

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ  
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Сизова Лариса Александровна

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-  
ЛИЧНОСТНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Специальность: 19.00.01. –  
общая психология, психология личности и история психологии

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Научный руководитель:  
доктор психол. наук, профессор  
Ясько Б.А.

Краснодар-2015

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ .....	5
ГЛАВА I. ПРОБЛЕМА САМОРЕАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ .....	21
1.1. Самореализация как процесс и движущая сила развития личности .....	23
1.1.1 Современные концепции самореализации личности .....	23
1.1.2 Потребностная сфера и ее связь с тенденциями самореализации .....	26
1.1.3 Направленность и ценностно-нравственные ориентиры личности .....	37
1.2. Личность как субъект жизни: самореализация, самодетерминация, саморазвитие .....	44
1.3. Субъектно-личностные предикторы самореализации .....	54
1.3.1 Социальная адаптация в системе маркеров самореализации личности .....	54
1.3.2 Личностно-профессиональная идентичность как условие самореализации субъекта в пространстве профессиональной бытийности .....	60
1.3.3 Индивидуальный стиль жизни и деятельности как инструментальный аспект профессионально-личностной самореализации .....	64
<i>Резюме по главе I</i> .....	73
ГЛАВА II. ПРОГРАММА И ИНФРАСТРУКТУРА ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ .....	77
2.1. Обоснование цели и концепции исследования .....	77
2.2. Методы и организационные формы исследования .....	82
2.2.1 Описание основных методов эмпирического исследования .....	82

2.2.2	Совокупная выборка и этапы исследования .....	92
ГЛАВА III. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ		
ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ		
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК СУБЪЕКТА КЛИНИЧЕСКОЙ И		
УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .....		
		94
3.1.	Потребности, мотивы, нравственные ориентации и их взаимосвязь с социальной адаптацией и субъектной репрезентацией клинической медицинской сестры .....	94
3.1.1.	Взаимосвязи системы потребностной сферы, субъектно-личностной направленности и социальной адаптации медицинской сестры .....	94
3.1.2.	Психологические маркеры межличностной репрезентации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения .....	110
3.1.3	Базовая модель личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения .....	118
3.2.	Личность медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности в многопрофильном лечебном учреждении .....	123
3.2.1.	Потребности, мотивы и их взаимосвязь с социальной адаптацией и перфекционистскими тенденциями медицинской сестры-менеджера .....	126
3.2.2.	Маркеры субъектной репрезентации медицинской сестры – менеджера: психологическая модель личности .....	133
3.3.	Психологические маркеры профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения .....	151
3.3.1.	Ресурсная модель профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения .....	152
3.3.2.	Движущие силы профессионально-личностной	

самореализации клинической медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения .....	162
3.3.3 Движущие силы профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности .....	166
<i>Выводы по главе III</i> .....	175
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	181
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ .....	186

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** В непрерывном становлении личности саморазвитие и самосовершенствование являются ключевыми процессами. Активное, последовательное, позитивное качественное изменение личности, которое является результатом не внешних воздействий, а ее собственных усилий составляет суть данных процессов. Осуществление возможностей развития «Я» через самосовершенствование ведет к самореализации личности, сбалансированному и гармоничному раскрытию всех ее аспектов, противодействию развитию дезадаптаций (Э.В. Галажинский, 2002; П.П. Горностай, 1990; Л.А. Корастылева, 2000, 2001, 2005; О.А. Конопкин, 2004; В.Е. Орел, 2005). Самореализация есть проявление субъектных тенденций личностного роста. Человек как субъект способен распоряжаться своими ресурсами и благодаря этому строить свои отношения с миром (С.Л. Рубинштейн, 2003; А.В. Брушлинский, 1999, 2001). Активность, самодетерминация, саморегуляция, саморазвитие, самосовершенствование – ключевые характеристики личности как субъекта жизни (А.В. Брушлинский, 2001; С.Л. Рубинштейн, 2002; В.В. Знаков, 2008). Самореализация обретается в ходе работы по преодолению себя, выхождения за пределы собственного Я в социокультурном пространстве (Ю.Н. Ворожко, 2004). Такая философская интерпретация самореализации с точки зрения психологии данного процесса означает важность понимания пространств субъектного бытия, в которых личность реализует свои мотивационные тенденции (З.И. Рябикина, 1995, 2005). Обращение к категории «бытие» как психологическому феномену, позволяет исследовать экзистенциальные аспекты самореализации личности в жизненных пространствах и модусах ее бытийности (Л.Н. Ожигова, 2006; Г.Ю. Фоменко, 2006).

В психологических публикациях последних лет самореализация личности рассматривается преимущественно как процесс и результат достижения субъектом вершин творческой, профессиональной,

профессионально-педагогической деятельности (А.А. Григорьева, 2013; Д.В. Егоров, 2007; Е.Ф. Коломиец, 2010; Д.М. Логунцова, 2008; А.А. Мишин, 2013; Ю.В. Фастовцева, 2013; Е.А. Фролова, 2004). Особое место отводится рефлексивным механизмам самореализации в процессе деятельности (А.В. Карпов, 2004); консультационному процессу, психологическому сопровождению самореализации личности, в частности, в профессиональном, карьерном росте (Н.В. Ключева, 2006, 2007; Н.В. Ключева, Л.Я. Дорфман, 2008).

В психологии в целом и в психологии личности, в частности, исследуется феномен индивидуального стиля как типичной для конкретного человека системы психологических средств, к которым он прибегает, чтобы реализовать свою целостную индивидуальность в соответствии с требованиями выполняемой деятельности, культуры и эпохи (В.И. Моросанова, 2004). Подход, представленный в работах В.С. Мерлина и развитый затем в ряде последующих исследований, системообразующим фактором преодоления жизненных трудностей определяет индивидуальный стиль жизнедеятельности (деятельности). Благодаря формированию индивидуального стиля жизнедеятельности и самопрезентации, личность компенсирует и преодолевает отрицательное влияние каких-либо индивидуальных свойств, образуя индивидуально своеобразную систему социальной адаптации. Сегодня широко известны понятия: «индивидуальный стиль деятельности» (Е.А. Климов, 2003; В.А. Толочек, 2013; Б.А. Ясько, 2004 и др.); «индивидуальный стиль саморегуляции» (О.А. Конопкин, 2004; В.И. Моросанова, 2004, 2011). Однако психологическая практика ставит перед исследователями задачу выявить психологические механизмы индивидуальных стилей, формирующихся у личности в других сферах ее самореализации, в частности, все большую актуальность приобретает проблема индивидуальности в лидерском поведении. Вопрос о том, под влиянием каких внешних (средовых) и внутренних (личностных) детерминант формируется индивидуальный лидерский, управленческий

стиль, остается до конца не исследованным, несмотря на активный поиск, предпринимаемый отечественными и зарубежными психологами (А.Н. Занковский, 2013; Н.В. Ключева, 2006, 2007; Б.А. Ясько, 2013; R. Blake, J. Mouton, 1969, 1982 и др.)

Стремление максимально идентифицироваться с идеальным образом «Я», сохраняя и улучшая при этом собственную индивидуальность и стиль, является направляющей силой развивающегося специалиста в области помогающих профессий (Б.А. Ясько, 2005). За последние годы имели место исследования, в которых рассмотрены различные аспекты психологии личности медицинской сестры различных сфер деятельности, и на разных этапах профессионально-личностного становления. В исследовании Е.Б. Алексеевой рассмотрены субъектно-личностные детерминанты становления менеджера сестринского дела (Е.Б. Алексеева, 2007). В работах Б.А. Ясько (1996, 2001 и др.) анализируются движущие силы личностного и профессионального развития клинической медицинской сестры в многоуровневом образовательном пространстве. Особое место в ряде исследований отводится выявлению факторов риска развития дезадаптационных состояний медицинских работников, формированию стрессоустойчивости и совладающего поведения (Н.Е. Водопьянова, 2014; А.Б. Рогозян, 2012; А. А. Чазова, 2003 и др.). Вместе с тем следует отметить, что активное развитие многопрофильных лечебных учреждений, усложнение стандартов профессиональной деятельности медицинской сестры, с одной стороны, и текучесть сестринских кадров, дефицит высоко профессионально и психологически компетентных специалистов сестринского дела – с другой, обуславливают высокую востребованность исследований, призванных обозначить пути достижения медицинскими сестрами социальной адаптации, идентификации с ведущей деятельностью и, как результат, – достижения самореализации в пространствах индивидуального и профессионального бытия. Следствием такого анализа, на наш взгляд, должны стать расширение

емкости личностных смыслов идентификации субъектов с профессией, оптимизация процессов, обуславливающих самореализацию личности.

**Цель** проводимого исследования состояла в установлении психологических детерминант профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения

**Объект** исследования: процесс профессионально-личностной самореализации.

**Предмет** исследования: субъектно-личностные качества медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения и их детерминирующее влияние на процесс профессионально-личностной самореализации

В исследовании проходила проверку эмпирическая **гипотеза**: психологическими детерминантами профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности выступает комплекс качеств субъектно-личностной сферы во взаимодействии с ресурсами социально-профессионального пространства профессиональной бытийности. Взаимодействие субъектных интенций и средовых ресурсов реализуется в активности личности в виде мотивационного комплекса, образуемого совокупностью специфически выраженных потребностей.

В процессе исследования оформилась дополнительная рабочая гипотеза: профессионально-личностная самореализация клинических медицинских сестер, обладающих средне-высокими показателями социальной адаптации, с высокой вероятностью обращается на карьерное продвижение в сферу менеджерской деятельности.

Реализация поставленной цели предполагала решение ряда теоретических, организационных и эмпирических **задач**:

*Теоретические задачи.*

- 1) провести анализ сложившихся в современной психологии подходов к исследованию человека как активного субъекта жизни и



профессиональной деятельности, проблемы самореализации личности;

- 2) на основе проведенного теоретического анализа сформулировать теоретическую основу и методологическую схему экспериментального исследования;
- 3) теоретически обосновать результаты эмпирического исследования, определить их теоретическую новизну и значимость для психологии личности.

*Организационные задачи:*

- 1) сформировать экспериментальную базу и репрезентативную эмпирическую выборку, обеспечивающую достоверность полученных результатов исследования, определить содержание, организационные формы и условия реализации экспериментальной работы;
- 2) определить совокупность методических средств и пакет психодиагностических методик, адекватных теоретико-методологическим основам исследования, его цели, гипотезе, объекту и предмету.

*Эмпирические задачи:*

- 1) обосновать базовую модель личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения на основе выделенных взаимосвязей мотивационно-потребностной сферы, состояния социальной адаптации, нравственных ориентаций и маркеров субъектной репрезентации;
- 2) по данным сравнительного анализа обосновать психологические маркеры профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения и представить в виде ресурсной модели психологические детерминанты этого процесса;

- 3) выделить движущие силы профессионально-личностной самореализации клинической медицинской сестры и медицинской сестры-менеджера многопрофильного лечебного учреждения;
- 4) определить психологические основания карьерного продвижения клинических медсестер в сферу менеджерской деятельности.

**Теоретические и методологические основы исследования.** В качестве теоретической основы исследования приняты теории и концепции субъектного, субъектно-деятельностного, субъектно-бытийного (К.А. Абульханова, А.А. Брушлинский, В.В. Знаков, Е.А. Климов, С.Л. Рубинштейн, З.И. Рябикина, Б.А. Ясько и др.), субъектно-ресурсного (Н.Е. Водопьянова, К. Муздыбаев) подходов; культурно-историческая концепция развития личности (Л.С. Выготский, А.Г. Асмолов; Д.Б. Эльконин); концепции самоактуализации (А. Маслоу, К. Роджерс) и самореализации личности (Ю.Н. Ворожко, Э.В. Галажинский, А.Л. Журавлев, Л.А. Корастылева, Н. С. Пряжников); индивидуального жизненного стиля (К.А. Абульханова-Славская, Т.Я. Решетова, В.А. Толочек), концептуальные положения психологии личности в медицинских профессиях (Н.Д. Творогова, Б.А. Ясько, Е.Р. Миронова).

Методологические основы исследования: общефилософские принципы единства и взаимосвязи явлений материального, социального мира и мира психических явлений; общепсихологические принципы взаимозависимости человека, деятельности, общества (А.Н. Леонтьев, Е.А. Климов, В.Д. Шадриков); субъектно-бытийного анализа процессов самореализации личности (В.В. Знаков, З.И. Рябикина, Г.Ю. Фоменко), психологического моделирования личности (Б.А. Ясько).

**Методы исследования.** В работе использован комплекс методов научного исследования, а также совокупность приемов и операций (методик), обеспечивших достижение поставленной цели, реализацию задач, сравнимость результатов и обоснованность выводов: теоретический анализ психологических источников по исследуемой проблеме; психодиагностика;

методы качественного и количественного анализа эмпирических данных, включавшие использование стандартного пакета Excel, пакета статистических программ «SPSS-20». Применен пакет психодиагностических методик опросного и бланочного типа (всего 10).

Психодиагностика проводилась с применением следующих методик: Опросника на выявление потребностной сферы (опросник Ш. Ричи, П. Мартина); Опросник «Оценка уровня социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р. Даймонд); Многомерная шкала перфекционизма (П. Хьюитт, Г. Флетт; адаптация И.И. Грачевой); Методики изучения профессиональной идентичности Л.Б. Шнейдер; Индекс социальной фрустрированности» Л.И. Вассермана; Методика оценки доверия личности другим людям (А.Б. Купрейченко); Методика оценки уровня и параметров демонстрируемой лояльности сотрудника к организации (Е.С. Белимова); Экспресс-методика оценки отношения менеджеров к соблюдению нравственных норм (А.Б. Купрейченко); проективная методика «Карьерные отношения личности» (Е.В. Снегова); Опросника для определения индивидуального лидерского стиля Р. Блейка и Дж. Мутон («Управленческая решетка»).

**База исследования:** 20 клинических отделений Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «НИИ – Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края. Выборку клинических медицинских сестер составили 216 человек, все лица женского пола. В группу медсестер – менеджеров вошли 20 старших медицинских сестер этих же отделений. Таким образом, совокупная выборка исследования составила 236 человек.

**Этапы исследования.** Исследование проводилось с 2011 года и прошло несколько этапов. На первом этапе (2011 год) решались организационные задачи, и определялось проблемное поле исследования.

На втором этапе (2012 год) основное внимание было направлено на изучение разработанности проблемы самореализация личности в современной психологии и на получение психодиагностических данных. В

результате была определена теоретико-методологическая основа исследования, началось обобщение психодиагностического материала.

На третьем этапе (2013 год) активизировался процесс апробации результатов исследования, проводилась эмпирических интерпретация данных, проверялась основанная гипотеза, сформулирована дополнительная рабочая гипотеза.

Четвертый, заключительный этап (2014 год) состоял в завершении экспериментальной работы, подведении ее итогов, определения степени обоснованности выдвинутых гипотез и решения поставленных задач. Завершался процесс апробации. Формулировались положения, выносимые на защиту, определялась новизна и практическая значимость полученных в исследовании результатов.

**Достоверность полученных результатов и обоснованность сделанных выводов.** *Теория* исследования построена на апробированных психологическим сообществом концепциях, раскрывающих психологию самоактуализации и самореализации личности (Ю.Н. Ворожко, Э.В. Галажинский, А.Л. Журавлев, Л.А. Корастылева, Н.В. Ключева, Н. С. Пряжников, А. Маслоу, К. Роджерс); индивидуального жизненного стиля (К.А. Абульханова-Славская, В.А. Толочек); ресурсного подхода в психологии личности (Л.А. Александрова, В.А. Бодров, Н.Е. Водопьянова); мотивационных, ценностно-нравственных основ самореализации и социальной адаптации личности (Н.Г. Гаранян, Е.П. Ильин, А.Б. Купрейченко); профессиональной идентичности как частного проявления личностной идентичности (Е.П. Ермолаева, Л.Б. Шнейдер, Дж. Марсиа); психологического моделирования личности (Б.А. Ясько). *Идея работы базируется* на запросе психологической теории и практики в определении научно обоснованных путей развивающего воздействия на личность; в развитии сложившихся подходов к интерпретации психологических детерминант самореализации личности, достижения субъектности в пространстве ее профессиональной бытийности. *Применялись* сравнения

результатов, полученных в процессе эмпирического исследования, с опубликованными данными других исследователей по проблеме личностного становления субъектов помогающих профессий, в частности, медицинских работников; индивидуального жизненного стиля; социальной адаптации; мотивационной, нравственной направленности личности; влияния субъектных качеств личности на ее профессиональную и жизненную активность. Полученные результаты согласуются с данными других исследований по отдельным аспектам анализируемой проблемы. *Использованы* методы сбора, обработки, интерпретации эмпирических данных, соответствующие современным требованиям к психологическому исследованию. Сформированная совокупная выборка репрезентативна и адекватна цели исследования.

**Научная новизна исследования.** На основе общепсихологических принципов взаимозависимости человека, деятельности, общества, концепций субъектно-бытийного анализа процессов самореализации личности, психологического моделирования личности введено понятие *мотивации социально-профессионального признания* как базового комплекса потребностей, в котором интегрируются стремления личности к достижению социально-профессионального статуса, адекватного роли медицины в системе современных общественных отношений. Выделена совокупность потребностей, структурирующих данный комплекс (в востребованности; в завоевании признания со стороны других людей; в хороших условиях, четком структурировании и в интересной работе; в достойном материальном вознаграждении).

Расширено понятие психологических детерминант профессионально-личностной самореализации, определением его как комплекса личностных качеств, выступающих в роли движущих сил субъектного развития личности. Эмпирически обосновано, что психологическим маркером профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного

лечебного учреждения является показателем среднего и высокого уровней социальной адаптации личности.

Получила эмпирическую верификацию концепция психологического моделирования личности. Введено понятие базовой и ресурсной моделей личности. Базовая модель определена как совокупность субъектно-личностных качеств, обуславливающих процесс самореализации личности. На примере анализа личности клинической медицинской сестры установлены факторы, детерминирующего влияния на процесс самореализации. Показано, что это влияние имеет как позитивный, так и «барьерный» векторы. Позитивными являются факторы: «мотивационного "ядра" личности медицинской сестры»; «позитивной профессиональной идентичности»; «повышенного перфекционизма». Барьерами профессионально-личностной самореализации являются факторы: «сниженной социальной адаптации»; «фрустрированных социальных потребностей и кризисной профессиональной идентичности».

Ресурсная модель личности – эмпирический конструкт, включающий «внешние» и «внутренние» ресурсы профессионально-личностной самореализации. На основе методологии субъектно-бытийного подхода в психологии личности показано, что внешние ресурсы являются социальным контекстом, определяющим особенности пространства профессиональной бытийности медицинской сестры. Центральное место в нем занимает сформированность у руководителей сестринских служб индивидуального лидерского стиля «Авторитет – сотрудничество». Внутренние ресурсы – группа субъектно-личностных качеств, детерминирующих позитивный вектор процесса профессионально-личностной самореализации: мотивация социально-профессионального признания; средний уровень общего перфекционизма и его парциальных компонентов; умеренно выраженная организационная лояльность.

Внесен вклад в развитие концепции организационного лидерства. Обоснована психологическая модель личности медицинской сестры –

менеджера, включающая инвариантные, специфические и вариативные качества. Показано, что инвариантными являются качества, в равной мере свойственные для клинических и старших медицинских сестер; специфические – это качества, являющиеся общими для медицинских сестер как субъектов менеджерской деятельности; вариативные качества имеют два вида. Первый составляют качества, определяющие личностные особенности, медсестер – менеджеров с преобладанием индивидуального лидерского стиля «Авторитет – сотрудничество». Вторые – качества, установленные для личности, обладающей индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – подчинение».

**Теоретическая значимость работы.** В исследовании получили развитие современные теоретические концепции: личности как субъекта жизни и деятельности; самореализации личности в социально-профессиональном пространстве ее субъектной бытийности; потребностей и мотивов как движущих сил профессионально-личностной самореализации; влияния мотивации на деятельность; личностной и профессиональной идентичности; психологического моделирования личности; индивидуального жизненного стиля; организационного лидерства; перфекционизма личности в помогающих профессиях; нравственных основ межличностного взаимодействия.

#### **Практическая значимость и внедрение результатов исследования.**

Разработанные психологические модели (базовая и ресурсная модель личности клинической медицинской сестры; психологическая модель личности медицинской сестры – менеджера) применяются в развивающей работе с сестринским персоналом многопрофильного лечебного учреждения, что способствует укреплению профессионального корпуса среднего медицинского персонала, обеспечению условий для самореализации личности. Выделенные движущие силы (детерминанты) профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности являются ориентиром в подборе и дальнейшей

подготовке кадрового резерва старших медицинских сестер, что подтверждается справкой о внедрении результатов исследования в практику Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «НИИ – Краснодарская краевая клиническая больница № 1 им. проф. С.В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края.

Сформированный пакет психодиагностических методик может быть рекомендован для применения в консультационно-развивающей работе на разных этапах профессионального и жизненного пути медицинской сестры.

### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Психологические детерминанты профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности – это комплекс качеств, выступающих в роли движущих сил самореализации и развития личности. Ведущую роль в процессе профессионально-личностной самореализации выполняет мотивация социально-профессионального признания – базовый комплекс потребностей, в котором интегрируются стремления личности к достижению социально-профессионального статуса, адекватного роли медицины в системе современных общественных отношений. Мотивация социально-профессионального признания объединяет потребности: в востребованности; в завоевании признания со стороны других людей; в хороших условиях, четком структурировании и в интересной работе; в достойном материальном вознаграждении. Психологическим маркером профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения является показатель среднего и высокого уровней социальной адаптации.

2. Взаимосвязанная совокупность субъектно-личностных качеств, обуславливающих процесс самореализации клинической медицинской сестры, может быть представлена в виде базовой факторной психологической модели личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. Она образована пятью факторами, выраженную



связующую роль в которых играют комплекс мотивации социально-профессионального признания и показатели социально-психологической адаптации. Влияние факторов имеет как позитивный, так и «барьерный» векторы. Позитивными являются факторы: «мотивационного "ядра" личности медицинской сестры»; «позитивной профессиональной идентичности»; «повышенного перфекционизма». Барьерами профессионально-личностной самореализации выступают качества, объединенные в факторы: «сниженной социальной адаптации»; «фрустрированных социальных потребностей и кризисной профессиональной идентичности».

3. Движущие силы профессионально-личностной самореализации клинической медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения раскрывает ресурсная модель личности – эмпирический конструкт, включающий «внешние» и «внутренние» ресурсы профессионально-личностной самореализации. Внешние – это социальный контекст, определяющий особенности пространства профессиональной бытийности медицинской сестры, центральное место в котором занимает сформированность у руководителей сестринских служб индивидуального лидерского стиля «Авторитет – сотрудничество». Внутренние движущие силы образуют группы субъектно-личностных качеств, детерминирующих позитивную направленность процесса профессионально-личностной самореализации (мотивация социального признания; средний уровень общего перфекционизма и его парциальных компонентов; умеренно выраженная организационная лояльность).

4. Личность медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности характеризуется сочетанием инвариантных, специфических и вариативных психологических качеств. Инвариантными являются качества, в равной мере свойственные для клинических и старших медицинских сестер. Специфические – это качества, являющиеся общими для медицинских сестер как субъектов менеджерской деятельности. Их

конфигурацию образуют: средне-высокий уровень социальной адаптации; побудительная сила потребности в совершенствовании, росте и развитии как личности; более высоко выраженный, чем у клинических медсестер, перфекционизм, ориентированный на других, и менее выраженный личностно центрированный перфекционизм; позитивное отношение к избранной профессии, карьере и профессиональному будущему; преобладание в лидерском стиле ориентации «на задачу», которая взаимосвязана с ответственностью как ведущим нравственным принципом и надежностью как критерием доверия другим.

Вариативные имеют два вида: качества, составляющие личностные особенности менеджеров сестринского дела с индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество»; качества, составляющие личностные особенности менеджеров лидерского стиля «Авторитет – подчинение». Вариативные качества первого вида маркируются менее выраженными перфекционистскими тенденциями; терпимостью и ответственностью в отношении соблюдения нравственных норм; типом «понимающий людей» в межличностном доверии. Вариативные качества второго вида определяются сочетанием преимущественно высокого уровня общего и ориентированного на других перфекционизма; избирательностью, ситуативностью в отношении к нравственной норме справедливости; максимализмом в проявлении доверия, связанным с повышенными стандартами, предъявляемыми к другим.

**Апробация работы.** Результаты теоретических и эмпирических исследований по теме диссертации неоднократно обсуждались на заседаниях кафедры управления персоналом и организационной психологии КубГУ, а также на региональных, всероссийских и международных конференциях: «Психология в системе комплексного человекознания: история, современное состояние и перспективы развития» (Юбилейная научная конференция, посв. 40-летию ИП РАН и 85-летию со дня рождения Б.Ф. Ломова); «Инновационные процессы в высшей школе» (XVIII

Всероссийская научно-практическая конференция. Краснодар, 2012); «Организационная среда XXI века» (IV Международная научно-практическая конференция. Москва, 2013); «Личностная идентичность: вызовы современности» (Всероссийская научная конференция с международным участием. Майкоп, 2014); «Психология труда и управления в современной России: организация, руководство и предпринимательство» (Международная научно-практическая конференция. Тверь, 2014).

Всего по теме диссертации опубликовано 10 работ, 4 из которых в научных изданиях, рекомендованных ВАК.

**Структура диссертации.** Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, содержащего 219 источников. Объем текста составляет 204 страницы. Эмпирические данные проанализированы в 30 таблицах, 19 рисунках в виде схем, графиков и гистограмм.

## ГЛАВА I. ПРОБЛЕМА САМОРЕАЛИЗАЦИЯ ЛИЧНОСТИ В СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОЛОГИИ

В конце XX века значительно возрос интерес к исследованиям в области самореализации личности. Они все более приобретают междисциплинарный характер. В работах психологического [2, 3, 4, 9, 11, 80, 82, 83, 84, 85, 96, 98, и др.], педагогического [101, 166 и др.] направлений содержатся ценные сведения о детерминации самореализации, ее личностных предикторах, педагогических условиях достижения самореализации. Особо следует выделить работы философского анализа феноменологии самореализации личности [27, 78]. В них исследуется философско-антропологический смысл категории «самореализация», что является чрезвычайно важным для понимания методологических оснований нашего исследования.

Самореализация в современной психологии рассматривается в трех основных аспектах: как способность человека объективировать богатство своего внутреннего мира в какой-либо форме деятельности; как процесс осуществления (претворения) способностей и личностных возможностей и мотивов; как стремление развить сильные стороны своей личности [133, с. 111-112].

Смысл термина «самореализация» во многом совпадает с понятием «самоактуализация», введенным в психологию представителями гуманистической психологии [102, 145, 212]. Под самоактуализацией А. Маслоу понимает «максимальное использование человеком своих талантов, возможностей, способностей, иными словами, процесс реализации человеческих потенций» [116, с. 10]. Активность, самоуважение, самопринятие, спонтанность поведения, автономность – качества, отличающие высоко самоактуализирующуюся личность [102, с. 46].

В строгом значении самоактуализация «есть проявление в поведенческом плане способности к саморегуляции» [67, с. 113]. Отмечается,

что потребность человека в самоактуализации является одним из основных источников профессионального долголетия личности [140].

По мнению Н.И. Петровой, для личности с высоким уровнем самоактуализации характерны высокие показатели автономности, самостоятельности, спонтанности, удовлетворенности собой, своей деятельностью и жизнью. Во время осуществления творческого процесса у таких личностей актуализируются состояния автономности, самопонимания, самопринятия [122]. Детерминирующую роль в процессе самореализации, по мнению Л.А. Корастылевой, выполняет система смысложизненных ориентаций личности [82, 83].

Д.А. Леонтьев определяет самоактуализацию следующим образом: самоактуализация – это не отсутствие проблем. Это движение от преходящих или ненастоящих проблем к действительным проблемам. С которыми сталкивается личность. В основе такого движения лежит потребность роста, развития и самосовершенствования [135, с. 120].

Тем не менее, необходимо обозначить специфические аспекты, различающие понятия «самоактуализация» и «самореализация». Согласно Маслоу, личность считается способной к самоактуализации лишь при свободе от требований общества [102; 153, с. 579]. Кроме того, по А. Маслоу условием самоактуализации является достижение личностью удовлетворения всех нижележащих потребностей «пирамиды». Иерархическая взаимосвязь системы потребностной сферы – одно из базовых условий самореализации. Самоактуализация – процесс реализации личностью потребностей высшего уровня, которые в иерархической системе потребностей опираются на фундамент реализованных, нижеположенных потребностей.

Понятия «самоактуализация» и «самореализация» имеют различия в толковании, в том числе, и в англоязычной литературе. Так, психологический словарь А. Ребера (A. S. Reber), раскрывая понятие самоактуализации (*self-actualization*), дифференцирует его от понятия «*self-fulfilling*» – самоосуществление; проявление и реализация личностью своих

способностей [216, с. 677, 679]. Самоактуализация, отмечает А. Ребер, согласно персонологической теории А. Маслоу, – это финальный, высший уровень психологического развития, который может быть достигнутым только при условии, когда удовлетворены все базовые и мета потребности. Это процесс, результатом которого является всецелая «актуализация» личностных устремлений, способностей («потенций») [216, с. 677]. Самореализация (*self-fulfilling*) – понятие, используемое для обозначения факта достижения (реализации) человеком наиболее важных, значимых для него жизненных целей [там же, с. 679].

