // Психологические исследования. 2012. – Т. 5. – № 26. – С. 12.
11. Бодров, В. А. Информационный стресс : учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. – Москва : ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
12. Бреслав, Г. М. Основы психологического исследования : учебное пособие для студ. Учреждений высш. проф. образования / Г. М. Бреслав. – Москва : Смысл ; Издательский центр «Академия», 2010. – 496 с.
13. Вассерман, Л. И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение : методическое пособие / Л. И. Вассерман, О. Ю. Щелкова. – Санкт-Петербург : Изд-во СПбГУ, 2003. – 736 с.
14. Васюра, С. А. Активность-пассивность в коммуникативном поведении человека [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rusnauka.com>.
15. Водопьянова, Н. Е. Психоdiagностика стресса : учебное пособие / Н. Е. Водопьянова. – Санкт-Петербург : Питер, 2009. – 268 с.
16. Волочков, А. А. Активность субъекта бытия : Интегративный подход : монография / А. А. Волочков. Пермь : Перм. гос. пед. ун-т, 2007. – 376 с.
17. Вяткин, Б. А. Лекции по психологии интегральной индивидуальности человека / Б. А. Вяткин. Пермь : Перм. гос. пед. ун-т, 2000. – 177 с.
18. Журавлёва, И. В. Отношение к здоровью индивида и общества / И. В. Журавлева // Институт социологии РАН. – Москва : Наука, 2006. - 238с.
19. Журавлёва, И. В. Отношение населения к здоровью / И. В. Журавлева, Л. С. Шилова, В. З. Коган, О. С. Копина // Москва : Институт социологии РАН, 1993.

20. Зобков, В. А. Пассивность как характеристика неуверенности человека в себе / В. А. Зобков // Вестник КГУ. Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2017. – №3. – С. 77-81.
21. Икорский, А. А. Особенности эмоционального выгорания у специалистов, работающих с умирающими больными / А. А. Икорский // Вестник ПСТГУ IV : Педагогика. Психология. – 2015. Вып. 1 (36). – С. 102–121.
22. Кабаева, В. М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков : автореф. дис... канд. психол. наук: 19.00.07 / Кабаева Валентина Михайловна. – Москва, 2002. – 31 с.
23. Классификация психодиагностических методик [Электронный ресурс] : Studfiles. Файловый архив студентов. – Режим доступа : <https://studfiles.net/preview/6264563/page:8/>
24. Копинг механизмы [Электронный ресурс] : Словари и Энциклопедии. – Режим доступа : http://endic.ru/enc_psyter/Koping-mehanizm-mehanizm-sovladanija-371.html
25. Корытова, Г. С. Внутренняя картина здоровья и социальные представления о нем студентов педагогического вуза / Г. С. Корытова // Сибирский психологический журнал. – 2012. – №46. – С. 131 - 143.
26. Кружкова, О. В. Проблема диагностики копинг-стратегий в современном психологическом измерении / О. В. Кружкова, Д. М. Никифорова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2012. – № 31. – С. 4-12.
27. Крупнов, А. И. Психологические проблемы исследования активности человека / А. И. Крупнов // Вопросы психологии. 1984. – № 3. – С. 25–33.
28. Крюкова, Т. Л. Возрастные и кросскультурные различия в стратегиях совладающего поведения [Текст] / Т. Л. Крюкова // Психологический журнал. – 2010. – №2. – С. 5-15.

