

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт психологии Российской академии наук

На правах рукописи

Рунец Оксана Владимировна

**ДОВЕРИЕ ПРОФЕССИОНАЛА К СЕБЕ В ПОМОГАЮЩИХ
ПРОФЕССИЯХ СОЦИОНОМИЧЕСКОГО ТИПА
(на примере профессии фельдшера скорой медицинской помощи)**

Специальность 19.00.03 – психология труда, инженерная психология,
эргономика (психологические науки)

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук
Алдашева Айгуль Абдулхаевна

Москва – 2018

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА ДОВЕРИЯ ПРОФЕССИОНАЛА К СЕБЕ В ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЯХ СОЦИОНОМИЧЕСКОГО ТИПА	
1.1. Междисциплинарный анализ феномена доверия	12
1.2. Роль доверия к себе в профессиональной деятельности	31
1.3. Особенности помогающих профессий социономического типа	39
ГЛАВА 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОВЕРИЯ ПРОФЕССИОНАЛА К СЕБЕ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
2.1. Информационно-аналитическая профессиограмма фельдшера скорой медицинской помощи	56
2.2. Описание выборки и процедуры исследования	71
2.3. Методики исследования	72
2.4. Апробация опросника «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной	82
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОВЕРИЯ ПРОФЕССИОНАЛА К СЕБЕ В ПРОФЕССИИ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ	
3.1. Индивидуально-личностное своеобразие групп с разным уровнем личностного доверия к себе	94
3.2. Особенности профессионального поведения у фельдшеров скорой медицинской помощи с разным уровнем личностного доверия к себе	106
3.3. Доверие профессионала к себе как предиктор эффективности фельдшера скорой медицинской помощи	116
3.4. Доверие профессионала к себе как психологический конструкт	123
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	127

Список сокращений	130
Список литературы	131
Приложения	152

ВВЕДЕНИЕ

Рост неопределенности и рисков, связанных с социально-экономическими изменениями, охватывает все сферы жизнедеятельности человека, в том числе и профессиональную. Напряженность условий труда, обусловленная изменяющимися требованиями (усложнение профессиональной деятельности, рост стрессогенных воздействий, внедрение современных электронных средств связи и др.) ставит проблему изучения феномена доверия профессионала к себе как психологического конструкта, способствующего успешной профессионализации и повышению качества профессиональной деятельности. Исследования, посвященные проблеме доверия к себе в профессиональной деятельности (Купрейченко, 2008; Пухарева, 2009; Скрипкина, 2015; Фатхи, 2003; Ясько, 2005 и др.), позволили описать феномен и как детерминанту успешной адаптации профессионала к экстремальным ситуациям (Фатхи, 2003), и как механизм личностного и профессионального развития (Купрейченко, 2008; Пухарева, 2009; Скрипкина, 2015).

Проблема профессионализма является одним из приоритетных направлений в психологии труда (Алдашева, 2014; Костин, Голиков, 2008; Дикая, 1996; Обознов, 2014; Толочек, 2015, и др.). Показано, что профессионализм представляется в качестве интегральной характеристики человека-профессионала и как личности, и как исполнителя профессиональной роли (Бодров, 2001; Дружилов, 2015; Кашапов, 2018; Климов, 1984; Маркова, 2014; Рогов, 2018; и др.).

Особую актуальность приобретает проблема профессионализма в помогающих профессиях социономического типа, в которых личность работника играет ведущую роль, являясь не только инструментом, но и «автором» результата труда (Климов, 1996). Основными критериями успешности в помогающих профессиях социономического типа считаются направленность человека на оказание помощи другому (Рейковский, 1979; Эннс, 2012; Роджерс, 1994; и др.); на взаимодействие с другими и формирование помогающих отношений (Болучевская, 2010; Гришина, 1997; Климов, 2004; Кораблина, 2003 и др.).

др.); принятие ответственности не только за свои действия и их последствия, но и за другого человека (Насиновская, 2003; Ташлыков, 1986; и др.). К данному классу профессий относится деятельность фельдшера скорой медицинской помощи (СМП).

Принципиальное отличие профессиональной деятельности фельдшера скорой помощи от других помогающих профессий является кратковременность ролевого взаимодействия «фельдшер – пациент», которое разворачивается в условиях неопределенности и риска (Баркляя 2007; Бастракова, 2003; Фиалко, 2002; Шелехов, 2009; и др.).

Большинство исследований показывает, что одним из компонентов эффективного взаимодействия является доверие, которое рассматривается как морально-этический компонент в сфере межличностного взаимодействия (Рутковский, 1967; Сафонов, 1981; Штомпка, 2014; Франк, 2003; и др.); как основа социального взаимодействия, выраженного в отношении к социальным институтам и абстрактным системам (Журавлев, 2004; Нестик, 2014; Обознов, Акимова, 2013; Позняков, 2018; Селигмен; 2002; Татарко, 2014; Токарева, Голубь, 2014; Фукуяма, 2004; Хашенко, 2013; Шихирев, 2008; Arrow, 1974; Luhmann, 2001; Rosanvallon, 2008; и др.); как самостоятельный социально-психологический феномен (Антоненко, 2004; Зинченко, 2001; Купрейченко, 2008; Роджерс, 1994; Скрипкина, 2001 и др.).

В литературе доверие онтологически представлено в триединстве своего проявления: доверие к себе, доверие к миру и доверие к другому, формирующееся в процессе развития (Т. Боулби, Ф. Перлз, М. Розенберг; М. Эйнсворт, Э. Эриксон и др.), – и в двух видах отношений: как непосредственное отношение к себе и как отношение, опосредованное отношениями с другими людьми (Рубинштейн, 1973).

Таким образом, теоретические представления о доверии позволяют рассматривать доверие профессионала к себе в помогающей профессии как психологический конструкт, включающий доверие как отношение к себе, представленное в самосознании в форме психологической установки, подразумевающей безусловное принятие себя как ценности, что, согласно

исследованиям, проявляется в форме самоотношения (Алдашева, 2016; Пантилеев, 1991; Сарджвеладзе, 1989; Столин, 1983; Чеснокова, 1977; и др.), и отношение к себе, опосредованное принятием профессиональной роли (Астанина, 2010; Купрейченко, 2008; Скрипкина, 2015; и др.).

Теоретическая значимость диссертации обусловлена немногочисленностью исследований, посвященных изучению феномена доверия в профессиональной деятельности. В научной литературе отсутствует единство представления о доверии профессионала к себе как самостоятельном психологическом конструкте, обеспечивающем выбор стратегии профессионального поведения и успешность деятельности в помогающих профессиях социономического типа. Полученные в диссертации результаты позволяют расширить понимание данного феномена в рамках психологии труда.

Объект исследования: индивидуально-личностные характеристики и стратегии профессионального поведения представителей помогающей профессии социономического типа (фельдшера скорой медицинской помощи).

Предмет исследования: доверие профессионала к себе.

Теоретическая гипотеза исследования.

Доверие профессионала к себе является психологическим конструктом, способствующим выбору стратегии профессионального поведения и успешности профессиональной деятельности.

На основе теоретической гипотезы были сформулированы следующие **эмпирические гипотезы исследования:**

1. Существует индивидуально-личностное своеобразие групп с разным уровнем личностного доверия к себе.
2. Уровень доверия профессионала к себе способствует расширению спектра стратегий профессионального поведения фельдшеров СМП.
3. Существует взаимосвязь между уровнем доверия профессионала к себе и успешностью профессиональной деятельности.

Цель исследования: изучить доверие профессионала к себе как особый психологический конструкт и выделить основные его компоненты.

В соответствии с поставленной целью исследования в диссертации сформулированы следующие **задачи исследования**.

Теоретические задачи:

1. Показать специфику феномена доверия профессионала к себе как психологического конструкта значимого для профессиональной деятельности.
2. Дать теоретический анализ психологических особенностей помогающих профессий социономического типа на примере профессии фельдшера скорой медицинской помощи.

Методические задачи:

1. Показать возможность применения опросника Н. Б. Астаниной «Методика изучения доверия к себе» на взрослой выборке.
2. Выделить структурно-динамическую характеристику меры (уровня) доверия к себе на основании опросника Н. Б. Астаниной «Методика изучения доверия к себе».

Эмпирические задачи.

1. Рассмотреть индивидуально-личностные качества фельдшеров СМП с разным уровнем личностного доверия к себе.
2. Описать стратегии профессионального поведения фельдшеров СМП в зависимости от уровня личностного доверия к себе.
3. Выявить связь уровня доверия профессионала к себе и показателя успешности деятельности фельдшера СМП.

Методическая организация исследования.

- Основными методами эмпирического исследования выступали:
- Анализ технологической и нормативно-правовой документации.
- Психодиагностический метод: «Методика исследования самооотношения» (МИС), (Пантилеев, 1993); опросник «Шкала базисных убеждений» (ШБУ) (Падун, Котельникова, 2008). Опросник «Диагностика уровня эмпатических способностей» В. В. Бойко (Бойко, 1996); опросник «Стиль саморегуляции поведения» ССПМ (Моросанова, Бондаренко, 2015); методика диагностики «Направленности личности в общении» (НЛО) (Братченко, 1997), Опросник

«Социальная ответственность» (Муздыбаев, 2010). Опросник «Суверенность психологического пространства» (СПП) (Нартова-Бочавер, 2005). Исследование личностного доверия: Опросник «Методика изучения доверия к себе» (Астанина, 2010).

- Полуструктурированное интервью.
- Экспертная оценка успешности деятельности фельдшера скорой медицинской помощи.
- Метод качественного и количественного анализа данных, интерпретационный метод.

Теоретико-методологическая основа исследования

Работа выполнена на основе методологических принципов системного и субъектно-деятельностного подходов (К. А. Абульханова-Славская, В. А. Бодров, Л. Г. Дикая, А. Н. Леонтьев, Б. Ф. Ломов, С. Л. Рубинштейн, и др.), системного подхода к анализу профессиональной деятельности (Е. М. Иванова, Е. А. Климов, Г. В. Суходольский, и др.), личностно-ориентированного подхода к анализу деятельности (Л. И. Анцыферова, В. А. Петровский и др.), ситуационного подхода (Н. В. Гришина, К. Левин, У. Мишел, Р. Нисбетт, У. Томас, Л. Росс, и др.) и на исследованиях в области психологии доверия (И. В. Антоненко, Дж. Боулби, В. П. Зинченко, А. Б. Купрейченко, К. Роджерс, Т. П. Скрипкина, Э. Эрикссон, и др.).

Научная новизна и теоретическая значимость исследования.

На примере профессиональной деятельности специалистов помогающей профессии социономического типа обосновано теоретическое представление о доверии профессионала к себе как психологическом конструкте, состоящем из личностного доверия к себе как самоотношения и ролевого доверия к себе как отношению к себе, как профессионалу, принимающему ответственность за последствия своих действий при разрешении ситуации неопределенности и риска.

Впервые сделана попытка описать уровневую организацию меры доверия к себе как структурно-динамической характеристики исследуемого конструкта. Показаны типы индивидуально-личностного своеобразия доверия профессионала

к себе у фельдшеров скорой медицинской помощи. Важнейшим результатом исследования стал вывод о том, что профессиональная успешность и широта спектра стратегий взаимодействия в диаде «фельдшер – пациент» соотносятся с уровнем доверия профессионала к себе.

Апробирован инструментарий оценки личностного доверия к себе на взрослой выборке («Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной). Теоретически и эмпирически обоснована роль психологического конструкта «доверие профессионала к себе» в качестве ресурса успешности профессиональной деятельности фельдшера СМП.

На основе применения комплекса специально подобранных методик изучены разные аспекты проявления феномена доверия профессионала к себе у представителей помогающей профессии социономического типа. Описаны типы индивидуально-личностного своеобразия доверия профессионала к себе, специфика профессионального поведения и профессиональная успешность работников помогающих профессий с разным уровнем доверия профессионала к себе.

Практическая значимость:

Психологический конструкт «доверие профессионала к себе» является показателем эффективности профессиональной деятельности представителей помогающей профессии и может выступать критерием при отборе и профессиональной подготовке специалистов.

Результаты исследования внедрены в форме практических рекомендаций по повышению эффективности фельдшера СМП на Станции скорой и неотложной помощи имени А. С. Пучкова города Москвы, на их основе разработана тренинговая программа.

Соответствие паспорту научной специальности. Работа выполнена в рамках основных направлений и соответствует пунктам: 2. «...анализ требований, предъявляемых видами труда к личным качествам людей...; разработка профессиограмм разного назначения и обоснования требований, предъявляемых разными видами труда к свойствам психики людей»; 3. «Изучение

профессионально ценных свойств (качеств) психики людей по отношению к определенным классам и видам труда: особенности личности, в том числе ее направленность на определенный класс труда, ценностные ориентации, установки и мотивы, характерологические особенности эмоциональной и рациональной регуляции индивидуальной деятельности»; 4. «Изучение своеобразия психического склада (типичного и индивидуального) представителей разнотипных видов труда, профессий...»; 5. Условия и способы установления взаимного соответствия свойств психики человека и требований трудовой деятельности разного вида <...> саморегуляция работников...».

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Доверие профессионала к себе есть психологический конструкт, включающий: личностное доверие к себе как самоотношение и отношение к себе как исполнителю профессиональной роли.

2. Выделены три типа индивидуально-личностного своеобразия доверия профессионала к себе специалистов помогающих профессий социономического типа – «целеориентированные», «ориентированные на взаимодействие» и «избегающие».

3. Выбор стратегий профессионального поведения связан с уровнем доверия к себе. Специалисты с высоким и средним уровнем доверия к себе имеют наибольшее количество стратегий профессионального поведения, характеризующиеся ориентацией на себя, на пациента, на ситуацию. В группе с низким уровнем доверия к себе фельдшеры демонстрируют наименьшее количество стратегий поведения, среди которых преобладают стратегии с преимущественной ориентацией на себя.

4. Психологический конструкт «доверие профессионала к себе» взаимосвязан с профессиональной успешностью. Специалисты с высоким и средним уровнем доверия профессионала к себе характеризуются как профессионально успешные, применяющие больший спектр стратегий профессионального поведения по сравнению с группой работников с низким уровнем доверия профессионала к себе.

Надежность и достоверность полученных результатов обеспечивалась теоретической и методологической обоснованностью исследования: использованием методического инструментария, адекватного целям и задачам исследования, репрезентативностью и достаточным объемом выборки. Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0; применялись следующие критерии: статистический критерий Колмогорова – Смирнова, коэффициент α – Кронбаха, коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r), критерий выявления различий U-критерий Манна – Уитни; критерий Н Краскела – Уоллиса, кластерный анализ методом древовидной кластеризации с предварительной процедурой стандартизации данных, а также метод контент-анализа.

Апробация и внедрение результатов исследования.

Материалы диссертационного исследования докладывались на Всероссийской научной юбилейной конференции, посвященной 40-летию ИП РАН и 85-летию со дня рождения Б. Ф. Ломова «Психология в системе комплексного человекознания: история, современное состояние и перспективы развития» (10–12 октября 2012 г., Москва); Всероссийской конференции «Семья, брак и родительство в современной России» (Москва, 24–25 октября 2014 г.); IV Международной научно-практической конференции «Личностный ресурс субъекта труда в изменяющейся России» (8–10 октября 2015 г., Кисловодск); Международной научно-практической конференции «Современное состояние и перспективы развития психологии труда и организационной психологии» (Москва, 15–16 октября 2015 г.); Всероссийской научной юбилейной конференции, посвященной 45-летию ИП РАН и 90-летию со дня рождения Б. Ф. Ломова «Фундаментальные и прикладные исследования современной психологии: результаты и перспективы развития» (16–17 ноября 2017 г., Москва).

Диссертационное исследование выполнялось при поддержке ФАНО России в Институте психологии РАН, гранта РГНФ 15-06-10508а.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ФЕНОМЕНА ДОВЕРИЯ ПРОФЕССИОНАЛА К СЕБЕ В ПОМОГАЮЩИХ ПРОФЕССИЯХ СОЦИОНОМИЧЕСКОГО ТИПА

1.1. Междисциплинарный анализ феномена доверия

Активное изучение феномена доверия в философии, социологии, психологии, экономике и других областях науки позволяет говорить о междисциплинарном характере проблемы.

Согласно анализу этимологических словарей (Преображенский, 1959; Фасмер, 1964; Шанский, 1963; Черных, 1993, и др.), слово «доверие» произошло от глагола «веровать» путем присоединения приставки «до-», указывающей на достижение предела, и слова «вера», означающего «истина, правда, догма» (Хабургаев, 1986). Впервые «доверие» встречается в письменности вначале XVII века в виде глагола «доверять», то есть «иметь доверие», и как существительное «доверие» — «уверенность в чьей-либо добросовестности, искренности» (Аванесов, 1989; Бархударов, 1977). Можно предположить, что появление данного слова было вызвано началом периода Смуты, характеризующегося разрушением ролевой определенности, поскольку «в одной схватке смертельными врагами оказывались люди, чья корпоративная и родовая солидарность не вызывала раньше и тени сомнения» (Боханов, 2001.С. 458).

В рамках философской парадигмы доверие рассматривалось как ценностное, морально-нравственное качество личности, влияющее на его взаимодействие с обществом, что отражено в работах И. Канта, Дж. Миллер, Ф. Ницше, Б. Ф. Поршнева, Б. А. Рутковского и др.

Одним из ранних упоминаний о доверии являются работы И. Канта, в которых феномен рассматривается в качестве основы «моральной дружбы» между людьми. Особенно подчеркивается и необходимость доверия для движения

по жизненному пути, и представление о нем как условия для «создания будущего прочного мира» (Асмус, 1966. С. 384).

Б. А. Рутковский, рассматривая доверие как компонент межличностного отношения в структуре и развитии первобытного общества, пришел к выводу, что доверие другому являлось жизненно необходимым условием для выживания в представленных условиях. Однако, как отмечает автор, доверие возникало по отношению лишь к тому, кто принадлежал к тому же роду, и проявлялось «во внутренней убежденности одного человека в искренности намерений другого» (Рутковский, 1967. С. 12). Развитие первобытного общества и усложнение структуры отношений, по мнению Б. А. Рутковского, способствовало усилению роли доверия в общественной жизни (Рутковский, 1967).

Отдельного внимания заслуживает рассмотрение доверия в рамках философского подхода, согласно которому существует такое явление, как доверие к себе, что контекстуально прослеживается в работах многих мыслителей–философов (Эмерсон, 1900; Govier, 1993; Jaspers, 1919; Miller, 2000, и др.).

Впервые эта проблема рассматривалась американским философом-идеалистом Р. Эмерсоном. В своем труде, написанном в середине XIX века «Доверие к себе», автор предопределил основные направления исследования феномена. Р. Эмерсон первым указал, что в основе отношения к миру лежит принцип доверия к себе, и выделил феномен как чувство, обуславливающее степень активности человека и позволяющее полагаться на себя даже в сомнительной ситуации, подталкивая к рискованным действиям (Эмерсон, 2001). Указывая на проявление доверия к себе в поведении, автор пишет, что доверяющие в отличие от недоверяющих имеют больше возможностей в выборе действий. Степень доверия к себе (больше-меньше) косвенно указывает на наличие зоны оптимума диапазона действий — фактора, который наиболее благоприятен для жизнедеятельности (Эмерсон, 1900).

Ф. Ницше в своей работе «Человеческое, слишком человеческое» рассматривает доверие как моральный феномен, влияющий на принятие или отрицание собственных суждений (Ницше, 2005).

Т. Говье (T. Govier) утверждает, что доверие к себе является необходимым условием для автономии и самоуважения и достаточным условием для самооценки (Govier, 1993).

Влияние доверия на нравственное развитие личности отмечено в трудах Дж. Миллер (J. Miller), согласно которым феномен лежит в основе нравственного самосознания и восприятия, а потеря его приводит к нарушению нравственного становления личности, к потере смысла жизни и к разрушению представления об общечеловеческих ценностях (Miller, 2000).

К. Ясперс (K. Jaspers) в своей работе «Psychologiederweltanschauungen» («Психология мировоззрения»), говоря о доверии к себе, пишет, что его нехватка «приводит к необходимости отказа от себя, от своей личности из-за запрета на самостоятельность и самокритику» (Jaspers, 1919. P. 283).

В рамках философской парадигмы феномен «доверие» рассматривается в качестве морально-нравственного отношения, которое способствует нравственному становлению личности, проявляющееся в уважительном поведении одного человека по отношению к другому и к себе. С помощью доверия человек определяет свою активность в сомнительных ситуациях и тем самым регулирует межличностные отношения, раскрывая социальную сущность доверия, специфика которого определяется культурными нормами.

В рамках социологического подхода доверие рассматривается в контексте исследования проблемы стабильности социальной и институциональной систем общества, его организаций, процессов, структур. Тенденции увеличения социальных рисков повышают значимость доверия как механизма обеспечения чувства безопасности общества и индивида в условиях роста социальной неопределенности. Освещение этой проблемы нашло отражение в работах Э. Гидденса, Н. Лумана, А. Селигмена, Ф. Тённис, Ф. Фукуямы, П. Штомки и др. Данное направление перекликается с психологическими исследованиями (Журавлев, 2004; Нестик, 2014; Обознов, Акимова, 2013; Татарко, 2014; Токарева, Голубь, 2015; Хашченко, 2013; Шихирев, 2008, и др.).

Основной вектор исследований проблемы доверия в социологии, заданный в работах Э. Гидденса и Н. Лумана, рассматривает несколько видов доверия: доверие к другому и доверие к абстрактным системам как частные проявления всеобщего доверия к миру. Согласно работам Э. Гидденса (A. Giddens), доверие к другому строится на взаимной ответственности, основанием выступает уверенность в надежности друг друга, являющаяся базисом чувства честности и аутентичности самого себя. Доверие к «абстрактным системам» (абстрактное (системное) доверие или безличное доверие) — это «механизм стабилизации ожиданий в рамках взаимоотношения «человек–система», что обеспечивает надежность повседневной жизни, но не заменяет взаимности и интимности, которые дают личные отношения» (Giddens, 1990. P. 103).

Согласно Н. Луману (N. Luhmann), доверие абстрактным системам является необходимым «основанием для функционирования и развития общества и экономики, помогающим стимулировать необходимую деятельность в ситуации неопределенности или риска» (Luhmann, 2000.P. 103). Автор провел дифференциацию категорий (доверие абстрактным системам, выраженное в уверенности в правильном функционировании системы, и межличностное доверие) и выделил основные критерии различия. Первый критерий связан «со способностью индивида различать опасности и риски». «Если у вас нет альтернатив, вы находитесь в ситуации уверенности. Если вы выбираете одно действие, предпочитая его другим, вопреки возможности быть разочарованным в действиях других, вы определяете ситуацию как ситуацию доверия» (Luhmann, 2000.P. 98). Второй критерий касается межличностных отношений: «доверие является жизненно важным в межличностных отношениях, но участие в функциональных системах требует уверенности, а не доверия» (Luhmann, 2000. P. 99). Третий критерий связан с определением основы феноменов. Так источником уверенности являются усвоенные знания о правилах функционирования различных социальных систем, в то время как в основе доверия лежит особенность социальной ситуации взаимодействия, обусловленная

принятием самостоятельного решения, что влечет за собой риски (Luhmann, 1982).

Согласно работам А. Селигмена, рассматривающего доверие как механизм стабилизации ожиданий в условиях растущей ролевой неопределенности, «доверие не только возникает в условиях риска, но и одновременно является средством совладания с риском» (Селигмен, 2002. С. 61).

Анализ доверия абстрактным системам включает в себя следующие типы: институциональное, этническое, доверие к информации, доверие к техническим системам, организационное доверие.

Институциональное доверие, согласно С. Б. Токаревой и О. В. Голубь, проявляется в «ожидании предписанного социальной ролью поведения и исполнения обязательств со стороны субъектов-носителей определенных социальных статусов» (Токарева, Голубь, 2015. С. 135). Данная форма доверия выполняет функцию обеспечения самоорганизации общества и воспроизводство социальной структуры.

В исследованиях Р. Коуз, Д. Норт, К. Эрроу институциональное доверие представлено в виде общественного института преодоления информационного неравенства и риска (Коуз, 2015; Норт, 1997; Arrow, 1974, и др.).

В работах, изучающих проблему доверия в теории социального капитала (Нестик, 2014; Татарко, 2014; Фукуяма, 2004; Шо, 2000; Yamagishi, 1994, и др.), феномен выражается в чувстве социальной уверенности, готовности к взаимопомощи, проявлению социально желательного поведения, а также способствует увеличению социального капитала, что отражено в работах П. Бурдьё, Дж. Коулмена, Р. Патнэма.

В теории Ф. Фукуямы доверие представлено в форме ожидания ожиданий сообщества от своих представителей честного поведения, с учетом потребностей окружающих и в соответствии с общими нормами, которые включают основные ценности, профессиональные стандарты, корпоративные кодексы поведения (Фукуяма, 2004). Наличие такого доверия способствует формированию морального сообщества, а само доверие трансформируется в нравственный

капитал. Ф. Фукуяма, выделяя основную функцию доверия — «экономии энергии в работе системы», отмечает, что функционирование общества возможно и при отсутствии доверия, но эффективность деятельности повышается лишь при наличии доверия (Фукуяма, 2004).

В своих работах Т. Ямагиши (T. Yamagishi), исследователь роли доверия в системах обобщенного обмена, показал, что люди, имеющие высокий уровень доверия, показывают более высокую степень сотрудничества, способствующую высокому уровню производительности и поддержанию общего блага (Yamagishi, 1994).

В своей работе «Доверие — основа общества» современный польский социолог П. Штомпка представляет доверие как основную стратегию, помогающую справиться с неуверенностью и невозможностью контролировать будущее. Описывая условия актуализации ситуации доверия, автор обращает внимание на один из основных компонентов доверия к себе — готовность положиться на себя в принятии рискованного решения, последствия которого трудно изменить (Штомпка, 2012).

Доверие к информации рассматривалось в работах Е. Кадилла, А. Б. Купрейченко, П. Лунта, Г. Милна, П. Мэрфи, А. Нотеберга, Н. Оливеро, Ф. Тэна, Е. В. Шляховой и др.

Так, в работе А. Б. Купрейченко и Е. В. Шляховой феномен представлен в форме «психологического отношения, включающего интерес к информации, осознанное априорное наделение ее свойством надежности, которое сопровождается положительными эмоциональными оценками информации и готовностью использовать ее в своей деятельности» (Купрейченко, Шляховая, 2013. С. 193). Доверие к информации является механизмом психологической защиты от рекламно-информационных перегрузок (Пацынко, Дорохова, 2007; Купрейченко, Шляховая, 2013). Одним из разновидностей доверия к информации является медиадоверие. Данный феномен, возникает в процессе массовой коммуникации (Купрейченко, Шляховая, 2013). Средства массовой информации активно воздействуют на общественное мнение, картину мира, установки,

ценности, формируя социальное поведение. Медиадобверие является механизмом противодействия формированию «кризисного сознания», характеризующегося пессимистическими, депрессивными настроениями, пронизанными чувствами страха, тревоги, обеспокоенности (Рассаина, 2012). Являясь значимым фактором коммуникации, все разновидности доверия к информации не существуют самостоятельно, а находятся в определенной взаимосвязи с «доверием к ее источнику» (Купрейченко, Шляхова, 2013).

Одним из видов абстрактного доверия также является доверие к технике. Исследователи (Купрейченко, 2008; Обознов, Акимова, 2013; Шатунова, 2016; Barber, 1983; Lee, Moray, 1994; Muir, 1994, и др.) подчеркивают ведущую роль компетентности как пользователя/оператора, так и других людей (создателей техники, ремонтников и т. д.) при формировании феномена. В своих работах Б. Мьюр (B. M. Muir) показал, что в основе доверия оператору технических систем лежат три типа ожиданий: ожидание соблюдения морально-нравственных законов (Naturallaw), ожидание технически компетентного исполнения действий, в основе которого лежат способности, опыт, знания, и ожидание доверительной ответственности (trustresponsibilities), т. е. выполнения взятых на себя обязательств (Muir, 1994). Согласно исследованиям А. А. Обознова и А. Ю. Акимовой, доверие технике представляет собой «специфическое психологическое отношение человека, выражающее его представления, эмоциональные реакции и готовность к выполнению профессиональных задач с помощью техники» (Обознов, Акимова, 2013. С. 226). Авторы, говоря о данном виде доверия, имеют в виду доверие к личностным и профессиональным качествам людей, создавших и эксплуатирующих (разработчики, наладчики, ремонтники и др., отвечающие за надежность работы) технику (степень освоенности). Эксплуатация техники может быть коллективная (доверие к другому) и единоличная (доверие к себе как к профессионалу) (Купрейченко, 2012). В диссертационном исследовании А. Ю. Акимовой показано, что эффективность работников с высоким уровнем доверия технике определяется адекватностью оценки ситуации, ответственным отношением к

профессиональной деятельности. Неэффективность же обусловлена строгим контролем работы техники и своими действиями по ее эксплуатации, а также длительной мобилизацией психофизиологических ресурсов (Акимова, 2012).

Роль организационного доверия в успешности экономической деятельности отмечалась в работах исследователей (Базаров, Вашурина, 2014; Журавлев, 2004; Позняков, 2007; Хащенко, 2012; Шихирев, 1998; Штроо, Балакшин, 2011, и др.). Доверие как фактор успешного развития и формирования эффективной организационной культуры и неформального механизма контроля рассмотрено в работах (Купрейченко, 2008; Нестик, 2015; Dyer, 1997; Lorenz, 1988; Lunnan, Reve, 1995, и др.). В рабочих группах доверие рассматривается в связи с разными аспектами жизнедеятельности групп, эффективности деятельности, сплоченности, статусных отношений в группе, адаптации новых сотрудников в группе, развития группы (Балуцкий, 2002; Переверзева, 2000; Kramer, 1999; McAllister, 1995; Moreland, Levine, 2002; School, 1997; West, 1990, и др.). Анализ работ показал, что исследователи выделяют три группы факторов, влияющих на формирование организационного доверия:

- индивидуально-личностные факторы: склонность к доверию, самооэффективность, ценности (Переверзева, 2000),
- организационные факторы: структура, политика организации в отношении персонала, организационная культура (Липатов, 2015),
- фактор отношений (ситуации взаимодействия): взаимодействие, ожидания (Липатов, 2015).

Рассматривая понимание структуры организационного доверия в работах исследователей (Mayer, Davis, Schoorman, 1995; Шо, 2000, и др.), мы видим использование единой концепции понимания феномена.

Так, в работе Р. С. Мейер, Дж. Х. Дэвиса, Ф. Д. Шорман представлена следующая интегративная модель организационного доверия, включающая три основных компонента: добросовестность (честное выполнение взятых на себя обязательств и обязанностей), доброжелательность (открытость к взаимодействию), компетентность (эффективное решение профессиональных

задач) (Mayer, Davis, Schoorman, 1995). Перечисленные факторы являются наиболее значимыми содержательными компонентами любого вида социального доверия.

В работе Р. Б. Шо рассматриваются следующие факторы, влияющие на доверие в организации. Это забота о персонале, результативность деятельности, порядочность во взаимоотношениях (Шо, 2000).

В работе А. Б. Купрейченко представлена модель организационного доверия, включающая следующие формы: институциональная форма как система правил, регулирующая условия обмена информацией и ресурсами, и правилами контроля над сотрудниками. Форма психологического отношения или представления работников об организации, своих коллегах, руководителях, партнерах и т. д. Форма психологического пространства взаимоотношений сотрудников и организации, а также отдельных ее групп (Купрейченко, 2008).

На уровне взаимодействия между компаниями организационное доверие способствует созданию прочных стратегических альянсов, что обеспечивает конкурентоспособность (Балакшин, 2011; Липатов, 2015, и др.).

На уровне взаимодействия начальник-подчиненный доверие способствует формированию ответственных отношений между участниками, что обеспечивает эффективность решения стратегических задач и внедрения организационных изменений, снижает риск возникновения конфликтных ситуаций и уменьшает показатели текучести кадров, сокращая тем самым издержки на подбор, адаптацию и обучение персонала (Шо, 2000; School, 1997, и др.).

Организационное доверие на уровне взаимодействия сотрудников одного уровня между собой способствует успешной командной работе и сотрудничеству (Шихирев, 1999; Штроо, Балакшин, 2011; и др.).

Таким образом, в социологии доверие выступает в роли отношения, определяющего поведение, деятельность, и другие виды отношений, таких, как взаимообмен, взаимовыгодное сотрудничество. Выделено основное условие возникновения доверия — ситуация неопределенности, в рамках которой феномен возникает и с разрешением которой потребность в доверии снижается.

Изучая доверие в контексте его влияния на развитие и успешное функционирование общества, стоит подчеркнуть, что социологами сознательно опускаются подробности изучения доверия на личностном уровне, так как данный подход широко освещен в работах психологов.

В психологии доверие относится к эмоциональной, плохо рационализируемой сфере психики, способной порождать:

- чувства (от любви до ненависти),
- состояния (от комфорта до стресса и фрустрации),
- социальные установки (от приятия до отторжения) (Мещеряков, Зинченко, 2003).

Основные направления изучения феномена доверия отечественными и зарубежными психологами условно можно разделить на три основных направления:

- как базовое свойство личности, формирующееся в процессе развития, проявляющееся при взаимодействии с миром (Боулби, 2003; Роджерс, 1994; Хорни, 2009; Эриксон, 2002; и др.);
- как социально-психологический феномен, обеспечивающий межличностное взаимодействие (Антоненко, 2004; Зинченко, 2001; Изюмова, 2009; Купрейченко, 2008; Сафонов, 1981; Скрипкина, 2000; Rotter, 1971, 1980, и др.);
- как образование, влияющее на функционирование в профессиональной ситуации (Алдашева, 2016; Пухарева, 2015; Скрипкина, 2006; Фатхи, 2003, и др.).

Одними из первых исследователей, рассматривавших доверие как базовое свойство личности, были Дж. Боулби и его ученица М. Эйнсворт), разработавшие теорию привязанности, согласно которой, формирование доверия начиналось с отношения к «значимому взрослому», впоследствии через него ребёнок формировал доверие к миру в целом и к себе. С позиции автора базовое доверие представляло собой внутреннее ощущение безопасности и стабильности окружающего мира, способствовавшее совладанию с негативными последствиями

и расставанию со «значимым взрослым». В случае несформированности базового доверия отмечалось психическое и телесное неблагополучие на протяжении всей жизни, подрывающее доверие к другим людям, к миру в целом и к себе, что выражалось в неуверенности в своих силах и накладывало отпечаток на формирование мировоззрения и психологическое здоровье (Боулби, 2003; Bretherton, 1992).

Продолжая идеи Дж Боулби, Э. Эриксон показал, что базовое доверие, сформированное в младенчестве, остается эндогенным источником примитивной надежды на всем протяжении жизни. И образует базис чувства идентичности, объединяющего три чувства у младенца: чувство быть самим собой, чувство собственного благополучия, чувство соответствия запросам семьи, выраженное в желании стать тем, кого в нем хотят видеть родные (Эриксон, 2002). Автор рассматривал доверие к себе в форме представления о себе как о способном к познанию, ценном и безопасном для себя, общества и мира, что является основой для развития автономии, межличностных отношений и позволяет пережить состояние фрустрации (периоды невозможности удовлетворять потребности) на следующих стадиях развития (Эриксон, 2002).

Рассматривая доверие как условие для самореализации, Н. М. Коляну одним из основных условий доверия к себе называет личную ответственность, предполагающую открытость к опыту (Коляну, 2004). В. Франкл пишет, что принятие ответственности за свою жизнь сопряжено с понятием «зрелость личности» (Франкл, 1990).

Соотнося зрелость с проявлением доверия к себе, Ф. Перлз показал, что зрелость личности связана с преодолением стремления искать поддержки во вне и ориентирует находить источники поддержки в себе, тем самым проявляя доверие к себе (Перлз, 2000).

Согласно идеям Э. Шостром, фундаментом доверия к себе является целостность осознания собственной самооценности, дающая чувство опоры на себя (Шостром, 2008).

