

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(**Н И У « Б е л Г У »**)

ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ

Кафедра общей и клинической психологии

**ФОРМИРОВАНИЕ ПОЛОЖИТЕЛЬНОГО ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ОТНОШЕНИЯ К СРЕДЕ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ С НИЗКИМ УРОВНЕМ САМОРЕГУЛЯЦИИ**

Дипломная работа
студентки очной формы обучения
специальности 37.05.01 Клиническая психология
6 курса группы 02061302
Иванчик Эльвиры Николаевны

Научный руководитель:
доцент кафедры общей и
клинической психологии,
канд. психол. наук
Ковтун Ю.Ю.

Рецензент:
Викторова Е.А.

БЕЛГОРОД 2019

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы изучения эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции.....	8
1.1. Теоретический анализ понятия «среда лечебного учреждения».....	8
1.2. Теоретический анализ понятия саморегуляция, классификация и уровни.....	14
1.3. Психологическая характеристика эмоционального состояния медицинских работников	18
1.4. Медицинский работник как субъект среды лечебного учреждения.....	19
Глава 2. Эмпирическое изучение эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции.....	24
2.1. Организация и методы исследования.....	24
2.2. Анализ и интерпретация результатов исследования.....	28
2.3. Программа психокоррекции и оценка ее эффективности.....	37
Заключение.....	46
Список использованной литературы.....	50
Приложения.....	55

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена тем, что в современной психологии в последнее время активно разрабатывается тема исследования личности как непосредственного субъекта окружающей среды: образовательной, природной, профессиональной. В психологии большое внимание уделяется изучению роли внешних условий в формировании эмоционального состояния субъекта. В настоящей работе в качестве субъектов деятельности рассматриваются медицинские работники, характеризующиеся различным уровнем саморегуляции, анализируется их отношение к среде лечебного учреждения.

Исследованием проблемы психической саморегуляции личности занимались многие ученые: О.М. Бабич, Ф.Б. Березина, П. Жанэ, О.А. Конопкин, В.И. Моросанова, Г.У. Олпорт, В.Н. Панкратов, В.Э. Франкл и др.

В.И. Моросанова рассматривает саморегуляцию как целостную, замкнутую структуру, открытую информационную систему, реализующуюся посредством взаимодействия функциональных звеньев, которые систематически взаимодействуют.

О.А. Конопкин, опираясь на концепцию осознанной саморегуляции произвольной активности, считает, что саморегуляция – это процесс осознания своих состояний и задач. Согласно данному подходу, человек является субъектом деятельности, который осуществляет выбор условий, соответствующих задаче, с помощью звена программы действий подбирает способы преобразования исходной ситуации, а затем оценивает полученные результаты и решает вопрос о преобразовании своих действий направленных на решение исходной задачи.

Зарубежные исследователи Л.Э. Унесталь, П.В. Бундзен изучали саморегуляцию психического состояния человека, методы и технологии саморегуляции.

Современные психологи также уделяют внимание изучению саморегуляции. Так, например, М.Н. Демина исследовала формирование

положительного эмоционального отношения к профессиональной деятельности у медицинских работников и отметила, что структура и выраженность отношения к профессиональной деятельности связаны с уровнем саморегуляции, а именно: положительное эмоциональное отношение наблюдается у лиц с высоким уровнем саморегуляции.

Тема изучения саморегуляции у специалистов разных профессий, в том числе и у медицинских работников, получила широкое распространение в отечественных и зарубежных исследованиях. Известен ряд работ, посвященных изучению среды лечебного учреждения. По результатам теоретического анализа литературы мы пришли к выводу, что недостаточно исследована среда лечебного учреждения у медицинских с низким уровнем саморегуляции. Данная тема имеет существенный научный интерес. Это связано с тем, что жизнь и здоровье каждого человека в определенные моменты зависит от медицинских работников, поэтому важно изучать их психологические особенности с целью профилактики дезадаптивных состояний.

Саморегуляция медицинских работников оказывает влияние на их отношение к среде лечебного учреждения, а именно: чем выше уровень саморегуляции, самоотношения, тем выше сформирована потребность в осознанном планировании деятельности, характерна реалистичность планов и целей, их иерархичность и устойчивость, самостоятельность построения. Профессия медицинского работника определяется диадными отношениями «врач – пациент». Отношение к себе, среде лечебного учреждения, к деятельности характеризует профессиональное становление специалиста и оказывает влияние на его психоэмоциональное и соматическое состояние. В современном мире к медицинским работникам предъявляются высокие требования. Они должны обладать не только совершенными знаниями в области этиологии и лечения заболеваний, но и иметь определенные личностные качества, которые будут «располагать» к себе пациента и способствовать построению эффективного терапевтического процесса.

Исходя из вышесказанного, было выдвинуто предположение, что уровень саморегуляции оказывает влияние на отношение к среде лечебного учреждения у медицинских работников.

Теоретический анализ показал недостаточную разработанность вопроса изучения особенностей формирования положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции.

Таким образом, **проблема** исследования: каковы особенности формирования положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции?

Цель: изучить особенности эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции и, с учетом данных особенностей, разработать и реализовать коррекционную программу.

Объект: эмоциональное отношение медицинских работников к среде лечебного учреждения.

Предмет: положительное эмоциональное отношение к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции.

Гипотеза: медицинские работники с низким уровнем саморегуляции характеризуются негативным отношением к среде лечебного учреждения. Использование программы, направленной на развитие навыков саморегуляции, способствует формированию положительного отношения к среде лечебного учреждения, снижению влияния психологических причин на формирование негативного отношения к среде лечебного учреждения.

Задачи исследования:

1. Изучить разработанность понятий «среда лечебного учреждения», «эмоциональное отношение», «саморегуляция» в отечественной и зарубежной литературе.

2. Определить особенности и факторы, влияющие на отношение медицинских работников к среде лечебного учреждения.

3. Изучить особенности эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции.

4. Разработать, реализовать и оценить эффективность коррекционной программы, направленной на формирование положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции.

Теоретико – методологическая основа исследования: положения деятельностного подхода (А.Н. Леонтьев), концепция осознанной саморегуляции (О.А. Конопкин), теория осознанной саморегуляции произвольной активности человека (В.И. Моросанова).

Методы исследования:

- организационные (сравнительный);
- эмпирические (опрос, наблюдение, беседа, психодиагностический метод, эксперимент);
- методы количественной и качественной обработки данных (U- критерий Манна – Уитни, T - критерий Уилкоксона, факторный анализ);
- интерпретационные методы;
- метод наблюдения и беседы.

Психодиагностические методики:

1. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова);
2. Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Дж. Роттер, адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голыкиной, А.М. Эткингом);
3. «Методика исследования самоотношения» (МИС) (С.Р. Пантелеев, В.В. Столин).
4. Методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой).

База исследования: ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 4» г.Белгорода. В исследовании принимали участие 30 медицинских работников лечебного учреждения в возрасте от 35 до 55 лет.

Структура работы: дипломная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка источников, включающего 46 наименований, 9 рисунков и приложений. Объем работы составляет 54 страницы машинописного текста.

Глава 1. Теоретические основы изучения эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции

1.1. Теоретический анализ понятия «среда лечебного учреждения»

Каждый человек в процессе своей жизнедеятельности сталкивается со средой лечебного учреждения. Некоторые лишь по необходимости взаимодействуют с ней, у других она выступает средой их профессиональной деятельности.

Впервые термин «среда» ввел философ – позитивист И.А. Тэн, который предложил понятие «среда» относить к социальным, духовным, культурным условиям жизни. Одновременно это понятие стало использоваться и в экологии для описания совокупности природных условий жизни различных видов [44].

В данной работе среда выступает собирательной категорией, которая отражает множество условий, способствует адекватной и комфортной адаптации человека к внешним условиям.

Понятие среда анализировали философы, педагоги, психологи. Так, А.П. Мардер дает строгое и емкое определение среды – «это все материальное окружение» [26].

Влияние среды на развитие индивида является предметом исследования многих ученых: П.П. Блонского, К.А. Гельвеция, И.Ф. Гербарта, Д. Дидро, А. Дистервега, А.С. Макаренко, Р. Оуэна, И.Г. Песталоцци, Ж.– Ж. Руссо, В.А. Сухомлинского, К.Д. Ушинского, С.Т. Шацкого и других.

А. Н. Леонтьев считал, что среда – это некое социокультурное пространство, в рамках которого стихийно или с различной степенью организованности осуществляется процесс развития личности [22].

В качестве основных составляющих образовательной среды Г.А. Ковалев выделяет физическое окружение, человеческие факторы и программы. К физическому окружению относят архитектуру здания, размер и

пространственную структуру. К человеческим факторам - личностные особенности, степень их выраженности и влияние на социальное поведение, распределение статусов и ролей. К программе образовательной среды относят структуру, содержание программы, характер контроля [18].

Г.З. Каганов при определении среды решающее значение определяет субъектности. Он отмечает, что, если все окружение человека представляет собой множество, то среда – это подмножество, включенное в непосредственную деятельность субъекта [13].

В своих исследованиях В.И. Слободчиков так характеризовал образовательную среду: это что-то неоднозначное, среда берет свое начало там, где встречается «образующее» и «образующееся», что впоследствии перерастает в совместное проектирование и построение совместной ресурсной деятельности [42].

Теоретический анализ показал, что среда оказывает непосредственное влияние на жизнь человека, а также является детерминантной ее развития.

Рассматривая влияние среды на развитие личности, К. Маркс указывал, что в понятии «личность» раскрывается общественная сущность человека. Сущность человека, писал он, «не есть абстракт, присущий отдельному индивиду. В своей действительности она есть совокупность всех общественных отношений». В связи с этим, когда рассматривается роль среды в формировании личности, важно учитывать, что этот процесс осуществляется под влиянием самых разнообразных средовых контактов, например: взаимоотношений с людьми и различными общественными институтами [28; с. 47].

Отметим, что представители марксистско – ленинской педагогики считают, что необходимым условием для формирования личности является взаимодействие с социумом.

Когда говорят о влиянии среды на развитие человека, то, прежде всего, учитывают социальную среду, определяемую экономическими и политическими условиями, свойственными данной общественно –

экономической формации. Определенную роль играет также среда географическая, немаловажную роль занимает и домашняя среда, рассматриваемая как ближайшее окружение.

Понятие социальная среда охватывает спектр материальных условий жизни всего общества, государственного строя, разного рода отношений и характер их протекания.

Изучением влияния среды на личность занимались многие ученые. Так, например, Г.А. Ковалев предложил структурированное объяснение понятию «среда», а также выделил ряд содержательных характеристик [18]. Ю.Г. Панюкова исследовала психологическую репрезентацию пространственно – предметной среды [38]. Ю.Ю. Ковтун анализировала экологическое сознание субъектов среды лечебного учреждения [19].

Таким образом, мы видим, что главными составляющими среды являются: деятельностный, коммуникативный и пространственно – предметный компоненты. При анализе среды лечебного учреждения будем рассматривать особенности работы медицинского учреждения в целом: от самого здания учреждения, до способов оказания помощи.

Истоки представлений о медицине уходят в античные времена, когда философы посредством наблюдения пытались обозначить причины болезни.

Огромный вклад в историю развития представлений о процессе лечения внес Гиппократ. Он считал, что заболевание – это не воздействие злых духов, а влияние природы на организм, образ жизни человека, привычки и характер. Он научил докторов того времени ставить диагнозы после тщательного наблюдения за пациентом, осмотра, сбора анамнеза. Однако, в те времена, церковь имела большое влияние на науку, поэтому основными лекарями были священники, а главным лечебным учреждением – храм или церковь.

О важности среды лечебного учреждения первый раз задумался и огласил Гиппократ: «Прежде всего, нужно иметь место удобное... Яркий свет, хотя и не тягостен для лечащих, однако, тягостен для тех, которые лечатся, поэтому всячески должно избегать такого блеска, от которого обыкновенно получают

вред... Стулья же должны быть насколько можно равной высоты, чтобы были по больным. Не должно быть никакого употребления меди ... ибо пользоваться такой утварью представляется мне неподходящей роскошью...» [4; с.97]. Не случайно каждый медицинский работник, приступая к врачебной практике, дает клятву Гиппократу, так как он именно тот человек, который не только дал начало обоснованного подхода к медицине, но и описал необходимость гуманного, понимающего взаимодействия в системе «врач – пациент».

Со временем лечебные учреждения приобретали более цивилизованный вид, обстановка становилась более гуманной, больницы постепенно становились для пациентов истинно защитной средой, многие из них здесь находили второй дом.

В современном обществе мы видим тенденцию максимального благоустройства больницы. Сейчас все чаще задумываются о том, чтобы создать как можно более благоприятные и комфортные условия. В настоящее время предпринимаются попытки организовать среду лечебного учреждения таким образом, чтобы она оказывала благоприятное воздействие на пациентов.

Исходя из вышеизложенного материала, можем сказать, что лечебное учреждение должно отвечать нескольким критериям:

– физическая среда – подразумевает соблюдение гигиенических и эстетических условий сотрудниками больницы. Считается, что такая среда должна быть чистой, уютной, с хорошей мебелью, с возможностью удовлетворения запросов и потребностей медицинских работников и пациентов. Все в совокупности должно оказывать вспомогательное действие и благоприятно влиять на терапевтический процесс.

– процедура оказания помощи. Медицинские работники должны осуществлять общий уход, контроль за лечебным процессом, оказывать психологическую поддержку пациентам и их семьям, способствовать облегчению боли и смягчению других тягостных состояний, проводить необходимые медицинские манипуляции, направленные на скорейшее выздоровление пациента.

– взаимодействие «пациент – медицинский работник». Данный компонент подразумевает грамотное поведение медицинских работников, своевременное оказание помощи, ознакомление больного с порядками отделения, с необходимыми помещениями в отделении. Это стабилизирует эмоциональное состояние больного и облегчает приспособление к новой среде.

Среда лечебного учреждения – это многокомпонентный феномен, который Б.Д. Карвасарский определяет термином «терапия средой».

Терапия средой подразумевает использование терапевтического потенциала во взаимодействии больного с окружением, средой. Под средой понимается все, что окружает пациента в стационаре (вещи, люди, процессы, события) и является неотъемлемым фактором больничного пребывания, лечения и реабилитации.

В «Психиатрическом глоссарии», изданном в США, дается следующее определение терапевтического сообщества: «Термин британского происхождения, в настоящее время широко применимый для обозначения специально структурированной больничной среды, поощряющий деятельность пациентов в рамках социальных норм. Специальные обучающие методы применяются для преодоления чувства зависимости пациентов, для поощрения у них чувства личной ответственности и ускорения их социальной реабилитации» [14; с.375].

Трактовка сущности лечения средой вплотную упирается в понимание соотношения биологического и социального в этиопатогенезе нервно – психических заболеваний (а также в их лечении и реабилитации).

Общая цель терапии средой – это максимализация адаптивных возможностей пациента. Эта цель подчинена общему принципу реабилитации – восстановлению личного и социального статуса пациента.

Терапевтическая среда в широком смысле – это сочетание самых различных мероприятий и воздействий на больного: географическое расположение больницы, ее архитектура, внутренняя структура, комфорт в отделениях и палатах, режим «открытых дверей», организация (желательно

самими пациентами) кафе, пунктов продажи, парикмахерских, совместные развлечения, различные виды занятости и пр. В более узком смысле – это скорее характер складывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений больного с окружающими его людьми – персоналом, другими пациентами, семьей. В этом смысле понятие терапии средой приближается к концепции терапевтического сообщества [14; с.375].

Зарубежные исследователи Н. Ульрих, К. Роджер, Э. Джозеф, А., Чаудхари в своей работе «Роль физической среды в больнице 21-го века» отметили, что среда лечебного учреждения не должна представлять опасность и стресс ни для медицинских работников, которые являются ее постоянными участниками, ни для пациентов. Для эффективности лечебного процесса учреждение должно способствовать повышению безопасности и комфортному пребыванию пациентов и медицинских работников, уменьшать стресс у пациентов при посещении медицинских специалистов, способствовать улучшению качества жизни. Для медицинских работников также есть ряд правил, влияющих на эффективность среду лечебного учреждения: уменьшать стресс и усталость персонала и повышать эффективность оказания медицинской помощи, оказывать содействие и помогать в улучшении общего качества здравоохранения [46].

