

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра

Педагогика и психология

(наименование)

37.03.01 Психология

(код и наименование направления подготовки / специальности)

Психология

(направленность (профиль) / специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему Профилактика профессиональной деформации среднего медицинского персонала

Обучающийся

П.А. Лукьянцев

(Инициалы Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

канд. психол. наук, Е.В. Некрасова

(ученая степень (при наличии), ученое звание (при наличии), Инициалы Фамилия)

Аннотация

Повышение качества работы медицинского персонала является одной из приоритетных задач на современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации. Реформирование системы здравоохранения выдвигает особые требования к личности медицинских работников среднего звена. Сложность и социальная значимость работы медицинского персонала, высокая психологическая цена ее деятельности приводят к возникновению профессиональной деформации личности.

Цель исследования заключается в разработке и оценке эффективности программы профилактики профессиональной деформации среднего медицинского персонала.

Задачи исследования: проанализировать подходы к изучению профессиональной деформации личности в отечественной и зарубежной литературе; выявить факторы профессиональной деятельности, влияющие на развитие профессиональной деформации среднего медицинского персонала; выявить уровень профессиональной деформации среднего медицинского персонала; разработать программу по профилактике и преодолению профессиональной деформации среднего медицинского персонала и оценить динамику уровня профессиональной деформации среднего медицинского персонала.

Структура бакалаврской работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (25 наименований), 2 приложений. Для иллюстрации текста используются 10 таблиц, 18 рисунков. Основной текст изложен на 62 страницах.

Оглавление

Введение.....	4
Глава 1 Теоретические основы проблемы профилактики профессиональной деформации среднего медицинского персонала.....	9
1.1 Определение и подходы к проблеме профессиональной деформации личности в психологии.....	9
1.2 Факторы профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала.....	18
1.3 Особенности профилактики профессиональной деформации среднего медицинского персонала.....	23
Глава 2 Экспериментальная работа по профилактике профессиональной деформации среднего медицинского персонала.....	29
2.1 Выявление уровня профессиональной деформации среднего медицинского персонала	29
2.2 Реализация программы по профилактике профессиональной деформации среднего медицинского персонала.....	40
2.3 Динамика уровня профессиональной деформации среднего медицинского персонала	44
Заключение	56
Список используемой литературы	58
Приложение А Тренинг «Как не сгореть, оставаясь собой»	63
Приложение Б Индивидуализированная шестиэтапная программа психологического сопровождения	66

Введение

Повышение качества работы медицинского персонала является одной из приоритетных задач на современном этапе развития здравоохранения в Российской Федерации. Реформирование системы здравоохранения выдвигает особые требования к личности работников среднего медицинского звена. Сложность и социальная значимость работы медицинского работника, высокая психологическая цена ее деятельности приводят к возникновению профессиональной деформации личности.

Одной из областей психологии, в том числе изучающей динамику и возможную деформацию личности является психология труда. Именно в рамках данного направления сформировано и изучено понятие профессиональной деформации личности, в том числе, и понятие синдрома эмоционального выгорания, как возможного негативного аспекта профессиональной деформации личности. Эмоциональное выгорание трактуется как нарастающее эмоциональное истощение, влекущее за собой личностные изменения (развитие отрицательной самооценки, отрицательного отношения к работе, утрату понимания и сочувствия по отношению к окружающим) в процессе профессиональной деятельности.

Профессиональная деятельность работника медицинской сферы, независимо от разновидности исполняемой работы, относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь людей, групп населения и общества в целом. Медицинские профессии, как и другие профессии категории «человек-человек» сегодня определяются как особо стрессогенные. Постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает медицинский работник, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие на здоровье медицинского персонала. Помимо специфики профессиональной деятельности в плане стрессогенности следует учитывать также и социально-психологические феномены, такие как социальный статус и защищенность

медицинских работников, мотивационные программы и оплата труда и прочие, актуально существующие в общественном устройстве. У медицинских работников, находящихся в условиях профессионального стресса, снижается способность конструктивно разрешать проблемные ситуации, адаптироваться к изменяющимся условиям и требованиям, и формируется общая деструктивность при взаимодействии личности и среды. Такие личностные параметры, как ценность и смысл деятельности, ее мотивы и цели, положительное принятие и чувство удовлетворенности (или его отсутствие), а также Я-концепция, мировоззрение личности, могут самым серьезным образом сказаться на качестве жизни человека и стать фактором профессионального выгорания. Все это становится фактором развития профессиональных деформаций, что выражается в первую очередь в профессиональном выгорании личности медработника.

До настоящего времени проблема профилактики проявлений профессиональной деформации личности медицинского персонала не получила систематической проработки. Для решения проблемы профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала необходима психопрофилактическая работа, которая в настоящее время осуществляется крайне неэффективно.

Актуальность данного исследования обусловлена противоречием между необходимостью эффективного выполнения профессиональной деятельности и наличием профессиональной деформации у среднего медицинского персонала, негативно сказывающейся на качестве ее выполнения.

Проблема исследования заключается в выявлении психологических особенностей профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала. Недостаточная степень разработанности проблемы изучения проявлений профессиональной деформации среднего медицинского персонала обусловила несомненную актуальность темы исследования «Профилактика профессиональной деформации среднего медицинского персонала».

Цель исследования: разработка и оценка эффективности программы профилактики профессиональной деформации среднего медицинского персонала.

Объект исследования: профессиональная деформация личности.

Предмет исследования: профилактика профессиональной деформации среднего медицинского персонала.

Гипотеза исследования состоит в предположении, что специально разработанная психопрофилактическая программа, направленная на развитие навыков осознанной саморегуляции и коррекцию дезадаптивных паттернов поведения, будет способствовать снижению уровня профессиональной деформации у среднего медицинского персонала.

Задачи исследования:

- проанализировать подходы к изучению профессиональной деформации личности в отечественной и зарубежной литературе;
- выявить факторы профессиональной деятельности, влияющие на развитие профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала;
- выявить уровень профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала;
- разработать программу по профилактике и преодолению профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала;
- оценить динамику уровня профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала.

Теоретико-методологическая основа исследования:

- положения системного подхода (Б.Г. Ананьев, Б.Ф. Ломов, С.Л. Рубинштейн); деятельностного подхода (А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); идеи и концепции субъектно-деятельностного подхода (К.А. Абульханова-Славская, Б.Г. Ананьев, А.В. Брушлинский, Е.А. Климов, В.Е. Орел, В.Д. Шадриков);

- теоретические и практические исследования, посвященные проблеме профессиональной деформации личности (Г.С. Абрамова, А.А. Деркач, Э.Ф. Зеер, А.К. Маркова, В.Е. Орел);
- практические исследования профессиональной деятельности медицинского персонала (Э.М. Аванесьянц, Р.А. Галкин, Л.И. Захарова, А.Ф. Краснов, И.А. Коротуненко, Л.А. Корчинский, В.В. Павлов, В.А. Точиллов);
- исследования, посвященные профилактике и преодолению профессиональной деформации личности (Т.А. Жалагина, А.В. Козлова, И.В. Тихонова).

Для достижения поставленной цели и проверки гипотезы был использован комплекс взаимодополняющих методов:

- теоретические методы: исследование литературы по изучаемой проблеме;
- эмпирические методы (эксперимент; методики: Опросник «Профессиональное самоотношение личности» (К.В. Карпинский, А.М. Кольшко) Опросник Мини-Мульт (СМОЛ) (Д. Кинканнон) в адаптации В.П. Зайцева, «Опросник профессионального выгорания» К. Маслач (версия Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова), Опросник «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова));
- качественно-количественный анализ результатов исследования, методы математической статистики (Т-критерий Вилкоксона).

Теоретическая значимость исследования заключается в обобщении теоретического и эмпирического материала по проблеме профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала.

Практическая значимость исследования: разработана программа по профилактике и преодолению профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала. Результаты проведенного исследования позволят практическим психологам, работающим в медицинских учреждениях, понять причины профессиональных трудностей у сотрудников,

которые способствуют развитию у них профессиональной деформации и принять соответствующие меры по их предупреждению и устранению.

Новизна исследования: полученные данные позволяют расширить представление о психологических факторах профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала и способах ее профилактики.

Экспериментальная база исследования. Поликлиника филиала №2 федерального государственного казённого учреждения «1477 Военно-морского клинического госпиталя» Министерства обороны Российской Федерации, г. Петропавловск-Камчатский.

Структура бакалаврской работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (25 наименований), 2 приложений. Для иллюстрации текста используются 10 таблиц, 18 рисунков. Основной текст изложен на 62 страницах.

Глава 1 Теоретические основы проблемы профилактики профессиональной деформации среднего медицинского персонала

1.1 Определение и подходы к проблеме профессиональной деформации личности в психологии

Многочисленные отечественные и зарубежные исследования изучают проблему профессиональной деформации, однако единого научного понимания этого феномена до сих пор нет. Данное исследование стремится к консолидации терминологического подхода.

Е.А. Климов определяет деформацию как «изменение предмета или свойства под воздействием внешних сил» [2]. Другое определение трактует «деформацию» (deformatio) как «отклонение органа или предмета от нормы. С.М. Иванов рассматривает профессиональную деформацию личности как «процесс и результат влияния профессиональных качеств на целостную индивидуальность, приводящий к неадекватному переносу деятельностных норм в сферу личного общения и поведения» [4].

С.Д. Хачатурян акцентирует опасность профессиональной деформации для профессий, связанных с постоянным взаимодействием с людьми (медицина, социальная работа, психология) [22]. Е. В. Котова определяет профессиональную деформацию как «деструктивные личностные изменения, сопровождающие профессиональную деятельность», – когнитивное искажение и психологическую дезориентацию, формирующиеся под давлением внешних и внутренних факторов работы [6].

Н.Е. Водопьянова связывает профессиональную деформацию с выгоранием, определяя последнее как «тип стресса, связанный с работой, включающий физическое или эмоциональное истощение, чувство бесполезности и бессилия» [7]. Термин «выгорание», впервые введенный Гербертом Фройденбергом, означает более чем просто стресс и, если не контролируется, может привести к серьёзным физическим, умственным и

эмоциональным проблемам [8]. Минди Шосс выделяет причины выгорания: перегрузка, недостаток поддержки, отсутствие контроля, недостаток признания и неблагоприятный межличностный климат [11].

А.К. Маркова выделила шесть ключевых факторов риска профессиональной деформации (рисунок 1), которые могут действовать как по отдельности, так и в совокупности. Э.Ф. Зеер, описывая личностные изменения в профессиональном развитии, отмечает стадии «профессионального разрушения» [1]. В.В. Бойко к основным причинам выгорания относит высокую загруженность, отсутствие признания, отсутствие контроля, социальной поддержки, несоответствие навыков роли, несправедливость и отсутствие признания усилий [20].

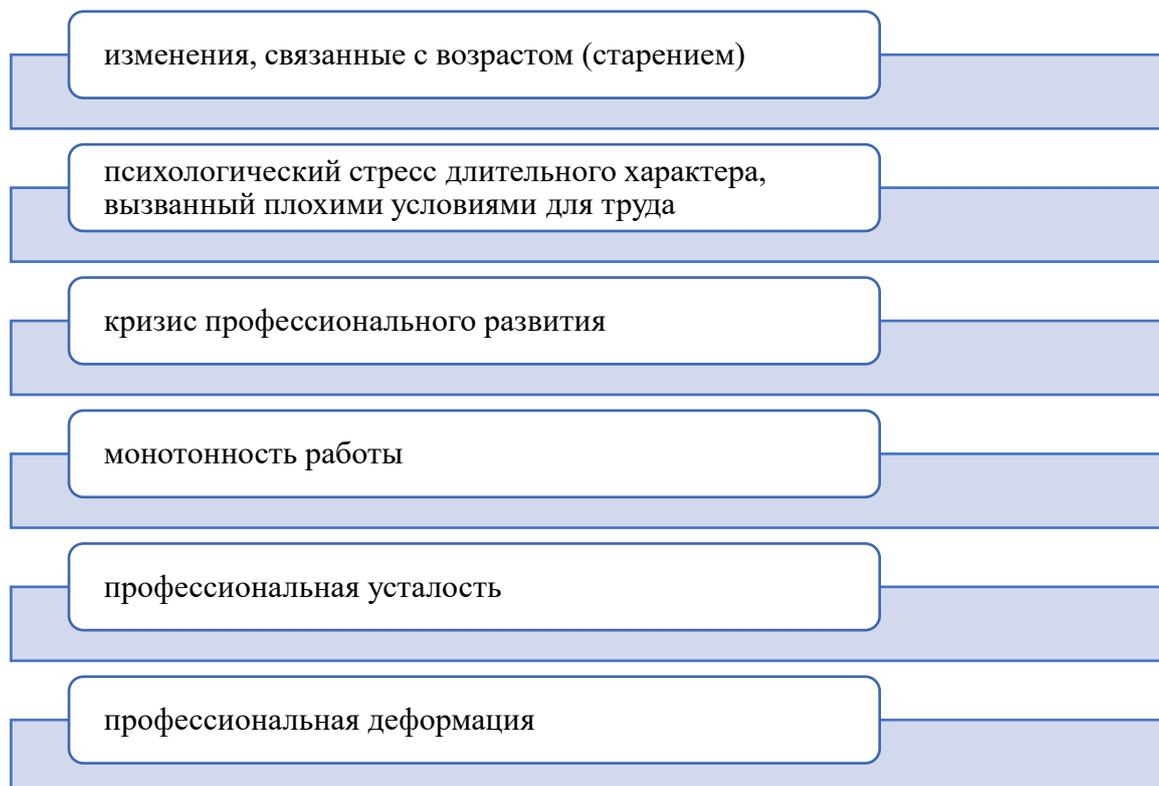


Рисунок 1 – Факторы риска, ведущие к профессиональной деформации

Описывая личностные изменения, происходящие в процессе профессионального развития, Э.Ф. Зеер подчеркивает, что: «профессиональное становление сопровождается разнонаправленными

онтогенетическими изменениями личности. На протяжении своей профессиональной карьеры люди многих профессий проходят стадии профессионального разрушения» [1].

Каждая ситуация профессионального выгорания индивидуальна, и данный процесс может быть вызван как одной причиной, так и их комбинацией. Как верно отметил в своих исследованиях В.В. Бойко, к основным причинам выгорания на работе относится высокая загруженность и отсутствие признания [20]. Другие факторы, которые могут привести к выгоранию по мнению автора это: отсутствие контроля на рабочем месте; отсутствие социальной поддержки; навыки, не соответствующие профессиональной роли; отсутствие справедливости; не получают признания за усилия.

В процессе исследования также было установлено, что единой типологии профессиональной деформации в научной литературе не представлено. Однако можно выделить различные типологии по сферам проявления (рисунок 2).

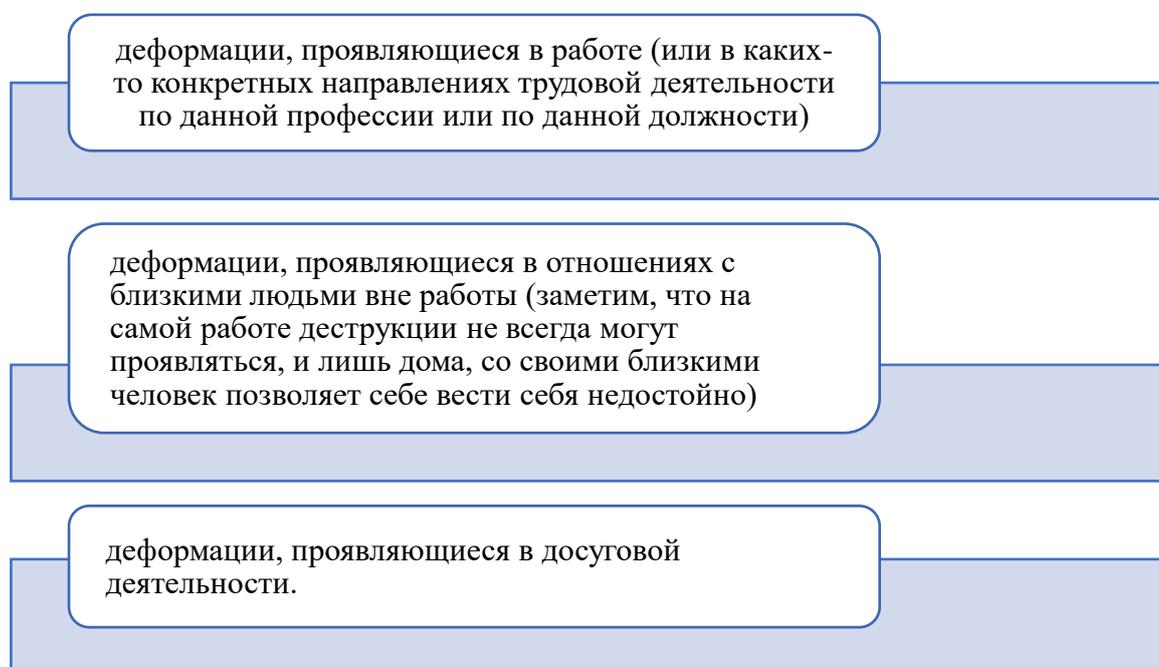


Рисунок 2 – Типологии профессиональной деформации

Единой типологии профессиональной деформации нет, но выделяются типологии по сферам проявления: общепрофессиональные (например, снижение эмоциональной реакции на травмы у медицинского персонала), специальные (например, оценка повреждений с точки зрения операбельности у хирурга), профессионально-типологические (усиление личностных черт, таких как цинизм) и индивидуализированные (например, развитие фобий). Профессиональная деформация – сложное явление, структура которого представлена в различных исследованиях (например, модель Б.А. Фарбера – рисунок 3).