Из приведенных дефиниций следует, что процесс самореализации может рассматриваться как *саморазвитие* личности, как процесс «обогащения деятельных способностей и иных личностных качеств человека в ходе различных видов его целесообразной деятельности» [137, с. 684]. Интерпретация самореализации в терминах саморазвития предполагает исследование ее как процесса и выявление тех движущих сил, которые обуславливают его поступательность, являясь при этом «барьерами» регресса, фрустрации потребностной сферы личности.

## **1.1. Самореализация как процесс и движущая сила развития личности**

### **1.1.1 Современные концепции самореализации личности**

С точки зрения формирования методологических основ нашего исследования несомненный интерес представляют работы философского анализа феноменологии самореализации личности [27, 78]. Ю.Н. Ворожко исследует философско-антропологический аспект социокультурных оснований самореализации. Показано, что движущей силой стремлений личности к самореализации выступает целеустремленная активность, которая выводит человека из состояния гомеостатического равновесия и порождает необходимость постоянной самореализации. Самореализация обретается в

ходе работы по преодолению себя, выхождения за пределы собственного Я в социокультурном пространстве [27, с. 11]. Такая философская интерпретация самореализации с точки зрения психологии данного процесса означает важность понимания пространств субъектного бытия, в которых личность реализует свои мотивационные тенденции. Одним из них является пространство трудовой, профессиональной активности субъекта. Это подтверждается и другим выводом, к которому приходит Ю.Н. Ворожко: основные сферы самореализации личности – это наиболее широкие и всеобъемлющие сферы человеческой жизнедеятельности [там же]. Интегративно-целостные качества человека – сотрудничающего, продуктивного и многомерного, позволяют личности добиться вершин самореализации. Философская трактовка самореализации позволила автору выделить ее идеальный вариант. Он предполагает соответствие максимума самовыражения максимуму самоутверждения [там же]. Такое соответствие выражается в адекватности оценки результатов самореализации, как со стороны личности, так и со стороны социального окружения [там же].

Л.А. Корастылева рассматривает самореализацию как осуществление индивидуальных и личностных возможностей «Я» посредством собственных усилий и совместной деятельности с другими людьми [82, с. 283]. Критерием самореализации является удовлетворенность общества личностью и удовлетворенность личности социальными условиями. Отсюда следует, что эффективность самореализации зависит не только от внешних условий, но и от того, как человек понимает и оценивает их по отношению к себе [там же].

В психологических исследованиях последних лет самореализация рассматривается преимущественно как процесс и результат достижения субъектом вершин творческой, профессиональной деятельности [44, 80, 111, 166 и др.]. Отличительной особенностью большинства исследований является их психолого-педагогическая направленность. Исследуются психологические условия и факторы творческой самореализации учащихся, педагогов, студентов различных направлений подготовки. Так, в работе А.А.

Мишина исследуются психологические детерминанты профессиональной самореализации педагога общеобразовательной деятельности [111]. В публикациях и в диссертации А.А. Григорьевой рассмотрены психологические аспекты самореализации педагогов в учреждениях дополнительного образования [44]. Вызовам времени соответствуют поиски самореализации личности в компьютерной игровой деятельности [64].

Л.А. Корастылева подчеркивает, что уровень самореализации личности непосредственно связан с развитием личности, поскольку определяет степень адекватности усилий, прилагаемых для ее достижения [84, с. 87]. Автор выделяет четыре уровня самореализации личности и соотносит их с системой потребностей, предложенной А. Маслоу [83]. Первый уровень автор называет «примитивно-исполнительским». Достижение самореализации на этом уровне позволяет удовлетворить базовые потребности – физиологические и в безопасности.

Второй уровень – индивидуально-исполнительский. На этом уровне реализуются потребности в привязанности и любви.

Третий – это уровень реализации ролей и норм в ближайшем социуме. Он включает элементы духовного и личностного роста. Здесь реализуется потребность в признании и оценке личности окружающими.

Потребность в самоактуализации воплощается на высшем, четвертом уровне самореализации. Это уровень смысложизненной и ценностной реализации.

Обращаясь к типологии жизненных миров, разработанной Ф.Е. Василюком [24], Л.А. Корастылева пишет, что на примитивно-исполнительском уровне личностная самореализация происходит, когда человек существует в «инфальтивном» жизненном мире. Его активность малопродуктивна и, по сути, не направлена на самореализацию.

Индивидуально-исполнительский уровень самореализации достигается, когда личность пребывает во внутренне простом, но внешнем – сложном жизненных мирах.



Реализация ролей и норм (третий уровень самореализации) осуществляется в иной картине мира: внутренний мир личности сложен, многообразен, включает потребностно-смысловые образования, но достигаются они во внешне простом жизненном мире. Субъекту для достижений предстоит пройти борьбу мотивов, ценностных переживаний, прийти к принятию решений, которые затем достаточно легко реализуются, поскольку не требуют реорганизации внешнего простого жизненного мира.

Высший уровень самореализации находится в соотношении со сложными и внешним, и внутренним жизненными мирами. Субъект такого сложного мира стремится воплотить индивидуальный надситуативный замысел своей жизни в целом.

Э.В. Галажинский предлагает различать понятия «степень самореализации» и «уровень самореализации». Степень самореализации указывает на ее полноту, завершенность, а уровень – на качество самореализации [31, с. 24]. Он вводит понимание двух типов (уровней) самореализации, различающихся смыслами и ценностями их детерминирующими. Смыслы детерминируют самореализацию первого (репродуктивно-адаптивного) типа, в то время как ценности выступают детерминантами продуктивно-сверхадаптивного уровня (типа) самореализации. Разница между ними обусловлена двумя факторами: источниками активности (текущие потребности и наличные возможности); разными типами смысловых образований. Так, для самореализации первого типа детерминирующую роль могут играть актуальные смыслы, а для второго типа – ценности саморазвития и самореализации [121, с. 441].

### **1.1.2 Потребностная сфера и ее связь с тенденциями самореализации**

Поскольку самореализация рассматривается как процесс удовлетворения потребностей личности, необходимо рассмотреть, как в современной психологии интерпретируются категории потребности и мотива (мотивации).

В психологии личности потребность рассматривается как сущностная динамическая психическая сила, проявляющаяся в состоянии внутренней напряженности. Она побуждает человека к целенаправленной активности для удовлетворения жизненно важных функций самосохранения, биологического и личностного саморазвития [133, с. 92].

Сложились многочисленные классификации, базирующиеся на различных теориях потребностей. В теории гомеостаза утверждается, что потребность – это определенное состояние индивида, которое формируется под влиянием испытываемого им дефицита в чем-то необходимом [68]. В данной интерпретации потребность связана с понятием нужды в чем-либо. Тем не менее, потребность и нужда, как отмечал К.К. Платонов, соотносятся друг с другом как отраженное и отражаемое [126]. Следует учитывать, что потребности могут быть связаны не только с дефицитом, но и с избытком чего-либо. Избыточные явления (условия) могут быть препятствием на пути самореализации личности, и в этом случае потребность устранения этого препятствия становится актуальной. Стремление к устранению избыточных или дефицитарных потребностей детерминируется организмическим стремлением индивида к гомеостазу, внутреннему равновесию. Гомеостаз – это равновесие между организмом и средой. Его следствием является отсутствие актуальных потребностей у индивида. Нарушение равновесия ведет к возникновению новой потребности, побуждающей человека к активности для последующего ее удовлетворения [25].

Г. Олпорт отмечал, что основным свойством здоровой природы человека является его умение планировать будущее. Выделены две категории мотивов, которые свойственны человеку:

- 1) мотив развития личности, поддерживающий напряжение для достижения человеком цели;
- 2) мотив ликвидации дефицита, способствующий снятию напряжения, восстановлению равновесия [190, с. 68-69].

Теория гомеостаза подвергалась критике со стороны представителей других научных теорий. Так, А. Маслоу, утверждал, что, кроме стремления к гомеостазу, организм испытывает потребности иного рода: к развитию, самосовершенствованию – самоактуализацией. Личность может быть мотивирована на устранение дефицита, может – на самоактуализацию [103].

К. Гольштейн утверждает, что стремление к гомеостазу возникает в случае болезни человека. Для здорового организма оно нетипично. Потребность, по К. Гольштейну, есть стремление к среднему уровню напряжения, то есть в процессе удовлетворения потребностей происходит не уменьшение напряжения, а его выравнивание, приведение к «среднему» уровню [54].

В отечественной психологии известно положение А.Н. Леонтьева о том, что потребности родились из свойства организма приходить в состояние деятельности под влиянием внешних (средовых) факторов [95]. Основываясь на различии двух категорий потребностей (потребности, присущие человеку как естественному существу; потребности, присущие лишь человеческой личности), А.Н. Леонтьев вводил понятие низших и высших потребностей. Высшие потребности он разделял на две группы: материальные и духовные. Удовлетворение материальных потребностей обеспечивает человека необходимым уровнем физического существования в социуме. Это потребности в предметах быта, в орудиях труда и т.п. Духовные потребности по своей сути социальны. Это потребности не только трудиться, а в любимом труде, в общении, в производстве и восприятии культурных ценностей и т.п. А.Н. Леонтьев при этом отмечает: социальная природа человека накладывает отпечаток на все его потребности – и низшие, и высшие [95, с. 28]. В исследовании потребностной сферы важно основываться на данном принципе, а также на понимании того, что потребности порождаются в сложной системе отношений личности [116]. Такой подход позволяет выделить не только мотивационный профиль личности, но и определить совокупность фрустрированных потребностей,

установить психологическую и социальную природу их детерминации. Примером такого подхода является исследование, проведенное под руководством Л.И. Вассермана [23]. На примере диагностики педагогов массовых школ, проведенной в середине 90-х годов, показано, что в условиях кризисных социально-экономических явлений (макро-фактор) фрустрируются не только потребности высшего уровня, но, прежде всего, – потребности, реализация которых обеспечивает воспроизводство собственно профессионализма и условий жизни человека.

В традициях культурно-исторической концепции интерпретируется роль общества в формировании потребностной сферы личности. Так, В.Ф. Дружинин отмечал, что содержание и способы удовлетворения потребностей любой личности объективно обусловлены культурно-историческими особенностями общества, в котором она сформировалась. Большое влияние на систему потребностей оказывает также социальная (профессиональная) группа, к которой принадлежит личность [46].

В отечественной психологии наибольшее признание получила классификация потребностей, согласно которой выделяются три их вида: материальные; духовные и социальные [68]. Отмечается первичность материальных потребностей, поскольку сформированы они в процессе филогенеза. Духовные и социальные потребности вторичны, они являются продуктом социализации человека.

Л.М. Фридман и Ю.И. Кулагин дифференцируют потребности на биогенные, психофизиологические, социальные и высшие. Кроме того, авторы выделяют невротические потребности, неудовлетворение которых является причиной различных неврозов (потребности: в сочувствии и одобрении; во власти и престиже; в славе; в справедливости и др.) [171]. Так, к биогенным отнесены потребности: в безопасности и самосохранении; в эмоциональном контакте; в двигательной активности. В ряду психофизиологических потребностей указаны: гедонистическая потребность; потребности в свободе, в эмоциональном насыщении, в восстановлении

энергии. В перечень социальных включены потребности: в самоутверждении; в общении; в познании; в самовыражении.

Высшие потребности – это потребности в творчестве и творческом труде. Они образованы плеядой потребностей: быть личностью; в новых впечатлениях; потребность обретения смысла жизни; нравственные и эстетические потребности.

Таким образом, следуя данной классификации, можно говорить, что движущей силой процесса самореализации выступает совокупность социальных и высших потребностей личности.

Определены виды (способы) активности, в рамках которых достигается реализация потребностей названных видов. Потребности в безопасности и самосохранении, гедонистические потребности, в самоутверждении, быть личностью удовлетворяются в труде. Потребности в эмоциональном контакте, эмоциональном насыщении, нравственная и эстетическая потребности удовлетворяются в процессе общения. В процессе познания человек удовлетворяет ориентировочную потребность, потребности в свободе, в познании, обретения смысла жизни [171].

Д.А. Зарайский отмечает, что каждая потребность может принимать определенные формы: по степени удовлетворения; по субъекту удовлетворения; по знаку (положительная, нулевая, отрицательная). Удовлетворение многих потребностей сопровождается формированием у человека чувств самоуважения, собственной значимости, стабильности, веры в то, что собственная деятельность наполнена смыслом [55].

В исследованиях В.Э. Мильмана раскрывается феномен двойственной природы потребностей. Обосновано явление *производительной* и *потребительной* систем в потребностной структуре личности [109]. Функция потребительных мотивов состоит в поддержании жизнедеятельности субъекта. Будучи направленными на ее обеспечение, эти потребности обуславливают гомогенность личности. Функция производительных мотивов – развитие человека, раскрытие его внутреннего богатства и сущностных сил.

Природа этих потребностей антигомеостатична. Дополняя друг друга, названные потребности соединяются в структуре мотивации и, взаимодействуя, формируют у субъекта один из мотивационных профилей: «прогрессивный» или «регрессивный». Если мотивы поддержания превышают уровень развивающих мотивов, формируется «регрессивный» тип мотивационного профиля личности. Эта личностная особенность проявляется в преобладание целей «присвоения» в деятельности субъекта, в пассивности, агрессивности, склонности к защитным реакциям. Производительная мотивация обуславливает высокую субъектную значимость деятельности, активную направленность на социально значимые ее аспекты. При «прогрессивном» мотивационном профиле общий уровень развивающих мотивов превышает средний уровень мотивов поддержания [109].

Значительное внимание в последнее время обращается на исследование потребностной сферы персонала организаций. В работе А.А. Герасимова мотивы персонала к труду рассматриваются как психологические образования, выполняющие побудительно-оценочную функцию. Автор показывает, что мотивы труда возникают в результате проекции в объективную реальность потребностей и ценностей. Они определяют условия жизни и содержательные характеристики деятельности субъекта, обуславливая тем самым содержательно-регуляторный аспект его самореализации [38, с. 8].

В зарубежной психологии, в первую очередь, следует выделить концепцию потребностей, принадлежащую Э. Фромму [172, 173]. Концепция основана на понимании Фроммом социальной природы личности. Э. Фромм называл ряд потребностей, мотивирующих социальную активность человека. Это потребности: в принадлежности к группе (потребность аффилиации); в привязанности; в осознании себя как неповторимой индивидуальности; в системе жизненных ориентаций, в причастности к культуре своего народа.

Э. Фромм ввел в психологию понятие «рыночного человека» и обрисовал круг свойственных ему потребностей [172]. Среди них потребность быть «ходовым товаром» [131]. Приоритетом для «рыночного человека» становится отношение к самому себе как к «ходовому товару». Н.С. Пряжников выделяет противоречивые установки на путях самореализации такой личности. С одной стороны, с детства ей внушаются важности норм и принципов усердного учения, морали, взаимного уважения. Но, с другой стороны, взрослеющий человек обнаруживает, что для успеха часто бывают полезнее прямо противоположные качества. В результате диссонанса потребностей самореализующемуся человеку приходится сталкиваться с серьезной внутренней борьбой мотивов, моральных ценностей. Это противоречие Э. Фромм обозначил дилеммой: «Кем быть? – Каким быть?» [172].

Большое влияние на развитие представлений о сущности потребностной сферы личности оказало, как было уже отмечено выше, учение А. Маслоу. Согласно сформулированной им концепции, человеческие потребности можно представить в виде особой иерархии («пирамиды») с определенным порядком актуализации. Роль фундамента в «пирамиде» выполняют физиологические потребности, которые обеспечивают выживание человека. Их удовлетворение позволяет человеку стремиться к поиску путей реализации потребностей второго уровня – в безопасности, позволяющих сохранять предсказуемость и контроль за собственной жизнью.

Совокупность социальных потребностей образует третий уровень «пирамиды». Эта потребности непосредственно связаны с потребностями четвертого уровня, удовлетворение которых позволяет личности достичь определенного социального статуса, уважения других. Завершает пирамиду совокупность потребностей самоактуализации. По мнению Маслоу, человек может быть мотивирован потребностями разных уровней. На одном жизненном отрезке его могут побуждать к активности одновременно материальные потребности, бытовые условия, карьерный рост, достижение

вершин профессионального мастерства. Но при этом выделяются *метапотребности* – мотивы роста, следуя которым человек достигает отдаленных жизненных целей. Метапотребности не имеют иерархии и могут взаимозамещаться. А. Маслоу выделил ряд метапотребностей: доброта, истина, честь, совершенство и др. Жизнь теряет смысл для человека, если не удовлетворяются метапотребности. Человек испытывает отчужденность, уходит в себя, становится циничным или апатичным и т.д. Это состояние личности А. Маслоу называет метапатологией [103].

В теории Даффи и Хебба вводится понятие оптимального уровня активации организма. Он определяется актуальным физиологическим и психологическим состоянием человека в данный момент его жизни. Из этого следует, что у одного и того же человека потребность в стимуляции изменчива. Оптимальный уровень активации обеспечивает эффективность жизнедеятельности и эффективное поведение индивида [25, с. 14].

В исследованиях ряда авторов утверждается, что наиболее выраженным влиянием на личность обладает мотивация достижений [176, 195, 213]. В ее основе лежат две потребности, оказывающие разнонаправленное влияние на жизненную активность человека: добиваться успехов и избегать неудачи.

Д. Мак-Клелланд показал, что в мотивации находят отражение три основных вида потребностей человека: потребность в достижениях («*need of achievement*» – «*nAch*»); потребность в принадлежности, принятии (аффилиации); потребность во власти. Люди с высоким «*nAch*» работают эффективно, если время не ограничено и слабый внешний контроль. «*Need of achievement*» проявляется в освоении знаний и умений, требующих концентрации, быстроты восприятия, практического мышления, в сенсомоторных действиях. Было обосновано, что высокая мотивация достижения («*nAch*») не подвержена риску снижения при получении работником материального вознаграждения [190, с. 71].

В концепции Дж. Аткинсона мотивация достижения определяется как результирующая двух компонентов: стремления к успеху и избегания



неудачи. Их соотношение определяет степень выраженности стремлений человека к гомеостазу (мотивация избегания неудач) или к развитию, самосовершенствованию (стремление к успеху) [195]. В исследовании Б.А. Ясько, проведенном на выборке врачей-руководителей, было установлено, что с возрастом и накоплением медицинского стажа мотивация успеха снижается, а мотивация избегания неудач в деятельности возрастает (Таблица 1.1.).

Таблица 1.1. – Динамика стремления к успеху и избегания неудачи в группах врачей-руководителей, дифференцированных по профессиональному стажу (N = 83 чел.)\*

Компоненты мотивации достижения	Группы по стажу					
	5–10 лет (n = 28 чел.)		11–15 лет (n = 33 чел.)		свыше 15 лет (n = 22 чел.)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Стремление к успеху	17	64,3	13	39,4	4	18,2
Избегание неудач	11	35,7	20	60,6	18	81,8

Помимо систематизации потребностей в концепции А. Маслоу, существуют различные подходы к их классификации. Г. Мюррей, обладая обширными данными психофизиологических и нейропсихических исследований, сделал вывод о том, что появление потребностей ведет к химическим изменениям в мозгу человека. Дальнейшая деятельность, мышление, чувства формируются под воздействием этих изменений. Поскольку любая потребность вызывает в теле человека определенное напряжение, он стремится снять его, удовлетворив эту потребность. Таким образом, психологический механизм поведения человека состоит в объективном запуске активности, направленной на удовлетворение определенной, актуальной потребности [25, с. 17]. Г. Мюррей выделил две основные группы потребностей: первичные и вторичные. Первичные (*висцерогенные*) связаны с физическим удовлетворением. Вторичные (*психогенные*) связаны с психическим или эмоциональным удовлетворением.

\* см. Ясько Б.А., 2013, с. 94.

Первичные потребности, по сути, физиологичны. Это, например, потребности в кислороде, в воде, в пище и т.п. Вторичные потребности зависят от первичных и представляют собой общие системы реакций и желаний [152]. Их перечень включает 27 потребностей, которые можно систематизировать в две большие группы:

- 1) потребности, отличающиеся определенной направленностью поведенческих проявлений (напр., агрессия, защита, приобретение и т.д.);
- 2) потребности, отражающие содержательные сферы отношений «индивид – среда» (напр., аффилиация, здоровье, объекты, требующие помощи, авторитет, власть и проч.) [55].

М. Чиксентмихайя, представитель позитивной психологии, сформулировал концепцию «потока» («*flow-effect*»). В ней мотивация определяется состоянием двух переменных: навыками, имеющимися у работника (фактор «X»), и вызовами, которые предъявляет деятельность профессионалу (фактор «Y»). Пересечение этих векторов образует четыре типа мотивации личности. Если вызовы высокие, но навыков, чтобы успешно с ними справиться, у работника недостаточно, складывается тип мотивации «тревога». При обратном соотношении этих переменных возникает состояние *скуки*, работа становится неинтересной и непривлекательной. Слабо сформированные профессиональные навыки и невысокий уровень требований, предъявляемых к работнику, порождают *апатию*. Наслаждение от труда, «*труд как состояние потока*» («*flow-effect*») испытывает тот, кто достиг уровня высокого мастерства в своем деле, и его навыки в полной мере востребованы [179; 190, с. 74].

В концепции Ш. Ричи и П. Мартина предлагается исследовать мотивационную сферу работника в системе двенадцать видов потребностей:

- 1) в высокой заработной плате и материальном вознаграждении;
- 2) в хороших условиях работы;
- 3) в четком структурировании работы;

- 4) в социальных контактах;
- 5) формировании и поддержании долгосрочных стабильных взаимоотношений;
- 6) завоевании признания со стороны других людей;
- 7) постановке для себя дерзновенных сложных целей и их достижении;
- 8) во влиятельности и власти;
- 9) в разнообразии, переменах и стимуляции;
- 10) в осуществлении креативности;
- 11) в совершенствовании, росте и развитии как личности;
- 12) в ощущении востребованности и в интересной работе [143].

Операционализация этой концепции позволила авторам создать оригинальный опросник, получивший достаточно широкое распространение, в частности, при диагностике системы индивидуальных и групповых мотиваторов [190, с. 75-76]. Например, в исследованиях Б.А. Ясько, проведенных в группах врачей разных лечебных учреждений с применением методики Ричи и Мартина, было установлено, что врачи клинической деятельности, имеющие профессиональный стаж свыше 10 лет, полимотивированы. Им свойственны высоко выраженные потребности в социальных контактах, в формировании и поддержании долгосрочных стабильных взаимоотношений в коллективе, в признании, в разнообразии, переменах и стимуляции, в совершенствовании и в ощущении востребованности, в росте и развитии как личности [189, с. 84-85].

Проведенный анализ показывает, что процесс самореализации непосредственно связан с потребностной сферой субъекта. Актуальные потребности формируют мотивационные тенденции, выполняющие роль движущих сил развития личности.

Потребности, осознаваемые личностью, не всегда могут быть удовлетворены, поскольку условием, необходимым для их удовлетворения, является социальный, в частности, социально-профессиональный контекст бытия личности. Фрустрации могут быть подвержены потребности всех

уровней, в зависимости от макро-, мезо- и микро-факторов. Макро-факторы – это социально-экономической ситуации в обществе. Мезо-факторы – социально-профессиональный контекст самореализации субъекта. Микро-факторы – собственно система потребностей индивида, их адекватность реальным достижениям, социальной роли, субъектно-бытийному пространству (семейному, профессиональному и др.).

### **1.1.3 Направленность и ценностно-нравственные ориентиры личности**

Процесс самореализации, будучи детерминированный мотивационно-потребностной сферой личности, обеспечивается совокупностью субъектно-личностны качеств. Для личности, посвятившей себя помогающей профессии, самореализация затрагивает тонкие механизмы нравственных отношений, перфекционистских тенденций, ценностей, выступающих ориентирами самореализации. В этих условиях, у личности формируются определенные перфекционистские тенденции, отражающие стремление к самосовершенствованию, чтобы соответствовать социально одобряемым стандартам. Сегодня в психологии утверждается понимание перфекционизма как многомерного конструкта, включающего, наряду с высокими личными стандартами, ряд когнитивных и интерперсональных параметров [13, с. 242].

П. Хьюитт и Г. Флетт [206, 207, 208] выявили три составляющие перфекционизма:

- 1) субъектно- или личностно-ориентированный перфекционизм (завышенные и нереалистичные требования, предъявляемые к себе, самокритика, которые делают невозможным принятие собственных изъянов, недостатков и неудач);
- 2) объектно-ориентированный перфекционизм (предъявление преувеличенных и нереалистичных требований к другим);
- 3) социально предписанный перфекционизм (убеждение, что другие предъявляют к субъекту нереалистичные требования, которым

трудно, но необходимо соответствовать, чтобы заслужить одобрение и принятие).

Исследования, проведенные П. Хьюиттом и Г. Флеттом, показали, что во внешнем проявлении перфекционизма существуют устойчивые индивидуальные различия. Эти различия могут отражаться в стремлении казаться другим людям совершенным или избегания того, чтобы показаться несовершенным [206].

В публикациях последних лет [13, 18, 42, 43, 139] рассматривается не только концепция перфекционизма и ее верификация в подходах П. Хьюитта и Г. Флетта, но приводятся интересные данные эмпирических исследований, направленных на анализ перфекционизма как компонента нравственных и ценностных ориентаций личности, включенной в различные виды деятельности. В работе А. Распоповой выделены психологические компоненты, выступающие детерминантами перфекционизма спортсменов в разных возрастных группах [139]. В исследовании В.А. Бордовского приводятся данные о взаимосвязи смысложизненных ориентаций и перфекционизма в структуре личностных особенностей субъекта помогающих профессий. На примере социальных и медицинских работников было установлено, что для субъекта этих видов деятельности самореализация непосредственно связана с высоким уровнем перфекционизма личности. При этом данное качество имеет специфику проявления в разных возрастных и профессиональных группах. Так, для медицинских работников свойственны устойчивые связи социально предписанного перфекционизма с высокой осмысленностью жизни, её эмоциональной насыщенностью, продуктивностью. Специфика личности врача проявляется во взаимовлиянии внутренне фокусируемого перфекционизма и основных факторов, образующих смысложизненные ориентации [18].

В исследованиях Н.Г. Гаранян разрабатывается типологический подход к изучению перфекционизма, даются его психологические модели [33, 34]. Имеются публикации, в которых перфекционизм и враждебность

рассматриваются как факторы эмоциональной дезадаптации студентов [35, 36]. Благодаря устойчивому исследовательскому интересу к данному феномену, сегодня в психологии есть основания рассматривать перфекционизм как многомерный конструкт, отражающий определенные личностные качества, дифференцирующий «нормальный» и «патологический» типы перфекционизма. В частности, Н.Г. Гаранян предлагает выделять мотивационные, когнитивные, аффективные и поведенческие критерии «нормального» и патологического типов перфекционизма [34]. Показано, что перфекционизм в совокупности качеств здоровой личности характеризуется реалистично высокими стандартами и притязаниями, дифференцированным и точным восприятием ожиданий со стороны других людей, развитой способностью к децентрации, реалистичными представлениями о границах человеческих и личных возможностей, осознанием неизбежности и полезности ошибок, преобладанием активных копинг-стратегий и др. [34].

Есть основания рассматривать перфекционизм как «нормальное» качество личности, выступающее определенным предиктором ее жизненной направленности. Направленность является наиболее существенным маркером личности. К.К. Платонов отмечал, что проблема направленности – это, прежде всего, проблема отношений личности к ценностям. Те объективные ценности, которые приобретают для индивида личностный смысл, становятся внутренним достоянием личности, определяют ее направленность [127, с. 28]. По мнению В.А. Бодрова именно в деятельности формируется профессиональная направленность личности, ценностно-смысловые ориентации, а также появляются основные стратегии поведения [15]. Известно высказывание Б.Ф. Ломова о том, что, несмотря на различие трактовок личности, во всех подходах в качестве ее ведущей характеристики выделяется направленность. У С.Л. Рубинштейна – это «динамическая тенденция»; у А.Н. Леонтьева – «смыслообразующий мотив»; у В.Н. Мясищева – «доминирующее отношение», наконец, у Б.Г. Ананьева – «основная жизненная направленность». «Действительно, – писал Б.Ф. Ломов, – направленность выступает как

системообразующее свойство личности, определяющее ее психический склад» [99, с. 311].

Существуют различные подходы к определению типов и видов направленности. Выделяют гуманистическую, эгоистическую, депрессивную, суицидальную личностную направленность [167]. В концепции Д.И. Фельдштейна гуманистическая направленность характеризуется положительным отношением человека к себе и к обществу; эгоистическая – положительным отношением к себе, но и отрицательным к обществу. Депрессивная направленность характеризует человека, терпимо относящегося к обществу, но имеющего сниженную самооценку. Суицидальная направленность свойственна тем людям, для которых отношение и к обществу, и к себе самому не представляет никакой ценности [там же].