Лечебное учреждение имеет структуру:

- управление: канцелярия, кабинет медицинской статистики, бухгалтерия, медицинский архив, библиотека;
- лечебная часть: приёмное отделение, лечебные отделения (терапевтическое, хирургическое, и др.), лечебно – диагностические отделения и кабинеты (рентгенологический, эндоскопический УЗИ), физиотерапевтическое отделение, патологоанатомическое отделение, лаборатории (биохимическая, бактериологическая);
- вспомогательная часть: пищеблок, аптека, склады, гаражи и др.

Отметим, что медицинский работник, постоянно находясь в условиях среды лечебного учреждения, воспринимает ее как социальную, так как

большее количество времени он проводит именно там, а также как среду профессиональной реализации. И. Харди считал, что отношения между врачом и больным являются основой любой лечебной деятельности. В условиях лечебного процесса формируется особенное отношение между медицинским работником, пациентом и средой, в которой они взаимодействуют [45].

Таким образом, среда лечебного учреждения – это пространство, в рамках которого стихийно или с различной степенью организованности осуществляется процесс развития личности медицинского работника. При изучении основных составляющих среды лечебного учреждения особое внимание стоит уделять предметно – пространственному окружению, условиям труда, возможности удовлетворять потребности сотрудников. Поскольку пребывание в стенах лечебного учреждения занимает значительную часть жизни медицинских работников, то процесс индивидуализации и социализации осуществляется в этих условиях.

1.2. Понятие саморегуляции, классификация и уровни

Согласно точке зрения В.И. Моросановой, О.А. Конопкина и А.К. Осницкого, саморегуляция представляет собой целостную, замкнутую структуру, открытую информационную систему, реализующуюся посредством взаимодействия функциональных звеньев, которые систематически взаимодействуют [32].

Б.В. Зейгарник рассматривает саморегуляцию как сознательный процесс, который направлен на управление своим поведением [9].

В своих исследованиях В.В. Николаева определяет саморегуляцию как «системный процесс, обеспечивающий адекватную условиям изменчивость, пластичность жизнедеятельности субъекта на любом ее уровне» [34; с. 241].

Как правило, саморегуляция может быть произвольной и непроизвольной:

– произвольная - подразумевает осознанное регулирование поведения, направленным на достижение конкретной цели. Осознанная саморегуляция позволяет человеку развивать индивидуальность и субъектность своей деятельности;

– непроизвольная - направлена на выживание. Это подсознательные механизмы защиты.

Выделяют несколько теорий саморегуляции:

– системно – деятельностная теория. В рамках данной концепции саморегуляция рассматривается как деятельность и как система. Саморегуляция функциональных состояний – деятельность, которая связана с адаптацией и профессиональной сферой человека. Как система саморегуляция рассматривается в контексте перехода человека от бессознательных к осознанным, а позже доведенным до автоматизма формам поведения. Л.Г. Дикая выделила 4 уровня саморегуляции: непроизвольный уровень, произвольный уровень, сознательная регуляция, осознаваемый и целенаправленный уровень.

– системно – функциональная теория. Саморегуляция рассматривается как переход от одного психического состояния к другому, который связан с рефлексией и представлениями о новом, желаемом состоянии. В результате осознанного образа активизируются соответствующие мотивы, личностные смыслы и самоконтроль.

В.В. Николаева анализирует подходы авторов, трактующих уровни саморегуляции следующим образом:

1. Уровень психологической саморегуляции, способствующий поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для успешного выполнения деятельности (К.А. Абульханова – Славская).

2. Операционально – технический уровень регуляции отвечает за организацию и коррекцию действий субъекта (О.А. Конопкин).

3. Личностно – мотивационный уровень саморегуляции, позволяющий осознавать мотивы своей деятельности и управлять мотивационно – потребностной сферой (Б.С. Братусь, Ф.Е. Василюк, Б.В. Зейгарник) [34].

Согласно Р.М. Грановской, способы эмоциональной регуляции делятся на три группы:

1. Ликвидация проблемы.
2. Снижение интенсивности влияния проблемы путем переоценки значимости.
3. Облегчение воздействия негативной ситуации с помощью ряда методов.

Р.М. Грановская предлагает регулировать эмоциональное состояние за счет ослабления мотивации. К примеру, снизить эмоциональную напряженность при достижении цели, концентрируясь не на конечном результате, а на тактических приемах [5].

В психологии существует несколько подходов к классификации уровней саморегуляции. В свою очередь, Л.П. Гримак выделил следующие:

Мотивационный уровень.

Любые механизмы саморегуляции начинаются с мотивации. Регуляция и саморегуляция психических состояний тесно связаны с мотивацией достижения. Мотивация — это то, что движет человеком, а психическая саморегуляция — способность удерживать нужный уровень активности.

Индивидуально – личностный уровень.

Уровень мобилизуется, когда необходимо «переделывать» самого себя, свои установки и ценности.

Качества, способствующие регуляции:

- ответственность;
- самокритичность;
- целеустремленность;
- сила воли.

Информационно – энергетический уровень.

Уровень обеспечивает нужную степень энергетической мобилизации для оптимальной работы психики. Виды саморегуляции на данном уровне:

1. Катарсис - потрясение от просмотра произведений искусства освобождает от отрицательных мыслей.
2. Реакция «отреагирования» - усиление психической и двигательной активности.
3. Ритуальные действия - призваны настроить человека на хороший исход события, эмоционально подкрепить.

Эмоционально – волевой уровень.

Волевая саморегуляция дает возможность владеть своими чувствами, способностью сознательно поддерживать оптимальный уровень самочувствия в экстремальных ситуациях.

Эмоциональная саморегуляция делится на две формы:

- произвольная (осознаваемая);
- непроизвольная (неосознаваемая).

Непроизвольная регуляция позволяет снижать стресс и тревогу интуитивно. Осознаваемая регуляция связана с целевой деятельностью. Человек применяет специальные методы для восстановления эмоциональной гармонии [6].

Саморегуляция выполняет одну из ведущих функций психики. Для медицинских работников способность регулировать свое поведение является неотъемлемой частью профессиональной жизни. Эмоциональная саморегуляция – это группа приемов и методов, направленных на коррекцию психофизиологического состояния, благодаря которому достигается оптимальная работа функций организма. Медицинским работникам важно иметь представление о способах эмоциональной саморегуляции. Для этого необходимы тренировки и при необходимости – консультации специалистов. Однако в современном мире мы можем заметить, что большинство медицинских работников не умеют или не знают, каким образом можно

снижать эмоциональное напряжение, стресс, повышать свою устойчивость к различным негативным воздействиям, связанным с профессиональной деятельностью. В данном случае эффективно проведение психологического тренинга, направленного на обучение навыкам саморегуляции. В рамках тренинга происходит активный взаимообмен опытом между профессионалами, что расширяет их индивидуальный поведенческий репертуар.

Таким образом, саморегуляция – это процесс инициации и выдвижения субъектом целей, а также управление достижением этих целей. Саморегуляция представляет собой внутреннюю целенаправленную активность человека, которая реализуется за счет системного участия самых разных процессов, способность осознанно и организованно влиять на собственное поведение.

1.3. Психологическая характеристика эмоционального состояния медицинских работников

Эмоциональная сфера человека представляет собой широкий спектр переживаний и чувств и выполняет ряд функций. Эмоциональное переживание – это оценка процесса удовлетворения потребности. Чувство – это оценка возможности конкретного объекта удовлетворить данную потребность.

Эмоции в жизни человека играют важную роль, именно они отвечают за то, как человек поведет себя в той или иной ситуации. Соприкасаясь с внешним миром, человек по – своему его воспринимает, оценивает, переживает какие – либо чувства к тому, что его окружает. « Эмоции, – писал А.Н. Леонтьев, – это переживание человеком своего отношения к тому, что он делает или познает, к другим людям, к самому себе [22; с.117].

Как мы видим, эмоции – это неотъемлемая часть жизни человека.

Профессиональная деятельность медицинских работников ежедневно связана с высокими психоэмоциональными нагрузками, с необходимостью эффективно работать в экстремальных условиях. Своеобразие «помогающих» профессий заключается в том, что сам субъект деятельности является

первичным инструментом своей работы, для построения помогающих отношений оказывается недостаточным использование только методических приемов. Помогаящая деятельность требует от профессионала личностной вовлеченности, открытости отношениям, умения сопереживать и сочувствовать, а также способности понимать интересы другого человека. Все эти факторы обуславливают высокий уровень вероятности возникновения у медицинских работников негативных эмоциональных состояний.

Нахождение в таком состоянии продолжительное количество времени способствует возникновению психологических проблем: отсутствие уверенности в себе, нехватка сил, неудовлетворенность межличностными отношениями, конфликты с коллегами, неадекватная самооценка. Проблемы возникают и с физиологической стороны организма: плохое самочувствие, частые боли, нарушение сна, притупление внимания. Во избежание нарушений в психоэмоциональной сфере, для сохранения психического здоровья, гармоничных отношений с собой и окружающими необходима работа психолога по обучению навыкам саморегуляции, которая достигается путем воздействия человека на самого себя с помощью слов, мысленных образов, управления мышечным тонусом и дыханием. Существуют разнообразные способы саморегуляции, способствующие восстановлению сил, нормализации эмоционального состояния, повышению адаптационного потенциала личности.

Таким образом, умение контролировать эмоции является важным в жизни медицинского работника. Именно эмоции помогают правильно организовать деятельность, поскольку сначала человек эмоционально обрабатывает информацию, а затем рационально выстраивает алгоритм действий.

1.4. Медицинский работник как субъект среды лечебного учреждения

Среда лечебного учреждения – это то, с чем непосредственно на протяжении долгого периода времени сталкивается медицинский работник

ввиду своей профессиональной деятельности. Психика медицинского работника постоянно подвержена многочисленным стрессам, которые связаны с огромным уровнем ответственности за жизнь и здоровье пациентов. Врачи и медицинский персонал вынуждены выполнять деятельность в ситуации эмоционального напряжения. Эмоциональное состояние врача по механизму заражения передается окружающим. Отношение к себе, к среде лечебного учреждения, к работе определяет профессиональное будущее специалиста и оказывает влияние на его психоэмоциональное и физическое состояние.

Согласно О.П. Маслоу, профессия врача неразрывно связана с такими феноменами, как: эмоциональные перегрузки, стрессовые ситуации, дефицит времени, высокая ответственность, ограниченность во времени или информации. Поскольку врачи находятся в интенсивном межличностном взаимодействии, то для построения адекватного и конструктивного взаимодействия целесообразно использовать копинг – механизмы [29].

В своих работах И. А. Ильин обращает внимание на личностные качества, которые важны в профессиональной деятельности врачей: «увлеченность своей специальностью, активный гуманизм независимо от наличия антипатии, желание делать добро, чувство долга, способность к состраданию, доброта и любовь к людям; умение вызывать доверие у пациентов, готовность облегчить страдания, выдержка, терпимость по отношению к пациентам, коммуникативность, готовность к самопожертвованию, деловой педантизм, ответственность за результаты лечения, желание самосовершенствоваться в профессии, самокритика, умение помещать в центр своего сознания пациентов, развитое восприятие («клинический нюх», «клинический глаз»), устойчивая эмоциональная сфера, способность не поддаваться панике, опрятность, высокая психологическая культура, деликатность и тактичность по отношению к больным, оптимизм, способность подавлять в себе чувство брезгливости у постели больного» [10; с. 209].

И.А. Ильин пришел к выводу, что идеальный врач должен обладать следующими характеристиками: жизнерадостность и оптимизм,

уравновешенность, контроль над эмоциями, спокойствие, дисциплинированность, сила воли, уверенность в себе, автономность, интернальный локус контроля, способность к рефлексии, гибкий и острый ум, психологическая компетентность, готовность к сотрудничеству с больными [10].

Стоит отметить, что психика медицинского работника подвержена многочисленным стрессам, которые связаны с огромным уровнем ответственности за жизнь и здоровье пациентов. Работники постоянно вынуждены пребывать в ситуации эмоционального напряжения, переживаний, раздражения. Деятельность медицинского работника предполагает ненормированный режим работы с ночными дежурствами, которые нарушают внутренние процессы организма и лишают полноценного отдыха, а также снижают адаптационный потенциал. Немаловажными являются такие факторы, как: оплата труда, которая несоизмерима с уровнем ответственности, низкое финансирование лечебного учреждения, отсутствие необходимого оборудования, неудовлетворительная среда лечебного учреждения. Данные факторы могут выступать причиной стресса и личностных переживаний, приводить к чувству неудовлетворенности своей профессией.

К профессионально-важным качествам медицинских работников относят:

- моральные: самоотверженность, трудолюбие, доброжелательность, оптимизм, решительность, скромность, принципиальность, ответственность, чувство собственного достоинства, сострадательность забота, нежность ласковость, честность;
- эстетические: аккуратность, опрятность;
- интеллектуальные: логичность, наблюдательность, стремление к знаниям.

Условием успеха в деятельности является сформированность профессионально-важных качеств, которая проявляется в умении сопереживать другим людям, радоваться и огорчаться вместе с ними.

Актуальным вопросом на сегодняшний день является вопрос построения эффективного взаимодействия в системе «врач-пациент».

Л.Д. Столяренко выделяет следующие формы общения:

- «Контакт масок» – это формальное общение. В данном случае отсутствует ярко выраженное стремление понять собеседника. Используются привычные маски вежливости, учтивости, скромности, участливости; набор выражений лица, жестов, стандартных фраз, позволяющих скрыть истинные эмоции, отношение к собеседнику;

- примитивное общение - происходит оценка другого человека. Он воспринимается или как нужный - с ним активно взаимодействуют, или как мешающий объект - его отталкивают;

- формально – ролевое общение - регламентированными оказываются и содержание, и средства общения, вместо знания личности собеседника обходятся знанием его социальной роли;

- деловое общение - учитывает особенности личности, характера, возраста, настроения собеседника при нацеленности на интересы дела, а не на возможные личностные расхождения;

- духовное межличностное общение - подразумевает возможность затронуть в беседе любую тему, поделиться любой проблемой с каждым участником общения;

- манипулятивное общение - направлено на извлечение выгоды от собеседника с использованием специальных приемов [43].

Итак, врач является субъектом среды лечебного учреждения. Уровень профессиональных задач, стоящих перед медицинским работником, высок и ответственен. Длительное пребывание в сфере отрицательных эмоций, переживаний должно сопровождаться эмоциональной разгрузкой; достойной оплатой труда, которая будет соизмерима с уровнем ответственности; достаточным финансированием лечебного учреждения; наличием необходимого оборудования; наличием кабинета и необходимых составляющих. Соблюдение данных условий будет способствовать формированию положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения. Неудовлетворительная среда лечебного учреждения может

выступать причиной стрессов и личностных переживаний, приводить к чувству неудовлетворенности своей профессией.

Таким образом, среда лечебного учреждения – это то, с чем на протяжении долгого периода времени сталкивается медицинский работник ввиду своей профессиональной деятельности. Психика медицинского работника постоянно подвержена многочисленным стрессам, которые связаны с огромным уровнем ответственности за жизнь и здоровье пациентов. Работники вынуждены пребывать в состоянии психоэмоционального напряжения, переживаний, раздражения. Деятельность медицинского работника предполагает ненормированный режим работы с ночными дежурствами, которые нарушают внутренние процессы организма и лишают полноценного отдыха, а также снижают адаптационный потенциал.

Важно, чтобы в лечебном учреждении соблюдались все условия для комфортной работы: достойная оплата труда, которая будет соизмерима с уровнем ответственности, достойное финансирование лечебного учреждения, наличие необходимого оборудования и, конечно же, удовлетворительная среда лечебного учреждения (светлые и оборудованные всем необходимым кабинеты для приема пациентов, благоприятные эстетические и гигиенические условия, дружный коллектив и грамотное руководство). Соблюдение данных факторов будет способствовать формированию положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения. Отрицательные условия труда способствуют нарастанию психоэмоционального напряжения, снижению саморегуляции, которая влечет за собой ошибки, неуверенность специалиста в своих действиях, а также негативное эмоциональное отношение ко всей среде лечебного учреждения. В данном случае необходима целенаправленная психологическая работа медицинских работников по развитию навыков саморегуляции, что, в свою очередь, будет способствовать формированию положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенности отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с разным уровнем саморегуляции

2.1. Организация и методы исследования

Эмпирическое исследование особенностей эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с разным уровнем саморегуляции было основано на теоретических представлениях, указанных в теоретической главе.

Исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городская детская поликлиника № 4» г. Белгорода. В исследовании принимали участие 30 медицинских работников лечебного учреждения в возрасте от 35 до 55 лет.

Было выдвинуто предположение, что уровень саморегуляции медицинских работников оказывает влияние на отношение к среде лечебного учреждения. Для подтверждения данного предположения были поставлены следующие задачи:

1. На основе подобранного методического инструментария эмпирически изучить особенности отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с разным уровнем саморегуляции.
2. Провести анализ связи эмоционального отношения к среде лечебного учреждения и саморегуляции медицинских работников.
3. Разработать и реализовать программу коррекции низкой саморегуляции и негативного отношения к среде лечебного учреждения.
4. Провести повторное исследование и оценить эффективность разработанной программы.

Для решения поставленных задач исследования и проверки гипотезы, применялись следующие методы: организационные, эмпирические, методы качественной и количественной обработки данных, интерпретационные методы. Эксперимент был построен по квазиэкспериментальному плану для неэквивалентных групп. Структура плана изображена на рисунке 2.1. («тест – воздействие – ретест»).

1. Экспериментальная группа	O_1 X O_2
2. Контрольная группа	O_3 O_4

Условные обозначения: X – воздействие, O_1 – предварительное тестирование экспериментальной группы, O_2 – итоговое тестирование экспериментальной группы, O_3 – предварительное тестирование контрольной группы, O_4 – итоговое тестирование контрольной группы.

Рис.2.1. Структура квазиэкспериментального плана для неэквивалентных групп с предварительным и итоговым тестированием.

Экспериментальный план исследования предназначен для двух неэквивалентных групп с предварительным и итоговым тестированием. Одна переменная является независимой и будет подвергаться коррекционному воздействию, вторая переменная – зависимая переменная будет изменяться посредством изменения независимой.

В качестве зависимой переменной выступает отношение к среде лечебного учреждения, независимой переменной – саморегуляция.

По результатам оценки выраженности саморегуляции мы разделим респондентов на две подгруппы: контрольную и экспериментальную.

Суть экспериментальной деятельности состоит в следующем: экспериментальная группа будет являться непосредственным объектом нашей работы, которая будет направлена на коррекцию уровня саморегуляции, вследствие чего, должно измениться отношение к среде лечебного учреждения. Контрольная группа также является объектом работы, но с ней не будут проводиться коррекционные действия. Стоит отметить, что обе группы будут находиться в одинаковых условиях среды. По результатам повторной диагностики контрольной и экспериментальной групп мы будем наблюдать, имеет ли коррекционная работа положительное влияние на экспериментальную группу. Поэтому план «тест – воздействие – ретест» имеет основополагающее значение в данной работе.

Об эффективности психокоррекционной работы будут говорить следующие условия:

- различия между O1 и O2 значимы, а между O3 и O4 – незначимы;
- различия между O2 и O4 значимы.

Для решения эмпирических задач исследования был подобран ряд методик:

1. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова);
2. Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Дж. Роттер, адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голькиной, А.М. Эткингом);
3. «Методика исследования самоотношения» (МИС) (С.Р. Пантелеев, В.В. Столин).
4. Методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой).
5. Метод наблюдения и беседы.

1. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова) направлен на диагностику развития индивидуальной саморегуляции и оценку индивидуального профиля саморегуляции. Опросник состоит из 46 утверждений. Методика позволяет оценить «Общий уровень саморегуляции» (ОУ), который характеризует уровень сформированности индивидуальной системы саморегуляции человека. Опросник включает 6 шкал, выделенных в соответствии с основными регуляторными процессами (планирование (Пл), моделирование (М), программирование (Пр), оценка результатов (Ор)), а также регуляторно– личностными свойствами (гибкость (Г), самостоятельность (С)). Структура опросника такова, что ряд утверждений входят в состав сразу двух шкал.

2. Опросник «Уровень субъективного контроля» (УСК) (Дж. Роттер, адаптирован Е.Ф. Бажиным, С.А. Голькиной, А.М. Эткингом) диагностирует локализацию контроля над значимыми событиями. В основе лежит теория о двух локусах контроля – интернальном и экстернальном и, соответственно, двух типов людей – интерналов и экстерналов. Включает следующие шкалы: шкала общей интернальности (Ио), шкала интернальности в области достижений (Ид), шкала интернальности в области неудач (Ин), шкала

интернальности в семейных отношениях (Ис), шкала интернальности в области производственных отношений (Ип), шкала интернальности в области межличностных отношений (Им), шкала интернальности в отношении здоровья и болезни (Из).

3. «Методика исследования самоотношения» (МИС) (С.Р. Пантелеев, В.В. Столин) предназначена для оценки выраженности структурных компонентов самоотношения личности:

- закрытость,
- самоуверенность,
- саморуководство,
- отраженное самоотношение,
- самооценочность,
- самопривязанность,
- внутренняя конфликтность,
- самообвинение.

4. Методика «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой) предназначена для оценки отношения медицинских работников к среде лечебного учреждения. Метод семантического дифференциала используется в области психолингвистики и экспериментальной психосемантики для выявления субъективных (индивидуальных) семантических полей и относится к методам «шкалирования».

Следующим этапом работы стал анализ полученных результатов и проверка гипотезы о том, что медицинские работники с низким уровнем саморегуляции характеризуются негативным отношением к среде лечебного учреждения (напряженная, гнетущая, дезорганизованная); психокоррекция способствует развитию принятию среды, формированию позитивного отношения, снижению влияния психологических причин на негативное отношение к среде лечебного учреждения.

5. В процессе наблюдения, за заполнением методик, фиксировались такие показатели, как: «эмоциональность», «время, затраченное на ответ». В процессе

беседы, медицинским работникам задавались вопросы, учитывались комментарии респондентов при заполнении методик.

Следующим шагом является реализация психокоррекционной работы по составленной программе

После окончания психокоррекционной работы респонденты экспериментальной и контрольной групп приняли участие в повторном исследовании с помощью той же серии методик, которая использовалась при первичной диагностике.

Для проверки гипотезы были использованы методы математической статистической обработки U- критерий Манна – Уитни, T-критерий Уилкоксона, факторный анализ.

2.2 Анализ и интерпретация результатов исследования

В результате психодиагностического обследования были получены данные, демонстрирующие выраженность саморегуляции и ее компонентов у респондентов. Результаты изучения саморегуляции представлены на рисунке 2.2.1.

В соответствии с полученными результатами респонденты были разделены на три группы: группа с низким уровнем саморегуляции, группа со средним уровнем саморегуляции и группа с высоким уровнем саморегуляции.

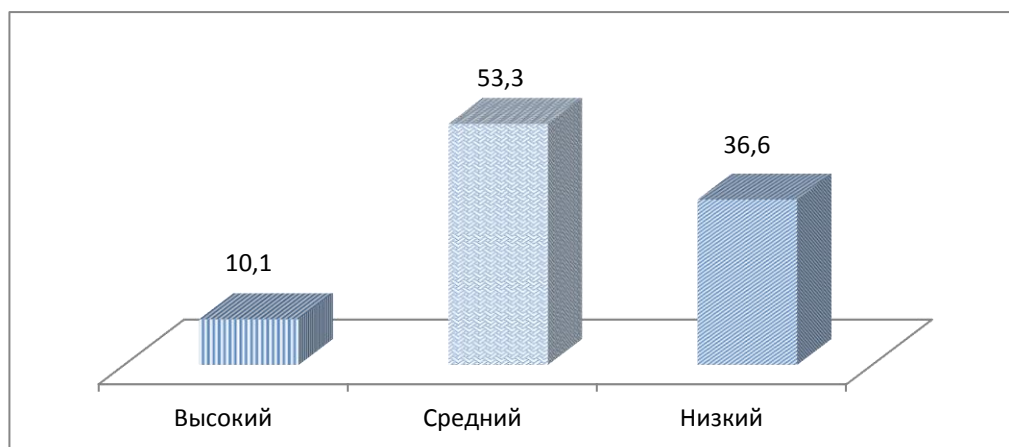


Рис. 2.2.1 Распределение респондентов по уровню саморегуляции (в %)

Интерпретируя рисунок 2.2.1, отметим, что у 36,6% респондентов наблюдается низкий уровень саморегуляции поведения, что говорит о неумении и нежелании продумывать последовательность собственных действий, предпочтении действий методом проб и ошибок, импульсивности, некритичности к собственным действиям, недостаточной сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки результатов. Для респондентов данной группы характерно ощущение неуверенности в быстро меняющихся ситуациях, трудность привыкания к новым условиям, неспособность к адекватному реагированию и быстрому принятию решений. В целом у респондентов с низким уровнем саморегуляции отмечается несформированность потребности в осознанном планировании и программировании своего поведения, большая степень зависимости от ситуации и мнения окружающих. Необходимо отметить, что у людей с низким уровнем саморегуляции снижена возможность компенсации личностных особенностей, которые являются важными для достижения цели. Также это подтвердилось в результате использования метода беседы. При предъявлении вопросов: «Как вы понимаете понятие саморегуляция?», «Как считаете, владеете ли вы навыками саморегуляции?», медицинские работники затруднялись сформулировать что такое саморегуляция, наводящие вопросы не помогали им в формулировке своего мнения. При ответе на вопрос владения навыками саморегуляции, респонденты высказывали положительные ответы, однако не смогли их назвать. В процессе наблюдения отмечалась непоследовательность заполнения, яркие эмоциональные высказывания на определенные утверждения, что говорит о недостаточности сформированности навыков саморегуляции.

У 53,3% опрошенных отмечается средний уровень саморегуляции поведения, который характеризуется сниженной потребностью в планировании, недостаточной реалистичностью планов, подверженностью к смене целей, сниженной адекватностью оценки значимых внутренних условий и внешних обстоятельств, что может проявляться в фантазировании, влекущем за собой

резкие перепады в оценке ситуаций, последствий собственных действий. Личности со средним уровнем саморегуляции поведения также характеризуются импульсивностью действий, сниженной способностью к самостоятельному формированию программы действий, не критичностью к собственным действиям, а также вероятностью появления регуляторных сбоев при отсутствии посторонней помощи.

У 10,1% опрошенных был выявлен высокий уровень саморегуляции поведения, который выражается в сформированности потребности в осознанном планировании деятельности, реалистичности планов и целей, их иерархичности и устойчивости, самостоятельности их построения и выдвижения. Также у респондентов данной категории отмечается способность выделения и анализа значимых условий достижения целей в рамках текущей ситуации, а также в будущем, сформировавшаяся потребность к продумыванию способов и вариантов собственных действий и поведения для достижения поставленных целей, детализированность и развернутость разрабатываемых программ действий. У респондентов с высоким уровнем саморегуляции поведения адекватна самооценка, сформированы и достаточно устойчивы субъективные критерии оценки результатов, наблюдается высокий уровень гибкости к изменяющимся условиям окружающей среды, позволяющий адекватно реагировать на быстрое изменение событий, а также успешно решать поставленную задачу в ситуации риска. У респондентов с высоким уровнем саморегуляции поведения при наличии высокой мотивации отмечается способность к формированию такого стиля саморегуляции, который позволяет компенсировать влияние возможных личностных, характерологических особенностей, способных препятствовать достижению поставленной цели. Таким образом, чем выше уровень саморегуляции поведения, тем легче личность овладевает новыми видами активности, более уверенно чувствует себя в незнакомых ситуациях, тем стабильнее ее успехи в привычных видах деятельности.

Также это подтвердилось в результате использования метода беседы. У респондентов со средним и высоким уровнем саморегуляции при предъявлении тех же вопросов наблюдается сформированное представление о том, что такое саморегуляция, также медицинские работники называли способы саморегуляции, самым используемым методом выступили дыхательные упражнения. В процессе наблюдения отмечается последовательность заполнения, точность действий.

Результаты изучения уровня субъективного контроля представлены на рисунке 2.2.2.

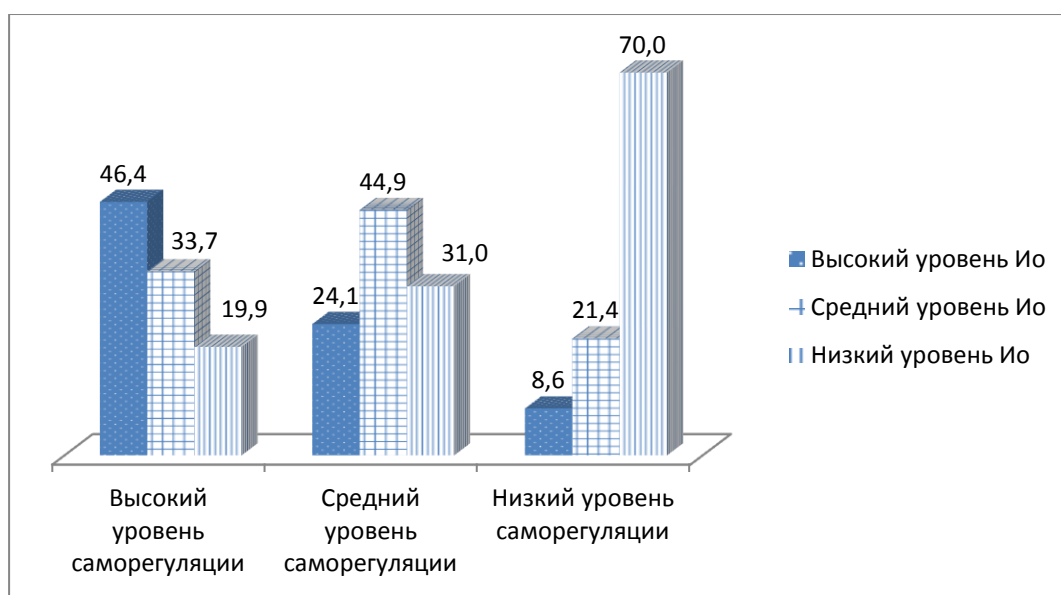


Рис. 2.2.2. Распределение испытуемых по уровню сформированности интернальности (в %)

Как показано на рисунке 2.2.2, в группе респондентов с высоким уровнем саморегуляции поведения у 46,4% опрошенных отмечается высокий уровень общей интернальности ($M_e=7,4$), который характеризуется высоким уровнем субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями. Такие люди считают, что большинство важных событий в жизни является результатом собственных действий и решений. У 33,7% опрошенных данной группы отмечается наличие среднего уровня общей интернальности ($M_e=4,6$), что говорит о наличии среднего уровня субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, а также о средней осознанности смысла и целей

собственной жизни. У 19,9% представителей группы отмечается низкий уровень общей интернальности ($Me=3,1$).

В группе респондентов со средним уровнем саморегуляции поведения у 24,1% респондентов отмечается высокий уровень общей интернальности ($Me=7,9$), у 44,9% отмечается средний уровень общей интернальности ($Me=4,1$). У 31% отмечается низкий уровень общей интернальности (субъективного контроля) ($Me=2,8$).

Также это подтвердилось в результате использования метода беседы. У респондентов со средним и высоким уровнем саморегуляции при предъявлении вопроса: «Как вы считаете, всегда ли можно держать ситуацию под контролем?», респонденты говорили о том, что контроль должен быть над любыми ситуациями. Также они считают, что большинство важных событий в жизни является результатом собственных действий и решений.

В группе обследуемых с низким уровнем саморегуляции поведения. У 21,4% наблюдается средний уровень интернальности ($Me=5,4$), который проявляется в сниженном уровне субъективного контроля над значимыми для личности ситуациями. У 70% респондентов группы с низким уровнем саморегуляции был выявлен низкий уровень субъективного контроля ($Me=2,5$), соответствующий экстернальному локусу контроля личности. Такие люди не склонны видеть связь между собственными действиями и значимыми событиями в жизни, не считают себя способными контролировать происходящее. Для лиц с экстернальным локусом контроля характерна повышенная тревожность, агрессивность и конформность. У респондентов с низким уровнем, при предъявлении того же, вопроса, ответ был невнятным, предприняты попытки оправдаться: «Ну не всегда человек может контролировать ситуацию, внешние факторы могут быть сильнее», это говорит об экстернальном локусе контроля и не способности нести ответственность за события, происходящие в их жизни.

Результаты исследования самоотношения у медицинских работников с разным уровнем саморегуляции представлены на рисунке 2.2.3.