29. Крюкова, Т. Л. Психология совладающего поведения : учебное пособие / Т. Л. Крюкова. Кострома: Студия оперативной полиграфии «Авантитул», 2004. – 344 с.
30. Куликов, Л. В. Психогигиена личности. / Л. В. Куликов // Вопросы психологической устойчивости и психопрофилактики. – Санкт-Петербург : Питер, 2004. – 464 с.
31. Либин, А. В. Стили реагирования на стресс : психологическая защита или совладание со сложными ситуациями? / А. В. Либин, Е. В. Либина // Стиль человека : психологический анализ. – Москва : Смысл, 1998. – С. 190-204.
32. Липтуга, М. Е. Паллиативная помощь : краткое руководство / М. Е. Липтуга, И. В. Поляков, Т. М. Зеленская. Санкт-Петербург : Речь, 2001. – 138 с.
33. Малкина-Пых, И. Г. Стратегии поведения при стрессе / И. Г. Малкина-Пых // Московский психологический журнал. 2005. – № 12. [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://magine.mospsy.ru/nomer12/s11.shtml>
34. Меньш, Е. А. Факторы, влияющие на формирование ценностного отношения студентов к здоровью [Электронный ресурс] / Е. А. Меньш// Актуальные вопросы современной педагогики : материалы II междунар. науч. конф. – Уфа, 2012. – Режим доступа: <http://moluch.ru/conf/ped/archive/60/2507/>
35. Миронова, Е. В. Теоретический подход к определению понятий здоровье и здорового образа жизни / Е. В. Миронова // Известия Пензенского государственного педагогического университета им. В. Г. Белинского. – Пенза, 2006. – №5. – С. 128-133.
36. Муздыбаев, К. Стратегия совладания с жизненными трудностями / К. Муздыбаев // Журнал социологии и социальной антропологии, 2006. – Т.1. Вып. 2. – С. 15-21.

37. Некрасова, Т. А. Социально-психологические факторы отношения человека к своему здоровью / Т. А. Некрасова // Сервис Plus. – 2010. – №1. – С. 84-88.
38. Никифоров, Г. С. Психология здоровья : Учебник для вузов / Г. С. Никифоров. – Санкт-Петербург : Питер, 2006. – 607 с.
39. Опросник «Способы совладающего поведения» Лазаруса [Электронный ресурс] : Энциклопедия психодиагностики . – Режим доступа : http://psylab.info/Опросник_«Способы_совладающего_поведения»_Лазаруса
40. Орлов, А. Б. Возникновение новой психодиагностики: некоторые симптомы и тенденции / А. Б. Орлов // Вопросы психологии. – 1991. – № 5. – С. 129-130.
41. Паллиатив [Электронный ресурс] : Словари и Энциклопедии. – Режим доступа : <http://endic.ru/ozhegov/Palliativ-21884.html>
42. Пахальян, В. Э. Психопрофилактика и безопасность психологического здоровья детей / В. Э. Пахальян // Прикладная психология. – 2002. – №5. – С. 83-94.
43. Рассказова, Е. И. Копинг-стратегии в психологии стресса : подходы, методы и перспективы / Е. И. Рассказова, Т. О. Гордеева // Психологические исследования : электронный научный журнал. – 2011. – № 3. – Вып. 17. – [Электронный ресурс]. Режим доступа : <http://psystudy.ru/index.php/num/2011n3-17/493-rasskazova-gordeeva17.html>
44. Решетников, А. В. Здоровье как предмет изучения и социологии медицины : учебное пособие / А. В. Решетников, О. А. Шаповалова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 64 с.
45. Руслякова, Е. Е. Отношение к здоровью и внутренняя картина здоровья школьников [Электронный ресурс] // Интернет-журнал «Мир науки». – 2015. – №3. – Режим доступа : <http://www.mir-nauki.com>
46. Сирота, Н. А. Копинг-поведение в подростковом возрасте : дис. ... д-ра мед. наук / Сирота Наталья Александровна. – Бишкек, 1994. – 283 с.