Очевидно, что ценностная составляющая служит специфическим «индикатором» вида направленности, свойственного конкретному человеку. Можно предположить, что перфекционизм включает оценочный компонент, определяющий степень значимости для личности требований, предъявляемых к ней социумом, а также интерперсональных требований. Высокий уровень этих оценок, вероятно, влияет на формирование гуманистической направленности личности, если для личности ценность имеют требования, предъявляемые ею к себе, и к ней – средой жизнедеятельности. Низкие требования к себе, сочетающиеся с высокими требованиями к другим, могут влиять на формирование эгоистической направленности.

Направленность определяет нравственные критерии взаимодействия личности с другими. В концепции динамической функциональной структуры личности К.К. Платонова направленность, отношения и моральные черты образуют высшую подструктуру личности, которую автор концепции определяет как социально обусловленную. Знания, навыки, умения, привычки, образующие подструктуру «опыта», индивидуальные особенности отдельных психических процессов или психических функций («функциональные особенности личности»), типологические свойства

личности – все эти подструктуры и образующие их качества и свойства, расположены ниже, они находятся под непосредственным воздействием направленности [128, с. 93-94].

Несмотря на важную роль, выполняемую направленностью в самореализации личности, надо признать, что нравственные, моральные черты, определяющие ее, изучены еще недостаточно. В этой связи нельзя не отметить исследования, проведенные А.Б. Купрейченко [88, 89, 90]. Автор вводит в психологию понятие «психологические отношения нравственности», которое рассматривается как «эмоционально окрашенные представления и оценки объектов и явлений, связанных с нравственностью и нравственной регуляцией социального поведения личности или группы». Показано, что психологическое отношение к соблюдению нравственных норм является конативным (поведенческим) компонентом психологических отношений нравственности [88, с. 8].

На большом массиве диагностических данных А.Б. Купрейченко вскрывает психологические механизмы, за счет которых субъект разрешает или устраняет нравственные противоречия, возникающие в процессе экономической активности. Показано, что ключевым механизмом ее нравственно-психологической регуляции и разрешения нравственных противоречий является дифференцированное соблюдение нравственных норм делового поведения в отношении представителей различных социальных категорий. Выделены нравственные качества, зависящие от этих факторов, в большей (ответственность, терпимость) или в меньшей (правдивость) степени [89, с. 11]. Исследуя отношение менеджеров к соблюдению нравственных норм, А.Б. Купрейченко выделила правдивость, справедливость, ответственность, принципиальность, терпимость как основные факторы, образующие этот психологический феномен [90].

Несомненный интерес представляет вклад А.Б. Купрейченко в развитие концепций психологии доверия. Феноменология доверия/недоверия рассмотрена в контексте психологического пространства, определяемого как



«сформированная субъектом система позитивно, нейтрально или негативно значимых объектов или явлений (включая его самого), занимающих конкретные позиции в структуре, находящихся в специфических связях и отношениях друг с другом и выполняющих некоторые функции или роли в соответствии с определенными закономерностями» [там же, с. 12]. Установлена взаимосвязь между выделенными автором психологическими типами доверия личности другим людям («опытный», «максималист», «доверяющий по тождеству и расчету») с психологическим отношением личности к соблюдению нравственных норм. Основным показателем отношения личности, наиболее связанный с типом доверия – уровень терпимости [89, с. 9].

Таким образом, анализ самореализации как процесса и движущей силы развития личности, позволил установить ряд положений, имеющих теоретическую и методологическую значимость для проводимого нами исследования.

- 1) Самореализация – это способность человека объективировать богатство своего внутреннего мира в какой-либо форме деятельности; это процесс осуществления (претворения) способностей и личностных возможностей и мотивов; это стремление развить сильные стороны своей личности.
- 2) Интерпретация самореализации в терминах саморазвития предполагает исследование ее как процесса и выявление тех движущих сил, которые обуславливают его поступательность, являясь при этом «барьерами» регресса, фрустрации потребностной сферы личности.
- 3) Движущей силой стремлений личности к самореализации выступает целеустремленная активность, которая выводит человека из состояния гомеостатического равновесия и порождает необходимость постоянной самореализации.
- 4) Самореализация обретается в ходе работы по преодолению себя, выхождения за пределы собственного Я в социокультурном пространстве. Такая философская интерпретация самореализации с точки зрения

психологии данного процесса означает важность понимания пространств субъектного бытия, в которых личность реализует свои мотивационные тенденции, в частности, пространства трудовой, профессиональной активности субъекта.

- 5) Выделяют несколько уровней самореализации личности: «примитивно-исполнительский» (достижение самореализации на этом уровне позволяет удовлетворить базовые потребности – физиологические и в безопасности); «индивидуально-исполнительский» (этом уровне реализуются потребности в привязанности и любви); уровень реализации ролей и норм в ближайшем социуме (реализуется потребность в признании и оценке личности окружающими); уровень смысложизненной и ценностной реализации.
- 6) Процесс самореализации непосредственно связан с потребностной сферой личности. Актуальные потребности формируют мотивационные тенденции, выполняющие роль движущих сил развития личности. Потребности, осознаваемые личностью, не всегда могут быть удовлетворены, поскольку условием, необходимым для их удовлетворения, является социальный, в частности, социально-профессиональный контекст бытия личности. Фрустрации могут быть подвержены потребности всех уровней, в зависимости от макро-, мезо- и микро-факторов.
- 7) Для личности, посвятившей себя помогающей профессии, самореализация затрагивает тонкие механизмы нравственных отношений, перфекционистских тенденций, ценностей, выступающих ориентирами самореализации. Направленность определяет нравственные критерии взаимодействия личности с другими. При этом, несмотря на важную роль, выполняемую направленностью в процессе самореализации личности, следует признать, что нравственные, моральные черты, определяющие ее, изучены еще недостаточно.

## 1.2. Личность как субъект жизни: самореализация, самодетерминация, саморазвитие

В непрерывном становлении личности саморазвитие и самосовершенствование являются ключевыми процессами, обуславливающими ее внутреннее движение к субъектности. Саморазвитие – это «процесс активного, последовательного, позитивного качественного изменения личности, которое является результатом не внешних воздействий, а ее собственных усилий» [117, с. 95]. Этому подходу соответствует и тезис А.Г. Асмолова, в котором фокусируются движущие силы и условия развития личности. Все более индивидуализируясь, пишет А.Г. Асмолов, личность сама выбирает ту деятельность, а порой и тот образ жизни, которые определяют её развитие. Иначе говоря, «в ходе жизни обозначается переход от режима употребления, усвоения культуры к режиму овладения *ею ради созидания образа жизни*» [11, с. 374].

В исследовании феноменологии самореализации медицинской сестры теоретико-методологическим аспектом служит категория субъекта, выполняющая системообразующую роль и выступающая логическим основанием многих психологических концепций. Разработанная в трудах С.Л. Рубинштейна, А.В. Брушлинского и их последователей, эта категория приобрела статус методологического основания в исследованиях феноменологии личности [4, 9, 19, 20, 21, 58, 59, 60, 146, 147]. Выделяя понятие «субъект жизни», С.Л. Рубинштейн акцентировал внимание исследователей на раскрытии деятельностной сущности личности, ее активной позиции в целостном жизненном процессе. Этот аспект рубинштейновского понимания субъекта отражен, в частности, в концепции системогенеза профессиональной деятельности, сформулированной В.Д. Шадриковым [180].

А.В. Брушлинский отмечал: «Субъект – это человек ... на *высшем* ... уровне активности, целостности (системности), автономности и т.д. ...

целостность субъекта означает, прежде всего, единство, интегральность его деятельности и вообще всех видов его активности [19 с. 9, 29]. Способность к самодетерминации, самоопределению, самосовершенствованию, саморазвитию – все это качества модальностей субъекта, отмечаемые С.Л. Рубинштейном [146, с. 289].

Методологически важным для понимания исследуемых нами психологических явлений является функционально-динамический подход к личности, разработанный С.Л. Рубинштейном. В нем личность рассматривается не как абстрактная или феноменологическая данность. Личность – это человек в деятельности и в жизненном пути – в становлении, развитии, изменении. Модель личности, предложенная С.Л. Рубинштейном («хочу» - «могу» - «я сам»), раскрывает понимание личности как субъекта самопонимания, самопознания и саморазвития в процессе деятельности, в которой она реализует свою сущность [147].

В.В. Знаков обосновывает основные положения психологии субъекта и ее принципиальную новизну, которая состоит в трех аспектах:

- 1) макроаналитический (в отличие от микросемантического) метод познания психического;
- 2) значительное расширение (по сравнению с «классическим» вариантом субъектно-деятельностного подхода) представления о содержании активности как факторе детерминации психики;
- 3) утверждение принципа целостного системного характера исследования динамического, структурного и регулятивного планов анализа психологии субъекта [60].

Субъект – это идеал или высший уровень развития человека, отмечает К.А. Абульханова [4, с. 34-50]. Личность становится субъектом, осознавая и преодолевая противоречие между своими данными возможностями и социальными требованиями. Состояния психических деформаций, фрустрации – следствие непонимания личностью актуальности такого противоречия, ухода от его решения. Человек, мыслящий себя как субъекта,

выступает инициатором деятельности. Тот же, кто мыслит о себе как объекте, осуществляет деятельность как простой исполнитель. В этом есть особая характеристика субъекта деятельности, связанная с самосознанием и сознанием личности [Там же, с. 49-50].

В.В. Знаков и Е.А. Павлюченко выделили совокупность критериев субъектности взрослого человека [63]. Это:

1) умение согласовать свою индивидуальную активность, способ организации личной жизни с социальными структурами, нормами и формами деятельности;

2) внутренняя свобода человека, принимающего решения о способах взаимодействия с другими людьми прежде всего на основании нравственных убеждений;

3) особенности самопознания, самопонимания и рефлексии, обеспечивающие человеку взгляд на себя со стороны.

Д.Н. Завалишина приводит основные определения человека как субъекта. Человек как субъект – это высший уровень бытия вообще, активно взаимодействующий с природным и социальным миром и практически преобразующий его. Сущностной характеристикой субъекта является его «качественная определенность», в связи с чем методологически продуктивно выделение субъектов разных форм и разных уровней активности человека в мире («субъект познания», «субъект труда», «субъект жизни» и т.д.).

Д.Н. Завалишина отмечает, что важнейшая функция субъекта – интеграция. Субъект интегрирует свое внутреннее, обеспечивая этим целостность, взаимосвязь разных психических свойств и состояний. Кроме того, он соотносит и согласовывает внешнее (объективные требования, обстоятельства жизни) и внутреннее (свои возможности, ценности и т.д.), то есть активно организует взаимодействие с миром в форме решения отдельных задач [50, с. 8].

В психологической концепции жизненного пути Б.Г.Ананьева отправным пунктом является положение об активной роли человека в

преобразовании жизненных обстоятельств. Не только условия жизненного пути формируют личность. Она своими поступками активно воздействует на жизненный путь и тем самым проектирует себя. Человек в значительной степени становится таким, каким его делает жизнь в определенных обстоятельствах, в формировании которых он сам участвует, писал Б.Г. Ананьев [7, С. 28]. Субъект деятельности – это одна из макро-характеристик, включенных Б.Г.Ананьевым в структурную организацию человека, наряду с такими, как: индивид; личность; индивидуальность. Разделение человеческих свойств на индивидные, личностные и субъектные относительно, отмечал Б.Г. Ананьев. Они характеризуют человека как целостное явление и «ядром» этого целого является структура личности, в которой обобщаются важнейшие свойства не только личности, но также индивида и субъекта [8, с. 196 - 280, с. 220].

Поскольку любой человек становится субъектом в процессе различных видов своей активности, в том числе и в процессе деятельности, то, особую значимость приобретает вопрос о критериях субъектности. А.В. Брушлинский, отвечая на этот вопрос, писал, что субъектом является:

- существо, обладающее сознанием, волей, способное действовать целенаправленно;
- человек, познающий и преобразующий окружающий мир;
- человек как носитель, источник, инициатор активности, творец в отношениях с противостоящими ему объектами предметной и социальной среды [21, С. 5-23].

В бытии человека А.В. Брушлинский выделял как бы две «эры» – до-субъектную и субъектную.

В.А. Петровский в качестве значимого критерия субъектности рассматривает *неадаптивность*, в противовес сообразности, адаптивности, предустановленности. С позиций разработанной в его трудах мультисубъектной теории личности, субъект – это человек как активно-

неадаптивное существо, свободно и ответственно выходящее за границы предустановленного [125, с.40-46].

Реализация субъектного подхода в отечественной психологии последних лет позволила выявить феноменологию ценностно-смысловой регуляции жизнедеятельности личности [150]; стилевые характеристики психической активности субъекта [142]; психологию субъектно-полагающего взаимодействия [120]; сформировать концепцию психологии бытия и со-бытия личности [148, 149, 159, 169, 170].

Тезис об интегральности всех видов активности как критерии субъектности, обозначенный А.В. Брушлинским, находит отражение в концепции личности как субъекте формирования бытийных пространств [148, 149, 159, 169, 170]. З.И. Рябикина отмечает: личность реализует себя во множестве бытийных пространств – в профессиональном, в близких отношениях со значимыми другими, в активности, направленной на поддержание чувства идентичности через организацию предметно-пространственной среды и аутентичности временного параметра бытия. При этом реализуется «ключевая модальность» субъекта: способность преобразовывать внешнее по законам внутреннего [149]. В контексте бытийного подхода рассмотрение структуры личности предполагает, что бытие не только выступает внешней причиной, обуславливающей становление личности и ее функционирование, но пространства бытия личности непосредственно включаются в ее организацию [там же, с. 6]. Зрелая личность осуществляет экспансию Я на внешние пространства, вследствие чего эти объективно существующие сферы (пространства) становятся бытийными пространствами личности, ее продолжением и частью [148].

Тезис о «качественной определенности» сущностной характеристики субъекта [50] обуславливает методологическую целесообразность анализа психологических детерминант самореализации личности как субъекта профессиональной деятельности.

Концепции субъекта, на наш взгляд, созвучен подход, согласно которому психосоциальное развитие личности рассматривается в контексте трех самостоятельных систем, соотносимых с различными аспектами Я: «Я как индивидуум»; «Я как член семьи» и «Я как работник» [87, с. 693-694]. Поскольку Э. Эриксон определял главной задачей развития личности взрослого человека достижение генеративности – стремления «увековечить себя путем внесения долговременного и значимого вклада в окружающий мир», Г. Крайг одним из направлений на этом пути рассматривал успешную профессиональную карьеру, самореализацию [там же, с. 695]. Значение для личности выбираемой профессии определяется субъективной оценкой той роли, которую они призваны сыграть в её индивидуальной жизни. Принятие личностью профессионального становления как жизненной задачи детально раскрыто В.Д. Шадриковым [180]. Первоначальным этапом субъектного становления в деятельности является её принятие личностью. Решение этого вопроса определяется тем, насколько представления человека о профессии соответствуют его потребностям. Выбирая профессию, человек как бы «проецирует» свою мотивационную структуру на структуру факторов, связанных с профессиональной деятельностью, через которые возможно удовлетворение потребностей. Чем богаче потребностная сфера личности, тем более высокие требования она предъявляет к деятельности, и тем большее удовлетворение получает от труда [180, с. 34].

Важнейшим компонентом детерминационного поля профессиональной самореализации является *личностная активность* субъекта. Её характеризуют несколько проявлений. Во-первых, субъектная активность обусловлена спецификой внутренних состояний субъекта; она «*полнезависима*» и надситуативна, (в отличие от *приспособительности*). Наконец, субъектная активность обеспечивает устойчивость деятельности в отношении принятой цели [156, с. 260].

Взаимосвязанными сторонами личностной активности выступают инициатива и ответственность [2, с.48]. Содержание и уровень инициативы и



ответственности личности в конкретной жизненной ситуации, в свою очередь, во многом определяется ее субъективным отношением к обстоятельствам, определяющим суть этих ситуаций, собственным видением своего места и роли в их разрешении. Как отмечает Б.А. Ясько, медицинская деятельность есть, по сути, совокупность таких ситуаций, которые не только опосредованы логикой лечебно-диагностического процесса, но могут иметь непредвиденный, экстренный характер. Такое понимание специфики медицинского труда, приводит автора к выводу: формирование инициативности и высокой ответственности есть объективно обусловленная задача процесса самореализации личности в помогающей (в частности, медицинской) деятельности [191, с. 96-97].

В психологии в целом, а также в отдельных ее направлениях есть немало исследований, раскрывающих психологические ресурсы субъектности. Вместе с тем отмечается, что в понятие «ресурсы» вкладывается различный смысл. В психофизиологии этим понятием обозначают объективно регистрируемые явления; в общей психологии – оно используется при обозначении некоего идеального свойства, присущего системе преобразования информации и характеризующего степень ограниченности и распределяемости средств ее функционирования. «Ресурсы, – отмечает В.А. Бодров, – являются теми физическими и духовными возможностями человека, мобилизация которых обеспечивает выполнение его программы и способов (стратегий) поведения для предотвращения или купирования стресса» [17, с. 115-116].

Э. В. Галажинский рассматривает человека как самоорганизующуюся психологическую систему, которая обладает собственными ресурсами организации самодвижения, системной детерминацией и способностью производить факторы, в опоре на которые она может строить директиву самореализации [32, с. 226].

Л. А. Александрова выделяет два крупных класса ресурсов человека: личностные и средовые. Первые включают навыки и способности индивида,

а вторые отражают доступность инструментальной, моральной и эмоциональной помощи со стороны социального окружения. Показано, что наибольший вклад в успешную адаптацию личности вносят личностные ресурсы. Они способствуют избранию тех стратегий адаптации, которые опираются на активное изменение ситуации. [5, с. 201-204].

В концепции К. Муздыбаева ресурсы рассматриваются как жизненные ценности. В дискуссии о соотношении ресурсов и личностного потенциала К. Муздыбаев утверждает, что ресурсы образуют реальный потенциал для совладания с неблагоприятными жизненными событиями. Уже простое их наличие обеспечивает адаптивную функцию психики. Человек обретает уверенность, поддерживается его идентичность, подкрепляется самоуважение [114, 115]. Выделены два крупных класса ресурсов – психологические (личностные) и социальные (средовые). Психологические ресурсы – это навыки и способности индивида; социальные – это ресурсы доступности для личности эмоциональной, моральной, инструментальной поддержки в социальной среде [115]. В исследовании Е.Ю. Кожевниковой психологические ресурсы определены как «внутренние и внешние возможности, воспринимаемые и используемые в качестве средств достижения позитивных результатов» [77, с. 9]. Выделены критерии, которым должны отвечать внутренние, личностные ресурсы. Это: осознанность имеющихся средств или возможности их обретения; готовность использовать их в качестве средств достижения цели; оптимальность, то есть адекватное соотношение цели и собственных возможностей при выборе средств; взаимозаменяемость; конвертируемость ценности ресурсов в социальном окружении [там же].

О соотношении «ресурсы – потенциал» личности пишет и В.А. Бодров. Автор рассматривал регуляторную функцию ресурсов в личностной активности [16, 17]. Ресурсы регуляции различных форм активности человека (в том числе трудовой деятельности) – это некоторый функциональный потенциал, – пишет В.А. Бодров, – обеспечивающий

высокий уровень реализации активности, достижения заданных показателей в течение определенного времени [17, с. 116]. В.А. Бодров отмечает: если кратко охарактеризовать компоненты личных ресурсов, то видим, что они включают разнообразные свойства, черты, установки личности, оказывающие влияние на регуляцию поведения в напряженных ситуациях жизнедеятельности. Отражается это в качествах самоконтроля, самооценки, в чувстве собственного достоинства, в мотивации и др.

В контексте проводимого нами исследования для понимания и интерпретации эмпирически выделенных феноменов эвристичностью обладает подход К. Муздыбаева, согласно которому в процессе жизни у субъекта бывают ситуации, когда достаточные личностные ресурсы не используются, блокируются сочетанием определенных личностных образований или объективных условий жизнедеятельности [115]. Барьером самореализации, активизации внутренних и внешних ресурсов могут стать культурные или групповые ценности, общественное мнение, некоторые личностные качества. Препградой в личностной самореализации может стать слабость социальных ресурсов, их неадекватность уровню притязаний личности, ее карьерным устремлениям. Это, например, отсутствие необходимой поддержки со стороны членов семьи, друзей, сослуживцев; недостаточное материальное обеспечение жизнедеятельности и проч. [там же].

В работах Н.Е. Водопьяновой на основе субъектно-ресурсного подхода дается определение профессионального выгорания как следствия снижения ресурсного обеспечения и инволюции ресурсов субъекта из-за нарушения энергоинформационного взаимодействия в системе «субъект труда – профессия – организация – социум» [26, с. 11]. Выделены пять стадий развития профессионального выгорания (ПВ), обусловленные динамикой снижения ресурсообеспеченности субъекта:

- 1) стадия зарождения процессов выгорания (низкая выраженность ПВ);
- 2) стадия стагнации (средняя выраженность ПВ);

- 3) стадия «бифуркационных» изменений ресурсобеспечения (средняя и выше средней выраженность ПВ);
- 4) стадия снижения субъектной активности и субъектно-личностных ресурсов (высокая выраженность ПВ);
- 5) стадия прогрессирующей инволюции профессионально-личностных ресурсов (крайне высокая выраженность ПВ) [там же, с. 12].

Автором показано, что инволюция ресурсов субъекта на четвертой и пятой стадиях ПВ проявляется в значительном снижении ресурсов саморегуляции, в изменении субъективной оценки «ресурсобеспечения» с положительной на отрицательную, когда в процессе профессиональной деятельности оценка потерь жизненно важных ресурсов начинает преобладать над оценкой их приобретений. Инволюция ценностно-смысловых ресурсов сопровождается ярко выраженными деструктивными жизненными установками: смысловым отчуждением в виде чувства «бессилия», «вегетативности», «нигилизма» [там же].

В разработанной субъектно-ресурсной концепции природы профессионального выгорания Н.Е. Водопьянова определяет в качестве основного психологического условия противодействия рискам дезадаптации формирование стратегий расширения ресурсной базы личности. Следуя методологии субъектной и субъектно-бытийной концепций, мы полагаем, что решение этой задачи возможно, когда личность обладает качествами субъекта жизни, то есть способностью и готовностью к самореализации, самодетерминации, саморазвитию.

Обоснованный Н.Е. Водопьяновой субъектно-ресурсный подход позволяет определить содержание, направление исследования личностных ресурсов самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой видов деятельности. Средовыми или «внешними» ресурсами является социальный контекст, определяющий особенности пространства профессиональной бытийности медицинской сестры. Личностные («внутренние») ресурсы – это субъектно-личностные качества, выполняющие

роль движущих сил развития и самореализации личности. В контексте субъектно-бытийного подхода это означает, что не только бытие выступает внешней причиной, обуславливающей становление и развитие личности, но и *пространства* бытия непосредственно включены в данный процесс. Соответственно предмету проводимого нами исследования – это, прежде всего, пространство профессионального бытия. В нем происходит не только личностно фокусированное саморазвитие и самосовершенствование субъекта, но формируются явления со-бытия, поскольку медсестринская деятельность социомична по своей сути. Успешность самореализации личности в данном бытийном пространстве определяется, наряду с «внутренними» факторами, эффективностью построения профессионального и межличностного со-бытия.

### **1.3. Субъектно-личностные предикторы самореализации**

#### **1.3.1 Социальная адаптация в системе маркеров самореализации личности**

Самореализации субъекта медицинского труда происходит в специфическом профессиональном пространстве, где взаимодействуют люди в различных психологически нагруженных системах отношений («медицинская сестра – врач»; «медицинская сестра – больной»; «врач – сестра – больной» и т.д.). Как отмечает Б.А. Ясько, успех и эффективность взаимодействия участников лечебно-диагностического процесса, в конечном счете, обеспечивается тремя составляющими: профессионализмом лечащего коллектива; мотивацией работников; их удовлетворенностью выполняемой деятельностью [188, с. 187]. Две из трех названных составляющих (мотивация и удовлетворенность трудом) непосредственно влияют на процесс социальной адаптации личности [15]. В лечебном учреждении поиск путей достижения адаптации медицинского персонала имеет особую

важность, поскольку ее уровень определяет степень личностной готовности медицинского работника к дальнейшему развитию и изменениям, в частности, к формированию новых профессиональных навыков и умений в изменяющихся условиях оказания медицинской помощи. Нельзя не учитывать, что адаптированный медицинский работник чувствует себя комфортно в различных ситуациях деятельности, а это непосредственно отражается на настроении пациента, способствует формированию у него позитивной внутренней картины болезни. В триаде «врач – сестра – больной» медицинская сестра принимает на себя значительную долю общения с пациентом, поэтому социальная среда, к которой ей необходимо адаптироваться, определяется не только кругом коллег и сотрудников лечебного учреждения, но и в большой мере пациентами, их близкими и родными.

В психологии личности социальная адаптация является предметом пристального внимания теории и практики. Актуальность исследований в данной области обусловлена возрастающей значимостью гуманистических, экзистенциальных ценностей и очевидным конфликтом, в который вступают они с явлениями бездуховности, экстремизма, социальной и экономической поляризацией общества. Следуя концепции структурно-функциональной организации личности (В.Е. Орел, 2005), можно предположить, что адаптация выполняет роль маркера, обозначающего степень внутренней готовности личности противодействовать факторам риска развития выгорания [119].

В психологии личности социальная адаптация рассматривается как приспособление личности к существованию в социуме в соответствии с его нормами и требованиями, а также согласно с потребностями, стремлениями, мотивами и интересами самой личности [133, с. 9]. Психологическая адаптация предполагает и социальную адаптацию – интегрального показателя того, насколько готова личность к выполнению необходимых

биосоциальных функций и принятию социальных ролей в группе, в обществе [там же].

Непосредственно с категорией адаптации связано понятие «адаптивность». В нем отражается интегративное свойство, характеризующее степень психологической адаптации личности. Эта степень имеет несколько уровней выраженности: уровень, соответствующий адаптации; уровень относительного несоответствия (неадаптивность); уровень крайнего несоответствия и отсутствия возможности адаптации (дезадаптивность) [там же, с. 9]. Эффективность адаптации в значительной степени зависит от того, насколько адекватно личность воспринимает себя и окружающий мир, свои социальные отношения, насколько она способна к изменениям поведения в пространствах ее бытия [124, 125].

В зависимости от особенностей личности, ее потребностей и мотивов выделяют активный и пассивный типы адаптации. Активный тип означает активное воздействие личности на среду и овладение ею. Пассивный тип характеризуется пассивным принятием среды, ее требований [133, с. 9]. Однако, по мнению А.А. Реана, деления типов адаптации при рассмотрении вариантов взаимодействия человека с социальной средой не имеет достаточных оснований. Критерием различения типов адаптивного процесса следует считать не «активность – пассивность», а вектор активности, ее направленность («вовне» или «внутри»). Направленность «вовне» показывает активное влияние личности на среду, ее освоение и приспособление к себе. Направленность «внутри» – это «работа над собой», изменение себя, коррекция собственных установок и привычных инструментальных, поведенческих стереотипов. А.А. Реан выделяет третий тип, *«вероятностно-комбинированный»* – тип активного самоприспособления к среде. Это наиболее эффективный тип адаптации [141, с. 52-56].

Вклад в развитие исследований психологических механизмов социальной адаптации вносит концепция фиксированных форм поведения

Г.В. Залевского [51]. Фиксированные формы поведения – это акты поведения, упорно повторяющиеся или продолжающиеся и в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения или изменения [там же, с. 11]. Фиксированные формы поведения выступают психологическим барьером в процессе личностной адаптации: субъект «застревает» в ригидных установках, в результате процесс адаптации нарушается. Человек сталкивается с нарастающими психологическими трудностями, не видит пути их преодоления.

В исследованиях механизмов психологической адаптации выделяют три группы: общий психологический механизм, свидетельствующий о неразрывной связи физиологических и психологических процессов; психические процессы, обуславливающие адаптацию (когнитивные процессы, интеллект, внимание, восприятие и др.); личностные механизмы адаптации [15]. В работах, раскрывающих личностные механизмы адаптации отмечаются: интроверсия – экстраверсия; локус контроля; рефлексия; лежащая в основе самосознания; механизмы самоосмысливания, самоактуализации, саморазвития; волевые компоненты (целеустремленность, ответственность, настойчивость, уверенность в действиях); коммуникабельность [там же]. Особое значение в процессе адаптации имеет мотивационная сфера личности, в частности, направленность мотивов, их сочетание и степень активности. При этом поведенческие формы адаптации являются обязательным и часто самым главным компонентом адаптации к деятельности, особенно к деятельности профессиональной [там же, с. 57-59]. В.И. Медведев [106] выделял четыре вида поведенческой адаптации: превентивная поведенческая адаптация; стабилизационная поведенческая адаптация; социально-обусловленные формы поведения; личностно-обусловленные формы поведения.

