

обеих группах, хотя медианные значения этого показателя отличались статистически значимо ($p = 0,016$).

Заключение. По результатам анализа можно сделать выводы, что проведение комплексного лечения с применением медикаментозной терапии (МГТ) и психотерапевтической программы способствуют улучшению психоэмоционального состояния, редукции тревожно-депрессивной симптоматики, в том числе в виде соматовегетативных проявлений, снижению частоты и степени выраженности приливов, что значимо повышает качество жизни женщины в перименопаузе.

Таким образом, результаты клинического применения психотерапии при лечении психоэмоциональных и нейровегетативных нарушений у женщин в перименопаузе говорят о более высокой терапевтической эффективности при ее использовании, что оправдывает ее применение в практическом здравоохранении.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ВРАЧЕЙ НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ

Уланова Н.Н.

*Рязанский государственный медицинский университет имени
академика И.П. Павлова
г. Рязань, Российская Федерация*

Представления о благополучии современного человека не только основываются на определенном уровне материального благосостояния, но и подразумевают рассмотрение особенностей такой категории как здоровье. Изменения, происходящие различных сферах жизни человека, влекут за собой радикальные изменения в психологии, ценностных ориентациях людей, а также изменяется и их представление и отношение к здоровью.

Отношение к здоровью - один из центральных, но пока еще очень слабо разработанных вопросов психологии здоровья.

Вопрос о подходах к пониманию человеком своего здоровья до сих пор остается открытым. Опираясь на работы Г.С. Никифорова, можно выделить следующие подходы к пониманию здоровья:

- Здоровье - нормальная функция
- Здоровье - динамическое равновесие
- Здоровье - способность к полноценному выполнению основных социальных функций
- Здоровье - способность к адаптации
- Здоровье - полное физическое, духовное, умственное и социальное благополучие, гармоническое развитие физических и духовных сил, принцип единства организма, саморегуляции и уравновешенного взаимодействия всех органов.

Понятие здоровьесбережения отражает взаимообусловленность образа жизни и здоровья человека. Деятельность человека, направленная на формирование здоровьесберегающего поведения может рассматриваться на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом.

Соблюдение правил по поддержанию здоровья и приверженность им – это добровольные усилия, направленные на планирование и осуществление лечения, на сохранение здоровья при условии выполнения определенных действий. К ним относятся регулярное выполнение различных лечебных и профилактических процедур: профилактические самоосмотры, регулярная забота о зубной полости, использование ремней безопасности, посещение групп поддержки, снижение веса и увеличение физических нагрузок, выполнение лечебных процедур. Чем более сильными и опасными воспринимаются заболевания, тем большую приверженность правилам проявляют люди.

Приверженность лечению является одним из важных компонентов здоровьесберегающего поведения человека. Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, приверженность лечению – явление сложное и недостаточно изученное, и ни одно из его определений

нельзя считать всеобъемлющим. Изменение поведения, направленное на соблюдение личной гигиены, самоконтроль хронических заболеваний, отказ от курения, контрацепция, исключение беспорядочных половых связей, здоровое питание и повышение уровня физической активности – все это примеры приверженности лечению.

В последние годы проблема здоровьесбережения и приверженности лечению является весьма актуальной, появляются новые исследования, изучаются различные аспекты данного вопроса.

Особенно острым данный вопрос является в той области, когда люди, обычно находящиеся в роли врача, оказываются в роли пациента. Многие авторы справедливо считают, что поддержание и укрепление здоровья врачей напрямую влияет на эффективность системы здравоохранения. Следует отметить, что отношение к питанию, физкультуре, курению, формирование образа жизни закладывается в период профессионального становления будущих сотрудников сферы здравоохранения.

В связи с этим, важным направлением в подготовке будущих медицинских работников является здоровый образ жизни, который должен стать не только частью повседневной практики медицинского персонала, но и фундаментом формирования их собственного здоровья.

В современных научных исследованиях, посвященных изучению состояния здоровья медицинских работников, их образа и условий жизни, не определены современные методологические подходы по формированию здорового образа жизни людей, работающих в сфере здравоохранения. Имеющиеся сведения не поддаются обобщающему анализу из-за отсутствия устоявшегося психодиагностического аппарата и высокой вариативности используемых диагностических методик и сформированных выборок исследований.

Кроме этого, анализ литературных источников, посвященных изучению здоровья и качества жизни медицинских работников, позволил выявить ряд

важных проблем. Здоровый образ жизни не рассматривается как условие и как результат успешной социализации личности. До настоящего времени не выработано стратегии формирования здоровьесберегающего поведения среди медицинских работников, и плана ее реализации.

Актуальность исследований здорового образа жизни подтверждается и тем фактом, что Советом ректоров медицинских и фармацевтических вузов было отмечено, что формирование здорового образа жизни играет важную роль в подготовке специалистов с высшим медицинским образованием, и рекомендовал включить здоровьесберегающие методики в качестве составной части учебно-воспитательного процесса и в учебные программы подготовки специалистов.