47. Смирнов, С. Д. Активность, деятельность, личность / С.Д. Смирнов // Мир психологии. 2006. – № 3. – С. 11-23.
48. Сухомлинова, Е. Н. Формирование ценностного отношения к здоровью у старших школьников : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Сухомлинова Елена Николаевна. – Сочи, 2012. – 24 с.
49. Фельдман, И. Л. Копинг стратегии и защитные механизмы в развитии личностного самопознания медицинских работников / И. Л. Фельдман // Известия Тульского государственного университета. Гуманитарные науки, 2013. – С. 200-206.
50. Характерные особенности детей с тяжелыми множественными нарушениями развития [Электронный ресурс] : Электронный журнал Экстернат.РФ, социальная сеть для учителей, путеводитель по образовательным учреждениям, новости образования. – Режим доступа : <http://ext.spb.ru/2011-03-29-09-03-14/75-correctional/11033->
51. Хачатурова, М. Р. Совладающий репертуар личности : обзор зарубежных исследований / М. Р. Хачатурова // Психология. Журнал Высшей школы экономики, 2013. – Т. 10. – №3. – С. 160-169.
52. Хейма Э. (E. Heim) методика диагностики копинг-механизмов [Электронный ресурс] : Информационный портал «медицинская психология» . – Режим доступа : http://www.medpsy.ru/dictionary/metod_21_001.php
53. Яцышин, С. М. Профилактика профессионального выгорания сотрудников детского хосписа : методическое пособие / С. М. Яцышин, А. В. Микляева. – Санкт-Петербург: Типография Михаила Фурсова, 2015. – 40 с.
54. Amirkhan, J. H. Seeking person-related predictors of coping : Exploratory analyses // European Journal of Personality. 1999. 4. P. 13-30.
55. Carstairs, S., “Raising the Bar: A Roadmap for Future of Palliative Care in Canada,” The Senate of Canada, Ottawa, 2010.
56. Compas, B. E. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research / B. E. Compas, J. K.

Connor-Smith, H. Saltzman, A. H. Thomsen, M. E. Wadsworth // Psychological Bulletin. 2001. – 127. – P. 87-127.

57. Folkman, S. Stress, positive emotion, and coping / S. Folkman, J. T. Moskowitz // Current Directions in Psychological Science. 2000. – 9. – 4. – P. 115-118.

58. Frydenberg, E. Coping competencies // Theory into Practice. – 2004. – 43 (1). – P. 14-22.

59. Hawley, P., “The bow tie model of the 21st century palliative care,” Journal of Pain and Symptom Management, 2014. – vol. 47. – no. 1. – p. e3.

60. Hobfoll, S. Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout / Hobfoll S., Freedy J. // W. Schaufeli, C. Maslach, T. Marek (eds). Professional burnout : Recent developments in theory and research. Washington, DC : Taylor & Francis, 1993. P. 115-129.

61. Hobfoll, S. Resource conservation as a strategy for community psychology / Hobfoll S., Lilly R.S. // Journal of Community Psychology. 1993. 21. p. 128-148.

62. Heim, E. Coping and psychosocial adaptation. Journal of Mental Health Counseling, 10, 1988. – p. 136-144.

63. Lazarus, R. S, Folkman S. Manual for ways of Coping Questionnaire // Palo Alto, CA, 1988.

64. Lazarus, R. S, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York : Springer, 1984.

65. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus. – N.Y. : McGraw-Hill, 1966. – 257 p.

66. Moss, R. H. Life transitions and crises / R. H. Moss, J. A. Schaefer // Coping with life crises : An integrative approach. N.Y. : Plenum Press, 1986. P. 3-28.

67. Nakano, K. Coping strategies and psychological symptoms in Japanese samples // Journal of Clinical Psychology. 1991. – 47. – P. 57-63.

68. Selye, H. The Stress of Life (rev. edn.). New York : McGraw-Hill. 1976.
– p. 236.

69. Weber H. Breaking the rules : Personal and social responses to coping norm-violations // Anxiety, Stress and Coping : An International Journal. – 2003. – 16. – 2. – P. 133-153.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Текст и описание модифицированной версии методики «Незаконченные предложения»

Модифицированная версия методики состоит из 12 незаконченных предложений, которые разделяются на 4 группы, характеризующие в той или иной степени систему отношений медицинского работника к здоровью пациентов по четырём компонентам - когнитивному, эмоциональному, поведенческому и ценностно-смысловому.