Первый вид в поведенческом аспекте демонстрирует глобальное изменение активности, реакцию избегания или активного поиска предпочтительного поведения. При втором виде отмечается сохранность



общей структуры поведения, коррегирующие реакции, оптимизация деятельностного акта, реорганизация поведения. Социально-обусловленные формы поведения (третий вид адаптации), направлены на формирование или преобразование среды. Наконец, четвертый вид адаптации – личностно-обусловленные формы поведения – состоит в перестройке мотивов, изменении эмоциональной сферы, ролевых ожиданий, преобразовании психологического климата и т.п.

Стремление личности к изменениям, самодетерминация отмечается как значимый психологический механизм адаптации [151, с.141-146]. Такое стремление имеет относительную устойчивость во времени, различную степень выраженности у разных людей и в разное время. Для него характерны: сильная мотивационная окрашенность; специфика проявлений на внутреннем и внешнем уровнях. Д.В. Сапронов предлагает рассматривать все изменения, происходящие в процессе психологической адаптации, в двух аспектах: «происходящие с человеком» и «происходящие из человека» [там же, с. 145-146].

Социальная адаптация рассматривается также и как умение устанавливать эффективные отношения с другими членами общества. В.А. Толочек выделяет пять типов личностей, обладающих разными уровнями социальной адаптации.

1. «Звезды первой величины». Это высокоодаренные, высокопрофессиональные личности.
2. «Звезды второй величины». Это люди, достигшие высоких результатов в профессиональном и личностном развитии. Здесь выделяются два подтипа: «гармоничный» – тип человека, успешно реализующего себя в различных сферах жизнедеятельности, чем обеспечивает успешную адаптацию в социуме; и «работоголик» – тип адаптации, при котором человек сконцентрирован исключительно на профессиональной деятельности.

3. «Планеты». Это люди, соблюдающие четкие границы социальной ниши. Они часто являются высококлассными специалистами, однако, как правило, ориентированы в большей степени на процесс, нежели на результат деятельности.
4. «Планирующие». Люди этого типа социальной адаптации не являются обладателями четкого курса в профессиональном развитии; они равняются на достижения ближайших родственников и собственные исходные потенции.
5. «Достигающие дна» – тип, включающий лиц девиантного поведения [161, с. 145].

Л.А. Александрова пишет, что в зависимости от доминирующей тенденции (активность, самодетерминация или следование привычным стереотипам реагирования) личность выбирает одну из двух стратегий адаптации: активное изменение ситуации, активное самоизменение или искажение общей картины ситуации угрозы и представлений о себе. Активное изменение ситуации на поведенческом уровне состоит в соблюдении правил поведения в опасных для жизни ситуациях, в поиске информационной и социальной поддержки. Стратегия адаптации путем активного самоизменения опирается, прежде всего, на смысложизненные ориентации, ответственность, моделирование будущего, прогнозирование и переосмысление ситуации в позитивных терминах. При этом механизмы интрапсихической защиты либо не используются, либо играют вторичную роль. Стратегия адаптации путем искажения картины ситуации и представлений о себе соответствует изначально напряженной системе адаптационных механизмов личности. Эта стратегия сопровождается активизацией эго-защит. Собственно личностный уровень при данной стратегии слабо влияет на адаптационный процесс [5, с. 203].

Проведенный анализ свидетельствует не только о многогранности проблемы социальной адаптации, но и обуславливает выделение этого явления в качестве маркера достижения личностью самореализации.

### **1.3.2 Личностно-профессиональная идентичность как условие самореализации субъекта в пространстве профессиональной бытийности**

Особое место в процессе самореализации личности занимает становление идентичности. В психологии феномен идентичности сегодня исследуется в возрастном [186] гендерном [118] этнопсихологическом [187] аспектах. Согласно взглядам Э. Эриксона, важнейшая задача, встающая перед человеком в юности и ранней взрослости, – установление своей идентичности в близких отношениях с другими людьми и в трудовой деятельности [87, с.693-694]. В периоды так называемой «взрослости» человека личностное развитие сопровождается процессами структурирования и переструктурирования личной, профессиональной и семейной идентичности по мере того, как формируется «глобальное» чувство генеративности [186].

Одна из детализированных типологий вариантов профессионального и личностного самоопределения предложена Н.С. Пряжниковым [130, с. 21-32]. Она включает:

- 1) самоопределение в конкретной трудовой функции, операции;
- 2) самоопределение на конкретном трудовом посту;
- 3) самоопределение в специальности;
- 4) самоопределение в профессии (в группе родственных специальностей);
- 5) жизненное самоопределение (где профессиональное становление является важнейшей составной частью);
- 6) личностное самоопределение (как высший уровень жизненного самоопределения);
- 7) самоопределение в культуре, выход на «социальное бессмертие» как высший уровень личностного самоопределения.

Н.С. Пряжников замечает, что обычно человек самоопределяется сразу по нескольким типам, но уровни самоопределения по каждому из этих типов могут быть разными [там же, с. 24–25].

На основании двух критериев (внутреннее принятие человеком данной деятельности и степень творческого отношения к ней) Н.С. Пряжников выделяет пять уровней самореализации человека [там же, с. 84-85]:

- 1) агрессивное неприятие выполняемой деятельности;
- 2) стремление мирно избежать данной деятельности;
- 3) выполнение данной деятельности по образцу, по шаблону, по инструкции;
- 4) стремление усовершенствовать отдельные элементы выполняемой деятельности, сделать что-то по-своему;
- 5) стремление обогатить, усовершенствовать выполняемую деятельность в целом, связанное с нахождением особых смыслов, иногда сразу и непонятных для окружающих.

На ведущую роль ценностного отношения к профессии указывает и К.А. Абульханова-Славская [2]. Она выделяет четыре типа идентификации, объективации личности в профессии. Для первого типа характерно отношение к профессии как более-менее интересному жизненному занятию. Она выбирается на основании соответствия личностным характеристикам субъекта. Второй вариант идентификации более динамичен, так как в этом случае человек ориентируется в первую очередь на возможности «движения в профессии», на постоянное качественное изменение, профессиональный рост. Личностная активность фокусируется в основном на объективных требованиях профессиональной деятельности, нежели на развитии собственных способностей и возможностей. В третьем типе профессиональная деятельность рассматривается как способ развития и совершенствования способностей, возможностей и качеств личности.

С процессом самореализации непосредственно связан четвертый тип профессиональной идентификации. При этом типе диапазон профессионального выбора максимально широк, поскольку основанием его оказывается способность к творчеству и активности, а перспективой – возможность творческого самовыражения.

К.А. Абульханова-Славская отмечает и особый вид идентификации с профессией: ориентация человека на повышение уровня материального благосостояния. Эта направленность чаще всего входит в качестве дополнительного мотива в разные виды профессиональной идентификации, выступая в большинстве случаев лишь как некоторое условие, но не как основная причина выбора профессии.

Одной из активно изучаемых форм идентичности является профессиональная идентичность. Ю.П. Поваренков рассматривает профессиональную идентичность как системное, динамичное и многоуровневое явление, тесно связанное с профессиональной самооценкой, деформацией и самоопределением [129].

В современной психологии получила распространение концепция Дж. Марсиа. В ней на основе учета двух взаимосвязанных факторов (прошел ли индивидум через период принятия собственных решений, и связал ли он себя обязательствами относительно сделанного им выбора системы ценностей) выделены четыре типа (статуса) идентичности. Это статусы: достигнутой идентичности, диффузии, предрешённости, моратория [87, с. 605-607]. Развитие концепции Марсиа предложено в работах Л.Б. Шнейдер. Согласно точке зрения Л.Б. Шнейдер, Осознанное участие индивида в процессе выбора профессиональной сферы, а также соответствие личностных свойств условиям трудовой деятельности – это особые компоненты профессиональной идентичности [183]. В соответствии со статусной моделью личностной идентичности человека, разработанной Дж. Марсиа, Л.Б. Шнейдер предложила статусную модель профессиональной идентичности (ПИ) [182]. Статус диффузной ПИ характерен для личности, которая не имеет прочных профессиональных целей и планов социально-профессиональных убеждений и не пытается их сформировать. Состояние кризиса ПИ она не переживает, варианты своего профессионального развития не исследует. Статус предрешенной ПИ характеризуется тем, что человек формально совершает выбор профессиональных целей, но у него

отсутствует внутреннее убеждение в правильности выбора. Статус моратория ПИ Л.Б. Шнейдер относит к человеку, который находится в состоянии кризиса ПИ и активно пытается разрешить его, пробуя и исследуя различные альтернативные варианты профессионального развития. Статусом достигнутой ПИ обладает личность, которая прошла через кризис выбора и самостоятельно сформировала определенную совокупность знаний о себе и о своих профессиональных целях. Профессионально значимые цели обеспечивают такой личности чувство направленности и осмысленности жизни [182].

Е.П. Ермолаева определяет профессиональную идентичность как продукт длительного личностного и профессионального развития, тесно связанного с социальными условиями. Автор непосредственно связывает успешно формируемую профессиональную идентичность с процессом социальной адаптации [48].

В исследованиях профессиональной идентичности Ш. Хендерсон ключевым является изучение причин удовлетворенности избранной профессией. Ш. Хендерсон установила, что к успеху приводят: настойчивость, целеустремленность, позитивное отношение к окружающему миру [203].

К. МакГавен и Л. Харт основной акцент в развитии профессиональной идентичности ставят на процесс социального научения – формирования специальных знаний и навыков, способствующих выполнению социальных ролей и дальнейшему развитию компонентов идентичности [213-215]. Эффективному выполнению деятельности способствует знание специфики самой деятельности, основанием которой является ясное представление о самом себе как о специалисте.

Профессиональная идентичность тесно связана с осознанием личностью пространства профессионального бытия. Это пространство включает в себя всю совокупность явлений, определяющих реальность профессиональной деятельности. При решении задач управления организацией фокус на

формировании индивидуальной и групповой идентичности работников, по сути, является психологическим условием достижения профессиональной и личностной адаптации, успешности совместной деятельности, устойчивости организации как целостной системы [71, 105, 157].

### **1.3.3 Индивидуальный стиль жизни и деятельности как инструментальный аспект профессионально-личностной самореализации**

Гуманистическая психология, субъектно-деятельностная парадигма отечественной психологии обусловили активное изучение в психологии личности феномена стиля как «инструментального оформления индивидуальности» [164, с. 30]. Понятие «жизненный стиль» впервые использовал А. Адлер. Он рассматривал его как уникальное соединение черт, способов поведения и привычек, определяющих неповторимую картину существования человека и способствующих компенсации его индивидуальных дефектов. Жизненный стиль, отмечал А. Адлер, это значение, которое человек придает миру и самому себе. Жизненный стиль определяет направленность устремлений личности и те подходы, которые она использует при решении основных жизненных проблем (профессиональных, сотрудничества и дружбы, любви и супружества) [133, с. 126].

В работах Г. Олпорта, в соответствии с основанной им концепцией личностных черт, стиль интерпретируется как инструментальные черты личности, с помощью которых она реализует свои мотивы в рамках осуществляемой деятельности. Стиль, по мнению Г. Олпорта, служит объяснением единого источника многообразных функциональных психических проявлений [194].

Сегодня индивидуальный стиль рассматривается как индивидуально-своеобразная система психологических средств, к которым сознательно или

стихийно прибегает человек в целях наилучшего уравнивания своей индивидуальности с предметными внешними условиями деятельности. Он обеспечивает человеку наиболее эффективную социальную, личностную адаптацию [133, с. 126].

В.А. Толочек в изучении феномена «стиль» опирается на структурно-функциональный подход. Он выделяет три уровня организации индивидуального стиля. Первый – базовый уровень – это субъективно удобные условия деятельности. Второй уровень включает операциональные структуры деятельности. Третий уровень составляют «идеальные» регуляторы деятельности [164]. Разработанный подход позволяет рассматривать сущностные свойства стилей в цепочке: «индивидуальный стиль деятельности» – «стиль профессиональной деятельности» – «стиль деятельности» – «стиль жизни» – «стиль человека». Стиль, по выводу В.А. Толочка, – это феномен поуровневой и специфичной адаптации субъекта к среде. Важным, с точки зрения консультативной работы практикующего психолога, является обоснованный вывод о том, что стили не представляют собой завершенные, застывшие формы. Они эволюционируют при изменении условий среды, требований деятельности и самого человека. Отмечается нетождественность стиля индивидуальным особенностям человека. Стиль выступает в качестве психологической системы согласования индивидуальных особенностей с совокупностью условий деятельности и внешней среды (требованиями рабочего места, социальными нормами и проч.) [163].

Индивидуальный стиль жизнедеятельности является опосредующим звеном между различными уровнями интегральной индивидуальности; он выступает системообразующим фактором в организации личности, в процессе развития саморегуляции. Сформированный индивидуальный стиль позволяет компенсировать и преодолевать внутренние объективные барьеры в самореализации личности.



В исследованиях Е.П. Ильина, В.А. Толочка, М.А. Холодной и ряде других было показано, что разные стили в границах определенных условий, решаемых индивидом задач, режимов деятельности оказываются далеко не равнозначными [66, 162, 163, 164, 165, 177]. Выделяют эффективный, малоэффективный, неэффективный индивидуальные стили, различия их, прежде всего, по степени социальной, профессиональной, личностной адаптации индивида. Так, в работах Б.А. Ясько показано: врачи, достигшие вершин самореализации, не всегда имеют эффективный индивидуальный стиль деятельности, о чем могут свидетельствовать, в частности, показатели симптомов профессионального выгорания [189, 191]. Делается важный вывод: стихийность процесса формирования индивидуального стиля деятельности изначально создает психологические предпосылки (факторы риска) развития профессионально-личностных деформаций в виде депрофессионализации, кризиса идентичности, дезадаптации. Снизить риски таких явлений может системное психологическое сопровождение личностной самореализации.

В многообразных исследованиях, объектом которых является индивидуальный стиль, можно выделить четыре основных направления [164, с. 33]. Каждое из них посвящено анализу различных сторон феномена индивидуального стиля. Изучаются: стили жизни [3]; когнитивные стили [177, 219], стили деятельности [72,108, 163]; стили лидерства (руководства) [12, 52, 53,165, 197, 198, 199].

Начиная с исследований, проводившихся в научной школе В.С. Мерлина, в отечественной психологии утвердилось понятие «индивидуальной стиль деятельности» (ИСД). По определению Е.А. Климова, ИСД есть «обусловленная типологическими особенностями устойчивая система способов, которая складывается у человека, стремящегося к наилучшему осуществлению данной деятельности.... Иначе говоря, индивидуальный стиль есть индивидуально своеобразная система психологических средств, к которым сознательно или стихийно прибегает

человек в целях наилучшего уравнивания своей (типологически обусловленной) индивидуальности с предметными, внешними условиями деятельности» [72, с. 49].

Раскрытию структурно образующих базовых компонентов и психологических образований, влияющих на ИСД субъектов разных видов профессиональной деятельности, посвящены многие отечественные исследования. Это, в первую очередь, работы Е.А. Климова [72], В.А. Толочка [164, 165], Б.А. Ясько [191] и др. В частности, в работах Б.А. Ясько раскрываются компоненты эффективного индивидуального стиля деятельности врача-клинициста, анализируются условия его становления [189, 191].

По мнению В.С. Мерлина рассмотрение ИСД невозможно без анализа механизмов компенсации и адаптации. Первые позволяют замещать недостаточно выраженные качества и особенности деятельности более выраженными, а вторые позволяют наиболее полно использовать благоприятные возможности человека [107, 108]. Развивая взгляды В.С. Мерлина и Е.А. Климова, М.Р. Щукин обосновывает в составе механизмов формирования ИСД, помимо адаптации и компенсации, механизма коррекции [184]. Действие этих механизмов продемонстрировано, в частности, в работах Б.А. Ясько на примере формирования эффективного индивидуального стиля деятельности врача-клинициста [191].

В.А. Толочек [163] ввел в психологию иерархическую трехуровневую модель стиля деятельности. Она включает:

- а) субъективно удобные условия деятельности («прошлое» субъекта, его эмоциональную память и оценки, направляющие адаптацию на определенную часть пространства деятельности);
- б) структуру, в состав которой входят осознание и формируемые в процессе жизни практические компоненты, конкретные предметные действия, опосредующие субъект-субъектные или субъект-объектные взаимодействия;

с) тип организации деятельности как высший уровень адаптации субъекта к ее требованиям (когнитивные аспекты деятельности в форме планирования, оценки ситуации, прогнозирования и проч.).

В ряде исследований индивидуального стиля обосновывается необходимость выделения таких предметных аспектов, как:

– *стиль активности* (системное многоуровневое и многокомпонентное образование, обусловленное системой разноуровневых индивидуальных свойств, направленных на достижение успеха в деятельности [30]);

– *индивидуальный стиль волевой активности* как «устойчивая и целесообразная система проявлений волевых качеств и волевых действий, обусловленная симптомокомплексом разноуровневых свойств интегральной индивидуальности, направленная на достижение результата деятельности и организацию поведения» [39, с. 5];

– *индивидуальный эмоциональный стиль* – как объект и предмет собственной деятельности личности как интегральной индивидуальности, при которой она сама в себе черпает цели, придающие деятельности особый характер [45];

– *индивидуальный стиль поведения в конфликтной ситуации* (относительно устойчивая совокупность целей, осознаваемых или непознаваемых личностью, действий, операций и реакций, направленных на разрешение конфликта или на выход из него [93]).

Наконец, рассматривается понятие «*стиль человека*» как целостная характеристика способа взаимодействия личности с окружающим миром [97]. В интерпретации А.В. Либина стиль человека – это устойчивый паттерн индивидуально-типических свойств, реализующихся в системе способов организации субъектом своего поведения в деятельности [97].

В настоящее время изучение стилевых особенностей индивидуальности является одним из наиболее активно развивающихся направлений дифференциальной психологии. В концепции произвольной саморегуляции

(О. А. Конопкин, В.И. Моросанова) под индивидуальным стилем понимается типичная для данного человека система психологических средств, к которой он сознательно или стихийно прибегает, чтобы реализовать вовне свою целостную индивидуальность в соответствии с требованиями выполняемой деятельности, культуры и эпохи [112, с. 8]. А.О. Конопкин и В.И. Моросанова относят индивидуальный стиль к особенностям произвольной регуляции поведения, связанных с реализацией специфических, частных функций целостного регуляторного процесса [81]. Отмечается, что индивидуальный стиль саморегуляции проявляется в индивидуальном своеобразии планирования, программирования, моделирования достижения жизненных целей, оценивания результатов субъектной активности. Установлено, что индивидуальный стиль саморегуляции характеризуется не только комплексом стилевых особенностей регуляторики, но и регуляторно-личностными свойствами, в частности, гибкостью и самостоятельностью личности [112].

Исследование влияния стиля индивидуальности на характер психической активности привело Т.Я. Решетову к выделению обобщенных характеристик коммуникативной, познавательной и творческой активности субъекта, находящихся под его непосредственным воздействием. Показано, что стиль индивидуальности влияет на направленность психической активности, степень ее открытости, рефлексивность, системность, и ряд других психологических характеристик индивидуальности человека [142, с. 298].

В соответствии с задачами проводимого нами исследования имеет значение понимание современных подходов к интерпретации явления, обозначенного в психологии понятием «индивидуальный стиль лидерства (управления)» [12, 52, 53, 110, 197, 198, 199 и др.]. Влияние, которое оказывает система управления человеческими ресурсами на личность работника, приводит к размышлению о том, что психологическим эффектом внедрения научного менеджмента стало создание современного индивида и

его индивидуальности [52, с. 197]. Отсюда следует: влияние личности руководителя на субъектно-субъектные отношения играет ключевую роль, опосредуя динамику субъектных качеств подчиненных, в частности, таких как социальная адаптивность, стили общения, лояльность, идентичность и другие. В связи с этим актуальными становятся исследования в области индивидуального стиля лидерства.

Побуждаемый своими потребностями, человек вступает в организацию, надеясь, что организация обеспечит ему ту часть располагаемых ресурсов, которые смогут удовлетворить потребности, мотивировавшие его как к вступлению в данную организацию, так и к данному виду профессиональной деятельности. К этим ресурсам относятся материально-финансовые и организационно-психологические ресурсы, способные удовлетворять потребности работников. При этом именно организационно-психологическим ресурсам принадлежит особо важная роль. Они способны удовлетворить потребности личности в аффилиации, самоуважении и самореализации [52, с. 199-200]. Поскольку контролируют ресурсы организации лидеры, менеджеры учреждения, именно от них зависит, смогут ли сотрудники удовлетворить свои потребности. Д. Мак-Грегор отмечал, что работники идентифицируют себя с руководителем-лидером, который стремится к достижению целей совместной деятельности. Идентификация приводит к тому, что цели деятельности работниками начинают восприниматься как лично значимые [214, с. 145].

Сегодня в психологии утвердилась точка зрения, согласно которой психологическая созависимость организационного лидера и подчиненных ему членов рабочей группы не вызывает сомнения. В этой связи активно развиваются исследования, позволяющие выделить устойчивые совокупности поведенческих характеристик, обеспечивающих успех лидера [52, с. 223]. Именно в рамках этих исследований сформировалось понятие «стиль лидерства». В психологическом словаре он определяется как «совокупность приемов и методов, применяемых лидером (также и

руководителем) с целью оказания воздействия на зависящих от него или находящихся в его подчинении людей» [136, с. 176].

Начиная с исследований К. Левина и до наших дней, идет поиск наиболее научно обоснованных моделей и типов лидерских стилей. По данным К. Левина можно выделить три лидерских стиля (авторитарный, попустительский, авторитетный), а также наиболее типичные для каждого из них психологические маркеры [211]. Однако, как отмечает А.Н. Занковский, ценностная нагруженность использованных К. Левином понятий для характеристики каждого стиля, затрудняют их объективную интерпретацию [52, с. 225].

В последнее время активно исследуются независимые факторы, формирующие лидерский стиль. Здесь, прежде всего, следует отметить работы сотрудников Американских исследовательских центров университета Огайо [218 и др.] и Мичиганского университета [210 и др.], а также близкие к ним работы Д. Миссуми [110]. В разное время и независимо одно от другого эти исследования вскрыли две наиболее устойчиво демонстрируемые переменные, определяемые как факторы лидерского стиля: *ориентация на дело* (задачу) и *внимательность к людям*. Несмотря на определенные различия в интерпретации их психологических составляющих, названные переменные могут быть достаточным основанием для определения лидерского стиля при различной их индивидуальной композиции. Так, исследования, проведенные в Мичиганском университете, убедительно свидетельствуют о том, что успешность совместной деятельности, удовлетворенность трудом, а, следовательно, и наибольшие возможности для реализации потребностей работников, обеспечивает индивидуальный стиль, ориентированный на людей [52, с. 228].

Двухфакторная модель лидерского стиля (поведения) получила развитие и операционализирована в виде метода «Управленческая решетка» Р. Блейком и Дж. Мутон [198]. Каждый фактор измеряется в диапазоне девяти значений, в результате в пространстве «управленческой решетки»

образуются 81 клетка, каждая из которых может характеризовать тот или иной лидерский стиль. В отличие от коллег Мичиганского университета, Блейк и Мутон утверждают, что наиболее эффективным для лидера является стиль, обозначенный в «управленческой решетке» позицией 9:9 – высокие требования, предъявляемые лидером к делу, сочетаются с исключительным вниманием к исполнителям этого дела – людям. Однако в некоторых исследованиях, проводимых с применением метода, разработанного Блейком и Мутон, эту утверждение не находит убедительного обоснования. Так, в отдельных публикациях [напр., 192, 193] показано, что наиболее благоприятные условия для профессионально-личностной самореализации медицинских работников создаются при реализации врачами-руководителями индивидуального лидерского стиля «Авторитет – сотрудничество» (позиция в «Управленческой решетке» 5:5). В определенном смысле можно говорить, что выраженность фактора, определяющего важность межличностных отношений, реализации потребностей работников, их индивидуальных особенностей маркирует нравственные ориентации личности руководителя.

Н.В. Ключева, разрабатывая феноменологический метод в консультационной психологии, рассматривает различные аспекты работы с персоналом, направленной на формирование определенных, объективно заданных качеств, оптимизирующих процесс самореализации личности в труде [74, 75, 76]. Выделены принципы организации системы внутрифирменного обучения (системности, уникальности организации, технологичности, принцип исследования действием и обучения в деятельности и др.). Разработаны два типа обучения: специальное и междисциплинарное. Приводится подробная характеристика методологических и теоретических оснований работы психолога как внешнего консультанта, который работает с организацией в режиме междисциплинарного обучения. К ним отнесены: инновационная методология, процессное консультирование, проектный подход, андрагогика.

Учитывая, что автор обобщает опыт консультативной работы с руководителями предприятий, мы рассматриваем разработанную концепцию как методологическое основание работы с кадровым резервом менеджеров сестринского дела.

Можно заключить, что рассмотрение психологических предикторов субъектной самореализации личности в пространстве ее профессиональной бытийности не может быть достаточно полноценным, если исключить из анализа индивидуальность лидера, организующего и направляющего процесс совместной деятельности. Важным маркером психологии личности руководителя является его индивидуальный лидерский стиль – совокупность приемов и методов, применяемых с целью оказания воздействия на находящихся в его подчинении людей.

### ***Резюме по главе I.***

1. Проблема самореализации личности в современной психологии является актуальным направлением научных исследований, несмотря на сложившиеся категориальный аппарат и практико-ориентированные подходы. Самореализация рассматривается в трех основных аспектах: как способность человека объективировать богатство своего внутреннего мира в какой-либо форме деятельности; как процесс осуществления (претворения) способностей и личностных возможностей и мотивов; как стремление развить сильные стороны своей личности.
2. Процесс самореализации может рассматриваться как *саморазвитие* личности, что предполагает выявление движущих сил, которые обуславливают поступательность данного процесса, являясь при этом «барьерами» регресса, фрустрации потребностной сферы личности.
3. Поскольку самореализация рассматривается как процесс удовлетворения потребностей личности, для выявления психологических ресурсов самореализации необходимо рассмотреть, как формируется система потребностей субъекта. В отечественной психологии наибольшее признание получила классификация потребностей, согласно которой



выделяются три их вида: материальные; духовные и социальные. Отмечается первичность материальных потребностей, поскольку сформированы они в процессе филогенеза. Духовные и социальные потребности вторичны, они являются продуктом социализации человека. Актуальные потребности формируют мотивационные тенденции, выполняющие роль движущих сил развития личности.

4. Потребности, осознаваемые личностью, не всегда могут быть удовлетворены, поскольку условием, необходимым для их удовлетворения, является социальный, в частности, социально-профессиональный контекст бытия личности. Фрустрации могут быть подвержены потребности всех уровней, в зависимости от макро-, мезо- и микро-факторов. Макро-факторы – это социально-экономической ситуации в обществе. Мезо-факторы – социально-профессиональный контекст самореализации субъекта. Микро-факторы – собственно система потребностей индивида, их адекватность его реальным достижениям, социальной роли, субъектно-бытийному пространству (семейному, профессиональному и др.).
5. Процесс самореализации, будучи детерминированный мотивационно-потребностной сферой личности, обеспечивается совокупностью субъектно-личностны качеств. Для личности, посвятившей себя помогающей профессии, самореализация затрагивает тонкие механизмы нравственных отношений, перфекционистских тенденций, ценностей, выступающих ориентирами самореализации. В этих условиях, у личности формируются определенные перфекционистские тенденции, отражающие стремление к самосовершенствованию, чтобы соответствовать социально одобряемым стандартам. Высокий уровень «нормального» перфекционизма, вероятно, влияет на формирование гуманистической направленности личности, если для нее высокую ценность имеют требования, предъявляемые к себе, а к ней – средой жизнедеятельности. Несмотря на важную роль, выполняемую направленностью в процессе

самореализации личности, следует признать, что нравственные, моральные черты, определяющие ее, изучены еще недостаточно.

6. Тезис об интегральности всех видов активности как критерии субъектности, обозначенный А.В. Брушлинским, находит отражение в концепции личности как субъекте формирования бытийных пространств. В контексте бытийного подхода рассмотрение процесса самореализации предполагает, что бытие не только выступает внешней причиной, обуславливающей становление личности и ее функционирование, но пространства бытия личности непосредственно включаются в ее организацию. Зрелая личность осуществляет экспансию Я на внешние пространства, вследствие чего эти объективно существующие сферы (пространства) становятся бытийными пространствами личности, ее продолжением и частью (З.И. Рябикина). Особое место в процессе самореализации личности занимает становление идентичности, одной из ее форм которой является профессиональная идентичность. Профессиональная идентичность тесно связана с осознанием личностью пространства профессионального бытия. Это пространство включает в себя всю совокупность явлений, определяющих реальность профессиональной деятельности.
7. В психологии в целом, а также в отдельных ее направлениях, в частности, в психологии личности, есть немало исследований, раскрывающих ресурсный подход к пониманию феноменологии жизненной активности и самореализации личности. Преградой в личностной самореализации может стать слабость социальных ресурсов, их неадекватность уровню притязаний личности, ее карьерным устремлениям.
8. Особое место в системе маркеров самореализации личности занимает социальная адаптация. В психологии личности социальная адаптация рассматривается как приспособление личности к существованию в социуме в соответствии с его нормами и требованиями, а также согласно с потребностями, стремлениями, мотивами и интересами самой личности.

Стремление личности к изменениям, самодетерминация отмечается как значимый психологический механизм адаптации.