Согласно концепции самораскрытия С. Джуларда и П. Ласкоу, базовое доверие проявляется при самораскрытии внутреннего «Я» в процессе взаимодействия с другими людьми. Открываясь другому, человек устанавливает контакт со своим реальным «Я» и приобретает способность управлять своей жизнью (Jourard, Laskow, 1958, 1971).

В работах К. Роджерса доверие к себе определяется как «целостное организмическое чувствование ситуации» (Рождерс, 1994. С. 64), сопряженное с принятием себя как монады, вне зависимости от своих свойств и достоинств (Рождерс, 1994). Автор предлагает опираться на него больше, чем на логическое осмысление, поскольку это «средство достижения наилучшего поведения» (Рождерс, 1994. С. 240).

Рассматривая соотношение понятий «доверие» и «самоэффективность», А. Бандура (A. Bandura) считает, что доверие к себе выражено в вере в самоэффективность (self-efficacy) — в позитивной оценке своей возможности получения желаемого результата. Автором показано, что феномен влияет на поведение и эффективность деятельности, позволяя разрешать сложные ситуации и проблемы. Нехватка доверия к себе, своим способностям и возможностям проявляется в ощущении слабой самоэффективности (Bandura, 1997).

В отечественной психологии исследования доверия к себе связаны с развитием субъектно-деятельностного подхода, разработанного в трудах С. Л. Рубинштейна, К. А. Абульхановой-Славской, Л. И. Анцыферовой, А. В. Брушлинского и др. и позволившего представить феномен через призму понятия активности, направленной на организацию и регулирование своего жизненного пути согласно своим целям и ценностям, как показатель автономности и независимости в принятии решения и выбора стратегии жизни.

Так в работах С. Л. Рубинштейна базовое доверие к себе представляется в качестве стержневой особенности личности, выражается в осознании и принятии «Я-есть», проявляется в способности к трансцендированию и принимает форму «мировоззренческого чувства», от которого «зависит и поведение субъекта в

ситуации, в которой он находится, и степень зависимости его от этой ситуации или свободы в ней» (Рубинштейн, 1973, С. 352).

Л. И. Анцыферова рассматривает базовое доверие к себе через понятие доверительного отношения к себе, развивающегося в человеке с раннего периода жизни как основание полноценной самоактуализации человека (Анцыферова, 2000).

Одной из основных проблем при исследовании доверия к себе было выделение феномена из близких категорий «вера в себя» и «уверенность в себе». На базе работ, посвященных изучению уверенности в себе (Будич, 2005; Вайнер, 1996; Ромек, 1997; Скотникова, 2005; Щербаков, 1981, и др), доверия к себе (Антоненко, 2004; Астанина, 2011; Достовалов, 2000; Ильин, 2013; Скрипкина, 2000, и др.) и веры в себя (Уколова, 2008; Шафоростов, 2007, и др), составлена таблица (таблица 1), отражающая основные различия между этими понятиями. В основе лежат фундаментальные различия между верой и доверием, выделенные Е. П. Ильиным (Ильин, 2013). Как видно из таблицы, основным условием, активизирующим феномен доверия к себе, выступает неопределенность ситуации.

Таблица 1

Основные различия между верой в себя, доверием к себе, уверенностью в себе

	Вера в себя	Доверие к себе	Уверенность в себе
Форма	Акт принятия	Внутренний диалог	Убеждение
Основание	Мировоззрение	Неполная или избыточная информация, порождающая сомнение	Конкретная информация
Предмет	Истина	Правдивость	Знания
Условия	Наличие уверенности	Наличие сомнений в связи с неопределенностью ситуации	Изначальная заданность определенной стратегии поведения
Неопределенность	Действие согласно изначально заданной определенной стратегии	Создание и проверка новой стратегии поведения	Действие согласно изначально заданной определенной стратегии поведения

	поведения		
Ролевое поведение	Выполнение предназначения	Ролевая неопределенность, вызванная невозможностью реализовать системно определенные ожидания	Строгое выполнение роли
Доказательство	Не требует проверки доказательств	Проверка информации невозможна	Проверка информации обязательна
Оценка	Не требует оценки	Невозможно оценить	Требуется оценки
Отсутствие феномена	Угроза существованию	Лишение способности к действию	Возрастание чувства отчужденности.

В работах К. Харта (Hart, 2000) и Дж. Харриса (Harris, 2002), посвященных разведению понятий «уверенность», «вера» и «доверие», показаны основные характеристики, отличающие феномены друг от друга. Так, особенность веры заключена в ее эмоциональной окраске. Уверенность возникает по отношению к чему-то хорошо известному. Доверие занимает промежуточную позицию между слепой верой и полной уверенностью. То есть доверие с одной стороны отличается от веры, которая не требует проверенных знаний, а с другой стороны — от уверенности, поскольку не требует определенной стратегии поведения со стороны другого (Harris, 2002).

Выделение феномена доверие из смежных понятий способствовало росту исследований, изучающих доверие к себе как самостоятельный социально-психологический феномен.

Так, в работах Т. П. Скрипкиной, посвященных рассмотрению доверия к себе и к миру в форме «ценностного отношения к собственной субъектности в сочетании с ценностным отношением к миру» (Скрипкина, 2000. С. 169), показано, что феномен базового доверия является основой активности и автономности. Автором была разработана теоретическая модель изучаемого явления, включающая:

- ценностно-смысловую переменную, включающую оценку ситуации и выполняющую функцию контроля (или переживание «я должен»);
- прогностическую переменную, в форме переживания «я могу»;
- побудительную переменную, инициирующую активность человека (или переживание «я хочу») (Скрипкина, 2000. С. 169).

Базовое доверие, согласно Т. П. Скрипкиной, выполняет следующие функции:

- моделирует целостность бытия;
- моделирует целостность личности и субъекта;
- связывает человека и мир в общую онтологическую систему отношений.

В. Е. Ключко и Э. В. Галанжинский рассматривают феномен через призму самоорганизации, описывая доверие как способность овладеть собой, полагаясь на себя, определять цель, предвосхищать результаты деятельности и на основе этого строить стратегию поведения, гармонично сочетая ее с субъективными смыслами (Ключко Галанжинский, 1999). Проявляя доверие к себе, личность выстраивает также свое социальное поведение (Абульханова–Славская, 1991), принимая ответственность не только за себя, но и за другого (Рубинштейн, 1973).

Доверие как неотъемлемая часть межличностного отношения показана в исследовании Дж. Роттера, где феномен рассматривался как склонность к открытости во взаимоотношениях с другими. В работах автора (Rotter, 1971, 1980) особое внимание уделялось разграничению понятий «доверчивость» и «доверие». На основании результатов своих исследований Дж. Роттер заключил, что доверие и доверчивость — не связанные друг с другом феномены. Доверие в его работах представлено как ожидание, что можно будет положиться на другого человека в случае необходимости (Rotter, 1980). Данное ожидание подкреплялось убежденностью в правдивости передаваемой информации (Rotter, 1980). Доверчивость, Дж. Роттер определял, как плохо развитую способность в определении, тех кому можно доверять, что в свою очередь могло способствовать

самораскрытию недостойному человеку, который воспользуется полученной информацией во вред другому человеку (Rotter, 1980).

В отечественной психологии изучение феномена межличностного доверия начиналось с анализа понятия «доверительное общение» (Сафонов, 1981; Хорошилова, 1984). В. С. Сафонов, Е. А. Хорошилова впервые описали признаки доверительного общения. Это отношение доверия к партнеру и значимость доверяемой информации. В работах В. С. Сафонова под доверием понималось нравственное отношение, основанное на ожидании, что партнер не воспользуется полученной в процессе раскрытия конфиденциальной информацией во вред доверившегося (Сафонов, 1981). Автор выделяет следующие функции доверительного общения: психологическое облегчение; обратная связь в процессе самопознания; психологическое сближение, углубление взаимоотношений людей (Сафонов, 1978).

В работах И. В. Антоненко доверие в контексте взаимодействия представлено в форме метаотношения, т. е. обобщения совокупности всех отношений субъекта к объекту. Особенностью данного вида отношения является наличие потенциала предвидения, детерминация других отношений (Антоненко, 2004). Автором была предложена структура механизма доверия, основными элементами которой являются орган доверия, субъективная данность ситуации и актуальное доверие. Орган доверия, согласно И. В. Антоненко, является психическим образованием, реализующим функцию доверия/недоверия (Антоненко, 2014). Функция доверия реализуется в специфической ситуации доверия через активизацию органа доверия в преломлении субъективной данности ситуации. Среди функций автор выделяет следующие (Антоненко, 2006):

- регуляторная функция — обеспечение эффективности совместной деятельности;
- коммуникативная функция — обеспечение определенного уровня коммуникации индивидов и социальных групп в соответствии с уровнем доверия;

- перцептивная функция доверия, которая формирует перцептивную установку на восприятие ситуации;
- предсказательная функция доверия, суть которой в возможности определенного прогноза в развитии взаимодействия сторон в зависимости от проявляемого или достигнутого уровня доверия;
- психологическая функция, которая снижает уровень напряженности и стресса в отношениях.

В работах А. Б. Купрейченко межличностное доверие анализировалось как отношение, построенное в результате проверки и объективного оценивания людей как достойных, заслуживающих доверия. В основе формирования межличностного доверия, полагает автор, лежат три основных компонента: знание (предсказуемость), надежность и единство (тождественность). Функции данного феномена — формирование устойчивых позитивных отношений и эффективного взаимодействия (Купрейченко, 2008), а также построение социально-психологического пространства взаимодействия, включающего «оценивание и отбор личностью в социальном окружении людей, наиболее близких ей по своим принципам, ценностям и идеалам» (Купрейченко, 2008. С. 74).

Т. П. Скрипкиной доверие в контексте взаимодействия определяется как «установка-отношение, направленная одновременно на себя и на мир, сущность которой связана с актуальной значимостью объекта доверия и оценкой его априорно как безопасного для субъекта» (Скрипкина, 2000). Автором выделены и описаны функции доверия как социально-психологического феномена:

- активизация коммуникаций и взаимодействия;
- групповая идентификация;
- предсказательная функция.

Т. П. Скрипкина выделила следующие формально-динамические свойства (Скрипкина, 2000): мера доверия, отражающая количественное выражение доверия; избирательность, отражающая адресную направленность феномена на того или иного конкретного другого, связанную с актуальной значимостью

возникающих ситуаций и с особенностями ролевых характеристик адресата; парциальность, предполагающая, что доверие по отношению к различным людям имеет разные пределы. Параметр парциальности показывает, что именно доверяется тому или иному человеку (Скрипкина, 2000).

Опираясь на работы Т. П. Скрипкиной, Н. Б. Астатнина представила теоретическую модель феномена доверия, включающую два элемента: «базовое доверие как устойчивое внутриличностное образование, лежащее в основе формирования открытости к взаимодействию человека с миром и самим собой, и ситуативное доверие как априорное наделение фрагмента мира или себя значимыми в контексте проблемной ситуации качествами. И обеспечение краткосрочного контакта субъекта с миром или с самим собой для достижения конкретных целей, сформированных в рамках ситуации целей» (Астатнина, 2010.С. 61). Автор считает главной функцией ситуативного доверия обеспечение опоры на собственные ресурсы в проблемной ситуации (Астатнина, 2010).

Анализ работ, посвященных изучению феномена доверия, показал, что в рамках философской парадигмы доверие считается моральной составляющей отношений между людьми, выраженной в уважительном и ответственном поведении одного человека по отношению к другому. В рамках социологических исследований доверие рассматривается как многоаспектное явление, выступающее основой социального взаимодействия, выраженного в отношении к социальным институтам и абстрактным системам. С позиции психологической парадигмы феномен выступает как базовое чувство, формирующееся в процессе онтогенеза, проявляющееся во всех жизненных сферах, обеспечивающее активность человека. И как сложный социально-психологический феномен, обеспечивающий все виды взаимодействия между людьми.

Отдельного внимания заслуживает анализ исследований, посвященных проблеме доверия в профессиональной деятельности.

1.2. Роль доверия в профессиональной деятельности

В отечественной психологии профессиональная деятельность рассматривается главным образом в рамках субъектно-деятельного подхода, (Б. Г. Ананьев, Л. С. Выготский, А. Н. Леонтьев, Б. Ф. Ломов, С. Л. Рубинштейн, Б. М. Теплов и др.), в котором человек выступает как личность и субъект деятельности (Ананьев, 1980), принимающий на себя одновременно целый комплекс социальных ролей.

Изучение ролевого поведения в отечественной психологии главным образом проходило в рамках социальной психологии, что отражено в работах Г. М. Андреевой, А. А. Бодалева, Л. П. Бугеовой, А. Л. Гройсмана, А. А. Деркача, М. И. Еникеева, М. Ю. Кондратьева, Р. Л. Кричевского, Е. С. Кузьмина, А. А. Началджяна, Е. В. Руденского, В. А. Ядова, М. Г. Ярошевского. Исследованию ролевого поведения в психологии труда посвящены работы В. А. Бодрова, Л. Г. Дикой, Е. А. Климова, А. К. Марковой, К. К. Платонова и др. Широко известны работы зарубежных исследователей, изучающих ролевое поведение. Это Э. Аронсон, Э. Берн, М. Кун, К. Левин, Д. Майерс, Дж. Мид, Дж. Морено, К. Рудестам, Т. Шибутани и др.

Проводя анализ исследований, Г. М. Андреева выделила три компонента ролевого поведения (Андреева, 2003):

- «позиция» или «статус» (единица общества) как система ожиданий и требований, предъявляемых человеку, которому предписана определенная роль;
- «Я» (единица личности): отношение к себе как к объекту, значение которого определено ролью;
- роль (единица культуры) — система правил поведения, которая разделяется всеми членами общества и передается из поколения в поколение.

Ролевое поведение при этом является продуктом уникального, свойственного конкретному человеку способа интерпретации и принятия роли (готовности к ее исполнению), что, согласно Г. М. Андреевой, можно условно назвать «определенным стилем исполнения роли» (Андреева, 2003. С. 82).

В рамках исследования профессиональной деятельности ролевое поведение рассматривается как профессионально-ролевое (Петровский, 1997), включающее индивидуально-стилевые характеристики выполнения профессиональной деятельности. Данная проблема в отечественной психологии приобрела актуальность в середине XX века и успешно разрабатывается в настоящее время. Исследователями изучался индивидуальный стиль деятельности как способ адаптации к экстремальным условиям (Алдашева, 1995; Бодров, 2007; Дикая, 2002; Конопкин, 2004; Моросанова, 2015; Шадриков, 1996, и др.), адаптации к профессиональной деятельности (Жалагина, 2014; Климов, 2004; Кузьмина, 1993; Мерлин, 1986; Толочек, 2005; Ясько, 2013 и др.), как способ функционирования в организации (Занковский, 2008; Позняков, 2018; и др.), взаимодействие с техническими системами (А. Н. Костин, Ю. Я. Голиков и др.). Все вышеперечисленные исследования рассматривали связь между качеством исполнения профессиональной роли и эффективностью деятельности.

Принятие роли, согласно многочисленным исследованиям (Г. М. Андреева, Н. Н. Богомолова, Д. А. Леонтьев, Д. Морено, Т. Парсонс, Л. А. Петровская и др.), зависит от разнообразных факторов, которые можно объединить в следующие группы: 1) представление о правах и обязанностях, связанных с данной ролью, т. е. когнитивный аспект; 2) степень значимости выполняемой роли, т. е. эмоциональный аспект; 3) умение выполнять данную роль, т. е. поведенческий аспект; 4) способность рефлексировать свое ролевое поведение (Андреева, Богомолова, Петровская, 2002; Почебут, 2017).

Соответственно, принятие профессиональной роли предполагает знание требований, предъявляемых к конкретной профессиональной роли, знание о наличии соответствующих ПВК, стандартов профессионального поведения, усвоение нравственных норм, выступающих регулятором нравственных поступков данной личности по отношению к труду, к себе и к другому человеку (Платонов, 1972), готовность принять на себя ответственность за лично принятое решение, высочайшую организованность, личное мужество, вплоть до самопожертвования (Бодров, 2007; Пономаренко, 2010).

Рассмотрение помогающей профессиональной деятельности с позиции теории ролей (Г. Блумер, Л. С. Божович, Э. Гоффман, Е. С. Малах, Дж. Мид, М. Кун, А. Л. Шнирман и др.) позволило изучить поведение профессионала в трех ракурсах: 1) как систему ролевых ожиданий общества от профессионального поведения; 2) как профессионально-ролевое поведение, формирующееся в результате профессиональной адаптации и представленное в стандартах профессионального поведения; 3) представление о себе как «Я-профессионал».

Профессионально-ролевое поведение в данных типах профессий напрямую связано с особенностью взаимодействия. Помогательные профессии социономического типа предполагают субъект-объект-субъектное взаимодействие, направленное на оказание помощи и предполагающее соблюдение нравственных норм. Данный тип профессий, согласно Е. А. Климову, сопровождается ситуационной неопределенностью (Климов, 2004), основной характеристикой которой является вариативность исхода даже при выборе конкретного способа действий (Корнилова, 2003).

В работе Т. В. Корниловой рассматриваются ситуационные источники неопределенности, когда человек в силу ограничений (например, закрытость для него необходимой информации или трудности работы с собственной системой переживаний) вынужден принимать решение при заведомой неполноте ориентировки (как информационной, так и смысловой) (Корнилова, 2015).

Согласно Е. П. Ильину, неопределенность ситуации связана как с внутренними факторами (хватит ли знаний, умений, навыков, способностей, выносливости для достижения цели), так и с внешними факторами (с неполнотой, недостаточностью или избыточностью информации об объекте, процессе, явлении, по отношению к которому принимается решение, с ограниченностью человека в сборе и переработке информации, с постоянной изменчивостью информации о многих объектах). Неопределенность профессиональной ситуации вынуждает работника принимать решения и идти на риск (Ильин, 2012).

А. П. Альгин считает, что ситуация неопределенности, в которой есть необходимость выбора альтернативы (при этом отказ от выбора рассматривается

как разновидность выбора) и возможность при этом оценить вероятность осуществления выбираемых альтернатив (объективно или субъективно), является ситуацией риска (Альгин, 1989). Согласно А. Селигману, «риск становится интегральным составляющим ожиданий, связанных с социальными ролями» (Seligman, 1997. P. 107).

Из анализа работ в области социальной психологии и психологии труда, из постулатов ролевой теории следует, что ролевое доверие в профессиональной деятельности представляется в двух видах отношений.

Один вид — это отношение к себе как к субъекту профессиональной деятельности, в основе которого лежат представления человека о своих способностях, ПВК, ЗУН, необходимых для соответствия требованиям деятельности, что позволяет полагаться на себя при разрешении профессиональной ситуации.

Второй вид — это профессионально-ролевые отношения между двумя субъектами (врач-пациент, продавец-покупатель, начальник-подчиненный), в основе этих отношений лежит убежденность, что роль (статус) указывает на должный уровень компетентности и определяет возложенные на сотрудника обязательства (Тённис, 2002; Kramer, Cook, 2007), что позволяет доверять исполнителю роли даже в условиях отсутствия опыта предыдущего взаимодействия (Купрейченко, 2008).

В частности, как показал В. А. Ташлыков, ролевое поведение врача рассматривается с двух позиций: первая — это «инструментальная сторона» лечебного процесса и вторая — это особенности межличностного взаимодействия.

Особенности межличностного взаимодействия в диаде «врач-пациент» принимают две основные формы: руководство и партнерство (Магазаник, 1991; Ташлыков, 1984; Ясько, 2013). Руководство и авторитетные советы необходимы пациентам со слабой мотивацией к лечению. Врач в данной форме взаимодействия занимает активную позицию в отличие от пациента. Партнерство предполагает равноправное взаимодействие и активность позиций с обеих сторон.

Врач в данном случае разделяет ответственность за принятые решения с пациентом, считая его достаточно самостоятельным для совместного решения вопросов лечения (Ташлыков, 1984).

В рамках изучения профессиональной деятельности феномен доверия рассматривался исследователями (Пухарева, 2009; Фатхи, 2003; Скрипкина, 2006 и др.) с различных позиций.

В частности, исследование студентов-юристов, проведенное Т. С. Пухаревой, позволило описать несколько типов доверия:

- доверие к себе как субъекту профессиональной деятельности, включающее доверие к себе в выборе профессии и доверие к себе как к специалисту. При этом доверие к себе как к специалисту, как показывает автор, основывается на доверии к своим интеллектуальным возможностям и коммуникативным способностям, что обусловлено требованием деятельности;
- доверие к другому как к объекту профессиональной деятельности, включающее доверие к информации, исходящей от человека в конкретной ситуации, и доверие к другому человеку как к носителю этой информации.

Доверие в профессии юриста, как показывает Т. С. Пухарева, выступает механизмом, который определяет успешность деятельности, личностного и профессионального развития и обеспечивает устойчивость психологической структуры профессиональной деятельности субъекта труда (Пухарева, 2009).

Доверие в работе специалистов МЧС оказывается одним из механизмов, обеспечивающих целостность личностного бытия после воздействия экстремальных факторов (Фатхи, 2003). При этом в работе О. Г. Фатхи показано, что сбалансированность меры доверия к себе и другим в системе доверительных отношений является важнейшей детерминантой, способствующей успешной адаптации специалистов в экстремальных ситуациях (Фатхи, 2003). Автор отмечает, что увеличение меры доверия к себе может сочетаться как со снижением меры доверия к миру, что ведет к трансформированию личностных характеристик в негативную сторону, так и с увеличением меры доверия к миру, обуславливая развитие личности (Фатхи, 2003). Высокий уровень доверия к себе

способствует разрешению экстремальной ситуации и личностному росту. Низкий уровень доверия к себе проявляется в стремлении найти способ ухода от разрешения как существующей, так и вероятностной проблемы и сопряжен с возникновением и степенью выраженности посттравматического стрессового расстройства (Фатхи, 2003).

Многочисленные исследования профессиональной деятельности педагога (Дорофеев, 2006; Маркова, 2002; Скрипкина, 2008; Яковенко, 1983, и др.) показали детерминирующую роль доверия в выборе стиля взаимодействия с учеником (Дорофеев, 2006) и влияние этого стиля на успешность профессиональной деятельности (Яковенко, 1983). Практически все исследования направлены на изучение стиля доверительных отношений во взаимодействии в диаде «учитель-ученик».

Так, в работе В. А. Дорофеева выделяется доверительное пространство, включающее в себя доверие/недоверие к себе и к другим. Установлено, что соотношение меры доверия к себе и к другому у учителя и ученика является базовым условием инициации субъект-субъектного взаимодействия. Показано, что для авторитетных педагогов характерен как высокий, так и низкий уровень доверия к себе и использование подавляющей стратегии взаимодействия. Напротив, попустительский стиль характерен для учителя с низким уровнем доверия к себе, что, согласно автору, связано с низкой чувствительностью к обратной связи. Учителя, проявляющие оптимальную меру доверия к себе, используют демократичный стиль поведения при взаимодействии с учениками (Дорофеев, 1999).

В работе С. И. Яковенко феномен доверия трактуется как «избирательное личностно-психологическое отношение человека к партнеру по общению, в основе которого лежит представление о его нравственной зрелости, способности к взаимопониманию, сопереживанию и оказанию помощи» (Яковенко, 1983. С. 11). Показано, что в основе доверительного взаимодействия лежит нравственная зрелость учителя, которая проявляется в сопереживании и оказании практической помощи учащимся (Яковенко, 1983).

В работе Т.А. Жалагиной посвященной изучению противодействия профессиональной деформации в профессии преподавателя, показано, что в основе ресурсного взаимодействия между участниками образовательного процесса лежат отношения, построенные на доверии и надежности (Жалагина, 2004).

Е. А. Ничипорюк в исследовании воспитателей дошкольных образовательных организаций показала связь высокого уровня доверия к себе с ценностью самоактуализации, а также взаимосвязь самореализации в профессиональной деятельности и удовлетворенности избранной профессией (Ничипорюк, 2014).

Т. П. Скрипкина и Е. А. Тутова показали, что доверие к себе у учителей способствует гармонизации межличностных отношений. Выделен «внутриличностный паттерн» коммуникативной компетентности учителя, одним из компонентов которого является высокий уровень доверия к другим и к себе (Скрипкина, 2008).

Отдельного внимания заслуживают работы, посвященные изучению доверия в медицинской сфере. В литературе по биоэтике важное значение придается роли доверия при изучении взаимодействия в диаде врач-пациент в рамках формирования доверительных отношений (Хрусталева, 2013; Яровинский, 2001). Согласно В. А. Ташлыкову, доверие между пациентом и врачом «является фактором, повышающим не только степень познания врачом личности больного, но и усиливающим эффективность лечебных воздействий» (Ташлыков, 1984. С. 69). Б. А. Ясько рассматривала доверие в профессии врача как один из признаков профессионализма (Ясько, 2005).

В работе И. В. Изюмовой представлена концепция равноправного доверительного общения, включающая в себя обмен информацией и снижение эмоциональной напряженности при оказании медицинской помощи, что мотивирует пациента к выполнению рекомендаций, влияющих на улучшение здоровья, что, в свою очередь, повышает качество оказываемой помощи (Изюмова, 2009).

Исследование роли доверия в системе здравоохранения в работах зарубежных авторов ориентировано на рассмотрение как межличностного доверия между пациентами и врачом (Anderson, Dedrick, 1990; Arora, Gustafson, 2009; Halletal, 2002; Franksetal, 2005; Pearson, Raeke, 2000; Tarnetal, 2005; Thometal, 1999, и др.), так и доверия пациентов к технологиям, используемым в здравоохранении (Zhengetal, 2002; Balkrishnanetal, 2004). При этом в состав технологии включен и медицинский работник. Принятие решения о доверии к данной технологии у пациента включает в себя доверие медицинскому персоналу, сопоставление представлений о том, как система должна функционировать, и своих личных убеждений (Montague, Winchester, Kleiner, 2010).

Из проведенного анализа работ, посвященных исследованию роли доверия в профессиональной деятельности, можно сделать следующие выводы. Феномен доверия в профессиональной деятельности рассматривался с позиции анализа профессионально-ролевого взаимодействия как основы гармонизации ролевых отношений, детерминирующей выбор стиля взаимодействия и успешность профессиональной деятельности. Доверие к себе в профессии показано в форме отношения к своей профессиональной компетентности как субъекта профессиональной деятельности.

Итак, доверие к себе выступает механизмом, обеспечивающим устойчивость психологической структуры субъекта труда и взаимосвязь готовности принять ответственность с успешной адаптацией в экстремальных ситуациях, с личностным ростом, с нравственной зрелостью, с ценностью самоактуализации, а также с коммуникативной компетентностью и стилем межличностного взаимодействия и др.

В контексте нашего исследования ставится гипотеза о доверии профессионала к себе как о психологическом конструкте, выраженном во взаимосвязи личности и реализации профессиональной роли субъектом труда. Выдвинутая гипотеза опирается на позиции системно-субъектного подхода (Сергиенко, 2011). Согласно данному подходу, соотношение личность-субъект в профессиональной деятельности позволило рассмотреть феномен доверия

профессионала к себе как сложный психологический конструкт, включающий в себя личностное (базовое) доверие к себе в форме самоотношения, выраженное в безусловном принятии себя как ценности (Алдашева, 2016). И ролевое доверие к себе представленное в форме отношения к себе, опосредованного принятием профессиональной роли, предполагающее готовность рискнуть и проявить свои возможности в условиях, когда достижение цели не гарантировано и есть риск потерь. Ролевое доверие обеспечивает опору на собственные ресурсы, опыт субъекта и автономное поведение в профессиональной ситуации.

Одной из важнейших задач нашей работы является рассмотрение данного феномена в помогающих профессиях социономического типа, к которым принадлежит и профессия фельдшера СМП.

1.3. Особенности социномических профессий помогающего типа

Согласно словарям, помощь — это содействие кому-либо в чем-либо, в какой-либо деятельности; поддержка; облегчение (Ефремова, Ожегов, 1992; Ушаков, 1989).

В своих работах L. Brammer и G. MacDonald выделяют структурированную и неструктурированную помогающую деятельность. К структурированной они относят помогающую деятельность как профессию и волонтерскую работу. К неструктурированной — семью, дружбу, общество (Brammer, MacDonald, 2003). В работе Г. В. Суходольского также выделяется два класса помогающей деятельности — профессиональная и непрофессиональная (Суходольский, 2008). Основное различие заключается в том, что профессиональная деятельность требует опыта работы и комплекса специальных теоретических знаний и практических навыков, приобретенных в результате специальной подготовки. Непрофессиональная деятельность не требует специальных знаний и умений, а представляет собой простое расходование человеческой рабочей силы. Практическим критерием различия между профессиональной и непрофессиональной деятельностью может быть длительность профессиональной подготовки и ее профессиональность (Скопылатов, 2000). Непрофессиональная помогающая деятельность — это добровольная неквалифицированная помощь, которую может и намеревается оказать любой человек. Проявлением является помогающее поведение, исключаящее реальные или потенциальные жертвы со стороны помогающего (Жмуров, 2012; Оксфордский толковый словарь по психологии, 2003).

В работах исследователей изучение помогающего поведения рассматривается в комплексе с просоциальным и альтруистическим поведением (Eisenberg, 1979, 1987, 1992; Kahana, э2013; Post, 2005; Warneken, э2013; Weng, 2015). Под просоциальным поведением понимаются любые действия, совершенные с целью принести пользу другому человеку и базирующиеся на социальных нормах (Аронсон, 2006; Ильин, 2013; Watson, Ventis, 2007; и др.).

Д. Бэтсон отмечает, что просоциальное поведение связано с добровольным оказанием помощи или намерением оказать помощь другим людям независимо от характера ее мотивов (Batson, Ventis, 2007). По определению Я. Рейковского, просоциальное поведение направлено на содействие в развитии не только другого человека, но и любого „социального объекта“ (группы, коллектива) (Рейковский, 1979).

Согласно работам Е. П. Ильина, помощь нужна, когда у человека есть задача или потребности, которые он не может решить успешно или самостоятельно удовлетворить. (Ильин, 2013). Это может происходить по двум причинам:

1) у человека нет алгоритма решения, он не знает, как решать эту конкретную задачу или каким путем можно удовлетворить потребность;

2) возможно, алгоритм решения ему известен, но не хватает каких-либо ресурсов: времени, денег, оборудования, сил и т. д.

Анализ ситуации оказания помощи позволяет предложить следующую классификацию. По инициативности выделяются два вида ситуаций: по инициативе обратившегося и по инициативе помогающего. Помощь по инициативе нуждающегося характеризуется осознанием факта наличия проблемы и готовностью принять помощь. Оказание помощи по инициативе помогающего выражается как в содействии, так и в противодействии опасным видам действий со стороны опекаемого, их профилактике (Поддьяков, 2007). Такая помощь предоставляется в виде ограничений, разъяснений, предложений, советов.

Согласно временному континууму ситуации оказания делятся на спонтанную и заранее намеченную. Под спонтанностью понимаются ситуации, разворачивающиеся неожиданно, «здесь и сейчас» (Ильин, 2011). Такие ситуации характеризуются оказанием помощи в незнакомой обстановке и, скорее всего, незнакомым людям и требуют скорейшего принятия решения (к примеру, помощь в случае аварии, чрезвычайной ситуации и др.).

Намеченная и заранее обдуманная ситуация помощи характеризуется тщательным продумыванием и планированием благотворительной деятельности,

обращенной не только на незнакомых нуждающихся в помощи людей (волонтерство, спонсорская помощь) (Хекхаузен, 2003).

Под профессиональной помощью понимается квалифицированная деятельность в рамках должностных полномочий, связанная с оказанием той или иной помощи человеку, группам людей (Эннс, 2012).

Основные различия между профессиональной помогающей деятельностью и непрофессиональной представлены в таблице 2 согласно работам (Болучевская, 2010; Гришина, 1997; Ильин, 2013; Реан, Бордовская, Розум, 2010; Платонова, 2013; Суходольский, 2008, и др.).

Таблица 2.

Различия профессиональной и непрофессиональной помогающей деятельности

Составляющие	Непрофессиональная	Профессиональная
Мотивация	Личностная (эгоизм-альтруизм) (Болучевская, 2010; Гришина, 1997).	Социально-нормативная (Болучевская, 2010; Ильин, 2013).
Объект деятельности	Выбирается самим человеком (Болучевская, 2010; Ильин, 2013; Суходольский, 2008).	Выбор объекта труда определен нормативными документами (Болучевская, 2010; Ильин, 2013; Суходольский, 2008).
Характер деятельности	Социальная, косвенно воздействует на производственный процесс (Ильин, 2013; Суходольский, 2008).	Определяется внутренним регламентом осуществления труда, а отношения носят характер социально-трудовых (Ильин, 2013; Суходольский, 2008).
Регламентированность	Нравственные устои общества (Ильин, 2013).	Обязанности отражены в трудовом договоре (Ильин, 2013).
Ответственность	Личная ответственность перед собой и другими (Ильин, 2013; Суходольский, 2008).	Профессионально-правовая ответственность за результат (Ильин, 2013; Суходольский, 2008).
Основание	Система ценностей субъекта (Болучевская, 2010; Ильин, 2013).	Профессиональная культура (Ильин, 2013).
Профессиональная подготовка	Без подготовки или после кратковременной (от нескольких дней до нескольких месяцев) (Суходольский, 2008).	Специальная длительная подготовка. Обязательное повышение квалификации, совершенствование (Суходольский, 2008).

Отдельного внимания заслуживают работы К. Роджерса, в которых рассматривались помогающие отношения, выражающие намерения способствовать развитию и улучшению жизнедеятельности другого (Rogers, 1977) и относящиеся к профессиональной сфере взаимоотношений между психологическим консультантом (терапевтом) и его клиентом. В последнее время в работах зарубежных и отечественных исследователей для определения профессий, в основе которых лежат помогающие отношения, используется термин «помогающие профессии» (Болучевская, 2010; Гришина, Кораблина, Лидерс, 2001; Осухова, 2005; Жуланова, 2005; Эннс, 2012 и др.). Н. В. Гришина и Е. П. Кораблина рассматривают помогающие профессии как деятельность, направленную на оказание помощи людям в сложных и критических ситуациях жизни (Гришина, 1997; Кораблина, 2000). С позиции системного подхода помогающие профессии рассматриваются как открытая система, способная перестраиваться согласно изменяющимся условиям как внешней (ситуации), так и внутренней среды (состояние реципиента) (Климов, 1984; Ломов, 1984; Шадриков, 1996 и др.).

Основываясь на положении системного подхода Б. Ф. Ломова, в деятельности специалистов помогающих профессий можно выделить два основных элемента системы — личность работника и цель. Поскольку основным средством труда в помогающих профессиях выступает личность работника, наполняющая содержанием связи между элементами системы и снижающая степень неопределенности ситуации. То достижение цели, отраженное в профессиональной успешности специалиста, во многом зависит от способности профессионала доверять себе (Алдашева, 2016).

Спецификой для всех видов помогающих профессий является следующее:

- Помогающие отношения, «в которых одна из сторон намеревается способствовать другой в личном росте, развитии, налаживании жизнедеятельности, в умении ладить с другими людьми» (Роджерс, 1994);
- Взаимодействие с человеком (группой людей).

Деятельность представителя социономических профессий помогающего типа нацелена на достижение следующих общественных идеалов: высокое качество жизни, благополучие, здоровье, получение образования, развитие личности и т. д.