Исследованию методом "незаконченные предложения" должно предшествовать установление контакта с обследуемым для получения искренних, естественных ответов. Но даже если тестируемый рассматривает исследование как нежелательную процедуру и, стремясь скрыть мир своих глубоких переживаний, дает формальные, условные ответы, опытный психолог может извлечь массу информации, отражающей систему личностных отношений.

Методика может применяться индивидуально и в группах, а также в устной и письменной формах. При проведении методики в письменной форме начальные части предложений могут предъявляться либо на специальных бланках, либо на отдельных карточках. При письменном варианте испытуемый получает лист бумаги и ручку или готовый бланк с незавершенными предложениями. При использовании карточного или устного варианта предъявления начала предложений испытуемый записывает на листе бумаги только завершающую часть предложения — свой ответ; при использовании бланка — ответ пишется прямо на бланке под соответствующим началом предложения.

Инструкция.

Перед вами список незаконченных предложений. Вам предлагается завершить каждое предложение одним или несколькими словами, вложив в него содержание характерное для вас. Выполняйте работу по возможности

Продолжение Приложения А

быстро. Завершайте начало предложений, не раздумывая, первым, что приходит в голову.

Текст методики.

1. Здоровье моих пациентов зависит от....

2. Выполняя свои профессиональные обязанности, я испытываю....

3. Когда у детей свободное время, я....

4. На состояние моих пациентов по большей части влияет....

5. Когда у моих пациентов благоприятное состояние, я чувствую....

6. Я вижу смысл моей работы в том, что....

7. Положительная динамика моих пациентов зависит от....

8. Когда мои пациенты плохо себя чувствуют, я испытываю....

9. Вместе с детьми мне нравится....

Окончание Приложения А

10. Я работаю в этом учреждении потому что....

11. Проведение досуга детей....

12. Мне представляется важным, чтобы в своей работе я....

Как уже было сказано выше, 12 утверждений методики распределяются по 4 категориям.

№	Группы предложений	№ заданий		
		1	4	7
1	Когнитивный компонент	1	4	7
2	Эмоциональный компонент	2	5	8
3	Поведенческий компонент	3	9	11
4	Ценностно-мотивационный компонент	6	10	12

Количественная обработка результатов осуществляется следующим образом. В соответствие с наличием четырёх критериев, каждый ответ респондента оценивается в 25%. В случае достижения респондентом 75%, данный результат свидетельствует о том или ином типе отношения к здоровью пациентов – активном либо пассивном. Если же по результатам методики получается одинаковый процент активности/пассивности (50/50), необходимо проведение дополнительной методики для достоверного определения типа отношения к здоровью пациентов.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Текст и описание кейсов для диагностики копинг поведения

Инструкция.

В свободной форме напишите как можно более подробно всё, что происходит с Вами, когда случается данная ситуация.

Какие мысли Вас посещают в этой ситуации?

Что Вы делаете, чтобы справиться с ситуацией?

Какие эмоции Вы испытываете?

Ситуация 1. Во время Вашей смены состояние одного из детей ухудшается, и, несмотря на Ваши попытки облегчить его состояние, ребёнок чувствует себя всё хуже и хуже. Вы не знаете что сделать, чтобы помочь ему.

Ситуация 2. Руководство принимает решение, которое сделает затруднительным выполнение Ваших профессиональных обязанностей (например, запрет на использование медикаментов для облегчения состояния детей или что-то другое).