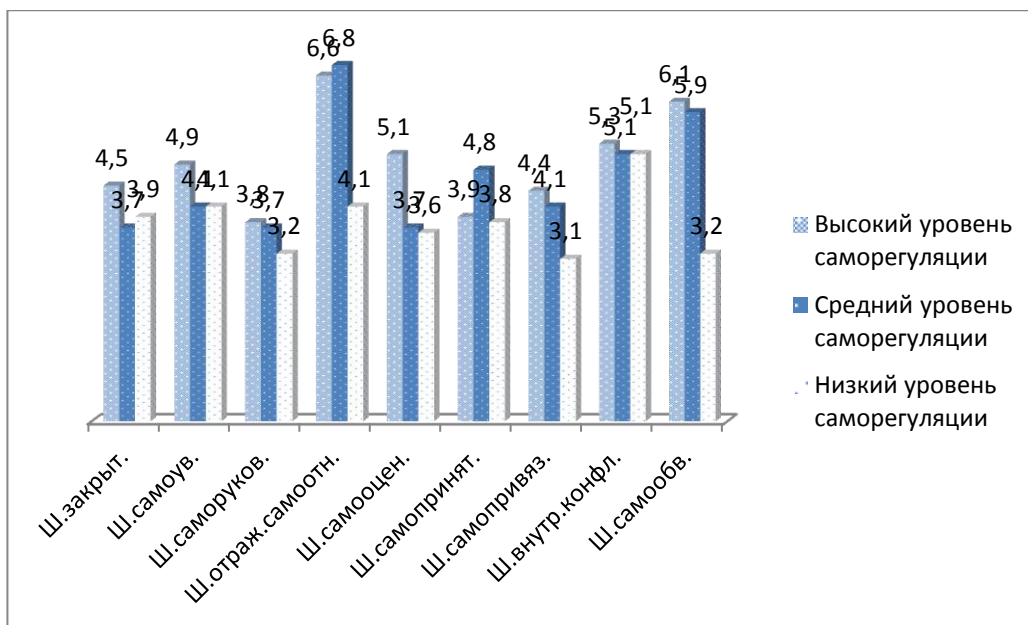


Рис. 2.2.3 Выраженность компонентов самоотношения у респондентов с разным уровнем саморегуляции (ср.б)

Анализируя полученные данные, стоит отметить, что у респондентов с низким уровнем саморегуляции в сфере самоотношения наблюдается преобладание шкал «Внутренняя конфликтность» ($Me=5,1$), «Закрытость» ($Me=3,8$), что говорит о выраженности защитного поведения, желании соответствовать общепринятым нормам поведения и взаимоотношения с окружающими людьми. Они склонны избегать анализа собственных поступков из-за недостаточной сформированности навыков рефлексии, поверхностной оценки собственной личности, осознанном нежелании раскрывать себя, признавать существование личных проблем. У медицинских работников с высоким и средним уровнем саморегуляции наблюдается большая выраженность таких показателей, как «Самоуважение» ($Me=4,9$), «Самопривязанность» ($Me=4,6$), «Самопринятие» ($Me=4,6$) и «Самооценка» ($Me=4,5$). Наименее выражены шкалы «Внутренняя конфликтность» ($Me=3,8$) и «Самоотношение» ($Me=4,1$).

Результаты изучения особенностей самоотношения у респондентов с разным уровнем саморегуляции представлены на рисунке 2.2.4.

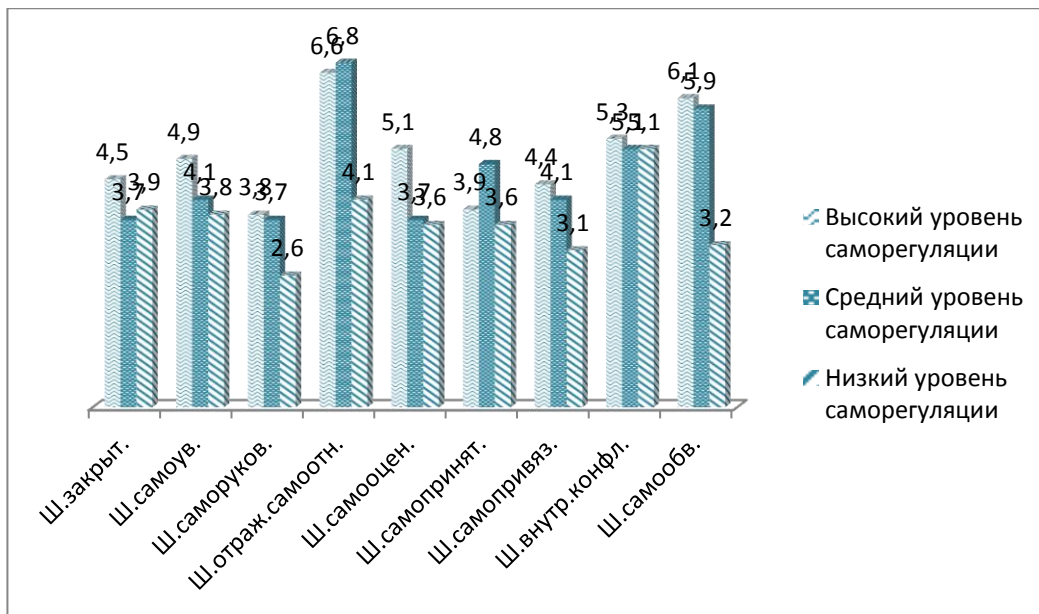


Рис. 2.2.4. Выраженность компонентов самоотношения у респондентов с различным уровнем саморегуляции (ср.б)

Были обнаружены различия по показателю «Саморуководство» у респондентов с высоким и низким уровнем саморегуляции поведения ($U=8,567$; $p<0,05$). Респонденты с низким уровнем саморегуляции отличаются подверженностью внешним воздействиям, ослабленными механизмами саморегуляции, волевого контроля, а также трудностями саморуководства в деятельности, так как причины недостаточной саморегуляции отрицаются или вытесняются. По мере снижения саморегуляции отмечается снижение уровня саморуководства и, наоборот, при повышении уровня саморегуляции повышается уровень саморуководства. Также обнаружены значимые различия среди респондентов по следующим шкалам: «Закрытость» ($U=4,857$; $p<0,05$), «Самоуверенность» ($U=3,142$; $p<0,05$), «Отраженное самоотношение» ($U=5,376$; $p<0,05$), «Самоценность» ($U=4,516$; $p<0,05$), «Самопринятие» ($U=3,783$; $p<0,05$), «Самопривязанность» ($U=5,527$; $p<0,05$), «Внутренняя конфликтность» ($U=4,432$; $p<0,05$), «Самообвинение» ($U=6,351$; $p<0,05$). Итак, лица с низким уровнем саморегуляции поведения отличаются наличием защитного поведения, желанием соответствовать общепринятым нормам, неуверенностью в собственных возможностях, тревожностью, сомнениями в уникальности собственной личности, избирательностью отношения к

собственной личности и результатам своей деятельности, тенденцией к отрицанию собственной вины в конфликтных ситуациях. Данные подтвердились в результате использования метода беседы. У респондентов со средним и высоким уровнем самоотношения при предъявлении вопроса: «Как вы считаете, что такое самоотношение и как оно влияет на вас?», отмечались ответы, говорящие об осведомленности респондентов, они высказывали мнение, что самоотношение влияет на то, как личность относится к себе, о важности воспитывать положительное эмоциональное отношение к своей личности. В процессе беседы с респондентами имеющими низкий уровень саморегуляции, отмечается склонность избегать анализа собственных поступков из-за недостаточной сформированности навыков рефлексии, поверхностной оценки собственной личности, осознанном нежелании раскрывать себя, признавать существование личных проблем.

По результатам факторного анализа данных методики «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой) (в контексте настоящего исследования респондентам предложили оценить среду лечебного учреждения) было выделено 3 фактора (учитывались факторные нагрузки свыше 0,400).

Выявлено, что респонденты с низким уровнем саморегуляции поведения чаще наделяют среду медицинского учреждения такими понятиями, как «напряженная» (0,81), «гнетущая» (0,68), «неприятная» (0,73). Это указывает на то, что у респондентов данной категории снижена самоорганизация, снижено чувство контролируемости событий, имеется негативная эмоциональная оценка медицинского учреждения, влекущая за собой негативизм профессиональной деятельности. Первый фактор получил название «дискомфортность окружающей среды» (дисперсия 31,24%).

Второй фактор представлен понятиями: «непонятная» (0,63), «дезорганизованная» (0,55), «бесполезная» (0,47). Данный фактор указывает на когнитивную напряженность, связанную с низким уровнем систематизации и

организации рабочего пространства, и был назван «когнитивно– оценочный компонент медицинского учреждения» (дисперсия 21,32%).

Третий фактор включал в себя параметры: «полезная» (0,51), «замкнутая» (0,44). Данный фактор позволяет определить, что медицинские работники воспринимают среду медицинского учреждения как полезную, приносящую результат, но закрытую систему. Этот фактор был назван «формальный компонент медицинского учреждения» (дисперсия 19,12%).

Также данные результаты подтвердились в процессе наблюдения. В процессе заполнения бланков, респонденты комментировали каждый из факторов, иллюстрируя свое отношение, так зачастую наблюдались следующие высказывания: «Да, действительно иногда угнетает», «Не понятно, чего от нас хотят», «Мы приносим пользу, но какое к нам отношение». Данные высказывания свидетельствуют о негативной оценке учреждения и необходимости коррекционного воздействия.

Результаты проведенного исследования показали, что медицинские сотрудники с низким уровнем саморегуляции поведения характеризуются низким уровнем интернальности в области достижений, неудач, а также в области производственных отношений. Для респондентов данной группы характерно защитное поведение, желание соответствовать общепринятым нормам, неуверенность в собственных возможностях, тревожность, сомнения в уникальности собственной личности, избирательность отношения к собственной личности и результатам своей деятельности, тенденция к отрицанию собственной вины в конфликтных ситуациях.

Также для лиц с низким уровнем саморегуляции поведения характерна негативная оценка медицинского учреждения.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают необходимость работы, направленной на развитие принятия среды, формирование позитивного отношения, снижение влияния психологических причин на негативное отношение к среде лечебного учреждения.

2.3. Программа психокоррекции и оценка ее эффективности

С целью коррекции принятия среды медицинского учреждения, формирования позитивного отношения, снижения влияния психологических причин на негативное отношение к среде лечебного учреждения для респондентов с низким уровнем саморегуляции была разработана психокоррекционная программа, задачами которой стали:

1. Формирование умения регулировать свое эмоциональное состояние.
2. Обучение техникам и приемам саморелаксации, снятия эмоционального напряжения.
3. Развитие коммуникативной компетентности.

Программа рассчитана на группу из 9– 10 медицинских работников, состоит из 10 занятий. Занятия проводились 1-2 раза в неделю, продолжительностью 1-2 часа.

Коррекционная программа имела следующую структуру:

1. Ритуал приветствия
Цель: создание благоприятной атмосферы в коллективе, прояснение эмоционального состояния участников.
2. Основной этап, работа над реализацией задач коррекционной программы.
Цель: коррекция принятия среды медицинского учреждения, формирование позитивного отношения, снижение влияния психологических причин на негативное отношение к среде лечебного учреждения.
3. Рефлексия.
Цель: подведение итогов, оценка собственных действий и их результатов, осознание эмоционального состояния в конце занятия.

Принципы психокоррекционной работы: деятельностный принцип (генеральным способом коррекционно–развивающего воздействия является процесс организации активной деятельности экспериментальной группы респондентов, в ходе реализации которой создаются условия для ориентировки в трудных, конфликтных ситуациях, организуется необходимая база для

позитивных сдвигов в развитии личности), принцип единства диагностики и коррекции.

Тематическое планирование представлено в таблице 2.3.1.

Таблица 2.3.1.

Тематическое планирование коррекционной программы
«Психокоррекция саморегуляции и формирование положительного отношения
к среде лечебного учреждения у медицинских работников»

Название	Цель	Содержание
Занятие №1 «Знакомство»	-Знакомство участников занятия, -установление дружелюбной атмосферы группы, -создание мотивации на последующие занятия.	1.Упражнение «Автопортрет». 2.Упражнение «Круг знакомств». 3.Упражнение «Знакомство руками». 4.Релаксация. 5.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №2 «Понимание»	-Формирование представлений о невербальных средствах общения; -Развитие умения понимать друг друга без слов; -Развитие навыков сотрудничества	1.Приветствие. 2.Упражнение «Договорись взглядом». 3.Упражнение «Зеркало». 4.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №3 «Сотрудничество»	-Развитие навыков сотрудничества; -Развитие умения работать в группе	1.Приветствие. 2.Упражнение «Писатели». 3.Упражнение «Остров». 4.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №4 «Саморегуляция»	-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков саморукводства -Развитие навыков самоконтроля и самоорганизации	1.Приветствие. 2.Упражнение «Рисунок по кругу» (арт-терапия). 3. Релаксация «Прогулка по лесу». 4.Упражнение «Самоконтроль внешнего выражения эмоций». 5.Упражнение «Дыхательное упражнение». 6.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №5 «Саморегуляция»	-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков	1.Приветствие. 2.Упражнение «Управление дыханием». 3.Упражнение «Воздействие словом».

	самоконтроля и самоорганизации	4.Упражнение «Психологическое время». 5.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие № 6 «Релаксация»	-Снижение психоэмоционального напряжения	1.Релаксация. 2.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №7 «Эмоции»	-Снижение психоэмоционального напряжения -Развитие навыков сотрудничества -Развитие навыков самоконтроля -Развитие умения дифференцировать свое эмоциональное состояние	1.Приветствие. 2.Упражнение «Рисуем настроение». 3.Упражнение «Интонация». 4.Упражнение «Узнавание эмоций». 5.Упражнение «Принимаю ответственность на себя». 6.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №8 «Саморегуляция»	-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков самоконтроля и самоорганизации	1.Упражнение «Концентрация». 2.Упражнение «Лимон». 3.Упражнение «Маска смеха». 4.Упражнение «Концентрация на слове». 5.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №9 «Саморегуляция»	-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков самоконтроля и самоорганизации	1.Приветствие 2.Упражнение «Визуализация». 3.Упражнение «Саморазвивающиеся представления». 4. Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №10 «Итог»	- Психоэмоциональная разгрузка -Рефлексия -Подведение итогов	1.Приветствие 2.Рефлексия по итогам программы: Участники делятся впечатлениями, пожеланиями, обращаются друг к другу с благодарностью, заканчивают предложения: - На занятиях я понял... - На занятиях я стал... - На занятиях я научился... - Отныне я буду...

После повторного психодиагностического исследования экспериментальной группы были получены результаты, свидетельствующие о

наличии положительной динамики. Результаты исследования саморегуляции поведения отражены на рисунке 2.3.1.

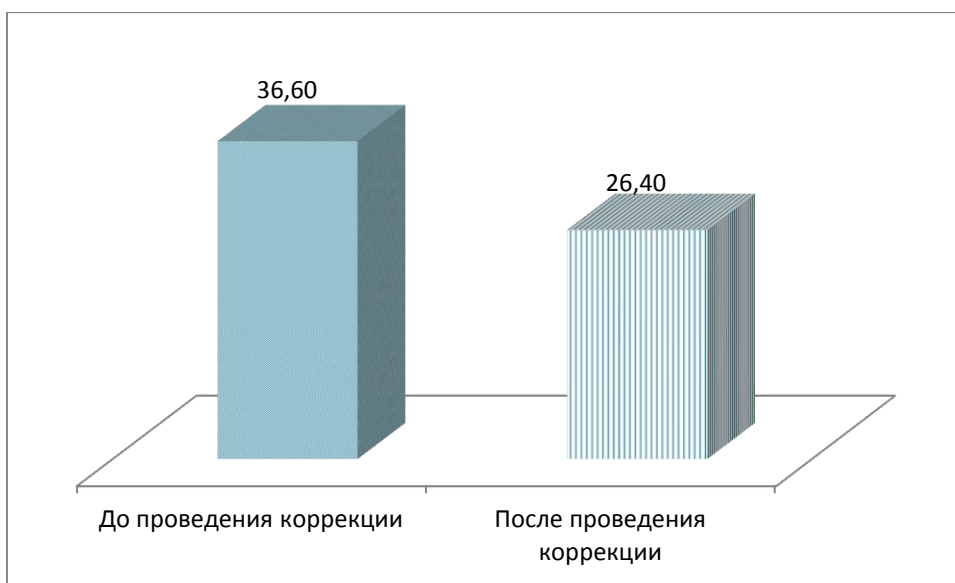


Рис. 2.3.1 Выраженность показателя низкого уровня саморегуляции респондентов до и после коррекционного воздействия (в %)

Сравнительный анализ первичной и вторичной диагностики группы респондентов с низким уровнем саморегуляции поведения показывает снижение количества опрошенных с низким уровнем саморегуляции поведения. Общие данные по всей выборке респондентов приведены ниже (рис. 2.3.2).