Согласно классификации профессий Е. А. Климова, данные профессии относятся к группе человек-человек и предполагают постоянное взаимодействие и общение с другими людьми в ходе профессиональной деятельности (Климов, 1984). И ориентацию на других людей (или их группы), которые обладают собственной активностью и оценивают, содействуют или противодействуют действиям субъекта труда. Социономические профессии характеризуются отсутствием единых и жестких требований к самому процессу профессиональной деятельности и к продукту труда (Бирюков, 2008). Проблема оценки продукта труда связана с неоднозначностью представлений о нем у разных участников, его сложно оценить объективно, более того, он может быть оценен прямо противоположным образом разными «потребителями» в разное время (Болучевская, 2010). Сложность оценивания результата труда связана с невозможностью отчуждения средства и продукта труда от личности профессионала, что усиливает роль внутреннего контроля за соответствием процесса деятельности эталону («правильному» представлению о деятельности и себя в деятельности). Контроль обусловлен мотивом морального долга, ведущим чувством которого, как указывает Е. Е. Насиновская, является чувство ответственности за свои поступки перед собой и другими людьми (Насиновская, 2003). Помощь, определяемая этим мотивом, может быть оказана, если есть амбивалентное отношение к получателю и сопровождается положительным опытом морального удовлетворения, гордости повышением самооценки (Болучевская, 2010).

Анализируя особенности социономических профессий, необходимо отметить определенные эмоциональные отношения между «объектом» труда и профессионалом (Н. И. Постникова, Б. А. Ясько, А. Р. Каримова и др.). Кроме

того, эмоционально-ценностное отношение к профессии, например, врача может быть определено как склонность к своеобразности этих профессий.

На основании вышеизложенного можно предположить, что помогающая профессиональная деятельность является четко регламентированной, не предусматривающей выбора объекта помощи деятельностью, обязывающей оказывать помощь вне зависимости от мотивации специалиста.

Фельдшер СМП как представитель социономической профессии помогающего типа

Рассмотрим подробнее социономические профессии, направленные на оказание медицинской помощи. Согласно Федеральному закону от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», медицинская помощь — комплекс мероприятий, направленных на поддержание и (или) восстановление здоровья и включающих в себя предоставление медицинских услуг.

Существует несколько видов медицинской помощи:

- первичная медико-санитарная помощь;
- специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь;
- скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь;
- паллиативная медицинская помощь.

Особое внимание уделим анализу скорой медицинской помощи. Данная помощь оказывается при заболеваниях, несчастных случаях, травмах, отравлениях и других состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства, на основе стандартов медицинской помощи (Федеральный закон N 323-ФЗ).

Существует две формы оказания скорой помощи:

- экстренная — при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, представляющих угрозу жизни пациента;

- неотложная — при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.

Выделяют следующие условия оказания скорой медицинской помощи (Федеральный закон N 323-ФЗ).

- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение) (Федеральный закон N 323-ФЗ)..

Скорая медицинская помощь (СМП) вне медицинской организации оказывается медицинскими работниками с учетом профиля выездной бригады и формы оказания медицинской помощи. Типология бригад СМП представлена в приложении 1. Как видно из таблицы, в состав практически всех бригад входит фельдшер СМП. Фельдшер СМП — вид профессии на станции СМП, представлен следующими специализациями: фельдшер выездной бригады, фельдшер приема и передачи вызова, старший фельдшер, фельдшер по АХ В рамках нашей работы особое внимание привлекает фельдшер выездной бригады (ВБ). На должность фельдшера бригады скорой медицинской помощи назначается специалист со средним медицинским образованием по специальности «Лечебное дело», имеющий диплом и соответствующий сертификат «Скорая и неотложная помощь» (Приказ Минздрава РФ от 26.03.1999 N 100), обладающий определенными компетенциями (см. прил. 2). Основным отличием профессиональной подготовки фельдшера от подготовки медицинской сестры (еще одна требующая среднего медицинского образования профессия) является возможность осуществления самостоятельной диагностики и лечения распространенных заболеваний, в то время как медицинская сестра исполняет

вспомогательные функции — реализует сделанные врачом или фельдшером назначения (Горшунова, Медведев, 2010).

Под руководством врача фельдшер работает в составе специализированных и врачебных бригад, а в фельдшерской бригаде фельдшер является ответственным исполнителем всего объема работ и наделен некоторыми врачебными полномочиями (Приказ Минздравсоцразвития России от 23.03.2012 N 252н). Выполняя, даже в очень ограниченной области знаний, функции врача, фельдшер становится субъектом юридической ответственности не только за свои прямые обязанности, но и за дополнительные, на него возложенные. (Панов, Хасикян, 2012). Фельдшер проводит диагностику и лечение в рамках делегированных ему полномочий относительно самостоятельно, так как фельдшерские бригады «постоянно находятся под удаленным врачебным контролем» (Багненко, Верткин, Мирошниченко, Хубутя, 2006. С. 11).

Деятельность фельдшера выездной бригады СМП разворачивается в профессиональной ситуации, субъективное видение которой обеспечивает постановку фельдшером профессиональных задач, выбор адекватных им стратегий поведения, включающих взаимодействие с разными группами (рисунок 1).

- Группа экспертов.
- Пациент и его окружение.

По содержанию данные взаимодействия, связаны с передачей профессиональной информации. В частности, постоянное взаимодействие фельдшера с группой экспертов, включающих представителей администрации, оперативного отдела и специалистов узкого медицинского профиля и др., направлено на получение помощи в виде инструкций, рекомендаций и информационной поддержки, в том числе и психологической (Алдашева, Рунец, 2015). Результатом такого взаимодействия является приобретение нового профессионального опыта и знаний, которые фельдшер должен «применить» к реальной профессиональной ситуации, соотнеся их со своими знаниями и способностями и, при необходимости, для успешного достижения поставленных

целей, перестроить взаимодействие с пациентом и его окружением, включённым в профессиональную ситуацию (Алдашева, 2015).

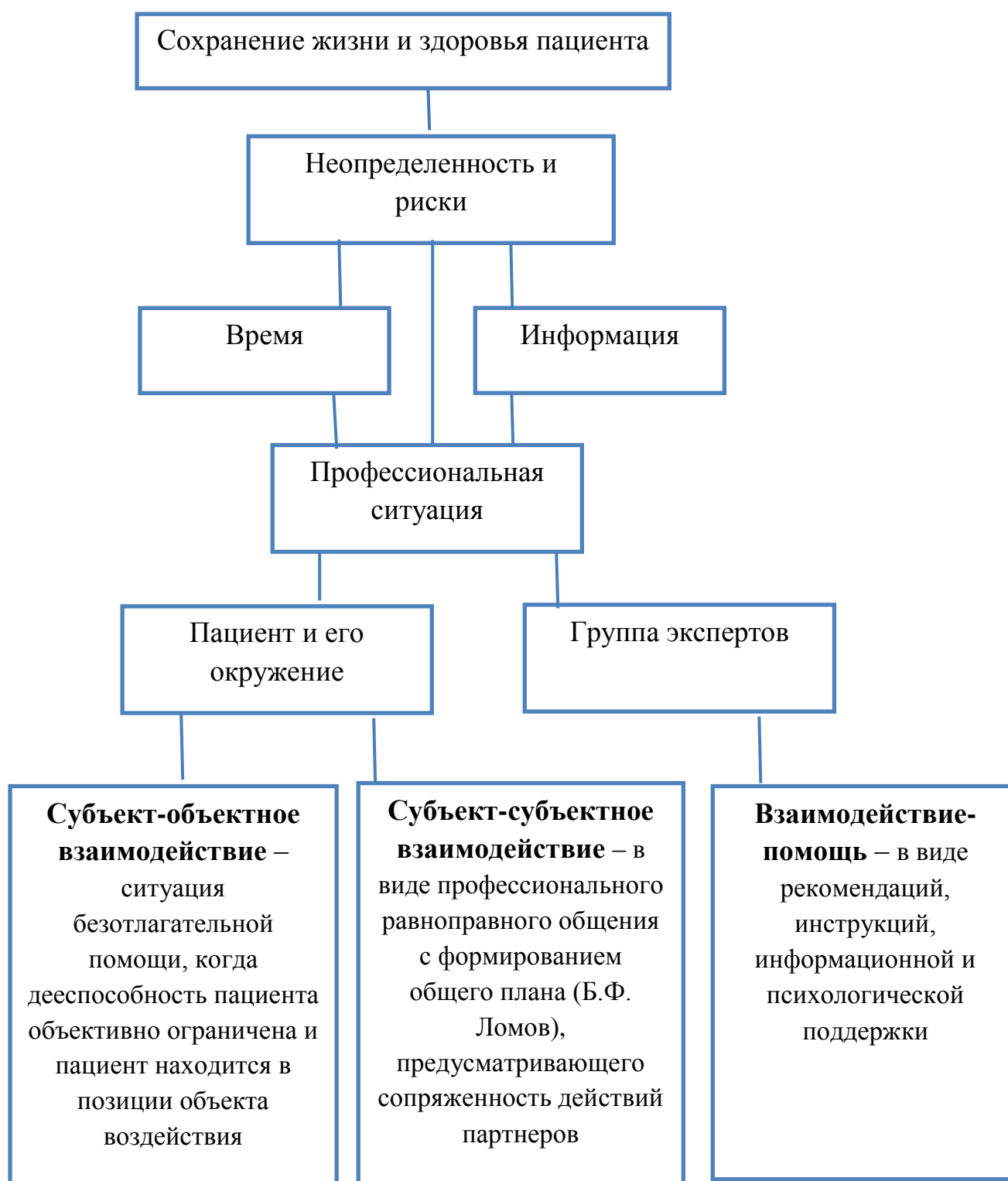


Рисунок 1. Особенности профессиональной деятельности фельдшера ВБ СМП.

Взаимодействие, направленное на пациента и его окружение, согласно теории отношений А. Ф. Лазурского, получившей развитие в работах В. М. Мясищева, Н. Н. Обозова, В. П. Познякова, Е. В. Шороховой, выражается в виде двух типов отношений: субъекта-человека, относящегося к другому человеку как к объекту-субъекту (субъект-объектные), и взаимоотношения двух субъектов (Мясищев, 1995). Под субъект-объектными отношениями Н. И. Сарджвеладзе понимает отношение субъекта к другому субъекту (или субъектам) как к объекту (вещам). В этом виде отношения другие люди рассматриваются как объекты инструментального или манипуляторного воздействия (Сарджвеладзе, 1989). Субъект-объектные отношения в работе фельдшера возникают в ситуации, когда человек находится в позиции объекта воздействия со стороны фельдшера (нарушение сознания). В своих исследованиях Б. А. Ясько наглядно показала, что подобный тип отношений неизбежен в деятельности врачей в кризисной ситуации, когда сохранение жизни пациента зависит от квалифицированных действий и времени (Ясько, 2005). Н. И. Сарджвеладзе также указывает на такую форму отношений как необходимую в деятельности медицинского работника, в частности в профессии хирурга, в ситуации проведения операции, в рамках которой не могут формироваться субъект-субъектные отношения (Сарджвеладзе, 1989).

Субъект-субъектные взаимоотношения представлены в форме профессионального общения, в условиях которого формируется общий механизм, который объединяет деятельность партнеров по коммуникации. Этот тип взаимодействия предполагает взаимное самораскрытие, способствующее достижению цели — сохранение здоровья (Байбородов, 2008).

При взаимодействии фельдшера с пациентом единство действий невозможно без доверия пациента к профессионализму фельдшера. Согласно Е. П. Ильину квалификация и опыт лежат в основе способности вызывать чувство доверия у пациента к своим действиям (Ильин, 2013).

Итак, специфика деятельности фельдшера скорой помощи требует от работника:

- умения взаимодействовать с пациентом в условиях лимита и дефицита времени и информации, при максимальной психологической нагрузке и при высоком уровне моральной ответственности в ситуации неопределенности (Климов, 2004), а также в режиме готовности к немедленным и организованным действиям (Рябова, 2011). Согласно исследованию Т. В. Константиновой, оптимальная тактика взаимодействия в диаде фельдшер-пациент способствует эффективности лечебного процесса, а от качества взаимодействия зависит успешность излечения больного (Константинова, 2006);
- принятия решений в рамках полномочий, регламентированных требованиями к деятельности;
- «доверия к другим», включающего, во-первых, обращение за «технической компетентностью» и информацией к группе экспертов (администрация, узкие специалисты, компетентные сотрудники), во-вторых, доверие к пациенту, направленное на стабилизацию или сохранение здоровья;
- умения вызывать доверие пациента к себе, то есть способности эффективно работать с образом врача, существующим у пациента. Согласно Б. А. Ясько, данное умение является одним из признаков профессионализма врача (Ясько, 2005. С. 123).

Для этого фельдшеру необходима способность адекватно реагировать на быстрое изменение событий и успешно решать поставленные задачи в ситуации риска, что проявляется, согласно В. И. Моросановой, в гибкости регуляторики (Моросанова, 2004). Также фельдшеру необходимы ответственность, самокритичность, дисциплинированность, эмоциональная уравновешенность, оптимизм, честность, правдивость, мужество, гуманизм и готовность оказывать и принимать помощь (Абрамова, Юдчиц, 1998). Другие исследователи дополняют перечень такими личностными качествами, как эмпатия, сочувствие, понимание больного (Кораблина, 2000), в частности использование интуитивного канала эмпатии, позволяющего понимать поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт (Бойко, 1996). Согласно

Дж. Мэтисону, стиль взаимоотношений влияет на достижение доверия при взаимодействии (Мэтисон, 2007).

Профессиональные ситуации в работе фельдшера ВБ СМП характеризуются изменчивостью, экстремальностью и неповторимостью, нередко сопровождаются риском, что требует от работника творческого склада ума, способности ясно представлять себе варианты возможных последствий действий людей.

В условиях медицинской помощи под риском, согласно ВОЗ, следует понимать вероятность наступления негативных для здоровья последствий. Принятие рискованных решений в условиях дефицита времени и информации является составной частью работы СМП и сопряжено с повышенной ответственностью за результат (Верткин, Мирошниченко, Хубутия, 2006).

В работе фельдшера ВБ СМП выделяются следующие источники рисков: дефицит или избыток информации (или её искажение), дефицит времени, выбор оптимальной тактики взаимодействия. Указанные «дефициты» в исследованиях процесса принятия решений, а также дефицит ресурсов, олигосимптоматика в остром периоде заболеваний и провоцирующее влияние десяти факторов (см. приложение 2) на происхождение ошибок объединяются в понятие «информационный кризис», то есть ситуация, когда приходится принимать решения при неясном или т. н. синдромном диагнозе (нет анамнеза: заболел впервые, без сознания, отсутствие условий для осмотра и т. д.) на основе единичных клинических признаков и (или) невербальной (несловесной) информации (Фиалко, 1991; Riegelman, 1991, и др.).

Информация. Степень точности диагностики и правильность выбора лечебно-тактического решения связано с полнотой и достоверностью информации. Нередко профессиональная ситуация в работе фельдшера сопровождается получением неполной, избыточной или искаженной информации. Дополнительным источником информации является чувствительность фельдшера к обратной связи, проявляющаяся в способности фельдшера мониторить состояние пациента (Алдашева, Рунец, 2016).

Фактор времени. Время в условиях СМП сопряжено с угрозой для жизни больного и определяется параметрами предоставления помощи пациенту: незамедлительность, своевременность, безотлагательность и др. (Алдашева, Рунец, 2015).

Ситуация взаимодействия, включающая такие понятия как тактика взаимодействия и стратегия поведения. Под тактикой взаимодействия понимается совокупность типов взаимодействия с пациентом для реализации стратегии поведения. Согласно Т. В. Константиновой, оптимальная тактика взаимодействия в диаде фельдшер-пациент способствует эффективности лечебного процесса, а от качества взаимодействия зависит успешность излечения больного (Дуброва, 2000). Тактика оказания медицинской помощи на ДГЭ — это «сумма мероприятий, позволяющих в каждом отдельном случае, с учётом конкретной обстановки обеспечить наиболее верное достижение цели: своевременность и эффективность оказания экстренной медицинской помощи и безопасность транспортировки в стационар по показаниям или преемственность наблюдения и лечения больного в необходимых случаях на дому» (Фиалко, 2011. С.10).

Стратегия поведения представлена в форме ориентации личности по отношению к взаимодействию, ее установке на определенные формы поведения (Горбунова, 2006). Выделено несколько стратегий поведения.

Стратегия «на себя» в позитивном смысле направлена на обслуживание своих потребностей, направленность на профессиональный рост и развитие, самоактуализацию. Негативной стороной данной стратегии является ориентация на прямое вознаграждение и на удовлетворение своих потребностей без учета других участников, склонность к соперничеству, раздражительность, тревожность, интровертированность (Реан, 1999; Братченко, 2001).

Стратегия «на другого» включает в себя поддержание с другим доверительных и эмоциональных отношений, интерес к людям, внимательность к отношениям, заботливость, готовность к сотрудничеству, способность работать в команде. Негативное проявление данной стратегии — это ориентация на

социальное одобрение, зависимость от группы, жертвенность, игнорирование собственных целей или целей дела (Реан, 1999; Братченко, 2001).

Стратегия «на ситуацию» подразумевает решение проблемных ситуаций, заботу о качестве выполняемой работы, ориентацию на деловое сотрудничество, способность отстаивать в интересах дела собственное мнение. В негативном плане данная стратегия подразумевает игнорирование партнера как личности. При взаимодействии используется только деловая коммуникация и предметное взаимодействие (Реан, 1999; Братченко, 2001).

В работах В. А. Фиалко, занимающегося анализом ошибок оказания помощи и причин, приведших к этому, под тактической ошибкой понимается несоответствие действий установленному диагнозу и (или) невыполнение тактических решений, закреплённых в документах, регламентирующих работу ССМП (Фиалко, 2011). Согласно разработанной автором «Классификации факторов, способствующих возникновению диагностических и тактических ошибок» (Фиалко, 2012) (приложение 2), среди факторов, предрасполагающих к возникновению ошибок, выделяются ситуационные и психологические факторы. Ошибочность и неточность в постановке диагноза, неуверенность, могут быть компенсированы с помощью правильных тактических действий. Совокупность тактик оказания помощи составляет основу разработанных и применяемых на станции скорой помощи «Алгоритмов оказания помощи», направленных на улучшения качества и доступности оказания медицинской помощи (Фиалко, 2011).

Однако данные «Алгоритмы» по объективным причинам не могут охватить все возможные ситуации, встречающиеся в работе фельдшера СМП. Ошибка в выборе тактики или отсутствие необходимого тактического решения при жизнеугрожающих состояниях (или игнорирование тактических принципов), способствуют увеличению временных трат и могут привести к летальному исходу или инвалидизации больного (Фиалко, 1992).

Качество медицинской помощи отражено в результативности взаимодействия в диаде «фельдшер – пациент», в основе которой лежит

компетентность фельдшера, предполагающая снижение рисков развития осложнений или прогрессирования заболевания пациента, или возникновение нового патологического процесса (Кучеренко, 2012). Оценка качества деятельности работников СМП определяется не только по конечному результату (принятию правильного тактического решения), но и по исполнению специалистами требований к деятельности.

Доверие профессионала к себе в условиях работы фельдшера скорой медицинской помощи представляется как сложный психологический конструкт, состоящий из личностного доверия как формы самоотношения, т. е. стержневой характеристики личности, лежащей в основе уверенности в надежности и безопасности себя и в готовности взаимодействовать с миром, что позволяет опираться на себя в ситуации неопределенности и риска и является признаком личностной зрелости. Второй компонент этого конструкта — ролевое доверие к себе, отношение к себе в форме авансирования себе разрешения профессиональной ситуации, что подразумевает наличие необходимого уровня компетентности и определяет возложенные на сотрудника обязательства.

Акт сличения личностного доверия к себе и доверия к себе как к исполнителю профессиональной роли координирует и обеспечивает постоянство поведения, т. е. возникает единая персонификация «Я» (Шибутани, 1999).

Доверие профессионала к себе проявляется в способности личности выходить за пределы себя, своего опыта или конкретной ситуации, не вступая в противоречие с собой (Коляну, 2004). Соотношение степени выхода за пределы собственного опыта и содержания определенных личностных смыслов и ценностей обеспечивает целостность, стабильность личности, с одной стороны, и ее саморазвитие, и самореализацию, с другой, что проявляется в поступках. Если предполагаемая работа противоречит внутреннему «Я» личности или системе ее внутренних семантических образований, она вступает в противоречие, для решения которого существует несколько способов (Лабунская, 2007):

- отказ от деятельности, поступка;

- принятие решения совершить поступок с использованием любого способа психологической защиты, что выглядит как самообман;
- изменение меры доверия к себе посредством признания самому себе в своей неправоте или самораскрытия самому себе.

Согласно проведенному анализу, профессия фельдшера скорой медицинской помощи относится к помогающим профессиям социономического типа. Такой труд подразумевает постоянное взаимодействие как с пациентом и его окружением, так и с группой экспертов. Сложность объективной оценки труда фельдшера, а также неопределенность и риск, сопровождающие деятельность медицинского работника, накладывают на него не только юридическую, но и повышенную моральную ответственность за результат. Качественное выполнение деятельности медицинского работника сопряжено с умением использовать адекватную сложившейся ситуации стратегию поведения, включающую необходимость выбора и осознание ответственности за последствия принимаемого решения, особенно в ситуациях, предполагающих рискованное, но ответственное поведение. Данные условия актуализируют доверие профессионала к себе, позволяющее обеспечивать качественное выполнение деятельности в помогающих профессиях

По результатам теоретического анализа можно сформулировать следующие выводы:

В рамках междисциплинарного анализа феномен доверия представляется в форме морально-нравственного отношения, выраженного в уважительном поведении одного человека по отношению к другому и к себе. Доверие определяет активность человека в сомнительных ситуациях, позволяя авансировать себе их разрешение, регулирует межличностные отношения, представляя их в форме взаимобмена, взаимовыгодного сотрудничества, раскрывая социальную сущность доверия, специфика которого определяется культурными ценностями и нормами.

Доверие к себе как базовое свойство личности представляется стержневым ценностным образованием, являющимся ключевым элементом психологического

благополучия и обеспечивающим сохранение и поддержание целостности личности по отношению к себе и к миру. Данное образование представлено в форме уверенности во взаимной надежности и безопасности окружающего мира и себя, что проявляется в готовности взаимодействовать.

Ролевое доверие к себе рассматривается сквозь призму профессионального становления как отношение к собственной компетентности и самооффективности, позволяющее полагаться на себя при разрешении профессиональной ситуации.

Доверие профессионала к себе выступает психологическим конструктом. Он включает в себя, во-первых, личностное (базовое) доверие к себе как форму самоотношения, во-вторых, ролевое доверие к себе в форме готовности полагаться на себя при выполнении профессиональной роли, сопровождающееся принятием ответственности и чувством самооффективности.

Профессия фельдшера скорой медицинской помощи сопряжена с постоянным межличностным взаимодействием и сопровождается дефицитом, избытком или искажением информации, дефицитом времени и необходимостью делать выбор стратегии поведения сообразно ситуации.

ГЛАВА 2. МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ДОВЕРИЯ ПРОФЕССИОНАЛА К СЕБЕ НА ПРИМЕРЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

2. 1. Информационно-аналитическая профессиограмма фельдшера

История и перспектива развития профессии

Профессия фельдшер («полевой брадобрей, цирюльник, хирург») появилась в Средние века в Германии. Тогда так называли человека, оказывающего медицинскую помощь на поле сражения во время войн. Фельдшер, по определению из толкового словаря С. И. Ожегова, — это помощник врача, лицо со средним медицинским образованием, осуществляющее лечебную и санитарно-профилактическую помощь. Он является помощником врача и работает под его наблюдением, но в определенных условиях фельдшер имеет право самостоятельно обслуживать больных и оказывать им доврачебную помощь.

Фельдшер работает в лечебно-профилактических, в фельдшерско-акушерских и здравпунктах, бригадах скорой медицинской помощи, лабораториях, санитарно-противоэпидемиологических медицинских учреждениях. Выделяют несколько видов специализаций фельдшеров: фельдшер скорой помощи, фельдшер ФАП, фельдшер-лаборант, помощник санитарного врача и другие.

В Общероссийском классификаторе специальностей по образованию у фельдшера есть всего две специальности:

Специальность	Код специальности	Квалификация	Объект профессиональной деятельности
«Лечебное дело» на базе среднего общего образования по программе углубленной подготовки	060101	Фельдшер	Пациент
Медико-профилактическое дело	060104	Санитарный фельдшер	Биологический материал

В нашей работе рассматривается профессия «фельдшер скорой медицинской помощи».

На должность фельдшера бригады скорой медицинской помощи назначается специалист со средним медицинским образованием по специальности «Лечебное дело», имеющий соответствующий сертификат «Скорая и неотложная помощь».

Впервые скорая помощь как самостоятельное учреждение появилась в 1781 году в Вене. Вскоре, подобно венской, появились станции в Берлине, Лондоне. Их деятельность была настолько полезной и необходимой, что за короткий период в целом ряде городов стали возникать подобные станции. 28 апреля 1898 года в Москве при Сушевском и Сретенском полицейских участках были открыты две первые станции скорой помощи. На каждой станции было по одной карете. Выезжали на них врач, фельдшер и санитар. Каждая карета была оснащена укладкой с медикаментами, инструментарием и перевязочным материалом (<http://www.mos.ru/>). С этого момента началось эволюционирование профессии фельдшер от помощника врача к ответственному исполнителю всей работы в составе фельдшерской бригады.

Социальная ценность результатов труда

Вся деятельность медицинских работников посвящена людям, борьбе за их здоровье и долголетие.

Объект, предмет, цель, средства и результат труда

Объектом труда является человек (пациент, больной).

Предмет труда — заболевание (механизмы и закономерности заражения и протекания болезни) или физиологическое состояние (беременность).

Цель деятельности фельдшера — оказание круглосуточной доврачебной медицинской помощи взрослому и детскому населению при состояниях, угрожающих здоровью жизни граждан или окружающих лиц, вызванных внезапными заболеваниями, обострением хронических заболеваний, несчастными случаями, травмами и отравлениями, осложнениями беременности и при родах, как на месте происшествия, так и в пути следования в стационар (Приказ

Минздрава РФ от 26.03.1999 N 100 "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации").

Средства труда. В своей работе фельдшер использует ручные средства труда — иглы, шприцы, скальпель, ножницы и др., механические (прибор для определения артериального давления, весы и др.), электрические (ультразвуковые установки, прибор для снятия электрокардиограммы). А также функциональные средства — аналитическое мышление, долговременная логическая и сенсорная память, произвольное внимание; хорошая общая координация движений всего тела, зрительно-моторная координация, развитая мелкая моторика рук, грамотная доступная речь, а также органы чувств — зрение, слух, обоняние, осязание. Поскольку основным средством труда является сам человек, его личностные свойства и способности, то овладение средствами деятельности сопряжено с развитием собственных качеств и их эффективного, целесообразного использования.

Условия труда. Условия деятельности, согласно Е. А. Климову, связаны с повышенной моральной ответственностью (Климов, 2004). Это следствие особой роли, отводимой профессионалам такого типа в обществе — роли, включающей в себя этические и моральные требования к личностным особенностям профессионала.

Продукт труда — спасение жизни и сохранение здоровья граждан. Продукт труда практически невозможно оценить объективно, более того, он может быть в разное время оценен прямо противоположным образом.

Область профессиональной деятельности фельдшера

Область профессиональной деятельности: лечебно-диагностическая, помощь населению в системе первичной медицинской помощи. Информация о формальных характеристиках профессиональной деятельности представлена согласно Приказу Министерства образования и науки российской федерации от 28 октября 2009 г. № 472 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060101 Лечебное дело.

Формальные характеристики профессиональной деятельности фельдшера

Требования к деятельности включают в себя следующее:

- Оказание лечебно-профилактической помощи, первой неотложной медицинской помощи;
- Проведение лабораторных исследований;
- Проведение диагностики типичных случаев наиболее часто встречающихся заболеваний и назначение лечения;
- Оказание медицинской помощи при беременности и родах;
- Осуществление текущего санитарного надзора, организация и проведение противоэпидемических мероприятий;
- Проведение санитарно-просветительной работы и пропаганды здорового образа жизни среди населения.

Для выполнения формальных требований фельдшер должен обладать как общими компетенциями, так профессиональными компетенциями, представленными в таблице 3.

Таблица 3

Общих и профессиональных компетенции в профессии фельдшера скорой медицинской помощи

Общие компетенции	Профессиональные компетенции
Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес;	Диагностическая деятельность: Планирование обследований пациентов различных возрастных групп; Проведение диагностических исследований; Проведение диагностики острых и хронических заболеваний; Проведение диагностики беременности; Проведение диагностики комплексного состояния здоровья ребенка; Проведение диагностики смерти;
Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их	Лечебная деятельность: Определение программы лечения пациентов различных возрастных групп; Определение тактики ведения пациента; Выполнение лечебных вмешательств;

<p>эффективность и качество;</p>	<p>Проведение контроля эффективности лечения; Осуществление контроля состояния пациента; Организация специализированного сестринского ухода за пациентом; Организация оказания психологической помощи пациенту и его окружению; Оформление медицинской документации.</p>
<p>Принимать решения в типичных и нетипичных ситуациях и нести за них ответственность;</p>	<p>Неотложная медицинская помощь на догоспитальном этапе: Проведение диагностики неотложных состояний; Определение тактики ведения пациента; Выполнение лечебных вмешательств по оказанию медицинской помощи на догоспитальном этапе; Проведение контроля эффективности проводимых мероприятий; Осуществление контроля состояния пациента; Определение показаний к медицинской эвакуации и проведение транспортировки пациента в стационар; Оформление медицинской документации; Организация и оказание неотложной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях</p>
<p>Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития;</p>	<p>Профилактическая деятельность: Проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий; Проведение санитарно-гигиенического просвещения населения; Проведение иммунопрофилактики; Проведение мероприятий по сохранению и укреплению здоровья различных возрастных групп населения;</p>
<p>Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности</p>	<p>Медико-социальная деятельность: Осуществление медицинской реабилитации пациентов с различными патологиями; Проведение психосоциальной реабилитации; Осуществление паллиативной помощи;</p>
<p>Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями</p>	<p>Организационно-аналитическая деятельность: Рациональная организация деятельности с соблюдением психологических и этических</p>

	<p>аспектов работы в команде; Ведение медицинской документации; Организация и контроль выполнения требований противопожарной безопасности, техники безопасности и охраны труда; Повышение профессиональной квалификации и внедрение новых современных форм работы; Организация и оказание неотложной медицинской помощи пострадавшим в чрезвычайных ситуациях.</p>
<p>Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий;</p>	
<p>Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации;</p>	
<p>Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности;</p>	
<p>Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия;</p>	
<p>Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку;</p>	
<p>Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности</p>	
<p>Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для</p>	

укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей;	
---------------------------------------------------------------------	--

Престижность профессии

По оценке министра здравоохранения РФ В. Скворцовой, профессия фельдшера снова стала престижной (Сайт Министерства здравоохранения, 2017).

Место в мире профессий (формула профессии)

Согласно классификации профессий, предложенной Е. А. Климовым (Климов, 2004), профессия «фельдшер скорой помощи» относится к системе «человек-человек», то есть к группе профессий социономического типа, характеризующихся главным образом, по мнению А. К. Осницкого, преобладанием субъект-объект-субъектных взаимодействий, специфика которых делает деятельность личностной, т. е. неотчуждаемой от деятеля (Осницкий, 1996). По признакам целей она может относиться как к преобразующей, так и к изыскательной профессии. Профессия фельдшера связана с преобладанием функциональных средств труда (разделение профессий по признаку основных орудий и средств труда). Условия труда фельдшера связаны с его постоянным передвижением, круглосуточной (полусуточной) работой в любых условиях. Кроме этого, деятельность связана с моральной ответственностью за здоровье пациентов. Используя условные литеры, употребляемые в классификации Е. А. Климова, была составлена следующая формула профессии фельдшера **Ч; П/И; Ф; М.**

Обзорная характеристика профессиональной деятельности

Профессиональные задачи и методы работы

Деятельность фельдшера разворачивается в профессиональной ситуации, субъективное видение которой обеспечивает постановку фельдшером профессиональных задач, выбор адекватных им профессиональных действий и тактик взаимодействия.

Под профессиональной ситуацией мы понимаем ситуацию оказания медицинской помощи, которая является сложным циклическим процессом,

включающим в себя: сбор жалоб и анамнеза, постановку диагноза, выбор стратегии и тактики лечения, проведение лечебной манипуляции и решения вопроса о медицинской эвакуации. На каждом этапе развития ситуации участвует пациент и/или его окружение (родственники, друзья, соседи и др.). Полученная от больного или его окружения информация зачастую влияет на эффективность процесса лечения. В рамках исследования рассматриваются типичные ситуации (лечебно-тактические действия которых прописаны в алгоритмах оказания помощи) и нетипичные ситуации — это ситуации, не имеющие четко прописанного алгоритма действий.

Напряженность труда

Труд фельдшера сопряжен с высокой эмоциональной, моральной, умственной и физической напряженностью труда.

Основные виды профессиональной вредности

Фельдшер работает в постоянном контакте с людьми, в одно- или двухсменном режиме, возможны круглосуточные дежурства, работа в праздничные и выходные дни. Фельдшер часто находится в разъездах. Труд сопряжен со значительными физическими нагрузками, нервными стрессами (необходимость оказания экстренной помощи, правильной постановки диагноза, работа с людьми, находящимися в различном психическом состоянии), в режиме постоянной готовности к действиям и повышенной ответственности, также имеется опасность заражения инфекционными заболеваниями, получения травмы, смерти.

Форма труда и взаимодействие с другими специалистами

Преобладающая форма труда фельдшера — бригадная. Однако нередки случаи, когда фельдшер работает в неукomплектованных бригадах, т. е. по одному. В процессе деятельности он сотрудничает с группой экспертов (администрация, оперативный отдел, врачи спецбригад, консультационный пулт).

Обзорная характеристика условий труда

Микроклиматические условия труда

Условия труда фельдшера связаны с его постоянным передвижением, круглосуточной (полусуточной) работой в любых условиях. Кроме этого, деятельность связана с ответственностью за здоровье пациентов.

Режим труда

Продолжительность рабочей недели фельдшера на ставку в среднем составляет 40 часов, а количество рабочих дней — 2–4. Средняя продолжительность рабочего дня фельдшера — от 12 до 24 часов.

Формы оплаты труда и поощрения

Основную часть оплаты труда составляет оклад и стимулирующие надбавки. Также существует премирование по результатам труда.

Для более полного понимания профессиональной деятельности была составлена аналитическая профессиограмма представленная в таблице 4. В ней рассматривается связь объективных характеристик и психологических характеристик, предъявляемых профессией (специальностью) к психологическим качествам человека (Иванова, 2011).