9. Гуманистическая психология, субъектно-деятельностная парадигма отечественной психологии обусловили активное изучение в психологии личности феномена стиля как «инструментального оформления индивидуальности». Сформированный индивидуальный стиль позволяет компенсировать и преодолевать внутренние объективные барьеры в самореализации личности. В соответствии с задачами проводимого нами исследования имеет значение понимание современных подходов к интерпретации явления, обозначенного в психологии понятием «индивидуальный стиль лидерства (управления)». Влияние личности руководителя на субъектно-субъектные отношения играет ключевую роль, опосредуя динамику субъектных качеств подчиненных, в частности, таких как социальная адаптивность, стили общения, лояльность, идентичность и другие.

В целом проведенный анализ сложившихся в современной психологии подходов к исследованию человека как активного субъекта жизни, самореализации личности обнаружил высокую эвристичность субъектного, субъектно-деятельностного, субъектно-бытийного, субъектно-ресурсного подходов, а также концепций: индивидуального стиля; направленности и потребностно-мотивационной сферы как основных движущих сил развития личности; моделирования психической реальности, в частности – психологической модели личности. Это позволяет сформировать теоретическую основу и методологическую схему экспериментального исследования.

## ГЛАВА II. ПРОГРАММА И ИНФРАСТРУКТУРА ЭМПИРИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

### 2.1. Обоснование цели и концепции исследования

Исследованию психологических детерминант профессионально-личностной самореализации медицинских сестер многопрофильного лечебного учреждения предшествовали анализ специфики лечебного учреждения данного вида и выявление объективной востребованности, актуальности поиска.

Новейшая история сестринского дела в России насчитывает около 20 лет. За прошедшее время осуществлены многие проекты по модернизации сестринской помощи: реализована Отраслевая Программа развития сестринского дела, создан Этический кодекс медицинской сестры России, проведены три Всероссийских съезда средних медицинских работников, на последнем из которых в 2009 году была принята «Программа развития сестринского дела в Российской Федерации до 2020 года» [47]. Утвержден Федеральный государственный стандарт высшего профессионального образования по направлению подготовки 060500 «Сестринское дело» с присвоением выпускнику квалификации (степени) «бакалавр» [47]. Приказом Минздравсоцразвития России от 07.07.2009 № 415-н обозначена специальность: «Управление сестринской деятельностью». Указано послевузовское профессиональное образование (интернатура и/или ординатура) по данной специальности и определены должности, соответствующие ей. Среди них – должности заместителя главного врача учреждения здравоохранения и главной медицинской сестры, которые в современной интерпретации уровней управления организацией относятся к категории топ-менеджмента. Вместе с тем следует отметить, что чрезвычайно важную роль в организации сестринского процесса в лечебном учреждении играют управленцы среднего звена – старшие медицинские сестры отделений. На их плечи ложатся сложные и ответственные задачи

организации совместной деятельности сестринского персонала в конкретном специализированном участке оказания медицинских услуг. В многопрофильном лечебном учреждении, к каковым, в частности, относятся организации здравоохранения регионального подчинения, таких участков насчитывается несколько десятков, что обуславливает особое внимание к формированию консолидированного, высокопрофессионального корпуса старших медицинских сестер.

В Государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Краевая клиническая больница №1 им. проф. С.В. Очаповского» (ГБУЗ «ККБ №1» г. Краснодара) 70 специализированных отделений, в которых по данным на 1 марта 2014 года работают 1680 медицинских сестер. Конечно, в такой полиструктурированной организации вопрос наличия оперативного резерва кадров линейного менеджмента является чрезвычайно актуальным [188]. Поиск профессиональных, организационных, психологических критериев отбора специалистов в группу резерва, определение маршрутов работы с этим контингентом сотрудников – важные направления совместной деятельности заместителя главного врача по работе с сестринским персоналом, главной медицинской сестры, службы управления персоналом больницы. Организационной формой, позволяющей реализовывать обозначенные маршруты, является созданная и действующая на протяжении ряда лет в больнице система послевузовского образования медицинских сестер.

Не менее актуальной является проблема кадров сестринского персонала. Выбор медицины как сферы профессионально-личностной самореализации является не всегда достаточным условием для ее действительного осуществления. В среде среднего медицинского персонала особенно выражена текучесть кадров, причем основная причина ухода медицинских сестер из профессии – неудовлетворенность потребностей первого уровня: в достаточном материальном обеспечении, в социальной защищенности. Эта причина дополняется высокими и постоянно растущими

социальными требованиями к качеству оказания медицинских услуг, что требует от медицинской сестры систематической работы над собственным профессиональным и личностным ростом. В многопрофильном лечебном учреждении медицинские сестры должны обладать не только высоким профессионализмом. Именно в условиях такого лечебного учреждения от медицинской сестры требуется психологическая компетентность, гибкость, умение строить межличностные отношения во всех системах: «медицинская сестра – врач»; «медицинская сестра – пациент»; «медицинская сестра – родственники больного», наконец, «медицинская сестра – медицинская сестра». Достигнуть такого уровня личностной зрелости можно только на пути осознанной самореализации, принятия себя как истинного субъекта благородной социальной роли – сестры милосердия.

Актуальность исследования психологических детерминант самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности обуславливается практической востребованностью определения путей решения проблемы сестринских кадров в многопрофильном лечебном учреждении, специфика которого влияет и на специфику личности медицинских работников.

**Цель** проводимого нами исследования состояла в установлении психологических детерминант профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения.

В качестве **объекта** выделен процесс профессионально-личностной самореализации, а **предмет** исследования составили субъектно-личностные качества медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения и их детерминирующее влияние на процесс профессионально-личностной самореализации.

Проверялась эмпирическая гипотеза: психологические детерминанты профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности – это комплекс качеств субъектно-личностной сферы, выступающих в роли движущих сил

развития личности. Эти качества могут иметь базовый и ресурсный вид. Та часть базовых качеств, которая не оказывает фрустрирующего влияния на процесс самореализации, выполняет в целом роль внутренних психологических ресурсов развития личности. Внешние – это ресурсы социального контекста, отражаемые в особенностях пространства профессиональной бытийности медицинской сестры.

В процессе исследования была сформулирована дополнительная гипотеза: профессионально-личностная самореализация клинических медицинских сестер, обладающих средне-высокими показателями социальной адаптации, может быть направлена на карьерное продвижение в сферу менеджерской деятельности.

*Общая характеристика концепции исследования.*

Концепция исследования состояла в поэтапном выделении психологических маркеров профессионально-личностной самореализации медицинских сестер в двух сферах – клинической и менеджерской (управленческой). Для этого решался ряд теоретических и эмпирических задач. Теоретические задачи состояли в проведении анализа сложившихся подходов к проблеме самореализации личности в современной психологии; формировании теоретико-методологических основ исследования; теоретическом обосновании результатов эмпирического исследования, определения их новизны и значимости.

Эмпирические задачи были направлены на поиск психологических детерминант профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности. Рассматривались: потребности, мотивы, нравственные ориентации и их взаимосвязь с социальной адаптацией и субъектной репрезентацией клинической медицинской сестры; взаимосвязи системы потребностной сферы, субъектно-личностной направленности и социальной адаптации медицинской сестры; психологические маркеры межличностной репрезентации медицинской сестры многопрофильного лечебного

учреждения. По результатам этого этапа исследования решалась задача обоснования базовой модели личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения.

Личность медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности в многопрофильном лечебном учреждении анализировалась по показателям социальной адаптации, мотивационно-потребностной сферы, перфекционистских тенденций, карьерных отношений, индивидуальных лидерских стилей, отношению к соблюдению нравственных норм, типу межличностного доверия. Полученные в совокупности данные стали основанием для выделения компонентов психологической модели личности медицинской сестры – менеджера.

Установление в процессе исследования группы старших медицинских сестер, обладающих индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество», обусловило включение в исследование следующего этапа: выявление движущих сил самореализации клинических медицинских сестер, работающих под их руководством. В результате создавалась ресурсная модель личности клинической медицинской сестры, раскрывающая движущие силы личностной и профессиональной самореализации, формирующиеся в социально-профессиональном контексте демократического стиля управления.

Для определения движущих сил профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности была решена задача выделения психологических маркеров самореализации медицинских сестер, обладающих индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество».



## **2.2. Методы и организационные формы исследования**

### **2.2.1 Описание основных методов эмпирического исследования**

В процессе эмпирического исследования были применены различные методы сбора, анализа и интерпретации данных. В их числе: опрос; проективный метод; методы качественной и количественной обработки данных, включавшие использование стандартного пакета Excel, пакета статистических программ «SPSS-20».

Психодиагностика группы клинических медсестер проводилась с применением следующих методик: Опросника на выявление потребностной сферы (опросник Ш. Ричи, П. Мартина); Опросник «Оценка уровня социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р. Даймонд); Многомерная шкала перфекционизма (П. Хьюитт, Г. Флетт; адаптация И.И. Грачевой); Методики изучения профессиональной идентичности Л.Б. Шнейдер; Индекс социальной фрустрированности» Л.И. Вассермана; Методика оценки доверия личности другим людям (А.Б. Купрейченко); Методика оценки уровня и параметров демонстрируемой лояльности сотрудника к организации (Е.С. Белимова).

Личностно-психологические особенности медицинской сестры как субъекта менеджерской деятельности исследовались с применением методик: Опросник на выявление потребностной сферы (опросник Ш. Ричи, П. Мартина); Опросник «Оценка уровня социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р. Даймонд); Многомерная шкала перфекционизма (П. Хьюитт, Г. Флетт; адаптация И.И. Грачевой); Методика оценки доверия личности другим людям (А.Б. Купрейченко); Экспресс-методика оценки отношения менеджеров к соблюдению нравственных норм (А.Б. Купрейченко); проективная методика «Карьерные отношения личности» (Е.В. Снегова); Опросника для определения индивидуального лидерского стиля Р. Блейка и Дж. Мутон («Управленческая решетка»).

Таким образом, пакет примененных психодиагностических методик включал 10 инструментов разного типа, позволивших решить поставленные эмпирические задачи.

*Краткое описание примененных психодиагностических методик.*

**1. Опросник Ш. Ричи, П. Мартина** предназначен для выявления факторов мотивации, которые высоко ценятся работником, а также тех факторов, которым он придает мало значения как потенциальным источникам удовлетворения профессиональной самореализацией [134, с. 442-454]. Респонденту предлагается оценить варианты (a, b, c, d) приведенных 33-х утверждений. Всего выделяется 12 мотивационных факторов – потребностей:

- 1) в высокой заработной плате и материальном вознаграждении;
- 2) в хороших условиях работы;
- 3) в четком структурировании работы;
- 4) в социальных контактах;
- 5) формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения;
- 6) в завоевании признания со стороны других людей;
- 7) ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их;
- 8) во влиятельности и власти;
- 9) в разнообразии, переменах и стимуляции;
- 10) быть креативным;
- 11) в совершенствовании, росте и развитии как личности;
- 12) в ощущении востребованности и в интересной работе.

Для каждого вида потребностей выделяются три уровня выраженности (низкий, средний, высокий) и соответствующие им диагностические показатели, при этом максимальное значение для каждой шкалы составляет 121 балл.

Полученные результаты позволяют выполнить мотивационный «профиль» личности и определить «точки» минимальных и высоких значений.

2. Для выявления наличия социальной фрустрированности медицинских сестер был применен «**Индекс социальной фрустрированности**» Л.И. Вассермана [22]. Данная методика предназначена для субъективного личностного шкалирования и позволяет получить информацию об испытуемом, его социальном и семейном статусе, особенностях интерперсональных и производственных конфликтов и т.д. В основе методики лежит дифференцированная оценка уровня удовлетворенности – неудовлетворенности по 5 субшкалам: взаимоотношения с родными и близкими, с ближайшим социальным окружением, социальный (профессиональный) статус, социально-экономическое положение, здоровье и работоспособность. Анализировались показатели по трем шкалам: социальный (профессиональный) статус; профессиональное окружение; социально-экономическое положение. Рассчитывали три индекса социальной фрустрированности: степень фрустрированности социальных потребностей, определяющих социальный (профессиональный) статус педагогов; степень фрустрированности потребностей в позитивном профессиональном окружении; степень фрустрированности материальных потребностей (Таблица 2.1.).

Таблица 2.1. – Критерии уровней Индекса социальной фрустрированности ( $I_{усф}$ ).

объекты фрустрации		Уровни социальной фрустрированности				
		нет	низкий	умерен.	высокий	оч.выс.
1)	социальный (профессиональный) статус	$I_{усф}=20$	$12 \leq I_{усф} < 20$	$8 \leq I_{усф} < 12$	$4 \leq I_{усф} < 8$	$0 \leq I_{усф} < 4$
2)	потребность в позитивном профессиональном окружении	$I_{усф}=8$	$6 \leq I_{усф} < 8$	$4 \leq I_{усф} < 6$	$2 \leq I_{усф} < 4$	$0 \leq I_{усф} < 2$
3)	социально-экономическое положение	$I_{усф}=15$	$9 \leq I_{усф} < 12$	$6 \leq I_{усф} < 9$	$3 \leq I_{усф} < 6$	$0 \leq I_{усф} < 3$

**3. Опросник «Оценка уровня социально-психологической адаптации»** (К. Роджерс, Р. Даймонд) [134, с. 461-466] позволяет установить методом сравнения критериев адаптированности и дезадаптированности степень удовлетворенности личности характером взаимодействия со средой. Опросник включает 82 утверждения, составляющих две шкалы: «Адаптивность» и «Дезадаптивность». Математическая разница диагностических показателей между первой и второй шкалой дает возможность определить, каков уровень адаптации респондента. Методикой предусмотрены четыре уровня социально-психологической адаптации: низкий (1 – 9 баллов); средний (10 – 18 баллов); выше среднего (19 – 25 баллов); высокий (26 – 37 баллов) [134, с. 462]. Человек, обладающий высокой социально-психологической адаптацией, способен к развитию и изменениям [там же].

**4. Многомерная шкала перфекционизма** основана на представлении о перфекционизме как многомерном конструкте, имеющем сложную структуру и включающем, вместе с высокими личными стандартами, такие когнитивные и интерперсональные параметры, как: перфекционизма, ориентированный на других и социально предписываемый перфекционизм [42]. Методика разработана П. Хьюиттом, Г. Флеттом. Она позволяет измерить общий уровень перфекционизма (ОПП), а также его парциальные составляющие. Шкала представляет собой серию утверждений, степень согласия или несогласия с которыми позволяет сформировать представление об уровне перфекционизма у испытуемого. Каждое предлагаемое высказывание испытуемый должен оценить с применением семибалльной шкалы. Для каждого параметра перфекционизма выделяются три уровня выраженности перфекционизма (низкий, средний, высокий) – Таблица 2.2.

Таблица 2.2. – Диапазоны баллов, определяющие уровни выраженности перфекционизма.

параметры	уровни		
	Низкий	Средний	Высокий
Перфекционизм, ориентированный на себя	0-28	29-40	41-и выше
Перфекционизм, ориентированный на других	0-46	47-59	60-72
Социально предписанный перфекционизм	0-54	55-63	64-75
Общий показатель перфекционизма	0-137	138-164	165-190

5. Исследование **профессиональной идентичности** проводилось с применением методики Л.Б. Шнейдер [182, с. 113-116]. Она относится к проективным методам диагностики и представляет собой набор слов, часть из которых соответствует понятию «профессионал». Испытуемому предлагается инструкция: «Пожалуйста, прочитайте и подчеркните среди перечисленных слов те, которые, на ваш взгляд, имеют отношение к вам и вашей профессиональной жизни». Обработка результатов состоит в подсчете числа совпадений по ключу с самописанием себя в категориях профессионального, а затем – число самописаний себя в категориях непрофессионального. Далее количество слов-реакций описания себя как профессионала делится на количество слов-реакций описания себя как непрофессионала. По показателю полученного коэффициента определяется тип (статус) профессиональной идентичности (ПИ): предрешенная; диффузная; мораторий; достигнутая, гиперидентичность (Таблица 2.3.).

Таблица 2.3. – Диагностические коэффициенты, определяющие статусы профессиональной идентичности испытуемого.

коэффициент	тип (статус) ПИ
0 – 1,0	преждевременная (предрешенная, навязанная) ПИ
1,0 – 2,0	диффузная ПИ
2,0 – 3,0	Мораторий ПИ
3,0 – 4,0	достигнутая позитивная ПИ
4,0 и выше	псевдопозитивная ПИ

**6. Опросник оценки доверия личности другим людям** позволяет определить соотношение и приоритет основных критериев доверия (надежность, единство, предсказуемость); склонность к замене доверия верой или расчетом; принадлежность к определенному типу доверия [90, с. 72-73]. Он представляет собой бланк, в котором содержится 25 характеристик человека. Респонденту предлагается оценить свое отношение к каждому утверждению сначала по отношению к человеку, которому он более всего доверяет в коллективе, а затем – по отношению к человеку, который его доверие не оправдал. Используется пятибалльная шкала. Опросник включает пять шкал: *надежность*; *предсказуемость*; *единство*; *приятель*; *расчет*. Разница показателей оценок по отношению к человеку, которому испытуемый доверяет и по отношению к человеку, которому доверяет менее всего, позволяет установить, к какому из четырех психологических типов доверия он относится («максималист»; «понимающий людей»; «эмоционально доверяющий» и «доверяющий по тождеству и расчету») [там же, с. 83-85].

**7. Методика оценки уровня и параметров демонстрируемой лояльности** сотрудника к организации разработана Е.С. Белимовой [134, с. 82-86]. В ее основе лежит интерпретация лояльности как эмоциональной привязанности работника к организации, желания оставаться ее членом, готовности всегда отстаивать интересы организации [100, с. 49]. Методика содержит 49 утверждений, каждое из которых респонденту предлагается оценить по 5-балльной шкале:

- 5 – полностью согласен;
- 4 – согласен до некоторой степени;
- 3 – затрудняюсь ответить;
- 2 – слегка не согласен;
- 1 – абсолютно согласен.

Выделено 9 шкал-факторов демонстрируемой лояльности:

- 1) гордость за организацию;

- 2) единство ценностей сотрудника и организации;
- 3) удовлетворенность работой;
- 4) доверительные отношения;
- 5) готовность напряженно трудиться и внести свой вклад в развитие организации;
- 6) заинтересованность в проблемах и потребностях организации;
- 7) профессиональное развитие;
- 8) неформальное общение;
- 9) нелояльное поведение.

Общий уровень лояльности (ОЛ) определяется как разность между суммой баллов по шкалам I – VIII и шкалой IX.

В соответствии с задачами исследования использовались данные по единой шкалам «Общий уровень лояльности» (ОЛ) и «Доверительные отношения» (ДО).

Общий уровень лояльности определялся не только среднегрупповым показателем, но и с учетом выделенных автором уровней:

- до 124 баллов – низкий уровень лояльности;
- от 125 до 142 баллов – средний уровень лояльности;
- 143 и более – высокий уровень лояльности.

**8. Методика Р. Блейка и Дж. Мутон** основана на концепции двухфакторной модели лидерского поведения [197-199]. Первый фактор определяется понятием «Ориентация на работников»; второй – «Ориентация на задачу». Авторы разработали «Управленческую решетку», в которой названные факторы образуют две оси и имеют по девять градаций. Таким образом, конструкт представляет собой пространство из 81 клетки, каждая из которых характеризует определенный стиль лидерства. В исследованиях предлагается выделять пять базовых стилей, территориально занимающих в пространстве «решетки» однородные зоны [190, с. 171-172].

*I. «Страх перед бедностью».* (Минимум внимание и к людям, и к работе). Пространства на обеих осях в диапазоне 1-3 баллов.

II. «Дом отдыха». (Максимум внимания к людям, минимум внимания к работе). Пространства: на оси «Ориентация на работников» в диапазоне 7-9; на оси «Ориентация на задачу» – 1-3 баллов.

III. «Авторитет – подчинение». (Максимум внимания к работе и минимум внимания к людям). Пространства: на оси «Ориентация на работников» в диапазоне 1-3; на оси «Ориентация на задачу» – 7-9 баллов.

IV. «Команда». (Высокая ориентация на эффективность работы в сочетании с доверием и уважением к людям). Пространства на обеих осях в диапазоне 7-9 баллов.

V. «Авторитет-сотрудничество» (в авторском определении – «Организация»). Стилль характеризуется умеренным вниманием и к людям, и к работе. Пространства на обеих осях в диапазоне 4-6 баллов.

Опросник включает 18 утверждений, которые респондент должен оценить, выбрав один из предлагаемых вариантов ответа («всегда»; «часто»; «иногда»; «редко»; «никогда»). При обработке результатов тестирования за каждый совпавший с ключом ответ присваивается 1 балл. Максимальное значение по каждой шкале – 9 баллов.

9. Для диагностики **карьерных отношений** использована проективная методика из группы методик «Незаконченные предложения». Тест разработан Е.В. Снеговой на базе теста «Завершение предложений» («*The Sentence Completion*») Дж. М. Сакса и С. Леви [134, с. 427-431]. Тест включает 28 незаконченных предложений, разбитых на две группы и семь блоков. В первой группе теста – «Профессиональная карьера» 12 незаконченных предложений (три блока по четыре предложения), характеризующих в той или иной степени систему отношений обследуемого к выбранной профессии (1-й блок); к достижениям в профессиональной карьере (2-й блок); к профессиональному будущему (3-й блок).

Вторая группа – «Организация» – состоит из 16 незаконченных предложений (четыре блока по четыре предложения), характеризующих систему отношений обследуемого: к работе, к взаимоотношениям, к своим



достижениям и к своему будущему в конкретной организации (соответственно блоки 4 – 7). В качестве методов обработки информации применяются смысловой и количественный анализ полученных данных. Сначала каждому предложению в соответствии со шкалой выставляется оценка. Затем подсчитывается среднее значение баллов по каждой группе предложений и делается общее заключение с вынесением степени выраженности конфликтности в конкретной сфере. В целях включения диагностических данных в корреляционный и факторный анализ мы видоизменили шкалу оценок, относительно предложенной авторами, дав 2 балла (максимальное значение) показателям, свидетельствующим об отсутствии личностного конфликта в данной сфере, а 0 баллов – показателю, отражающему наличие серьезного конфликта, проблем с адаптацией в данной области.

Исходя из задач исследования применена первая группа теста – «Профессиональная карьера». В нем респонденту предлагается завершить предложения, содержание которых позволяет определить отношение к выбранной профессии, к профессиональной карьере, к профессиональному будущему.

Поскольку применение методики возможно и для решения задач, связанных с ротацией и планированием карьеры, мы провели тестирования по вышеназванным отношениям также и группы медицинских сестер (52 человека), выделенной в процессе исследования как потенциальный резерв кадров на менеджерские должности в управлении сестринским процессом.

**10. Экспресс-методика оценки отношения менеджеров к соблюдению нравственных норм** разработана А.Б. Купрейченко для исследования отношения субъекта к пяти нравственным нормам: правдивости, справедливости, ответственности, принципиальности, терпимости. Это ситуативный тест, в котором испытуемому предъявляются 25 ситуаций с тремя вариантами их решения, и предлагается, прочитывая последовательно каждую ситуацию, выбирать наиболее характерный для

него способ решения. Далее с использованием «ключа» производится подсчет количества вариантов с весом 1, 2 и 3 балла. Если по какой-либо шкале испытуемый выбрал ответов весом в 3 балла больше, чем вариантов ответов весом в 1 балл («3» > «1»), это означает высокий уровень отношения к нравственным нормам по данной шкале. Если ответов с весом 1 балл больше, чем ответов с весом 3 балла («1» > «3»), это означает незначимость для субъекта данной нормы. Отдельно рассматривается соотношение ответов в 2 балла с другими. Если количество ответов «2» > «1» и одновременно «2» < «3», это свидетельствует о высокой ситуативной изменчивости испытуемого, заключающейся в выборе диаметрально противоположных, с точки зрения нравственности, правил поведения в зависимости от ситуации. Интерпретация результатов проводилась по схеме, предлагаемой автором методики (Таблица 2.4.).

Таблица 2.4. – Интерпретация результатов экспресс-методики ОСНН

Шкала	Высокий уровень "3">"1"	Низкий уровень "1">"3"
Терпимость	Терпимость к чужому мнению, особенностям и слабостям людей в большинстве ситуаций	Терпимость к мнению, слабостям и особенностям других людей крайне редка
Принципиальность	Высокая требовательность к себе и другим независимо от обстоятельств; следование принципам иногда во вред себе, делу, другим людям.	Может найти оправдание отходу от собственных принципов в отношении себя или других людей; подчиняется авторитету, даже если уверен в своей правоте.
Справедливость	Принимает решения с точки зрения равенства прав, а не с точки зрения законности или правдивости; не ставит свои интересы выше интересов других.	Проявляет пассивность в случае нарушения прав других людей или собственных, особенно в столкновениях с авторитетом
Правдивость	Крайне редко способен солгать или совершить нечестный поступок, и то только ради других людей	Считает выгоду или интересы дела достаточным оправданием нечестного поведения.
Ответственность	Принимает ответственность за дело и за других людей всегда, когда потребуется; готов предложить свою помощь другому.	Принимает ответственность только в случаях, оговоренных официально.

## 2.2.2 Совокупная выборка и этапы исследования

Исследование проведено на базе 20 клинических отделений Краснодарской краевой клинической больницы № 1 имени профессора С.В. Очаповского: 7 отделений терапевтического и 13 – хирургического профиля. Выборку клинических медицинских сестер составили 216 человек, все лица женского пола. Количественный состав выборки соответствует 20,0% численного состава кадров медсестер больницы. По структуре выборка клинических медицинских сестер представлена следующими показателями: 156 испытуемых специализированы как хирургические медсестры; 60 человек – медсестры терапевтического профиля (Таблица 2.5.).

Менее 5 лет работают в системе здравоохранения 48 человек (22,2% от выборки), от 5 до 10 лет – 53 человека (24,5%), а остальные (115 человек; 53,2%) имеют стаж медсестринской деятельности более 10 лет. Такая структура выборки в целом соответствует общей кадровой структуре сестринского персонала больницы, где по данным на 1 марта 2014 года стаж до 5 лет имели 24,3%; от 5 до 10 лет 22,8%; свыше 10 лет 52,9% работающих медсестер.

Таблица 2.5. Совокупная выборка исследования

группы по должностям и специализациям	всего	по стажу		
		менее 5 лет	от 5 до 10 лет	10 лет и свыше
<b>старшие медсестры (п<sub>ст</sub>)</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>8</b>	<b>6</b>
<i>в том числе:</i>				
<i>хирургия</i>	<i>13</i>	<i>3</i>	<i>7</i>	<i>3</i>
<i>терапия</i>	<i>7</i>	<i>3</i>	<i>1</i>	<i>3</i>
<b>медсестры (п<sub>мс</sub>)</b>	<b>216</b>	<b>48</b>	<b>53</b>	<b>115</b>
<i>в том числе:</i>				
<i>хирургия (п<sub>х</sub>)</i>	<i>156</i>	<i>27</i>	<i>44</i>	<i>85</i>
<i>терапия (п<sub>т</sub>)</i>	<i>60</i>	<i>21</i>	<i>9</i>	<i>30</i>
<b>совокупная выборка (N):</b>				
	<b>236</b>	<b>54</b>	<b>61</b>	<b>121</b>

В группу медсестер – менеджеров вошли старшие медицинские сестры этих же отделений. Таким образом, совокупная выборка исследования

составила 236 человек. Она соответствует кадровому составу многопрофильного лечебного учреждения и может рассматриваться как репрезентативная.

Исследование проводилось с 2011 года и прошло несколько этапов. На первом этапе (2011 год) решались организационные задачи, и определялось проблемное поле исследования.

На втором этапе (2012 год) основное внимание было направлено на изучение разработанности проблемы самореализация личности в современной психологии и на получение психодиагностических данных. В результате была определена теоретико-методологическая основа исследования, началось обобщение психодиагностического материала.

На третьем этапе (2013 год) активизировался процесс апробации результатов исследования, проводилась эмпирических интерпретация данных, проверялась основанная гипотеза, сформулирована дополнительная рабочая гипотеза.

Четвертый, заключительный этап (2014 год) состоял в завершении экспериментальной работы, подведении ее итогов, определения степени обоснованности выдвинутых гипотез и решения поставленных задач. Завершался процесс апробации. Формулировались положения, выносимые на защиту, определялась новизна и практическая значимость полученных в исследовании результатов.

# **ГЛАВА III. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ САМОРЕАЛИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ КАК СУБЪЕКТА КЛИНИЧЕСКОЙ И УПРАВЛЕНЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

## **3.1. Потребности, мотивы, нравственные ориентации и их взаимосвязь с социальной адаптацией и субъектной репрезентацией клинической медицинской сестры**

### **3.1.1 Взаимосвязи системы потребностной сферы, субъектно-личностной направленности и социальной адаптации медицинской сестры**

Система потребностей медицинских сестер, определяющая их мотивационную направленность, имеет определенную специфику. Наиболее выражены (среднегрупповые показатели находятся в диапазонах высоких значений) потребности: в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; в хороших условиях работы; в четком структурировании работы; в завоевании признания со стороны других людей; в ощущении востребованности и в интересной работе (Таблица 3.1.).