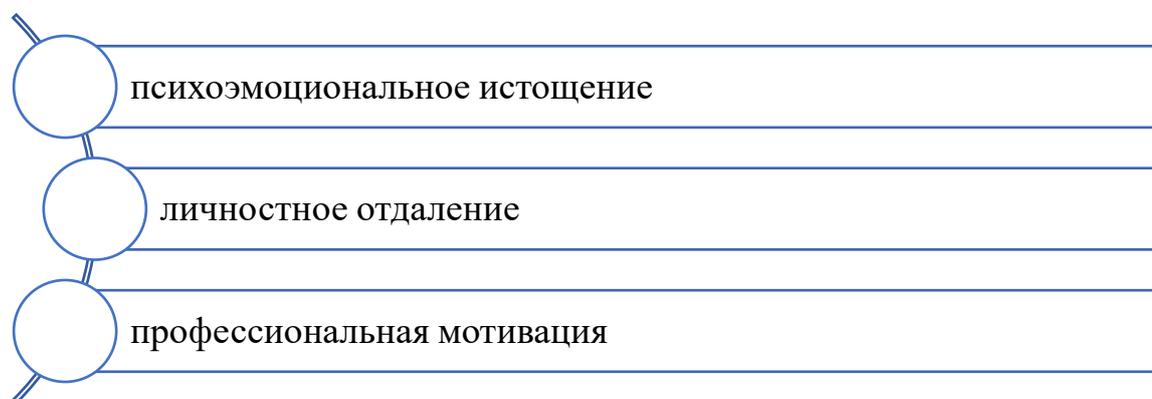


Рисунок 3 – Составляющие профессиональной деформации Б.А. Фарбера

С.М. Иванов отмечает показатели деформации профессиональной мотивации: заниженная самооценка, неудовлетворенность работой и отношениями, снижение потребности в достижениях и чувство низкой эффективности [4]. Отсутствие универсальной формулы профессиональной деформации подчёркивает роль индивидуального восприятия факторов риска. В структуре профессиональной деформации выделяются изначальные личностные особенности и собственно профессиональная деформация. Существуют различные модели выгорания (двенадцать стадий у Фройденберга и Гейл Норт, четыре стадии у Е.А. Хартман [13]), представлены на рисунке 4.

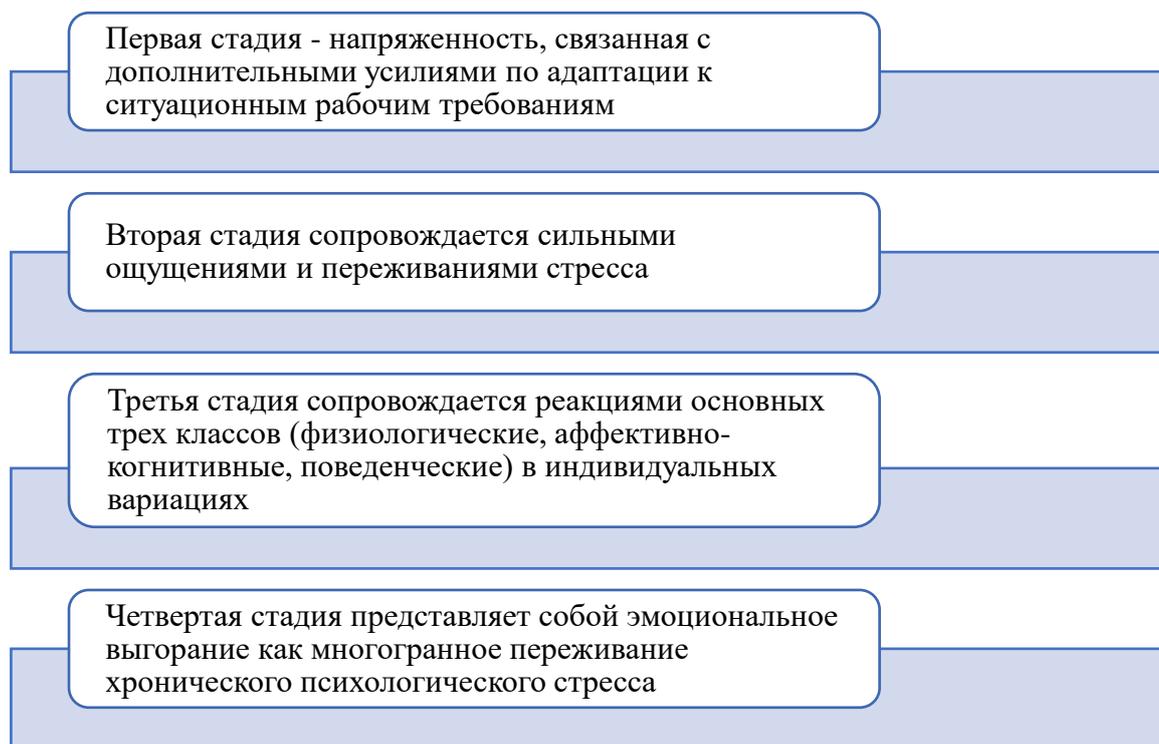


Рисунок 4 – Основные стадии эмоционального выгорания по трудам Е.А. Хартман

В трудах еще одного исследователя Э.Ф. Зеер [1] представлено пять основных стадий выгорания (таблица 1).

Таблица 1 – Стадии выгорания по Э.Ф. Зеер

Название стадии выгорания	Описание
Стадия медового месяца	Специалист в восторге от работы, которую он делает, и от того, как он ее делает. Он чувствует себя креативным, энергичным и воодушевленным. Он не против пропустить обед или поработать допоздна.
Состояние баланса.	Все хорошо, но работа потеряла свой блеск. У специалиста бывают хорошие и плохие дни, но того воодушевления уже нет. Работа отнимает все больше сил, и приходится прилагать все большие усилия
Симптомы хронического стресса	Специалист чувствует стресс и беспокойство. Человек эмоционально истощается, апатичен или полагается на искусственные энергетики (кофе). Присутствует чувство подавленности.

Продолжение таблицы 1

Название стадии выгорания	Описание
Выгорание	Специалист начинает ощущать ментальные, эмоциональные и физические симптомы выгорания. Он может начать пропускать работу, откладывать дела на потом или пропускать сроки. Он думает о том, чтобы уйти, сбежать, сделать что угодно, лишь бы выбраться из этой ситуации.
Запутывание	Термин «запутывание» означает, что выгорание стало новой настройкой по умолчанию. Работа вызывает отторжение, присутствует чувство хронической усталости

Влияние профессионального выгорания на личность, по мнению А.К. Марковой, приводит к несоответствию между требованиями профессии к человеку (профессиональная норма) и требованиями самого человека к себе (индивидуальная профессиональная норма) [14]. Это несоответствие является одним из ключевых факторов, определяющих негативное воздействие выгорания на личность специалиста.

Профессиональные деформации личности рассматриваются с различных методологических позиций. В.В. Константинов, придерживаясь деятельностного подхода, подчеркивает влияние самого предмета профессиональной деятельности на формирование профессиональных деформаций [10]. Этот подход предполагает, что характер и специфика профессиональной деятельности непосредственно воздействуют на работника, формируя как позитивные, так и негативные изменения в его личности.

В контексте анализа предмета деятельности необходимо обратиться к фундаментальным работам С.Л. Рубинштейна, глубоко исследовавшего взаимосвязь между сознанием, деятельностью и ее продуктом. Рубинштейн подчеркивал, что сознание предмета деятельности формируется через

отношение субъекта к этому предмету. При этом, понятие «предмет» тесно связано с понятием «продукт» деятельности. Рубинштейн акцентировал внимание на важности осознания процесса деятельности, рефлексии и субъективных переживаний, влияющих на формирование профессионализма и отношения к работе [9].

С.П. Безносков, развивая деятельностный подход, утверждает, что сознание является производным от контекста жизни человека, в особенности от его субъективных отношений, включая отношения к трудовой деятельности. Он придерживается принципа «бытие определяет сознание», рассматривая предмет профессиональной деятельности как ключевой фактор, формирующий или деформирующий сознание специалиста. Различные предметные системы и сферы деятельности формируют различные типы восприятия мира у специалистов [5].

Признаки профессиональной деформации по трудам Е.Р. Сагеевой [25] представлены на рисунке 5.

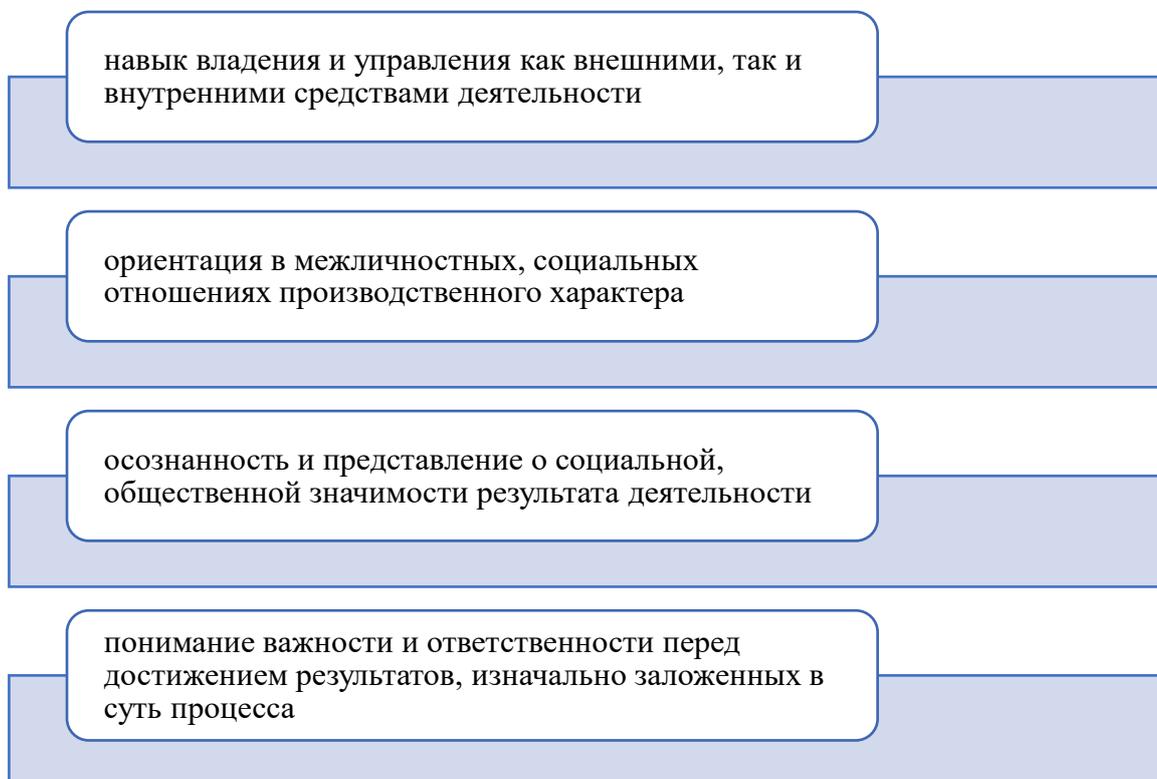


Рисунок 5 – Признаки профессиональной деформации по трудам Е.Р. Сагеевой

А. Мосс указывает на сложное переплетение факторов, приводящих к профессиональной деформации. К ним относятся неэффективные практики и политика на рабочем месте, устаревшие институциональные традиции, роли и личности, подверженные повышенному риску, а также системные и общественные проблемы [18].

Индивидуальный подход к изучению профессиональной деформации акцентирует внимание на изменениях личности под влиянием профессиональной деятельности. Е.В. Котова [6] отмечает, что профессиональная деятельность способствует полноценному развитию личности только в том случае, если она способствует саморазвитию, самоактуализации и поиску жизненных смыслов (рисунок 6).

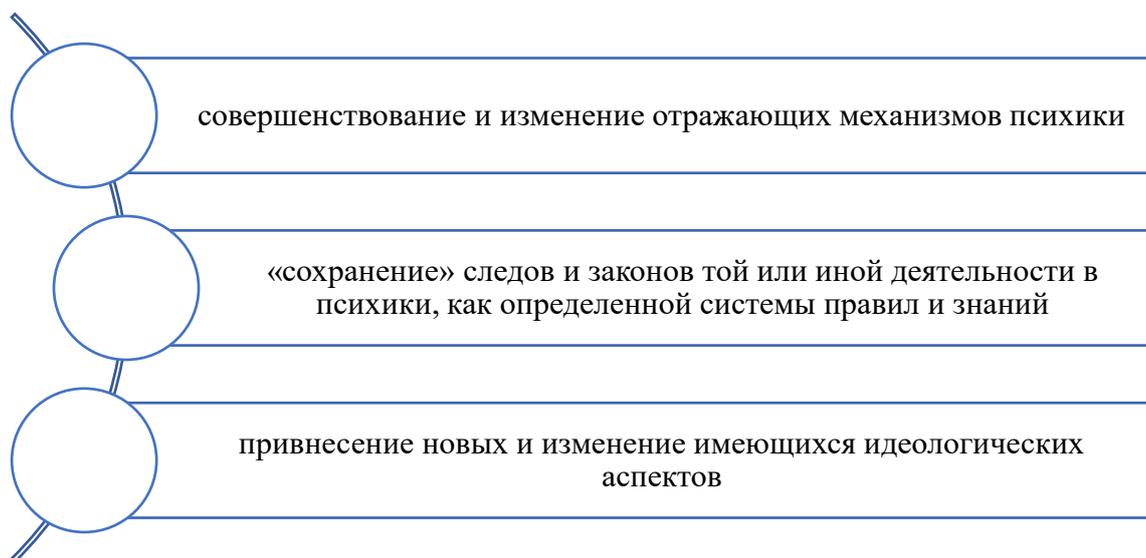


Рисунок 6 – Направления развития профессиональной деформации личности

Процесс профессиональной деформации личности может протекать по разным направлениям, что представлено в схематичном виде на рисунке 6.

Концепция Буриша исследует корреляцию между включенностью специалиста в работу и получаемой от нее отдачей. Зарубежные и отечественные исследователи считают профессиональное выгорание одной из главных причин профессиональной деформации [16].

Фазы протекания эмоционального выгорания по исследованиям Гринберга [11] представлены на рисунке 7.

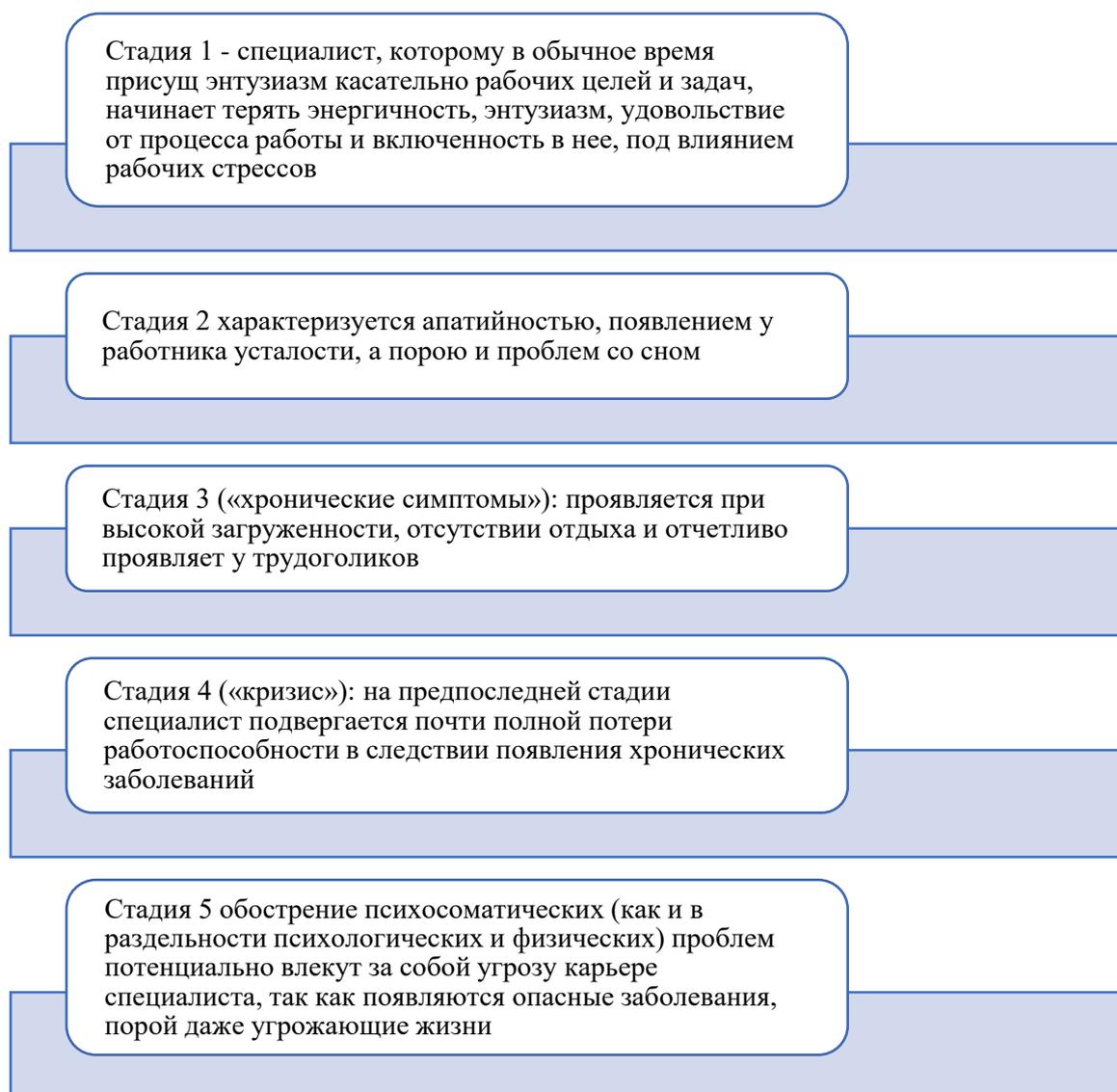


Рисунок 7 – Фазы протекания эмоционального выгорания по исследованиям Гринберга

Таким образом, профессиональная деформация личности – это многофакторное явление, обусловленное спецификой профессии, характером деятельности и индивидуальными особенностями человека. Профессии, связанные с непосредственным взаимодействием с людьми, находятся в группе повышенного риска. В дальнейшем исследовании будет уделено особое внимание профессиональной деформации медицинского персонала.