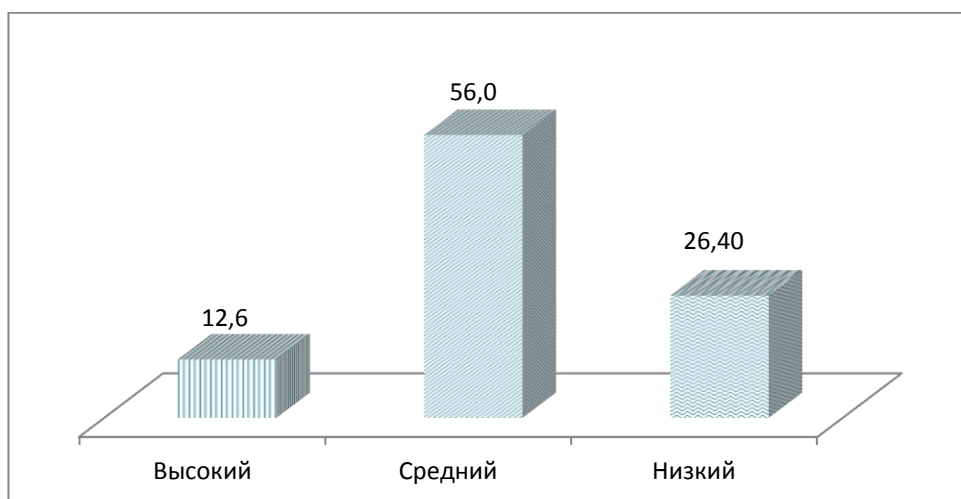


Рис. 2.3.2. Выраженность саморегуляции поведения у респондентов после психокоррекции (в %)

Как показывает анализ результатов первичной и вторичной диагностики, направленной на изучение уровня саморегуляции поведения респондентов, выявлены статистически значимые различия между низким уровнем до и после коррекции ($T=3,4$; $p<0,05$), средним уровнем ($T=3,1$; $p<0,05$), высоким уровнем ($T=2,8$; $p<0,05$), что говорит об эффективности коррекционной программы. Также это подтвердилось в результате беседы, при предъявлении вопросов о саморегуляции, респонденты показывали свою осведомленность в данной области, демонстрировали изученные техники.

Результаты повторного изучения уровня субъективного контроля у респондентов с разным уровнем саморегуляции представлены на рисунке 2.3.3.

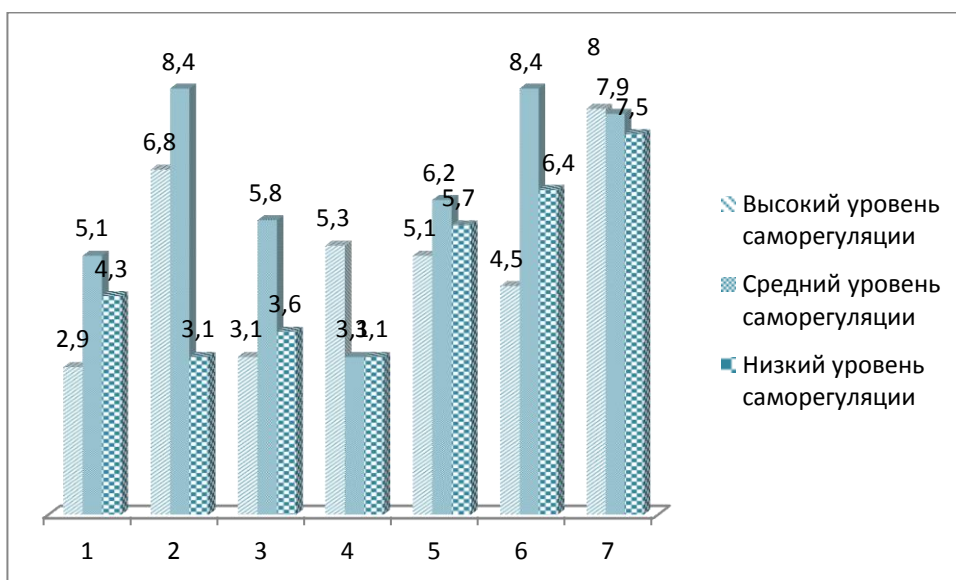


Рис. 2.3.3 Выраженность компонентов субъективного контроля у респондентов с разным уровнем саморегуляции поведения (ср.знач)

(Примечание: 1– шкала интернальности в области достижений, 2– шкала интернальности в обл.неудач, 3– шкала инт.в обл.семейных отношений, 4– шкала интернальности в обл.производственных отношений, 5– шкала интернальности в области межличностных отношений, 6– шкала интернальности в отношении здоровья и болезни, 7 – шкала общей интернальности)

Анализируя данные, представленные на рисунке, можно отметить, что после проведения коррекционной программы повысились показатели по шкале «Интернальность в области достижений» ($T=3,4$; $p<0,05$). Это говорит о том, что респонденты начали осознавать важность контроля над своими действиями,

наступило понимание того, что они сами ответственны за то, что с ними происходит. Обнаружены различия по шкале «Интернальность в области межличностных отношений» ($T=3,9$; $p<0,05$), что говорит о том, что респонденты стали контролировать свои формальные и неформальные отношения с окружающими, возлагать на себя ответственность за построение межличностных отношений. Выявлены различия по шкале «Общий уровень интернальности» ($T=4,1$; $p<0,05$), что говорит о повышении уровня субъективного контроля над любыми значимыми ситуациями, об осознании собственной ответственности в построении жизненных планов. В процессе беседы, отмечается положительная динамика в области субъективного контроля, респонденты начали осознавать важность контроля над своими действиями, стали понимать, что они сами ответственны за то, что с ними происходит

По результатам изучения особенностей самоотношения респондентов с разным уровнем самоконтроля поведения обнаружены различия, представленные на рисунке 2.3.4.

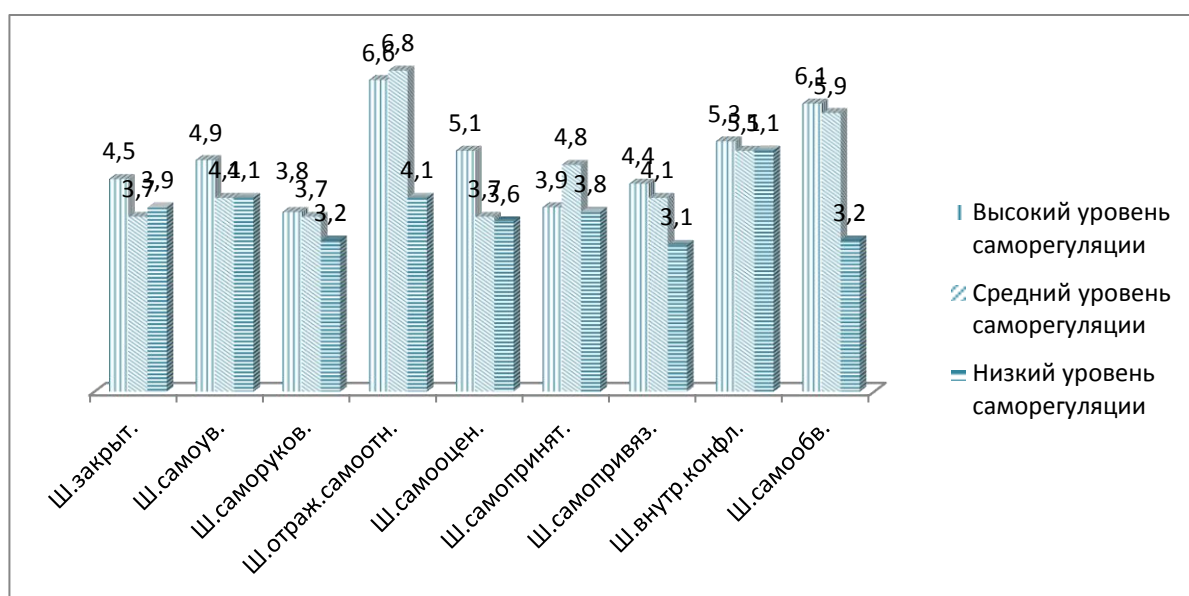


Рис. 2.3.4 Выраженность компонентов самоотношения у респондентов с различным уровнем саморегуляции (ср.б)

Анализируя данные, представленные на рисунке, можно отметить, что после проведения коррекционной программы повысились показатели по шкале

«Самоуверенность» ($T=2,9$; $p<0,05$). Данные изменения говорят о том, что у респондентов наблюдается ощущение уверенности в себе, своей компетентности, способность решать многие жизненные вопросы. Выявлены различия по шкале «Саморуководство» ($T=2,7$; $p<0,05$). Это указывает на то, что респонденты осознают свою способность преодолевать внешние и внутренние препятствия на пути к достижению цели, управлять своими эмоциями, действиями, поступками. Обнаружены различия по показателю «Самопринятие» ($T=2,3$; $p<0,05$). Это свидетельствует о том, что респонденты ощущают симпатию к себе, к определенным качествам своей личности, а также осознают свои недостатки.

По результатам факторного анализа данных методики «Семантический дифференциал» (Ч. Осгуд, адаптация Ю.Г. Панюковой) после психокоррекции было выделено 3 фактора (учитывались факторные нагрузки выше 0,400) (общий процент дисперсии более 50%). Результаты указывают на то, что благодаря положительной динамике уровня саморегуляции поведения, стало формироваться устойчивое положительное отношение к среде медицинского учреждения.

Первый фактор «Дискомфортность окружающей среды». При первичной диагностике среда лечебного учреждения характеризовалась респондентами с низким уровнем саморегуляции как «Напряженная» (0,81), «Гнетущая» (0,68), «Неприятная» (0,73). Это указывает на то, что у респондентов данной группы снижена самоорганизация, снижено чувство контролируемости событий, имеется негативная эмоциональная оценка медицинского учреждения, влекущая за собой негативизм профессиональной деятельности. При повторной диагностике после проведения коррекционной программы наблюдаются изменения в отношении к среде, а именно: снизился уровень «Напряженности» (0,51), что говорит о положительном влиянии коррекционной программы. Также среда лечебного учреждения начала восприниматься как «Поддерживающая» (0,36), «Приятная» (0,46). Таким образом, можно судить о

том, что у респондентов наблюдается формирование положительной эмоциональной оценки среды лечебного учреждения.

Второй фактор «Когнитивно – оценочный компонент медицинского учреждения». При первичной диагностике у респондентов с низким уровнем саморегуляции среда лечебного учреждения была представлена понятиями «Непонятная» (0,63), «Дезорганизованная» (0,55), «Бесполезная» (0,47). Данный фактор указывает на когнитивную напряженность, связанную с низким уровнем систематизации и организации рабочего пространства. После проведения коррекционной работы наблюдаются изменения в следующих характеристиках, а именно: снизился уровень по шкале «Непонятная» (0,43), среда лечебного учреждения начинает выступать как «Организованная» (0,47) и «Полезная» (0,51). Это свидетельствует о положительной когнитивной оценке среды. Данные изменения говорят о положительном влиянии коррекционной программы на отношение медицинских работников к среде лечебного учреждения.

Третий фактор «Формальный компонент медицинского учреждения». При первичной диагностике среда лечебного учреждения характеризовалась такими понятиями, как «Полезная» (0,51), «Замкнутая» (0,44). Данный фактор позволяет определить, что медицинские работники воспринимают среду медицинского учреждения как полезную, приносящую результат, но закрытую систему. После коррекционной работы респонденты оценивают среду как «Полезная» (0,58), «Открытая» (0,36). Таким образом, можно судить о том, что респонденты в большей степени воспринимают среду медицинского учреждения как полезную, приносящую результат. Они считают ее открытой системой, что говорит о формировании положительной эмоциональной оценки среды лечебного учреждения.

В процессе наблюдения отмечается наличие положительного отношения к среде лечебного учреждения, фиксируются такие высказывания, как: «Если подумать, здесь приятно работать», «Мы приносим пользу», что говорит об эффективности коррекционной программы, направленной на

психокоррекцию саморегуляции и формированию положительного отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников.

Таким образом, психокоррекционная программа способствовала повышению самоконтроля, саморегуляции, интернальности, формированию самооотношения. Стало наблюдаться устойчивое нейтральное или положительное отношение к среде лечебного учреждения у медицинских работников. Для закрепления результата необходима целенаправленная и планомерная психокоррекционная работа.

По результатам исследования гипотеза подтвердилась: медицинские работники с низким уровнем саморегуляции характеризуются негативным отношением к среде лечебного учреждения. Использование программы психокоррекции, направленной на развитие навыков саморегуляции, способствует принятию среды, формированию позитивного отношения, снижению влияния психологических причин на негативное отношение к среде лечебного учреждения.

Заключение

В процессе нашего исследования изучалась проблема положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции. В результате проведенного исследования, нам удалось реализовать все поставленные задачи.

Теоретический анализ литературы показал недостаточную разработанность вопроса формирования положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников с низким уровнем саморегуляции, что вызвало интерес к написанию данной работы.

По результатам проведенного исследования удалось сформулировать следующие выводы:

1. Среда лечебного учреждения – это пространство, в рамках которого стихийно или с различной степенью организованности осуществляется процесс развития личности медицинского работника. При изучении основных составляющих среды лечебного учреждения особое внимание стоит уделять предметно-пространственному окружению, условиям труда, возможности удовлетворять потребности сотрудников. Среда выступает собирательной категорией, которая отражает множество условий, способствующих комфортной жизнедеятельности человека. Медицинский работник, находясь в среде лечебного учреждения, постоянно взаимодействует с ее компонентами: пациентами, коллегами, руководством. Поскольку пребывание в стенах лечебного учреждения занимает значительную часть жизни медицинских работников, то процесс индивидуализации и социализации осуществляется в этих условиях.

2. Саморегуляция – это процесс инициации и выдвижения субъектом целей активности, а также процесс управления достижением значимых целей. Саморегуляция представляет внутреннюю целенаправленную активность человека, которая реализуется за счет системного участия самых разных процессов, способность осознанно и организованно влиять на собственное поведение. Она выполняет одну из ведущих функций психики.

3. Профессиональная деятельность медицинского работника связана с переживанием психоэмоционального напряжения. Для медицинских работников способность регулировать свое поведение является неотъемлемой частью профессиональной жизни. Саморегуляция выступает фактором, влияющим на формирование отношения к среде лечебного учреждения. Умение контролировать эмоциональные состояния является важным в жизни медицинского работника.

4. Уровень профессиональных задач, стоящих перед медицинским работником, высок и ответственен. Длительное психоэмоциональное напряжение, переживание негативных эмоций должно сопровождаться эмоциональной разгрузкой; достойной оплатой труда, которая будет соизмерима с уровнем ответственности. Соблюдение данных условий будет способствовать формированию положительного эмоционального отношения к среде лечебного учреждения. Неудовлетворительная среда лечебного учреждения может выступать причиной дезадаптивных состояний и личностных переживаний, приводить к чувству неудовлетворенности своей профессией.

5. Результаты проведенного исследования показали, что медицинские сотрудники с низким уровнем саморегуляции характеризуются низким уровнем интернальности в области достижений, неудач, а также в области производственных отношений. Для респондентов данной группы характерно защитное поведение, желание соответствовать общепринятым нормам, неуверенность в своих возможностях, тревожность, сомнения в уникальности собственной личности, избирательность отношения к собственной личности и результатам своей деятельности, тенденция к отрицанию собственной вины в конфликтных ситуациях.

6. Психокоррекционная программа способствует развитию навыков саморегуляции, что, в свою очередь, влияет на формирование положительного отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников. У респондентов наблюдается повышение самоконтроля, саморегуляции,

интернальности, позитивное самоотношение, устойчивое нейтральное или положительное отношение к среде лечебного учреждения. Для закрепления результата необходима целенаправленная и планомерная психокоррекционная работа.