Четыре из высоко выраженных потребностей непосредственно отражают ценность продуктивной и успешной профессиональной деятельности, которая должна быть достаточно структурированной, содержательной, востребованной и реализуемой в хороших условиях.

Выраженная потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении относится к недостаточно удовлетворенным, о чем свидетельствует показатель Индекса социальной фрустрированности по шкале «Социально-экономическое положение». В среде клинических медицинских сестер он составил 2,8 балла ( $\sigma=0,46$ ), т.е. находится на границе умеренной и высокой фрустрированности. Из 216 респондентов 63,9% (138 чел.) обнаружили высокий уровень фрустрированности, 28,7% (62) –

умеренный, и только у 7,4% опрошенных (16 чел.) отсутствует чувство неудовлетворенности своим социально-экономическим положением.

Таблица 3.1. – Показатели выраженности компонентов потребностной сферы в среде медицинских сестер

<i>потребности</i>	<i>М</i>	<i>σ</i>	<i>уровень</i>
<b>1. Потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении</b>	43,3	18,56	<b>высокий</b>
<b>2. Потребность в хороших условиях работы</b>	38,0	12,82	<b>высокий</b>
<b>3. Потребность в четком структурировании работы</b>	43,0	17,92	<b>высокий</b>
4. Потребность в социальных контактах	21,9	10,66	<i>низкий</i>
5. Потребность формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения	23,6	10,64	средний
<b>6. Потребность в завоевании признания со стороны других людей</b>	38,1	11,18	<b>высокий</b>
7. Потребность ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их	24,3	10,44	<i>низкий</i>
8. Потребность во влиятельности и власти	12,8	9,04	<i>низкий</i>
9. Потребность в разнообразии, переменах и стимуляции	23,0	10,07	<i>низкий</i>
10. Потребность быть креативным	22,6	10,10	<i>низкий</i>
11. Потребность в совершенствовании, росте и развитии как личности	28,5	9,86	<i>низкий</i>
<b>12. Потребность в ощущении востребованности и в интересной работе</b>	43,7	14,48	<b>высокий</b>

Характерной особенностью мотивационной сферы медицинских сестер является низкий уровень значимости потребностей: в социальных контактах; во влиятельности и власти; в переменах, в совершенствовании, росте и развитии как личности.

С точки зрения выделения движущих сил развития личности, важно обратить внимание на слабо выраженную потребность в совершенствовании, росте и развитии как личности. Возможно, в этом феномене мы наблюдаем влияние рутинного компонента деятельности на личность ее субъекта. Действительно, в совокупности задач, входящих в сферу компетенций медсестры, основную долю составляют различные алгоритмы действий и манипуляций. Их строгое соблюдение, последовательность при выполнении – условие успешности. Анализ содержания утверждений, составляющих данную шкалу в примененном опроснике Ричи и Мартина, показывает, что

основное внимание в них концентрируется на ценности самостоятельности в действиях, проявлении креативности и творчества в работе – качеств, не имеющих востребованности в сестринском процессе. Таким образом, мы видим психологический эффект, который в концепциях деятельностного и субъектно-деятельностного отечественных подходов в психологии определяется как факторное, формирующее влияние ведущей деятельности на личность [191, с. 42]. Медицинские сестры не сделали положительно выбора по утверждениям, предлагавшим такие варианты, как: «*Работа, приносящая удовлетворение, позволяет мне быть креативным (проявлять творческий подход) и экспериментировать с новыми идеями*»; «*Я не считаю, что работа будет приносить удовлетворение, если у меня очень мало самостоятельности или возможностей для ее проявления гибкости*»; «*Вероятно, я не захочу работать там, где у меня будет мало самостоятельности и возможностей для совершенствования своей личности*»; «*В процессе организации работы важно создать условия для проявления работником самостоятельности*»; «*Я считал бы, что работа не приносит удовлетворения, если допускалась бы лишь малая доля самостоятельности*» и т.п.

Сравнение выраженности исследуемых потребностей в группах, дифференцированных по предметным сферам деятельности, показывает их идентичность, однако видим, что по двум показателям имеют место существенные различия. Потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении более выражена в среде медсестер терапевтического профиля, а потребность в социальных контактах является достоверно более актуальной у хирургических медсестер. Потребность формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения, имеющая в группе терапевтических медсестер в целом низкую выраженность, у их коллег из хирургических отделений находится преимущественно на среднем уровне (рисунок 3.1.).

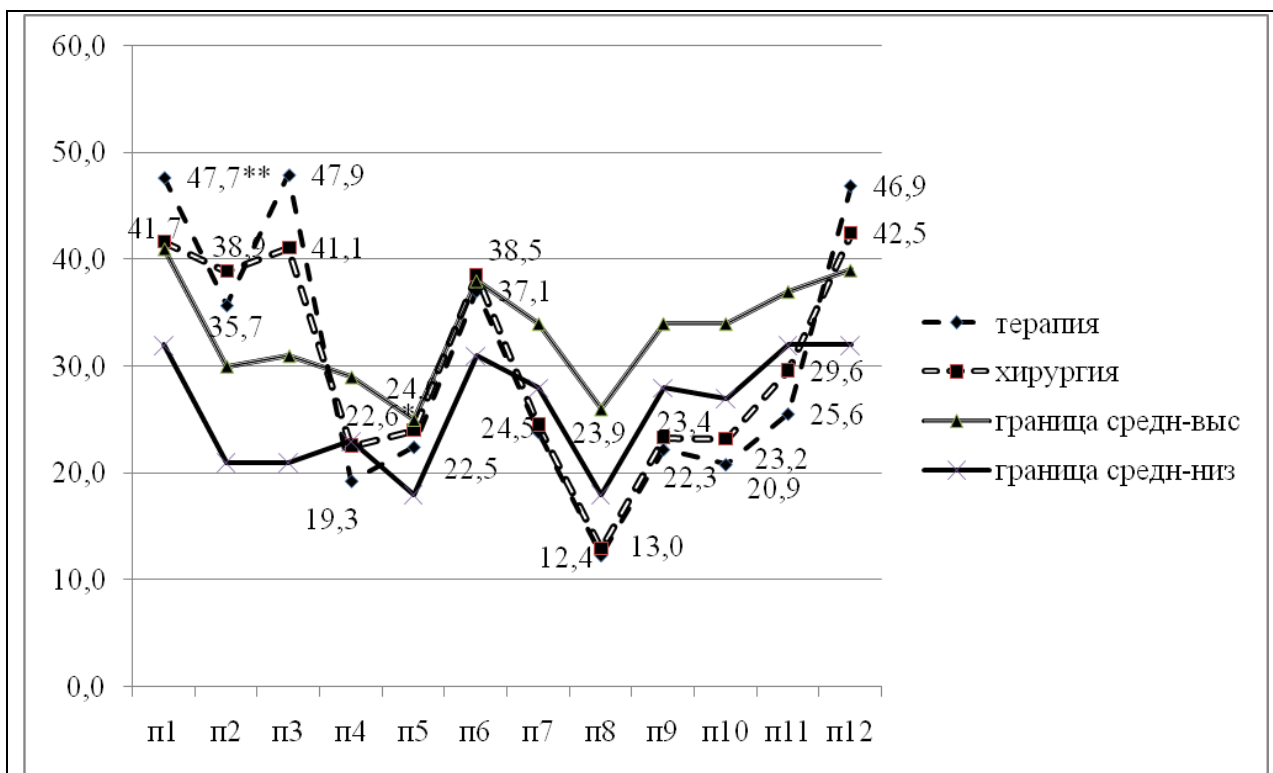


Рисунок 3.1. Мотивационные «профили» медицинских сестер разных предметных областей деятельности (хирургическая, терапевтическая).

*Примечания.*

\* –  $p < 0,05$  при  $t = 2,01$ ; \*\* –  $p < 0,05$  при  $t = 2,00$ .

На шкале «X» обозначены потребности:

п1 - в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; п2 - в хороших условиях работы; п3 - в четком структурировании работы; п4 - в социальных контактах; п5 - формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения; п6 - в завоевании признания со стороны других людей; п7 - ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их; п8 - во влиятельности и власти; п9 - в разнообразии, переменах и стимуляции; п10 - быть креативным; п11 - в совершенствовании, росте и развитии как личности; п12 - в ощущении востребованности и в интересной работе.

Сравнения, проведенные по подгруппам, дифференцированным в зависимости от медицинского стажа, не выявили существенных различий. Однако отмечено, что потребность в социальных контактах у молодых медсестер более выражена, чем у опытных (при  $t = 1,97$   $p < 0,05$ ).

Таким образом, мотивационный комплекс (МК) медицинских сестер многопрофильного лечебного учреждения имеет определенное «ядро» – потребности, в равной мере значимые для субъектов всех предметных сфер, и специфический комплекс – потребности, различающиеся по уровню выраженности у медсестер терапевтического и хирургического профилей и обладающих разной продолжительностью стажа (рисунок 3.2.).





Рисунок 3.2. Мотивационный комплекс (МК), определяющий личностно-профессиональную направленность медсестры многопрофильного ЛПУ.

«Ядро» МК образуют потребности, имеющие высокий уровень выраженности в целом по совокупной выборке. Это потребности: в хороших условиях работы; в четком структурировании работы; в завоевании признания со стороны других людей; в ощущении востребованности и в интересной работе. У медсестер терапевтических отделений «ядро» МК дополняется высоко выраженной значимостью потребности в достойном материальном вознаграждении за труд. У медсестер хирургических отделений специфические компоненты МК включают выраженные

преимущественно на среднем уровне потребности: в достойном материальном вознаграждении за труд; в социальных контактах; формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения.

Содержательность наиболее выраженных потребностей, образующих своеобразие мотивационной сферы медицинских сестер, позволяет ввести понятие «*Мотивация социально-профессионального признания*» (МСПП). МСПП – это комплекс потребностей (в востребованности, в завоевании признания со стороны других людей; в хороших условиях, четком структурировании и в интересной работе, в достойном материальном вознаграждении), определяющих личностно-профессиональную направленность субъектов медсестринской деятельности.

#### *Социально-психологическая адаптация медицинских сестер.*

Уровень социально-психологической адаптации медицинского работника определяет степень его личностной готовности к дальнейшему развитию, в частности, в изменяющихся условиях оказания медицинской помощи. Нельзя не учитывать, что адаптированный медицинский работник чувствует себя комфортно в различных ситуациях деятельности. Это непосредственно отражается на настроении пациента, способствует формированию у него позитивной внутренней картины болезни. В триаде «врач – сестра – больной» медицинская сестра принимает на себя значительную долю профессионального общения с пациентом, поэтому можно считать, что социальная среда, к которой ей необходимо адаптироваться, определяется не только кругом коллег и сотрудников лечебного учреждения, но и в большой мере пациентами, их близкими и родными.

Обследование, проведенное с применением опросника «Оценка уровня социально-психологической адаптации» (К. Роджерс, Р. Даймонд), показало, что в целом по выборке медицинских сестер общий показатель адаптации находится в диапазоне значений, соответствующих низкому уровню

( $M=4,27$ ). Однако обращает на себя внимание значительная дисперсия оценок ( $\sigma=7,41$ ), что требует качественного анализа диагностических данных. Из 216 респондентов, принявших участие в обследовании, низкий уровень социально-психологической адаптации имеют 75,9% (164 чел.).

Наиболее фрустрирующим воздействием на достижение адаптированности обладают завышенная самооценка и недостаточная самокритичность, что отражено в отрицательных ответах значительной части опрошенных на ряд утверждений по шкале «Адаптивность» (табл. 3.2.).

Таблица 3.2. – Среднегрупповые показатели ( $M$ ) по утверждениям, составившим низкие показатели по шкале «Адаптивность»

№	утверждения опросника	M
<b>Шкала «Адаптивность» (<math>M \leq 0,5</math>)</b>		
2	Я часто сам ругаю себя за то, что делаю.	0,5
25	Мне труднее всего бороться с самим собой.	0,42
38	Я импульсивный: порывистый, нетерпеливый, горячий.	0,27
58	Я не удовлетворен собой.	0,16
74	Я отличаюсь от других людей.	0,56
<b>Шкала «Дезадаптивность» (<math>M &gt; 0,4</math>)</b>		
16	Я склонен быть настороже с теми, кто почему-то обходится со мной более приятельски, чем я ожидаю.	0,48
35	Я не очень доверяю своим чувствам, они подводят меня иногда.	0,42
55	Когда у меня портятся с кем-нибудь из коллег (друзей) отношения, мне неприятно, что это станет всем известно.	0,67

По шкале «Дезадаптивность» сдерживает процесс социально-психологической адаптации настороженность и боязнь общественного мнения о нарушенных межличностных отношениях, недоверие собственным переживаниям и чувствам.

Статистический анализ долей выраженности низких показателей социально-психологической адаптации в группах  $n_x$  и  $n_T$  (хирургия, терапия) не выявил достоверных различий ( $\varphi^*_{эмп.} = 0,89$ , т.е.  $\varphi^*_{эмп.} < \varphi^*_{кр.}$ ). Однако в группах, дифференцированных по продолжительности медицинского стажа, констатируется достоверно меньшая выраженность дезадаптационных состояний у молодых медицинских сестер: 64,6% против 84,9% в группе со стажем от 5 до 10 лет и 76,5% в группе со стажем более 10 лет ( $p \leq 0,007$ , при  $\varphi^* = 2,38$  и  $p \leq 0,05$ , при  $\varphi^* = 1,65$ ) – Таблица 3.3.

Отмечается тенденция к некоторому росту в среднегрупповых показателях состояния адаптивности в процессе накопления опыта медсестринской деятельности (стаж свыше 10 лет), что, в частности, подтверждается анализом данных по выраженности высокого уровня адаптации в этой возрастной группе. Средне-высокие показатели в целом по выборке обнаружили 24,1% опрошенных (52 человека), при этом 15 человек (6,9%) имеют высокий уровень адаптации, из них 10 медсестер работают в здравоохранении свыше 10 лет, что достоверно более выражено, чем совокупно по группам со стажем, менее 10 лет<sup>1</sup> (Таблица 3.3).

Таблица 3.3. – Показатели уровня социально-психологической адаптации медицинских сестер с различным медицинским стажем.

уровни	n <sub>1</sub> (48 чел.)		n <sub>2</sub> (53 чел.)		n <sub>3</sub> (115 чел.)		в целом (N=216 чел)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
низкий	31	<b>64,6*</b>	45	84,9	88	76,5	164	75,9
ср.-выс.	17	35,4	8	15,1	27	23,5	52	24,1
<i>в т.ч. высокий</i>	4	8,3	1	1,88	10	<b>8,7**</b>	15	6,9

*Примечание:* **жирным** шрифтом выделены значения, имеющие стат. подтвержденное преобладание в сравнениях:

\* n<sub>1</sub> ↔ n<sub>2</sub> p ≤ 0,007, при φ\* = 2,38; n<sub>1</sub> ↔ n<sub>3</sub> p ≤ 0,05, при φ\* = 1,65.

\*\* показателей высокого уровня (n<sub>1</sub> + n<sub>2</sub>) ↔ n<sub>3</sub> p ≤ 0,07, при φ\* = 1,47

Выделение группы адаптированных медсестер (52 чел.) обусловил постановку задачи выявления возможной специфики конфигурации у них мотивационного комплекса, в частности комплекса МСПП<sup>2</sup>. Анализ результатов показал, что в этой среде менее напряжена потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении. При этом структура МСПП дополняется выраженной потребностью в совершенствовании, росте и развитии как личности, показатели по которой, в отличие от остальной группы респондентов, находятся в диапазоне средне-высоких значений. Еще более очевидна высокая субъективная значимость потребности в личностном росте и развитии в группе высоко адаптированных медсестер: средний показатель здесь достоверно выше, чем

<sup>1</sup> в дальнейшем описании вводим обозначение для подгруппы с высоким уровнем адаптации N<sub>15</sub>

<sup>2</sup> в дальнейшем описании вводим обозначение для этой подгруппы N<sub>52</sub>.

в группах сравнения ( $N_{52}$  и  $N_{164}$ ). Характерной особенностью высоко адаптированных медицинских сестер является также низкая выраженность потребности в завоевании признания со стороны других людей, в отличие от остальных респондентов, для которых свойственен высокий ( $N_{164}$ ) и средне-высокий ( $N_{52}$ ) уровень напряженности этой потребности – Таблица 3.4.

Таблица 3.4. – Сравнение уровней выраженности основных мотивационных потребностей в группах с разным уровнем социальной адаптации

шкалы	$N_{52}$				остальные ( $N_{164}$ )	
	$M \pm \sigma$	уровень	в т.ч. $N_{15}$		$M \pm \sigma$	уровень
			$M \pm \sigma$	уровень		
п1	38,2±13,87*	средний	37,5±10,87	средний	44,9±19,58*	высокий
п2	34,0±12,03	высокий	40,8±10,01	высокий	39,3±12,84	высокий
п3	44,9±18,70	высокий	32,6±15,12	высокий	42,0±17,44	высокий
п4	24,0±10,90	средний	24,8±7,79	средний	21,5±10,41	низкий
п5	22,4±10,10	средний	23,3±10,71	средний	24,2±10,66	средний
п6	37,2±11,85	средне-высокий	29,0±10,41**	низкий	38,4±10,98**	высокий
п7	26,6±10,88	низкий	30,4±10,27 <sup>~</sup>	средний	23,8±10,07 <sup>~</sup>	низкий
п8	12,3±7,90	низкий	10,3±7,24	низкий	13,0±9,33	низкий
п9	22,0±10,45	низкий	25,6±9,29	низкий	23,4±9,96	низкий
п10	23,5±9,79	низкий	26,4±6,04	средн-низк	22,3±10,21	низкий
п11	31,2±12,27 <sup>~</sup>	средне-высокий	38,5±16,81 <sup>°</sup>	высокий	27,7±8,83 <sup>°~</sup>	низкий
п12	46,6±16,42	высокий	43,8±12,54	высокий	42,7±13,45	высокий

*Примечания.* В строках обозначены потребности:

п1 - в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; п2 - в хороших условиях работы; п3 - в четком структурировании работы; п4 - в социальных контактах; п5 - формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения; п6 - в завоевании признания со стороны других людей; п7 - ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их; п8 - во влиятельности и власти; п9 - в разнообразии, переменах и стимуляции; п10 - быть креативным; п11 - в совершенствовании, росте и развитии как личности; п12 - в ощущении востребованности и в интересной работе.

\*  $N_{52} \rightarrow N_{164} p < 0,01$  при  $t = 2,73$ ;

\*\*  $N_{15} \rightarrow N_{164} p < 0,01$  при  $t = 2,76$ ;

<sup>~</sup>  $N_{15} \rightarrow N_{164} p < 0,05$  при  $t = 1,97$ ;

<sup>°</sup>  $N_{15} \rightarrow N_{164} p < 0,05$  при  $t = 2,02$ ;

<sup>~</sup>  $N_{52} \rightarrow N_{164} p < 0,05$  при  $t = 1,94$

По данным корреляционного анализа не выделены достоверные взаимосвязи между показателями уровня социальной адаптации и мотивационным комплексом медсестер. Вместе с тем установлено, что медсестры, имеющие сниженные показатели социальной адаптации, более

склонны к проявлению креативности в работе ( $r=0,157$ ;  $p<0,05$ ); а также к влиятельности и власти ( $r=0,160$ ;  $p<0,05$ ) – Таблица 3.5.

Таблица 3.5. – Корреляционная матрица ( $r$ ) взаимосвязей социальной адаптации и потребностной сферы медицинских сестер

<i>потребности</i>	N <sub>52</sub>	N <sub>15</sub>	N <sub>164</sub>
<b>1. Потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении</b>	-0,128	-0,003	-0,078
<b>2. Потребность в хороших условиях работы</b>	0,226 <sup>~</sup>	0,361 <sup>~</sup>	-0,118
<b>3. Потребность в четком структурировании работы</b>	-0,322*	-0,113	-0,019
4. Потребность в социальных контактах	0,068	0,134	-0,045
5. Потребность формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения	0,131	0,709**	-0,064
<b>6. Потребность в завоевании признания со стороны других людей</b>	-0,294*	-0,379 <sup>~</sup>	-0,068
7. Потребность ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их	0,190	-0,042	0,123
8. Потребность во влиятельности и власти	-0,183	-0,731**	0,160*
9. Потребность в разнообразии, переменах и стимуляции	0,159	0,062	0,053
10. Потребность быть креативным	0,219	0,062	0,157*
11. Потребность в совершенствовании, росте и развитии как личности	0,442**	0,611*	0,018
<b>12. Потребность в ощущении востребованности и в интересной работе</b>	-0,102	0,100	-0,020

*Примечания:*

Жирным шрифтом выделены потребности, образующие «ядро» мотивационного комплекса;

\*  $p<0,05$ ;      \*\*  $p<0,01$ ;      <sup>~</sup>  $p<0,1$

Поскольку в целом по выборке эти потребности находятся на низких уровнях и не обладают мотивирующим воздействием, можно предположить, что для данной категории медсестер их сниженный уровень является косвенным показателем фрустрирующего влияния неудовлетворенности данных потребностей на социальную адаптацию. Такое предположение подкрепляется анализом показателей по группе высоко адаптированных медсестер (N<sub>15</sub>). Здесь потребность быть креативным не связана с показателями адаптированности, а потребность во влиятельности и власти имеет высоко выраженную отрицательную связь ( $r=-0,731$ ), что свидетельствует об отсутствии стремлений у адаптированной личности влиять на других, на принятие управленческих решений – основных

стремлений, определяющих композицию потребности во влиятельности и власти.

Для адаптированных медсестер свойственно стремление к совершенствованию, росту и развитию как личности ( $r = 0,442$ ), причем эта потребность, имеющая в целом по выборке низкий уровень, у адаптированных медсестер выражена на среднем уровне ( $N_{52} M=31,2$ ), а у высоко адаптированных ( $N_{15}$ ) – на высоком уровне ( $M=36,5$ ). Доли лиц с высокой выраженностью потребности к совершенствованию, росту и развитию как личности в группах  $N_{15}$  и  $N_{52}$  достоверно превышают таковую в остальной части совокупной выборки испытуемых (Таблица 3.6.).

Таблица 3.6. – Сравнение долей лиц, имеющих высокий уровень выраженности потребности к совершенствованию, росту и развитию как личности в группах с разными уровнями социальной адаптации ( $N_{164}$ ;  $N_{52}$ ;  $N_{15}$ ).

группы	доля в выборке (%)	сравнения		
		выборки	$\phi^*$	$p \leq$
$N_{164}$	11,0	$N_{164} \leftrightarrow N_{52}$	1,77	0,038
$N_{52}$	21,2	$N_{164} \leftrightarrow N_{15}$	2,05	0,02
$N_{15}$	33,3			

Проведенный анализ дает основание для выделения социальной адаптации как психологического маркера профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. Поиск субъектно-личностных детерминант, обуславливающих сниженный психологический ресурс адаптации, с одной стороны, и обеспечивающих устойчивую социальную адаптивность – с другой, является задачей дальнейшего анализа процесса профессиональной самореализации личности.

*Перфекционизм и его взаимосвязь с социальной адаптацией медицинской сестры.*

Результаты анализа диагностических данных в целом по группе показали, что перфекционизм находится на границе высокого уровня ( $M=194,1 \pm 24,11$ ).

Таблица 3.7. – Показатели перфекционизма медицинских сестер

группы	M±σ	уровни перфекционизма					
		низкий		средний		высокий	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
общий показатель перфекционизма (ОПП)							
<b>n<sub>x</sub></b> (156 чел.)	194,07±25,0	12	7,7	91	58,3	53	34,0
<b>n<sub>T</sub></b> (60 чел.)	194,2±21,70	3	5,0	40	66,7	17	28,3
<b>N<sub>MC</sub></b> (216 чел.)	194,1±24,11	15	6,9	131	60,5	70	32,4
перфекционизм, ориентированный на себя (ПОС)							
<b>n<sub>x</sub></b> (156 чел.)	79,0±11,7	-	-	34	21,8	122	78,2
<b>n<sub>T</sub></b> (60 чел.)	78,0±9,67	-	-	13	21,7	47	78,3
<b>N<sub>MC</sub></b> (216 чел.)	78,7±11,2	-	-	47	21,8	169	78,2
перфекционизм, ориентированный на других (ПОД)							
<b>n<sub>x</sub></b> (156 чел.)	58,2±11,7	2	1,3	130	83,3	24	15,4
<b>n<sub>T</sub></b> (60 чел.)	58,1±10,9	1	1,7	54	90,0	5	8,3
<b>N<sub>MC</sub></b> (216 чел.)	58,2±11,5	3	1,4	184	85,2	29	13,4
социально предписанный перфекционизм (СПП)							
<b>n<sub>x</sub></b> (156 чел.)	56,8±9,73	5	3,2	144	92,3	7	4,5
<b>n<sub>T</sub></b> (60 чел.)	58,1±8,17	1	1,7	56	93,3	3	5,0
<b>N<sub>MC</sub></b> (216 чел.)	57,2±9,33	6	2,8	200	92,6	10	4,6

Более половины медицинских сестер (60,5%) обладают средним уровнем перфекционистских тенденций, что говорит об их склонности к установлению завышенных стандартов как для себя, так и для других, о потребности соответствовать стандартам и ожиданиям других. При этом различий в исследуемых показателях в группах, дифференцированных по предметным направлениям сестринской деятельности, не отмечается. Из данных, приведенных в таблице 3.7., видно, что наиболее выражен личностно ориентированный перфекционизм: среднегрупповые значения по шкале «ПОС» находятся в диапазоне высокого уровня.

Перфекционизм, ориентированный на других («ПОД»), как и социально предписываемый перфекционизм («СПП»), в средних значениях в целом по выборке, а также отдельно в группах медсестер терапевтического и хирургического профилей, находятся в диапазоне среднего уровня.

В группах, дифференцированных по продолжительности медицинского стажа, также не выделено значимых различий в выраженности исследуемых показателей.



Далее рассмотрим, как выражен перфекционизм при разных уровнях социальной адаптации. Установлено, что общий уровень перфекционизма у обладателей высоких показателей адаптации достоверно ниже (Таблица 3.8.).

Таблица 3.8. – Показатели перфекционизма в группах, дифференцированных по уровням адаптации ( $M \pm \sigma$ )

группы	ОПП	ПОС	ПОД	СПП
$N_{MC}$ (216 чел.)	194,1±24,11	78,7±11,19	58,2±11,53	57,2±9,33
$N_{164}$	<b>194,8 ± 22,06</b>	78,4 ± 11,3	<b>58,6 ± 10,88</b>	<b>57,9 ± 8,22</b>
$N_{52}$	192,0± 29,6	79,8 ± 10,8	57,1± 13,4	55,0 ± 12,1
$N_{15}$	<b>181,3 ± 24,12</b>	77,3 ± 9,24	<b>52,0 ± 8,02</b>	<b>52,2 ± 12,4</b>
Сравнения:	$N_{164} \rightarrow N_{15}$ $t=2,06; p<0,05$		$N_{164} \rightarrow N_{15}$ $t=2,93; p<0,05$	$N_{164} \rightarrow N_{52}$ $t=1,76; p<0,1$

*Примечания:*

ОПП – общий показатель перфекционизма;

ПОС – перфекционизм, ориентированный на себя;

ПОД – перфекционизм, ориентированный на других;

СПП – социально предписываемый перфекционизм

Это снижение происходит главным образом за счет формирования более лояльного отношения к другим людям (шкала «ПОД»  $N_{164} \rightarrow N_{15}$   $p<0,05$  при  $t=2,93$ ) и к социальным ожиданиям (шкала «СПП»  $N_{164} \rightarrow N_{15}$   $p<0,1$  при  $t=1,76$ ). Отметим, что высокие требования к себе и своим социальным ролям (перфекционизм, ориентированный на себя), независимо от уровня социальной адаптации, у медицинских сестер сохраняется на высоком уровне (Таблица 3.9.). Как отмечают П. Хьюитт и Г. Флетт, высокая выраженность этого вида перфекционизма означает, что человек ставит перед собою высокие стандарты, постоянно оценивает свое поведение. Такая личность целеустремленна, имеет выраженный мотив совершенствования и личностного развития [13, с. 243-244].

Отмечаются различия в уровнях выраженности перфекционизма, ориентированного на других, и социально предписываемого перфекционизма. В группе адаптированных медсестер менее выражены завышенные перфекционистские требования к другим людям. Более того, среднегрупповой показатель по данной шкале в группе  $N_{164}$  выходит на границу высокого уровня, который маркируется оценкой 59 баллов ( $M=58,6$ ),

в то время как в группе N<sub>52</sub> этот показатель в диапазоне средних значений (M=51,9).