Аналитическая профессиограмма фельдшера ВБ СМП

Объективные характеристики			Психологические характеристики		
Функционирование	Действия	Ситуации правильного исхода	Цель (представление о способе достижения и результате)	Психологические действия	Проявляющиеся психологические процессы и свойства
Диагностическая	<ul style="list-style-type: none"> — Сбор анамнеза, — Инструментальная и аппаратная диагностика, — Лабораторная экспресс-диагностика (анализ крови на сахар), — Дифференциальная диагностика патологии, — Постановка диагноза (выделение ведущего симптомокомплекса), — Определение необходимого объема неотложной помощи и тактических мероприятий 	<ul style="list-style-type: none"> — Формулирование диагноза исходя из клинических данных, — Определение ведущего симптомокомплекса, — Определение полного объема неотложной помощи и тактических мероприятий в зависимости от поставленного диагноза и ведущего симптомокомплекса, согласно нормативным документам 	<ul style="list-style-type: none"> — Построение логики анализа клинической ситуации, — Сопоставление симптомов с предполагаемым диагнозом, — Прогнозирование динамики состояния, — Получение информации, — Определение необходимого объема помощи 	<ul style="list-style-type: none"> — Перцептивные, — Когнитивные, — Мнемические, — Коммуникативные, — Волевые, — Речевые 	<ul style="list-style-type: none"> — Мышление репродуктивное, наглядно-образное, словесно-логическое, — Восприятие зрительное, слуховое, — Внимание устойчивое, — Память долговременная, оперативная, — Эмоциональная устойчивость, — Общение: речь, — Эмпатия, — Наблюдательность, — Способность прогнозировать исход событий с учетом их вероятности

Лечебная	<ul style="list-style-type: none"> — Оказание экстренной и неотложной медицинской помощи согласно поставленному диагнозу или выделенному ведущему симптомокомплексу — Подготовка и использование лечебной аппаратуры 	<ul style="list-style-type: none"> — Устранение или стабилизация развившихся нарушений функций жизненно-важных органов, — Предупреждение возможных опасных для жизни осложнений, — Оказание полного объема помощи согласно нормативным документам 	<ul style="list-style-type: none"> — Оказание необходимого объема помощи, — Сопоставление и оценка динамики состояния, — Контроль, — Информирование 	<ul style="list-style-type: none"> — Перцептивные, — Когнитивные, — Коммуникативные, — Волевые, — Речевые 	<ul style="list-style-type: none"> — Мышление репродуктивное, наглядно-образное, словесно-логическое, — Восприятие зрительное, слуховое, — Согласованность движений с процессами восприятия, — Внимание устойчивое, — Память долговременная, оперативная, — Эмоциональная устойчивость, — Общение: речь, — Точность и координация рабочих движений, — Наблюдательность
-----------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Воспитательно-образовательная	<ul style="list-style-type: none"> — Внесение предложений по совершенствованию организации и оказания СМП, улучшению условий труда медицинского персонала, — Повышение квалификации по специальности, — Прохождение аттестации и переаттестации, — Участие в работе медицинских конференций, совещаний, семинаров, лекций, проводимых администрацией учреждения, — Анализ диагностических и тактических ошибок, их профилактика, — Сопровождение молодых специалистов 	<ul style="list-style-type: none"> — Повышение квалификации по специальности не реже одного раза в 5 лет, — Постоянное самосовершенствование, — Прохождение в установленном порядке аттестации и переаттестации, — Участие в совершенствовании организации оказания СМП, — Снижение количества диагностических и тактических ошибок 	<ul style="list-style-type: none"> — Анализ причин лечебно-тактических ошибок, — Исполнение должностных обязанностей, — Получение информации, — Предложение своих рекомендаций по совершенствованию организации оказания СМП 	<ul style="list-style-type: none"> — Перцептивные, — Когнитивные, — Коммуникативные, — Речевые 	<ul style="list-style-type: none"> — Умение четко, ясно формулировать при сжатом изложении мысли, — Умение связно и логично излагать свои мысли в развернутой форме, — Умение слушать, слышать и понимать другого человека, — Четкость и грамотность письменной речи, — Общение: речь, — Уважение к человеку как личности,
Организационно-управленческая	<ul style="list-style-type: none"> — Соблюдение правил профессиональной этики и деонтологии при общении с пациентами и при решении профессиональных задач, — Использование 	<ul style="list-style-type: none"> — Грамотная организация помощи и планирование тактики фельдшера на ДГЭ, учитывая особенности организации и принципы оказания СМП, — Правильное 	<ul style="list-style-type: none"> — Сопоставление прошлых действий с полученным результатом, — Оценка эффективности выполненной работы, 	<ul style="list-style-type: none"> — Перцептивные, — Когнитивные, — Коммуникативные, — Волевые 	<ul style="list-style-type: none"> — Эмоциональная устойчивость, — Уравновешенность, самообладание вне зависимости от ситуации, — Наблюдение за большим количеством переменных

<p>Орган изаци онно- управ ленчес кая</p>	<p>нормативно-правовых документов, регулирующих профессиональную деятельность, — Ведение учетной и отчетной медицинской документации, — Соблюдение прав пациента, — Информирование администрации станции скорой медицинской помощи обо всех чрезвычайных происшествиях, возникших в период выполнения вызова, — Оказание межведомственного взаимодействия (полиция, спасатели и др.), — Обеспечение хранения, использования и списания лекарственных препаратов (в т. ч. наркотических и сильнодействующих средств), — Организация работы в криминальных, чрезвычайных и</p>	<p>заполнение учетной и отчетной медицинской документации, — Соблюдение техники безопасности при использовании медицинской аппаратуры и средств связи, — Обеспечение взаимодействия с приемными покоями стационаров, поликлиниками, экстренными службами и полицией, — Правильное хранение, использование и списание лекарственных препаратов, — Организация медицинской эвакуации в профильные медицинские учреждения</p>	<p>— Выбор оптимального лечебно-тактического решения и стратегии поведения — Информирование об изменениях, — Получение информации, — Исполнение приказов, алгоритмов, — Прогнозирование развития ситуации, — Организация труда, — Обеспечение исполнения требований деятельности, — Контроль над исполнением.</p>		<p>одновременно, — Волевая мобилизация, сохранение собранности в условиях, стимулирующих возбуждение, — Самоконтроль эмоций и поведения, — Способность брать на себя ответственность в сложных ситуациях, — Умение слушать, слышать и понимать другого человека, — Четкость и грамотность письменной речи, — Умение связно, внятно и логично излагать свои мысли в развернутой форме, — Уважение к человеку как личности, — Способность принимать правильное решение при недостатке необходимой информации или отсутствии времени на ее осмысливание</p>
----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Организационно-управленческая</p>	<p>социально-опасных ситуациях, при авариях и катастрофах с большим количеством пострадавших, — Организация работы в случаях отказа от госпитализации / осмотра больных с опасными для жизни заболеваниями и состояниями, — Организация приема и обработки вызова с использованием современных технических средств, — Соблюдение техники безопасности при использовании медицинской аппаратуры, — Организация взаимодействия с оперативным отделом (старшим врачом, диспетчером направления, приемными покоем стационаров), — Обеспечение преемственности в наблюдении и лечении через поликлиническую</p>				
---------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--	--

	службу больных с неотложными состояниями, оставленными дома				
Профилактическая	<ul style="list-style-type: none"> — Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима, — Обеспечение инфекционной безопасности и экстренной профилактики профессионального заражения при контакте с особо опасными инфекциями, — Проведение санитарно-просветительной работы и пропаганды здорового образа жизни среди населения 	<ul style="list-style-type: none"> — Четкое выполнение приказов по соблюдению санитарно-эпидемиологического режима и инструкций при контакте с особо опасными инфекциями, — Пропаганда здорового образа жизни и иммунопрофилактики 	<ul style="list-style-type: none"> — Организация , — Контроль за выполнением приказов, — Оценка эффективности санитарно-просветительской работы, — Выбор оптимальной формы изложения информации, — Выполнение приказов, — Информирование пациента и его окружения. 	<ul style="list-style-type: none"> — Перцептивные, — Когнитивные, — Коммуникативные, — Речевые 	<ul style="list-style-type: none"> — Умение слушать, слышать и понимать другого человека, — Четкость и грамотность письменной речи, — Общение: речь, — Четкое формулирование при сжатом изложении мысли, — Умение связно, внятно и логично излагать свои мысли в развернутой форме, — Уважение к человеку как личности,

В труде фельдшера особую важность имеют волевые свойства и свойства работоспособности. Работа, сопровождающаяся постоянным дефицитом времени, требует способность быстро анализировать большой объем информации и делать правильные логические выводы за короткий промежуток времени. Наличие различных нестандартных ситуаций во время работы, требующих оперативного решения, предполагает нестандартность мышления и быстроту реакции.

Проведенный анализ позволяет говорить о том, что профессиональная деятельность фельдшера относится помогающим профессиям социономического типа, предъявляющим повышенные требования к качествам профессионала. Так согласно Е. А. Климову, особое внимание на себя обращает коммуникативная компетентность — умение говорить, умение слушать и слышать, понимание внутреннего состояния других людей. Способность выстраивать свое поведение, обращенное к другим людям, с моральными и юридическими нормами, рефлексия, эмоциональная устойчивость, быстрота принятия решений, организаторские способности (Климов, 2004). К. Роджерс указывает на необходимость быстрой переключаемости внимания (Роджерс, 1994).

Нежелательные профессиональные качества

В работах Е. А. Климова отмечаются профессионально нежелательные качества, такие как: замкнутость, равнодушие к людям, отсутствие признаков бескорыстного интереса к человеку (Климов, 2004).

2.2. Описание выборки и процедуры исследования

Эмпирическое исследование включало два этапа, которые были проведены в период 2012–2015 гг. Первый этап исследования проводился в Москве и Краснодаре на выборке из 197 человек в возрасте от 19 до 53 лет. Более подробная характеристика выборки представлена в таблице 5.

Цель исследования: апробация опросника Н. Б. Астаниной «Методика изучения доверия к себе».

Второй этап исследования проводился на выборке из 100 человек в возрасте от 22 до 51 года, состоящей из фельдшеров выездных бригад СМП, работающих в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи» имени А. С. Пучкова. Более подробная характеристика выборки представлена в таблице 5.

Цель исследования: изучение доверие профессионала к себе в выборе оптимальной стратегии поведения.

Таблица 5.

Характеристика выборки на разных этапах исследования

Этапы исследования	Кол-во респондентов	Характеристика выборки				
		Пол	Возраст			Профессия
			Среднее	SD	min-max	
Апробация методики	197	41 (м) 156 (ж)	33	9,01	19–53	Служащие, инженеры, преподаватели вузов, медицинские работники
Основное исследование	100	18 (м) 82 (ж)	32	7,83	22–51	Фельдшера СМП

2.3. Методики исследования

В данном исследовании был использован набор методик, представленный в таблице 6.

Таблица 6

Перечень используемых методик

Исследуемые показатели	Название методик
Личностные особенности	«Методика исследования самооотношения (МИС)» (Пантिलеев, 1993), Опросник «Шкала базисных убеждений (ШБУ)» (Падун, Котельникова, 2008)

Стилевые особенности поведения		Опросник «Диагностика уровня эмпатических способностей» (Бойко, 1996), Опросник «Стиль саморегуляции поведения» ССП-98 (Моросанова, 2004), Методика диагностики направленности личности в общении (НЛО) (Братченко, 1997)
Социальная ответственность		Опросник «Социальная ответственность» (Муздыбаев, 2010)
Ценностные представления		Шкала «суверенность ценностей» (СЦ) опросника «Суверенность психологического пространства» (СПП) (Нартова-Бочавер, 2005)
Доверие профессионала к себе	Ролевое доверие к себе	Полуструктурированное интервью, Экспертная оценка качества работы
	Личностное доверие к себе	Опросник «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной (Астанина, 2010)

Методика исследования самооотношения (МИС)

Для исследования индивидуально-личностных характеристик использовалась методика исследования самооотношения (МИС), разработанная С. Р. Пантилеевым (Пантилеев, 1993).

Испытуемому предъявлялся список вопросов, содержащий 110 пунктов и стандартный бланк ответов. Инструкция подразумевает две градации ответов: «согласен» — «не согласен», которые фиксируются испытуемым в соответствующих позициях бланка ответов. Методика содержит 9 шкал: «Открытость», «Самоуверенность», «Саморуководство», «Зеркальное Я», «Самоценность», «Самопринятие», «Самопривязанность», «Конфликтность», «Самообвинение». Значения подсчитываются с помощью специального ключа-трафарета, накладываемого на бланк. Полученные таким образом сырые баллы по специальной таблице переводятся в стандартные оценки — «стены».

Опросник «Шкала базисных убеждений (ШБУ)»

Опросник «Шкала базисных убеждений» (World Assumptions Scale) разработан американским психологом Ронни Янов-Бульманом (Ronnie Janoff-

Bulman) в 1989 году, в 2007 году адаптирован М. А. Падун, А. В. Котельниковой. Когнитивная модель мира, состоящая из имплицитных представлений индивида о ценности и значимости собственного «Я», а также способах взаимодействия с миром, операционализирована в русскоязычном варианте опросника набором из пяти следующих субшкал:

1-я субшкала — «Доброжелательность окружающего мира» — отражает убеждение человека в том, что окружающие люди в целом добры и достойны доверия.

2-я субшкала — «Справедливость» — отражает убежденность в том, что распределение событий, которые происходят с людьми, осуществляется по принципу справедливости, т. е. каждый получает то, что заслуживает.

3-я субшкала — «Образ "я"» — содержит представления индивида о себе, как о человеке достойном любви и уважения.

4-я субшкала — «Удача» — отражает убежденность в том, что данный индивид — удачливый и везучий человек.

5-я субшкала — «Убеждения о контроле» — отражает убежденность человека в том, что он может контролировать свою жизнь и происходящие в ней события.

Обработка результатов. Подсчитывается число правильных ответов (соответствующих «ключу») по каждой шкале. Оценки на каждой шкале могут варьироваться от 1 до 6 (Падун, Котельникова, 2008).

Диагностики уровня эмпатических способностей

Опросник «Диагностики уровня эмпатических способностей» разработан В. В. Бойко в 1996 году, содержит 6 диагностических шкал эмпатии. В опроснике 36 утверждений, по каждому из которых испытуемый должен оценить, в какой мере он с ним согласен или не согласен, используя два варианта ответов: да или нет. Эмпатические способности анализируются по показателям отдельных шкал:

Рациональный канал — направленность внимания, восприятия и мышления эмпатирующего на сущность любого другого человека — на его состояния, проблемы, поведение.

Эмоциональный канал — способность входить в эмоциональный резонанс с окружающими — сопереживать, соучаствовать

Интуитивный канал — способность «видеть» поведение партнеров, действовать в условиях дефицита исходной информации о них, опираясь на опыт, хранящийся в подсознании.

Установки, способствующие или препятствующие эмпатии, облегчают или затрудняют действие всех эмпатических каналов.

Проникающая способность позволяет создавать атмосферу открытости, доверительности, задушевности.

Идентификация — умение понять другого на основе сопереживаний, постановки себя на место партнера.

Обработка результатов. Подсчитывается число правильных ответов (соответствующих «ключу») по каждой шкале, а затем определяется суммарная оценка. Оценки на каждой шкале могут варьироваться от 0 до 6 баллов и указывают на значимость конкретного параметра в структуре эмпатии. Шкальные оценки выполняют вспомогательную роль в интерпретации основного показателя — уровня эмпатии. Суммарный показатель теоретически может изменяться в пределах от 0 до 36 баллов.

Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССП-98)

Опросник ССПМ был создан в 1988 году. Утверждения опросника построены на типичных жизненных ситуациях и не имеют непосредственной связи со спецификой какой-либо профессиональной или учебной деятельности. Опросник диагностирует стилевые особенности саморегуляции, устойчиво проявляющиеся в различных жизненных ситуациях, являющиеся основой формирования индивидуальных стилей в профессиональной деятельности. Опросник ССПМ состоит из 16 утверждений и работает как единая шкала «Общий уровень саморегуляции» (ОУ), которая характеризует уровень сформированности индивидуальной системы саморегуляции произвольной активности человека. Утверждения опросника входят в состав шести шкал (по 9 утверждений в каждой), выделенных в соответствии с основными регуляторными

процессами планирования (Пл), моделирования (М), программирования (Пр), оценки результатов (Ор), а также и регуляторно-личностными свойствами: гибкости (Г) и самостоятельности (С).

Шкала «Планирование» (Пл) характеризует индивидуальные особенности выдвижения и удержания целей, сформированность у человека осознанного планирования деятельности.

Шкала «Моделирование» (М) позволяет диагностировать индивидуальную развитость представлений о внешних и внутренних значимых условиях, степень их осознанности, детализированности и адекватности.

Шкала «Программирование» (Пр) диагностирует индивидуальную развитость осознанного программирования человеком своих действий.

Шкала «Оценивание результатов» (Ор) характеризует индивидуальную развитость и адекватность оценки испытуемым себя и результатов своей деятельности и поведения.

Шкала «Гибкость» (Г) диагностирует уровень сформированности регуляторной гибкости, то есть способности перестраивать, вносить коррективы в систему саморегуляции при изменении внешних и внутренних условий.

Шкала «Самостоятельность» (С) характеризует развитость регуляторной автономности.

Подсчитывается число правильных ответов (соответствующих «ключу») по каждой шкале, а затем определяется суммарная оценка.

Методика диагностики направленности в общении (НЛО)

Данная методика разработана отечественным психологом С. Л. Братченко и предназначена для диагностики глубинных коммуникативных установок личности в общении, ценностно-смысловых критериев отношений человека к другим людям. В основе методики лежит концепция диалога (М. М. Бахтин, А. У. Хараш и др.), на базе которой автором были выделены различные виды направленности личности в общении (Братченко, 1997).

Направленность личности в общении рассматривается автором методики как совокупность осознанных личностных смысловых установок и ценностных

ориентаций в области межличностного общения. Коммуникативная ориентация подразумевает определенное отношение к партнеру и, в то же время, определенный способ вовлечения его во взаимодействие. Данный способ проявляется в форме готовности воспринимать партнера. Можно говорить о существовании разных типов направленности человека в общении (Братченко, 1997) выделяет и описывает следующие шесть видов НЛЮ.

1. Диалогическая направленность (Д НЛЮ) — ориентация на равноправное общение, основанное на взаимном уважении и доверии, ориентация на взаимопонимание, взаимную открытость и коммуникативное сотрудничество, стремление ко взаимному самовыражению, развитию.

2. Авторитарная направленность (Ав НЛЮ) — ориентация на доминирование в общении, стремление подавить личность партнера, подчинить его себе.

3. Манипулятивная направленность (М НЛЮ) — ориентация на использование партнера и всего общения в собственных целях для получения разного рода выгоды, отношение к партнеру как к средству, объекту своих манипуляций.

4. Альтероцентристская направленность (Ал НЛЮ) — добровольная «центрация» на партнере, ориентация на его цели, потребности, чувства и т. п., бескорыстное жертвование своими собственными интересами и игнорирование своих целей.

5. Конформная направленность (К НЛЮ) — отказ от равноправия в общении в пользу партнера, ориентация на подчинение силе авторитета, на «объектную» позицию для себя, на некритическое согласие и избегание противодействия.

6. Индифферентная направленность (И НЛЮ) — доминирование ориентации на решение сугубо деловых вопросов, на деловую коммуникацию и предметное взаимодействие, «уход» от общения как такового.

Данная методика разработана автором в нескольких различных модификациях. Использованный вариант, названный автором «НЛЮ-А», характеризуется (приложении 3) отсутствием ответов, которые соответствуют

диалогической направленности личности в общении. Это связано с эффектом социальной желательности. Поэтому вместо Д-вариантов в опроснике оставлен шестой, «открытый» вариант ответа — для самостоятельной формулировки. Поскольку ответы никак не регламентированы, они должны рассматриваться как «проективный материал» и интерпретироваться исследователем на основе понимания видов коммуникативной направленности (Братченко, 1997).

Обработка полученных в исследовании данных начинается с подсчета баллов, набранных по каждой категории — виду НЛЮ. Для этого варианты ответов, выбранных испытуемым, «расшифровываются» при помощи «ключа» (приложение 3). За каждый ответ начисляется 1 балл в пользу соответствующей категории. Далее интерпретируются те ответы, которые были самостоятельно сформулированы респондентом. Для их оценки используются приведенные ранее описания видов направленности в общении. Каждому ответу на основе сопоставления с содержательными характеристиками видов НЛЮ дается качественная оценка и присваивается определенная категория: Д, Ав, М и т. д. категории или же ответу могут быть присвоены одновременно две категории. (Братченко, 1997).

Шкала социальной ответственности

Социальная ответственность как интегративное качество личности определяет поведение на основе осознания и принятия социальных норм и ценностей. Данная шкала была разработана К. Муздыбаевым. Шкала состоит из 12 суждений, пять взяты из шкалы социальной ответственности Л. Берковица и К. Луттермана, состоящей из 8 вопросов (Berkowitz & Lutterman, 1968). Расширение и изменения были связаны с необходимостью повысить валидность методики и приблизить индикаторы ответственности к культуре. Ответы даются по семибалльной шкале. Общий балл по шкале высчитывается путем сложения ответов. Величина шкалы колеблется от 12 до 84 (Муздыбаев, 2010).

Опросник «Суверенность психологического пространства» (СПП)

Диагностирует психологическую суверенность, определяемую С. К. Нартовой-Бочавер как способность человека контролировать, защищать и

развивать свое психологическое пространство, основанную на обобщенном опыте успешного автономного поведения (Нартова-Бочавер, 2005).

Опросник СПП является стандартизированным личностным тестом, который содержит 6 шкал, отражающих измерения психологического пространства: суверенность физического тела (СФТ), суверенность территории (СТ), суверенность вещей (СВ), суверенность привычек (СП), суверенность социальных связей (СС), суверенность ценностей (СЦ). Общий показатель суверенности подсчитывается путем сложения баллов.

Опросник «Методика изучения доверия к себе»

Методика разработана Н. Б. Астаниной с применением метода семантического дифференциала. Каждый пункт представлен двумя противоположными утверждениями, одно из которых предлагается выбрать и оценить с помощью биполярной градуированной оценочной семибалльной шкалы. Опросник состоит из 15 пунктов. Содержание текста опросника представлено в трех различных вариантах: в виде умозаключений, выводов, которые составляют содержание когнитивного компонента доверия к себе; в виде описания эмоциональных переживаний; в виде описания поведения в значимых ситуациях и ситуациях неопределенности (Астанина, 2010).

Автором приведена доказательная база о валидности и надежности предложенного опросника, обоснованы внутриличностные корреляты доверия к себе, такие как самоотношение, локус контроля, уровень самореализации личности, которые удовлетворяют требованиям к диагностическому инструментарию, необходимому для целей нашего исследования. Однако предложенный опросник был создан для изучения доверия к себе у подростков и респондентов юношеского возраста. Поэтому для проверки возможности использования опросника с согласия автора была проведена апробация методики на взрослой выборке. Данный опросник используется в исследовании для изучения личностного доверия к себе (Астанина, 2010).

Для выявления стратегий поведения в профессиональных ситуациях (типичных, нетипичных, взаимодействия группой экспертов и пациентом) было создано полуструктурированное интервью

Полуструктурированное интервью

Для анализа ролевого доверия к себе — отношения к себе как компетентному и надежному — была разработана анкета-интервью, включающая структурированные и неструктурированные вопросы (приложение 4). Анкета содержит вопросы, направленные на анализ понимания фельдшерами феномена доверия профессионала к себе и его необходимости в профессиональной деятельности, анализ поведения в различных профессиональных ситуациях, взаимодействия с группой экспертов и пациентами.

Для анализа понимания феномена доверия профессионала к себе были использованы следующие вопросы: «Для меня ”доверие профессионала к себе“ — это...» и «Доверие к себе как профессионалу позволяет мне в работе...».

Для анализа стратегий поведения при взаимодействии с пациентом был сформулирован следующий вопрос: «Перечислите действия, помогающие вам установить доверительные отношения с пациентом». Далее в форме незаконченных предложений предлагалось дописать свои действия: «Обычно я слежу за...», «Обычно мне важно, чтобы...», «Обычно я часто...», «Обычно я стараюсь...», «Практика показывает, что...».

Согласно профессиограмме было выделено два вида профессиональных ситуаций: типичная (подразумевает наличие алгоритмов оказания медицинской помощи) и нетипичная (ситуация, не имеющая четких алгоритмов оказания помощи). Для прояснения особенностей поведения в этих ситуациях в интервью были сформулированы следующие вопросы: «Перечислите алгоритмы ваших действий в типичной ситуации...» (представленной в алгоритмах оказания медицинской помощи) и «Перечислите алгоритмы ваших действий в нетипичной ситуации...» (не имеющей описания в алгоритмах оказания медицинской помощи). Данные вопросы направлены на описание стратегий профессионального поведения специалистов (Алдашева, Рунец, 2015).

Для анализа взаимодействия с группой экспертов был сформулирован следующий вопрос: «Для меня, как профессионала, обратиться за помощью к коллегам (начальству, другим специалистам узкого профиля из «центра») — это...». Под референтной группой понимаются специалисты узкого профиля, администрация, представители оперативного отдела (старший врач, диспетчер направления, диспетчер из отдела медицинской эвакуации и др.), которые могут оказать помощь в виде рекомендаций, инструкций и психологической поддержки и т. п. (Алдашева, Рунец, 2015).

Обработка анкетных данных проводилась методом контент-анализа высказываний в группах испытуемых, далее проводилась математическая и статистическая обработка полученных высказываний, делались качественные выводы. Подсчитывалось количество высказываний каждого типа в группе фельдшеров СМП с разным уровнем базового доверия к себе. Оценивалось отношение количества высказываний определенного типа к общему количеству ответов на каждый из вопросов (см. выше). Таким образом, высчитывалось процентное соотношение высказываний разных типов в группах фельдшеров с разным уровнем базового доверия к себе.

Оценка успешности деятельности

Оценка успешности деятельности проводилась с помощью протоколов объективной оценки качества труда и рассчитывалась согласно основаниям, утвержденным в коллективном договоре, регулирующем социально-трудовые отношения в Государственном бюджетном учреждении города Москвы «Станция скорой и неотложной медицинской помощи имени А. С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы, и заключаемом между работниками и работодателем в лице их представителей (ст. 40 ТК РФ). Критерий «качество работы» (коэффициент К4) включает следующие основания:

- Соблюдение правил внутреннего трудового распорядка, должностных инструкций (приход на работу, уход с работы и т. д.) — коэффициент от -2 до +2;
- Степень участия работника в улучшении деятельности подразделения и станции скорой помощи — коэффициент от 0 до +2;

— Наличие или отсутствие замечаний по лечебной работе: оценка тактики ведения больных, заполнение карт вызовов, описание статуса пациента, преемственность в работе с поликлиниками — оценочный коэффициент от -3 до +3 (Коллективный договор на период с 01 января 2013 г. по 31 декабря 2015 г.).

Коэффициент К-4 рассматривается в диапазоне от -5 до +7 баллов, индивидуальные значения складываются путем простого суммирования перечисленных критериев. Высокие оценки располагаются в диапазоне от 0 до +7, низкие — от -5 до 0.

В исследовании использовался анализ технологической и нормативно-правовой документации (коллективный договор, приказы станции скорой медицинской помощи им. А. С. Пучкова, алгоритмы оказания скорой медицинской помощи, образовательные стандарты и др.), применялся метод качественного и количественного анализа данных и интерпретационный метод.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета прикладных программ Statistica 6.0 с применением следующих критериев: статистический критерий Колмогорова–Смирнова, коэффициент б — Кронбаха, коэффициент ранговой корреляции Спирмена (r), критерий выявления различий U-критерий Манна-Уитни; критерий Н Краскела-Уоллиса; кластерный анализ методом древовидной кластеризации с предварительной процедурой стандартизации данных, а также метод контент-анализа.

2.4. Апробация опросника «методика изучения доверия к себе»

Н. Б. Астаниной

Исследование состояло из нескольких этапов и проводилось в Москве, Краснодаре. Испытуемыми были студенты, медицинские работники, студенты, преподаватели вузов, социальные работники в количестве 239 человек. Из них в основном исследовании приняли участие 197 человек (41 мужчина и 156 женщин, средний возраст — 33 года) и 42 человека (12 мужчин, 30 женщин, средний возраст — 28 лет) для проведения тест-ретеста. Работа выполнена при

финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда, грант № 15-06-10508.

Надежность методики

Надежность опросника «Методика изучения доверия к себе» подтверждена рассмотрением внутренней согласованности пунктов при помощи коэффициента альфа — Кронбаха. Значение коэффициента альфа=0,704 показывает достаточную внутреннюю согласованность опросника. Для проверки ретестовой надежности опросник был предложен для заполнения дважды с интервалом измерения в один месяц. Его заполнили 42 респондента (12 мужчин, 30 женщин, средний возраст — 28 лет) Показатель $r_s=0,706$ при уровне значимости $p<0,01$ свидетельствует об удовлетворительной ретестовой надежности.

Затем была проведена проверка на соответствие закону нормальности распределения, для этого применялись следующие критерии: критерий асимметрии и эксцесса, статистический критерий Колмогорова-Смирнова. Описательные статистики суммарного показателя опросника «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной приведены в таблице 7. Как видно из таблицы 7, Отрицательное значение эксцесса показателя опросника «Методика изучения доверия к себе» $E_x = -0,07$, показывает, что кривая распределения плосковершинная. Значение критерия асимметрии ($A_s = -0,24$), указывает на левостороннюю асимметрию.

Таблица 7

Описательные статистики суммарного показателя опросника «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной

Показатели	Значение
Среднее	69,36
Стандартная ошибка среднего	0,82
Медиана	70
Мода	67
Стандартное отклонение	11,50
Дисперсия	132,26

Асимметрия	-0,24
Стандартная ошибка асимметрии	0,17
Эксцесс	-0,07
Стандартная ошибка эксцесса	0,34
Размах	62
Минимум	36
Максимум	98

Для проверки статистической гипотезы о нормальности распределения применялся критерий Колмогорова-Смирнова. Коэффициент Z составил 0,81 при $p > 0,1$, полученные результаты позволяют предположить, что эмпирическое распределение, соответствует закону нормального распределения. Полученные результаты совпадают с данными, указанными автором опросника «Методика изучения доверия к себе» при апробации на подростковой выборке (Астанина, 2010).

Гендерные различия

Для выявления гендерных различий выборка была разделена по полу. Было выделено две группы: первая — 43 мужчины, вторая — 154 женщины. Характеристики гендерных групп представлены в таблице 8.

Таблица 8

Характеристики возрастных и гендерных групп по показателю опросника «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной

Показатель	Группы	N	Среднее	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка среднего
Доверие к себе	$\geq 33,00$	99	70,80	10,67	1,07
	$< 33,00$	98	67,86	12,18	1,23
	м	43	69,74	10,96	1,67
	ж	154	69,22	11,69	0,94

Возрастные различия

Для выявления возрастных различий выборка была разделена, согласно медианному значению, по возрасту — 33 года. Было выделено две группы: первая группа — 99 респондентов в возрасте от 20 до 33 лет и вторая группа более зрелого возраста — от 34 до 53 лет. Характеристики возрастных групп представлены в таблице 4.

Результаты оценки гендерных и возрастных различий по опроснику «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной представлены в таблице 9. Анализ показал, отсутствие различий в группах, разделенных по гендерному признаку. Обращает на себя внимание наличие тенденции к появлению различий в группах, разделенных по возрасту, что объясняется возрастной периодизацией.

Таблица 9

Оценка гендерных и возрастных различий по опроснику «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной

Группы	Критерий равенства дисперсий Ливиня		t-критерий равенства средних				
	F	Значимость	t	Степени свободы	p	Разность средних	Стандартная ошибка разности
По возрасту	1,23	0,27	1,80	195	0,07	2,94	1,63
По полу	0,28	0,59	0,26	195	0,79	0,52	1,99

Так, согласно периодизации, группу респондентов до 33 лет можно охарактеризовать как стремящуюся к профессиональному развитию. Деятельность в этот период сопровождается увеличением числа ситуаций неопределенности из-за отсутствия достаточного профессионального опыта (Климов, 2004). Поэтому профессиональным развитие сопровождается частой актуализацией доверия к себе как способа разрешения ситуации неопределенности. Вторая группа характеризуется высокой эффективностью и производительностью, наличием авторитетности, что указывает на накопление достаточного профессионального опыта, для передачи другим (Климов, 2004), вследствие чего снижается количество ситуаций неопределенности, а, следовательно, к снижению необходимости актуализации доверия к себе.

Валидность

Для изучения конструктивной валидности теста использовался метод перекрестной валидации, путем расчета коэффициентов корреляции между показателями опросника «Методика изучения доверия к себе» и показателями МИС (Пантилеев, 1993). Наличие связей между параметрами определялось с помощью коэффициентов ранговой корреляции Спирмена. Для проверки возможности описания доверия профессионала к себе посредством апробируемого опросника следующим шагом было разделение всей генеральной совокупности на четыре независимых группы согласно возрастной периодизации, предложенной В. Ф. Моргуном (Моргун, 1981). Специфика анализируемых групп описывалась на основе ведущей деятельности — этапов профессионализации специалистов. Характеристика групп приведена в таблице 10. Первая группа (20–23 года), в основном молодые специалисты, студенты, работники с небольшим стажем, характеризуется личностным и профессиональным самоопределением.

Таблица 10

Описательная характеристика возрастных групп по показателю опросника «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной

Группы	N	Среднее	Стандартное отклонение	Стандартная ошибка	95 %-й доверительный интервал для среднего	
					Нижняя граница	Верхняя граница
1	34	66,82	12,49	2,14	62,46	71,18
2	57	68,74	11,88	1,57	65,58	71,89
3	59	72,08	10,46	1,36	69,36	74,81
4	47	68,42	11,27	1,64	65,11	71,73
Итого	197	69,33	11,51	0,82	67,71	70,95

Вторая группа — 24–29 лет — специалисты со стажем работы 5–7 лет, ориентированы на профессиональное развитие и специализацию в выбранной профессии, и имеют представление о своем будущем.

Специалисты в возрасте от 30 до 40 лет (группа 3) характеризуются высокой эффективностью и производительностью, имеют богатый жизненный и профессиональный опыт.

Четвертая группа специалистов — 40–53 года — характеризуется профессиональным мастерством, достижением определенной позиции в обществе, стремлением передать свой жизненный и профессиональный опыт (Рунец, 2015).

Полученные данные, приведенные в таблице 11, свидетельствуют, что показатели доверия к себе во всех четырех группах значимо положительно коррелируют с показателем по шкале МИС «Самоуверенность», при этом теснота связей усиливается с ростом профессионализации и сохраняется на всех последующих этапах профессионального пути.

Таблица 11

Результаты корреляционного анализа показателя опросника «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной и шкал МИС

Шкалы МИС	Корреляции по Спирману.			
	Доверие к себе			
	1-я группа (20–23 года)	2-я группа (24–29 лет)	3-я группа (30–39 лет)	4-я группа (40–53 года)
Открытость	0,55	0,15	0,28	0,17
Самоуверенность	0,40*	0,48*	0,38**	0,46**
Саморуководство	0,27	0,32*	0,30*	0,19
Зеркальное «я»	-0,05	0,27	0,36*	0,006
Самоценность	0,47*	0,23	0,13	0,03
Самопринятие	-0,14	0,17	0,20	0,20
Самопривязанность	0,25	0,14	0,18	0,25
Конфликтность	-0,28	-0,38**	-0,88	-0,15
Самообвинение	-0,34*	-0,49**	-0,06	-0,44**

Примечание: «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); «*», корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя).

Эти результаты показывают, что в процессе профессионализации усиливается ощущение силы профессионального «Я», и доверяющий себе чувствует свою компетентность и способность решать жизненные проблемы. Препятствия на пути к достижению цели воспринимаются как преодолимые. Таким образом, можно предположить, что в процессе профессионализации доверие к себе проявляется в самоотношении к себе как к компетентному специалисту (Рунец, 2015).

В группах 2 и 3 доверие к себе положительно коррелирует с показателем по шкале МИС «Саморуководство». Так, наличие достоверной связи между показателями позволяет предположить, что доверяющие себе профессионалы имеют представление об источниках собственной активности, результатах, достижениях и развитии профессионального «Я». Наличие такой взаимосвязи логически объясняется тем, что в этих группах наиболее интенсивное стремление к профессиональной самореализации проявляется в эффективности и производительности; важным является накопление жизненного и профессионального опыта, позволяющего ощущать себя компетентным специалистом (Алдашева, Рунец, 2015).

Шкалы «Самоуверенность» и «Саморуководство» являются компонентами фактора «Самоуважение» в процедуре факторизации матриц интеркорреляций значений шкал МИС (Пантлеев, 1993), что позволяет нам говорить о том, что доверие профессионала к себе во многом определяется отношением личности к самой себе как профессионалу. Так, в условиях моделируемого эксперимента показано, что люди, склонные доверять себе, работают более эффективно в ситуациях неопределенности, в частности, в условиях выигрыша / проигрыша (Аллахвердов, 2010).

В 1-й, 2-й и 4-й группах показатель доверия к себе имеет отрицательные корреляции со шкалой «Самообвинение», что может говорить о внутренней устойчивости личности к неопределенности в любой сфере, в том числе и профессиональной. Усиление отрицательной взаимосвязи с ростом

профессионализации подтверждает программвысказанное предположение (Алдашева, Рунец, 2015).