1.2 Факторы профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала

Освоение личностью профессии неизбежно сопровождается изменениями в ее структуре, когда, с одной стороны, происходит усиление и интенсивное развитие качеств, которые способствуют успешному осуществлению деятельности; а с другой – происходит изменение в психической структуре личности, происходит подавление и утрата ценностей.

Факторы развития профессиональных деформаций представлены на рисунке 8.

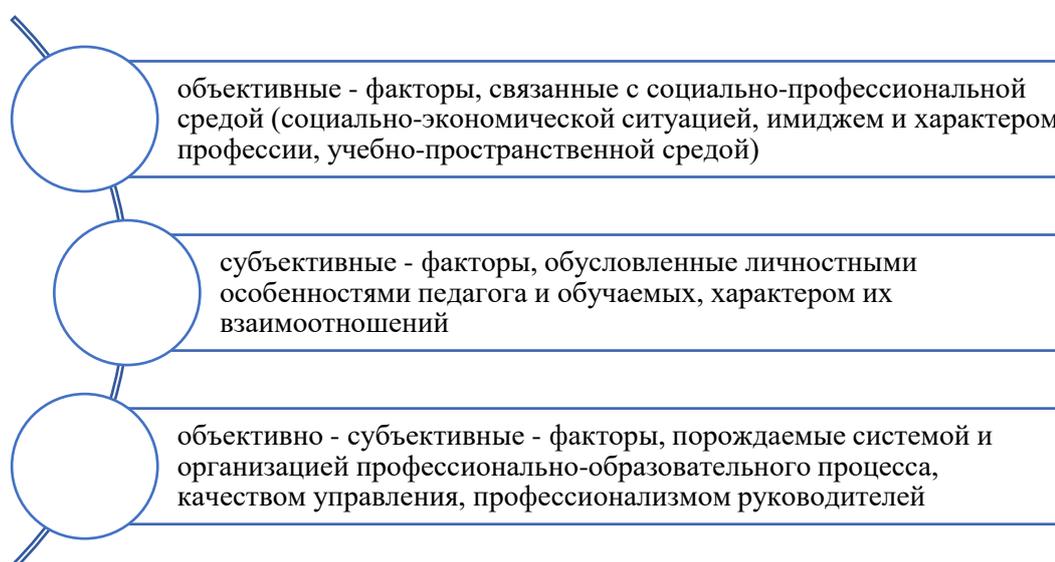


Рисунок 8 – Факторы развития профессиональных деформаций

В таблице 2 перечислены факторы профессиональной деформации по А.В. Буданову [3].

Таблица 2 – Классификация факторов профессиональной деформации по А.В. Буданову

Группа факторов	Описание
Факторы, не зависящие от личности	Специфика работы: функциональные обязанности, объект профессиональной деятельности
Факторы личностного свойства	Личностные особенности медицинских работников
Факторы социально-психологического характера	Социально-психологический климат, стиль руководства, степень защищённости личности

Профессиональная деформация проявляется разнообразными симптомами. Физически это могут быть боли в спине и голове, потеря аппетита. Исследования указывают на начальные признаки, такие как бессонница и постоянная тревога. Нарушается коммуникация: человек отдаляется от коллектива, неохотно общается на работе. Возникают сложности с выполнением обязанностей, ощущение постоянной болезни. Таким образом, чрезмерный стресс и рабочая нагрузка ведут к профессиональной деформации.

Дополнительный стресс вне работы (семья, личные отношения, финансы) ускоряет этот процесс. Научная литература подтверждает, что поддержка близких снижает риск деформации даже при высокой профессиональной нагрузке.

Основными причинами профессиональной деформации являются стресс и профессиональное выгорание. Стресс проявляется гиперактивностью, выгорание – апатией, чувством безнадежности и потерей мотивации, возможно развитием депрессии и отчужденности. Высокострессовые профессии повышают риск выгорания, но не всегда к нему приводят. Выгорание характеризуется истощением, опустошенностью и неспособностью справляться с повседневностью, и, если его игнорировать, приводит к профессиональной деформации.

Профессионально важные качества могут стать фактором деформации, особенно в медицине. Исследования выявили ряд негативных факторов. В.Е. Орел связывает выгорание с конфликтом между ожиданиями и реальностью профессиональной жизни, приводящим к депрессии и психастении. Нагрузка снижает удовлетворенность работой. Повышенная заболеваемость, бюрократия, нехватка ресурсов и лекарств усиливают утомление и стресс [12].

На рисунке 9 представлены группы факторов, ведущие к профессиональной деформации медицинского персонала.

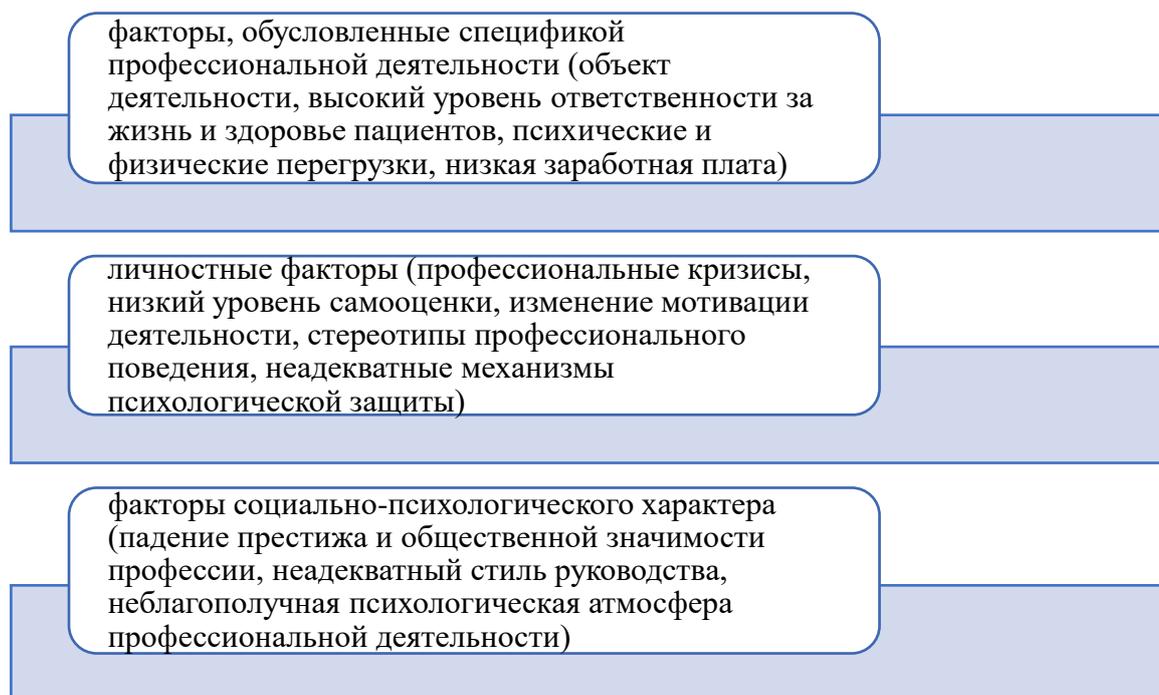


Рисунок 9 – Группы факторов, ведущие к профессиональной деформации медицинского персонала

Н.В. Гафарова и Л.Т. Баранская выделяют факторы выгорания у медработников: высокая интенсивность труда, разнообразие эмоционально напряженных взаимодействий с пациентами и коллегами, высокая ответственность, зависимость от коллег и пациентов, попытки неофициального решения проблем пациентов, конфликтные ситуации. Эти факторы являются общими стрессорами для медработников и ведут к выгоранию и деформации [15]. Статистика Росстата (2024 год) показывает, что 3 из 5 врачей выгорают, 2 из 5 деформируются; 69% из деформированных чувствуют себя неоцененными [18].

Профессионально значимые качества медицинского персонала выделены на рисунке 10.

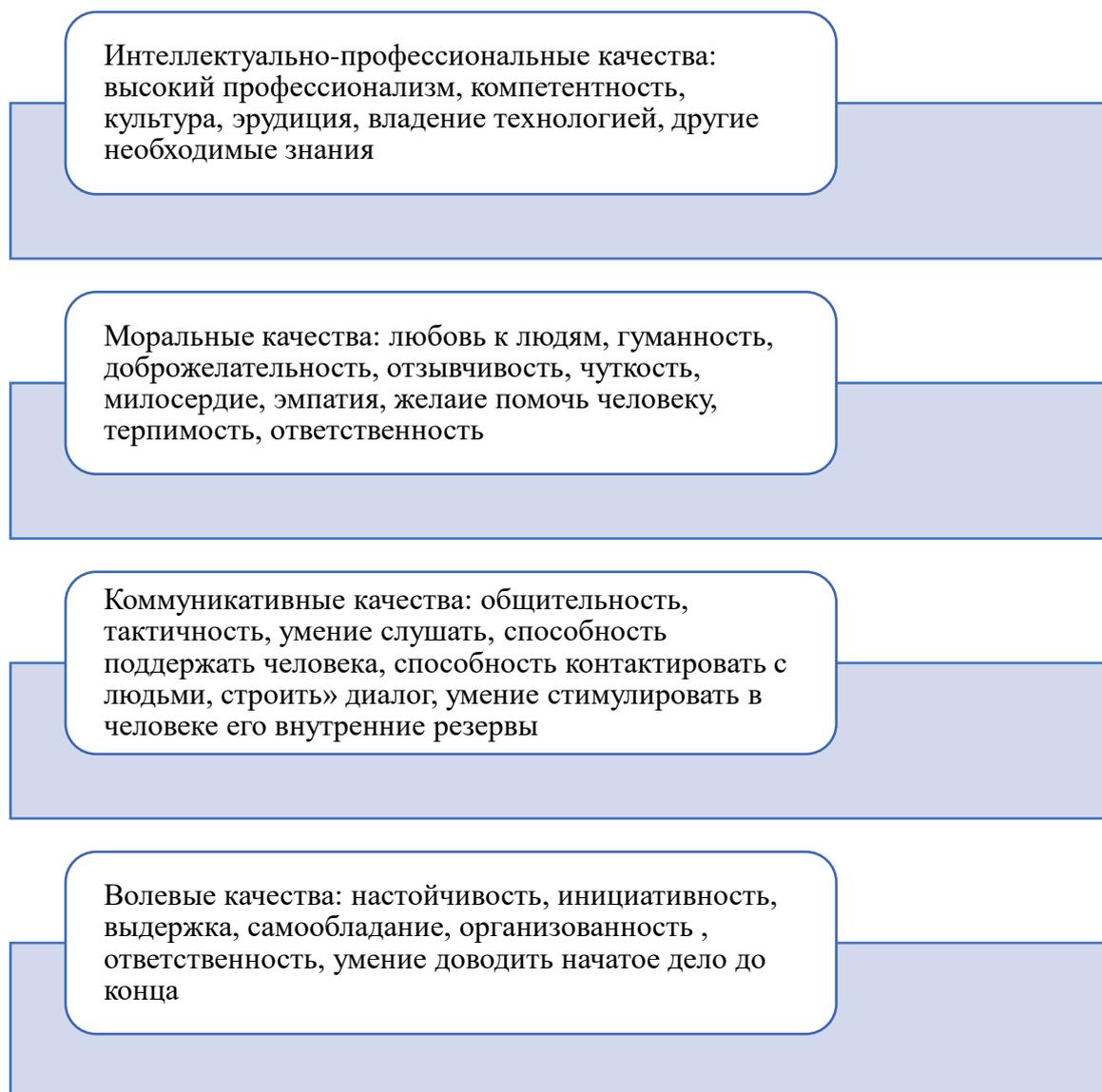


Рисунок 10 – Профессионально значимые качества медицинского персонала

Анкетирование медработников выявило: высокий уровень стресса (62%), проблемы со сном (56%), чрезмерный сон (47%), частые головные боли (31%), употребление психоактивных веществ (16%), обращение за психиатрической помощью (13%), ожидание будущей необходимости в помощи (18%). Цифровизация снизила социальное взаимодействие [18].

Психологические особенности деформации у медсестер: скрытая агрессия, индифферентность, нетерпимость, низкая рефлексия и эмпатия, негативная мотивация. Профессиональная деформация медработников – серьезная проблема, негативно влияющая на здоровье, качество услуг и безопасность пациентов.

Повышенный стресс, и перегрузка ведут к выгоранию и деформации. Распространенность выгорания варьируется, но оно влияет на психическое здоровье и качество жизни. Профилактика требует управления ресурсами, изменений в рабочей среде и развития личностных качеств.

Выгорание у медработников связано с эмоционально истощающими ситуациями (тяжелые случаи, смерти, нехватка ресурсов). Длительная работа в стрессовых условиях без восстановления негативно влияет на психическое здоровье. Исследования Росстата показали связь истощения с вторичным травматическим стрессом у медсестер [18].

Медработники на всех этапах карьеры испытывают выгорание. Отсутствуют возможности для сообщения о стрессе и его решения. Обращение за помощью, особенно психиатрической, низкое (12,7% вовремя COVID-19). Большинство (45%) решают проблемы самостоятельно, часть (28%) игнорирует симптомы [18].

Статистика подтверждает связь между стрессом на работе и профессиональной деформацией. К факторам стресса относятся: плохие отношения с коллегами, отсутствие связи с пациентами, отсутствие признания, перегрузка, сверхурочная работа.

Нерациональный режим труда и отдыха также влияет на деформацию, хотя нет единого мнения о наиболее стрессовых сменах (дневных или ночных). Разная психологическая устойчивость и индивидуальные карьерные ожидания влияют на степень деформации.

Т.А. Заглодина и П.И. Сидоров выявили пики риска деформации в возрастных группах 30 (29-32 года) и 50 лет (49-52 года). В 30 лет – высокие ожидания и требования, в 50 – переосмысление карьеры. В.В. Константинов указывает на ускорение деформации при длительной работе на одной должности без карьерного роста [17].

Некоторые стрессоры неизбежны (ночные смены, сложные пациенты). Причины деформации многофакторны и взаимосвязаны (жизненные и

рабочие стрессоры, межличностные отношения). Гармоничные отношения с коллегами и поддержка близких помогают справляться со стрессом.

Психические проблемы у медработников часто сосуществуют из-за воздействия болезней пациентов и стрессовой среды. Депрессия, тревожность и стресс повышают риск выгорания. Эффективными мерами профилактики являются: улучшение коммуникативных навыков, командная работа и психологическая поддержка.

1.3 Особенности профилактики профессиональной деформации среднего медицинского персонала

Профессиональная деформация личности, особенно среди среднего медицинского персонала, представляет собой серьезную проблему современного здравоохранения. Это явление, характеризующееся деструктивными изменениями в психике и поведении под влиянием профессиональной деятельности, не только снижает качество оказываемых медицинских услуг, но и негативно сказывается на здоровье самих медработников [21]. Актуальность профилактики профессиональной деформации обусловлена высокой распространенностью синдрома выгорания среди медицинских сестер, который, по данным Росстата, затрагивает до 60% специалистов [18].