Таблица 3.9. – Сравнительные данные выраженности перфекционистских тенденций в группах N<sub>52</sub> и N<sub>164</sub>

группы	M±σ	низкий уровень		средний уровень		высокий уровень	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
шкала ОПИ (общий показатель перфекционизма)							
N <sub>52</sub>	192,0±29,6	<b>7</b>	<b>13,5</b>	27	51,9	18	34,6
N <sub>164</sub>	194,8±22,06	8	4,9	<b>105</b>	<b>64,0</b>	51	31,1
<i>различия:</i>	-	φ*=1,91; p≤0,03		φ*=1,55; p≤0,06		-	
шкала ПОС (перфекционизм, ориентированный на себя)							
N <sub>52</sub>	79,8±10,8	-	-	-	-	52	100,0
N <sub>164</sub>	78,4±11,3	-	-	-	-	164	100,0
шкала ПОД (перфекционизм, ориентированный на других)							
N <sub>52</sub>	51,9±12,6	11	21,2	19	36,5	<b>22</b>	<b>42,3</b>
N <sub>164</sub>	<b>58,6±10,9</b>	1	0,6	<b>139</b>	<b>84,8</b>	24	14,6
<i>различия:</i>	t=3,43; p<0,01			φ*=6,56; p≤0,000		φ*=3,97; p≤0,001	
шкала СПИ (социально предписываемый перфекционизм)							
N <sub>52</sub>	55,0±9,6	<b>23</b>	<b>44,2</b>	15	28,8	14	26,9
N <sub>164</sub>	57,9±8,22	50	30,5	<b>74</b>	<b>45,1</b>	40	24,4
<i>различия:</i>	t=1,96; p<0,05	φ*=1,79; p≤0,04		φ*=2,14; p≤0,014		-	

*Примечание:* **жирным** шрифтом выделены значения, имеющие стат. подтвержденное преобладание в сравнениях.

В проявлениях социально предписываемого перфекционизма низкие значения более характерны для адаптированных медсестер. В группе сравнения (N<sub>164</sub>) достоверно больше медицинских сестер, расценивающих требования, предъявляемые к ним окружающими, как завышенные и нереалистичные. Профессиональное общение, основанное на такой установке, может обуславливать повышенную раздражительность, эмоциональную неустойчивость медицинской сестры, что прямо противоречит ее основной профессиональной обязанности – быть милосердной и заботливой по отношению к пациенту. В совместной деятельности высокий уровень СПИ может также являться своеобразным «барьером» общения.

Таким образом, проведенный анализ демонстрирует наличие специфической выраженности перфекционизма у клинических медицинских

сестер, обладающих средним и высоким уровнем социально-психологической адаптации.

*Статусы профессиональной идентичности медицинских сестер.*

Профессиональная идентичность (ПИ) является одним из видов личностной идентичности. Это вид «Я-образа», который включает профессиональные стереотипы и уникальность собственного «Я», осознание своей тождественности с профессиональным образом «Я» [56, с. 324]. Анализ результатов психодиагностики, направленной на выявление преобладающих статусов (типов) ПИ в среде медицинских сестер, показал следующее.

Кризисные статусы (мораторий, диффузия, преждевременная ПИ) свойственны для 23,3% совокупной выборки (50 чел.), причем этот показатель в равной степени характерен для медсестер, включенных в различные предметные сферы деятельности (терапия, хирургия): 23,4 и 23,1% соответственно (таблица 3.10.).

Таблица 3.10. – Выраженность статусов профессиональной идентичности в среде медицинских сестер

выборки	достигнутая ПИ		гиперидентичность		кризисная ПИ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>n<sub>x</sub></b> (156 чел.)	37	23,7	83	53,2	36	23,1
<b>n<sub>т</sub></b> (60 чел.)	17	28,3	29	48,3	14	23,4
НМС (216 чел.)	54	25,0	112	51,9	50	23,3

Наиболее выражен статус гиперидентичности: им обладают более половины обследованных (51,9%), причем значимых различий в долях выраженности этого типа ПИ в подгруппах  $n_x$  и  $n_t$  не выявлено (при  $\varphi^*=0,59$   $p>0,1$ ).

В данных, представленных в таблице 3.11, с очевидностью констатируется преобладание в среде медицинских сестер статусов «Достигнутая ПИ» и «Гиперидентичность», независимо от уровня социальной адаптации.

Таблица 3.11. Сравнение выраженности статусов профессиональной идентичности в группах, имеющих разные уровни социальной адаптации

выборки	достигнутая ПИ		гиперидентичность		кризисная ПИ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
N <sub>52</sub>	18	<b>34,6*</b>	24	46,2	10	19,2
N <sub>15</sub>	3	20,0	11	<b>73,3**</b>	1	6,7
N <sub>164</sub>	36	22,0	88	53,7	40	24,4

*Примечание:*

\*  $\varphi^*=1,77$ ;  $p \leq 0,038$ ; \*\*  $\varphi^*=1,52$ ;  $p \leq 0,06$ .

Одновременно с этим видим, что для медсестер, обладающих средне-высоким уровнем социальной адаптации, достоверно более свойственен наиболее позитивный тип ПИ – статус достигнутой идентичности ( $p \leq 0,038$  при  $\varphi^*=1,77$ ). Однако существенным наблюдением является определенная регрессия статуса гиперидентичности у обладателей высокого уровня социальной адаптации (N<sub>15</sub>): основная часть респондентов этой подгруппы обнаруживает статус гиперидентичности (73,3%), что достоверно превышает показатель в остальной части выборки (N<sub>164</sub>). Это явление дает основание интерпретировать данный статус не столько как «псевдопозитивная идентичность» [182], а как проявление высокой степени идентификации личности с медицинской, помогающей профессией, сопутствующий достижению ею социальной адаптации в целом.

Статусы позитивной идентичности (достигнутая и гиперидентичность) находятся в выраженных положительных корреляционных отношениях с потребностью в ощущении востребованности и в интересной работе как компонентом мотивационного комплекса ( $r=0,222$ ;  $p < 0,01$ ). В тоже время кризисные статусы не способствуют высокой выраженности этой потребности ( $r=-0,178$ ;  $p < 0,1$ ).

Установлена взаимосвязь позитивной ПИ с высоким общим уровнем перфекционизма и перфекционизма, ориентированного на себя. У медсестер, переживающих кризис идентичности, имеет место выраженная ориентация на высокие требования к другим (рисунок 3.3.).

Таким образом, видим, что формирование позитивной профессиональной идентичности имеет сопутствующими процессами достижение социальной адаптации, рост побудительной силы потребности в достижении профессионально-личностной востребованности и общих перфекционистских притязаний личности, прежде всего, – перфекционизма по отношению к себе. Вместе с тем, переживание субъектом кризисных статусов идентичности сопровождается снижением потребности в интересной работе при одновременном росте перфекционизма по отношению к другим, то есть завышенными социальными ожиданиями личности.

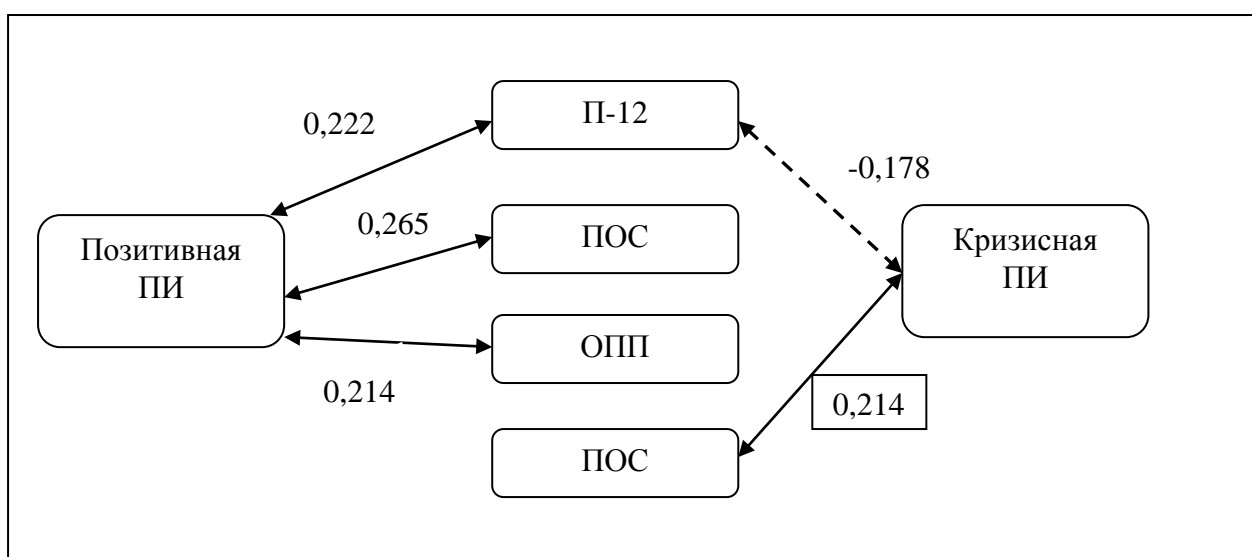


Рисунок 3.3. Корреляционные плеяды достоверных взаимосвязей психологических компонентов подструктуры субъектных качеств личности медицинской сестры.

*Примечание:*

П-12 – Потребность в ощущении востребованности и в интересной работе;

ПОС – перфекционизм, ориентированный на себя;

ОПП – общий показатель перфекционизма;

ПОД – перфекционизм, ориентированный на других

### 3.1.2. Психологические маркеры межличностной репрезентации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения

*Типологические особенности межличностного доверия.*

Наиболее выраженными компонентами доверия, проявляемого медицинскими сестрами в процессе межличностного взаимодействия,

являются взаимная поддержка, *надежность*, позитивное эмоциональное принятие коллег (*приянь*) - Таблица 3.12.

Таблица 3.12. – Показатели, определяющие типологическую отнесенность межличностного доверия в среде медицинских сестер

компоненты доверия	человек, которому доверяю (Д)		человек, не оправдавший доверия (Нд)		Δ (Д-Нд)
	М	σ	М	σ	
	<i>В целом (NMC)</i>				
<i>надежность</i>	<b>21,9</b>	3,04	<b>10,8</b>	3,46	<b>11,1</b>
предсказуемость	19,8	3,16	12,9	3,33	6,9
единство	20,0	3,53	10,4	3,31	9,6
<i>приянь</i>	<b>21,4</b>	2,99	<b>11,6</b>	3,47	9,8
расчет	20,0	2,70	13,9	3,48	6,1
	<i>в среде медсестер хирургического профиля (n<sub>x</sub>)</i>				
<i>надежность</i>	<b>22,03</b>	3,18	<b>10,7</b>	3,34	<b>11,4</b>
предсказуемость	13,9	3,35	12,7	3,32	7,1
единство	20,3	3,61	10,2	3,33	10,1
<i>приянь</i>	<b>21,26</b>	3,06	<b>11,7</b>	3,55	<b>9,6</b>
расчет	20,0	2,78	13,9	3,58	6,06
	<i>в среде медсестер терапевтического профиля (n<sub>T</sub>)</i>				
<i>надежность</i>	<b>21,5</b>	2,63	<b>11,1</b>	3,79	<b>10,4</b>
предсказуемость	19,8	2,61	13,5	3,30	6,3
единство	19,3	3,23	10,9	3,25	8,4
<i>приянь</i>	<b>21,65</b>	2,81	<b>11,5</b>	3,27	<b>10,2</b>
расчет	20,05	2,51	13,93	3,23	6,12
	<i>стаж до 5 лет (n<sub>1</sub>)</i>				
<i>надежность</i>	<b>21,6</b>	3,04	<b>10,5</b>	3,60	<b>11,1</b>
предсказуемость	19,5	3,87	13,0	3,69	6,5
единство	19,6	3,38	10,6	3,18	9,0
<i>приянь</i>	<b>21,7</b>	2,91	<b>11,7</b>	3,60	<b>10,0</b>
расчет	9,1	2,79	13,6	3,62	5,5
	<i>стаж от 5 до 10 лет (n<sub>2</sub>)</i>				
<i>надежность</i>	<b>21,4</b>	3,06	<b>11,2</b>	3,15	<b>10,2</b>
предсказуемость	19,8	2,80	13,1	3,19	6,6
единство	19,1	2,46	10,3	3,2	8,8
<i>приянь</i>	<b>21,1</b>	2,88	<b>11,6</b>	3,29	<b>9,5</b>
расчет	19,5	2,49	14,6	2,75	4,9
	<i>стаж свыше 10 лет (n<sub>3</sub>)</i>				
<i>надежность</i>	<b>22,6</b>	3,02	<b>10,7</b>	3,56	<b>11,9</b>
предсказуемость	20,0	2,99	12,8	3,26	7,2
единство	20,7	3,42	10,3	3,44	10,4
<i>приянь</i>	20,5	2,62	11,6	3,50	10,1
расчет	20,6	2,64	13,5	3,70	7,1

Используя типологию, предложенную А.Б. Купрейченко [90], такой тип сочетания компонентов доверия можно определить как «*эмоционально доверяющий максималист*». Отмечается, что с накоплением

профессионального опыта происходит снижение значимости эмоциональной привязанности, приятности в системе компонентов доверия. В группе медицинских сестер со стажем свыше 10 лет ведущим фактором доверия выступает *надежность*, что дает основание определять типологически этот вид межличностного доверия понятием «*максималист*» [там же]. Те, кто однажды не оправдал возложенного доверия, становятся для «максималистов» психологически далекими людьми, что, конечно, способствует нарушению процесса социальной адаптации, предполагающего выраженную терпимость к другим, открытость к сотрудничеству, взаимопомощи. Возрастание роли компонента надежности в структуре доверия личности другим людям с накоплением детерминационного влияния профессии (ведущей деятельности) на личность, подтверждает известный тезис Э. Эриксона о том, что взаимодействие с окружающим миром оказывает существенное влияние на способность личности доверять или не доверять другим людям [186]. В медицинской деятельности, имеющей выраженные качества совместной деятельности, надежность партнера по взаимодействию во многих ситуациях может являться значимым условием успешности. Именно эта особенность медицины как сферы самореализации личности, отмечается в работах Б.А. Ясько, когда, в частности, в подтверждение данного тезиса приводятся примеры профессионально-личностного «симбиоза» операционной медицинской сестры и врача-хирурга [189].

Рост значимости фактора надежности в процессе увеличения медицинского стажа подтверждается и результатами статистического анализа эмпирических данных. Из данных, приведенных в таблице 3.13., видим, что высокие показатели по компоненту «*надежность*» в группе  $n_3$  достоверно выше, чем в группах  $n_1$  и  $n_2$ , при этом с годами снижается роль фактора эмоционального отношения к другому при формировании личностного доверия (фактор «*приятность*»).

Таблица 3.13. – Сравнения среднегрупповых показателей по факторам «надежность» и «приятель» в подвыборках по профессиональному стажу.

компоненты доверия	до 5 лет ( $n_1=48$ )		от 5 до 10 лет ( $n_2=53$ )		свыше 10 лет ( $n_3=115$ )	
	<b>М</b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b>М</b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b>М</b>	<b><math>\sigma</math></b>
<b>надежность</b>	21,4*	3,04	21,6 <sup>~</sup>	3,06	22,6* <sup>~</sup>	3,02
компоненты доверия	стаж до 5 лет ( $n_1$ )		стаж от 5 до 10 лет ( $n_2$ )		стаж свыше 10 лет ( $n_3$ )	
	<b>М</b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b>М</b>	<b><math>\sigma</math></b>	<b>М</b>	<b><math>\sigma</math></b>
<b>приятель</b>	21,7**	2,9	21,1	2,88	20,5**	2,65

Примечание:

\*  $p < 0,01$  при  $t=2,30$ ; <sup>~</sup>  $p < 0,05$  при  $t=1,98$ ; \*\*  $p < 0,01$  при  $t=2,47$

Сравнение выраженности компонентов доверия в группах, дифференцированных по уровням социальной адаптации, позволило установить динамику системообразующих компонентов доверия. Структура компонентов доверия в группах определяется показателями дельты ( $\Delta$ ), то есть разницы данных по параметрам оценок «Д» («человек, которому доверяю больше всего») и «Нд» («человек, не оправдавший доверия») по шкалам (Таблица 3.14.).

Таблица 3.14. Показатели  $\Delta$  по основным факторам доверия

выборки	факторы доверия				
	<i>надежность</i>	<i>предсказуемость</i>	<i>единство</i>	<i>приятель</i>	<i>расчет</i>
$N_{164}$	<b>10,7 (I)</b>	6,7	<b>8,6 (III)</b>	<b>9,8 (II)</b>	5,8
$N_{52}$	<b>12,4 (I)</b>	7,6	<b>11,4 (II)</b>	<b>9,8 (III)</b>	6,9
$N_{15}$	<b>9,7 (I)</b>	7,5	<b>9,7 (I)</b>	<b>9,3 (III)</b>	5,3
$N_{37}$	<b>13,7 (I)</b>	7,7	9,9	<b>11,7 (II)</b>	7,6

Межличностное доверие у медицинских сестер, обладающих средне-высокими показателями социальной адаптации, строится на основе последовательного сочетания трех факторов: *надежности*, *приятель* и *единства*. Включение в «триаду» факторов доверия адаптивных медсестер двух ключевых его компонентов – надежности и единства [90, с. 70] означает, что их субъектная репрезентация основывается на демонстрации социальному окружению личностной значимости доверительного отношения к тем, кто разделяет жизненную, профессиональную позицию («*тождественность*», единство), а также готовности оказать поддержку партнеру по взаимодействию с ожиданием от него взаимности. В литературе отмечается, что характерными свойствами личности, опирающейся в доверии



к другим на фактор тождественности, являются эмоциональная устойчивость, высокая нормативность поведения, высокая самооценка, социальная смелость и высокий самоконтроль [90, с. 85].

Из данных, приведенных в таблице 3.14., видно, что у высоко адаптированных медсестер (группа N<sub>15</sub>) «надежность» и «единство» – ключевые компоненты доверия – занимают приоритетные позиции, однако эмоциональный компонент не перестает играть значимую роль: фактор «приязнь» входит третьим в свойственную им «триаду» доверия.

Отмеченная особенность подтверждается и данными корреляционного анализа. Он показал, что с возрастанием уровня социальной адаптации у медицинских сестер снижаются проявления максимализма по отношению к партнерам по общению: если в среде слабо адаптированных медсестер выделена положительная взаимосвязь по параметрам «надежность» – «социальная адаптация» ( $r=0,199$ ;  $p<0,05$ ), то у их адаптированных коллег обнаруживается выраженная обратная зависимость (Таблица 3.15.).

Таблица 3.15. Корреляционная матрица ( $r$ ) взаимосвязей компонентов «надежность» и «приязнь» с показателями различных уровней социальной адаптации

компоненты доверия	N <sub>164</sub>	N <sub>52</sub>	N <sub>15</sub>
«надежность»	0,199*	-0,380**	-0,498**
«приязнь»	0,159*	-0,074	0,027

Примечание:

\*  $p<0,05$ ;

\*\*  $p<0,01$

*Специфика лояльности, демонстрируемой медицинскими сестрами.*

Демонстрируемая медицинскими сестрами в процессе совместной деятельности лояльность соответствует высокому уровню ( $M=153,9\pm 23,14$ ). Качественный анализ показывает, что низкий и средний уровни лояльности характерен в равных долях для 12,5% респондентов (по 27 чел.), что совокупно составляет 25,0 от выборки (54 чел.). С точки зрения уровней выраженности лояльность в одинаковой степени характерна для медицинских сестер различных специализаций, однако средние значения показателя общего уровня лояльности (ОЛ) у медицинских сестер

хирургического профиля выше (при  $t=2,02$   $p<0,05$ ). Аналогичное явление констатируется и по мере увеличения стажа сестринской деятельности: наиболее высокие значения общий уровень лояльности достигается после накопления десятилетнего опыта:  $M=156,3$  против  $150,3$  у молодых медсестер (Таблица 3.16.).

Таблица 3.16. – Ключевые показатели лояльности, демонстрируемой медицинскими сестрами многопрофильного лечебного учреждения

выборки	ОЛ		НП		ДО	
	М	$\sigma$	М	$\sigma$	М	$\sigma$
$N_{MC}$ (216 чел.)	153,9	23,14	16,6	5,16	34,2	4,31
$N_{52}$	<b>158,1<sup>~</sup></b>	19,72	16,2	5,62	35,3	3,45
$N_{164}$	152,0 <sup>~</sup>	24,02	16,6	5,02	33,8	4,50
В том числе:						
$(n_x$ (156 чел.)	<b>155,3*</b>	15,39	16,15	5,14	34,3	4,46
$n_T$ (60 чел.)	150,5*	12,53	17,5	5,12	34,0	3,90
$n_1$ (стаж до 5 лет; 48 чел.)	150,3**	13,70	17,94	5,58	34,1	4,03
$n_2$ (стаж от 5 до 10 лет; 53 чел.)	151,9	15,34	16,68	4,62	33,3	4,38
$n_3$ (стаж св. 10 лет; 115 чел.)	<b>156,3**</b>	14,79	15,87	5,14	34,6	4,38

*Примечание:*

\*  $n_x \leftrightarrow n_T$   $p<0,05$  при  $t=2,02$ ; \*\*  $n_1 \leftrightarrow n_3$   $p<0,01$  при  $t=2,49$ ; <sup>~</sup>  $N_{52} \rightarrow N_{164}$   $p<0,1$  при  $t=1,66$

ОЛ – общий уровень лояльности;

НП – нелояльное поведение;

ДО – доверительные отношения

Особое место в демонстрируемой лояльности занимает высоко выраженное доверительное отношение к коллегам (шкала «ДО»): при максимальном показателе по данной шкале 40 баллов, средний диагностический результат по совокупной выборке медсестер составил 34,2 балла ( $\sigma=4,31$ ). Этот уровень не находится под влиянием стажа или направления деятельности (специализации): во всех показателях он остается неизменно высоким.

Установлено, что для адаптированных медсестер не свойственно проявление нелояльного поведения. Основная часть из них (78,8%) обнаруживает высокий уровень лояльности и только 3 респондента – низкий уровень, причем показатели по двум из них находятся на границе среднего уровня (123 балла)<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Диапазон среднего уровня лояльности: от 125 до 142 баллов [134, с. 83].

Установленный низкий уровень нелояльного поведения отрицательно с компонентами «надежность» и «приятель» в структуре межличностного доверия, проявляемыми медицинскими сестрами как в целом по совокупной выборке, так и в выделенных группах. При этом высоким показателям по шкале «Доверительные отношения» соответствует и выраженная ориентация на компонент «приятель» в межличностном доверии ( $p < 0,001$ ) – Таблица 3.17.

Таблица 3.17. – Корреляционная матрица (r) взаимосвязей демонстрируемой лояльности и доверия другому в среде медицинских сестер

	в целом по выборке (NMC=216)		хирургический профиль (n <sub>x</sub> =156)		терапевтич. профиль (n <sub>t</sub> =60)	
	надежность	приятель	надежность	приятель	надежность	приятель
ОЛ	0,333***	0,393***	0,337***	0,406***	0,301*	0,380**
ДО	0,334***	0,320***	0,364***	0,348***	0,224^	0,238^
НП	-0,224***	-0,232***	-0,252***	-0,225***	-0,106	-0,288*
<i>группы по профессиональному стажу</i>						
	<i>до 5 лет</i>		<i>от 5 до 10 лет</i>		<i>свыше 10 лет</i>	
	надежность	приятель	надежность	приятель	надежность	приятель
ОЛ	0,470***	0,507***	0,382***	-0,300**	0,242**	0,454***
ДО	0,429***	0,414***	0,425***	-0,319**	0,232**	0,372***
НП	-0,371***	-0,268*	-0,158	-0,023	-0,170^	-0,215*

*Примечание:*

\* -  $p < 0,05$ ;                      \*\* -  $p < 0,01$ ;                      \*\*\* -  $p < 0,001$ ;                      ^ -  $p < 0,1$ ;

ОЛ – общий уровень лояльности;

НП – нелояльное поведение;

ДО – доверительные отношения

Корреляционный анализ показал наличие специфической взаимосвязи между статусами профессиональной идентичности медсестер и уровнем демонстрируемой лояльности. Позитивная идентичность находится в отрицательной связи с общим уровнем лояльности: в группе респондентов, обладающих статусами достигнутой и гиперидентичностью (166 чел.)  $r = -0,165$  ( $p < 0,05$ ). Кризисные статусы (50 чел.) характеризуются выраженной положительной связью с демонстрируемой лояльностью:  $r = 0,424$ ;  $p < 0,01$ . Очевидно, высокая идентификация с профессией формирует определенную организационную автономность личности: субъект рассматривает свою преданность медицине как внутреннюю свободу выбора независимой профессиональной позиции в отношении организационных процессов,

методов управления учреждением, культивируемых убеждений и ценностей и их критики.

Результаты проведенного анализа позволяют выделить психологические маркеры субъектной репрезентации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. Их основу составляют выраженная ориентация в межличностном доверии на *надежность* и *приязнь*, преимущественно высокий уровень демонстрируемой лояльности (Рисунок 3.4.).

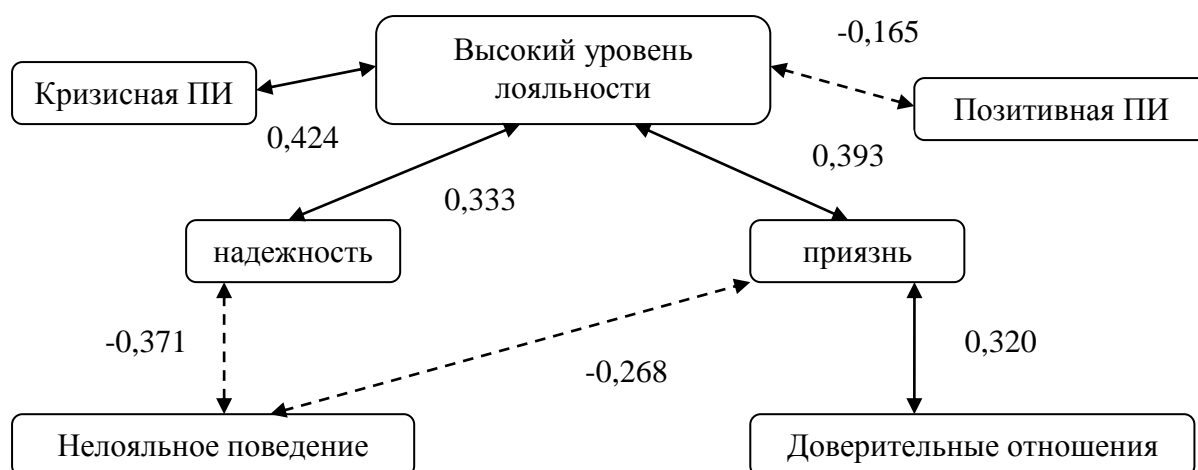


Рисунок 3.4. Корреляционные плеяды достоверных взаимосвязей психологических маркеров субъектной репрезентации, профессиональной идентичности как компонента подструктуры субъектных качеств личности медицинской сестры.

Специфические проявления субъектной репрезентации наиболее значимо выражены у медицинских сестер, имеющих средне-высокий уровень социальной адаптации. Для них межличностное доверие основывается на триаде компонентов «надежность» – «единство» – «приязнь», тесно связанных с высоким уровнем лояльности.

Феноменологией демонстрируемой лояльности является её отрицательная взаимосвязь с позитивными статусами профессиональной идентичности и положительная – с кризисными статусами. Это явление следует отнести к группе специфических объектов личностно-

ориентированного подхода в обеспечении профессионально-личностной самореализации сестринского персонала многопрофильного ЛПУ.

### 3.1.3. Базовая модель личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения

Совокупный результат проведенного анализа позволяет рассмотреть факторы, движущие силы развития личности медицинской сестры, способствующие процессу самореализации или блокирующие его. Методом Варимакс-вращения выделены пять факторов (88,2% объясняемой дисперсии). Максимальную нагрузку имеют три первых фактора (72,44% объясняемой дисперсии) – Таблица 3.18.

Таблица 3.18. – Показатели корреляционных связей, образующих факторы психологической модели личности клинической медицинской сестры.