Полученные данные различаются от результатов на подростковой и юношеской выборке, где доверие к себе значимо положительно коррелирует с показателем «Саморуководство», «Самоценность» и отрицательно коррелирует с показателем «Самообвинение» и «Внутренняя конфликтность» (Астанина, 2010). Анализируя связи, автор указывает на возрастные особенности респондентов и связывает полученные результаты с проявлением юношеского возраста, характеризующегося формированием мировоззрения, самостоятельности суждений, повышением требования к моральному облику человека, формированием самооценки, стремлением к саморуководству (Астанина, 2010).

Таким образом, в соответствии с задачей исследования нами был апробирован на взрослой выборке опросник «Методика изучения доверия к себе». Получены показатели конструктивной валидности, ретестовой надежности, внутренней согласованности, позволяющие говорить о том, что данный опросник может быть успешно применен на взрослой выборке при исследовании личностного доверия к себе как самоотношения.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ДОВЕРИЯ ПРОФЕССИОНАЛА К СЕБЕ В ПРОФЕССИИ ФЕЛЬДШЕРА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

3.1. Индивидуально-личностное своеобразие групп с разным уровнем личностного доверия к себе

Для достижения цели исследования респонденты были разделены на три группы по уровню личностного доверия к себе. Принцип деления на группы основывался на соответствии нормальности распределения полученных данных по опроснику «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной (Бодалев, 2000). Характеристики выборки по группам представлены в таблице 12.

Таблица 12

Характеристика групп с разным уровнем личностного доверия к себе

Группа	Кол-во человек	Стаж работы (M±SD)	Возраст (M±SD)
Высокий уровень личностного доверия к себе (от 75 и выше)	28	8,5 ± 5,34	33 ± 7,50
Средний уровень личностного доверия к себе (от 63 до 75)	46	9,2 ± 6,28	32,4 ± 7,83
Низкий уровень личностного доверия к себе (от 63 и ниже)	26	9 ± 7,11	31,6 ± 8,40

В первую группу вошли фельдшеры, имеющие относительно высокие показатели личностного доверия к себе (верхний квантиль от 75 баллов и выше): 28 человек – средний стаж – 8,5 лет, средний возраст – 33 года (группа Ф1); во вторую группу – фельдшеры, имеющие относительно средние показатели личностного доверия к себе (от 63 до 75 баллов), в нее вошли 46 человек, средний

стаж – 9,2 года, средний возраст 32,4 года (группа Ф2). В третью группу вошли фельдшеры, имеющие относительно низкие показатели личностного доверия к себе (нижний квантиль до 63 баллов): 26 человек – средний стаж 9 лет, средний возраст 31,6 года (группа Ф3). При сравнении групп с разным уровнем доверия к себе по стажу и возрасту различий не выявлено (приложение 5).

С целью доказательства эмпирической гипотезы, что группы профессионалов с разным уровнем личностного доверия к себе в помогающих профессиях социономического типа характеризуются психологическим своеобразием, были проведены корреляционный анализ с применением непараметрического критерия Спирмена, сравнительный анализ с применением U-критерия Манна – Уитни и критерия Н Краскела – Уоллиса.

В результате проведения корреляционного анализа получены множественные корреляционные взаимосвязи. Так, в группе с высоким уровнем личностного доверия к себе полученные взаимосвязи выстраиваются в корреляционную плеяду, представленную на рисунке 2, данные в таблице (приложение 6).

Одним из центральных звеньев выступает показатель «Самоценность» (МИС), что позволяет предположить, что в данной группе представление о собственной значимости и нужности другим людям является одним из системообразующих качеств, определяющим положительный характер самоотношения.

Сильная положительная взаимосвязь с другими показателями самоотношения, такими как: «Зеркальное Я» (МИС), ($r=0,71$, при $p<0,01$) и Самопривязанность (МИС) ($r=0,51$, при $p<0,01$), а также с показателем базовых убеждений «Образ Я» (ШБУ) ($r=0,58$, при $p<0,01$), позволяет говорить о сочетании элементов аутосимпатии и самоуважения, являющихся показателем позитивного самоотношения. Положительная взаимосвязь показателя «Общий уровень саморегуляции» (ССПМ) с показателями «Самоценность» (МИС) ($r=0,60$, при $p<0,01$), и «Зеркальное Я» (МИС) ($r=0,48$, при $p<0,01$) показывает, что развитию саморегуляции сопутствует формирование чувства собственного

достоинства и представление о своей способности вызывать чувство уважения со стороны других людей, что находит подтверждение в работах В. И. Моросановой и ее ученицы Е. А. Ароновой, посвященных изучению регулирующей роли личностной направленности и самосознания у старшеклассников (Моросанова, Аронова, 2007).

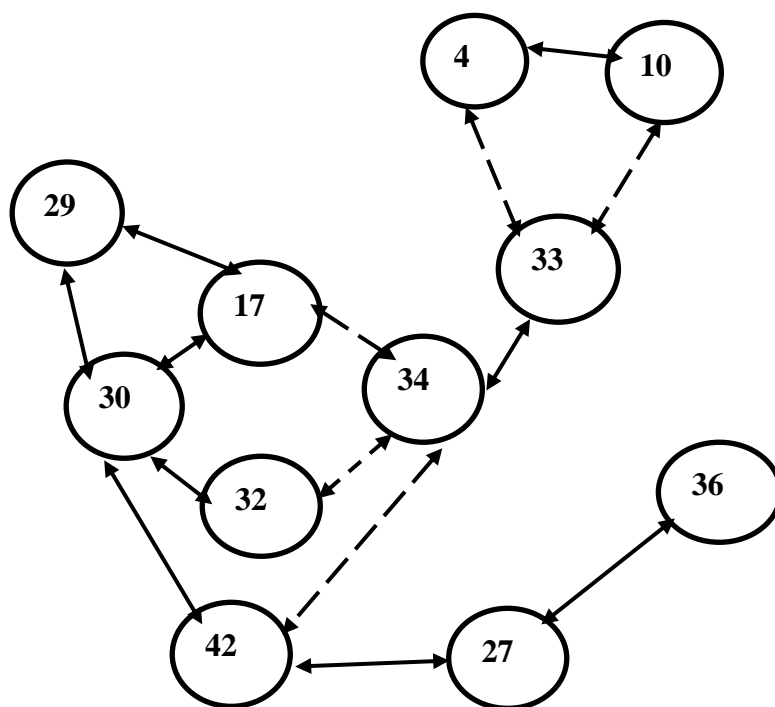


Рисунок 2. Взаимосвязь индивидуально-психологических характеристик фельдшеров с высоким уровнем личностного доверия к себе*.

Примечание: 4 – Образование; 10 – Манипулятивная направленность (НЛО); 17 – Общий уровень саморегуляции (ССПМ); 27 – Самоуверенность (МИС); 29 – Зеркальное Я (МИС); 30 – Самоценность (МИС); 32 – Самопривязанность (МИС); 33 – Внутренняя конфликтность (МИС); 34 – Самообвинение (МИС); 36 – Доверие к себе; 42 – Образ Я (ШБУ); — — — -отрицательная взаимосвязь; — — — - положительная взаимосвязь.

*-все взаимосвязи при $p < 0,01$.

Тесная положительная взаимосвязь с другими показателями самооотношения, такими как: «Зеркальное Я» (МИС), ($r=0,71$, при $p < 0,01$) и Самопривязанность (МИС) ($r=0,51$, при $p < 0,01$), а также с показателем базовых убеждений «Образ Я» (ШБУ) ($r=0,58$, при $p < 0,01$), позволяет говорить о сочетании элементов аутосимпатии и самоуважения, являющихся показателем позитивного самооотношения. Положительная взаимосвязь показателя «Общий уровень

саморегуляции» (ССПМ) с показателями «Самоценность» (МИС) ($r=0,60$, при $p<0,01$), и «Зеркальное Я» (МИС) ($r=0,48$, при $p<0,01$) показывает, что развитию саморегуляции сопутствует формирование чувства собственного достоинства и представление о своей способности вызывать чувство уважения со стороны других людей, что находит подтверждение в работах В. И. Моросановой и ее ученицы Е. А. Ароновой, посвященных изучению регулирующей роли личностной направленности и самосознания у старшеклассников (Моросанова, Аронова, 2007).

Наличие положительной взаимосвязи показателя «Образ Я» (ШБУ) с показателем «Самоуверенность» (МИС) ($r=0,51$ при $p<0,01$) и положительной взаимосвязи показателей «Самоуверенность» (МИС) и «Доверие к себе» ($r=0,64$ при $p<0,01$) позволяет говорить, что высокое личностное доверие к себе усиливает самоуважение у представителей данной группы.

Другим центральным звеном данной плеяды выступает показатель «Самообвинение» (МИС), имеющий положительную взаимосвязь с показателем «Внутренняя конфликтность» (МИС) ($r=0,49$ при $p<0,01$); эти два показателя, согласно работам С. Р. Пантилеева, рассматриваются как составляющие фактора «Самоуничужение» (Пантилеев, 1993) и, вероятно, указывают на наличие негативной эмоциональной окраски. Однако наличие отрицательных связей данного фактора с показателем «Самопривязанность» (МИС) ($r= -0,48$ при $p<0,01$), показателем базовых убеждений «Образ Я» (ШБУ) ($r= -0,48$ при $p<0,01$) и показателем саморегуляции «Общий уровень саморегуляции» (ССПМ) ($r=0,49$ при $p<0,01$) можно рассматривать, согласно С. Л. Пантилееву, как механизм «самоподдержания», в форме защиты «Я» от отрицательных эмоций и поддержания общего самоуважения на относительно постоянном уровне (Пантилеев, 1993), что, вероятно, свидетельствует о сбалансированности самоотношения у представителей данной группы. Рост внутренней конфликтности и сомнения в группе с высоким уровнем личностного доверия к себе может компенсироваться высоким уровнем образования и ориентированностью в общении на достижение собственных целей, о чем

свидетельствуют отрицательные взаимосвязи показателя «Внутренняя конфликтность» (МИС) с показателями «Манипулятивная направленность» (НЛО) ($r=-0,62$ при $p<0,01$) и «Образование» ($r=-0,67$ при $p<0,01$).

В группе с высоким уровнем личностного доверия к себе было выявлено два системообразующих компонента, которые отражают противоположные полюса одного конструкта и могут трактоваться как «механизм самоподдержания» (Пантлеев, 1991; Столин, 1983), позволяющий добиться относительно постоянного уровня самоуважения путем «блокировки антипатии к себе», усиливающийся сформированной индивидуальной системой, осознанной саморегуляции, позволяющей компенсировать влияние негативного отношения свой адрес (Моросанова, 2004). Наличие в корреляционной плеяде большого количества показателей, отражающих самоотношение, позволяет предположить, что представители данной группы ориентированы на саморазвитие и самореализацию, что соотносится с результатами в работе Е. А. Ничипорюк, посвященной рассмотрению доверия к себе как условие профессиональной самореализации воспитателей дошкольных образовательных организаций (Ничипорюк, 2014).

В группе фельдшеров со средним уровнем личностного доверия к себе обнаружены множественные корреляционные взаимосвязи, которые выстраиваются в корреляционную плеяду, представленную на рисунке 3, данные приведены в приложении 7.

Системообразующая структура состоит из положительных взаимосвязей показателей «Доброжелательность мира» (ШБУ), «Альтероцентрическая направленность» (НЛО) и «Социальная ответственность» (К. К. Муздыбаев), что может характеризовать ее как открытую к взаимодействию, принятию ответственности и стремлению оказать помощь и поддержку.

Так, сильная положительная взаимосвязь между показателями «Доброжелательность мира» (ШБУ) и «Альтероцентрическая направленность» (НЛО) ($r=0,77$ при $p<0,01$) может свидетельствовать, что высокий уровень убежденности в безопасности и доброжелательности мира сопряжен со

стремлением бескорыстно помогать другому. Высокий уровень альтруизма, в свою очередь, взаимосвязан с высоким уровнем социальной ответственности, о чем свидетельствует наличие положительной корреляции между показателем «Альтероцентристская направленность» (НЛО) и показателем «Социальная ответственность» (К. К. Муздыбаев) ($r=0,39$ при $p<0,01$). Высокий уровень социальной ответственности и отношение к себе как способному управлять и контролировать деятельность и общение могут подкрепляться развитой индивидуальной системой осознанной саморегуляции, о чем свидетельствует наличие положительных взаимосвязей между показателем «Общий уровень саморегуляции» (ССПМ) и показателями «Социальная ответственность» ($r=0,44$ при $p<0,01$) и «Саморуководство» (МИС) ($r=0,51$ при $p<0,01$).

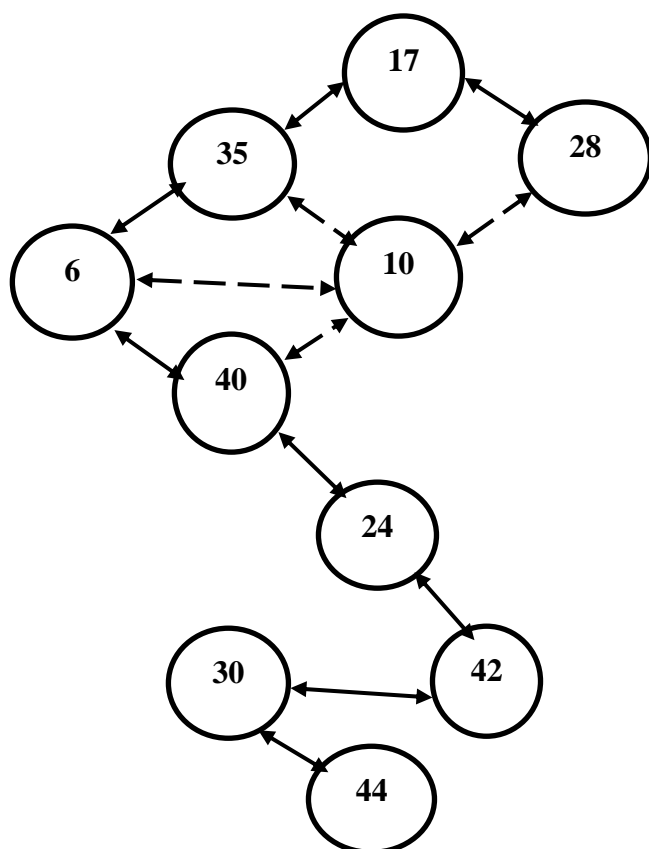


Рисунок 3. Взаимосвязь индивидуально - психологических характеристик фельдшеров со средним уровнем личностного доверия к себе*.

Примечание: 6 – Альтероцентристская направленность (НЛО); 10 – Манипулятивная направленность (НЛО); 17 – Общий уровень саморегуляции (ССПМ); 24 – Общая эмпатия (ДЭС); 28 – Саморуководство (МИС); 30 – Самоценность (МИС); 35 – Социальная

ответственность; 36 – Доверие к себе; 38 – Суверенность ценностей (СПП); 40 – Доброжелательность мира (ШБУ); 42 – Образ Я (ШБУ); 44 – Убеждение о контроле (ШБУ); — — ' – отрицательная взаимосвязь; — — – положительная взаимосвязь. — — – $p < 0,01$; * $p < 0,01$;

Так, сильная положительная взаимосвязь между показателями «Доброжелательность мира» (ШБУ) и «Альтероцентристская направленность» (НЛО) ($r=0,77$ при $p < 0,01$) может свидетельствовать, что высокий уровень убежденности в безопасности и доброжелательности мира сопряжен со стремлением бескорыстно помогать другому. Высокий уровень альтруизма, в свою очередь, взаимосвязан с высоким уровнем социальной ответственности, о чем свидетельствует наличие положительной корреляции между показателем «Альтероцентристская направленность» (НЛО) и показателем «Социальная ответственность» (К. К. Муздыбаев) ($r=0,39$ при $p < 0,01$). Высокий уровень социальной ответственности и отношение к себе как способному управлять и контролировать деятельность и общение могут подкрепляться развитой индивидуальной системой осознанной саморегуляции, о чем свидетельствует наличие положительных взаимосвязей между показателем «Общий уровень саморегуляции» (ССПМ) и показателями «Социальная ответственность» ($r=0,44$ при $p < 0,01$) и «Саморуководство» (МИС) ($r=0,51$ при $p < 0,01$).

Положительная взаимосвязь показателя «Доброжелательность мира» (ШБУ) и показателя «Уровень эмпатии» (ДЭС) ($r=0,41$ при $p < 0,01$) свидетельствует, что убежденность в безопасности мира взаимосвязана со способностью к сопереживанию и сочувствию. Чувство собственного достоинства в данной группе подкрепляется представлением о собственной ценности для других, способностью к сопереживанию и сочувствию, о чем свидетельствует положительная взаимосвязь показателей «Образ Я» (ШБУ), и «Самоценность» (МИС) ($r=0,40$ при $p < 0,01$), и «Образ Я» (ШБУ), и «Уровень эмпатии» (ДЭС) ($r=0,43$ при $p < 0,01$).

Вторым центральным звеном в данной плеяде выступает показатель «Манипулятивная направленность» (НЛО)», большое количество отрицательных взаимосвязей с ключевыми показателями, такими как: «Доброжелательность

мира» (ШБУ) ($r = -0,59$ при $p < 0,01$); «Альтероцентристская направленность» (НЛО) ($r = -0,68$ при $p < 0,01$); «Социальная ответственность» (К. К. Муздыбаев) ($r = -0,38$ при $p < 0,01$); «Саморуководство» (МИС) ($r = -0,42$ при $p < 0,01$)), – что указывает на наличие компенсаторных механизмов, направленных на снижение ориентированности на использование партнера как объекта своих манипуляций.

Показатель личностного доверия к себе занимает отдельную позицию в этой плеяде и имеет положительную взаимосвязь с показателем «Суверенность ценностей» (СПП) ($r = 0,39$ при $p < 0,01$), и взаимосвязан с основным блоком через показатель «Социальная ответственность» (К. К. Муздыбаев) ($r = 0,36$ при $p < 0,05$). Полученные результаты можно трактовать следующим образом: что отношение к себе как ценности усиливается уважением как собственных границ психологического пространства личности, так и границ другого человека и сопровождается принятием на себя ответственности перед обществом.

В группе со средним уровнем личностного доверия к себе корреляционная плеяда состоит из большого количества положительных взаимосвязей, указывающих на конгруэнтность элементов структуры, что повышает ее ресурсный потенциал. Направленность на уважение к другому, желание ему помочь, сопряженное с принятием на себя ответственности перед собой и обществом, предполагает достаточный уровень сформированности саморегуляции, позволяющий компенсировать негативное влияние манипулятивной направленности при взаимодействии. Взаимосвязь доброжелательного отношения к миру, ощущения собственного достоинства, самоотверженности и способности к эмпатии является потенциалом, способствующим успешному выполнению деятельности, что согласуется с представлением о деятельности в работах Е. А. Климова (Климов, 2004). Полученные результаты согласуются с результатами, полученными при исследовании деятельности помогающих специалистов, отраженные в работах В. В. Болучевской (2010); Е. А. Эннс (2012) и др.

В группе фельдшеров с низким уровнем личностного доверия к себе обнаружены множественные корреляционные взаимосвязи, которые

выстраиваются в корреляционную плеяду, представленную на рисунке 4. Табличные данные приведены в приложении 8.

Одним из центральных звеньев выступает показатель «Самообвинение» (МИС), который говорит о негативном отношении к себе. Данный показатель имеет сильную отрицательную взаимосвязь с показателями «Открытость» (МИС) ($r = -0,65$ при $p < 0,01$), «Самоуверенность» (МИС) ($r = -0,62$ при $p < 0,01$), Зеркальное «Я» (МИС) ($r = -0,52$ при $p < 0,01$), «Саморуководство» (МИС) ($r = -0,51$ при $p < 0,01$), входящих в шкалу «Самоуважение», которая, согласно С. Р. Панталееву, является оценкой себя в соответствии с социально-нормативными критериями (Панталеев, 1993).

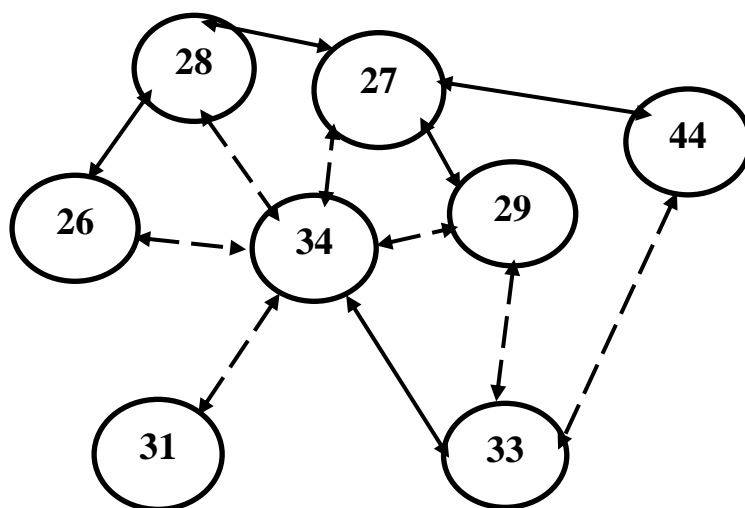


Рисунок 4. Взаимосвязь индивидуально - психологических характеристик фельдшеров с низким уровнем личностного доверия к себе

Примечание: 26 – Открытость (МИС); 28 – Саморуководство (МИС); 29 – Зеркальное Я (МИС); 31 – Самопринятие (МИС); 33 – Внутренняя конфликтность (МИС); 34 – Самообвинение (МИС); 44 Убеждение о контроле (ШБУ);

*— — — — — отрицательная взаимосвязь; — — — — — положительная взаимосвязь. * $p < 0,01$;*

Данную связь можно объяснить тем, что высокий уровень самообвинения сопряжен с низким уровнем самоуважения, то есть оценкой себя как несоответствующего социально-нормативным критериям. Также негативное отношение к себе сопряжено с низким уровнем самопринятия, на что указывает отрицательная связь показателей «Самообвинение» (МИС) и «Самопринятие» (МИС) ($r = -0,50$ при $p < 0,01$), что может являться показателем профессиональной

дезадаптации. Наличие положительной связи с показателем «Внутренняя конфликтность» (МИС) ($r = 0,50$ при $p < 0,01$) может указывать на усиление негативного эмоционального фона в свой адрес, повышение внутренней напряженности. Высокая внутренняя конфликтность сопряжена с убежденностью в неспособности контролировать свою жизнь и происходящие в ней события, о чем свидетельствует наличие тесной отрицательной взаимосвязи показателей «Внутренняя конфликтность» (МИС) и «Убежденность о контроле» (ШБУ) ($r = -0,63$; при $p < 0,01$).

Вторым центральным звеном структуре выступает показатель «Самоуверенность» (МИС), выражающий отношение к себе как надежному, способному, уверенному в себе. Данное отношение усиливается ожиданием уважительного отношения от других, о чем говорит наличие положительной взаимосвязи с показателем «Зеркальное Я» (МИС) ($r = 0,52$, при $p < 0,01$). Самоуверенность подкрепляется убежденностью в способности контролировать и организовывать свою личность, деятельность и общение, о чем свидетельствует наличие положительных связей с показателями «Убеждение о контроле» (ШБУ) ($r = 0,51$, при $p < 0,01$), «Саморуководство» (МИС) ($r = 0,52$, при $p < 0,01$).

Большое количество отрицательных взаимосвязей в корреляционной плеяде группы с низким уровнем личностного доверия к себе говорит о рассогласованности структуры, низком ресурсном потенциале (Карпов, 2015).

Для выявления статистически значимых различий между группами с разным уровнем личностного доверия к себе был использован критерия Краскела – Уоллиса, поскольку данные имеют ненормальное распределение. Личностные профили групп с разным уровнем личностного доверия к себе представлена на рисунок 5. Для более детальной интерпретации результатов применялся критерий U-критерия Манна – Уитни. Результаты приведены в приложении 9.

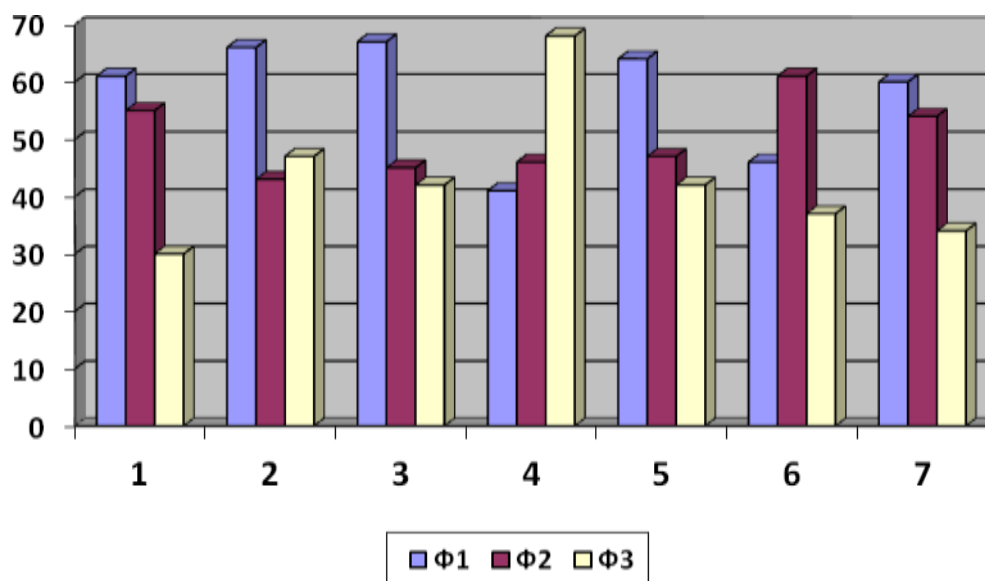


Рисунок 5. Личностные профили групп с разным уровнем личностного доверия к себе.

Примечание: Ф1- (N=28) — с высоким показателем личностного доверия к себе; Ф2 (N=46) — со средним показателем личностного доверия к себе; Ф3 (N=26) — с низким показателем личностного доверия к себе.

1 — Самоуверенность (МИС); 2 — Саморуководство (МИС); 3 — Самопривязанность (МИС); 4 — Самообвинение (МИС); 5 — Программирование (ССПМ); 6 — Суверенность ценностей (СПП); 7 — Убеждение о контроле (ШБУ).

Так группа Ф1, при сравнении с группами Ф2 и Ф3, характеризуется более высокими значениями показателя «Самопривязанность» (таблица 13) (МИС) ($U_{1,2} = 363.000$, $p < 0,01$, $U_{1,3} = 184.500$, $p < 0,01$), проявляющиеся в желании сохранить сформированное представление о себе, что может свидетельствовать о наличии внутриличностной стагнации (Пантилеев, 1993).

Таблица 13

Индивидуально-личностные особенности группы Ф1

Показатели шкал	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum - Group Ф3	U	Z	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum - Group Ф2	U	Z
Программирование ССПМ	923.00	562.00	211.00	2.65*	1272.50	1502.50	421.50	2.48**
Самопривязанность МИС	949.50	535.50	184.50	3.11*	1331.00	1444.00	363.00	3.13*
Саморуководство МИС	909.00	576.00	225.00	2.40**	1347.50	1427.50	346.50	3.31*
Социальная	908.50	576.50	225.50	2.40**				

ответственность								
Открытость МИС	900.50	584.50	233.50	2.26**				
Индифферентная направленность НЛО					1235.50	1539.50	458.50	2.07**

*Примечание: * - $p < 0,01$; ** $p < 0,05$, U – Манна – Уитни, Z – нормальная аппроксимация статистики Манна – Уитни для больших выборок. Ф1 группа ($N=28$) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа ($N=46$) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа ($N=26$) – с низким показателем доверия к себе.*

Данное состояние характеризуется ригидностью действий в адрес самого себя, оценкой своего поведения проводится по шкале «застывших стандартов» (Сарджвеладзе, 1989). Стремление сохранить в неизменном виде свои качества, видение и оценку себя, свойственное представителям группы Ф1 – согласно С. Р. Пантилееву, препятствует саморазвитию и личностному росту (Пантилеев, 1993). Согласно Е. А. Климову, представителям социономической профессии помогающего типа, к которой относится фельдшер СМП, требуется непрерывность в совершенствовании профессиональных знаний, умений навыков, стремление быть в курсе быстротекущих процессов социального движения, развития и т. п. (Климов, 2004). А ригидность и внутриличностная стагнация, препятствуют данному развитию и в свою очередь могут стать основой для развития профессиональной стагнации, в форме универсализации прошлого опыта с помощью автоматизации и стереотипизации профессиональных действий, что приводит к снижению профессиональной активности, усилению предвзятости по поводу нововведений и может стать причиной развития профессиональных деформаций (Зеер, 2006).

Более высокие значения по шкале «Саморуководство» (МИС) также более характерны для группы Ф1, в отличии от группы Ф2 и Ф3 ($U_{1,2} = 346.500$, $p < 0,01$; $U_{1,3} = 225.000$, $p < 0,05$), и позволяют говорить, что представителям данной группы свойственно представление о себе как источнике активности и достижений не только в личностном плане, но и в деятельности, а также уверенность в контроле над собственными мыслями и чувствами. Наличие подобного внутреннего самоконтроля нередко сопровождается разработкой плана

достижения намеченных целей, включающего тщательную проработку способов собственных действий, о чем свидетельствует наличие более высоких показателей, в сравнении с группами Ф2 и Ф3, по шкале «Программирование» (СППМ) ($U_{1,2} = 421.500$, $p < 0,05$; $U_{1,3} = 211.000$, $p < 0,01$). Тщательное продумывание собственных действий сопровождается в группе Ф1 ориентацией на деловое общение и предметное взаимодействие, что находит подтверждение в полученных результатах: так, в группе Ф1, по сравнению со группой Ф2, наблюдаются более высокие показатели «Индифферентной направленности» в общении (НЛО) ($U_{1,2} = 458.500$, $p < 0,05$).

По сравнению с группой Ф3, группа Ф1 имеет значимо более высокие показатели «Социальной ответственности» ($U_{1,3} = 225.500$, $p < 0,05$) и «Открытости» (МИС) ($U_{1,3} = 233.500$, $p < 0,05$), что проявляется в желании соответствовать общепринятому поведению и нормам взаимоотношений.

Обобщая результаты группы Ф1, можно охарактеризовать представителей данной группы как «целеориентированных». Согласно исследованию Б. А. Рутковского, целеориентированные люди умеют управлять собой, одобряют собственные планы и желания, верят в их безусловное осуществление. Вместе с тем, ориентированность только на достижения свидетельствуют о восприятии другого человека в ролевых образах – «клише», об ориентации на ролевые стандарты в самопредъявлении (Рутковский, 1967).

Результат сравнительного анализа группы Ф2, представлен в таблице 14, более подробные расчеты в приложении 9. Для данной группы свойственен более высокий уровень «Суверенности ценностей» ($U_{1,2} = 433.500$, $p < 0,05$; $U_{2,3} = 320.000$, $p < 0,01$), в сравнении с группами Ф1 и Ф3. Полученные результаты свидетельствуют о том, что группа со средним уровнем доверия к себе характеризуется критичностью по отношению к мировоззренческим системам других людей. Что проявляется в уважении границ психологического пространства другого человека и одновременно отстаивании своих границ, обеспечивающих экзистенциальную уверенность (свободу, осмысленность, ценность собственного бытия), творческий подход к собственной жизни и личную

ответственность, и может выступать инструментом равноправного взаимодействия (Нартова-Бочавер, 2005).

Таблица 14

Индивидуально-личностные особенности группы со средним уровнем личностного доверия к себе

	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum – Group Ф2	U	Z	Rank Sum – Group Ф2	Rank Sum – Group Ф3	U	Z
Суверенность Ценности СПП	839.50	1935.50	433.50	-2.35**	1957.00	671.00	320.00	3.26*

*Примечание: * - $p < 0,01$; ** $p < 0,05$, U – Манна – Уитни, Z – нормальная аппроксимация статистики Манна – Уитни для больших выборок. Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе.*

Данные характеристики позволили обозначить представителей данной группы как ориентированных на партнерское взаимодействие.

В отличие от группы Ф1 и группы Ф2, представители группы Ф3 характеризуются более высокими показателями по шкале «Самообвинение» (таблица 15) (МИС) ($U_{1,3} = 180.500$, $p < 0,01$; $U_{2,3} = 320.500$, $p < 0,01$), данный показатель связан с интрапунитивностью и выражается в полагании на себя в сложных ситуациях (Марцинковская, 2000), однако в случае неудачи обвинения направлены как на себя, так и на неподвластные обстоятельства (Пантилеев, 1991).

Таблица 15

Индивидуально-личностные особенности группы с низким уровнем личностного доверия к себе

	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum – Group Ф3	U	Z	Rank Sum - Group Ф2	Rank Sum – Group Ф3	U	Z
Моделирование ССПМ	902.00	583.00	232.00	2.28**	1883.00	745.00	394.00	2.40**
Гибкость ССПМ	889.00	596.00	245.00	2.06**	1909.00	719.00	368.00	2.70*
Общий уровень саморегуляции ССПМ	905.50	579.50	228.50	2.34**	1876.50	751.50	400.50	2.31**

Эмоциональный канал ДЭС	655.50	829.50	249.50	-1.98**	1486.00	1142.00	405.00	- 2.26**
Самоуверенность МИС	996.50	488.50	137.50	3.92*	1963.50	664.50	313.50	3.33*
Самообвинение МИС	586.50	898.50	180.50	-3.18*	1401.50	1226.50	320.50	-3.25*
Убеждения о контроле ШБУ	955.50	529.50	178.50	3.21*	1929.50	698.50	347.50	2.94*
Справедливость Мира ШБУ	904.00	581.00	230.00	2.32**	1900.50	727.50	376.50	2.60*

*Примечание: * – $p < 0,01$; ** $p < 0,05$, U – Манна – Уитни, Z – нормальная аппроксимация статистики Манна – Уитни для больших выборок. Ф1 группа ($N=28$) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа ($N=46$) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа ($N=26$) – с низким показателем доверия к себе.*

Более низкие показатели по шкале «Самоуверенность» (МИС) ($U_{1,3} = 137.500$, $p < 0,01$; $U_{2,3} = 313.500$, $p < 0,01$), свойственные представителям данной группы, указывают на неудовлетворенность своими возможностями, ощущение собственной слабости, сомнение в способности вызвать уважение. Это отражается на убежденности в неспособности контролировать жизненные и профессиональные ситуации и сопровождается снижением ответственности за происходящее, о чем могут свидетельствовать низкие показатели «Убеждение о контроле» (ШБУ) ($U_{1,3} = 178.500$, $p < 0,01$; $U_{2,3} = 347.5000$, $p < 0,01$). Негативный эмоциональный фон в свой адрес, свойственный представителям группы Ф3, усиливается благодаря нарастающей убежденности о несправедливости окружающих по отношению к ним, о чем свидетельствуют низкие показатели по шкале «Справедливость мира» (ШБУ) ($U_{1,3} = 230.000$, $p < 0,05$; $U_{2,3} = 376.500$, $p < 0,01$), по сравнению с группой Ф1 и Ф2.

Показатель «Эмоциональный канал эмпатии» (ДЭС) в группе Ф3 также имеет относительно более высокий уровень по сравнению с группой 1 и 2 ($U_{1,3} = 249.500$, $p < 0,05$; $U_{2,3} = 405.000$, $p < 0,05$), что указывает на ведущую роль чувств и переживаний при взаимодействии с другими людьми (Бойко, 1996).

Представители группы Ф3 имеют относительно низкие показатели по шкалам «Моделирования» (ССПМ) ($U_{1,3} = 232.000$, $p < 0,05$; $U_{2,3} = 394.000$, $p < 0,05$) и «Гибкость» (ССПМ) ($U_{1,3} = 245.000$, $p < 0,05$; $U_{2,3} = 368.000$, $p < 0,01$), что может указывать на возникновение трудностей при оценке изменяющейся

ситуации и выборе программы действий, а также неуверенности при функционировании в динамичной ситуации, что приводит к регуляторным сбоям и, как следствие, неудачам в выполнении деятельности. О чем так же свидетельствует наличие более низкого показателя «Общий уровень саморегуляции» (ССПМ) ($U_{1,3} = 228.500$, $p < 0,05$; $U_{2,3} = 400.500$, $p < 0,05$) по сравнению с двумя другими группами. Все это может приводить к снижению компенсации личных особенностей, препятствующих достижению поставленной цели, и, соответственно, снижать успешность овладения новыми видами деятельности, поскольку соответствие стилевых особенностей регуляции и требований осваиваемого вида активности взаимосвязаны (Моросанова, Бондаренко, 2015).