Исследования показывают, что профессиональная деформация развивается под воздействием множества факторов, включая высокую эмоциональную нагрузку, отсутствие поддержки со стороны коллег и руководства, а также несоответствие между ожиданиями и реальностью профессиональной деятельности [23]. Как отмечает Е.В. Котова, деформация сопровождается когнитивными искажениями и психологической дезориентацией, что требует комплексного подхода к её профилактике [6.]

Профилактические меры должны быть направлены как на организационные изменения в системе здравоохранения, так и на развитие

личностных ресурсов медицинских работников. Важность этого подхода подчеркивается в работах А.К. Марковой, где отмечается, что несоответствие между профессиональными требованиями и индивидуальными нормами является ключевым фактором деформации [14]. Кроме того, исследования В.В. Бойко демонстрируют, что отсутствие признания и контроля на рабочем месте значительно увеличивает риск выгорания [20].

Профилактика профессиональной деформации требует комплексного подхода, включающего организационные, социально-психологические и индивидуальные меры. Исследования показывают, что наиболее эффективные стратегии сочетают оптимизацию рабочей среды с развитием личностных ресурсов медицинских работников [24] (таблица 3).

Таблица 3 – Меры профилактики профессиональной деформации

Направление	Меры
Организационные меры: оптимизация нагрузки	Введение гибких графиков, ограничение сверхурочной работы Автоматизация и цифровые инструменты
Организационные меры: социально-психологический климат	Командная работа, супервизии, тренинги Программа наставничества
Организационные меры: поддержка и признание	Обратная связь от руководства, поощрение Психологическая помощь
Личностные меры: эмоциональная устойчивость	Тренинги по стресс-менеджменту Копинг-стратегии
Личностные меры: рефлексия и саморегуляция	Самооценка, дневники Программы роста, супервизии
Личностные меры: баланс жизни и работы	Отдых, физическая активность, хобби Тайм-менеджмент
Роль системы здравоохранения: нормативные меры	Включение профилактики в охрану труда Финансирование исследований
Роль системы здравоохранения: обучение руководителей	Курсы по психологии управления Анонимные опросы сотрудников

Профилактика профессиональной деформации у среднего медицинского персонала должна быть системной и непрерывной. Как отмечает Э.Ф. Зеер, сочетание внешних (организационных) и внутренних (личностных) ресурсов позволяет минимизировать риски деструктивных изменений [1].

Дальнейшие исследования в этой области могут быть направлены на оценку эффективности конкретных профилактических программ в медицинских учреждениях.

Эффективная профилактика профессиональной деформации требует активного участия самого медицинского работника в сохранении своего психологического благополучия. Как отмечает Е.В. Котова, ключевым аспектом является осознанное управление своими эмоциональными и профессиональными ресурсами, что позволяет минимизировать негативное влияние стрессовых факторов [6].

Важнейшей индивидуальной стратегией выступает развитие эмоционального интеллекта и навыков саморегуляции. По данным В.В. Бойко, медицинские работники, владеющие техниками эмоциональной разрядки (такими как дыхательные упражнения, прогрессивная мышечная релаксация или ведение дневника эмоций), демонстрируют более высокую устойчивость к профессиональному выгоранию [20]. Особое значение имеет формирование здоровых копинг-стратегий, направленных на решение проблем, а не на избегание стресса. Как подчеркивает Б.А. Фарбер, активные стратегии преодоления трудностей (планирование, поиск социальной поддержки, переоценка ситуации) значительно снижают риск деформации [21].

Не менее важным является поддержание баланса между профессиональной и личной жизнью. Исследования Н.Е. Водопьяновой показывают, что медицинские работники, регулярно уделяющие время отдыху, хобби и физической активности, менее подвержены эмоциональному истощению [7]. Особую роль играет соблюдение режима сна и бодрствования, поскольку, как отмечает М. Шосс, хроническое недосыпание усугубляет симптомы выгорания [11].

Крайне важна рефлексия профессиональной деятельности. По мнению С.М. Иванова, регулярный самоанализ позволяет своевременно заметить признаки деформации, такие как снижение эмпатии, рост цинизма или потеря мотивации [4]. Эффективным инструментом здесь может стать ведение

профессионального дневника или участие в супервизионных группах, где можно открыто обсуждать сложные случаи и свои переживания [25].

Наконец, профессиональное развитие выступает важным фактором профилактики. Как указывает А.К. Маркова, постоянное обучение и расширение профессиональных компетенций помогают сохранить интерес к работе и предотвратить «эмоциональное выгорание» [14]. Участие в конференциях, освоение новых методик работы или смежных специальностей создает ощущение роста и снижает риск профессионального застоя, который, по данным В.В. Константинова, является одним из ключевых факторов деформации [9].

Как подчеркивает Э.Ф. Зеер, именно сочетание этих подходов позволяет медицинскому работнику сохранить не только профессиональное здоровье, но и личностную целостность в условиях высокой нагрузки [1].

В последние годы в медицинских учреждениях активно внедряются специализированные программы, направленные на профилактику профессиональной деформации и эмоционального выгорания среди среднего медицинского персонала. Как отмечает Н.В. Гафарова, системный подход к решению этой проблемы позволяет не только снизить уровень стресса у сотрудников, но и повысить качество оказываемой медицинской помощи [15]. Одним из наиболее эффективных примеров являются программы психологической поддержки, включающие регулярные тренинги по стресс-менеджменту, индивидуальные консультации с психологами и создание групп взаимопомощи. По данным исследований, проведенных Л.Т. Баранской, такие инициативы способствуют снижению уровня эмоционального истощения на 30-40% [15].

Особое внимание уделяется программам наставничества и адаптации для молодых специалистов. Как показывает практика, отсутствие поддержки в начале профессионального пути значительно увеличивает риск раннего выгорания. Внедрение системы кураторства, где опытные медицинские сестры помогают новичкам освоиться в коллективе и справляться с

эмоциональными нагрузками, доказало свою эффективность в ряде медицинских учреждений [23, с. 65]. Кроме того, важную роль играют корпоративные программы здоровья, включающие занятия йогой, массаж, а также мероприятия, направленные на укрепление физического и психического здоровья сотрудников. По мнению Е.В. Котовой, такие инициативы не только снижают уровень стресса, но и способствуют сплочению коллектива [6].

Значительный потенциал имеют цифровые платформы для мониторинга психологического состояния медицинских работников. Например, некоторые учреждения внедряют мобильные приложения, позволяющие сотрудникам анонимно оценивать свой уровень стресса и получать рекомендации по его снижению. Как отмечает М. Шосс, подобные инструменты особенно актуальны в условиях высокой загруженности, когда у медработников нет времени на посещение психолога [11].

Кроме внутренних программ, важную роль играют отраслевые инициативы, такие как всероссийские проекты по борьбе с профессиональным выгоранием. Например, ассоциации медицинских работников организуют конференции и вебинары, посвященные проблемам психического здоровья в профессии, а также разрабатывают методические рекомендации для руководителей медицинских учреждений [23].

Как подчеркивает А.К. Маркова, успех этих программ зависит от их системности и постоянной адаптации к потребностям медицинских работников [14]. Дальнейшее развитие подобных инициатив требует не только финансовых вложений, но и изменения организационной культуры в здравоохранении, где забота о психическом здоровье сотрудников станет приоритетной задачей.

Выводы. Проведенный анализ теоретических основ проблемы профессиональной деформации среднего медицинского персонала позволил выявить ключевые закономерности этого сложного социально-психологического явления. Исследование показало, что профессиональная деформация формируется под воздействием взаимосвязанных факторов:

специфики медицинской деятельности, особенностей рабочей среды и индивидуальных характеристик самих специалистов.

Особую роль в развитии деструктивных изменений играют хронический стресс, эмоциональное выгорание и дисбаланс между профессиональными требованиями и личностными ресурсами. При этом наиболее уязвимыми оказываются те медработники, которые сталкиваются с высокой нагрузкой, недостатком социальной поддержки и отсутствием признания своего труда.

Важным выводом исследования стало обоснование необходимости комплексного подхода к профилактике профессиональной деформации. Эффективная система предупреждения должна включать как организационные меры (оптимизацию рабочих процессов, создание благоприятного психологического климата), так и развитие личностной устойчивости специалистов через формирование навыков саморегуляции и стрессоустойчивости.

Особое значение имеют специализированные программы поддержки медицинских работников, включающие психологическое сопровождение, наставничество и мероприятия по сохранению профессионального здоровья. Реализация таких инициатив требует не только организационных изменений, но и пересмотра ценностных ориентиров в системе здравоохранения, где забота о психологическом благополучии персонала должна стать приоритетной задачей.

Глава 2 Экспериментальная работа по профилактике профессиональной деформации среднего медицинского персонала

2.1 Выявление уровня профессиональной деформации среднего медицинского персонала

В данном исследовании приняли участие 40 сотрудников среднего медицинского персонала (женщины в возрасте 21-50 лет со стажем работы от 1 года) филиала №2 ФГКУ «ВМКГ 1477» МО РФ. Целью исследования является изучение психологических особенностей профессиональной деформации, включая выявление деструктивных изменений личности и разработку мер профилактики. Стаж работы участников исследования составил от 1 года до 19 лет.

Для комплексной диагностики были использованы следующие методики.

Опросник «Профессиональное самоотношение личности» (К.В. Карпинский, А.М. Колышко). Данная методика направлена на оценку системы отношений медицинских работников к своей профессиональной деятельности. Опросник включает следующие ключевые шкалы, представленные в таблице 4.

Таблица 4 – Шкалы опросника «Профессиональное самоотношение личности» К.В. Карпинского

Название шкалы	Описание
Внутренняя конфликтность	Данная шкала диагностирует уровень амбивалентности в профессиональном самоотношении из-за разрыва между требованиями работы и личными ресурсами.
Самоуважение в профессии	Уровень принятия себя как профессионала, чувство значимости и ценности своей работы
Самоуверенность в профессии	Уверенность в своих профессиональных качествах
Самопривязанность в профессии	Эмоциональная вовлеченность в профессию

Продолжение таблицы 4

Название шкалы	Описание
Самообвинение в профессии	Склонность к самокритике и чувству вины за профессиональные неудачи
Самоэффективность в профессии	Вероятность достижения желаемого результата в профессиональной деятельности
Саморуководство в профессии	Способность к самоорганизации, самостоятельному планированию и контролю
Самооценка личностного роста	Восприятие своего развития в рамках профессиональной карьеры
Самоуничижение в профессии	Степень выраженности негативной оценки себя как профессионала
Общий показатель позитивности профессионального самоотношения	Интегративный показатель, суммирующий данные по всем шкалам для оценки общего уровня удовлетворенности профессией

Опросник Мини-Мульт (Mini-Mult), или Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), автор Д. Кинканнон в адаптации В.П. Зайцева, представляет собой сокращенный вариант опросника ММРІ. Опросник содержит 71 вопрос, восемь базисных клинических шкал (исключены шкалы маскулинности-феминности (Mf) и социальной интроверсии (Si)) и три оценочные шкалы. Методика ориентирована на выявление наиболее распространенных ситуативных личностных расстройств. Шкалы перечислены в таблице 5.

Таблица 5 – Шкалы опросника «Мини-Мульт (Mini-Mult)

Название шкалы	Обозначение	Описание
Ипохондрия	Hs	Отражает физическое беспокойство и уровень соматизации
Депрессия	D	Показывает уровень подавленного настроения, апатии, снижения мотивации
Истерия	Hu	Характеризует защитные механизмы, связанные с психологической адаптацией к стрессу
Психопатия	Pd	Измеряет степень социальной адаптации, наличие конфликтов во взаимоотношениях
Паранойя	Pa	Уровень подозрительности, чувствительности к критике
Психастения	Pt	Уровень тревожности, нерешительности, внутренних конфликтов

Продолжение таблицы 5

Название шкалы	Обозначение	Описание
Шизофрения	Sc	Отражает эмоциональную дезорганизацию, когнитивные искажения
Гипомания	Ma	Показатель активности, импульсивности, энергичности
Ложь	L	Измеряет стремление выглядеть лучше, чем есть на самом деле
Достоверность	F	Показывает нестандартность или неискренность ответов
Коррекция	K	Уровень самоконтроля, социальной адаптации и способности к самопрезентации

«Опросник профессионального выгорания» в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой – основан на трехфакторной модели К. Маслач и предназначен для диагностики эмоционального истощения, деперсонализации профессиональных достижений. Шкалы кратко описаны в таблице 6.

Таблица 6 – Шкалы опросника профессионального выгорания в адаптации Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой

Название шкалы	Описание
Эмоциональное истощение	Отражает уровень физического и эмоционального утомления, вызванного длительным стрессом на работе.
Деперсонализация (цинизм)	Характеризует отстраненное, циничное отношение к пациентам, клиентам или коллегам как защитный механизм.
Редукция профессиональных достижений	Измеряет уровень самооценки профессиональных успехов и чувство компетентности.

Опросник «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова) включает 40 утверждений, из них 20 утверждений выявляют сформированность профессиональных стереотипов, которая проявляется в снижении мотивации к профессиональному росту, снижении или остановке профессионального мастерства, преувеличении значимости своей профессии. Другие 20 утверждений направлены на установление степени переноса профессиональных стереотипов поведения, профессиональной роли в пространстве внепрофессиональной жизни.

Оценки находятся в диапазоне от 0 до 40 баллов. Низкий уровень профессиональной деформации личности – 0-9 баллов; 10-20 баллов – средний уровень профессиональной деформации личности; 20-30 баллов – высокий уровень профессиональной деформации личности; 30-40 баллов – очень высокий уровень профессиональной деформации личности [19].

Далее рассмотрим результаты диагностики.

Результаты по опроснику «Профессиональное самоотношение личности» (К.В. Карпинский, А.М. Колышко) представлены на рисунке 11.

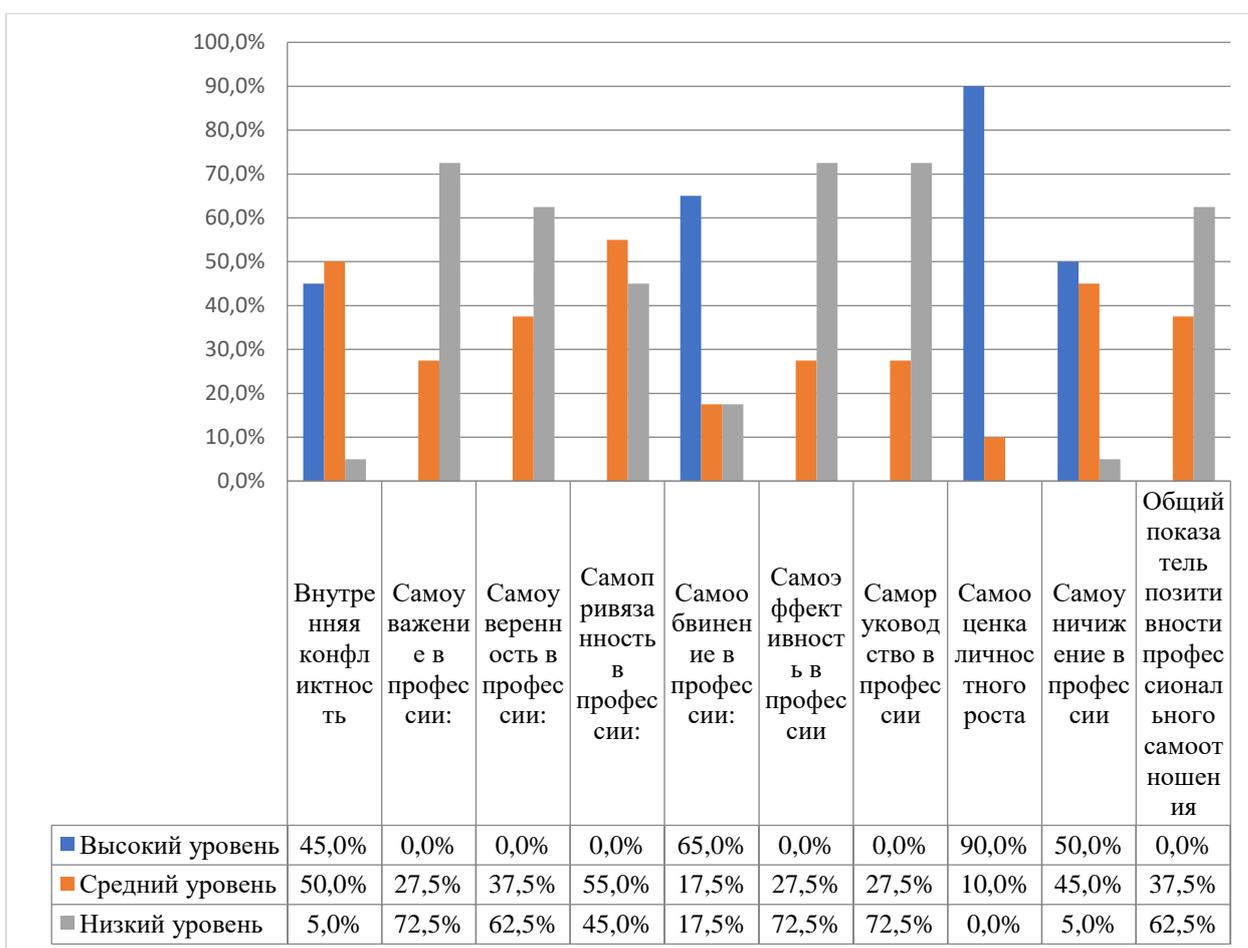


Рисунок 11 – Результаты диагностики по опроснику «Профессиональное самоотношение личности» (К.В. Карпинский, А.М. Колышко)

Внутренняя конфликтность. Низкие показатели (13-19 баллов) встречаются у 2 участников (5%), что свидетельствует о незначительной представленности данной группы в выборке. Средний уровень (20-42 балла)

зафиксирован у половины обследованных – 20 человек (50%). Высокие значения (43-52 балла) характерны для 18 респондентов (45%). Таким образом, результаты демонстрируют смещенность распределения в сторону средних и высоких значений при минимальном числе участников с низкими показателями.