Окончание Приложения Б

Обработка данных осуществляется на основе контент анализа. Для каждой ситуации испытуемый описывает по одной реакции на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровне. После этого ответы обрабатываются, смотрится степень соответствия адаптивности каждой реакции, после чего происходит распределение результатов согласно трём уровням – адаптивные реакции, относительно адаптивные реакции и неадаптивные реакции по каждому уровню копинга – когнитивному, эмоциональному и поведенческому. Таким образом, один респондент демонстрирует по одному определённому типу копинг реакции на каждом уровне копинга.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Текст и описание методики диагностики копинг-механизмов Э. Хейма

Методика Э. Хейма позволяет исследовать 26 ситуационно-специфических вариантов копинга, распределенных в соответствии с тремя основными сферами психической деятельности на когнитивный, эмоциональный и поведенческий копинг - механизмы. Методика адаптирована в лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, под руководством д. м. н. профессора Л. И. Вассермана.

Показаниями к использованию предлагаемой методики Э. Хейма являются:

- изучение характеристик копинг-поведения у пациентов с пограничными нервно-психическими расстройствами для уточнения их роли в генезе указанной патологии;
- исследование неадаптивных форм копинг-стратегий у лиц, находящихся в стрессовых ситуациях, для коррекции их копинг-поведения;
- проведение групповой или индивидуальной психотерапии, в ходе которых выявляются неадаптивные формы копинг-стратегий для последующей их коррекции и формирования адаптивного копинг-поведения;
- составление психогигиенических и психопрофилактических про-грамм с учетом формирования адаптивных форм копинг-поведения как для здоровых лиц, подвергающихся стрессу, так и для больных пограничными нервно-психическими расстройствами.

Противопоказаний, согласно авторам публикации, к использованию методики нет. Отмечается лишь отметить неадекватность применения методики Э. Хейма у пациентов, страдающих психозами, которые не могут достаточно осознанно и объективно оценивать реальность.

Варианты копинг - поведения по методике Э. Хейма:

Продолжение Приложения В

А. Когнитивные копинг - стратегии

1. Игнорирование – «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудности»
2. Смирение – «Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»
3. Диссимуляция – «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»
4. Сохранение самообладания – «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»
5. Проблемный анализ – «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что же случилось»
6. Относительность – «Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей мои – это пустяк»
7. Религиозность – «Если что-то случилось, то так угодно Богу»
8. РаSTERянность – «Я не знаю, что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»
9. Придача смысла – «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»
10. Установка собственной ценности – «В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными».

Б. Эмоциональные копинг - стратегии

1. Протест – «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»
2. Эмоциональная разрядка – «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»
3. Подавление эмоций – «Я подавляю эмоции в себе»
4. Оптимизм – «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации»
5. Пассивная коопeração – «Я доверяю преодоление своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»

Продолжение Приложения В

6. Покорность – «Я впадаю в состояние безнадежности»
7. Самообвинение – «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам»

8. Агрессивность – «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным»

В. Поведенческие копинг - стратегии

1. Отвлечение – «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»

2. Альтруизм – «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях»

3. Активное избегание – «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях»

4. Компенсация – «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)»

5. Конструктивная активность – «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т. п.).

6. Отступление – «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой»

7. Сотрудничество – «Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»

8. Обращение – «Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом»

Виды копинг - поведения были распределены Э. Хеймом на три основные группы по степени их адаптивных возможностей: адаптивные, относительно адаптивные и неадаптивные.

Инструкция:

Вам будет предложен ряд утверждений, касающихся особенностей Вашего поведения. Постарайтесь вспомнить, каким образом Вы чаще всего разрешаете трудные и стрессовые ситуации и ситуации высокого эмоционального напряжения. Обведите кружком, пожалуйста, тот номер,

Продолжение Приложения В

который Вам подходит. В каждом разделе утверждений необходимо выбрать только один вариант, при помощи которого Вы разрешаете свои трудности.

Отвечайте, пожалуйста, в соответствии с тем, как Вы справляетесь с трудными ситуациями на протяжении последнего времени. Не раздумывайте долго – важна Ваша первая реакция. Будьте внимательны!

Текст методики.