В связи с этим, можно предположить, что группа Ф3 характеризуется использованием в проблемных ситуациях и конфликтах защитных эмоциональных реакций, свидетельствующих об эмоциональной нестабильности и внутренней напряженности, а также чувством несправедливости мира по отношению к себе, что позволяет считать себя ненадежными и несамостоятельными, уверенными, что им не за что себя уважать.

Таким образом, в группах фельдшеров с разным уровнем личностного доверия к себе имеются специфические индивидуально-личностные особенности.

Так, в группе с высоким уровнем личностного доверия к себе было выявлено наличие сбалансированной системы самоотношения, которая позволяет сохранять относительно постоянный уровень самоуважения, подкрепляемый развитой системой осознанной саморегуляции, что позволяет предполагать наличие некоторой автономности у представителей данной группы, их ориентированность на саморазвитие и самореализацию. При взаимодействии им свойственна направленность на деловое общение и предметное взаимодействие. Полученные данные позволили охарактеризовать представителей данной группы как «целеориентированных».

В группе со средним уровнем личностного доверия к себе наблюдается направленность на уважение другого, желание ему помочь, сопряженное с

принятием на себя ответственности перед собой и обществом. Открытость к равноправному взаимодействию, ощущение собственного достоинства, самоотверженности и способности к эмпатии позволило охарактеризовать представителей данной группы как «ориентированных на партнерское взаимодействие».

Группа с низким уровнем доверия к себе характеризуется внутренней напряженностью, самообвинением, проявляющемся в виде порицания, осуждения себя. Использованием в проблемных ситуациях и конфликтах защитных эмоциональных реакций, свидетельствующих об эмоциональной нестабильности, что позволяет считать себя ненадежными, несамостоятельными и уверенными, что им не за что себя уважать, что позволило охарактеризовать представителей данной группы как «избегающих».

3.2. Особенности профессионального поведения у фельдшеров ВБ СМП с разным уровнем доверия к себе

Для анализа ролевого доверия к себе – отношения к себе как компетентному и надежному профессионалу – было разработано полуструктурированное интервью, включающее вопросы, направленные на понимание феномена доверие профессионала к себе и его необходимости в профессиональной деятельности. Для анализа понимания феномена доверие профессионала к себе сформулирован следующий вопрос: «Для меня «доверие профессионала к себе» – это...».

Как видно из таблицы (таблица 16), фельдшеры из группы Ф1 понятие доверие профессионала к себе в большей мере ассоциируют с понятием уверенность в себе (41%). В группе Ф2 понятие «доверие профессионала к себе» определяется как качество необходимое для успешной деятельности (26%), как принятие на себя ответственности (17%), осознание накопленных знаний (17%) и опыта, полученного от работы (15%). Большее количество респондентов в группе Ф3 описали феномен как «Уверенность в правильности своих действий» (31%). 23% не смогли определить доверие профессионала к себе.

Таблица 16

Субъективные представления о доверии профессионала к себе в группах с разным уровнем личностного доверия к себе

Группа Ф1		Группа Ф2		Группа Ф3	
Слова	Кол-во (%)	Слова	Кол-во (%)	Слова	Кол-во (%)
Уверенность в своем опыте	41	Качество необходимое в работе	26	Уверенность в правильности своих действий	31
Умение отвечать за свои поступки	14	Знание	17	Не знаю	23
Знание	11	Ответственность	17	Опыт	15
Доверие	10	Опыт	15	Ответственность	11
Качество необходимое в работе	10	Уверенность в себе	10	Уверенность в себе	10
Не знаю	7	Уверенность в правильности своих действий	8	Контроль	6
Уверенность в правильности своих действий	7	Другое	7	Самоуверенность	4

Примечание: Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе.

Для анализа функции доверия профессионала к себе был сформулирован следующий вопрос: «Доверие к себе как профессионалу позволяет мне в работе...». Результаты ответов приведены в таблице 17.

Согласно полученным результатам, в группе Ф1 доверие профессионала к себе необходимо, чтобы ориентироваться в ситуации (35%) и выполнять свою работу (21%). В группе Ф2 доверие профессионала к себе помогает выполнять профессиональные обязанности (39%) и действовать в экстренных ситуациях (22%). При этом 22% считают, что доверие необходимо им, чтобы оказывать помощь другим людям. В группе Ф3 доверие профессионала к себе помогает

чувствовать себя увереннее в себе и своих действиях (27%), 27% также отмечают, что феномен помогает выполнять работу, 15% считают, что доверие профессионала к себе необходимо для того, чтобы повысить качество оказываемой помощи.

Таблица 17

Субъективные представления о функции доверия профессионала к себе в группах с разным уровнем личностного доверия к себе

Группа Ф1		Группа Ф2		Группа Ф3	
Слова	Кол-во (%)	Слова	Кол-во (%)	Слова	Кол-во (%)
Ориентироваться в ситуации	35	Выполнять работу	39	Чувствовать уверенность	27
Выполнять работу	21	Действовать в экстренных ситуациях	22	Выполнять работу	27
Оказывать помощь	13	Оказывать помощь	22	Повысить качество помощи	15
Чувствовать уверенность	12	Чувствовать уверенность	12	Принимать ответственность за результат	8
Достигать целей	11	Не знаю	5	Повысить самооценку	8
Гордится собой	8			Действовать в любой ситуации	8
				Не знаю	7

Примечание: Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе.

Для анализа стратегий профессионального поведения специалистов в различных профессиональных ситуациях были сформулированы следующие вопросы в интервью: «Перечислите алгоритм ваших действий в типичной ситуации, представленной в алгоритмах оказания медицинской помощи» и «Перечислите алгоритм ваших действий в нетипичной ситуации, не имеющей описания в алгоритмах оказания медицинской помощи». Контент-анализ ответов позволил выделить различные группы ответов. Первая группа ответов условно названа «самостоятельные действия», сюда включены следующие высказывания:

«принимаю решение и действую»; «сам(а) решаю»; «действую самостоятельно»; «действовать, опираясь на свои знания»; «качественно выполнять все от меня зависящее»; «постараюсь справиться»; «исходить из своего опыта» и т.д. Вторая группа ответов условно названа «действия по алгоритму», сюда включены следующие высказывания: «действия по алгоритму»; «согласно приказам»; «согласно приказам и алгоритмам»; «по стандарту» и др. Третья группа ответов условно названа «действия по алгоритму с учетом состояния пациента», сюда включены следующие высказывания: «действовать не в ущерб здоровью пациента и стараюсь соблюдать инструкции и приказы»; «алгоритм, но с индивидуальным подходом»; «алгоритмы, но при этом важно состояние пациента»; «работаю не нанося вред здоровью пациента и с соблюдением приказов» и т.д. Четвертая группа ответов условно названа «обращение за помощью», сюда включены следующие высказывания: «проконсультируюсь с более квалифицированными специалистами»; «советоваться с опытными коллегами»; «обращусь за помощью»; «совет опытных ребят»; «звонок старшему врачу»; «воспользуюсь консультацией более опытного человека в таких делах» и т.д. Пятая группа ответов условно названа «редуцирование ситуации», данная группа встречается в ответах на вопрос о поведении в нетипичной ситуации, сюда включены следующие высказывания: «попробовать "подогнать" случай под алгоритм»; «исходить из исключения неверных решений»; «искать решение любым способом»; «попробую выбрать похожий случай из алгоритмов»; «самостоятельно выпутываться из проблемы»; «работать и выйти из ситуации как "сухой из воды"»; «по алгоритму, избегать конфликта»; «действовать по алгоритму, избегая проблем» и т.д.

Контент-анализ интервью показал, что в типичных ситуациях представители группы Ф1 характеризуются «самостоятельными действиями» (39,3%), следуют «инструкции, с учетом состояния больного» (32,1%), действуют согласно «инструкции» (28,6%). В нестандартных ситуациях они ориентируются на «самостоятельные действия с учетом состояния пациента» (60,7%), из них при необходимости обратятся за помощью к группе экспертов (21,4%). Изначально

«не будут предпринимать самостоятельных действий, а сразу обратятся за помощью» – 28,6%.

Фельдшеры из группы Ф2 в типичной ситуации будут действовать согласно «инструкции» (72%), из них 28% будут учитывать состояние пациента. Самостоятельные действия будут проявлять 28%. В нестандартной ситуации для них характерны «самостоятельные действия с учетом состояния пациента» (74,5%), из них «при необходимости они обратятся за помощью к группе экспертов» 32%. «Сразу откажутся от самостоятельных действий и обратятся за помощью» – 19%.

В типичной ситуации 61,8% представителей группы Ф3 ориентируются на «алгоритмы оказания помощи», из них только 7,8 % учитывают состояние больного. Самостоятельно действовать будут 26,7%, а 11,5% обратятся за помощью даже при наличии «алгоритмов оказания помощи». В нетипичной ситуации респонденты из группы Ф3 (73,3%) предполагают редуцировать ситуацию; из них 23,3% при необходимости обратятся за помощью к группе экспертов. Всего 15,2% сразу откажутся от самостоятельных действий и обратятся за помощью, и лишь 11,5% продолжат действовать согласно алгоритму действий в типичной ситуации (Алдашева, Рунец, 2015).

Для анализа ситуаций, в которых фельдшеры используют доверие, был сформулирован следующий вопрос: «Я чаще доверяю себе в ситуации, когда...». Результаты представлены в таблице 16.

Представители группы Ф1 в основном проявляют доверие профессионала к себе в двух типах ситуаций: когда работают и когда могут контролировать ситуацию.

Таблица 18

Субъективные представления о ситуации проявления доверия профессионала к себе в группах с разным уровнем личностного доверия к себе

Группа Ф1		Группа Ф2		Группа Ф3	
Слова	Кол-во	Слова	Кол-во	Слова	Кол-во

	(%)		(%)		(%)
Работаю	32	В нестандартной ситуации	46	Работать	42
Могу контролировать	29	При отсутствии другого выбора	28	Когда нужно сохранить спокойствие	38
В любой	25	Когда работаю	26	При конфликте с больным	20
В сложных ситуации	14				

Примечание: Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе.

В группе Ф2 к доверию профессионала к себе обращаются в основном в нестандартной ситуации. Группа Ф3 считает, что испытывает доверие профессионала к себе в работе и когда нужно сохранить спокойствие и самообладание.

Для анализа взаимодействия с группой экспертной поддержки фельдшеров, был сформулирован вопрос в форме незаконченного предложения: «Для меня как профессионала обратиться за помощью к коллегам (начальству, консультация других специалистов узкого профиля с «центра») – это...». Результаты представлены в таблице 19. Большинство представителей группы Ф1 считают обращение за помощью «необходимостью в сложных ситуациях» и «дополнительным источником информации». Группа Ф2 расценивает обращение за помощью как «получение недостающего опыта» и «необходимость в сложных ситуациях». Представители группы Ф3 считают, что обращаться за помощью к экспертам «необходимо, но стыдно», подобный тип поведения свидетельствует о склонности к фрустрационному поведению в экстремальных ситуациях.

Таблица 19

Характеристики направленности взаимодействия с экспертами в группах с разным уровнем личностного доверия к себе

Группа Ф1		Группа Ф2		Группа Ф3	
Слова	Кол-во (%)	Слова	Кол-во	Слова	Кол-во

			(%)		(%)
Дополнительный источник информации	38	Получение недостающего опыта	43	Необходимо, но стыдно	42
Необходимость в сложных ситуациях	38	Необходимость в сложных ситуациях	41	Когда нужно сохранить спокойствие	35
Подтверждение собственных предположений	24	Когда работаю	16	Источник информации	23

Примечание: Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе.

Для рассмотрения направленности взаимодействия фельдшера, помогающего установить доверительные отношения с пациентом, были сформулированы незаконченные предложения: «Обычно я слежу за...», «Обычно мне важно чтобы...», «Обычно я часто...», «Обычно я стараюсь...», «Практика показывает, что...». Полученные ответы позволили выделить три основные направленности при взаимодействии. Это направленность «на себя», в данную категорию включались следующие ответы: «слежу за своим поведением»; «за четкостью своих действий»; «как я выгляжу со стороны»; «делаю все сам(а)»; «не показывать волнение, если я чего-то не знаю» и т.д. Следующая направленность получила название «на ситуацию» и включала следующие ответы: «слежу за ситуацией»; «чтобы не возникало проблемной / конфликтной ситуации»; «решить ситуацию и сделать работу качественно»; «думаю о тактике выполненного вызова»; «контролировать ситуацию»; «анализирую прошлую ситуацию в себе» и т.д. Отдельного внимания заслуживает направленность «на пациента», включающая следующие ответы: «слежу за поведением пациента, его ходом мысли»; «чтобы пациент мне доверял»; «расположить к себе пациента»; «чтобы мой пациент получил медицинскую помощь, в которой он нуждается»; «при приеме решения учитывать желания больного, исходя из возможностей»; «слушаю пациента, и стараюсь понятней для него отвечать на вопросы о его болезни»; «важно, чтобы пациенту стало лучше»; «стараюсь к пациенту обращаться по имени-отчеству»; «стараюсь не подвести пациента и не причинить

ему вред» и т.д. Результаты представлены в таблице 20. Контент-анализ интервью фельдшеров показал, что картина направленности при взаимодействиях «фельдшер – пациент» имела следующую структуру: в группе Ф1 – на пациента (35%), на ситуацию (32%), на себя (32%); в группе Ф2 при взаимодействии преобладала направленность на ситуацию (46%), на пациента (25%), на себя (21%).

Таблица 20

Результат анализа стратегий взаимодействия в группах с разным уровнем личностного доверия к себе

Группы	Стратегии взаимодействия с пациентом	
	Направленность	Кол-во стратегий
Ф1	35,7% – на пациента. 32,1% – на ситуацию 32,1% – на себя	32,1% – 3 53,6% – 2 3,5% – 1
Ф2	46,8% – на ситуацию 25,5% – на пациента 21,3% – на себя	30% – 3 55,3% – 2 8,3% – 1
Ф3	34,6% – на себя 31% – на пациента 19,2% – на ситуацию	7,7% – 3 46,1% – 2 31% – 1

Примечание: Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе.

Группа Ф3 характеризовалась следующим образом: на себя (34%), на пациента (31%), на ситуацию (19%) и 15% фельдшеров не могли определиться с ответом. В тоже время группы различаются по разнообразию стратегий профессионального поведения. Так группы Ф1 и Ф2 предпочитали использовать при взаимодействии с пациентом одновременно две стратегии: в группе Ф1 – 53%, во группе Ф2 – 55%. Стратегии характеризовались направленностью и на пациента, и на ситуацию. Фельдшеры из первой (Ф1) (32%) и второй группы (Ф2) (30%) в работе применяли одновременно три стратегии: на пациента, на ситуацию, на себя. Группа Ф3, характеризуется преимущественно наличием 2-х

стратегий, на себя и на пациента (46%), либо одной стратегии – на себя (31%), и лишь у 8% респондентов отмечают наличие 3х стратегий, а 15% респондентов из этой группы не могли выделить используемые в деятельности стратегии (Алдашева, Рунец, 2015).

Полученные результаты позволяют предположить, что доверие профессионала к себе определяет выбор стратегий профессионального поведения, Фельдшеры с высоким уровнем личностного доверия к себе, стремятся полагаться на себя в любой профессиональной ситуации стремятся «действовать, опираясь на свой опыт», и лишь при необходимости обратятся за помощью к группе экспертов.

В профессиональной деятельности представители группы со средним уровнем личностного доверия к себе показывают динамику профессионального поведения в зависимости от ситуации. В типичной ситуации они действуют согласно «алгоритмам оказания помощи» с учетом состояния больного, в нестандартной ситуации – стараются опираться на себя и свой опыт, принимая ответственность за результат. В случае если своего опыта недостаточно, представители данной группы с легкостью обращаются к экспертам, рассматривая полученную от них информацию как недостающий опыт. При взаимодействии с пациентом фельдшеры со средним уровнем личностного доверия к себе используют разнообразные стратегии, что указывает на готовность к взаимодействию с другим, и позволяет предположить наличие доверительных стратегий. Исследованием М. В. Аллахвердова показано, что люди, использующие доверительные стратегии при взаимодействии, более эффективны в деятельности (Аллахвердов, 2015), они характеризуются и способностью к самораскрытию (Хараш, 2000). Таким образом, сочетание используемых стратегий профессионального поведения представителями группы Ф2 свидетельствует о наличии условий для возникновения оптимального уровня доверия профессионала себе. Вопрос о поиске оптимального уровня доверия себе был поставлен в работах Т. П. Скрипкиной (Скрипкина, 2001).

Представители группы с низким уровнем личностного доверия к себе в типичной ситуации следуют требованиям деятельности, что позволяет им оправдывать свои ошибки в лечебном процессе несовершенством алгоритмов оказания помощи. При взаимодействии выбирают одну или, максимум, две стратегии взаимодействия с пациентом, чаще всего они контролируют себя и свои действия. Не доверяя себе, они не могут выстроить отношения с пациентами, что приводит к росту конфликтных ситуаций (это отражено в высказываниях типа «чтобы не провоцировать конфликт»). Отмечается нечувствительность респондентов к выбору адекватной формы сообщений и трудности в получении и оценки обратной связи (Лабунская, 2001). Вероятно, в нестандартной ситуации это может способствовать усилению состояния фрустрации и приводить к росту ошибок в профессиональной деятельности и снижению качества оказания медицинских услуг.

В нестандартной ситуации большинство представителей группы с низким уровнем личностного доверия к себе склоняется к «решению ситуации любым доступным способом», при этом обращение к группе экспертов характеризуется как вызывающее чувство стыда, поскольку, согласно их представлениям, свидетельствует о некомпетентности. В результате представители данной группы стараются избегать взаимодействия с экспертами, являющееся неотъемлемой частью профессиональной деятельности. Согласно исследованию Т. П. Скрипкиной, люди с низким уровнем доверия себе склонны к снижению уровня собственной ответственности в профессиональной деятельности (Скрипкина, 2015), что соотносится с полученными данными. Так, фельдшеры с низким уровнем личностного доверия к себе в профессиональной деятельности опираются на «алгоритмы оказания помощи» в любых ситуациях, отказываясь от самостоятельных действий, предполагающих повышение уровня ответственности, и склонны оправдывать собственные неудачи посредством акцентирования внимания на внешних обстоятельствах.

Итак, по результатам интервью, респонденты с разным уровнем личностного доверия к себе при разрешении различных типов профессиональных

ситуаций (типичных и нетипичных ситуаций при взаимодействии с пациентом и группой экспертов) используют различные стратегии профессионального поведения, характеризующиеся разнообразием и различной направленностью.

Так, фельдшеры в группе с высоким уровнем доверия профессионала к себе вне зависимости от ситуации опираются на себя и свое видение, при необходимости обратятся за помощью к группе экспертов. При взаимодействии с пациентом используют большее количество стратегий профессионального поведения, стараясь контролировать профессиональную ситуацию, пациента и себя.

В группе со средним уровнем доверия профессионала к себе наблюдается динамика стратегии поведения в зависимости от ситуации. Так, в типичной ситуации они следуют алгоритму лечения с учетом состояния пациента, в нетипичной опираются на свой опыт, открыты к взаимодействию с группой экспертов, обращаясь к ним за недостающим опытом и информацией, расценивая данное обращение как «неотъемлемую часть работы». В ситуации взаимодействия с пациентом используют большее количество стратегий профессионального поведения.

Фельдшеры с низким уровнем доверия профессионала к себе в типичной ситуации придерживаются алгоритма лечения, а в нетипичной прослеживается тенденция к редуцированию ситуации и избеганию контактов с группой экспертов, при общении с пациентом используется меньшее количество стратегий поведения с преобладанием контроля себя и своих действий.

3.3. Доверие профессионала к себе как предиктор эффективности фельдшера СМП

Профессия фельдшера скорой медицинской помощи (СМП) относится к помогающим профессиям входящих в подразделения быстрого реагирования. Как представители службы быстрого реагирования, фельдшера часто сталкиваются с различными внештатными и экстремальными ситуациями, которые требуют

немедленного принятия решения в условиях повышенной моральной ответственности, с осознанием, что последствия такого решения практически невозможно изменить (Рунец, 2015). Качество работы фельдшера зависит от умения действовать в предложенных условиях, сохраняя эффективность, что обеспечивается сформированностью личностных качеств, составляющих личностный потенциал успешного профессионального развития и самореализации (Абульханова-Славская, 1991).

Для доказательства гипотезы о том, что существует взаимосвязь между уровнем доверия профессионала к себе и успешностью профессиональной деятельности, группы с разным уровнем личностного доверия к себе сравнивались по критерию успешности в профессиональной деятельности, а также было проведено сопоставление показателей личностного доверия к себе, количества и направленности стратегий поведения фельдшеров с разной успешностью труда.

Сравнительный анализ групп с разным уровнем доверия к себе по критерию успешности деятельности с применением U-критерия Манна-Уитни показал следующие результаты, представленные в таблице 21. Согласно полученным результатам, представители группы Ф3 по сравнению с группами Ф1 и Ф2 имеют достоверно значимое различие по критерию «Качество работы». Так, фельдшеры с низким уровнем личностного доверия к себе являются менее успешными по сравнению с двумя другими группами.

Таблица 21

Результаты сравнительного анализа по критерию успешности деятельности в группах с разным уровнем личностного доверия к себе

	Ф1 и Ф3				Ф2 и Ф3			
	Rank Sum — Group 1	Rank Sum — Group 3	U	Z	Rank Sum — Group 2	Rank Sum — Group 3	U	Z
Качество работы	923,50	561,50	210,50	2,66*	1941,00	687,00	336,00	3,07*

*Примечание: * - $p < 0,01$; ** $p < 0,05$, U – Манна – Уитни, Z – нормальная аппроксимация статистики Манна – Уитни для больших выборок. Ф1 группа ($N=28$) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа ($N=46$) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа ($N=26$) – с низким показателем доверия к себе.*

Для сопоставления показателей личностного доверия к себе, количества и направленности стратегий поведения у фельдшеров с разной успешностью труда было проведено разделение на группы по показателю «Качество работы», выделены три группы фельдшеров: с высоким показателем качества работы (группа 1, $n=34$) (средний возраст — 32 года, средний стаж — 9 лет); со средним показателем качества (группа 2, $n=33$) (средний возраст — 33 года, средний стаж — 9 лет); с низким показателем качества работы (группа 3, $n=33$) (средний возраст — 32 года, средний стаж — 9 лет).

С целью описания индивидуально-личностных особенностей фельдшеров с разным показателем качества работы был проведен сравнительный анализ психологических профилей. Результаты приведены в приложении 10.

Для группы «Успешные» более характерна готовность к взаимодействию в любых ситуациях, даже в условиях дефицита исходной информации, по сравнению с двумя другими группами, о чем свидетельствуют показатели шкал «Эмоциональный канал эмпатии» (ДЭС) ($U_{1,2}=334,000$, $p < 0,01$; $U_{1,3}=381,000$, $p < 0,05$), «Интуитивный канал эмпатии» (ДЭС) ($U_{1,2}=310,500$, $p < 0,01$; $U_{1,3}=408,000$, $p < 0,05$) и «Общий уровень эмпатии» (ДЭС) ($U_{1,2}=380,000$, $p < 0,05$; $U_{1,3}=373,500$, $p < 0,05$).

По сравнению с группой «Неуспешные» представители группы «Успешные» имеют более позитивные представления о собственной значимости и нужности другим людям, о чем свидетельствует показатель по шкале «Самоценность» (МИС) ($U_{1,3}=364,000$, $p < 0,01$). Чаще полагаются на себя как источник собственного развития и как на способного достичь поставленных целей, о чем свидетельствуют показатели по шкале «Саморуководство» (МИС) ($U_{1,3}=415,500$, $p < 0,05$). Испытывают по отношению к себе самоуважение, о чем свидетельствуют показатели по шкале «Образ "Я"» (ШБУ) ($U_{1,3}=386,000$, $p < 0,05$).

По результатам сравнительного анализа успешные фельдшера проявляют готовность к взаимодействию в любых ситуациях, испытывают по отношению к себе чувство самоуважения, значимости и нужности другим людям, полагаются на себя.

Представители группы «Средние показатели успешности» (группа 2) имеют различие лишь с группой «Неуспешные», и в отличие от них характеризуются высокими показателями по шкале «Самоуверенность» (МИС) ($U_{2,3}=364,000$, $p<0,05$). В отличие от фельдшеров, которые допускают больше ошибок, представителей второй группы можно описать как людей самостоятельных, надежных и уважающих себя.

Фельдшеры из группы «Неуспешные» при сравнении с группами «Успешные» и «Средние показатели успешности» характеризуются более низкими показателями по шкале «Доверие к себе» (Н. Б. Астанина) ($U_{2,3}=295,500$, $p<0,01$; $U_{1,3}=348,500$, $p<0,01$), по шкале «Убежденность в контроле» (ШБУ) ($U_{2,3}=336,500$, $p<0,01$; $U_{1,3}=403,500$, $p<0,05$) и по шкале «Суверенность ценностей» (СПП) ($U_{2,3}=379,500$, $p<0,05$; $U_{1,3}=411,500$, $p<0,05$). Полученные результаты позволяют предположить, что группе «Неуспешных» более свойственно не доверять себе, что выражается в низкой оценке своих возможностей, убежденности в неспособности контролировать ситуацию, выборе пассивной жизненной позиции.

Интервью фельдшеров с разными показателями успешности позволило нам выделить профессиональные стратегии поведения, обычно используемые ими как в типичных, так и в нетипичных ситуациях. Результаты анализа направленности и количества стратегий профессионального поведения фельдшеров с разными оценками качества деятельности представлены в таблице 22. Из таблицы следует, что группе «Успешных» свойственно использование 2–3 стратегий поведения с преимущественной ориентацией на пациента. Группе со средним показателем качества работы также свойственно использование 2–3 стратегий поведения с преимущественной ориентацией не только на пациента, но и на себя.

Характеристики стратегий поведения и уровня личностного доверия к себе у фельдшеров СМП с разными показателями успешности

Критерий кач-ва работы	Уровень доверия	Кол-во стратегий	Направленность стратегий
Успешные	Высокий N=10 29,4 %	60 % — 3 стр. 30 % — 2 стр. 10 % — 1 стр.	34 % — на ситуацию 33 % — на себя 33 % — на пациента
	Средний N=19 56 %	42 % — 3 стр. 42 % — 2 стр. 5,5 % — 1 стр.	42 % — пациента 31 % — на ситуацию 27 % — на себя
	Низкий N=5 14,6 %	20 % — 3 стр. 60 % — 2 стр.	40 % — на пациента 40 % — на себя 20 % — на ситуацию
Средний показатель успешности	Высокий N=12 37,5 %	33 % — 3 стр. 58 % — 2 стр. 9 % — 1 стр.	44 % — на себя 30 % — на пациента 26 % — ситуацию
	Средний N=14 44 %	43 % — 3 стр. 50 % — 2 стр. 7 % — 1 стр.	44 % — на пациента 33% — на ситуацию 23 % — на себя
	Низкий N=6 18,5 %	50 % — 2 стр. 50 % — 1 стр.	47 % — на пациента 27 % — на ситуацию 26 % — на себя
Неуспешные	Высокий N=6 17,7 %	67 % — 2 стр. 33 % — 1 стр.	45 % — на себя 28 % — на ситуацию 27 % — на пациента
	Средний N=13 38,3 %	46 % — 3 стр. 54 % — 2 стр.	38% — на себя 32 % — на пациента 30% — на ситуацию
	Низкий N=15 44 %	7 % — 3 стр. 33 % — 2 стр. 60 % — 1 стр.	73 % — на себя 17 % — на пациента 10 % — на ситуацию

Примечание: Успешные (1-я группа, N=34), Средний показатель успешности (2-я группа, N=32) — «0», Неуспешные (3-я группа, N=34) — от 0 до -5. Высокий уровень доверия — от 75 баллов и выше, средний — от 63 до 75 баллов, низкий — до 63 баллов.

В группе «Неуспешных» фельдшеры в основном используют 1–2 стратегии поведения преимущественно с ориентацией на себя.

Анализ выбираемых стратегий поведения фельдшерами в различных ситуациях (типичной или нетипичной) показал, что в типичных ситуациях более половины (65%) представителей первой группы («Успешные») следуют «алгоритмам оказания помощи с учетом состояния больного», из них 39 % —

учитывают состояние пациента. 35 % — характеризуются «самостоятельными действиями». В нетипичных ситуациях большая часть (66 %) фельдшеров будут предпринимать самостоятельные действия, из них 37 % — «при необходимости обратятся за помощью к группе экспертов». 23 % — откажутся от самостоятельных действий и «сразу обратятся за помощью». И лишь 11 % — будут продолжать в нетипичной ситуации следовать утвержденным алгоритмам профессионального поведения. Поддержку группы экспертов представители данной группы понимают как «неотъемлемую часть рабочего процесса», «недостающий опыт». В первой группе преобладают фельдшера со средним уровнем личностного доверия к себе 56 %.

Более половины (56%) фельдшеров из 2-й группы («Средние показатели успешности») в типичной ситуации предпринимая «самостоятельные действия», 44 % — действуют согласно утвержденному алгоритму, из них 7 % — учитывают состояние пациента. В нетипичной ситуации фельдшеры данной группы чаще опираются на «самостоятельные действия» (69%), из них 19 % — при необходимости обратятся за помощью к группе экспертов. Откажутся от самостоятельных действий и «сразу обратятся за помощью» — 19 %. И лишь 12 % будут продолжать следовать алгоритму. Поддержка группы экспертов понимается ими как «обращение за недостающим опытом». Во второй группе преобладают фельдшера с высоким и средним уровнем личностного доверия 37,5 % и 44 % соответственно.

В типичной ситуации 75 % представителей группы 3 («Неуспешные») «ориентируются на алгоритмы оказания помощи», из них 10 % — будут учитывать состояние больного. Лишь 25 % — будут действовать самостоятельно. В нетипичной ситуации 73,5 % респондентов группы Ф3 говорят о редуцировании ситуации, о чем свидетельствуют следующие высказывания: «действовать по алгоритму», «исходить из метода исключения неверных решений», и др., из них 23,5 % — при необходимости обратятся за помощью к группе экспертов. 26,5 % откажутся от самостоятельных действий и обратятся за помощью. Поддержка группы экспертов понимается как критерий собственной некомпетентности. В

третьей группе данной группе преобладают фельдшера с низким уровнем личностного доверия к себе 44 %.

В результате фельдшерам в группе с высоким и средним качеством работы свойственно использование 2–3 стратегий поведения с ориентацией на пациента. Этот вид взаимодействия «с ориентацией на пациента» представляет собой диалог — равноправное общение, основанное на взаимном уважении и доверии, с ориентацией на взаимопонимание и коммуникативное сотрудничество. Такая ориентация специалистов помогающей профессии, как показали исследования (Болучевская, 2010; Константинова, 2010; Ташлыков, 1984; Ясько, 2015 и др.), является оптимальной и может выступать одним из критериев профессиональной пригодности фельдшера скорой медицинской помощи.

В отличие от успешно выполняющих работу фельдшеров, неуспешные респонденты имеют меньший набор стратегий профессионального поведения, преимущественно с ориентацией на себя. Согласно исследованиям В. В. Болучевской, взаимодействие «с ориентацией на себя» чаще представляет собой монолог и не позволяет в полной мере донести до пациента необходимую информацию, потеря которой может достигать до 80 %, что нередко приводит к возникновению конфликтных ситуаций (Болучевская, Павлюкова, 2011). Также установлено, что в нетипичной ситуации в группе с низким качеством работы преимущественно выбирают избегающую стратегию поведения, направленную на совладание с внутренним напряжением. Детальный анализ подгруппы с низким уровнем доверия к себе показал, что в нее вошли два человека со стажем работы более 20 лет. Можно предположить, что необходимость освоения современных средств труда и технологий оказания медицинской помощи, а также стандартизация способов и приемов деятельности вызывают у фельдшеров старшего возраста состояние напряжения, связанное с трудностями освоения нового, что, как правило, приводит к росту профессиональных ошибок. Необходимость контролировать, с одной стороны, правильность выполнения алгоритмов действий, а с другой — справляться с напряжением, связанным с ростом профессиональных ошибок, обычно приводит к накоплению опыта

некомпетентности, и, как следствие, к снижению уровня доверия к себе как профессионалу. Постоянное самоощущение некомпетентности и сомнения в результате приводят, согласно исследованиям (Лабунской, 2007; Пантилеев, 1991; Роджерс, 1994; Столин, 1983) к изменению самоотношения, в том числе и доверия к себе.

Таким образом, в группах фельдшеров с разным показателем успешности выделились следующие стратегии поведения. Профессионально успешные фельдшеры в работе учитывают изменение ситуации, состояния пациента и открыты к взаимодействию. В зависимости от ситуации изменяют стратегию поведения, в типичной ситуации пользуются алгоритмами оказания помощи, в нетипичной в основном действуют самостоятельно, при необходимости обращаясь за помощью. В данной группе преобладают фельдшеры со средним и высоким уровнем личностного доверия к себе.

Профессионально неуспешные фельдшеры в основном ориентированы на себя, проявляют стратегию избегания и при разрешении профессионально неопределенной ситуации, и во взаимодействии с пациентом. В процессе деятельности в типичной ситуации используют алгоритмы оказания помощи. В нетипичной ситуации прослеживается тенденция редуцирования ситуации до известной. В данной группе преобладают фельдшеры с низким уровнем личностного доверия к себе.

3.4. Доверие профессионала к себе как психологический конструкт

Для доказательства теоретической гипотезы о доверии профессионала к себе как интегративном образовании был использован древовидный кластерный анализ по методу «ближайшего соседа». Перед проведением анализа была проведена процедура стандартизации данных с целью исключить неверное построение дендограммы. Полученная дендограмма представлена на рисунке 6. Кластерный анализ выделил два основных кластера.

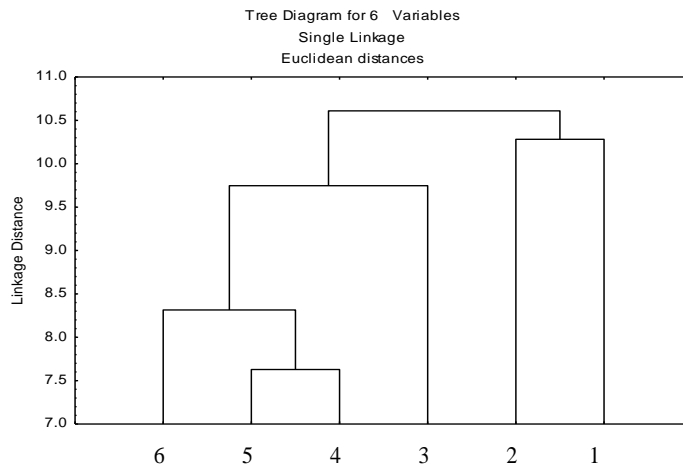


Рисунок 6. Структура доверия профессионала к себе

Примечание: 1 кластер: 1 — самоуверенность, 2 — личностное доверие; 2-й кластер 3 — качество работы, 4 — количество стратегий, 5 — направленность на другого, 6 — направленность на ситуацию.