Самоуважение. Низкий уровень отмечен у 29 респондентов, что составляет 72,5% выборки. Средний уровень зафиксирован у 11 человек (27,5%). Высокие значения отсутствуют. Данные отражают ярко выраженное преобладание низких показателей самоуважения в профессиональной сфере при полном отсутствии высоких результатов.

Самоуверенность. Низкие значения определены у 25 человек (62,5%), средние показатели выявлены у 15 респондентов (37,5%). Высокие уровни не зафиксированы. Таким образом, шкала демонстрирует сходное распределение с доминированием низких и отсутствием высоких показателей.

Самопривязанность. Низкие значения выявлены у 18 респондентов (45%), средние показатели отмечены у 22 участников (55%). Высокие уровни не встречаются. В отличие от ряда других шкал, здесь распределение имеет тенденцию к концентрации в зоне средних значений, что указывает на менее выраженную поляризацию.

Самообвинение. Низкие значения по данной шкале отсутствуют полностью. Средний уровень зафиксирован у 7 человек (17,5%). Высокие показатели отмечены у 26 участников (65%). Таким образом, преобладает выраженное смещение распределения в сторону высоких значений, тогда как низкая категория в выборке отсутствует.

Самоэффективность. Низкий уровень выявлен у 29 респондентов (72,5%), средний уровень характерен для 11 участников (27,5%). Высокие значения отсутствуют. Подобное распределение указывает на концентрацию результатов преимущественно в зоне низких показателей.

Саморуководство. Низкий уровень зафиксирован у 29 человек (72,5%), средний уровень отмечен у 11 участников (27,5%). Высокие значения

отсутствуют. Структура распределения полностью совпадает с данными по шкале самооффективности.

Самооценка личностного роста. Низкие показатели определены у подавляющего большинства респондентов – 36 человек (90%). Средний уровень продемонстрировали 4 участника (10%). Высокие значения отсутствуют. Таким образом, шкала демонстрирует наиболее выраженную концентрацию в зоне низких значений среди всех представленных параметров.

Самоуничижение. Низкий уровень выявлен у 2 человек (5%). Средний уровень характерен для 18 респондентов (45%). Высокие показатели зафиксированы у 20 участников (50%). Данное распределение указывает на равномерное присутствие среднего и высокого уровней при минимальной доле низких значений.

Общий показатель позитивности профессионального самоотношения. Низкие значения продемонстрировали 25 участников (62,5%). Средние показатели зафиксированы у 15 респондентов (37,5%). Высокие значения отсутствуют. Таким образом, результирующий показатель характеризуется доминированием низких и средней представленностью средних уровней, при отсутствии участников с высокими значениями.

Полученные данные по опроснику «Профессиональное самоотношение личности» отражают исходное состояние выборки среднего медицинского персонала до проведения профилактической работы. У большинства участников выявлены низкие показатели самоуважения, самооффективности, саморуководства и личностного роста, при одновременном преобладании высоких значений по шкалам самообвинения и самоуничижения. Распределение по шкале внутренней конфликтности сосредоточено в зоне средних и высоких уровней. Итоговый показатель характеризуется отсутствием высоких значений и доминированием низких уровней. Таким образом, зафиксированные результаты задают базовый уровень, относительно

которого в дальнейшем будет оцениваться динамика после реализации профилактической программы.

Результаты по опроснику Мини-мульти представлены на рисунке 12.

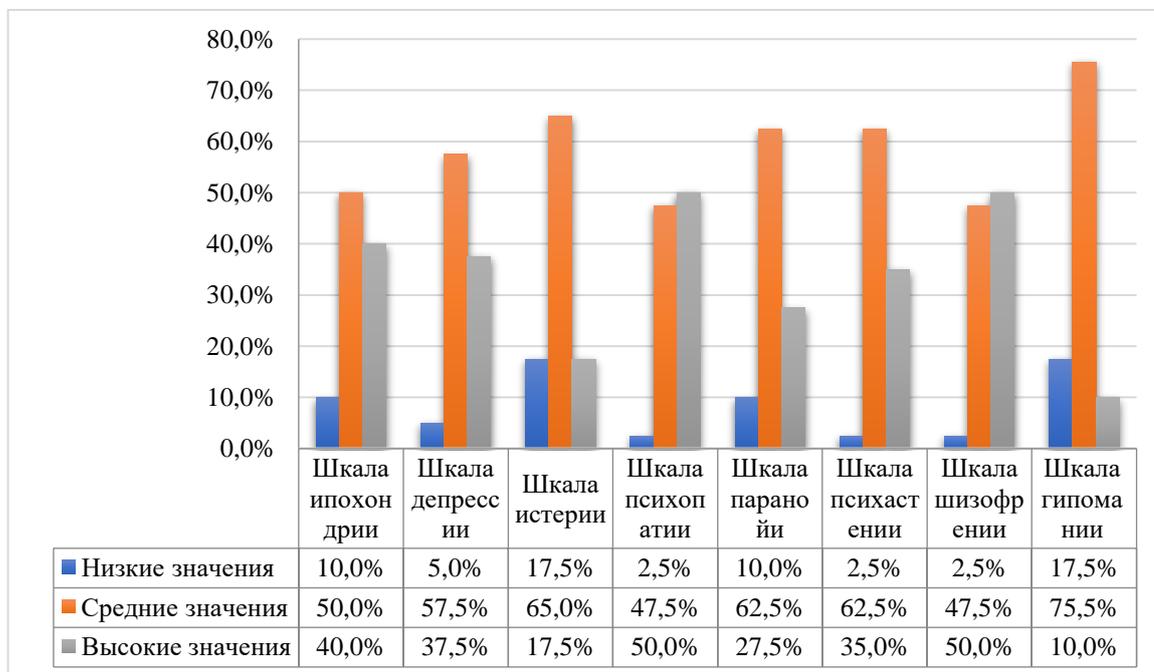


Рисунок 12 – Результаты диагностики по опроснику Мини-мульти

Шкала ипохондрии. Низкие значения зафиксированы у 10% респондентов. Средний уровень определен у 50% участников. Высокие показатели выявлены у 40% обследованных.

Шкала депрессии. Низкие значения отмечены у 5% выборки. Средний уровень продемонстрировали 57,5% респондентов. Высокие показатели зафиксированы у 37,5% участников.

Шкала истерии. Низкие значения выявлены у 17,5% респондентов. Средний уровень характерен для 65% участников. Высокие показатели зафиксированы у 17,5% выборки.

Шкала психопатии. Низкий уровень отмечен у 2,5% участников. Средние показатели выявлены у 47,5% респондентов. Высокие значения зафиксированы у 50% выборки.

Шкала паранойи. Низкие показатели характерны для 10% участников. Средний уровень продемонстрировали 62,5% респондентов. Высокие значения отмечены у 27,5% выборки.

Шкала психастении. Низкий уровень зафиксирован у 2,5% участников. Средние показатели характерны для 62,5% выборки. Высокие значения выявлены у 35% респондентов.

Шкала шизофрении. Низкие показатели отмечены у 2,5% респондентов. Средний уровень выявлен у 47,5% участников. Высокие значения зафиксированы у 50% выборки.

Шкала гипомании. Низкие показатели зафиксированы у 17,5% участников. Средний уровень определен у 72,5% респондентов. Высокие значения выявлены у 10% выборки.

Совокупные результаты по методике «Мини-Мульт» позволяют зафиксировать исходное распределение выборки до начала профилактической работы и охарактеризовать его как неоднородное. Во всех шкалах выявлены респонденты, относящиеся к различным уровням выраженности показателей – от низкого до высокого, при этом в большинстве случаев доминируют средние значения, составляющие основу общей структуры распределения. В то же время практически по каждой шкале прослеживается присутствие значимой доли участников, демонстрирующих высокие показатели, что указывает на разнонаправленность результатов и многоуровневое представительство внутри группы. Низкие уровни встречаются значительно реже и представлены в меньшей степени, однако полностью отсутствующими их назвать нельзя, так как по всем шкалам фиксируются отдельные респонденты, вошедшие в данную категорию. Таким образом, результаты, полученные на данном этапе, формируют целостное представление об исходной картине состояния исследуемой выборки и задают необходимую основу для последующего анализа динамики на контрольном этапе исследования.

Результаты по «Опроснику профессионального выгорания» К. Маслач (версия Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова) представлены на рисунке 13.

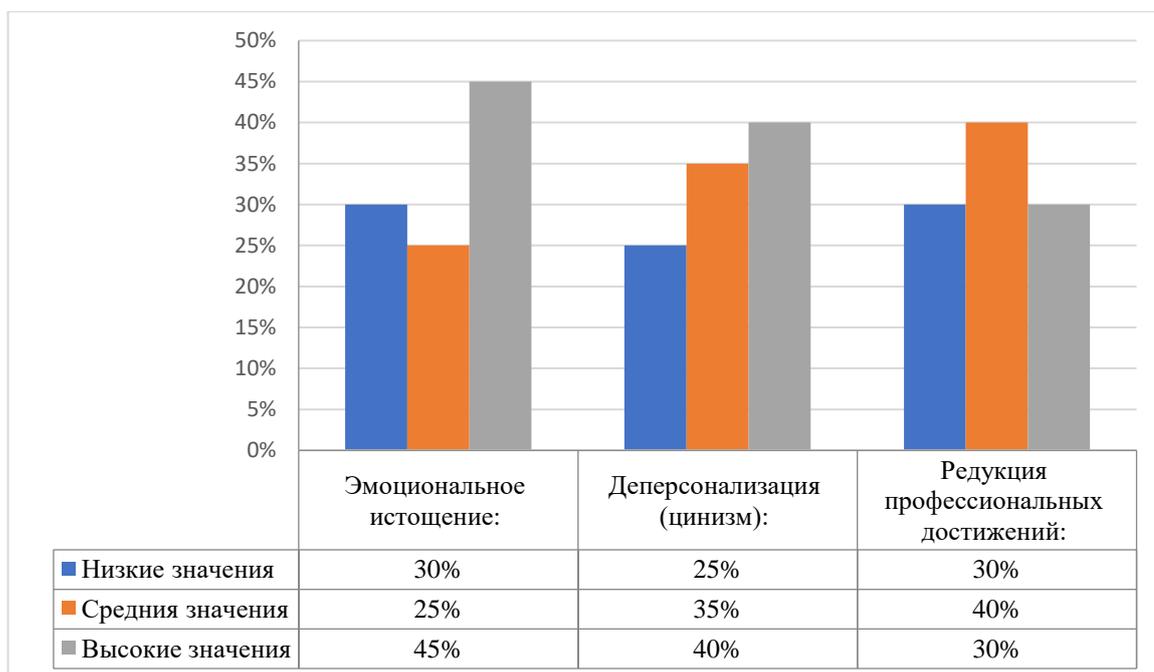


Рисунок 13 – Результаты диагностики по опроснику профессионального выгорания К. Маслач

Эмоциональное истощение: высокие показатели выявлены у 45% респондентов, что указывает на глубокое физическое и эмоциональное выгорание. Это может быть следствием значительных психологических нагрузок, постоянного контакта с пациентами и высокой ответственности за их здоровье. В то же время 30% респондентов продемонстрировали низкий уровень эмоционального истощения, что говорит об их способности справляться с нагрузкой. Почти половина средних медицинских работников испытывает значительное истощение, что является тревожным сигналом.

Деперсонализация (цинизм): высокие значения наблюдаются у 40% участников исследования. Эти сотрудники, вероятно, используют психологическую защиту, что выражается в отстранении от пациентов и коллег. Средние значения показали 35% респондентов, у которых цинизм еще не достиг критической стадии, но уже есть тенденция к ухудшению. Остальные 25% работников продемонстрировали низкий уровень деперсонализации, что говорит о высоком уровне эмпатии и эмоциональной

вовлеченности в работу. Высокий уровень деперсонализации требует внимания, так как может снижать качество взаимодействия с пациентами и ухудшать командную работу.

Редукция профессиональных достижений: 30% респондентов продемонстрировали низкие значения, что говорит об их неудовлетворенности собственными достижениями и ощущении профессиональной неэффективности. Средний уровень достижений наблюдается у 40% участников, что указывает на некоторое снижение профессиональной мотивации, но при этом сохраняется способность справляться с задачами. 30% медицинских работников показали высокие значения, демонстрируя уверенность в своих профессиональных успехах и важности своей работы. Несмотря на то, что часть сотрудников сохраняет уверенность в своих силах, значительная доля испытывает чувство профессиональной бесполезности.

Результаты по опроснику «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова) представлены на рисунке 14.

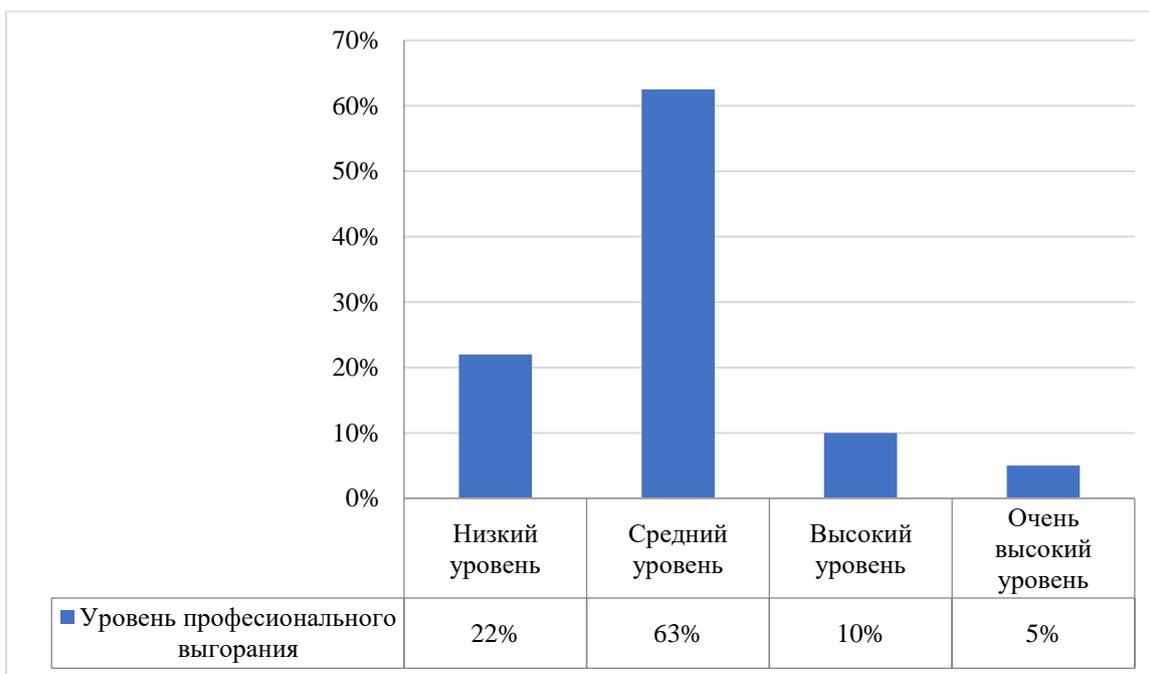


Рисунок 14 –Результаты диагностики по опроснику «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова)

Проведенное исследование уровня профессиональной деформации среди среднего медицинского персонала поликлиники с использованием опросника И.В. Тихоновой выявило ряд важных закономерностей, отражающих степень влияния профессиональной деятельности на личностные характеристики сотрудников. Анализ данных позволяет говорить о том, что работа в условиях высокой ответственности, эмоциональной напряженности и постоянного взаимодействия с пациентами оказывает существенное воздействие на психологическое состояние медицинского персонала.

Всего два респондента получили показатели, соответствующие очень высокому уровню деформации, и ещё четыре – высокому. Совокупно это составляет 15 % от всей выборки. Такое распределение не позволяет говорить о массовом или критическом характере проблемы в данном коллективе. Основная доля медицинских сестёр – 25 человек, или 62,5 % – демонстрирует средний уровень, что отражает умеренное влияние профессионального стресса на личность и указывает на наличие адаптивных механизмов, позволяющих сохранять профессиональную эффективность без выраженного ущерба для психологического благополучия. Ещё девять участниц (22,5%) показали низкий уровень деформации, что может быть связано как с коротким стажем, так и с высокой личной устойчивостью и эффективными стратегиями саморегуляции.