Необходимо подчеркнуть, что ухудшение показателей здоровья медицинских работников снижает производительность труда, что в итоге сказывается на качестве оказываемой медицинской помощи. Следовательно, проблемы здоровья медицинского персонала выходят за рамки отрасли, приобретая общенациональный характер.

В этом смысле психологическое исследование особенно актуально, так как оно позволяет зафиксировать не только поведенческий аспект здоровьесбережения, но и причины и механизмы деятельности, направленной на поддержание и укрепление своего здоровья.

Нами было проведено психологическое исследование, позволяющее выявить особенности здоровьесбережения и приверженности лечению как составляющей социального поведения врачей, находящихся на разных этапах профессионального становления.

Объект исследования – здоровьесбережение и приверженность лечению у врачей на разных этапах профессионального становления.

Предмет исследования – особенности здоровьесбережения и приверженности лечению у врачей, находящихся на разных этапах профессионального становления.

Для исследования особенностей здоровьесбережения и приверженности лечению у врачей на разных этапах профессионального становления мы использовали следующие методики:

- опросник «Исследование здоровьесберегающей деятельности» Н.В. Яковлевой, направленный на изучение особенностей здоровьесбережения.
- методика диагностики особенностей приверженности лечению Давыдова;
- скрининг-методика диагностики мотивации здоровьесберегающей деятельности;
- методика стилевой саморегуляции поведения В.И. Моросановой, направленная на изучение различных аспектов индивидуальной саморегуляции;
- методика Дембо-Рубинштейн для исследования уровня притязаний и особенностей самооценки;
- методика УСК для изучения особенности субъективного контроля.

В качестве выборок исследования были сформированы три группы испытуемых:

1. студенты 1 курса лечебного факультета Рязанского государственного медицинского университета – 30 человек;
2. интерны и ординаторы первого и второго года обучения – 20 человек;
3. врачи со стажем работы в медицинских учреждениях – 20 человек.

По половой принадлежности выборки включали 47 женщин и 23 мужчины, что в целом адекватно репрезентирует исследуемые генеральные совокупности.

Результаты исследования.

В ходе проведенного исследования на выборках исследования были получены следующие результаты.

Корреляционный анализ показателей по шкалам методик в студенческой выборке выявил следующие особенности:

- Уровень притязаний влияет на самооффективность в области здоровьесберегающей деятельности ($r=0,522$). Следовательно, оптимальное представление испытуемого о своих возможностях, о целях, которые он ставит перед собой, свидетельствует об оптимальном уровне самооффективности в области ЗСД.
- Уровень самооценки связан с целеполаганием в области здоровьесбережения ($r=0,409$). Высокий уровень самооценки способствует тому, что испытуемый стремится ставить перед собой высокие цели, направленные на поддержание и укрепление своего здоровья.
- Уровень самооценки связан с самооценкой здоровья ($r=0,614$). Уверенный в себе человек, легко адаптирующийся к новым условиям, высоко оценивает показатели своего здоровья.
- Показатель мотивации здоровьесберегающего поведения связан с показателем приверженности лечению ($r=0,691$). Люди, для которых здоровье является высшей ценностью, мотивированы на поддержание и укрепление своего здоровья, следовательно, оказавшись в роли пациентов, они стремятся четко и безоговорочно выполнять все рекомендации врача по лечению и соблюдению режима

В группе интернов /ординаторов были получены следующие результаты:

- Уровень планирования имеет корреляционную связь с показателем приверженности лечению ($r=0,467$). Высокий показатель сформированности потребности в осознанном планировании деятельности (планы в этом случае реалистичны, детализированы, иерархичны и устойчивы, цели деятельности выдвигаются самостоятельно) свидетельствует о готовности испытуемых строго выполнять все предписания врача, рекомендации по лечению, если они оказываются в роли пациента.

- Мотивация к здоровьесберегающему поведению влияет на показатель приверженности лечению ($r=0,532$). Высокий показатель мотивации соответствует таковому в плане приверженности лечению. Испытуемые, высоко ценящие свое здоровье, стремящиеся укрепить свое здоровье, поддержать его на высоком уровне, готовы добросовестно соблюдать все рекомендации по лечению, в том числе и медикаментозному, соблюдать режим и все советы врача.
- Уровень гибкости связан с показателем мотивационно-ценностной сферы в области здоровьесбережения ($r=0,467$). Высокая мотивация испытуемых к деятельности, направленной на оптимизацию и сохранение здоровья свидетельствует о сформированности регуляторной гибкости, то есть способности перестраивать, вносить коррекции в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий.
- Показатель целеполагания в области ЗСД имеет корреляционные связи с показателем мотивационно-ценностной сферы ЗСД и с показателем оценки результатов деятельности ($r=0,487$). Испытуемые, направленные на укрепление и поддержание своего здоровья, стремятся ставить перед собой высокие цели, направленные на поддержание и укрепление своего здоровья.