Первый кластер объединяет два показателя — личностное доверие и самоуверенность (МИС), которое в целом позволяет рассматривать личностное доверие как один из видов самоотношения. Согласно С. Р. Пантелееву, самоотношение связано с разграничением в едином процессе самосознания двух аспектов: процесса получения знаний о себе (и самих этих знаний) и процесса самоотношения (Пантелеев, 1993). Эти аспекты составляют целостную картину «Я»-концепции как совокупности всех представлений индивида о себе. Второй кластер объединяет показатели успешности деятельности (качества работы) и показатель ориентации профессионала на ситуацию; как показывают исследования (Скрипкина, 2001 Ильин, 2013; Астанина, 2010 и др.), условием для проявления феномена доверия является ситуация неопределенности. Неопределенность может быть связана с неполнотой или недостаточностью информации об объекте, процессе, явлении, в отношении которого принимается решение, что заставляет профессионала идти на риск. Преодоление неопределенности, согласно результатам кластерного анализа, связано с количеством выбираемых стратегий профессионального поведения и ориентацией профессионала на других. В целом второй кластер объединяет уровень

компетентности и профессиональной успешности специалиста (Алдашева, Рунец, 2015).

Объединение первого и второго кластеров в единый психологический конструкт, получивший название «доверие профессионала к себе», включает личностное доверие, выраженное в самоотношении к себе как достойному уважения человеку и ролевое (профессиональное) доверие к себе в форме отношения к себе, опосредованного профессиональной ролью.

Для проверки достоверности полученных данных изменялись меры расстояний, использовались «евклидово расстояние», «квадрат евклидова расстояния» и правила объединения или связи: одиночная связь (метод «ближайшего соседа»), полная связь (метод наиболее удаленных соседей), однако полученная дендограмма не меняла свою структуру (приложение 11).

Таким образом, результаты кластерного анализа подтверждают гипотезу о том, что доверие профессионала к себе является психологическим конструктом, характеризующимся мерой личностного доверия как самоотношения профессионала и ролевого (профессионального) доверия, обеспечивающего успешность профессионала. Выделены наиболее значимые стратегии профессионального поведения, способствующие профессиональной эффективности и успешности в помогающих профессиях социономического типа.

Таким образом по результату исследования выделены три типа индивидуально-личностного своеобразия доверия профессионала к себе специалистов помогающих профессий социономического типа – «целеориентированные», «ориентированные на взаимодействие» и «избегающие». Целеориентированные профессионалы в основном обладают высоким уровнем личностного доверия к себе, характеризуются ориентацией на себя и свои цели как источники саморазвития. Ориентированным на взаимодействие профессионалам свойственен средний уровень личностного доверия к себе и уважение границ психологического пространства другого человека. Типу избегающих соответствует низкий уровень личностного доверия к себе и свойственно самообвинение, проявляющееся в виде порицания, осуждения себя.

Собственные неудачи фельдшеры этой группы приписывают внешним обстоятельствам.

Показано, что выбор стратегий профессионального поведения в типичных и нетипичных ситуациях фельдшерами осуществляется в зависимости от уровня доверия к себе. Фельдшеры в группе с высоким уровнем доверия к себе вне зависимости от ситуации опираются на себя и свое видение, при взаимодействии с пациентом используют большее количество стратегий поведения. В группе со средним уровнем доверия профессионала к себе наблюдается динамика стратегии поведения в зависимости от ситуации. В типичной они следуют алгоритму лечения с учетом состояния пациента, в нетипичной опираются на свой опыт, открыты к взаимодействию с группой экспертов, в ситуации взаимодействия с пациентом используют большее количество стратегий поведения. Фельдшеры с низким уровнем доверия профессионала к себе вне зависимости от ситуации придерживаются принятого алгоритма лечения. В нетипичной ситуации имеют тенденцию избегать контактов с группой экспертов, при взаимодействии с пациентом используют меньшее количество стратегий поведения с преобладанием ориентации на себя и свои действия.

Установлено, что уровень доверия профессионала к себе связан с успешностью в профессиональной деятельности. Так, фельдшеры с высоким и средним уровнями доверия к себе в профессиональной деятельности более успешны по сравнению с фельдшерами с низким уровнем доверия к себе. Профессионально успешные фельдшеры в работе учитывают изменение ситуации и состояния пациента, открыты к взаимодействию. Профессионально неуспешные фельдшеры ориентированы на себя, проявляют стратегию избегания и при разрешении профессионально неопределенной ситуации, и во взаимодействии с пациентом.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Доверие к себе входит в структуру способности прогнозировать результаты своей жизнедеятельности, выступает фундаментальным условием полноценного овладения собой и определяет уровень адекватности критических позиций по отношению к самому себе, а также влияет на выбор стратегий достижения целей в соответствии с внутриличностными смыслами. Многочисленные работы показали, что эти представления о доверии к себе не менее важны в профессиональной деятельности человека, особенно в деятельности, характеризующейся некоторой степенью автономности и принятием ответственных решений в ситуациях риска и дефицита времени.

Результаты теоретического и эмпирического анализа позволили: выделить личностное доверие к себе как самоотношение, являющееся стержневой характеристикой личности и проявляющееся во всех сферах бытия. Рассмотреть доверие к себе как социально-психологический феномен, который формируется в опыте взаимодействия и выступает в роли отношения, детерминирующего поведение, деятельность и виды отношений. В профессиональной деятельности исследованию феномена доверия к себе посвящено недостаточно научных работ, отсутствует единство представления о доверии профессионала к себе как самостоятельном психологическом конструкте, обеспечивающем выбор стратегии профессионального поведения и успешность деятельности в помогающих профессиях социономического типа. Полученные в диссертации результаты позволяют расширить понимание данного феномена в рамках психологии труда на примере деятельности фельдшеров скорой медицинской помощи.

Профессия фельдшера скорой медицинской помощи направлена на оказание помощи пациентам подчас в экстремальных условиях, когда способность доверять себе как профессионалу обеспечивает качественное и своевременное выполнение профессиональных обязанностей.

По результатам экспериментального исследования выделены три типа индивидуально-личностного своеобразия доверия профессионала к себе специалистов помогающих профессий социономического типа – «целеориентированные», «ориентированные на взаимодействие» и «избегающие». Целеориентированные профессионалы в основном обладают высоким уровнем личностного доверия к себе, характеризуются ориентацией на себя и свои цели как источники саморазвития, что позволяет им опираться на себя и свое видение в любой профессиональной ситуации и лишь при необходимости обращаться за помощью к экспертам. При взаимодействии с пациентом используют большее количество стратегий профессионального поведения

Ориентированным на взаимодействие профессионалам свойственен средний уровень личностного доверия к себе и уважение границ психологического пространства другого человека. В профессиональной деятельности наблюдается динамика стратегии поведения в зависимости от ситуации. Так, в типичной они следуют стандартному алгоритму лечения с учетом состояния пациента, в нетипичной опираются на свой опыт, открыты к взаимодействию с группой экспертов, в ситуации взаимодействия с пациентом используют большее количество стратегий профессионального поведения.

Типу избегающих соответствует низкий уровень личностного доверия к себе и свойственно самообвинение, проявляющееся в виде порицания, осуждения себя. Собственные неудачи фельдшеры этой группы приписывают внешним обстоятельствам. В процессе выполнения профессиональной деятельности вне зависимости от ситуации придерживаются стандартного алгоритма лечения. В нетипичной ситуации имеют тенденцию избегать контактов с группой экспертов. При взаимодействии с пациентом используют меньшее количество стратегий поведения с преобладанием ориентации на себя и свои действия.

В диссертационной работе показано, что уровень доверия профессионала к себе связан с успешностью в профессиональной деятельности. Профессионально успешные фельдшеры в основном обладают высоким и средним уровнями доверия к себе. При выполнении деятельности учитывают изменение ситуации и

состояния пациента, открыты к взаимодействию как с больным и его окружением, так и с экспертами.

Профессионально неуспешные в основном обладают с низким уровнем доверия к себе. Преимущественно ориентированы на себя, проявляют стратегию избегания и при разрешении профессионально неопределенной ситуации, и во взаимодействии с пациентом.

Апробация опросника «Методика изучения доверия к себе» Н. Б. Астаниной соответствует основным требованиям диагностического инструмента и позволяет говорить о том, что данный метод успешно может быть применен для исследования доверия к себе как самоотношения специалистов помогающих профессий социномического типа.

Результаты исследования феномена доверия профессионала к себе, полученные в ходе работы над данной диссертацией внедрены в форме практических рекомендаций по повышению эффективности фельдшера СМП на Станции скорой и неотложной помощи имени А. С. Пучкова города Москвы, на их основе разработана тренинговая программа. И могут быть использованы для обучения в рамках курсов повышения квалификации специалистов помогающих профессий социномического типа.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АХ -аптечное хозяйство

БИТ- бригада интенсивной терапии

ВБ-выездная бригада

ВВБ- врачебная выездная бригада

ВОЗ-всемирная организация здравоохранения

ДГЭ-до госпитальный этап

СМП-скорая медицинская помощь

ССМП- станция скорой медицинской помощи

ФВБ-фельдшерская выездная бригада

ЭМП-Экстренная медицинская помощь

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>).
2. Приказ Минздрава РФ от 26.03.1999 № 100 "О совершенствовании организации скорой медицинской помощи населению Российской Федерации" // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>).
3. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации (Минздравсоцразвития России) от 23 марта 2012 г. №252н г. Москва "Об утверждении Порядка возложения на фельдшера, акушерку руководителем медицинской организации при организации оказания первичной медико-санитарной помощи и скорой медицинской помощи отдельных функций лечащего врача по непосредственному оказанию медицинской помощи пациенту в период наблюдения за ним и его лечения, в том числе по назначению и применению лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты" // СПС КонсультантПлюс (<http://www.consultant.ru/>)
4. Приказ Министерства образования и науки российской федерации от 28 октября 2009 г. № 472 «Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 060101 Лечебное дело // Сайт Министерства образования и науки (<https://минобрнауки.рф/документы/1502>) (дата посещения 11.10.2016).
5. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А. Психология в медицине. Учеб. пособие. – М.: ЛПА «Кафедра – М», 1998. – 272с.
6. Абульханова–Славская К. А. Стратегия жизни / К. А Абульханова–Славская – М.: Мысль, 1991. – 299 с.
7. Аванесов Р. И. Словарь древнерусского языка (XI–XIV вв.) В десяти томах. Т. II: / АН СССР. Ин–т рус.яз.; Гл. ред. Р. И. Аванесов. – М.: Рус. яз., 1989 – 496с.

8. Акимова А. Ю. Доверие к технике в представлении машинистов локомотивов / А. Ю. Акимова // Вестник ННГУ. – 2012. – №1. – С. 376–382.
9. Алдашева А. А. Доверие профессионала к себе в пространстве профессиональной деятельности / А. А. Алдашева // «Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке». – 2016. – № 3 (51). – С. 62–71.
10. Алдашева А. А., Рунец О. В. Доверие профессионала себе как маркер психологической безопасности фельдшера скорой помощи // Социальные и гуманитарные науки на Дальнем Востоке. – 2015. – № 3 (47). – С. 89–97.
11. Алдашева А. А., Рунец О. В. Роль доверия профессионала к себе в деятельности фельдшера скорой медицинской помощи // Вестник Московского государственного областного университета. Серия: Психологические науки. – 2016. – № 2. – С. 42–53.
12. Аллахвердов М.В. ИмPLICITная теория доверия как основа принятия решений / М. В. Аллахвердов // Ананьевские чтения – 2010. Современные прикладные направления и проблемы психологии: Материалы научной конференции. – СПб, 2010. – С. 14–16.
13. Альгин А. П. Риск и его роль в общественной жизни. – М.: Мысль, 1989. – 192 с.
14. Ананьев Б. Г. Избранные психологические труды: Т. 2 / под ред. А. А. Бодалева, Б. Ф. Ломова, Н. В. Кузьминой. // Педагогика, 1980. – 286с.
15. Андреева Г. М., Богомолова Н. Н., Петровская Л.А. Зарубежная социальная психология XX столетия: Теоретические подходы: Учеб. пособие для вузов. — М.: Аспект Пресс, 2002. – 287 с.
16. Антоненко И. В. Доверие: социально–психологический феномен: монография / И. В. Антоненко. – М.: Социум, 2004. – 320 с.
17. Антоненко И. В. Социальная психология доверия: дис. ... доктора психологических наук: 19.00.05. / И. В. Антоненко. – Ярославль, 2006. – 498 с.
18. Антоненко И. В. Социальная психология доверия // Приволжский научный вестник. 2014. – №11–2 (39). – С. 99–104.

19. Анцыферова Л. И. Психологическое содержание феномена субъект и границы субъектно–деятельностного подхода / Л. И. Анцыферова // Проблема субъекта в психологической науке / под ред. А. В. Брушлинского, М. И. Володиковой, В. Н. Дружинина. – М., 2000. – 451 с.
20. Аронсон Э. Общественное животное. Введение в социальную психологию. / пер. с англ С. Рысев – М.: Прайм–Еврознак, 2006. – 416 с.
21. Асмус В. Ф. Кант И. Сочинения. В 6 томах. (1963–1966) / Под общ. ред. В. Ф. Асмуса, А. В. Гулыги, Т. И. Ойзермана. – М.: Мысль, 1966. – Т.6. – 520с.
22. Астанина Н. Б. Особенности феномена доверия у несовершеннолетних правонарушителей мужского пола: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.10 / Астанина Надежда Борисовна. – М., 2011. – 23 с.
23. Астанина Н. Б. Создание и апробация нового личностного опросника «Методика изучения доверия к себе» [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2010. №3. URL: <http://psyedu.ru/journal/2010/3/Astanina.phtml> (дата обращения: 12.11.2015)
24. Базаров Т. Ю., Вашурина Е. Д. Организационно–психологический контекст общения и доверия. Организационная психология. 2014. – №4. – С. 154–158.
25. Байбородов А. Ю. Труд врача: проблема субъект–субъектных отношений / А. Ю. Байбородов // Труд и социальные отношения. – 2008. – N 2. – С. 42–46
26. Балакшин М. Е. Доверие как основание развития деловых партнерских отношений: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Балакшин Михаил Евгеньевич. – М., 2011 – 32 с.
27. Бархударов С. Г. Словарь русского языка 11–17 веков / Под ред. С. Г. Бархударова, Ф. П. Филина, Д. Н. Шмелева и др. – М.: Наука, 1977. – Т 4. – С. 273

28. Бирюков С. Д. Психологические основы классификации специальностей гуманитарного профиля, коллективная монография / А. Н. Воронин, Н. Б. Горюнова, Е. Д. Дорофеев. – М., ПЕРСЭ, 2008. – 235с.
29. Бодалев А. А. Психология общения. Энциклопедический словарь / Под общ. ред. А. А. Бодалева. – М.: Изд-во Когито–Центр, 2011. – 2280с.
30. Бодров В. А. Психология профессиональной пригодности. Учебное пособие для вузов. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 511 с.
31. Бодров В.А. Профессиональная зрелость человека (психологические аспекты) // Феномен и категория зрелости в психологии / Отв. ред. А.Л. Журавлев и Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во ИП РАН, 2007. – С. 174–197.
32. Бойко В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В. Бойко. – М: Инф изд. дом Филинь, 1996. – 472 с.
33. Болучевская В. В. Профессиональное самоопределение будущих специалистов помогающих профессий: Монография. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2010. – 264 с.
34. Болучевская В. В., Павлюкова А. И. Общение врача: вербальная и невербальная коммуникация. (Лекция 2) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2011. – № 2. URL: <http://medpsy.ru> (19.07.2015)
35. Боулби Дж. Привязанность =Attachment: [мать и ребенок]. – М.: Гардарики, 2003. – 477 с.
36. Боханов А. Н. История России с древнейших времен до конца XX века / А. Н. Боханов, М. М. Горинов, В. П. Дмитренко и др. – М.: ООО "Издательство АСТ", 2001. – 608 с.
37. Братченко С. Л. Диагностика личностно–развивающего потенциала: Методическое пособие для школьных психологов // С. Л. Братченко. – Псков, 1997. – 68 с.
38. Братченко С.Л. Экзистенциальная психология глубинного общения . – М: Смысл, 2001. – 197 с.

39. Будич Н. Ю. Уверенность в себе как фактор личностного самоопределения: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01 / Будич Наталья Юрьевна. – Хабаровск, 2005. – 24 с.
40. Вайнер И. В. Субъективная уверенность как фактор решения психофизической задачи // Психология труда в условиях проблемных ситуаций: межвузовский сборник научных трудов. – Саратов: Изд-во Сарат. ун-та, 1996. – С. 185–191.
41. Голубь О. В. Доверие к себе как внутриличностное образование старших подростков : автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.13 / Голубь Оксана Викторовна. – Ростов н/Д, 2004. – 24 с.
42. Горшунова, Н. К. Взаимодействие фельдшера и медицинской сестры общей практики в системе оказания первичной медико–санитарной помощи / Н. К. Горшунова, Н. В. Медведев. // Справочник фельдшера и акушерки, 2010 – № 9 – С.8–14.
43. Дикая Л. Г. Психология саморегуляции функционального состояния субъекта в экстремальных условиях деятельности : Дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03 / Дикая Лариса Григорьевна. – Москва, 2002. – 342 с.
44. Дорофеев В.А. Доверие к преподавателю и усвоение знаний студентами // Когнитивная психология образования: проблемы и перспективы. Материалы всероссийской научной конференции. – Ростов н/Д.: РГПУ, 2006.
45. Дорофеев В. А. Доверие в системе "учитель – ученик" при разных стилях педагогического руководства автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Дорофеев Вадим Алексеевич – Ростов–на–Дону, 1999. – 20с.
46. Дорохова М. С., Пацынко С. В. Как сформировать доверие и сделать фильм кассовым // Менеджер кино, 2007. – № 11. – С.60.
47. Достовалов С. Г. Доверие и самодоверие в структуре представлений об индивидуальности в юношеском возрасте. // Психология и практика. Ежегодник Российского психологического общества. – Ярославль, 1998. – Т.4. – Вып. I. – С. 50–52.

48. Достовалов С. Г. Система доверительных отношений как детерминанта восприятия индивидуальности в юношеском возрасте: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Достовалов Сергей Григорьевич. – Ростов–на–Дону, 2000. – 24с.

49. Жалагина Т.А. Реализация компетентностного подхода в профессиональной деятельности как условие самореализации и самоактуализации личности учителя // Психология труда и управления в современной России: организация, руководство и предпринимательство. – Тверь: ТвГУ, 2014. – 292 с.

50. Жалагина Т. А. Психологическая профилактика профессиональной деформации личности преподавателя вуза : Дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.03, 19.00.07 : Тверь, 2004 – 309 с.

51. Жмуров, В. А. Большая энциклопедия по психиатрии / В. А. Жмуров. – 2–е изд. – М. : Джангар, 2012. – 864 с.

52. Журавлев, А. Л. Психология управленческого взаимодействия: теоретические и прикладные проблемы: монография / А. Л. Журавлев. – Москва : Институт психологии РАН, 2004. – 476 с.

53. Заболотная Г. М. Феномен доверия и его социальные функции / Г.М. Заболотная // Вестн. РУДН. Сер. Социология. – М.: Вестник РУДН, 2003. – № 1 (4) – 67с.

54. Занковский А. Н. Психология деловых отношений: учебно–методическое пособие / А. Н. Занковский. – М.: Евразийский открытый институт, 2008. – 383 с.

55. Зеер, Э. Ф. Акмеологические основы профессионального развития личности / Э. Ф. Зеер // Акмеология профессионального образования: материалы III региональной научно–практической конференции, 14–15 марта 2006 г., г. Екатеринбург / Рос. гос. проф.–пед. ун–т, Урал. отд–ние Рос. акад. образования. – Екатеринбург, 2006. – С. 60–65.

56. Зинченко В. П. Психология доверия. / В. П. Зинченко. – М.: Энергия, 2001. – 68–72с.

57. Иванова, Е. М. Психология профессиональной деятельности [Текст]: учебное пособие / Е. М. Иванова. — М.: Когито-Центр 2011. — 336 с
58. Ильин Е. П. Психология доверия / Е. П. Ильин. — СПб. [и др.]: Питер, 2013. — 288 с.
59. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2011. — С. 358–366
60. Ильин Е. П. Психология риска / Е. П. Ильин. — СПб: Питер, 2012. — 286 с.
61. Ильин Е. П. Психология помощи: альтруизм, эгоизм, эмпатия / Е. П. Ильин. — СПб: Питер, 2013. — 304 с.
62. История создания службы скорой помощи (2018) // Сайт Мэра Москвы [http:// https://www.mos.ru/news/item/39725073/](http://https://www.mos.ru/news/item/39725073/) Просмотрено: 17.05.2018
63. Климов Е. А. Человек как субъект труда и проблемы психологии // Вопросы психологии, 1984. — № 4. — С.5 – 14
64. Климов, Е. А. Психология профессионального самоопределения / Е. А. Климов. — М.: Академия, 2004 — 304 с.
65. Ключко В. Е., Галанжинский Э.В. Самореализация личности: системный взгляд / Под ред. Г. В. Залевского. — Томск: Издательство Томского университета, 1999. — С.64–72
66. Коляну Н. Эмпирическая психотерапия. Теория. Наблюдения. Практика. — Ростов н/Д.: Феникс, 2004 — 284с.
67. Конопкин О. А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъектного развития // Вопросы психологии. 2004. —№ 2. — С. 127–35.
68. Константинова Т. В. Связь коммуникативного взаимодействия в диаде «врач–больной» с социально–психологическими качествами личности врача // Известия ПГПУ. Научные и учебно–методические вопросы. Сектор молодых ученых: Межвузовский сборник научных работ. — Пенза: ПГПУ, 2006. — №2 (4).

69. Кораблина Е. П. Субъект помогающей деятельности как предмет психологического исследования // Психологические проблемы самореализации личности. – 2000. – Вып. 4. – С. 147–154.

70. Корнилова Т. В. Психология риска и принятия решений (учебное пособие). – М.: Аспект Пресс, 2003 – 286 с.

71. Корнилова Т. В. Принцип неопределенности в психологии выбора и риска // Психологические исследования. 2015. – Т. 8, – № 40. – С. 3. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.11.2017).

72. Коуз Р. Очерки об экономической науке и экономистах / пер. с англ. М. Марков; науч. ред. Д. Расков. – М.; СПб: Изд-во Института Гайдара; Изд-во "Международные отношения"; Факультет свободных искусств и наук СПбГУ, 2015. – 288 с.

73. Купрейченко А. Б. Психология доверия и недоверия / А. Б. Купрейченко. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 562с.

74. Купрейченко, А. Б. Доверие и недоверие технике и социотехническим системам: постановка проблемы и обоснование подхода к исследованию // Ученые записки ИМЭИ. 2012 – Т. 2. – № 1. – С. 126–137.

75. Купрейченко, А. Б. Доверие и недоверие технике и социотехническим системам: постановка проблемы и обоснование подхода к исследованию // Ученые записки ИМЭИ. 2012 – Т. 2. – № 1. – С. 126-137.

76. Купрейченко А. Б., Шляхова Е. В. Медиадovere как интегрированный социально–психологический феномен // Знание. Понимание. Умение. 2013. – № 1. – С. 191–196.

77. Кучеренко В. З. Организационно–управленческие проблемы рисков в здравоохранении и безопасности медицинской практики / В. З. Кучеренко, Н. В. Эккерт // Вестник Российской академии медицинских наук – 2012. – № 3. – С.4–9.

78. Лабунская В. А. Психология затрудненного общения: Теория. Методы. Диагностика. Коррекция: Учеб. пособие для студ. высш. учеб.

заведений / В. А. Лабунская, Ю. А. Менджерицкая, Е. Д. Бреус. — М.: Издательский центр «Академия», 2001. — 288 с.

79. Лабунская В. А. Психология личности. Учебное пособие / под ред. проф. П. Н. Ермакова, проф. В. А. Лабунской. — М.: Эксмо, 2007 — 653с.

80. Липатов А. А. Правильное общество / А. А. Липатов; под ред. Ю. В. Веселова. — Санкт–Петербург: Питер, 2015. — 254 с.

81. Ломов. Б. Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии / Б. Ф. Ломов. — М.: Наука, 1984. — С.132–140.

82. Магазаник Н. А. Искусство общения с больными: научное издание / Н. А. Магазаник. — М.: Медицина, 1991. — 110с.

83. Марцинковская Т.Д. Детская практическая психология: учебник. — М: Гардарики, — 2000. — 255 с.

84. Мещеряков Б. Г Большой психологический словарь/ Б. Г Мещеряков, В. П. Зинченко. — М.: Прайм–Еврознак, 2003 — С.129–130

85. Моргун В. Ф. Проблема периодизации развития личности в психологии: учебное пособие / В. Ф. Моргун, Н. Ю. Ткачева. — М.: Изд–во Московского университета, 1981. — 84 с.

86. Моросанова В. И. Опросник «Стиль саморегуляции поведения» (ССПМ): руководство. — М.: Когито–Центр, 2004. — 44с.

87. Моросанова В.И., Аронова Е.А. Самосознание и саморегуляция поведения. - М.: Изд-во "Институт психологии РАН", 2007. - 214 с.

88. Моросанова В.И., Бондаренко И.Н. Диагностика саморегуляции человека. М.: Когито-Центр, 2015. — 304 с.

89. Муздыбаев, К. К. Психология ответственности / К. К. Муздыбаев. — М.: Либроком, 2010. — 248с.

90. Мэтисон Дж. Создание и поддержание доверия в организации / Психология современного лидерства: Американские исследования. — М.: Когито–Центр, 2007. — С.47–51.

91. Мясищев В. Н. Психология отношений Избранные психологические труды/ В. Н. Мясищев; под ред. А. А. Бодалева. – Москва – Воронеж: Институт практической психологии, Воронеж: НПО <МОДЭК> 1995. – С.131–145
92. Нартова–Бочавер С. К. Психологическое пространство личности. Монография. — М.: Прометей, 2005– 312 с.
93. Насиновская Е. Е. Вопросы мотивации личности с позиций деятельностного подхода/ Е. Е. Насиновская // Психология в вузе. – 2003. – № 1–2. – С.216–226.
94. Нестик Т. А. Групповые факторы обмена знаниями в российских организациях // Приволжский научный вестник. 2014. – №11–2 (39). – С.158–163
95. Нестик Т. А. Социально–психологическая детерминация группового отношения к времени. Авто–реф. дис. ... д–ра психол. наук 19.00.05. – М.: ИПРАН, 2015. –26с.
96. Ницше Ф. Полное собрание сочинений: В 13 томах / Пер. с нем. В. Бакусева, Л. Завалишиной и др.; общ. ред. И. А. Эбаноидзе // Ин–т философии. – М.: Культурная революция, 2005. –Т 9. – С. 620.
97. Норт Д. К. Институты, институциональные изменения и функционирование экономики. — М.: Фонд экономической книги «Начала», 1997. — 180с.
98. Обознов А. А., Акимова А. Ю. Доверие человека технике как фактор надежности профессиональной деятельности // Знание. Понимание. Умение. 2013. № 2. С. 225–231.
99. Ожегов С. И. Большой толковый словарь русского языка / С. И. Ожегов, Н. Ю. Шведова. – М.: «Азъ», 1992. – Т5. – 660 с.
100. Оксфордский толковый словарь по психологии / Под ред. А. Ребера: в 2–х тт: Т.1. / Пер. с англ. Чеботарева Е.Ю. — М.: Вече АСТ, 2003. — 592.
101. Осницкий А.К. Проблемы исследования субъектной активности // Вопр. психол. 1996. N 1. С. 5–19.

102. Падун М. А., Котельникова А. В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф–Бульман // Психол.журн. – 2008. – Т.29. – № 4. – С.98–106.
103. Панов А.В., Хасикян К.Г. Возложение на фельдшера (акушерку) функций лечащего врача // Правовые вопросы в здравоохранении. 2012. – № 12. – С. 84–95
104. Пантилеев С. Р. Методика исследования самоотношения / С. Р. Пантилеев – М.: Смысл, 1993. – 29 с.
105. Пантилеев С. Р. Самоотношение как эмоционально–оценочная система: руководство / С. Р. Пантеев – М.: Изд–во Моск. ун–та, 1991. – 100 с.
106. Переверзева И. А. Проблема доверия в сфере бизнеса // Иностранная психология. 2000. № 12. С. 84–93.
107. Перлз Ф. Эго, голод и агрессия / Ф. Перлз. – М.: Смысл, 2000. – 318 с.
108. Петровский В. А. Феномены субъективности в развитии личности. – Самара: Изд–во Самар. ун–та 1997. – 102 с.
109. Платонов, К.К. О системе психологии / К.К. Платонов. – М.: Мысль, 1972 – 216с.
110. Поддьяков А.Н. Неопределенность в решении комплексных проблем. В кн.: Болотова А.К. (Гл. ред.) Человек в ситуации неопределенности. – М.: ТЕИС, 2007. – С. 177–193.
111. Позняков В. П. Региональные и гендерные особенности доверия российских предпринимателей к различным видам организаций // Экономическая психология в России и Беларуси / Под ред. А.Л. Журавлева, В.А. Поликарпова. – Минск: Экономпресс, 2007. – С. 274–297.
112. Позняков, В. П. Психологические отношения индивидуальных и групповых субъектов совместной экономической деятельности. — М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2018 — 530с.
113. Пономаренко В. А. Нравственное небо / В. А. Пономаренко; Междунар. акад. проблем человека в авиации и космонавтике, РАО РФ, НИИЦ авиац. косм. медицины. – М. : [б. и.], 2010. – 536 с.

114. Почебут Л. Г. Социальная психология. – СПб.: Питер, 2017. — 436 с.
115. Преображенский А. Г. Этимологический словарь русского языка: в 2 т. /А. Г. Преображенский. – М.: Изд-во ГИС, 1959. – 717 с.
116. Пухарева Т. С. Значение доверия в деловых отношениях / Т. С. Пухарева // Социокультурные проблемы современного человека. – Новосибирск, 2009. – Ч. II. – С. 155–158.
117. Рассадина Т. А. Доверие к средствам массовой информации в условиях «общества риска» (на примере российских провинциальных городов) / Т. А. Рассадина // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. – 2012. – № 1 (21). – С. 61–70.
118. Реан А. А. Психология изучения личности: Учеб. пособие. — СПб., Изд-во Михайлова В. А., 1999. — 288 с.
119. Рейковский Я. Экспериментальная психология эмоций / Я. Рейковский; пер. с польск. В. К. Вилюнаса; общ.ред. О. В. Овчинниковой. – М.: Прогресс, 1979. – 392 с.
120. Роджерс К. Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. / К. Р. Роджерс. – М.: Издательская группа «Прогресс», «Универс», 1994. – 480с.
121. Ромек В.Г. Уверенность в себе как социально-психологическая характеристика личности. Дис. . канд. психол. наук. – Ростов н/Д: Изд-во РГУ, 1997. – 242 с.
122. Рубинштейн С. Л. Человек и мир. Проблемы общей психологии. / С. Л. Рубинштейн. – М.: Педагогика, 1973. – С. 255–385
123. Руководство по скорой медицинской помощи / под ред. С.Ф. Багненко, А.Л. Верткина, А.Г. Мирошниченко, М.Ш. Хубутя. М.: "ГЭОТАР–Медиа", 2006. 783 с.
124. Рунец О. В. Апробация личностного опросника Н.Б. Астаниной «Методика изучения доверия к себе» // Социальная психология и общество. 2015. Т. 6. № 4. С. 170–182.

125. Рутковский Б. А. Понятие доверия в марксистской этике: автореф. дис. канд. филос. наук / Б. А. Рутковский; ин-т философии – Киев: ин-т философии, 1967. – 21 с.
126. Рябова Т. В. Особенности системного принятия решения начинающими и опытными врачами / Т. В. Рябова // Неврологический вестник, 2011. – № 2. – С.54–57.
127. Сарджвеладзе Н. И. Личность и ее взаимодействие с социальной средой. – Тбилиси: "Мецниереба", 1989 – С. 67–82.
128. Сафонов В.С. Особенности доверительного общения: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1978,– 168 с.
129. Сафонов В.С. О психологии доверительного общения // Проблемы общения в психологии / Под ред. Б.Ф. Ломова. – М.: Наука, 1981. – 277 с.
130. Селигман М. Новая позитивная психология: Научный взгляд на счастье и смысл жизни / Пер. с англ. – М.: Издательство «София», 2006. – 368 с.
131. Селигмен А. Проблема доверия / пер. с англ. И. Мюрберг, Л. Соболевой. – М.: Идея Пресс, 2002. – 200с.
132. Скворцова В. И. Поздравление Министра В. И. Скворцовой с Днем медицинского работника // Сайт Министерства здравоохранения РФ (<https://www.rosminzdrav.ru/news/2017/06/16/5629-pozdravlenie-ministra-veroniki-skvortsovoy-s-dnem-meditsinskogo-rabotnika>) (дата обращения 24.06.2017).
133. Скопылатов И. А. Управление персоналом: Учеб. пособие для студентов вузов / И. А. Скопылатов, О. Ю. Ефремов. – СПб.: Изд-во Смольн. ун-та, 2000. – 399 с.
134. Скотникова И. Г. Экспериментальное исследование уверенности в решении сенсорных задач // Психологический журнал. 2005. – Т. 26. – № 4. – С. 41–56.
135. Скрипкина Т. П. Доверие в социально – психологическом взаимодействии / Под ред. Т. П. Скрипкиной. Ростов–н/Д, 2006. – 326с.

136. Скрипкина Т. П., Тутова Е.А Доверие в структуре профессиональной компетентности учителя // Российский психологический журнал. – 2008. – Т. 5. – № 1. – С. 45–51.
137. Скрипкина Т. П. Психология доверия: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений /Т. П. Скрипкина – М.: Академия, 2000 – 264с.
138. Столин В. В. Самосознание личности / В. В. Столин. – М.: Изд-во Моск. Ун-та, 1983 – 186с.
139. Суходольский Г. В. Основы психологической теории деятельности / Г. В. Суходольский. – 2-е изд. – М.: URSS, 2008. – 164с.
140. Татарко А. Н. «Социально-психологический капитал личности в поликультурном обществе». Автореф. дис. ... д-ра психол. наук 19.00.05. М.: ИПРАН, 2015. – 28с.
141. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков – Л.: Медицина, 1984. –192с.
142. Тённис Ф. Общность и общество: Основные понятия чистой социологии / Пер. с нем. Д. В. Скляднева. – СПб., 2002. – 448с.
143. Токарева С. Б. Институциональное доверие в образовательном пространстве / С. Б. Токарева, О. В. Голубь // Фундаментальные исследования. 2014. – № 11–8. – С. 1860–1863.
144. Токарева С. Б., Голубь О. В. Деформация институционального доверия в современном образовательном пространстве: причины и проявления // Вестник ВолГУ. Серия 7: Философия. Социология и социальные технологии. 2015. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/deformatsiya-institutsionalnogo-doveriya-v-sovremennom-obrazovatelnom-prostranstve-prichiny-i-proyavleniya> (дата обращения: 18.04.2018).
145. Толочек В. А. Современная психология труда: Учебное пособие. – СПб.: Питер, 2005. – 479 с.
146. Уколова Ю. С. Категории «вера» и «доверие» – семантика различий /Ю.С. Уколова // Наука. Релігія. Суспільство. 2008. – №2. – 192–200с.