А

1. «Говорю себе: в данный момент есть что-то важнее, чем трудности»
2. «Говорю себе: это судьба, нужно с этим смириться»

Продолжение Приложения В

3. «Это несущественные трудности, не все так плохо, в основном все хорошо»

4. «Я не теряю самообладания и контроля над собой в тяжелые минуты и стараюсь никому не показывать своего состояния»

5. «Я стараюсь проанализировать, все взвесить и объяснить себе, что

6. «Я говорю себе: по сравнению с проблемами других людей мои – это пустяк»

7. «Если что-то случилось, то так угодно Богу»

8. «Я не знаю что делать и мне временами кажется, что мне не выпутаться из этих трудностей»

9. «Я придаю своим трудностям особый смысл, преодолевая их, я совершенствуюсь сам»

10. «В данное время я полностью не могу справиться с этими трудностями, но со временем смогу справиться и с ними, и с более сложными».

Б

1. «Я всегда глубоко возмущен несправедливостью судьбы ко мне и протестую»

Окончание Приложения В

2. «Я впадаю в отчаяние, я рыдаю и плачу»
3. «Я подавляю эмоции в себе»
4. «Я всегда уверен, что есть выход из трудной ситуации»
5. «Я доверяю преодоление своих трудностей другим людям, которые готовы помочь мне»
6. «Я впадаю в состояние безнадежности»
7. «Я считаю себя виноватым и получаю по заслугам»
8. «Я впадаю в бешенство, становлюсь агрессивным»

В

1. «Я погружаюсь в любимое дело, стараясь забыть о трудностях»
2. «Я стараюсь помочь людям и в заботах о них забываю о своих горестях»
3. «Стараюсь не думать, всячески избегаю сосредотачиваться на своих неприятностях»
4. «Стараюсь отвлечься и расслабиться (с помощью алкоголя, успокоительных средств, вкусной еды и т. п.)»
5. «Чтобы пережить трудности, я берусь за осуществление давней мечты (еду путешествовать, поступаю на курсы иностранного языка и т.п.)»
6. «Я изолируюсь, стараюсь остаться наедине с собой»
7. «Я использую сотрудничество со значимыми мне людьми для преодоления трудностей»
8. «Я обычно ищу людей, способных помочь мне советом»

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Бланк для проведения включённого наблюдения

ФИО _____ Возраст _____ Стаж _____

Тип отношения к здоровью пациентов	
Активный	Пассивный
1. Проведение досуга с детьми (чтение книг, совместные игры)	1. Не проводят досуг с детьми
2. Эмоциональная включённость в обращении с детьми.	2. Эмоциональная отстранённость в обращении с детьми.
3. Обращение к ребёнку по имени, уважительное отношение	3. Обращение к ребёнку по фамилии, неуважительное отношение
4. Аккуратный уход за пациентами (переодевание, кормление)	4. Небрежный уход за пациентами (переодевание, кормление)
5. Реакция на плач ребёнка: совершение действий для того, чтобы успокоить ребёнка	5. Реакция на плач ребёнка: игнорирование

Рисунок 7 – Бланк для проведения включённого наблюдения

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Таблица 17 - Примеры ответов респондентов по модифицированной версии методики «Незаконченные предложения»