В группе врачей были получены следующие результаты

- Уровень самооценки связан с показателем самооценки здоровья ($r=0,469$). Показатель самооценки здоровья складывается из общего показателя самооценки испытуемого. Чем выше уровень самооценки, тем выше оценивается состояние здоровья.
- Уровень самооценки, а также показатель самооценки здоровья имеют корреляционную связь с уровнем оценки результатов деятельности ($r=0,497$). Показатели по этим шкалам свидетельствуют о развитости и адекватности самооценки, сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки результатов. Испытуемые адекватно

оценивают, как сам факт рассогласования полученных результатов с целью деятельности, так и приведшие к нему причины, гибко адаптируясь к изменению условий.

- Уровень гибкости связан с показателем мотивационно-ценностной сферы в области здоровьесбережения ($r=0,479$). Высокая мотивация испытуемых к деятельности, направленной на оптимизацию и сохранение здоровья свидетельствует о сформированности регуляторной гибкости, то есть способности перестраивать, вносить коррекции в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий.
- Уровень оценки результатов имеет корреляционную связь с показателем моделирования в области здоровьесберегающей деятельности ($r=0,547$). Высокие показатели сформированности и устойчивости субъективных критериев оценки результатов говорят о способности испытуемых ставить реалистичные и четкие цели, эффективно выстраивать деятельность по укреплению и поддержанию своего здоровья.

На основании полученных результатов мы сформулировали следующие выводы.

1. Понятие здоровьесбережения отражает взаимосвязь образа жизни и здоровья человека. Отношение к здоровью представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующих или, наоборот, угрожающих здоровью людей, а также определенную оценку индивидом своего физического и психического состояния.
2. Деятельность человека, направленная на формирование здоровьесберегающего поведения может рассматриваться на трех уровнях: когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческом.
3. В ходе исследования было выявлено, что простые описательные характеристики здоровьесбережения и приверженности лечению студентов и врачей не имеют значимых различий.

4. Различия наблюдаются в корреляционных связях показателей здоровьесбережения и приверженности лечению с личностными характеристиками в каждой из исследовательских групп.

5. В группе студентов выделилась следующая корреляционная плеяда:

– общий уровень самооценки – показатель самооценки здоровья – целеполагание в области ЗСД – гибкость поведения – общий уровень саморегуляции поведения.

Также имеет место взаимосвязь показателя приверженности лечению и мотивации ЗСД.

Это свидетельствует о том, что на здоровьесбережение и приверженность лечению в большей степени влияют личностные характеристики врачей, находящихся на начальном этапе профессионального становления.

6. В группе интернов были обнаружены следующие корреляционные связи показателей здоровьесбережения и метапсихических процессов:

– мотивационно-ценностная сфера ЗСД – целеполагание в области ЗСД – гибкость поведения – оценка результатов деятельности.

– мотивация здоровьесберегающей деятельности – планирование деятельности - приверженность лечению;

В данной группе показатели здоровьесбережения и приверженности лечению меньше коррелируют с личностными свойствами, но взаимосвязаны и взаимозависимы между собой.

На наш взгляд, это свидетельствует об активном формировании здоровьесберегающей деятельности и приверженности лечению у молодых врачей.

7. У практикующих врачей здоровьесбережение и приверженность лечению представляет особую сформированную деятельность, которая вновь связана с личностными характеристиками. В данном случае имеют место не отдельные связи, а целостная системная картина, что подтверждают следующие корреляционные связи:

– показатель общей самооценки – самооценка здоровья – планирование деятельности – моделирование деятельности – оценка результатов деятельности;

- гибкость поведения – мотивационно-ценностная сфера ЗСД.

8. На начальном этапе профессионального становления врача представляется возможным воздействовать на здоровьесберегающую деятельность студентов с целью ее оптимизации через тренинги личностного роста.

Для интернов/ординаторов необходимы специфические здоровьесберегающие тренинги, где они будут обучаться новым технологиям лечения и реабилитации.

Наибольшие трудности представляет воздействие на здоровьесбережение и приверженность лечению у врачей. Данная проблема требует дальнейшего изучения и разработки методов коррекции здоровьесберегающей деятельности.

В дальнейшем планируется продолжить работу, направленную на исследование особенностей здоровьесберегающего поведения и приверженности лечению у медицинских работников и разработку рекомендаций по оптимизации этих показателей.

ПРОБЛЕМА ПОДГОТОВКИ ПСИХОЛОГОВ ДЛЯ РАБОТЫ С ТЕРМИНАЛЬНЫМИ БОЛЬНЫМИ

Ушакевич Т. А.

*Городской клинический психиатрический диспансер
г. Минск, Республика Беларусь*

Особенность работы психолога с умирающими больными предполагает знакомство с терминальными состояниями, подготовка пациента к смерти и сопровождение его до окончания жизни, работа по созданию терапевтической среды и терапевтического сообщества, проработка экзистенциальных проблем, связанных со смертью. Однако мало уделяется