147. Фасмер М. Этимологический словарь русского языка. В 4-х т., т. 1 / М. Фасмер; пер. с нем. – М.: Прогресс, 1964. – 562 с.
148. Фатхи О. Г. Доверие как фактор повышения адаптационных возможностей в экстремальных ситуациях: Дис. ... канд. психол. наук: 19.00.05: Ростов н/Д, 2003. – 218 с.
149. Фиалко В. А. Проблемы тактики на догоспитальном этапе. Диагностические и тактические ошибки в работе скорой медицинской помощи. – Екатеринбург.: ГУЗО СМП, 1992. – 50 с.
150. Фиалко В.А. Тактика в лечебно–диагностической работе выездных бригад СМП. Учебно–методическое пособие /В.А. Фиалко – Екатеринбург, МУ «ССМП», УГМА, 2011. – 45 с.
151. Фиалко В. А. Анализ и экспертная оценка медицинских ошибок на догоспитальном этапе / В.А. Фиалко, И.Б. Пушкарев, А.В. Бушуев, Ф.Д. Ваисов. – Екатеринбург.: ГУЗО СМП, 2012. – 44 с.
152. Франкл В. Э. Человек в поисках смысла / В. Э. Франкл. пер. с англ. и нем. Д. А. Леонтьева, М. П. Папуша, Е. В. Эйдмана. М.: Прогресс, 1990. – 368 с.
153. Фукуяма Ф. Доверие: социальные добродетели и путь к процветанию / пер. с англ. Д. Павлова, В. Кирющенко, М. Колопотин. – М.: ООО «Издательство АСТ»: ЗАО НПП «Ермак», 2004. – 730с.
154. Хабургаев Г. А. Старославянский язык: учеб.пособие для студентов пед ин–тов по спец. "Русс. яз. и лит." / Г.А. Хабургаев – 2–е изд., перераб, и доп. – М.: Просвещение,1986. – 288с.
155. Хараш А. Психология одиночества / А. Хараш // Педология. 2000. – №4. – С. 7–16.
156. Хашченко В. А. Психология экономического благополучия. – М.: Изд–во «Институт психологии РАН», 2012. – 432 с.
157. Хекхаузен Х. Мотивация и деятельность – 2–е изд. – СПб.: Питер; М.: Смысл, 2003. – 860с.

158. Хорни К. Самоанализ / К. Хорни; пер. с англ. А. М. Боковой. – 3-е изд. – М.: Академический Проект, 2009. – 208с.
159. Хрусталеv Ю. М. Биоэтика. Философия сохранения жизни и сбережения здоровья: учебник. – М.: Изд-во: ГЭОТАР— Медиа. 2013 — 980с.
160. Черных П. Я. Историко-этимологический словарь современного русского языка. В 2-х томах. – М.: Изд-во: Русский язык, 1993. – Том I: А–Пантомима. – 624 с.
161. Чеснокова И. И. Проблема самосознания в психологии. / И. И. Чеснокова // Ин-т психологии АН СССР. – М: Наука, 1977. – 144 с.
162. Шадриков Психология деятельности и способности человека: Учебное пособие, 2 – е изд., перераб. и доп. М.; Издательская корпорация "Логос", 1996. 320 с.
163. Шанский Н.М. Этимологический словарь русского языка. – М.: Изд-во Московского университета, 1963 – Т. 1. – вып. 1 (А. Описание) – 198 с.
164. Шафоростов А. И. Вера как условие самоидентификации: Монография. – Иркутск: Изд-во ИрГТУ, 2007. – 248 с.
165. Шелехов К. К. Фельдшер скорой помощи / К. К. Шелехов, Э. В. Смолева, Л. А. Степанова; под ред. Б. В. Карабухина. Изд. 7-е – Ростов н/Д: Феникс, 2009. – 477с.
166. Шибутани Т. Социальная психология / пер. с англ. В.Б. Ольшанского. – Ростов н/Д.: Феникс, 1999. – 539 с.
167. Шихирев П. Н. Взаимное доверие как основа деловой этики / П. Н. Шихирев // Доверие – ключ к успеху экономических реформ (материалы круглого стола). – М.: Ин – т экономики РАН ,1998. – 208 с.
168. Шихирев П. Н. Современная социальная психология/ П. Н. Шихирев. – М.: ИП РАН, 1999. – 448с.
169. Шо Р. Б. Ключи к доверию в организации: Результативность, порядочность, проявление заботы. – М.: Дело, 2000. – 272с.
170. Шостром Э. Человек-манипулятор. Внутреннее путешествие от манипуляции к актуализации = Man, the Manipulator: The Inner Journey from

Manipulation to Actualization. — М.: Апрель–Пресс, Психотерапия, 2008.— 192 с.

171. Щербаков Е. П. Уверенность как состояние, свойство и качество // Психология личности и деятельности спортсмена. – М.: ПДОЛИФК, 1981. – С. 51–60.

172. Штомпка П. Доверие – основа общества / П. Штомпка. – М.: Логос, 2012. – 543с.

173. Штроо В. А. Экспериментальное изучение роли доверия в развитии партнерских отношений в бизнесе / В. А. Штроо, М. Е. Балакшин // Организационная психология [Электронный журнал]. – 2012. – №2. – С. 2–21

174. Шутц В. Глубокая простота. Основы жизненной философии. – М. Файндер 2007. – 248 с.

175. Эмерсон Р. Нравственная философия. – Мн.: Харвест, М.: АСТ, 2001. – 384 с.

176. Эмерсон Р. О доверии к себе / Р. Эмерсон. – М.: Типография Вильде, 1900. – 20с.

177. Эннс Е. А. Психологическая характеристика помогающих профессий [Текст] / Е. А. Эннс // Современная психология: материалы междунар. заоч. науч. конф. (г. Пермь, июнь 2012 г.). – Пермь: Меркурий, 2012. – С. 92–93.

178. Эриксон Э. Детство и Общество. – Изд. 2–е, переработанное и дополненное/ / Э. Эриксон, пер. Алексеева А.А. – СПб.: "Речь. – 2002. – 235 – 259.

179. Яковенко С. И. Психологические условия формирования у трудновоспитуемых подростков доверия к педагогам: автореф. дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / Сергей Иванович Яковенко. – 1983. – 18с.

180. Яровинский М. Я. Лекции по курсу "Медицинская этика" (биоэтика): курс лекций. Вып.2 / М.Я. Яровинский; Моск. мед. акад. им. И.М.Сеченова. – М.: Медицина, 2001. – 254 с

181. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций/ Б.А. Ясько – Ростов–на–Дону, Феникс 2005. – С. 123.

182. Ясько Б. А. Организационная психология здравоохранения: персонал, лидерство, культура: монография / Б. А. Ясько; М-во образования и науки Российской Федерации, Кубанский гос. ун-т. – Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2013. – 298 с.
183. Arrow K.J. *The Limits of Organization*. – New York: Norton, 1974. – P. 26.
184. Baier A. Trust and antitrust // *Ethics*. – 1985. – Vol. 96. – P. 231 – 260.
185. Bailey T. On Trust and Philosophy // *The philosophy of trust (Reith Lectures 2002: A question of trust)*. – Режим доступа: <http://www.open2.net/trust/downloads/docs/ontrust.pdf>.
186. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control* – W.H. Freeman and Company, Stanford University, 1997. – 604 p.
187. Barber B. *The Logics and Limits of Trust*, New Brunswick. New Jersey: Rutgers University Press, 1983.
188. Batson C. D. & Ventis W. L. *The religious experience: A social-psychological perspective*. – New York: Oxford University Press; Main, R. (2007), 1982. – 256 p.
189. Brammer, L. M., & MacDonald, G. (2003). *The helping relationship: Process and skills (8th ed.)*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon.
190. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth // *Developmental Psychology*. 1992. Vol. 28. P. 759– 775
191. Dasgupta P. «Trust as a Commodity» in D. Gambetta, [ed.], *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, Basil Blackwell., 1988– 175p
192. Erikson E. H. *Identity youth and Crisis*. – N.Y.: Norton, 1968. pp.103– 104
193. Giddens A. *The Consequences of Modernity*. – Stanford, CA: Stanford University Press, 1990. – 186 p.
194. Govier T. An epistemology of trust. // *International journal of moral and social studies*. – V.8, № 2 (Summer, 1993). – pp.155–174
195. Hart, Keith ‘Kinship, Contract, and Trust: The Economic Organization of Migrants in an African City Slum’, in Gambetta, Diego (ed.) *Trust: Making and*

Breaking Cooperative Relations, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, 2000. – Chapter 6. – pp. 176–193.

196. Harris J. On Trust, and Trust in Indian Business: Ethnographic Exploration // Working Paper Series. L.: LSE, 2002. – № 02–35.

197. Jourard, S. M. Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self. New York: Wiley, 1971.

198. Kramer R.M. Trust and distrust in organizations: Emerging perspectives, enduring questions // Annual Review of Psychology. 1999. Vol. 50. P. 569–598.

199. Lee J., Moray N. Trust, self-confidence, and operators' adaptation to automation // International Journal of Human-Computer Studies. 1994. V. 40. P. 153–184.

200. Luhmann N. Trust and Power. – John Wiley & Sons Inc 1982. – 228c.

201. Luhmann N. (2000) 'Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives', in Gambetta, Diego (ed.) Trust: Making and Breaking Cooperative Relations, electronic edition, Department of Sociology, University of Oxford, chapter 6, pp. 94–107 URL:<[http:// www.sociology.ox.ac.uk /papers/ luhmann 94-107.pdf](http://www.sociology.ox.ac.uk/papers/luhmann94-107.pdf)

202. Mayer R. C., Davis J. H., Schoorman F. D. An integrative model of organizational trust // Academy of Management Review. 1995. Vol. 20. P. 709–734.

203. McAllister D.J. Affect- and cognition-based trust as foundations for interpersonal cooperation in organizations // Academy of Management J. 1995. Vol. 38. P. 24–59.

204. Miller J. Trust: The Moral Importance of an Emotional Attitude // Practical Philosophy. – 2000. – Vol. 3.3. – P. 45 – 54.

205. Montague E.N.H, Winchester W.W, Kleiner B.M. Trust in Medical Technology by Patients and Health Care Providers in Obstetric Work Systems. Behaviour & information technology. 2010; 29(5): 541–554. doi:10.1080/01449291003752914.

206. Moreland R.L., Levine J.M. Socialization and Trust in Work Groups Group // Processes & Intergroup Relations. 2002. Vol. 5(3). P. 185–201.

207. Muir B.M. Trust in automation. Part 1. Theoretical Issues in the study of trust and human intervention in automated systems // *Ergonomics*. 1994. V. 37. P. 1905–1922.
208. Riegelman R. K. *Minimizing Medical Mistakes, The Art of Medical Decision Making*, Boston/Toronto/London, 1991. – 204 p.
209. Rogers C. *On Personal Power: Inner Strength and Its Revolutionary Impact*. Trans–Atlantic Publications, 1977.
210. Rosanvallon P. *Counter–Democracy: Politics in an Age of Distrust*. Cambridge: Cambridge University Press, 2008. pp. 1–27.
211. Rotter J. B. Interpersonal trust, trustworthiness, and gullibility // *American Psychologist*. 1980. Vol. 35. P. 1. p7.
212. Rotter J. B. Generalized expectancies for interpersonal trust. // *American psychologist*. V.26 (1971). P.443–452.
213. Kramer R. M., Cook K. S. *Trust and distrust in organizations: Dilemmas and approaches* // New York: Russell Sage Foundation, 2007. – Series on Trust (Book 7) – 393pp.
214. Simmel G. *The Sociology of Georg Simmel/ Transl Kurt H. Wolff*. N. Y.: Free Press, 1950. – 445 p.
215. School W. *Gruppenarbeit: Die Kluft zwischen sozialpsychologischer Theoriebildung und organisationspsychologischer Anwendung* // *Gruppendynamic*. 1997. Vol. 28. № 4. S. 381–403.
216. Shockley–Zalabak P., Ellis K., Winograd G. Organizational trust: What it means, why it matters // *Organization Development J*. 2000. Vol. 18. P. 35–48.
217. Stiglitz J. *Making Globalization Work* // W. W. Norton & Company. 2006
218. Swanson J. L, Fouad N. A. *Career Theory and Practice: Learning Through Case Studies* –SAGE Publications, Inc (CA) – 2014
219. Super D. E. *Vocation development*. –N.Y., 1957.
220. Yamagishi T., Yamagishi M. Trust and commitment in the United States and Japan// *Motiv. Emot*.1994. V. 18. P. 129–166.

221. Ullmann–Margalit E. (2002). Trust out of distrust. *The journal of philosophy*, 99(10), P. 532–548
222. Jaspers K. *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin: Julius Springer, 1919, – 433pp.

Классификация выездных бригад СМП

Общепрофильные		Специализированные				
Врачебные	Фельдшерское	анестезиологии реанимации, в т. ч. педиатрические	психиатрические	педиатрические	экстренные консультативные	авиамедицинские
1.врач СМП, фельдшер СМП и водитель. 2.врач СМП, медицинская сестра (медицинский брат) и водитель 3.врач СМП, фельдшер СМП, фельдшер СМП или медицинская сестра (медицинский брат) и водитель.	1.два фельдшера СМП и водитель, 2.фельдшер СМП, медицинская сестра (медицинский брат) и водитель.	врач-анестезиолог-реаниматолог и две медицинские сестры-анестезисты, водитель	1.врач-психиатр, фельдшер СМП, санитар, водитель, 2.врач-психиатр, медицинская сестра (медицинский брат), санитар и водитель	1.врач-педиатр, фельдшер СМП, водитель, 2.врач-педиатр, медицинская сестра (медицинский брат), водитель	врач-специалист отделения экстренной консультативной СМП медицинской организации, фельдшер СМП или медицинская сестра (медицинский брат), водитель	врач СМП или врач анестезиолог-реаниматолог, фельдшер СМП и (или) медицинская сестра-анестезист

**Рабочая классификация факторов, способствующих возникновению
диагностических и тактических ошибок (В.А. Фиалко, 1991,
с коррекцией – 1998 г., 2002 г., 2003 г., сокращенный вариант)***

Факторы	Индексация степени влияния на ошибки	
	тактические	диагностические
I группа		
Факторы, неизбежно приводящие к возникновению ошибок (12,1 %) 1. Работа не по специальности. 2. Профессиональное несоответствие должности. 3. Искаженная информация о болезни: а) со стороны больного; б) другого врача; в) вследствие артефакторов или ошибочной интерпретации клинической информации, инструментальных и лабораторных исследований.	+++	+++
II группа		
Факторы, предрасполагающие к возникновению ошибок (87,9 %) 1. Ситуационные (25,0 %)	+++	++
2. Гносеологические (трудности распознавания болезней) (32,0%):	++	+++
3. Психологические (13,0%), (связанные с особенностями личности больного, характерологическими особенностями врача в сочетании со специфическими условиями оказания экстренной помощи):	+++	+++
4. Методологические (8,0%), (применение ошибочных или неприемлемых для данного медицинского учреждения принципов и методов установления диагноза и принятия тактических решений), связанные с методологией преподавания в вузе, дефектами инструктажа или усвоения материала.	+	+++
5. Этапные (4,2%) (связанные с ошибками врача предшествующего этапа (другой бригады или другого лечебного учреждения) или с дефектами в работе других служб (этапов СМП).	+	+
6. Организационно-методические (13,7%) (внедрение новых организационных форм работы СМП-АСУ; стандартизация, функционирование в новых экономических условиях и др.).	+	(+-)
7. Этико-деонтологические (4,0%) (конфликтные ситуации на вызове, в бригаде, в приемном покое), связанные в т.ч. с нарушениями требований “информированного добровольного согласия” пациента на медицинское вмешательство.	++	(+-)

* К помощи “Классификации могут прибегнуть практические врачи как к своеобразной лоции, ограждающей их от возможных ошибочных действий (в таблицу внесены исправления и дополнения, 1996-2000).

Бланк методики диагностики направленности личности в общении
(«НЛО»-А) (С.Л. Братченко, 1997)

ФИО _____

Инструкция и текст опросника. «Представьте, пожалуйста, что Вам необходимо обсудить со знакомым человеком (или, например, с другом, с деловым партнером и т.п.) важную для вас обоим проблему. Ниже описаны различные варианты поведения в подобной ситуации. Вам предлагается выбрать тот вариант, который в наибольшей степени соответствует предпочитаемому Вами стилю общения с людьми. Однако предложенные пять вариантов не исчерпывают всего многообразия возможных форм поведения в общении. Поэтому, если ни один из описанных вариантов не соответствует Вашему представлению об общении, то сформулируйте свой вариант и впишите его под номером 6. Старайтесь отвечать искренне; помните, что здесь нет и не может быть «хороших» или «плохих» ответов, важно лишь то, чтобы они отражали Ваше мнение».

1. Чтобы собеседник правильно понял меня . . .

1. – я должен говорить о том, что его волнует и интересует
2. – у него должна быть одинаковая со мной точка зрения.
3. – главное, чтобы он хорошо разобрался в обсуждаемом вопросе.
4. – я должен говорить то, что ему понятно и с чем он согласен.
5. – я не всегда буду стараться достичь этого.
6. - . . .

2. Я ожидаю от собеседника . . .

1. – четкой и твердой позиции.
2. – согласия со мной.
3. – какой-либо пользы для себя.
4. - участия в решении деловых вопросов.
5. – открытости, готовности принять мою помощь.
6. - . . .

3. То, что чувствует и переживает собеседник . . .

1. – я принимаю близко к сердцу.
2. – может влиять на мое поведение.
3. – может представлять интерес.
4. – не должно мешать делу.
5. – не следует показывать окружающим.

6. - . . .

4. Я хотел бы, чтобы собеседник занимал в общении со мной позицию . .

1. – удобную для меня.
2. – все равно какую.
3. – лидера.
4. – сочувствующего слушателя.
5. – удобную для него.

6. - . . .

5. Доверие собеседника ко мне . . .

1. - не имеет существенного значения для дела.
2. - нужно, если мне важен этот человек.
3. – должно быть полным.
4. – сделает общение более спокойным и легким.
5. – мне очень дорого, и я буду стараться оправдать его.

6. - . . .

6. Если в общении между нами назревает конфликт, собеседник ...

1. – должен уступить.
2. - может рассчитывать на мою готовность помочь, уступить.
3. – не должен делать того, чего я не хочу.
4. – пусть лучше займется делом.
5. – должен его не допустить.

6. - . . .

7. Когда собеседник меня не понимает . . .

1. – значит, я плохо объясняю и должен ему помочь.
2. – я должен выслушать его точку зрения.
3. – меня это не волнует, если не мешает делу.
4. – я прекращаю с ним общаться.
5. – я буду ему объяснять, если мне это надо.

6. - . . .

8. Для меня важно, чтобы в общении со мной собеседник исходил из . .

1. – моих интересов.
2. – желания не обострять отношения.

3. – того, что приятно для меня.
4. – того, что его волнует.
5. – интересов дела.
6. - . . .

9.Если собеседник перестает меня слушать . . .

1. – меня это не волнует.
2. – я обижаюсь и прекращаю разговор.
3. – значит, в этом виноват я.
4. – я пробую повлиять на него по-другому.
5. – я буду слушать его.
6. - . . .

10.Мне нравится такое общение, когда . . .

1. – оно проходит спокойно, и я согласен с собеседником.
2. – я получаю от него пользу.
3. – я чувствую, что нужен собеседнику.
4. – есть практический результат.
5. – когда я получаю удовольствие.
6. - . . .

11.Чтоб я правильно понял собеседника . . .

1. – он должен быть моим единомышленником.
2. – надо меньше разговоров, а больше дела.
- 3.– я должен согласиться с его точкой зрения.
- 4.– надо внимательно за ним наблюдать.
- 5.– мне надо полностью сосредоточиться на его проблемах.
- 6.- . . .

12.Я считаю правильным, если собеседник ожидает от меня . .

1. - согласия.
2. – того, что я намерен ему предложить.
3. – ничего не ожидает.
4. – помощи, участия.
5. – четкой и твердой позиции.
6. - . . .

13. То, что я чувствую и переживаю . . .

1. – зависит от переживаний собеседника.
2. – не должно быть заметно собеседнику.
3. – не должно мешать делу.
4. – должно быть важно для партнера, и он тоже должен переживать.
5. – не должно беспокоить собеседника.
6. - . . .

14. Я стараюсь занять в общении позицию . . .

1. – удобную для собеседника.
2. – все равно какую.
3. – сочувствующего слушателя.
4. – удобную для меня.
5. – лидера.
6. - . . .

15. Доверять собеседнику . . .

1. – можно только в очень редких случаях (если в этом есть смысл).
2. – надо, если это в интересах дела.
3. – можно, если его позиция убедительна.
4. – можно, если наши взгляды совпадают.
5. – надо, потому что это поможет ему.
6. - . . .

16. Если в общении назревает конфликт, я . . .

1. - займусь делом.
2. – постараюсь его сгладить.
3. – буду действовать в соответствии со своими интересами.
4. – уступлю, чтобы помочь собеседнику.
5. – буду доказывать свою правоту.
6. - . . .

17. В общении я исхожу из . . .

1. – стремления утвердить свою точку зрения.
2. – желания получить максимум пользы для себя.
3. – необходимости решить проблемы другого человека, помочь ему.

4. – необходимости избежать конфликта.
5. – интересов дела.
6. - . . .

18. Когда я не понимаю собеседника . . .

1. – меня это не беспокоит.
2. – я очень переживаю и ищу свою ошибку.
3. – пересматриваю свою точку зрения.
4. – значит, он плохо объясняет.
5. – буду стараться понять, если мне это надо.
6. - . . .

19 .Для меня главная цель общения . . .

1. – помочь, поддержать собеседника.
2. – решить деловой вопрос.
3. – получить удовольствие.
4. – избежать конфликта.
5. – извлечь какую-нибудь пользу.
6. - . . .

20 .Если я считаю, что собеседник не прав, то . . .

1. – я теряю к нему интерес.
2. – думаю, что могу ему помочь.
- 3.– буду добиваться того, чтобы он признал и исправил свою ошибку
4. – не буду обострять ситуацию.
5. – это меня не беспокоит, это его проблема.
6. - . . .

«КЛЮЧ» к опроснику.

№вопроса	Варианты ответов					
	1	2	3	4	5	6
1	Ал	Ав	И	К	М	
2	К	Ав	М	И	Ал	
3	Ал	К	М	И	Ав	
4	М	И	К	Ав	Ал	
5	И	М	Ав	К	Ал	
6	Ав	Ал	М	И	К	
7	Ал	К	И	Ав	М	
8	М	К	Ав	Ал	И	
9	И	Ав	Ал	М	К	
10	К	М	Ал	И	Ав	
11	Ав	И	К	М	Ал	
12	К	М	И	Ал	Ав	
13	Ал	М	И	Ав	К	
14	К	И	Ал	М	Ав	
15	М	И	К	Ав	Ал	
16	И	К	М	Ал	Ав	
17	Ав	М	Ал	К	И	
18	И	Ал	К	Ав	М	
19	Ал	И	Ав	К	М	
20	М	Ал	Ав	К	И	

ИНТЕРВЬЮ**Приложение 4**

ФИО _____

1. Для меня « доверие профессионала к себе» - это

2. Доверие к себе как профессионалу позволяет мне в работе

3. Через сколько лет работы Вы поняли, что доверяете себе как профессионалу:

А) 1-3 года; Б) 3-7 лет; В) 7-10 лет; Г) более 10 лет

4. Опишите тактику ваших действий в типичной ситуации (есть описания тактики действия в алгоритмах оказания помощи)

5. Опишите тактику ваших действий в нетипичной ситуации (сложный случай, нет описания тактики действия в алгоритмах оказания помощи)

6. Я чаще доверяю себе в ситуации когда

7. Для меня, как профессионала обратится за помощью к коллегам (начальству, консультация других специалистов узкого профиля с «центра»)- это

8. Перечислите действия, помогающие Вам установить доверительные отношения с пациентом

Обычно я слежу за _____

Обычно мне важно чтобы _____

Обычно я часто _____

Обычно я стараюсь _____

Практика показывает, что _____

9. Поделитесь Вашими наблюдениями, какие тактики поведения обычно применяют пациенты, чтобы расположить Вас к себе

Сравнительный анализ групп с разным уровнем доверия к себе по стажу и возрасту

	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum - Group Ф2	U	Z	Rank Sum - Group Ф2	Rank Sum - Group Ф3	U	Z	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum - Group Ф3	U	Z
Возраст	1079.00	1696.00	615.00	0.32*	1737.50	890.50	539.50	0.68*	813.50	671.50	529.50	0.75*
Стаж работы	1016.50	1758.50	610.50	-0.37*	1747.50	880.50	529.50	0.80*	801.00	684.00	333.00	0.53*

*Примечание: * $p > 0,1$, U – Манна – Уитни, Z – нормальная аппроксимация статистики Манна – Уитни для больших выборок. Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе*

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ТАБЛИЦЫ ГРУППЫ С ВЫСОКИМ ЛИЧНОСТНЫМ УРОВНЕМ ДОВЕРИЯ К СЕБЕ

	Манипулятивная направленность (НЛО)	Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	Самоуверенность (МИС)	Зеркальное «Я» (МИС)	Самоценность (МИС)	Самопривязанность (МИС)	Конфликтность (МИС)	Самообвинение (МИС)	Доверие к себе	Образ Я (ШБУ)
Манипулятивная направленность (НЛО)	1.00	0.14	0.21	0.08	0.15	0.07	-0.63*	-0.08	0.23	0.20
Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	0.14	1.00	-0.06	0.48*	0.60*	0.22	-0.40**	-0.49	0.28	0.40**
Самоуверенность (МИС)	0.21	-0.06	1.00	0.36	0.36	0.28	-0.10	-0.10	0.64*	0.51*
Зеркальное «Я» (МИС)	0.07	0.48*	0.36	1.00	0.71*	0.46**	-0.25	-0.24	0.31	0.47**
Самоценность (МИС)	0.15	0.60*	0.36	0.71*	1.00	0.51*	-0.32	-0.35	0.27	0.58*
Самопривязанность (МИС)	0.07	0.22	0.28	0.46**	0.51*	1.00	-0.29	-0.48*	0.14	0.46**
Конфликтность (МИС)	-0.63*	-0.40**	-0.10	-0.25	-0.32	-0.29	1.00	0.49*	-0.15	-0.41**
Самообвинение (МИС)	-0.08	-0.49*	-0.10	-0.24	-0.35	-0.48*	0.49*	1.00	-0.12	-0.48*
Доверие к себе	0.23	0.28	0.64*	0.31	0.27	0.14	-0.15	-0.12	1.00	0.41**
Образ Я (ШБУ)	0.20	0.40**	0.51*	0.47**	0.58*	0.46**	-0.41**	-0.48*	0.41**	1.00

Примечание: * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ТАБЛИЦЫ ГРУППЫ СО СРЕДНИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНЫМ ДОВЕРИЯ К СЕБЕ

	Альтруистическая направленность (НЛО)	Индифферентная направленность (НЛО)	Манипулятивная направленность (НЛО)	Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	Уровень Эмпатии	Саморуководство (МИС)	Самоценность (МИС)	Социальная ответственность	Доверие к себе	Суверенность Ценности	Доброта мира (ШБУ)	Образ Я (ШБУ)	Убеждение о контроле (ШБУ)
Альтруистическая направленность (НЛО)	1.00	-0.56*	-0.68*	0.14	0.23	0.17	-0.04	0.39*	0.02	-0.05	0.77*	-0.16	-0.09
Индифферентная направленность (НЛО)	-0.56*	1.00	0.27	0.13	-0.35**	0.03	-0.22	-0.24	-0.05	-0.01	-0.49*	-0.06	-0.13
Манипулятивная направленность (НЛО)	-0.68*	0.27	1.00	-0.31**	-0.25	-0.42*	-0.05	-0.39*	-0.16	0.07	-0.59*	0.01	0.00
Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	0.14	0.13	-0.31**	1.00	0.04	0.52*	0.26	0.44*	0.03	-0.11	0.11	0.14	0.29
Уровень Эмпатии	0.23	-0.35**	-0.25	0.04	1.00	0.02	0.37**	0.17	0.07	0.05	0.41*	0.43*	0.09
Саморуководство (МИС)	0.17	0.03	-0.42*	0.52*	0.02	1.00	0.16	0.15	-0.02	-0.02	0.27	0.06	0.07
Самоценность (МИС)	-0.04	-0.22	-0.05	0.26	0.37**	0.16	1.00	0.33**	-0.13	0.00	0.02	0.40*	0.41*
Социальная ответственность	0.39*	-0.23	-0.39*	0.44*	0.17	0.15	0.33**	1.00	0.36**	0.18	0.32**	0.07	0.14
Доверие к себе	0.02	-0.05	-0.16	0.03	0.07	-0.03	-0.13	0.36**	1.00	0.39*	0.20	0.22	-0.01
Суверенность Ценности	-0.05	-0.01	0.07	-0.11	0.05	-0.02	0.00	0.18	0.39*	1.00	-0.06	0.30**	0.16
Доброжелательность	0.77*	-0.49*	-0.59*	0.11	0.41*	0.27	0.02	0.32**	0.20	-0.06	1.00	0.06	-0.07

мира (ШБУ)													
Образ Я (ШБУ)	-0.16	-0.06	0.01	0.14	0.43*	0.06	0.40*	0.07	0.22	0.30**	0.06	1.00	0.36**
Убеждение о контроле (ШБУ)	-0.09	-0.13	0.00	0.29	0.09	0.07	0.41*	0.14	-0.01	0.16	-0.07	0.36**	1.00

Примечание: * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

КОРРЕЛЯЦИОННЫЕ ТАБЛИЦЫ ГРУППЫ С НИЗКИМ УРОВНЕМ ЛИЧНОСТНЫМ ДОВЕРИЯ К СЕБЕ

	Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	Открытость (МИС)	Самоуверенность (МИС)	Саморуководство (МИС)	Зеркальное «Я» (МИС)	Самоценность (МИС)	Самопринятие (МИС)	Самопривязанность (МИС)	Внутренняя конфликтность (МИС)	Самообвинение (МИС)	Социальная ответственность	Убеждения о контроле (ШБУ)
Общий уровень саморегуляции (ССПМ)	1.00	0.04	0.49**	-0.05	0.32	0.48**	-0.05	-0.07	-0.41**	-0.40**	0.50*	0.21
Открытость (МИС)	0.04	1.00	0.35	0.51*	0.31	0.05	0.24	0.61*	-0.20	-0.65*	0.11	0.02
Самоуверенность (МИС)	0.49**	0.35	1.00	0.52*	0.52*	0.24	0.07	0.07	-0.55*	-0.62*	0.36	0.51*
Саморуководство (МИС)	-0.05	0.51*	0.52*	1.00	0.40**	-0.05	0.15	0.20	-0.33	-0.52*	0.10	0.32
Зеркальное «Я» (МИС)	0.32	0.31	0.52*	0.40**	1.00	0.43**	0.37	0.32	-0.40**	-0.52*	0.32	0.42**
Самоценность (МИС)	0.48**	0.05	0.24	-0.05	0.43**	1.00	0.27	0.03	-0.36	-0.42**	0.42**	0.40**
Самопринятие (МИС)	-0.04	0.24	0.07	0.15	0.37	0.27	1.00	0.35	-0.20	-0.50*	0.17	0.17
Самопривязанность (МИС)	-0.07	0.61*	0.07	0.20	0.32	0.03	0.35	1.00	-0.14	-0.45**	-0.00	-0.05
Конфликтность (МИС)	-0.41**	-0.20	-0.55*	-0.33	-0.40**	-0.37	-0.20	-0.14	1.00	0.51*	-0.27	-0.63*
Самообвинение (МИС)	-0.40**	-0.65*	-0.62*	-0.52*	-0.52*	-0.42**	-0.50*	-0.45**	0.51*	1.00	-0.40**	-0.44**
Социальная ответственность	0.50*	0.11	0.36	0.10	0.32	0.42**	0.17	-0.00	-0.26	-0.40**	1.00	0.23

Убеждения о контроле (ШБУ)	0.21	0.02	0.51*	0.32	0.42**	0.40**	0.17	-0.05	-0.63*	-0.44**	0.23	1.00
----------------------------	------	------	-------	------	--------	--------	------	-------	--------	---------	------	------

Примечание: * $p < 0,01$; ** $p < 0,05$

Результаты сравнения групп с разным уровнем личностного доверия к себе по критерию U-Манна -Уитни

	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum – GroupФ3	U	Z	Rank Sum - Group Ф2	Rank Sum – Group Ф3	U	Z
Моделирование ССПМ	902.00	583.00	232.00	2.28**	1883.00	745.00	394.00	2.40**
Гибкость ССПМ	889.00	596.00	245.00	2.06**	1909.00	719.00	368.00	2.70*
Общий уровень саморегуляции ССПМ	905.50	579.50	228.50	2.34**	1876.50	751.50	400.50	2.31**
Эмоциональный канал	655.50	829.50	249.50	-1.98**	1486.00	1142.00	405.00	-2.26**
Самоуверенность МИС	996.50	488.50	137.50	3.92*	1963.50	664.50	313.50	3.33*
Самообвинение МИС	586.50	898.50	180.50	-3.18*	1401.50	1226.50	320.50	-3.25*
Убеждения о контроле ШБУ	955.50	529.50	178.50	3.21*	1929.50	698.50	347.50	2.94*
Качество работы	923.50	561.50	210.50	2.66*	1941.00	687.00	336.00	3.07*
Стратегии кол-во	922.00	563.00	212.00	2.63*	1970.00	658.00	307.00	3.41*
Справедливость мира ШБУ	904.00	581.00	230.00	2.32**	1900.50	727.50	376.50	2.60*
Ориентация на ситуацию	893.00	592.00	241.00	2.13**	1908.00	720.00	369.00	2.68*
	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum – GroupФ3	U	Z	Rank Sum – Group Ф1	Rank Sum – Group Ф2	U	Z
Программирование ССПМ	923.00	562.00	211.00	2.65*	1272.50	1502.50	421.50	2.48**

Самопривязанность МИС	949.50	535.50	184.50	3.11*	1331.00	1444.00	363.00	3.13*
Саморуководство МИС	909.00	576.00	225.00	2.40**	1347.50	1427.50	346.50	3.31*
Социальная ответственность	908.50	576.50	225.50	2.40**				
Открытость МИС	900.50	584.50	233.50	2.26**				
	Rank Sum - Group Ф1	Rank Sum – GroupФ2	U	Z	Rank Sum – Group Ф2	Rank Sum – Group Ф3	U	Z
Индифферентная направленность НЛО	1235.50	1539.50	458.50	2.07**				
Суверенность Ценности	839.50	1935.50	433.50	-2.35**	1957.00	671.00	320.00	3.26*
Ориентация на другого					1887.00	741.00	390.00	2.44**

*Примечание: * - $p < 0,01$; ** $p < 0,05$, U – Манна – Уитни, Z – нормальная аппроксимация статистики Манна – Уитни для больших выборок. Ф1 группа (N=28) – с высоким показателем доверия к себе; Ф2 группа (N=46) – со средним показателем доверия к себе; Ф3 группа (N=26) – с низким показателем доверия к себе.*

Индивидуально-личностные характеристики групп с разным уровнем оценки качества работы

Показатели шкал	1	2	U	Z	2	3	U	Z	1	3	U	Z
Манипулятивная направленность (НЛО)					890,5	1320,5	362,5	-2,33***				
Саморуководство (МИС)									1335,5	1010,5	415,5	1,99***
Самоценность (МИС)									1387,0	959,0	364,0	2,62**
Самоуверенность (МИС)					1252,0	959,0	364,0	2,35***				
Суверенность ценности (СПП)					1236,5	974,5	379,5	2,15***	1339,5	1006,5	411,5	2,04***
Эмоциональный канал эмпатии (ДЭС, Бойко)	1349,0	862,0	334,0	2,75**					1370,0	976,0	381,0	2,42***
Интуитивный канал эмпатии (ДЭС, Бойко)	1372,5	838,5	310,5	3,04**					1343,0	1003,0	408,0	2,08***
Общий уровень эмпатии (ДЭС, Бойко)	1303,0	908,0	380,0	2,11***					1377,5	968,5	373,5	2,51***
Доверие к себе					1320,5	890,5	295,5	3,19**	1402,5	943,5	348,5	2,81**
Доброжелательность мира (ШБУ)									1340,5	1005,5	410,5	2,05***
Образ «Я» (ШБУ)									1365,0	981,0	386,0	2,35***
Убеждения о контроле (ШБУ)					1279,5	931,5	336,5	2,70**	1347,5	998,5	403,5	2,14***
Удача (ШБУ)									1343,5	1002,5	407,5	2,09***

Примечание. * $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,05$, U – Манна – Уитни, Z – нормальная аппроксимация статистики Манна – Уитни для больших выборок. 1 группа (N=34) – с высоким показателем качества работы; 2 группа (N=32) – со средним показателем качества работы; 3 группа (N=34) – с низким показателем качества работы от 0 до –5.

Результаты проверки кластерного анализа методом древовидной кластеризации