Незаконченное предложение	Отношение к здоровью пациентов	
	Активное	Пассивное
1. Когнитивный компонент отношения к здоровью		
1. Здоровье моих пациентов зависит от....	«...наших стараний»	«...от их жизненного потенциала»
	«...нашего ухода и заботы о них»	«...квалифицированной и вовремя оказанной помощи со стороны мед. персонала»
	«...моих действий по уходу за ними»	«...правильного отношения к ним»
2. На состояние моих пациентов по большей части влияет....	«...моё положительное отношение к ним»	«...общение, речь»
	«...наш уход и забота»	«...погода, уход старшего медицинского персонала»
	«...моё хорошее настроение»	«...много факторов»
3. Положительная динамика моих пациентов зависит от....	«...нашего к ним отношения»	«...правильного отношения к ним»
	«...от наших усилий»	«...в первую очередь от грамотного и профессионального подхода со стороны старшего мед. персонала»
	«...нашей заботы и внимания деткам»	«...терпения, выдержки и доброго отношения к ним»
2. Эмоциональный компонент отношения к здоровью		
Незаконченное предложение	Отношение к здоровью пациентов	
	Активное	Пассивное
1. Выполняя свои профессиональные обязанности, я испытываю....	«...удовлетворение, желание улучшить жизнь детей»	«...успеть сделать всё, что необходимо вовремя и достаточно качественно»
	«...чувствую себя спокойно на службе»	«...я просто выполняю свою работу»
	«...спокойствие, комфорт»	«...ничего не испытываю»
2. Когда у моих пациентов благоприятное состояние, я чувствую....	«...удовлетворение, радость, спокойствие»	«...что у них всё хорошо»
	«...радость, что они здоровы»	«...себя спокойно»
	«...удовлетворение от их хорошего состояния»	«...что могу отдохнуть»

Продолжение Приложения Д

Незаконченное предложение	Отношение к здоровью пациентов	
	Активное	Пассивное
3. Когда мои пациенты плохо себя чувствуют, я испытываю....	«...жалость»	«...расстройство, нарушение стабильности в поступках, какое-то бессилие»
	«...испытываю жалость»	«...тревогу»
	«...что нужна им»	«...тревога, беспокойство»
3. Поведенческий компонент отношения к здоровью		
Незаконченное предложение	Отношение к здоровью пациентов	
	Активное	Пассивное
1. Когда у детей свободное время, я....	«...люблю читать им сказки»	«...могу отдохнуть»
	«...пытаюсь развлекать их»	«...наслаждаюсь покоем»
	«...люблю играть с ними»	«...слежу, чтобы никто не поранился»
2. Вместе с детьми мне нравится....		
3. Проведение досуга детей....	«...для меня работа, но приятная»	«...их развитие»
	«...дарит нам положительные эмоции»	«...их любимое дело»
	«...наше любимое занятие»	«...время, когда мы можем отдохнуть»
4. Ценностно-мотивационный компонент картины здоровья		
Незаконченное предложение	Отношение к здоровью пациентов	
	Активное	Пассивное
1. Я вижу смысл моей работы в том, что....	«...все дети спокойны, относительно здоровы»	«..осуществляю правильный уход за детьми»
		«...есть стабильность»
	«...успела оказать достаточно внимания детям всем ровно, без исключений»	«слежу за здоровьем детей»
2. Я работаю в этом учреждении потому что....	«...с моей стороны оказывается хороший уход»	«...стабильный заработок»
	«...есть возможность помогать»	«...ничего большего, так как считаю себя хорошим работником»
	«...помогаю детям»	«..осуществляю правильный уход за детьми»

Окончание Приложения Д

Незаконченное предложение	Отношение к здоровью пациентов	
	Активное	Пассивное
3. Мне представляется важным, чтобы в своей работе я....	«...чувствовала себя нужной»	«...испытывала моральное удовлетворение»
	«...видела больше успехов в динамике детей»	«...я была спокойной и ладила с персоналом»
	«...видела положительный результат»	«...достигала успехов»

Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Институт педагогики, психологии и социологии
Кафедра психологии развития и консультирования



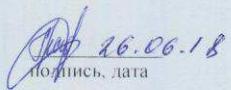
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

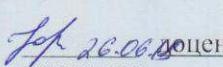
Отношение к здоровью и совладающее поведение
медицинских работников паллиативного учреждения

37.04.01 Психология

37.04.01.04 Психологическое консультирование

Научный руководитель  доцент, канд. психол. наук Е. И. Федоренко
подпись, дата

Выпускник  Е. С. Графкина
подпись, дата

Рецензент  доцент, канд. психол. наук Ж. Г. Василькова
подпись, дата

Красноярск 2018