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что профессиональная среда поликлиники оказывает значительное давление на медицинский персонал, способствуя развитию у них деформационных процессов. Это может негативно сказываться не только на их психологическом благополучии, но и на качестве оказываемой помощи пациентам. В связи с этим представляется крайне важным внедрение в учреждении комплексных мер, направленных на снижение профессионального стресса. Речь может идти о регулярных психологических тренингах, супервизиях, программах эмоциональной разгрузки, а также о создании более комфортных условий труда. Кроме того, важно развивать

корпоративную культуру, в которой будет уделяться внимание не только профессиональным навыкам, но и психологическому здоровью сотрудников.

Таким образом, проведенное исследование подтверждает необходимость системного подхода к профилактике профессиональной деформации среднего медицинского персонала поликлиники. Без своевременного вмешательства высокая степень деформации может привести к увеличению числа конфликтов, снижению мотивации и, как следствие, к ухудшению качества медицинского обслуживания.

2.2 Реализация программы по профилактике профессиональной деформации среднего медицинского персонала

На эмпирическом этапе исследования профессиональной деформации личности среднего медицинского персонала осуществлены разработка и реализация комплексной программы психологического вмешательства. Программа носит превентивный и коррекционный характер и нацелена на решение трёх взаимосвязанных задач: профилактику формирования деформаций, смягчение их актуальной симптоматики и оптимизацию психологического функционирования специалистов, работающих в условиях хронического профессионального стресса (Приложение А, таблица А.1 и Приложение Б, таблица Б.1).

Программа реализуется поэтапно: каждый этап представляет собой недельный цикл, содержание которого методологически обосновано и направлено на решение конкретных задач психологического сопровождения.

Временные параметры этапов программы определены на основе необходимости достижения достаточной глубины проработки целевых компетенций, а также синхронизации с операционными ритмами профессиональной деятельности медицинского персонала, что обеспечивает бесшовную интеграцию в текущий рабочий процесс и минимизацию операционных издержек.

В рамках реализации программы профилактики профессиональной деформации выборка из 40 респондентов была разделена на 4 рабочие группы по 10 человек в каждой. Разделение проводилось по принципу стажевой стратификации для обеспечения условной однородности групп по уровню профессионального опыта. Это позволило дифференцировать содержание занятий с учётом специфических потребностей и запросов сотрудников разного профессионального стажа.

Для группы 1 (стаж 1-5 лет) акцент в работе делался на адаптационных аспектах: освоении ролевых профессиональных функций, формировании навыков совладания с профессиональным стрессом, профилактике раннего эмоционального выгорания.

Для групп 2 и 3 (стаж 6-15 лет) основное внимание уделялось разрешению актуальных профессиональных кризисов: коррекции дезадаптивных установок, преодолению симптомов эмоционального истощения и ригидности, развитию навыков саморегуляции и осознанной карьерной траектории.

Для группы 4 (стаж 16-19 лет) ключевой стала тематика сохранения профессионального здоровья и передачи опыта: работа с синдромом «эмоционального опустошения», профилактика профессиональной стагнации, развитие наставнических компетенций и роли эксперта.

Подобное разделение является методологически обоснованным, так как оно обеспечило необходимую для групповой работы доверительную атмосферу за счет малого размера и однородности группы, а также позволило применять адресные методы психокоррекционного воздействия, тем самым повысив эффективность программы в целом.

Первый этап программы охватывает одну неделю и носит исключительно диагностический характер. В течение этой недели осуществляется систематическое выявление текущего уровня проявления признаков профессиональной деформации, а также фиксируются индивидуально значимые факторы риска, способствующие её развитию.

Диагностический этап не ограничивается формальным тестированием, но включает в себя глубинное исследование субъективных представлений участников о собственном профессиональном состоянии, что достигается за счёт применения валидных методик и полуструктурированного интервью, направленного на выявление тенденций в изменении отношения к профессиональной деятельности, к пациентам и к коллегам в динамике последних месяцев или лет.

Второй этап, продолжительностью две недели, ориентирован на повышение осведомлённости участников относительно феномена профессиональной деформации, её психологической этиологии и патогенеза. В рамках данного этапа реализуется цикл психообразовательных мероприятий, включающих лекционные и семинарские формы работы, в ходе которых раскрываются механизмы формирования деформации, её клиническая динамика и стратегии эмоционального выгорания. Особое внимание уделяется осмыслению роли профессиональной идентичности как буфера, способного снижать риск развития деформационных процессов. Групповая дискуссия используется как форма коллективной рефлексии, способствующая интериоризации полученных знаний и их трансформации в индивидуальный опыт.

Третий этап, охватывающий одну-две недели, сосредоточен на формировании у участников навыков саморегуляции и управления стрессовыми реакциями. В рамках данной фазы осваиваются техники телесно-ориентированной релаксации, дыхательные упражнения, а также практики осознанности, направленные на стабилизацию эмоционального состояния в условиях профессионального стресса. Важным компонентом является освоение стратегий эмоциональной регуляции, включая ведение дневника эмоций и использование позитивных аффирмаций как средств коррекции внутреннего диалога.

Четвёртый этап, продолжительностью от двух до четырёх недель, посвящён укреплению профессиональной идентичности и восстановлению

чувства значимости профессиональной роли. В рамках данного этапа реализуются рефлексивные упражнения, направленные на актуализацию профессиональных достижений и переосмысление ценности собственной деятельности. Создание профессионального портфолио и организация встреч с коллегами, демонстрирующими устойчивую профессиональную мотивацию, способствует восстановлению чувства профессиональной гордости и принадлежности.

Пятый этап, охватывающий две недели, направлен на коррекцию деструктивных установок и поведенческих паттернов, способствующих формированию и закреплению профессиональной деформации. Применяются когнитивные техники, направленные на переформулировку негативных убеждений и трансформацию внутреннего диалога. Упражнения, развивающие навык позиционирования, позволяют участникам осуществлять перераспределение перспективы в сложных профессиональных ситуациях.

Шестой этап, продолжительностью две недели, фокусируется на повышении уровня личностной удовлетворенности и восстановлении психологического баланса. В рамках данной фазы реализуются техники жизненного планирования, включая составление «колеса жизненного баланса», а также тренинги благодарности и позитивной фокусировки, направленные на восстановление личностных ресурсов и формирование устойчивых стратегий психологического благополучия.

Седьмой, заключительный этап, охватывающий одну-две недели, направлен на интеграцию полученных навыков и формирование индивидуального плана долгосрочной профилактики профессиональной деформации. Проводится итоговая рефлексия, организуется круглый стол для обмена опытом и формируется система наставничества как механизм поддержки и профилактической стабилизации.

2.3 Динамика уровня профессиональной деформации среднего медицинского персонала

Результаты по опроснику «Профессиональное самоотношение личности» (К.В. Карпинский А.М. Колышко) представлены на рисунке 15.

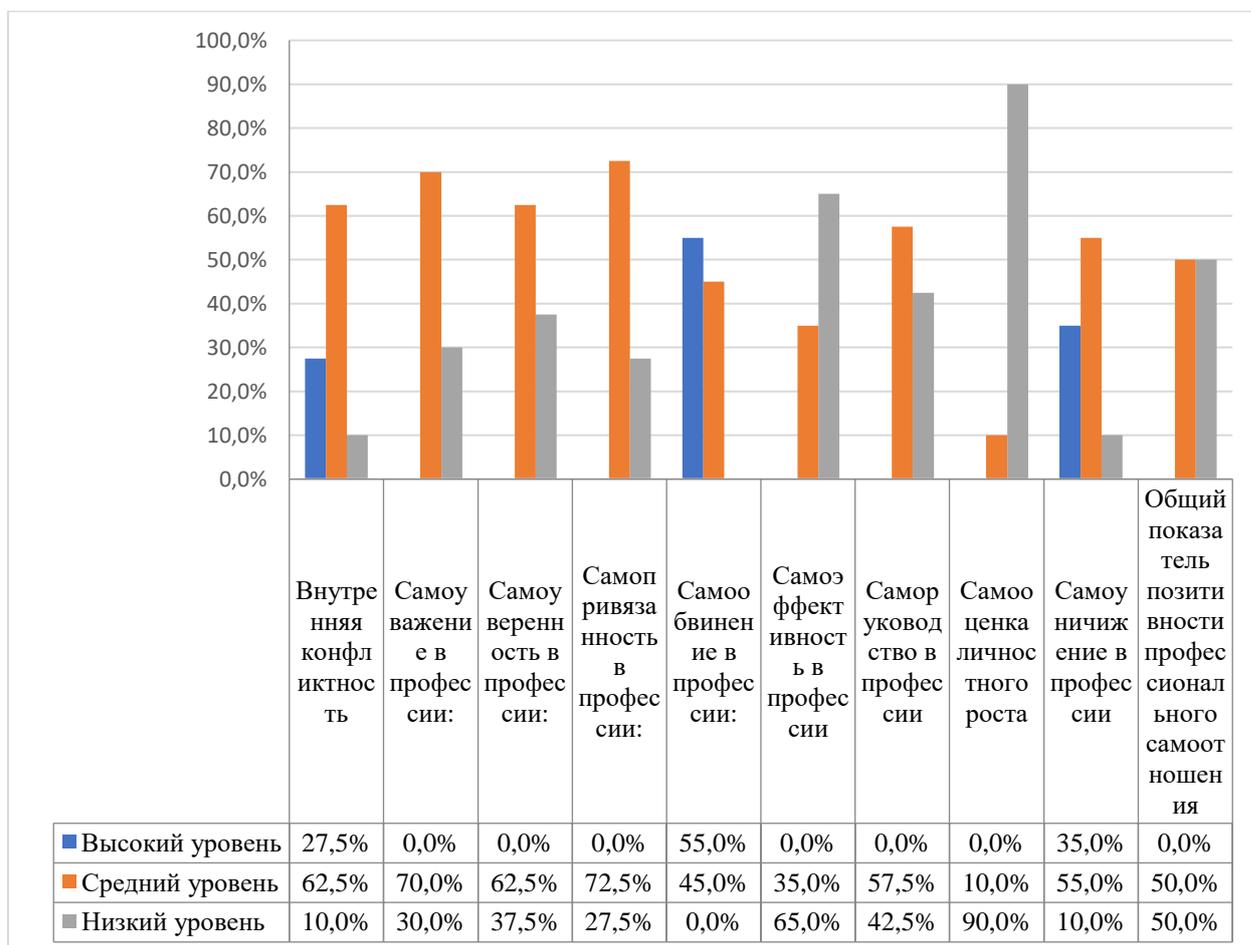


Рисунок 15 – Результаты повторной диагностики по опроснику «Профессиональное самоотношение личности» (К.В. Карпинский, А.М. Колышко)

Внутренняя конфликтность. В распределении значений наблюдается представленность всех трёх уровней. Низкие показатели зафиксированы у 4 участников, что составляет 10% выборки. Средний уровень определён у 25 респондентов, то есть у 62,5% обследованных. Высокие значения выявлены у 11 участников, что соответствует 27,5%. Таким образом, основная часть респондентов сосредоточена в пределах среднего диапазона, при наличии меньших по численности групп с низкими и высокими результатами.

Самоуважение. Низкий уровень отмечен у 30% респондентов. Средний уровень зафиксирован у 70% участников. Высокие значения отсутствуют. Данное распределение отражает значительное смещение выборки в сторону средних значений при сохранении доли низких уровней и полной отсутствии высоких.

Самоуверенность. По шкале самоуверенности низкие показатели зафиксированы у 37,5% обследованных. Средний уровень выявлен у 62,5% респондентов. Высокие значения не представлены. Таким образом, в группе доминируют средние значения при меньшей представленности низких результатов.

Самопривязанность. Низкий уровень характерен для 27,5% участников. Средний уровень зафиксирован у 72,5% респондентов. Высокие значения не выявлены. Данное распределение отражает преобладание средних показателей при сравнительно меньшей представленности низких.

Самообвинение. Низкие показатели отсутствуют полностью. Средний уровень зафиксирован у 45% участников. Высокие значения характерны для 55% респондентов. Таким образом, распределение представлено только средними и высокими уровнями, при этом доля последних превышает половину выборки.

Самоэффективность. Низкий уровень выявлен у 65% респондентов. Средние показатели определены у 35% участников. Высокие значения отсутствуют. В структуре выборки доминирует категория низких значений при меньшей представленности средних.

Саморуководство. Низкие показатели отмечены у 42,5% респондентов. Средний уровень зафиксирован у 57,5% участников. Высокие значения не зафиксированы. Таким образом, распределение характеризуется наличием двух категорий – низкой и средней, при доминировании последней.

Самооценка личностного роста. Низкие показатели определены у подавляющего большинства участников – 90%. Средний уровень выявлен у

10% респондентов. Высокие значения отсутствуют. Шкала демонстрирует наиболее выраженное доминирование низких показателей.

Самоуничижение. Низкий уровень характерен для 10% респондентов. Средние показатели выявлены у 55% участников. Высокие значения зафиксированы у 35% обследованных. Распределение отличается наличием всех трёх категорий с преобладанием средних и высокой представленностью группы с высокими показателями.

Общий показатель профессионального самоотношения. Низкий уровень выявлен у половины выборки (50%). Средний уровень также отмечен у 50% респондентов. Высокие значения отсутствуют. Распределение характеризуется равномерным разделением выборки между низким и средним уровнями.

Совокупные результаты повторной диагностики демонстрируют перераспределение участников внутри выборки между низким и средним уровнями по большинству шкал при полном отсутствии высоких значений на ряде параметров. Наибольшая часть респондентов сосредоточена в зоне средних показателей по шкалам самоуважения, самоуверенности, самопривязанности и саморуководства. При этом сохраняется высокая представленность группы с низкими результатами по шкалам самооффективности и самооценки личностного роста. Шкала самообвинения характеризуется сочетанием средних и высоких уровней без категории низких значений, а шкала самоуничижения включает все три уровня с доминированием средних показателей. Итоговый интегральный показатель профессионального самоотношения распределён поровну между низкой и средней категориями, что позволяет зафиксировать общую структуру состояния выборки на контрольном этапе исследования. Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Вилкоксона представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Результаты расчетов Т-критерия Вилкоксона по опроснику «Профессиональное самоотношение личности»

Шкала	До профилактики (средний балл)	После профилактики (средний балл)	Т-критерий Вилкоксона
Внутренняя конфликтность	41,8	39,67	13
Самоуважение	18,57	18,35	136
Самоуверенность	8,97	9,2	328,5
Самопривязанность	11,07	11,15	368,5
Самообвинение	21,15	20,05	56
Самозффективность	21,3	21,95	346,5
Саморуководство	15,02	15,75	277,5
Самооценка роста	5,45	5,67	357
Самоуничижение	63,47	59,7	36
Общий показатель	88,875	90,475	45

Результаты по опроснику «Опросник Мини-Мульт (Mini-Mult), или Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ)», представляет собой сокращенный вариант опросника ММРІ представлены на рисунке 16.

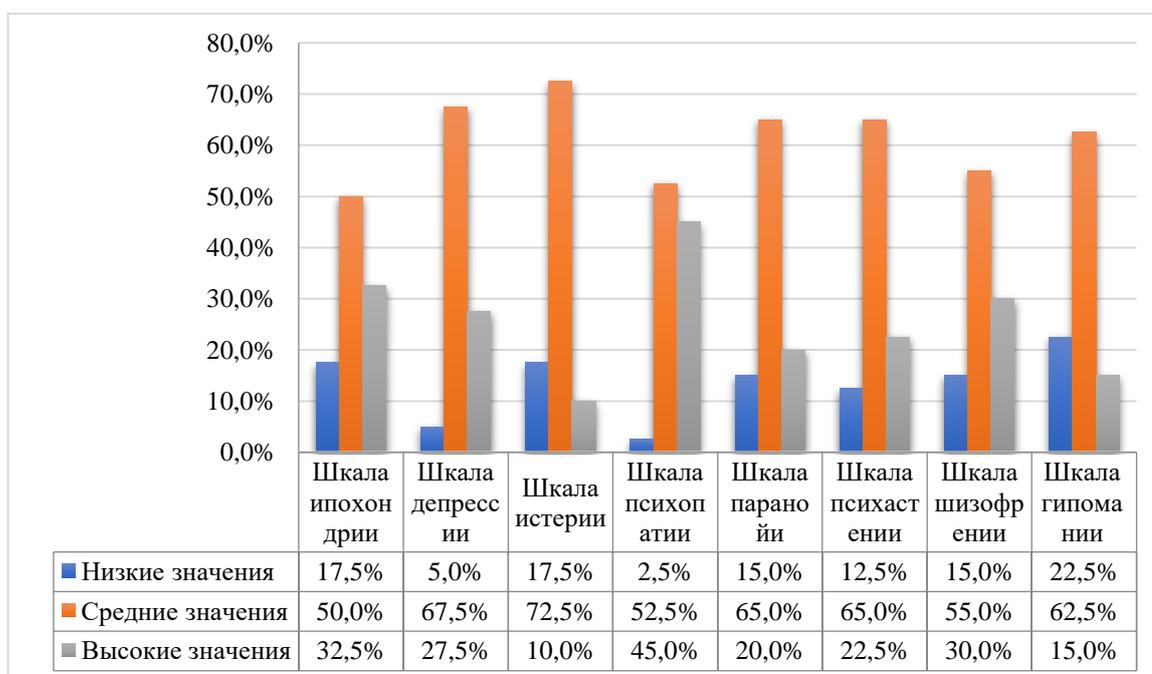


Рисунок 16 – Результаты повторной диагностики по опроснику Мини-мульт

Шкала ипохондрии. Низкие значения зафиксированы у 17,5% респондентов. Средний уровень определен у 50% участников. Высокие показатели выявлены у 32,5% обследованных. Таким образом, выборка представлена во всех трёх категориях, при этом половина участников демонстрирует средние показатели.