Также были разработаны рекомендации для медицинских работников, направленные на повышение позитивного отношения к условиям медицинского учреждения:

1. Проанализировать специфику своей профессиональной деятельности, выявите ее достоинства и недостатки, подумать, как можно недостатки превратить в достоинства, что нужно для этого сделать.
2. Определить свои «сильные» профессиональные качества, постараться сделать на них больший акцент в своей профессиональной деятельности; уделяйте внимание тем профессиональным обязанностям, которые хорошо получаются, работать над слабыми.
3. Повышение профессиональной компетентности. Расширение своих возможностей, позволит медицинским работникам углубить свои знания и улучшить свои практические навыки, что повлечет уверенность в себе.
4. Посещение тренинговых занятий, направленных на повышение способностей саморегуляции, что повлечет за собой формирование положительного эмоционального отношения к своей деятельности, к среде лечебного учреждения.
5. Организовать работу с психологом, который будет содействовать разрешению конфликтных ситуаций в коллективе, способствовать ее сплочению, вследствие чего будет формироваться положительное отношение к среде лечебного учреждения.

По результатам исследования гипотеза подтвердилась: медицинские работники с низким уровнем саморегуляции характеризуются негативным отношением к среде лечебного учреждения. Использование программы психокоррекции, направленной на развитие навыков саморегуляции, способствует принятию среды, формированию позитивного отношения,

снижению влияния психологических причин на негативное отношение к среде
лечебного учреждения.

Список использованной литературы

1. Ананьев, Б.Г. Человек как предмет познания [Текст] / Б.Г. Ананьев. – СПб.: Питер – Мастера психологии, 2016. – 288с.
2. Брушлинский, А.В. Общая психология: Учеб. Для студентов пед. ин-тов [Текст] / А. В. Петровский, В. П. Зинченко. – М.: Просвещение, 1986. – 464 с.
3. Васильева, Л.Н. О коммуникативной компетентности будущих врачей [Текст] / Л.Н. Васильева // Медицинская психология в России: электрон. 171 научн. журн. – 2013. – N 5 (22) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 17.08.2018).
4. Гиппократ. Избранные книги. Т. 1. [Текст] / Гиппократ / Пер. с греч., вступ. ст. В.П. Карпова. – М.: Гос. издательство биологической и медицинской литературы, 1936. – С. 97-98.
5. Грановская, Р.М. Защита личности [Текст]/ Р.М. Грановская, И.М. Никльская. - СПб.: Речь, 2000. — 507 с.
6. Гримак, Л.П. Резервы человеческой психики [Текст]/ Л.П. Гримак. – СПб.: Питер, 1989. – 286с.
7. Дерябо, С.Д. Экологическая педагогика и психология [Текст] / С.Д. Дерябо, В.А. Ясвин. – Ростов-н/Д: Феникс, 1996. – 342с.
8. Додонов, Б.И. Эмоции как ценность [Текст] / Б.И. Додонов – М.: Политиздат, 1978. – 272с.
9. Зейгарник Б. В. Саморегуляция поведения в норме и патологии [Текст] / Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, Е. Мазур Психологический журнал — 1989. — т. 2. — № 2
10. Ильин, И.А. Путь к очевидности [Текст] / И.А. Ильин. – М.: АСТ, 2007. – 224с
11. Ильясов, Ф.Н. Удовлетворенность трудом (анализ структуры, измерение, связь с производственным поведением) [Текст] / Ф.Н. Ильясов // Под ред. В.Г. Андреевкова. – Ашхабад: Наука, 1988. – 100с.

12. Искра, Н.Н. Распознавание эмоций на лицах детей раннего возраста: Автореферат дис. кандид. психологич. наук – М.: 2006. – 23с.
13. Каганов, Г.З. Урбанистический эпос и развитие городов [Текст] / Г.З. Каганов.– СПб.: Питер, 1975.– N8.
14. Карвасарский, Б.Д. Психотерапия : учебник для вузов [Текст] / Б.Д. Карвасарский/ под ред. Б. Д. Карвасарского. – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2012 – 672 с.
15. Катрунов, В.А. Этические аспекты отношений врача и пациента в современной системе российского здравоохранения [Текст] / В.А. Катрунов, Э.Р. Фахрудинова, А.Г. Чебан, А.Д. Кампос // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2016. – Т.6. – №1. – С. 203-204.
16. Кацера, А. А. Подходы к трактовке саморегуляции в психологии [Текст]/ А.А. Кацера, А.В. Кобзарь // Психологические науки: теория и практика: материалы II Междунар. науч. конф. (г. Москва, март 2014 г.). — М.: Буки-Веди, 2014. — С. 10-12. — URL <https://moluch.ru/conf/psy/archive/110/4694/> (дата обращения: 07.09.2018).
17. Климов, Е.А. Психология профессионального самоопределения [Текст] / Е.А. Климов. – М.: Академия, 2010. – 304с.
18. Ковалев, Г.А. Психическое развитие ребенка и жизненная среда [Текст] / Г.А. Ковалев // Вопросы психологии. –1993. – № 1. С. 13-23.
19. Ковтун Ю.Ю. Исследование экологического сознания субъектов среды лечебного учреждения [Текст] / Ю.Ю. Ковтун // Экология субъективной сферы личности: Коллективная монография / отв. редактор Т.Н. Разуваева. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2016. С. 72-83.
20. Кряж, И. В. Психология глобальных экологических изменений: монография [Текст] / И. В. Кряж. – Х.: ХНУ имени В. Н. Каразина, 2012. – 512 с.
21. Лапчинская, Н.В. Психологические условия формирования экологического сознания: диссертация ... кандидата психологических

- наук: 19.00.01 [Текст] / Н.В. Лапчинская; [Место защиты: Психологический институт РАО]. – Москва, 2001. – 204 с.
22. Леонтьев, А.Н. Деятельность. Сознание. Личность [Текст] / А.Н. Леонтьев. – М.: Смысл, 2005. – 352 с.
23. Леонтьев, Д.А. Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности [Текст] / Д.А. Леонтьев – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Смысл, 2007. – 512 с.
24. Лукина, М.Г. Физиологические корреляты эмоции стыда: Автореферат дис. на соиск. уч. степ. кандид. биологич. наук – М.: 2005. – 19с.
25. Макаренко, Ю.А. Системная организация эмоционального поведения [Текст] / Ю.А. Макаренко – М.: Медицина, 1980. – 208с.
26. Мардер, А.П. Металл в архитектуре [Текст]/А.П. Мардер. – М.:Стройиздат, 1980. – 232с.
27. Марчукова, С.М. Медицина в зеркале истории [Текст] / С.М. Марчукова. –М.: Европейский Дом, 2003. – 272 с.
28. Маркс, К.Г. Капитал [Текст]/ К.Г. Маркс. – М.: Азбука, Азбука-Аттикус, 2018. – 286с.
29. Маслова, О. П. Социально – психологическая составляющая трудового потенциала медицинского работника [Текст] / О.П. Маслова, О. Ю. Калмыкова, М. Б. Хайкин // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. – 2010. [Электронный ресурс]. – URL: <https://cyberleninka.ru> (дата обращения 11.10.2018).
30. Мдивани, М.О. Профессиональная среда и удовлетворенность трудом [Текст] / М.О. Мдивани, Е.Н. Климова// Экопсихологические исследования: сборник материалов V Российской конференции по экологической психологии 26-27.12. 2008, Москва / Под ред. В.И. Панова. – Москва: Психологический институт РАО, 2009. – С. 277-290.
31. Менделевич, В.Д. Клиническая и медицинская психология: Учебное пособие [Текст] / В.Д. Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 432 с.

32. Моросанова, В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции в произвольной активности человека. Психологический журнал Т.16 №4, 1995
33. Недуруева, Т.В. Профессиональное здоровье медицинских работников: структурно-критериальный подход [Текст] / Т.В. Недуруева // «Ученые записки РГСУ». – М: РГСУ, 2012. – № 2 (102). – С. 163–168.
34. Николаева, В.В. Психосоматика: телесность и культура: Учебное пособие для вузов [Текст]/ В.В. Николаева. – М: Академический Проект, 2009 – 307с.
35. Овсянникова, О.В. Экологическое сознание: сущность и пути становления. Экологическое образование: концепции и методические подходы [Текст] / О.В. Овсянникова, А.В. Гусева, О. В. Яковенко / Под ред. Мамедова Н. М. – М., 1996. – С. 24-34.
36. Панов, В.И. Психическое состояние в структуре экологического сознания [Текст] / В.И. Панов, Т.Е. Егорова, Н.В. Лапчинская // Психология психических состояний: Сб-к статей. Вып.4 / Под ред. А. О. Прохорова.– Казань: Изд-во «Центр инновационных технологий», 2002. – С. 100-118.
37. Панов, В.И. Введение в экологическую психологию: учебное пособие. – 2-е изд [Текст] / В.И. Панов. – М.: НИИ Школьных технологий, 2006. – 184с.
38. Панюкова, Ю.Г. Психология предметно-пространственной среды: основные направления исследований [Текст] / Ю.Г. Панюкова // В книге: 7-я российская конференция по экологической психологии. Тезисы. – 2015. – С. 348-351.
39. Петросян, Р.А. Эмоции и воля в духовном развитии личности (социально – философский аспект): Диссертация. на соиск. уч. степ. кандид. философских. наук – М.: 1984. – 202
40. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии. [Текст] / С. Л. Рубинштейн. – СПб.: Питер, 2002. – 720 с.

41. Сердюк, И.И. Городская среда и оптимизация деятельности человека / И. И. Сердюк, В. О. Курт-Умеров. - Львов: Вища школа, Издательство при Львовском университете, 1987. - 198,[1] с. - Библиогр.: с. 195-197.
42. Слободчиков, В.И. О понятии образовательной среды в концепции развивающего образования [Текст] / В.И. Слободчиков. – М.: Эксплицентр РОСС, 2000. – 230 с.
43. Столяренко, Л.Д. Психология общения [Текст]/ Л.Д. Столяренко, С.И. Самыгин. – М.: Аст 2009
44. Тэн, И.А. Философия искусства [Текст] / И.А. Тен / пер. с фр.; общ.ред. А.М. Микиша; вступ.ст. П.С. Гуревич. – М.: Республика, 1996. – 351с.
45. Харди, И. Психология работы с больными [Текст] / И. Харди / Пер. с венгерского Алекса М. – 4–е издание, стереотипное. – Будапешт: Изд-во АН Венгрии, 1981. – 288 с.
46. Roger, K. The role of the physical environment in a 21st century hospital [Text] / N. Ulrich, K., Roger, E. Joseph, Chaudhary, 2004

ПРИЛОЖЕНИЯ

Опросник стиль саморегуляции поведения (В.И. Моросанова)

Инструкция.

Предлагаем Вам ряд высказываний об особенностях поведения.

Последовательно прочитав каждое высказывание, выберите один из четырех возможных ответов: «Верно», «Пожалуй, верно», «Пожалуй, неверно», «Неверно» и поставьте крестик в соответствующей графе на листе ответов.

Не пропускайте ни одного высказывания. Помните, что не может быть хороших или плохих ответов, так как это не испытание Ваших способностей, а лишь выявление индивидуальных особенностей Вашего поведения.

1. Свои планы на будущее люблю разрабатывать в малейших деталях.
2. Люблю всякие приключения, могу идти на риск.
3. стараюсь всегда приходить вовремя, но тем не менее часто опаздываю.
4. Придерживаюсь девиза «Выслушай совет, но сделай по-своему».
5. Часто полагаюсь на свои способности ориентироваться по ходу дела и не стремлюсь заранее представить последовательность своих действий.
6. Окружающие отмечают, что я недостаточно критичен к себе и своим действиям, но сам я это не всегда замечаю.
7. Накануне контрольных или экзаменов у меня обычно появляется чувство, что не хватило 1-2 дня для подготовки.
8. чтобы чувствовать себя уверенно, необходимо, необходимо знать, что ждет тебя завтра.
9. Мне трудно себя заставить что-либо переделывать, даже если качество сделанного меня не устраивает.
10. Не всегда замечаю свои ошибки, чаще это делают окружающие меня люди.
11. Переход на новую систему работы не причиняет мне особых неудобств.
12. Мне трудно отказаться от принятого решения даже под влиянием близких мне людей.
13. Я не отношу себя к людям, жизненным принципом которых является «Семь раз отмерь, один раз отрежь».
14. Не выношу, когда меня опекают и за меня что-то решают.
15. не люблю много раздумывать о своём будущем.
16. В новой одежде часто ощущаю себя неловко.
17. Всегда заранее планирую свои расходы, не люблю делать незапланированных покупок.
18. Избегаю риска, плохо справляюсь с неожиданными ситуациями.
19. Моё отношение к будущему часто меняется: то строю радужные планы, то будущее кажется мне мрачным.
20. Всегда стараюсь продумать способы достижения цели, прежде чем начну действовать.
21. Предпочитаю сохранить независимость даже от близких мне людей.
22. Мои планы на будущее обычно реалистичны, и я не люблю их менять.
23. В первые дни отпуска (каникул) при смене образа жизни всегда появляется чувство дискомфорта.
24. При большом объеме работы неминуемо ухудшение результатов.
25. Люблю перемены в жизни, смену обстановки и образа жизни.
26. Не всегда вовремя замечаю изменения обстоятельств и из-за этого терплю неудачи.
27. Бывает, что настаиваю на своём, даже когда не уверен в своей правоте.
28. Люблю придерживаться заранее намеченного на день плана.
29. Прежде чем выяснить отношения, стараюсь представить себе различные способы преодоления конфликта.
30. В случае неудачи всегда ищу, что же было сделано неправильно.
31. Не люблю посвящать кого-либо в свои планы, редко слеую чужим советам.
32. Считаю разумным принцип: сначала надо ввязаться в бой, а затем искать средства для победы.

33. Люблю помечтать о будущем, но это скорее фантазии, чем реальность.
34. Стараюсь всегда учитывать мнение товарищей о себе и своей работе.
35. Если я занят чем-то важным для себя, то могу работать в любой обстановке.
36. В ожидании важных событий стремлюсь заранее представить последовательность своих действий при том или ином развитии ситуации.
37. Прежде чем взяться за дело, мне необходимо собрать подробную информацию об условиях его выполнения и сопутствующих обстоятельствах.
38. Редко отступаю от начатого дела.
39. Часто допускаю небрежное отношение к своим обязательствам в случаи усталости и плохого самочувствия.
40. Если я считаю, что прав, то меня мало волнует мнение окружающих о моих действиях.
41. Про меня говорят, что я «разбрасываюсь», не умею отделить главного от второстепенного.
42. Не умею и не люблю за ранее планировать свой бюджет.
43. Если в работе не удалось добиться устраивающего меня качества, стремлюсь переделать, даже если окружающим это не важно.
44. После размышления конфликтной ситуации часто мысленно к ней возвращаюсь, перепроверяю предпринятые действия и результаты.
45. Непринужденно чувствую себя незнакомой компании, новые люди мне обычно интересны.
46. Обычно резко реагирую на возражения, стараюсь думать и делать все по-своему.

ЛИСТ ОТВЕТОВ

Псевдоним _____ Пол _____ Возраст _____

Дата _____

№	Верно	Пожалуй, верно	Пожалуй, неверно	Неверно	№	Верно	Пожалуй, верно	Пожалуй, неверно	Неверно
1					25				
2					26				
3					27				
4					28				
5					29				
6					30				
7					31				
8					32				
9					33				
10					34				
11					35				

12					36				
13					37				
14					38				
15					39				
16					40				
17					41				
18					42				
19					43				
20					44				
21					45				
22					46				
23									
24									

Тест – опросник субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера.

Инструкция: вам предлагается ряд утверждений. Последовательно прочитайте их и выразите свое отношение к каждому пункту, используя семибальную шкалу от -3 («полностью не согласен») до +3 («полностью согласен»). Баллы занесите в бланк ответов.