Шкала депрессии. Низкий уровень отмечен у 5% респондентов. Средний уровень характерен для 67,5% участников. Высокие значения зафиксированы у 27,5% выборки. Основная часть результатов сосредоточена в пределах средних значений.

Шкала истерии. Низкие показатели выявлены у 17,5% респондентов. Средний уровень зафиксирован у 72,5% участников. Высокие значения отмечены у 10% выборки. Наибольшая часть распределения приходится на средний диапазон.

Шкала психопатии. Низкие показатели определены у 2,5% респондентов. Средний уровень выявлен у 52,5% участников. Высокие значения характерны для 45% выборки. В распределении доминируют средние и высокие уровни.

Шкала паранойи. Низкие показатели зафиксированы у 15% респондентов. Средний уровень отмечен у 65% участников. Высокие значения выявлены у 20% выборки. Наибольшая часть результатов сосредоточена в категории средних уровней.

Шкала психастении. Низкие значения продемонстрировали 12,5% респондентов. Средний уровень зафиксирован у 65% участников. Высокие показатели отмечены у 22,5% выборки. Распределение характеризуется преобладанием средних значений при наличии меньших по численности групп с низкими и высокими показателями.

Шкала шизофрении. Низкий уровень определен у 15% респондентов. Средние показатели выявлены у 55% участников. Высокие значения зафиксированы у 30% выборки. Таким образом, все три уровня представлены в распределении, при доминировании средней категории.

Шкала гипомании. Низкий уровень зафиксирован у 22,5% респондентов. Средний уровень характерен для 62,5% участников. Высокие значения отмечены у 15% выборки. Большая часть выборки сосредоточена в зоне средних показателей.

Совокупные результаты повторного обследования по методике «Мини-Мульт» показывают, что выборка респондентов представлена во всех диапазонах выраженности показателей, при этом наибольшая часть распределений приходится на категорию средних значений. По всем шкалам зафиксированы участники как с низкими, так и с высокими результатами, однако доля крайних уровней различается в зависимости от параметра. В частности, в ряде случаев (ипохондрия, депрессия, психопатия, шизофрения) значимая часть выборки продолжает находиться в зоне высоких показателей, тогда как по другим шкалам (истерия, паранойя, психастения, гипомания) преобладают респонденты со средними значениями при меньшей численности низких и высоких категорий. Таким образом, полученные данные отражают многоуровневую структуру распределения внутри выборки и позволяют зафиксировать её состояние после проведённых мероприятий, обеспечивая основу для сопоставления с исходными результатами.

Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Вилкоксона представлены в таблице 8.

Таблица 8 – Результаты расчетов Т-критерия Вилкоксона по опроснику Мини-мульт

Шкала	До профилактики	После профилактики	Т-критерий Вилкоксона
Нs (Ипохондрия)	62,8	59,35	55
D (Депрессия)	65	61,675	36
Нy (Истерия)	55,325	53,275	13,5
Pd (Психопатия)	68,725	66,225	27
Pa (Паранойя)	60,275	57,45	55

Продолжение таблицы 8

Шкала	До профилактики	После профилактики	T-критерий Вилкоксона
Pt (Психастения)	63,075	59,475	45
Sc (Шизоидность)	67,175	63,625	36
Ma (Гипомания)	54,575	53,7	73,5

Результаты по опроснику профессионального выгорания К. Маслач (версия Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова) представлены на рисунке 17.

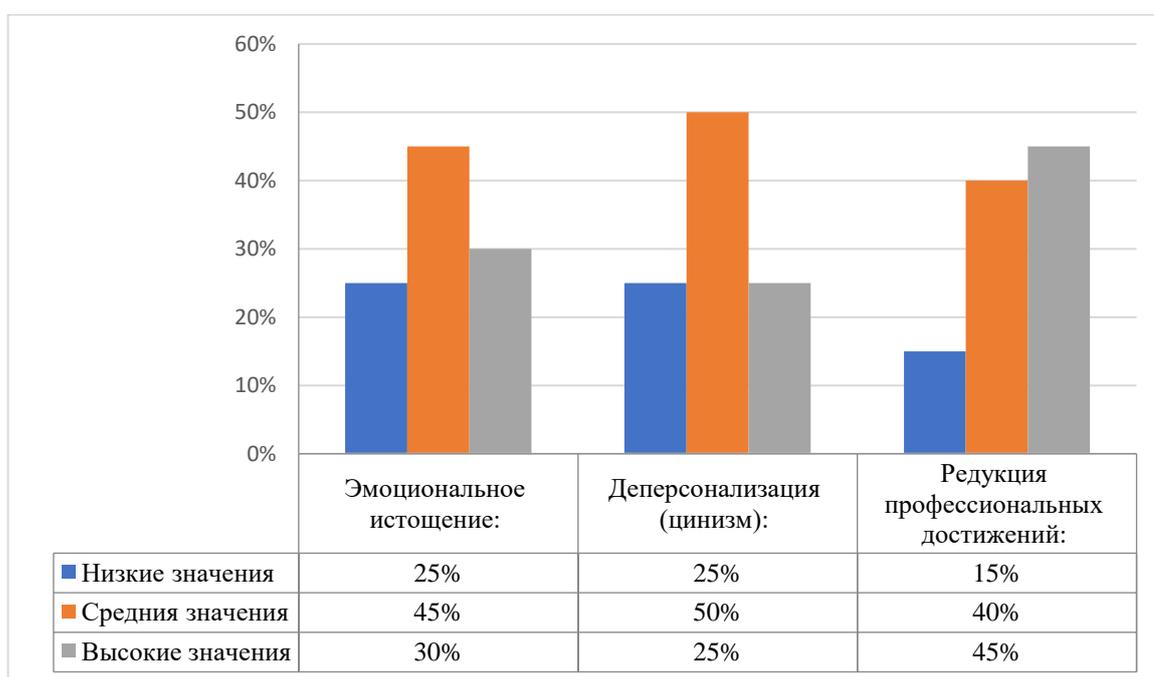


Рисунок 17 – Результаты повторной диагностики по опроснику профессионального выгорания К. Маслач

В результате реализации профилактической программы отмечена положительная динамика по показателям эмоционального истощения как ключевого компонента профессионального выгорания. Количество сотрудников с высоким уровнем эмоционального истощения сократилось с 45% до 30%. Доля работников со средним уровнем показателя увеличилась с 35% до 45%, что отражает тенденцию к нормализации состояния. Группа с низким уровнем эмоционального истощения расширилась с 20% до 25% сотрудников. Статистический анализ подтверждает достоверность изменений

в распределении уровней эмоционального истощения после проведения профилактических мероприятий.

В результате реализации профилактической программы зафиксирована положительная динамика по показателям деперсонализации. Количество респондентов с высоким уровнем деперсонализации сократилось с 40% до 25%. Доля сотрудников со средним уровнем показателя увеличилась с 35% до 50%, что отражает тенденцию к снижению проявлений цинизма в профессиональных взаимодействиях. Группа с низким уровнем деперсонализации сохранила стабильные показатели на уровне 25%. Статистический анализ подтверждает достоверность изменений в распределении уровней деперсонализации после проведения профилактических мероприятий.

В результате реализации профилактической программы зафиксирована выраженная положительная динамика по показателям редукции профессиональных достижений. Количество респондентов с высоким уровнем уверенности в профессиональной эффективности возросло с 30% до 45%. Доля сотрудников со средним уровнем показателя сохранила стабильность на уровне 40%. Группа с низким уровнем профессиональной эффективности сократилась с 30% до 15%, что отражает снижение проявлений чувства некомпетентности. Статистический анализ подтверждает достоверность позитивных изменений в самооценке профессиональных достижений после проведения профилактических мероприятий. Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Вилкоксона представлены в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты расчетов Т-критерия Вилкоксона по опроснику профессионального выгорания К. Маслач

Шкала	До профилактики	После профилактики	Т-критерий Вилкоксона
Эмоциональное истощение	32,825	31,25	16
Деперсонализация	16,65	16,075	81
Редукция профессиональных достижений	26,275	26,95	50

Реализация профилактической программы продемонстрировала статистически подтверждённую эффективность, выразившуюся в улучшении ключевых показателей профессионального выгорания на 10-20%. Наиболее значимая динамика наблюдается в снижении уровня эмоционального истощения и деперсонализации, а также в росте уверенности в профессиональных достижениях. Полученные данные свидетельствуют о положительной тенденции в восстановлении психологического благополучия медицинского персонала, что создаёт основу для повышения качества предоставляемой медицинской помощи в долгосрочной перспективе.

Результаты по опроснику «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова) представлены на рисунке 18.

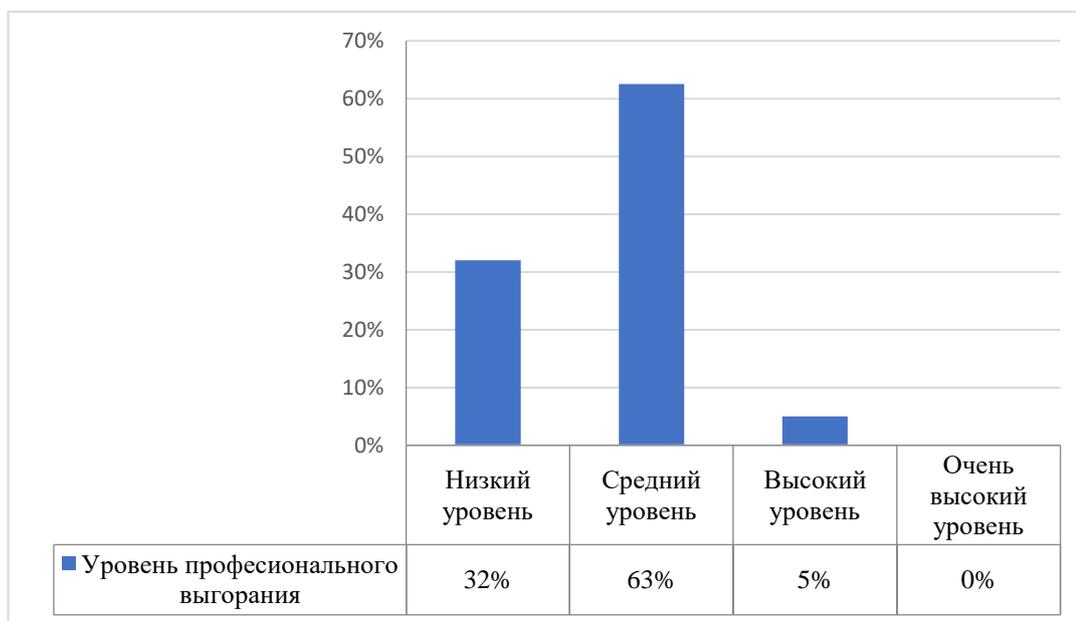


Рисунок 18 – Результаты повторной диагностики по опроснику «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова)

Повторное тестирование уровня профессиональной деформации среднего медицинского звена поликлиники после реализации профилактической программы выявило значительные положительные изменения. Категория «очень высокий уровень» профессиональной деформации в повторной выборке полностью отсутствует, что свидетельствует о переходе двух сотрудниц с максимальными исходными

показателями в более благополучные диагностические зоны. В категории «высокий уровень» зафиксировано сокращение с шести до двух человек (5% от выборки). У данных респондентов сохраняются отдельные признаки профессионального напряжения, однако отмечено снижение выраженности ключевых симптомов: уменьшились показатели раздражительности и эмоционального истощения, зафиксировано улучшение качества взаимодействия с пациентами и коллегами. Статистический анализ подтверждает достоверность позитивной динамики по всем измеряемым параметрам профессиональной деформации.

Повторное тестирование выявило значительное увеличение группы с низким уровнем профессиональной деформации: количество медицинских сестёр в данной категории возросло с 9 до 13 человек (32,5% выборки). Данная динамика обусловлена переходом четырёх сотрудниц из категории среднего уровня и двух сотрудниц из категории высокого уровня. Указанные изменения коррелируют с систематическим освоением навыков эмоциональной саморегуляции в рамках тренинговых занятий, а также с возможностью рефлексии сложных профессиональных ситуаций на регулярных супервизиях. Статистический анализ подтверждает достоверность изменений в распределении уровней профессиональной деформации после реализации программы.

Категория «средний уровень» профессиональной деформации сохранила численное преобладание (25 человек, 62,5% выборки), однако демонстрирует статистически значимую положительную динамику. Средний групповой показатель снизился с 15,7 до 13,2 балла при одновременном уменьшении вариабельности данных. На индивидуальных профилях отмечается сглаживание пиковых значений по шкалам «формализация общения» и «деперсонализация». Качественный анализ обратной связи участниц выявил систематическое использование техник релаксации, сокращение эпизодов непродуктивной рефлексии после смены и снижение эмоционального истощения к концу рабочей недели. Указанные изменения

подтверждают эффективность профилактической программы в формировании устойчивых навыков психогигиены.

Сравнительный анализ данных подтверждает комплексное позитивное воздействие профилактической программы на коллектив медперсонала. Результаты свидетельствуют не только о статистически значимом снижении показателей профессиональной деформации, но и о качественной трансформации психологического климата: сократилась выраженность проблем у сотрудников группы риска при одновременном повышении психологической устойчивости коллектива в целом. Особую значимость эти изменения приобретают в условиях высоких эмоциональных и физических нагрузок, характерных для работы среднего медицинского персонала поликлиники. Полученные данные обосновывают эффективность своевременных психопрофилактических мер для улучшения психологического состояния медицинских работников и создания условий для устойчивой профессиональной деятельности. Результаты сравнительного анализа с помощью Т-критерия Вилкоксона представлены в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты расчетов Т-критерия Вилкоксона по опроснику «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова)

Шкала	До профилактики (средний балл)	После профилактики (средний балл)	Т-критерий Вилкоксона
Уровень профессиональной деформации	15,65	12,05	3

Анализ динамики психоэмоционального состояния медицинского персонала показал положительные изменения в результате проведённой профилактической работы. Сравнение средних значений до и после вмешательства выявило статистически значимое улучшение по ключевым показателям. Для оценки достоверности изменений был применён

непараметрический Т-критерий Вилкоксона, который подтвердил значимость различий между исходными и итоговыми результатами.

Выводы. Полученные данные позволяют говорить о выраженной положительной динамике в состоянии участников исследования, что свидетельствует о целесообразности и эффективности применённой программы профилактики. Результаты демонстрируют устойчивое снижение субъективного уровня выгорания и могут рассматриваться как обнадеживающий индикатор успешности психологического сопровождения.

Проведенное экспериментальное исследование позволило комплексно изучить особенности профессиональной деформации среднего медицинского персонала и оценить эффективность профилактических мер. Результаты констатирующего этапа выявили наличие выраженных признаков профессионального неблагополучия у значительной части респондентов.

Разработанная программа психологической профилактики, основанная на синтезе психообразовательного, когнитивно-поведенческого и личностно-ориентированного подходов, продемонстрировала свою эффективность. Реализация программы включала семь последовательных этапов: от первичной диагностики через формирование навыков саморегуляции к интеграции полученного опыта. Ключевым принципом стала дифференциация работы в малых группах с учетом стажа работы и исходного уровня выгорания.

Результаты исследования подтверждают практическую значимость и целесообразность внедрения подобных программ в систему регулярного психологического сопровождения медицинских работников.

Заключение

Проведенное исследование было посвящено профилактике профессиональной деформации среднего медицинского персонала. В ходе исследования были проанализированы теоретические аспекты проблемы, выявлены ключевые факторы, способствующие развитию профессиональной деформации, и разработана эффективная профилактическая программа.

Теоретический анализ подтвердил, что профессиональная деформация у медицинского персонала связана с высокой эмоциональной и моральной нагрузкой, постоянными стрессовыми ситуациями, а также социально-психологическими факторами, такими как условия труда, уровень оплаты и общественное признание. Эмпирическая часть исследования позволила определить уровни профессиональной деформации и их взаимосвязь с индивидуально-психологическими особенностями работников. Для диагностики использовались методы анкетирования и тестирования, включая: Опросник «Профессиональное самоотношение личности» К.В. Карпинского; Опросник Мини-Мульт (Mini-Mult) или Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (СМОЛ), автор Д. Кинканнон в адаптации В.П. Зайцева, «Опросник профессионального выгорания» К. Маслач (версия Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова), Опросник «Уровень профессиональной деформации личности» (И.В. Тихонова).