- полностью не согласен (-3)
- не согласен(-2)
- скорее не согласен, чем согласен(-1)
- скорее согласен, чем не согласен(1)
- согласен(2)
- полностью согласен(3)

СПРАВА ОТ ПОРЯДКОВОГО НОМЕРА ПОСТАВЬТЕ ЦИФРУ, СООТВЕТСТВУЮЩУЮ ВАШЕМУ ОТВЕТУ (-3;-2;-1;1;2;3)

1. Продвижение по службе больше зависит от удачного стечения обстоятельств, чем от способностей и усилий человека.
2. Большинство разводов происходит от того, что люди не захотели приспособиться друг к другу.
3. Болезнь — дело случая; если уж суждено заболеть, То ничего не поделаешь.
4. Люди оказываются одинокими из-за того, то сами не проявляют интереса и дружелюбия к окружающим.
5. Осуществление моих желаний часто зависит от везения.
6. Бесполезно предпринимать усилия для того, чтобы завоевать симпатии других людей.
7. Внешние обстоятельства, родители и благосостояние влияют на семейное счастье не меньше, чем отношения супругов.
8. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что происходит со мной.
9. Как правило, руководство оказывается более эффективным, когда руководитель полностью контролирует действия подчиненных, а не полагается на их самостоятельность.
10. Мои отметки в школе, в институте часто зависят от случайных обстоятельств (например, настроения преподавателя) больше, чем от моих собственных усилий.
11. Когда я строю планы, то, в общем, верю, что смогу осуществить их.
12. То, что многим людям кажется удачей или везением, на самом деле является результатом долгих целенаправленных усилий.
13. Думаю, что правильный образ жизни может больше помочь здоровью, чем врачи и лекарства.
14. Если люди не подходят друг другу, то, как бы они ни старались, наладить семейную жизнь все равно не смогут.
15. То хорошее, что я делаю, обычно бывает по достоинству оценено другими.
16. Люди вырастают такими, какими их воспитывают родители.
17. Думаю, что случай или судьба не играют важной роли в моей жизни.
18. Я не стараюсь планировать далеко вперед, потому что многое зависит от того, как сложатся обстоятельства.
19. Мои отметки в школе больше всего зависели от моих усилий и уровня подготовленности.
20. В семейных конфликтах я чаще чувствую вину за собой, чем за противоположной стороной.
21. Жизнь большинства людей зависит от стечения обстоятельств.

22. Я предпочитаю такое руководство, при котором можно самостоятельно определить, что и как делать.
23. Думаю, что мой образ жизни ни в коей мере не является причиной моих болезней.
24. Как правило, именно неудачное стечение обстоятельств мешает людям добиться успеха в своих делах.
25. В конце концов, за плохое управление организацией ответственны сами люди, которые в ней работают.
26. Я часто чувствую, что ничего не могу изменить в сложившихся обстоятельствах.
27. Если я очень захочу, то смогу расположить к себе почти любого.
28. На подрастающее поколение влияет так много обстоятельств, что усилия родителей по его воспитанию часто оказываются бесполезными.
29. То, что со мною случается, — это дело моих собственных рук.
30. Трудно бывает понять, почему руководители поступают именно так, а не иначе.
31. Человек, который не смог добиться успеха в своей работе, скорее всего, не проявил достаточно усилий.
32. Чаще всего я могу добиться от членов моей семьи того, что хочу.
33. В неприятностях и неудачах, которые были в моей жизни, чаще были виновны другие люди, чем я сам.
34. Ребенка всегда можно уберечь от простуды, если за ним следить и правильно одевать.
35. В сложных обстоятельствах я предпочитаю подождать, пока проблемы не разрешатся сами собой.
36. Успех является результатом упорной работы и мало зависит от случая или везения.
37. Я чувствую, что от меня больше, чем от кого бы то ни было, зависит счастье моей семьи.
38. Мне всегда было трудно понять, почему я нравлюсь одним людям и не нравлюсь другим.
39. Я всегда предпочитаю принимать решение и действовать самостоятельно, а не надеяться на помощь других людей или на судьбу.
40. К сожалению, заслуги человека часто остаются непризнанными, несмотря на все его старания.
41. В семейной жизни бывают такие ситуации, которые невозможно разрешить даже при самом сильном желании.
42. Способные люди, не сумевшие реализовать свои возможности, должны винить в этом только самих себя.
43. Многие мои успехи были возможны только благодаря помощи других людей.
44. Большинство моих неудач произошло от неумения, незнания или лени и мало зависело от везения или невезения.

Методика исследования самооотношения С.Р. Пантелеева.

Инструкция: Вам предложен перечень суждений, характеризующих отношение человека к себе, к своим поступкам и действиям. Внимательно прочитайте каждое суждение. Если Вы согласны с содержанием суждения, то рядом с порядковым номером суждения поставьте "+", если не согласны, то "-".

Фамилия, имя, отчество (или символ) _____

Возраст _____

Другие сведения _____

Дата обследования _____

1. Мои слова довольно редко расходятся с делами.
2. Случайному человеку я, скорее всего, покажусь человеком приятным.
3. К чужим проблемам я всегда отношусь с тем же пониманием, что и к своим.
4. У меня нередко возникает чувство, что то, о чем я с собой мысленно разговариваю, мне неприятно.
5. Думаю, что все мои знакомые относятся ко мне с симпатией.
6. Самое разумное, что может сделать человек в своей жизни, это не противиться собственной судьбе.
7. У меня достаточно способностей и энергии воплотить в жизнь задуманное.
8. Если бы я раздвоился, то мне было бы довольно интересно общаться со своим двойником.
9. Я не способен причинять душевную боль самым любимым и родным мне людям.
10. Я считаю, что не грех иногда пожалеть самого себя.
11. Совершив какой-то промах, я часто не могу понять, как же мне могло прийти в голову, что из задуманного могло получиться что-нибудь хорошее.
12. Чаще всего я одобряю свои планы и поступки.
13. В моей личности есть, наверное, что-то такое, что способно вызвать у других острую неприязнь.
14. Когда я пытаюсь оценить себя, я прежде всего вижу свои недостатки.
15. У меня не получается быть для любимого человека интересным длительное время.
16. Можно сказать, что я ценю себя достаточно высоко.
17. Мой внутренний голос редко подсказывает мне то, с чем бы я в конце концов не согласился.
18. Многие мои знакомые не принимают меня так уж всерьез.
19. Бывало, и не раз, что я сам остро ненавидел себя.
20. Мне очень мешает недостаток энергии, воли и целеустремленности.
21. В моей жизни возникали такие обстоятельства, когда я шел на сделку с собственной совестью.
22. Иногда я сам себя плохо понимаю.
23. Порой мне бывает мучительно больно общаться с самим собой.
24. Думаю, что без труда смог бы найти общий язык с любым разумным и знающим человеком.
25. Если я и отношусь к кому-нибудь с укоризной, то прежде всего к самому себе.
26. Иногда я сомневаюсь, можно ли любить меня по-настоящему.
27. Нередко мои споры с самим собой обрываются мыслью, что все равно выйдет не так, как я решил.
28. Мое отношение к самому себе можно назвать дружеским.
29. Вряд ли найдутся люди, которым я не по душе.
30. Часто я не без издевки подшучиваю над собой.
31. Если бы мое второе «Я» существовало, то для меня это был бы довольно скучный партнер по общению.

32. Мне представляется, что я достаточно сложился как личность, и поэтому не трачу много сил на то, чтобы в чем-то стать другим.
33. В целом меня устраивает то, какой я есть.
34. К сожалению, слишком многие не разделяют моих взглядов на жизнь.
35. Я вполне могу сказать, что уважаю сам себя.
36. Я думаю, что имею умного и надежного советчика в себе самом.
37. Сам у себя я довольно часто вызываю чувство раздражения.
38. Я часто, но довольно безуспешно пытаюсь в себе что-то изменить.
39. Я думаю, что моя личность гораздо интереснее и богаче, чем это может показаться на первый взгляд.
40. Мои достоинства вполне перевешивают мои недостатки.
41. Я редко остаюсь непонятым в самом важном для меня.
42. Думаю, что другие в целом оценивают меня достаточно высоко.
43. То, что со мной случается, - это дело моих собственных рук.
44. Если я спорю с собой, то всегда уверен, что найду единственно правильное решение.
45. Когда со мной случаются неприятности, как правило, я говорю: «И поделом тебе».
46. Я не считаю, что достаточно духовно интересен для того, чтобы быть притягательным для многих людей.
47. У меня нередко возникает сомнения: а таков ли я на самом деле, каким себе представляюсь?
48. Я не способен на измену даже в мыслях.
49. Чаще всего я думаю о себе с дружеской иронией.
50. Мне кажется, что мало кто может подумать обо мне плохо.
51. Уверен, что на меня можно положиться в самых ответственных делах.
52. Я могу сказать, что в целом я контролирую свою судьбу.
53. Я никогда не выдаю понравившиеся мне чужие мысли за свои.
54. Каким бы я ни казался окружающим, я то знаю, что в глубине души я лучше, чем большинство других.
55. Я хотел бы оставаться таким, какой я есть.
56. Я всегда рад критике в свой адрес, если она обоснована и справедлива.
57. Мне кажется, что если бы таких людей, как я, было больше, то жизнь изменилась бы в лучшую сторону.
58. Мое мнение имеет достаточный вес в глазах окружающих.
59. Что-то мешает мне понять себя по-настоящему.
60. Во мне есть немало такого, что вряд ли вызывает симпатию.
61. В сложных обстоятельствах я обычно не жду, пока проблемы разрешатся сами собой.
62. Иногда я пытаюсь выдать себя не за того, кто я есть.
63. Быть снисходительным к собственным слабостям - вполне естественно.
64. Я убедился, что глубокое проникновение в себя - малоприятное и довольно рискованное занятие.
65. Я никогда не раздражаюсь и не злюсь без особых на то причин.
66. У меня бывают такие моменты, когда я понимал, что меня есть за что презирать.
67. Я часто чувствую, что мало влияю на то, что со мной происходит.
68. Именно богатство и глубина моего внутреннего мира и определяют мою ценность как личности.
69. Долгие споры с собой чаще всего оставляют горький осадок в моей душе, чем приносят облегчение.
70. Думаю, что общение со мной доставляет людям искреннее удовольствие.
71. Если говорить откровенно, иногда я бываю очень неприятен.
72. Можно сказать, что я себе нравлюсь.
73. Я человек надежный.
74. Осуществление моих желаний мало зависит от везения.

75. Мое внутреннее «Я» всегда мне интересно.
76. Мне очень просто убедить себя не расстраиваться по пустякам.
77. Близким людям свойственно меня недооценивать.
78. У меня в жизни нередко бывают минуты, когда я сам себе противен.
79. Мне кажется, что я все-таки не умею злиться на себя по-настоящему.
80. Я убедился, что в серьезных делах на меня лучше не рассчитывать.
81. Порой мне кажется, что я какой-то странный.
82. Я не склонен пасовать перед трудностями.
83. Мое собственное «Я» не представляется мне чем-то достойным глубокого внимания.
84. Мне кажется, что, глубоко обдумывая свои внутренние проблемы, я научился гораздо лучше себя понимать.
85. Сомневаюсь, что вызываю симпатию у большинства окружающих.
86. Мне случалось совершать такие поступки, которым вряд ли можно найти оправдание.
87. Где-то в глубине души я считаю себя слабаком.
88. Если я искренне и обвиняю себя в чем-то, то, как правило, обличительного запала хватает ненадолго.
89. Мой характер, каким бы он ни был, вполне меня устраивает.
90. Я вполне представляю себе, что меня ждет впереди.
91. Иногда мне бывает трудно найти общий язык со своим внутренним «Я».
92. Мои мысли о себе по большей части сводятся к обвинениям в собственный адрес.
93. Я не хотел бы сильно меняться даже в лучшую сторону, потому что каждое изменение - это потеря какой-то дорогой частицы самого себя.
94. В результате моих действий слишком часто получается совсем не то, на что я рассчитывал.
95. Вряд ли во мне есть что-то, чего бы я не знал.
96. Мне еще многого не хватает, чтобы с уверенностью сказать себе: «Да, я вполне созрел как личность».
97. Во мне вполне мирно уживаются как мои достоинства, так и мои недостатки.
98. Иногда я оказываю «бескорыстную» помощь людям только для того, чтобы лучше выглядеть в собственных глазах.
99. Мне слишком часто и безуспешно приходится оправдываться перед самим собой.
100. Те, кто меня не любит, просто не знают, какой я человек.
101. Убедить себя в чем-то не составляет для меня большого труда.
102. Я не испытываю недостатка в близких и понимающих меня людях.
103. Мне кажется, что мало кто уважает меня по-настоящему.
104. Если не мелочиться, то в целом меня не в чем упрекнуть.
105. Я сам создал себя таким, каков я есть.
106. Мнение других обо мне вполне совпадает с моим собственным.
107. Мне бы очень хотелось во многом себя переделать.
108. Ко мне относятся так, как я того заслуживаю.
109. Думаю, что моя судьба сложится все равно не так, как бы мне хотелось теперь.
110. Уверен, что в жизни я на своем месте.

Метод семантический дифференциал (Ч. Осгуд в адаптации Ю.Г. Панюковой).

Вам предложены ряд слов, выражающие ваше отношение к среде лечебного учреждения. Выберите те, которые характеризуют ваше отношение.

Злая	Добрая
Гнетущая	Поддерживающая
Дезорганизованная	Организованная
Напряженная	Комфортная
Грубая	Мягкая
Бесполезная	Полезная
Неприятная	Приятная
Тусклая	Яркая
Замкнутая	Открытая
Непонятная	Понятная

Сводная таблица данных по методике стиль саморегуляции поведения (В.И. Моросанова).

№ п/п	Ш. Планир.	Ш. Моделир.	Ш. Програм.	Ш. Оц.рез-ов	Ш. Гибк.	Ш. Самост.	Общ.ур.самор.
1	7	3	7	4	7	4	27 ср
2	6	3	3	4	5	3	24 ср
3	3	4	5	5	3	6	26 ср
4	3	4	3	3	4	6	23 низ
5	2	4	6	3	4	2	21 низ
6	2	3	5	3	4	2	19 низ
7	4	3	5	4	3	2	21 низ
8	7	4	3	3	4	4	25 ср
9	6	4	2	4	2	3	21 низ
10	2	5	5	3	6	4	25 ср
11	7	4	7	6	8	7	39 выс
12	4	1	4	7	6	4	26 ср
13	3	4	8	5	3	3	26 ср
14	3	5	3	7	5	5	28 ср
15	5	5	2	3	6	3	24 ср
16	5	4	3	4	5	3	24 ср
17	3	2	3	5	6	2	21 низ
18	2	5	6	4	7	5	29 ср
19	4	5	3	2	4	4	22 низ
20	8	8	4	2	5	4	31 ср
21	5	4	6	3	4	2	24 ср
22	4	4	6	2	3	5	24 ср
23	3	6	4	3	4	3	23 низ
24	1	5	2	6	3	4	21 низ
25	7	2	3	5	2	5	24 ср

26	3	4	4	2	4	5	22 низ
27	4	1	4	2	4	4	19 низ
28	2	4	6	5	4	5	26 ср
29	7	6	7	5	4	5	34 выс
30	7	5	7	7	5	7	33 выс

Сводная таблица данных по методике «Тест – опросник субъективного контроля (УСК) Дж. Роттера».

№ п/п	ш. общ. Интернальности.	ш. Интерн.в.обл.достиж.	ш.интерн.в.обл.неудач.	ш.инт.в.обл.сем.отн.	ш.инт.в.обл.произв.отн.	ш.инт.в.обл.межл.отн.	ш.инт.в.обл.здор.и.болезн.
1	4	4	5	6	4	5	3
2	7	5	4	3	4	4	4
3	3	5	6	4	3	5	4
4	3	3	2	4	3	3	2
5	4	3	4	4	4	3	3
6	2	3	4	2	3	5	4
7	3	4	5	4	3	2	3
8	3	5	3	3	4	4	3
9	5	6	7	4	8	6	5
10	4	8	6	4	10	4	6
11	3	3	4	5	3	3	4
12	5	9	7	5	7	6	6
13	4	7	4	3	4	7	6
14	5	9	3	4	8	5	3
15	3	5	6	7	4	5	6
16	4	5	6	7	5	6	5
17	3	4	4	4	3	2	3
18	4	3	4	5	4	5	5
19	5	4	5	4	6	6	5
20	4	5	3	6	5	4	7
21	5	6	7	4	8	6	6
22	4	8	6	4	7	4	6
23	3	2	3	4	3	4	3
24	4	3	4	2	4	3	3
25	5	4	4	4	6	5	4
26	3	4	3	5	3	5	4
27	4	5	6	7	4	6	5
28	4	3	4	4	3	3	4
29	6	5	4	4	5	5	5
30	6	6	5	4	4	6	5

Сводная таблица данных по методике исследования самоотношения С.Р. Пантелеева.

№ п/п	ш.закрыт.	ш.самоув.	ш.саморуков.	ш.отраж.самоотн.	ш.самоцен.	ш.самопринят	ш.самопривяз.	ш.внутр.конфл.	ш.самообвин.
1	6	4	4	5	5	4	4	4	4
2	4	5	5	3	6	4	5	3	6
3	7	4	7	6	5	7	4	6	5
4	3	1	3	2	3	4	3	2	3
5	3	4	3	3	4	3	2	3	3
6	3	4	3	2	3	4	3	2	2
7	3	5	2	3	4	3	2	3	3
8	3	3	2	4	2	3	2	3	3
9	3	4	3	5	6	4	3	5	6
10	2	5	6	4	7	5	6	4	7
11	8	7	8	6	4	7	8	8	8
12	5	6	4	4	5	4	4	2	5
13	4	8	6	4	5	4	6	3	3
14	6	8	2	5	5	6	9	2	3
15	5	10	7	4	7	6	8	8	7
16	4	7	4	4	4	7	6	2	3
17	5	9	5	4	8	5	7	3	3
18	3	5	6	7	3	5	6	5	5
19	3	2	3	3	4	3	2	1	2
20	4	6	4	6	3	5	7	5	3
21	4	5	4	5	4	5	4	6	2
22	4	4	5	4	5	6	5	5	5
23	2	3	3	2	4	3	4	3	5
24	2	2	4	3	2	4	3	5	4
25	4	8	6	4	5	4	6	4	5
26	2	3	2	4	2	3	3	3	4
27	3	2	2	3	3	3	3	4	2
28	6	5	3	5	6	4	4	5	6
29	8	5	6	4	7	5	6	4	7
30	7	5	6	6	4	8	4	2	4

Программа психокоррекции «Психокоррекция саморегуляции и формирование положительного отношения к среде лечебного учреждения у медицинских работников»

Название	Цель	Содержание
<p>Занятие №1 «Знакомство»</p>	<p>-Знакомство участников занятия, -установление дружелюбной атмосферы в группе, -создание мотивации на последующие занятия.</p>	<p>1.«Автопортрет» 5 – 7 мин. Листы, карандаши. Каждому участнику предлагается нарисовать рисунок на тему «Автопортрет». 2.«Круг знакомств» 8 – 10 мин. Мяч Упражнение «Круг знакомств»: участники группы садятся в круг, ведущий дает одному из участников в руки мячик и предлагает представиться, продемонстрировать свой автопортрет и рассказать о нем. Далее шар передается по цепочке и каждый представляется. 3.«Знакомство руками» 15 – 20 мин. Стулья, шарфы, платки. Упражнение «Знакомство руками»: Участники садятся на стулья в два круга: внутренний и внешний. Инструкция: сейчас мы попробуем необычный способ общения – руками. Закройте глаза, сделайте три спокойных вдоха и выдоха (включите музыку). Протяните вперед руки, найдите руки своего партнера. Поздоровайтесь с ними, познакомьтесь, подружитесь (все команды даются неторопливо). А теперь – поборитесь, поссорьтесь... и снова помиритесь, попросите прощения. А теперь – поблагодарите и попрощайтесь. Внешний круг, откройте глаза и пересядьте на один стул вправо. Вам предстоит новая встреча. В конце упражнения ведущий предлагает всем участникам поделиться чувствами, которые вызвало это упражнение. 4.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?</p>
<p>Занятие №2 «Понимание»</p>	<p>-Формирование представлений о невербальных средствах общения; -Развитие умения понимать друг друга без слов; -Развитие навыков сотрудничества</p>	<p>1.«Приветствие» 2 мин. 3. Упражнение «Договорись взглядом» 5- 10 мин. Инструкция: сейчас каждый из вас мысленно выберет себе партнера. Вам нужно будет договориться с ним глазами и одновременно встать со стульев (или поменяться местами, если участники не сидят, а стоят в кругу). Помните, пожалуйста, что кивать головой, подмигивать, махать руками запрещается. 3.Упражнение «Зеркало» Участники группы становятся в две шеренги лицом друг к другу, разбиваясь на пары. Один человек в паре — водящий, другой - «зеркало». Водящий смотрит в «зеркало», а оно отражает все его движения.</p>

		4.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №3 «Сотрудничество»	-Развитие навыков сотрудничества; -Развитие умения работать в группе	1.Приветствие 2 мин 2.Упражнение «Писатели» (сказкотерапия) 25 – 30 мин. Участникам предлагается разбиться на пары. Ведущий включает тихую спокойную музыку. Инструкция: Сейчас мы будем сочинять сказку. Перед вами лежат листы бумаги и ручки/карандаши. По сигналу один участник начинает писать сказку, второй не вмешивается в творческий процесс. По второму сигналу первый участник отдает лист и ручку второму, который заканчивает написание сказки. Важно, чтобы авторы не переговаривались и не обсуждали сюжет! В конце можно обсудить итоги упражнения, ощущения участников и полученные результаты. Также сказку можно будет использовать в качестве диагностического материала для дальнейшей индивидуальной работы. 3.Упражнение «Остров» 10 мин. Инструкция: представьте себе, что произошло кораблекрушение, и вы – оставшиеся в живых пассажиры корабля. Перед вами – небольшой островок, размером буквально с газету, я ее сейчас положу на пол. Очень интересно, сможете ли вы разместиться на этом островке? В начале игры газета свободно вмещает всех участников. После того, как группа легко разместилась на газете, ведущий говорит: “Очень хорошо! Но произошло наводнение, и островок уменьшился – газета складывается пополам. Как вы поступите теперь? Ни рвать, ни раздвигать газету нельзя”. Затем газета складывается вчетверо, и т.д. 4. Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?
Занятие №4 «Саморегуляция»	-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков саморуководства -Развитие навыков самоконтроля и самоорганизации	1.Приветствие 2.Упражнение «Рисунок по кругу» (арт-терапия) Каждый участник начинает рисовать рисунок на свободную тему на своем листе бумаги. По сигналу ведущего каждый рисунок передается соседу слева и каждый продолжает рисунок своего соседа. Передача рисунков проходит каждую минуту. Работа продолжается, пока рисунок не вернется хозяину. 3. Релаксация «Прогулка по лесу» (прослушивание

		<p>аудио материала).</p> <p>4. Упражнение «Самоконтроль внешнего выражения эмоций». В момент действия напряженных факторов, при росте эмоционального напряжения необходимо задать себе вопросы самоконтроля:</p> <p>Как выглядит мое лицо? Не скован(а) ли я? Не сжаты ли мои зубы? Как я сижу? Как я дышу?</p> <p>Если выявлены признаки напряженности, необходимо:</p> <p>1. Произвольно расслабить мышцы.</p> <p>Для расслабления мимических мышц использовать следующие формулы:</p> <p>Мышцы лица расслаблены. Брови свободно разведены. Лоб разглажен. Расслаблены мышцы челюстей. Расслаблены мышцы рта. Расслаблен язык, расслаблены крылья носа. Все лицо спокойно и расслаблено. Удобно сесть, стать. Сделать 2—3 глубоких вдоха и выдоха, чтобы «сбить» учащенное дыхание. Установить спокойный ритм дыхания.</p> <p>5. «Дыхательное упражнение» <i>«Глубокое (полное) дыхание»</i></p> <p>Исходное положение — то же, однако предпочтительнее лежать на спине, так как при таком положении тела лучше расслабляется мускулатура брюшной стенки. <i>Этап 1.</i> Займите удобное положение. Положите левую руку (ладонью вниз) на живот, точнее — на пупок. Теперь положите правую руку так, чтобы вам было удобно, на левую. Глаза могут оставаться открытыми. Однако с закрытыми глазами будет легче выполнять второй этап упражнения.</p> <p><i>Этап 2.</i> Представьте себе пустую бутылку или мешок, находящийся внутри вас — там, где лежат ваши руки. На вдохе представляйте себе, что воздух входит через нос, идет вниз и' наполняет этот внутренний мешок. По мере заполнения мешка воздухом ваши руки будут подниматься. Продолжая вдох, представляйте, что мешок целиком заполняется воздухом. Волнообразное движение, начавшееся в области живота, продолжится в средней и верхней частях грудной клетки. Полная продолжительность вдоха должна составлять 2 секунд, затем, по мере</p>
--	--	--

		<p>совершенствования навыка, ее можно увеличить до 2,5—3 секунд.</p> <p><i>Этап 3.</i> Задержите дыхание. Сохраняйте воздух внутри мешка. Повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». Этот этап не должен продолжаться более 2 секунд.</p> <p><i>Этап 4.</i> Медленно начните выдыхать — опустошать мешок. По мере того как вы делаете это, повторяйте про себя фразу: «Мое тело спокойно». С выдохом ощущайте, как опускаются приподнятые ранее живот и грудная клетка. Продолжительность этого этапа не должна быть меньше, чем двух предыдущих этапов. Повторите это четырехступенчатое упражнение подряд 3—5 раз. Если у вас появится головокружение, остановитесь. Если при последующих занятиях головокружение возобновится, просто сократите продолжительность вдоха и (или) число выполняемых подряд четырехступенчатых циклов.</p> <p>4. Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?</p>
<p>Занятие №5 «Саморегуляция»</p>	<p>-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков самоконтроля и самоорганизации</p>	<p>1.Приветствие. 2.Упражнение «Управление дыханием». <i>Успокаивающее дыхание</i> Исходное положение — лежа. Медленно выполните глубокий вдох через нос, на доха — задержите дыхание, затем сделайте медленный выдох через нос. Затем снова вдох, задержка дыхания, выдох длиннее на 1-2 секунды. Во время выполнения упражнения с каждым разом увеличивается фаза выдоха. Затрата этого количества времени на выдох создает мягкий, живающий эффект. Представляйте себе, что с каждым выдохом Вы избавляетесь от стрессового напряжения.Ниже представлена цифровая запись возможного выполнения этого упражнения. Первой цифрой обозначается условная продолжительность вдоха, второй — выдоха. В скобки заключены продолжительность паузы — задержки дыхания: 4-4 (2); 4-5 (2); 4-6 (2); 4-7 (2); 4-8 (2); 4-8 (2); 5-8 (2); 6-7 (3); 8-8 (4); 8-8 (4); 7-8 (3); 6-7 (3); 5-6 (2),4-5 (2)</p> <p>4.Упражнение «Психологическое время». 5.Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?</p>
<p>Занятие № 6 «Релаксация»</p>	<p>-Снижение психоэмоционального напряжения</p>	<p>1.Релаксация Участники устраиваются удобно и закрывают глаза. Ведущий произносит следующие слова от первого лица медленным, приглушенным голосом. "Я успокоился и приятно отдыхаю... Успокаивается моя нервная система... Уменьшается раздражительность,</p>

		<p>вспыльчивость... Улучшается мое настроение... Я становлюсь сильнее и крепче... Мне хорошо, я отдыхаю как никогда... Мне приятны занятия... Мышцы моих рук расслабляются... Мои руки приятно тяжелеют... Начинаю чувствовать тяжесть в руках... Мои руки расслабленные, тяжелые... Мои руки приятно тяжелые, неподвижные... Мое дыхание становится спокойным... Мое дыхание легкое, прохладное... Свежий воздух наполняет мои легкие... Внутренние "зажимы" расходятся... На душе легче и спокойнее... Чувствую покой, уравновешенность... Я успокаиваюсь, я отдыхаю... Я спокоен, совершенно спокоен... Я нахожусь в состоянии устойчивого равновесия... Я владею собой... Я становлюсь выдержаннее и спокойнее... Укрепляется моя сила воли... Укрепляется нервная система... С каждым занятием улучшается мое самочувствие, повышается настроение... Все окружающее воспринимается ярче, живее, радостнее... Восстанавливаются мои силы, мое здоровье... Моя голова легкая, дыхание свободное... С каждым занятием мне лучше и лучше". Обсуждение: • Что вы ощущали в процессе выполнения упражнения? • Как вы себя чувствуете сейчас?</p> <p>2. Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?</p>
<p>Занятие №7 «Эмоции»</p>	<p>-Снижение психоэмоционального напряжения -Развитие навыков сотрудничества -Развитие навыков самоконтроля -Развитие умения дифференцировать свое эмоциональное состояние</p>	<p>1. Приветствие 2. Упражнение «Рисуем настроение» Инструкция: Участникам предлагается изобразить на листе бумаги свое самочувствие и настроение. Обсуждение: • Как вы себя чувствовали, когда рисовали? • Какие цвета вы выбрали и почему? • О чем вы думаете, когда смотрите на свой рисунок? • Как вы считаете, произошли ли в вас какие-либо изменения по сравнению с началом наших занятий?</p> <p>3. Упражнение «Интонация» 4. Упражнение «Узнавание эмоций» 5. Упражнение «Принимаю ответственность на себя» 6. Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?</p>
<p>Занятие №8 «Саморегуляция»</p>	<p>-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков самоконтроля и самоорганизации</p>	<p>1. Упражнение «Лимон» Представьте себе, что в левой руке у вас находится лимон. Сожмите руки в кулак так сильно, чтобы из лимона начал капать сок. Еще сильнее. Еще крепче. А теперь бросьте лимон и почувствуйте,</p>

		<p>как ваша рука расслабилась, как ей приятно и спокойно. Опять сожмите лимон крепко-крепко... Так по 3 раза каждой рукой.</p> <p>2.«Маска смеха».</p> <p>Чуть прищурить глаза, со вдохом постепенно улыбнуться настолько широко, насколько это возможно. С выдохом расслабить напряженные мышцы лица. Повторить упражнение несколько раз.</p> <p>3.«Концентрация на слове»</p> <p>Выберите какое-нибудь короткое (лучше всего двусложное) слово, которое вызывает у вас положительные эмоции или же с которым связаны приятные воспоминания. Пусть это будет имя любимого человека, или ласковое прозвище, которым вас называли в детстве родители, или название любимого блюда... Если слово двусложное, то мысленно произносите первый слог на вдохе, второй - на выдохе. Сосредоточьтесь на «своем» слове, которое отныне станет вашим персональным лозунгом при концентрации.</p> <p>4. Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?</p>
<p>Занятие №9 «Саморегуляция»</p>	<p>-Развитие навыков саморегуляции; -Развитие навыков самоконтроля и самоорганизации</p>	<p>1.Приветствие</p> <p>2.Упражнение «Визуализация». Сядьте удобно. Закройте глаза. Сосредоточьтесь на своем дыхании. Мысленно и глубоко вдыхайте и выдыхайте воздух. С каждым вдохом и выдохом вы все больше успокаиваетесь и сосредоточиваетесь на своих ощущениях. Дышите легко и свободно. Тело расслабляется все больше. Вам тепло, удобно и спокойно. Вы вдыхаете свежий, прохладный воздух. Вы успокаиваетесь и настраиваетесь на выполнение новой работы. Мы приступаем к овладению приемами формирования образных представлений. Я буду произносить отдельные слова, а вы должны проговаривать их про себя, сосредоточившись на их содержании. После этого вы стремитесь представить образы услышанных слов.</p> <p>3.Упражнение «Саморазвивающиеся представления».</p> <p>Сядьте уютно. Закройте глаза. Расслабьтесь. Делаем глубокий вдох и выдох. Сосредоточимся на своих ощущениях. А теперь попытаемся воссоздать в своем воображении целостную картину, целостный образ.</p> <p>Представьте себе пляж у моря. Жаркий день.</p>

		<p>Палит солнце. Вы в купальном костюме. С наслаждением вытягиваемся на песке... Смотрим в море. Видны головы купающихся... Рассмотрим получше линию горизонта. Что там появилось? Всмотримся внимательно... А что происходит вокруг, на берегу?..</p> <p>Солнце палит сильно, приходится поворачиваться с боку на бок. Хочется искупаться... Входим в воду... Чувствуем ее прикосновение... Какая она?..</p> <p>Образы уходят. Сосредоточили свое внимание на своем теле. Сжали руки. Открыли глаза.</p> <p>4. Рефлексия по итогам занятия: что запомнилось? Что понравилось? Что не понравилось? Что показалось наиболее трудным? Чего хотелось бы добавить?</p>
<p>Занятие №10 «Итог»</p>	<p>-Психоэмоциональная разгрузка -Рефлексия -Подведение итогов</p>	<p>1.Приветствие 2.Рефлексия по итогам программы: Участники делятся впечатлениями, пожеланиями, обращаются друг к другу с благодарностью, заканчивают предложения: - На занятиях я понял... - На занятиях я стал... - На занятиях я научился... - Отныне я буду...</p>