На основе полученных данных была разработана профилактическая программа, направленная на снижение стрессовой нагрузки, развитие навыков управления эмоциями, повышение профессиональной мотивации и улучшение социально-психологического климата в коллективах. Результаты внедрения программы показали ее эффективность: у участников зафиксировано снижение уровня эмоционального выгорания, повышение удовлетворенности профессиональной деятельностью и уменьшение негативных проявлений профессиональной деформации. Статистическая

обработка данных с применением Т-критерия Вилкоксона подтвердила достоверность этих изменений.

Практическая значимость исследования заключается в возможности использования его результатов для разработки и внедрения программ профилактики профессиональной деформации в медицинских учреждениях. Это позволит улучшить психологическое состояние работников, повысить их устойчивость к стрессу и, как следствие, качество оказываемой медицинской помощи.

Таким образом, гипотеза исследования о том, что профилактическая программа, учитывающая специфику профессиональной деятельности среднего медицинского персонала, способствует снижению уровня профессиональной деформации, получила подтверждение. Полученные результаты имеют как теоретическую ценность, дополняя научные знания в данной области, так и практическую значимость, предлагая конкретные инструменты для улучшения профессионального благополучия медицинских работников. Дальнейшие исследования в этом направлении помогут оптимизировать меры поддержки персонала и снизить негативное влияние профессиональных факторов на их личность.

Список используемой литературы

1. Андреева Н. В. Особенности профессиограммы среднего медицинского персонала и риски его профессиональной трансформации // Медицина и экология. 2015. № 4. С. 102–105. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-professiogrammy-srednego-meditsinskogo-personala-i-riski-ego-professionalnoy-deformatsii> (дата обращения: 01.07.2025).
2. Болдырева Т. А. Общие теории деформаций личности: профессиональная трансформация: учебное пособие. Оренбург: Оренбургский государственный университет, 2017. 331 с. URL: http://elib.osu.ru/bitstream/123456789/13632/1/36106_20170404.pdf
3. Буранов С. Н., Андреева Н. В. Профессиональные изменения у медицинского персонала среднего звена и их психологическая коррекция // Медицина и экология. 2015. № 4. С. 106–109. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnye-deformatsii-u-meditsinskogo-personala-srednego-zvena-i-ih-psihologicheskaya-korreksiya> (дата обращения: 01.07.2025).
4. Вирна З. Профессиональные деформации: тенденции, динамика и риски проявления // *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*. 2015. Т. 28. № 2. С. 123–136. URL: <https://journals.umcs.pl/j/article/download/2553/2923> (дата обращения: 01.07.2025).
5. Влах Н. И., Логунова Т. Д. Система психологической помощи представителям различных профессиональных групп с преневротическими субдепрессивными состояниями при синдроме эмоционального выгорания // Психология. Психофизиология. 2018. Т. 11. № 2. С. 63–73. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sistema-psihologicheskoy-pomoschi-predstavitelnyam-razlichnyh-professionalnyh-grupp-s-prenevroticheskimi-subdepressivnymi> (дата обращения: 01.07.2025).

6. Галкина И. В., Круглик Ю. Н., Шутова Н. Н. Профессиональная деформация личности медицинской сестер различных специальностей // Исследование науки об инновационном развитии: сборник статей Международной научно-практической конференции, Томск, 25 февраля 2016 г. Томск, 2016. Т. 3. С. 134–137. URL: <https://aeterna-ufa.ru/sbornik/NK-113-3.pdf#page=134> (дата обращения: 01.07.2025).

7. Гуменюк Л. Н., Сарчук Е. В. Особенности психогигиены в лечебно-профилактических мероприятиях по предупреждению профессиональной дезадаптации среднего медицинского персонала, работающего с больными социально значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваний // Ульяновский медико-биологический журнал. 2017. № 4. С. 102–108. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-psihogigieny-v-sisteme-lechebno-profilakticheskikh-meropriyatiy-po-preduprezhdeniyu-professionalnoy-dezadaptatsii> (дата обращения: 01.07.2025).

8. Де Оливейра С.М., Де Алькантара Соуза Л.В., Виейра Гаделья М.С., До Насименту В.Б. Меры по предотвращению синдрома выгорания у медсестер: комплексный обзор литературы // Клиническая практика и эпидемиология в области психического здоровья. 2019. Том. 15. Н. 1. С. 64–73. URL: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6446475/pdf/CPMH-15-64.pdf> (дата обращения: 01.07.2025).

9. Зверева Р. Г., Родионов А. В. Психологические факторы профилактики профессиональной педагогической степени руководителей медицинских учреждений // Современные проблемы образования. 2024. № 84, часть 3. С. 405–409. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-factory-profilaktiki-professionalnoy-deformatsii-lichnosti-sotrudnikov-meditsinskih-uchrezhdeniy> (дата обращения: 01.07.2025).

10. Ковалева Е. П. Актуальность исследования изменения личности медицинского сестер // Инновационные идеи молодых исследователей: сборник научных статей по материалам VII Международной научно-практической конференции, Уфа, 19 января 2022 г. Уфа, 2022. С. 131–138.

URL: https://perviy-vestnik.ru/wp-content/uploads/2022/05/2022-K-253-01_22.pdf
(дата обращения: 01.07.2025).

11. Ли Х.-Ф., Куо Ч.-Ч., Чиен Т.-В., Ван Й.-Р. Метаанализ влияния стратегий совладания на снижение выгорания медсестер // Прикладные исследования в области сестринского дела. 2016. Т. 31. С. 100–110. URL: <https://kmms.ac.uk/wp-content/uploads/sites/51/2022/09/Wright-et-al-Burnout-among-primary-health-care-professionals-in-LMICs-2022.pdf> (дата обращения: 01.07.2025).

12. Матюшкина Е. Я., Рой А. П., Рахманина А. А., Холмогорова А. Б. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников // Современная зарубежная психология. 2020. Т. 9. № 1. С. 39–49. URL: https://psyjournals.ru/journals/jmfp/archive/2020_n1/Matyushkina_et_al (дата обращения: 01.07.2025).

13. Нагле Э., Церела-Болтунова О., Блумберга С. и др. Выгорание и профессиональная деформация латвийских работников здравоохранения во время пандемии COVID-19 в больнице травматологии и ортопедии // Социальные науки. 2023. Т. 12. № 3. С. 1–11. URL: <https://www.mdpi.com/2076-0760/12/3/175> (дата обращения: 01.07.2025).

14. Неревяткина А. А., Романова Е. И. Профессиональные изменения медицинской сестры // Молодежь в науке и творчестве: Материалы Международного научного форума обучающихся, Гжель, 25 мая 2022 г. Гжель, 2022. Т. 5. С. 157–158. URL: <https://www.art-gzhel.ru/download/h2r5a3uaf3t0vr1.pdf#page=157> (дата обращения: 01.07.2025).

15. Никулина Ю. Н. Компоненты и факторы развития профессиональной степени медицинских работников // Исследования молодых ученых: Материалы I Международной научной конференции, Казань, 20-23 декабря 2022 г. Казань, 2022. С. 61–65. URL: <https://moluch.ru/conf/stud/archive/470/17634/> (дата обращения: 01.07.2025).

16. Пряжников Н. С., Полевая М. В., Камнева Е. В. Парадоксы в проявлении профессиональных деформаций личности // Финансы: теория и

практика. 2016. Т. 20. № 6. С. 170–177. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/paradoksy-v-ponimanii-professionalnyh-deformatsiy-lichnosti> (дата обращения: 01.07.2025).

17. Романова М. М., Чернов А. В., Борисова Е. А., Панина И. Л. К вопросу о профессиональной нестабильности среди медицинских работников в условиях реформы здравоохранения // Научное обозрение. Педагогические науки. 2019. № 6. С. 117–121. URL: <https://s.science-pedagogy.ru/pdf/2019/6/2263.pdf> (дата обращения: 01.07.2025).

18. Скляр П. П., Ковалев А. А., Анцупова В. А. Особенности профессиональной деятельности медицинского сестёра и ее стрессогенных факторов // Весенние психолого-педагогические чтения: сборник материалов VII Всероссийской научно-практической конференции, посвящённой 95-летию со дня рождения почётного профессора АГУ им. В.Н. Татищева А.В. Буровой, Астрахань, 19 апреля 2023 г. Астрахань, 2023. С. 261–268. URL: <https://elibrary.ru/ljqvnk> (дата обращения: 01.07.2025).

19. Тихонова И.В. Социально-психологическая специфика диагностики и коррекции профессионально-личностной деформации медицинских сестер: дис. ...канд. психол. наук. Кострома, 2002. 253 с. URL: <https://www.dissercat.com/content/sotsialno-psikhologicheskaya-spetsifika-diagnostiki-i-korreksii-professionalno-lichnostnoi-> (дата обращения: 13.07.2025).

20. Тратинко Т. В., Цимбалова Е. В. Формирование профессиональных деформаций у медицинских работников // Актуальные проблемы правового, экономического и социально-психологического знания: теория и практика: материалы III Международной научно-практической конференции, Донецк, 16 мая 2019 г. Донецк, 2019. Т. 3. С. 443–448. URL: https://dblib.rsreu.ru/data/publications/6502_text.pdf#page=443 (дата обращения: 01.07.2025).

21. Трушина А. В., Ладыкин Ю. С. Профессионально-нравственная деформация личности медицинской сестры // Научный аспект. 2024. Т. 28. № 2. С. 3482–3492. URL: <https://na-journal.ru/2-2024-medicina/8912-professionalno->

npravstvennaya-deformaciya-lichnosti-medicinskoj-sestry (дата обращения: 01.07.2025).

22. Тудупова Т. Ц. К вопросу о проведении профессиональной деформации личности у медицинских работников // Актуальные вопросы клинической психологии: материалы Региональной научно-практической конференции. Новосибирск, 2016. С. 91–95. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=32593770> (дата обращения: 01.07.2025).

23. Уварова Г. Н. Метод экспертного опроса в применении традиционных профессиональных преобразований личности медицинского сестер // Психологическая культура в современном российском обществе: сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции, Волгоград. 23–24 апреля 2015 г. Волгоград, 2015. С. 132–135. URL <https://docs.vlgr.ranepa.ru/podr/ipc/elizd/%D0%9F%D1%81%D0%B8%D1%85%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%87%D0%B5%D1%81%82%D0%B2%D0%B5.pdf#page=132> (дата обращения: 01.07.2025).

24. Шалагинова К. С. Опыт работы с представителями работников по мере профессиональных деструкций // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016. № 8, часть 3. С. 445–450. URL: <https://applied-research.ru/article/view?id=10055> (дата обращения: 01.07.2025).

25. Шеремет Е. Э., Шишкина И. Л. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной деятельности медицинского работника. Профилактика профессиональной деформации // Исследователь года 2020: сборник статей III Международного научно-исследовательского конкурса, Петрозаводск, 5 апреля 2020 г. Петрозаводск, 2020. С. 171–207. URL: <https://medj.rucml.ru/journal/45562d4f4d534b4d454442554c4c2d41525449434c445d363233393635> (дата обращения: 01.07.2025)

Приложение А

Тренинг «Как не сгореть, оставаясь собой»

Таблица А.1 – Тренинг «Как не сгореть, оставаясь собой»

Структурный блок	Цель этапа	Содержание и методы работы	Психологический механизм воздействия
Установление раппорта и формирование безопасной групповой среды	Снижение уровня групповой тревожности, создание условий для конструктивного межличностного взаимодействия.	Упражнение «Ассоциативная цепочка»: Последовательное называние слов-ассоциаций по кругу Совместное составление связного нарратив из первого и последнего слова Процедура «Опосредованная самопрезентация»: Работа в диадах (5 минут) Выявление профессионально-личностных компетенций партнера Презентация партнера группе по формуле: «Перед вами специалист, который...»	Активизация непроизвольного внимания, формирование позитивной групповой динамики, создание атмосферы принятия.

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

Структурный блок	Цель этапа	Содержание и методы работы	Психологический механизм воздействия
Диагностика актуального состояния и ресурсного потенциала	Осознание дисбаланса в распределении психофизиологических ресурсов, идентификация зон стрессогенной нагрузки.	Методика «Колесо жизненного баланса»: Индивидуальное заполнение двух кругов («актуальное» и «желаемое» состояние) Разделение на секторы: работа, семья, хобби, личное время Групповая рефлексия результатов	Визуализация интраперсонального конфликта, формирование осознанного запроса на изменения.
Проективная идентификация и вербализация эмоционального состояния	Катарсическое отреагирование накопленного эмоционального напряжения, легитимация негативных переживаний.	Техника проективного самоописания «Голос артефакта»: Идентификация с профессиональным атрибутом Описание своего состояния от лица выбранного предмета Групповая валидация переживаний	Снижение психологических защит через механизм проекции, нормализация переживаний через групповую поддержку.
Психофизиологическая саморегуляция	Снижение уровня психофизиологического возбуждения, формирование навыка оперативного управления состоянием.	Дыхательная техника: Ритмичное дыхание (4-2-4) Удлиненный вдох (8-4) - Экспрессивная вербализация на выдохе (произнесение слов или звуков, связанных с напряжением)	Нейровегетативная регуляция через управление дыхательным паттерном. Отреагирование (эмоциональная разрядка) и снижение аффективного напряжения через вербальную экспрессию.

Продолжение Приложения А

Продолжение таблицы А.1

Структурный блок	Цель этапа	Содержание и методы работы	Психологический механизм воздействия
Развитие когнитивной гибкости и групповой сплоченности	Когнитивное переструктурирование дезадаптивных установок, усиление восприятия социальной поддержки.	Упражнение «Концентрические круги»: Структурированный диалог в движущихся кругах Поиск универсальных и индивидуальных аспектов стресса Когнитивный тренинг «Позитивный рефрейминг»: Работа с карточками стрессогенных ситуаций Поиск адаптивных смыслов и скрытых выгод	Разрушение когнитивных искажений, формирование альтернативных путей восприятия стрессоров.
Интеграция полученного опыта и завершение работы	Закрепление позитивных изменений, экологичное завершение группового процесса.	Ритуализированная процедура «Совместная благодарность»: Вербализация признательности в кругу Акцент на конкретных достижениях Техника «Отсроченная рефлексия»: Написание письма самому себе Организация последующей отправки через 2 недели	Закрепление новых поведенческих паттернов, продление терапевтического эффекта через механизм отсроченного подкрепления.

Приложение Б

Приложение Б

Индивидуализированная шестиэтапная программа психологического сопровождения

Таблица Б.1 – Индивидуализированная шестиэтапная программа психологического сопровождения

Этап программы	Продолжительность	Цель этапа	Основные методы и техники	Критерии эффективности этапа
Диагностический	1 неделя	Выявление индивидуальных причин утраты профессионального смысла, определение зон ценностно-смыслового дефицита.	Структурированное интервью, проективные методики («Рисунок профессии», неоконченные предложения), стандартизированные опросники (тест смысло-жизненных ориентаций, методика «Мотивация профессиональной деятельности»).	Формулирование персонального запроса, определение мишеней коррекционной работы, установление доверительного контакта.
Целеполагающий	1 неделя	Конкретизация целей и задач программы, согласование ожиданий участника и возможностей программы.	Техника SMART-целеполагания, шкалирование значимости целей, составление иерархии профессиональных задач, заключение психологического контракта.	Наличие сформулированных по критериям SMART целей, реалистичный план достижения, согласованность ожиданий.
Ценностно-смысловой	1-2 недели	Переосмысление системы профессиональных ценностей, восстановление их личностной значимости.	Экзистенциальный анализ, метод ценностного ранжирования, техника «Колесо профессиональных ценностей», работа с метафорами («Река жизни», «Карта смыслов»).	Актуализация связи между профессиональной деятельностью и личностными смыслами, снижение когнитивного диссонанса.

Продолжение Приложения Б

Продолжение таблицы Б.1

Этап программы	Продолжительность	Цель этапа	Основные методы и техники	Критерии эффективности этапа
Идентификационный	2-3 недели	Укрепление профессиональной идентичности, восстановление чувства принадлежности к профессиональному сообществу.	Нарративный подход (построение «Профессиональной автобиографии»), техника «Линия профессионального пути», ролевое моделирование, анализ ресурсных воспоминаний о достижениях.	Формирование позитивного образа «Я-профессионального», усиление профессиональной самооценки.
Ресурсный	2 недели	Обучение практическим методам самостоятельного восстановления и поддержания профессионального смысла.	Техники саморегуляции (дыхательные, мышечная релаксация), ведение рефлексивного дневника, когнитивное реструктурирование, практики осознанности.	Сформированный индивидуальный набор ресурсных практик, готовность к самостоятельному применению методик.
Заключительный	1-2 недели	Интеграция полученного опыта, разработка персональной стратегии профилактики.	Итоговая рефлексия, техника «Круг влияния», составление персонального плана развития, контрольная встреча через 1 месяц.	Закрепление позитивных изменений, наличие плана дальнейшего развития, устойчивость достигнутых результатов.