№	Переменные	факторы				
		I	II	III	IV	V
1	<b>Потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении</b>	0,126	0,226	-0,217	<b>0,681</b>	0,256
2	Потребность в хороших условиях работы	-0,024	<b>0,680</b>	0,207	0,125	0,330
3	Потребность в четком структурировании работы	0,119	<b>0,612</b>	0,196	0,192	-0,221
4	<b>Потребность в социальных контактах</b>	0,172	-0,233	0,522	-0,200	0,251
5	Потребность формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения	-0,114	0,099	0,188	-0,114	-0,357
6	<b>Потребность в завоевании признания со стороны других людей</b>	<b>0,726</b>	0,300	-0,153	-0,205	0,381
7	Потребность ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их	0,206	0,112	0,394	0,065	-0,008
8	Потребность во влиятельности и власти	-0,008	-0,221	-0,112	0,117	0,231
9	Потребность в разнообразии, переменах и стимуляции	-0,200	0,251	0,066	-0,005	-0,115
10	Потребность быть креативным	0,208	-0,036	0,056	0,128	0,014

11	Потребность в совершенствовании, росте и развитии как личности	-0,220	0,116	0,408	0,201	-0,222
12	<b>Потребность в ощущении востребованности и в интересной работе</b>	<b>0,894</b>	0,251	-0,288	-0,111	0,385
13	Социально-психологическая адаптация	-0,580	-0,417	<b>0,724</b>	-0,402	-0,208
14	<b>Позитивная ПИ</b>	0,651	<b>0,726</b>	-0,163	<b>-0,612</b>	0,117
15	<b>Перфекционизм, ориентированный на себя</b>	0,561	0,111	-0,301	0,203	<b>0,393</b>
16	<b>Перфекционизм, ориентированный на других</b>	0,205	0,381	-0,492	-0,112	<b>0,412</b>
17	<b>Социально предписываемый перфекционизм</b>	0,514	0,295	-0,278	0,506	<b>0,408</b>
18	<b>Общий уровень перфекционизма</b>	0,460	-0,092	-0,255	0,008	<b>0,547</b>
19	<b>Общий уровень лояльности</b>	-0,383	-0,316	-0,416	0,473	0,281
20	Нелояльное поведение	-0,110	0,016	0,141	-0,063	-0,241
21	Доверительные отношения	0,143	0,352	0,016	0,117	0,233
22	<b>Надежность</b>	0,526	0,265	0,113	0,093	0,312
23	<b>Предсказуемость</b>	0,433	0,240	-0,169	-0,208	0,308
24	<b>Единство</b>	0,216	0,407	-0,207	0,014	0,117
25	Приязнь	-0,178	0,208	0,298	0,427	-0,058
26	Расчет	-0,085	-0,009	0,391	0,220	0,237
Процент дисперсии: (88,2)		27,22	24,74	20,51	8,93	6,90

*Примечание:*

**Жирным** шрифтом в колонке «Переменные» выделены качества, имеющие в эмпирических данных высокие значения;

в показателях «г» - **жирным** шрифтом выделены значения, выполняющие факторо-образующую роль ( $p < 0,01$ ); *курсивом* – связанные с ними показатели ( $p < 0,05$ ).

Наиболее выраженным влиянием на личность клинической медицинской сестры оказывает система профессиональных потребностей, в частности, высоко развитые потребности в ощущении востребованности, в интересной работе и в завоевании признания со стороны других людей – первый фактор (27,2% дисперсии). Названные профессиональные потребности выполняют фактор-образующую роль, поскольку имеют максимальные показатели коэффициента корреляции ( $r=0,894$  и  $0,726$  соответственно). Важной особенностью данного фактора является взаимосвязь выделенных потребностей со сниженным уровнем социальной адаптации ( $r=-0,580$ ). Данный фактор объединяет позитивную профессиональную

идентичность ( $r=0,651$ ), высокие показатели общего уровня перфекционизма ( $r=0,460$ ), перфекционизма, ориентированного на себя ( $r=0,561$ ) и социально предписываемого перфекционизма ( $r=0,514$ ). Эта группа качеств связана с ориентацией медицинских сестер в межличностном доверии на *надежность* и *предсказуемость* партнеров по совместной деятельности ( $r=0,526$  и  $0,433$  соответственно). Ведущая роль потребностей, входящих в мотивационный комплекс, позволяет определить первый фактор условно как «*Фактор мотивационного "ядра" личности медицинской сестры*».

Вторая группа свойств объединяется в «*Фактор позитивной профессиональной идентичности*» (24,74% дисперсии). Он образован показателями достигнутой и гипер- профессиональной идентичности ( $r=0,726$ ), связанной тесно с потребностями в хороших условиях и четком структурировании работы ( $r=0,680$  и  $0,612$  соответственно), с высокой выраженностью перфекционизма, ориентированного на других ( $r=0,381$ ), с ориентацией в межличностном доверии на *единство* ( $r=0,407$ ), а в демонстрируемой лояльности – на доверительные отношения ( $r=0,352$ ).

Третий фактор мы определяем как «*Фактор сниженной социальной адаптации*» (20,5%), поскольку образующую роль в нем выполняет переменная «социально-психологическая адаптация». Определяя данный фактор, мы учитываем, что в целом по выборке преобладают сниженные диагностические значения, маркирующие уровень адаптации. Эти показатели непосредственно взаимосвязаны в данном факторе с низким уровнем выраженности потребностей в социальных контактах ( $r=0,522$ ) и в личностном стремлении к достижению «дерзновенных» целей ( $r=0,394$ ), а также в совершенствовании, росте и развитии как личности ( $r=0,408$ ). Недостаточная социальная адаптация взаимообуславливается ориентацией в межличностном доверии преимущественно на *расчет* ( $r=0,391$ ), на высокую демонстрируемую лояльность ( $r=-0,416$ ) и выраженный перфекционизм, ориентированный на других ( $r=-0,492$ ).

Четвертый и пятый фактор не имеют высокого процента объясняемой дисперсии, тем не менее, они позволяют увидеть некоторые личностные особенности медицинских сестер клинической деятельности. В четвертом факторе (8,9%) сниженную социально-психологическую адаптацию, кризисные статусы профессиональной идентичности, социально предписываемый перфекционизм, высокий уровень лояльности и ориентацию на эмоциональный компонент в межличностном доверии («приятель») объединяет потребность в высокой заработной плате и в материальном вознаграждении ( $r=0,681$ ). Поскольку данную потребность мы рассматриваем как социально фрустрированную, четвертый фактор определяется как «*Фактор фрустрированных социальных потребностей и кризисной профессиональной идентичности*».

Пятый фактор (6,91%) образован под влиянием блока качеств, определяющих перфекционизм личности. Здесь общий высокий уровень перфекционизма непосредственно связан ( $r=0,547$ ) с парциальными его проявлениями: перфекционизмом, ориентированным на себя ( $r=0,393$ ), на других ( $r=0,412$ ) и социально предписанным перфекционизмом ( $r=0,408$ ). В системе потребностей общий уровень перфекционизма связан с высоко выраженными потребностями в хороших условиях работы ( $r=0,330$ ), в завоевании признания со стороны других ( $r=0,381$ ), в ощущении востребованности и в интересной работе ( $r=0,385$ ), а также с потребностью формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения, имеющей средний уровень выраженности в среде медсестер ( $r=-0,357$ ). В межличностных отношениях высокий перфекционизм связан с активностью компонентов *надежности* и *предсказуемости* ( $r=0,312$  и  $0,307$  соответственно). В совокупности взаимосвязей данный фактор может быть определен как «*Фактор повышенного перфекционизма*».

Если рассмотреть структуру выделенных факторов, то увидим, что выраженную связующую роль в них играет комплекс *мотивации социально-профессионального признания*. В этом комплексе интегрируются стремления



личности к достижению социально-профессионального статуса, адекватного роли медицины в системе современных общественных отношений (рисунок 3.5).

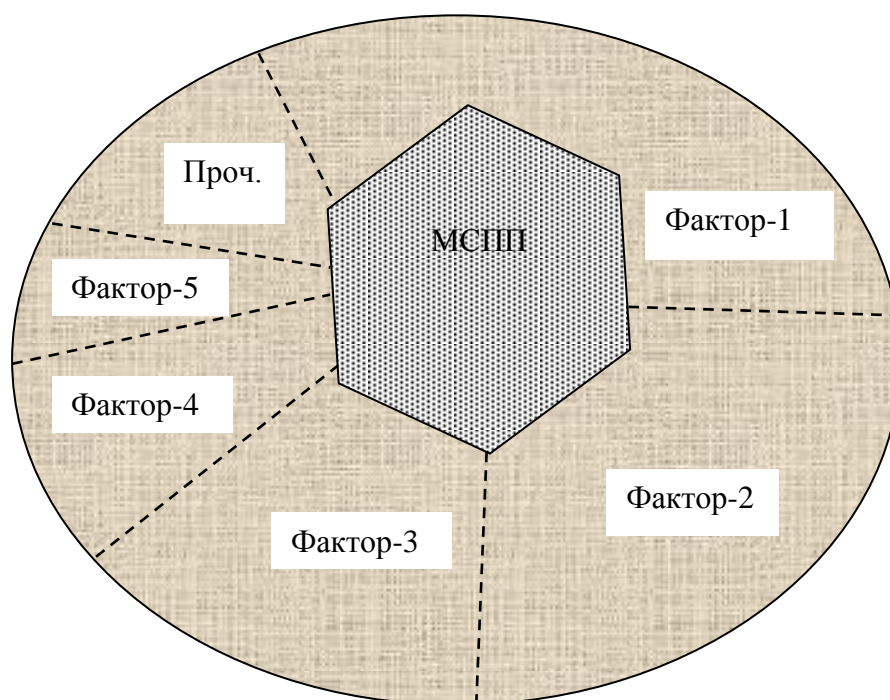


Рисунок 3.5. Условная схема факторной (базовой) модели личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения

Вместе с тем, установленные факторы показывают «точки», «мишени» лично ориентированной работы с сестринским персоналом для достижения ими социальной адаптации. Так, сниженная социальная адаптация маркируется слабо выраженными потребностями в социальных контактах, в саморазвитии и самосовершенствовании; она стимулирует повышенные перфекционистские тенденции по отношению к другим людям. Направленность личности на реализацию потребности в материальном вознаграждении тесно связана с кризисными статусами профессиональной идентичности, с ориентацией в межличностном взаимодействии более на эмоциональное восприятие партнеров, чем на истинные выражения доверия в виде надежности, тождественности (единства), предсказуемости.

Важной особенностью выделенных феноменов является установленная взаимосвязь между кризисными статусами профессиональной идентичности

медицинских сестер и повышенным уровнем демонстрируемой ими лояльности. При этом медицинские сестры, высоко испытывающие потребность в ощущении востребованности и в интересной работе, находящиеся в статусах позитивной профессиональной идентичности, проявляют склонность к демонстрации умеренной лояльности.

### **3.2. Личность медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности в многопрофильном лечебном учреждении**

Основная нагрузка в организации сестринского процесса в клинических отделениях многопрофильного лечебного учреждения ложится на плечи старших медицинских сестер, выступающих в роли субъектов управленческой деятельности. Психологическая составляющая этой роли становится достаточно очевидной, если рассмотреть квалификационную характеристику медицинской сестры-менеджера.

В соответствии с ФГОС высшего профессионального образования медсестра-менеджер осуществляет 10 крупных видов деятельности: организационно-управленческую; информационно-аналитическую; маркетинговую; инновационную; клиническую; медико-профилактическую; воспитательно-педагогическую; методическую; консультативную; научно-исследовательскую (Таблица 3.19.).

Специфика деятельности менеджера здравоохранения, отличающую ее от профессиональной деятельности клинической медицинской сестры состоит в том, что из десяти видов деятельности только один относится к непосредственно «помогающему» виду профессиональной активности («клиническая деятельность»). Остальные являются видами управленческого труда. Это обуславливает своеобразие психологических требований к субъекту, в частности к коммуникативным и организаторским ресурсам личности [189, с. 212].

Таблица 3.19. – Структура деятельности медицинской сестры-менеджера здравоохранения [189, с. 213-214].

№ п/п	Виды деятельности / действия / операции
1	2
<i>1. Организационно-управленческая деятельность</i>	
1	Обеспечивает управление средним и младшим медицинским персоналом в учреждениях здравоохранения
2	Составляет графики работы, правильно расставляет по постам, замещает не вышедших на работу
3	Систематически обеспечивает наличие медицинского инструментария, медикаментов, предметов ухода за больными, осуществляет контроль за их распределением
4	Ведет контроль за соблюдением лечебно-охранительного, санитарно-эпидемиологического режимов
5	Контролирует правильное хранение и учитывает наркотики и другие вещества
6	Организует индивидуальные посты для ухода за тяжелобольными
7	Контролирует соблюдение персоналом, больными, посетителями установленных правил внутреннего распорядка
8	Ведет учет поступления и выписки больных, составляет дневник движения коечного фонда
9	Контролирует работу медицинского персонала по уходу за больными
10	Следит за выполнением графиков работы, сохранностью медицинского инструментария, предметов ухода и т.д.
11	Принимает участие в производственных совещаниях, проводимых в лечебно-профилактическом учреждении
<i>2. Информационно-аналитическая деятельность</i>	
12	Анализирует работу и дает оценку потенциальных возможностей развития сестринской службы учреждения
13	Определяет необходимость изменений в организации
14	Составляет программы нововведений и разрабатывает планы мероприятий по их реализации
<i>3. Маркетинговая деятельность</i>	
15	Проводит товароведческий анализ лекарственных средств, перевязочных материалов, медицинских инструментов и других товаров медицинского назначения в учреждении здравоохранения
16	Применяет методы маркетинговых исследований
17	Осуществляет управление материальными ресурсами с целью их рационального использования
<i>4. Инновационная деятельность</i>	
18	Осуществляет сестринский процесс, ориентированный на индивидуальные потребности пациента
<i>5. Клиническая деятельность</i>	
19	Владеет методами сбора и оценки данных о состоянии здоровья пациента, исходя из методологии сестринского процесса, умеет организовать и обеспечить квалифицированный уход за пациентом с учетом его индивидуальных потребностей и проблем
20	Оценивает эффективность оказания медицинской и медико-социальной помощи пациенту
21	Оказывает медицинскую помощь при неотложных и угрожающих жизни состояниях

<i>6. Медико-профилактическая деятельность</i>	
22	Владеет основными алгоритмами проведения профилактических, лечебно-диагностических и реабилитационных мероприятий
<i>7. Воспитательно-педагогическая деятельность</i>	
23	Осуществляет социально-психологическое регулирование в трудовом коллективе, содействует созданию деловой, творческой обстановки и поддержки инициативы сотрудников
24	Участвует в чтении лекций, проведении семинаров, инструктажей по основным вопросам сестринского дела в здравоохранении
25	Внедряет современные формы и методы обучения и повышения квалификации среднего и младшего медицинского персонала
26	Проверяет уровень знаний и профессионального мастерства медицинских сестер
<i>8. Методическая деятельность</i>	
27	Оценивает уровень профессиональной готовности персонала в области сестринского дела
28	Проводит методический анализ дидактического материала для преподавания, формулирует цели обучения
29	Организует и осуществляет учебный процесс по постановке и решению профессиональных задач
<i>9. Консультативная деятельность</i>	
30	Консультирует средний и младший медицинский персонал по вопросам оказания медицинской помощи пациентам
31	Консультирует средний медицинский персонал по организации и проведению научно-практических исследований в области сестринского дела
<i>10. Научно-исследовательская деятельность</i>	
32	Организует научно-исследовательскую деятельность в области сестринского дела

Важно отметить, что, помимо непосредственно организаторской работы в лечебном учреждении, медицинская сестра-менеджер должна обладать педагогической и исследовательской компетентностью. Это обуславливает необходимость формирования у медицинской сестры широты кругозора, психологической гибкости и направленности на личностный рост [189].

Управление сестринским персоналом – наиболее крупный вид деятельности медицинской сестры-менеджера. Он включает 11 крупных профессиональных действий, которые с точки зрения субъектных характеристик можно определить как сформированные стили управления, направленность карьерного роста. Квалификационно менеджер сестринского дела должен быть готов к решению таких психологических задач, как: руководство сестринским персоналом и разработка управленческих решений по повышению эффективности работы организации; осуществление

социально-психологического регулирования в трудовом коллективе; осуществление педагогической и воспитательной деятельности. Его профессиональная подготовленность предполагает наличие умений взаимодействовать с коллегами и работать в коллективе; организовывать работу исполнителей; находить и принимать управленческие решения, связанные с трудовыми ресурсами организации. Он должен владеть методами эффективной коммуникации в организации, использовать знания психологии для управления конфликтами, стрессами и инновациями в организации [40].

Таким образом, специфика управленческой деятельности обуславливает и специфику психологических качеств медицинской сестры как субъекта этой деятельности. Рассмотрим далее совокупность психологических качеств, характеризующих личность медицинской сестры – менеджера.

### **3.2.1 Потребности, мотивы и их взаимосвязь с социальной адаптацией и перфекционистскими тенденциями медицинской сестры-менеджера**

*Показатели социально-психологической адаптации старших медицинских сестер.*

Среднегрупповой показатель по результатам диагностики 20-ти старших медсестер различных клинических отделений находится на диагностическом уровне «выше среднего» ( $M=20,4$ ;  $\sigma=6,78$ ), что значительно превосходит данные, полученные по совокупной выборке медицинских сестер, работающих под их руководством ( $M=4,27$ ;  $\sigma=7,41$ ): при  $t=10,07$   $p<0,001$ . Однако сравнение со среднегрупповым результатом в подгруппе адаптированных медсестер ( $N_{52}$   $M=18,2$ ;  $\sigma=8,26$ ) не обнаруживает достоверных различий ( $t=1,11$ ;  $p>0,1$ ).

Если рассмотреть, насколько выражены доли среднего, выше среднего и высокого уровней в сравниваемых группах, то видим, что для старших медицинских сестер достоверно менее чем для подчиненных им медсестер,

характерен средний уровень социальной адаптации (при  $\varphi^*=4,95$   $t=0,000$ ). Такое же наблюдение отмечается в сравнении с группой адаптированных медсестер ( $N_{52}$ ): при  $\varphi^*=2,04$   $t=0,02$ ). Высокие показатели адаптации более выражены у представителей сестринского менеджмента, по сравнению с данными в совокупной выборке (при  $\varphi^*=3,85$   $t=0,000$ ). Однако в сравнении с группой адаптированных медсестер такого различия не отмечается (рисунок 3.6.).

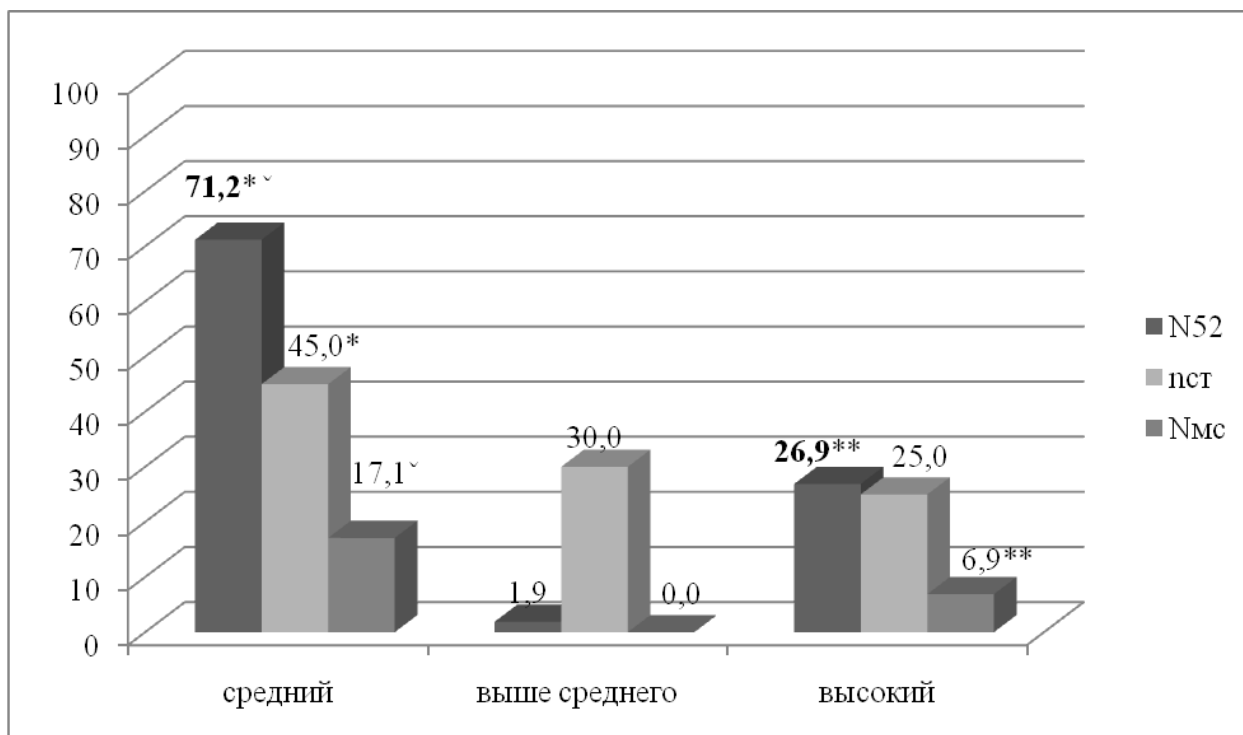


Рисунок 3.6. Сравнение долей (%) выраженности уровней социальной адаптации в группах старших медицинских сестер и медсестер отделений.

Примечание: \*  $t=0,02$  ( $\varphi^*=2,04$ ); ~  $t=0,001$  ( $\varphi^*=4,95$ ); \*\*  $t=0,001$  ( $\varphi^*=3,85$ )

Установленные особенности свидетельствуют о том, что обладая ресурсом социальной адаптации, старшие медицинские сестры не оказывают достаточного позитивного влияния на руководимых ими медсестер в направлении формирования необходимого адаптационного потенциала.

Анализ, проведенный по каждому из обследованных клинических отделений, показал, что наиболее выражены средне-высокие показатели адаптированности медицинских сестер, возглавляемых старшей медицинской сестрой одного из отделений хирургического профиля (инд. шифр «ХЖ-11»).

Здесь из 28 протестированных респондентов сестринского персонала 17,9% (5 чел.) имеют показатели в диапазоне средних и высоких значений, в то время как в целом по совокупной выборке этот показатель составил 6,9%. Ни в одном из остальных 19-ти отделений аналогичного проявления адаптации не наблюдается. Установленный факт учитывался в дальнейшем анализе личностных особенностей медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности.

*Специфика мотивационно-потребностной сферы менеджеров сестринского дела.*

Общая напряженность потребностной сферы старших медицинских сестер умеренная, она составляет 25,0% от максимального, предусмотренного методикой Ричи и Мартина. Данная система образована высокой выраженностью потребностей в четком структурировании работы, в совершенствовании, росте и развитии как личности. Эти два вида потребностей не только занимают первые места по мотивирующей силе, но и в средних показателях по группе находятся в диапазоне высокого уровня выраженности. На среднем уровне мотивирующего влияния на личность находятся потребности в ощущении востребованности и в интересной работе, в завоевании признания со стороны других людей, в высокой заработной плате и материальном вознаграждении, в хороших условиях работы (рисунок 3.7.).

Основное различие отмечается в перемещении потребности в совершенствовании, росте и развитии как личности: если у клинических медсестер она не является высоко выраженной и занимает в «профиле» нижние позиции ( $M=28,5$ ), то у старших медсестер среднегрупповой показатель по этому виду потребности находится на высоком уровне ( $M=37,3$ ) и занимает второе место по субъектной значимости. Следует учитывать интерпретацию, которую дают данному виду потребности Ричи и Мартин: в ней отражается желание личности проявлять самостоятельность, независимость, непрерывно самосовершенствоваться [134, с. 453].

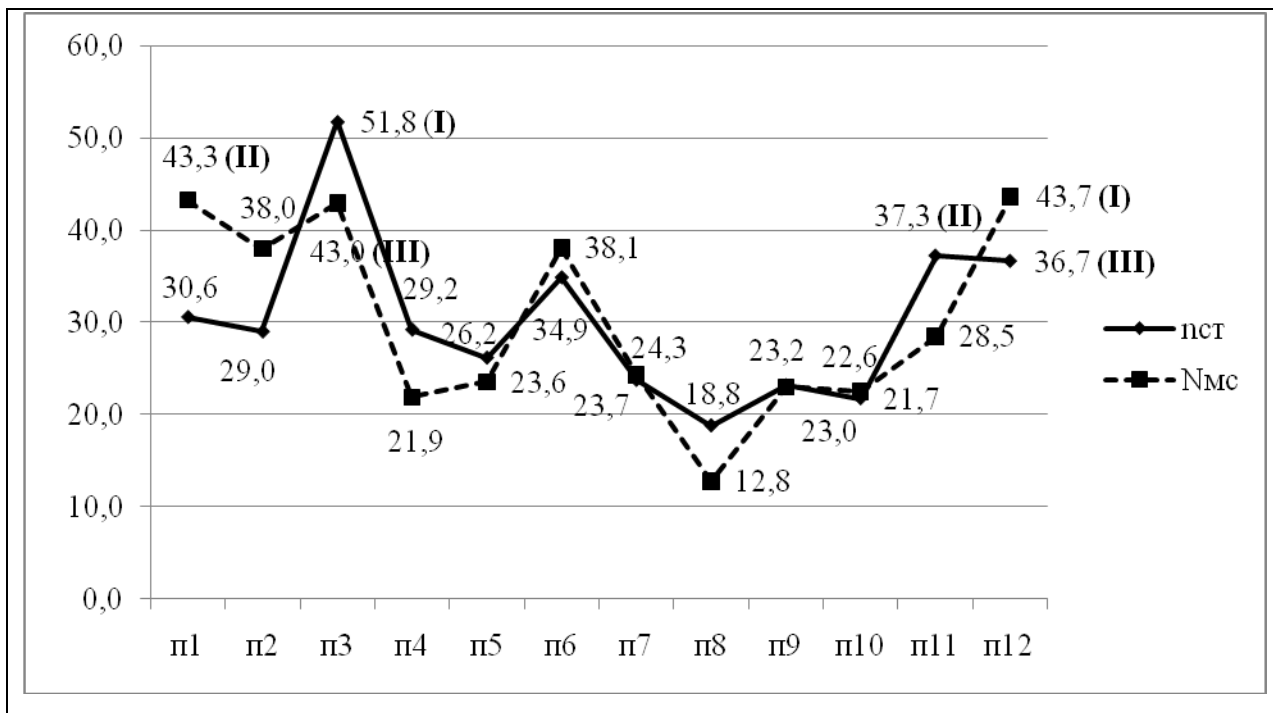


Рисунок 3.7. Сравнение мотивационных «профилей» старших медицинских сестер и подчиненного им сестринского персонала

*Примечание.*

На шкале «X» обозначены потребности:

п1 - в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; п2 - в хороших условиях работы; п3 - в четком структурировании работы; п4 - в социальных контактах; п5 - формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения; п6 - в завоевании признания со стороны других людей; п7 - ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их; п8 - во влиятельности и власти; п9 - в разнообразии, переменах и стимуляции; п10 - быть креативным; п11 - в совершенствовании, росте и развитии как личности; п12 - в ощущении востребованности и в интересной работе.

В данном контексте можно рассматривать названную потребность как личностный компонент индивидуального стиля менеджеров сестринского дела многопрофильного лечебного учреждения. Его особенность определяется также значимостью ориентации на четкое структурирование работы (первое место по выраженности) и на профессиональную востребованность (третье место).

Таким образом, для медсестры-менеджера, также как и для медсестер в целом, мотивационное «ядро» составляет комплекс мотивации социально-профессионального признания (МСПП). Он дополняется высокой выраженностью потребности в совершенствовании, росте и развитии как личности, что позволяет включить ее в категорию специфических



потребностей менеджеров сестринского дела. С учетом полученных данных в целом мотивационный комплекс медицинской сестры теперь принимает следующий вид (рисунок 3.8.).



Рисунок 3.8. Мотивационный комплекс (МК), определяющий личностно-профессиональную направленность медсестры многопрофильного ЛПУ (завершенный вариант).

*Перфекционизм в подструктуре личностных качеств медсестры-менеджера.*

Также как и в целом по совокупной выборке сестринского персонала, для медицинских сестер, исполняющих менеджерские функции в лечебном учреждении, характерен повышенный общий уровень перфекционизма

( $M=201,0$ ;  $\sigma=10,5$ )<sup>4</sup>. При этом 55,0% старших медсестер обладают средним уровнем выраженности этого качества, а остальные 45,0% – высоким. Низкий уровень перфекционизма для них не свойственен (Таблица 3.20.).

Таблица 3.20. – Сравнение показателей перфекционизма в группах медсестер-менеджеров и клинических медицинских сестер, имеющих разные уровни социальной адаптации

группы	M±σ	низкий уровень		средний уровень		высокий уровень	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
шкала ОПП (общий показатель перфекционизма)							
N <sub>20</sub>	201,0±8,9	-	-	11	55,0	9	45,0
N <sub>52</sub>	192,0±29,6	7	13,5	27	51,9	18	34,6
N <sub>164</sub>	194,8±22,06	8	4,9	105	64,0	51	31,1
<i>различия:</i>	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub> : t=1,96; p<0,05	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : φ*=1,91; p≤0,03		N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : φ*=1,55; p≤0,06		-	
	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : t=3,43; p<0,01	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> :		N <sub>20</sub> ↔ N <sub>164</sub> : φ*=1,72; p≤0,03			
шкала ПОС (перфекционизм, ориентированный на себя)							
N <sub>20</sub>	63,5±8,42	-	-	15	75,5	5	25,0
N <sub>52</sub>	79,8±10,8	-	-	-	-	52	100,0
N <sub>164</sub>	78,4±11,3	-	-	-	-	164	100,0
<i>различия:</i>	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub> : t=6,75; p<0,001	-					
шкала ПОД (перфекционизм, ориентированный на других)							
N <sub>20</sub>	76,2±7,45	-	-	2	10,0	18	90,0
N <sub>52</sub>	51,9±12,6	11	21,2	19	36,5	22	42,3
N <sub>164</sub>	58,6±10,9	1	0,6	139	84,8	24	14,6
<i>различия:</i>	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : t=3,43; p<0,01; N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub> : t=10,0; p<0,001			N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : φ*=6,56; p≤0,000		N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub> φ*=4,07; p≤0,001	
						N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : φ*=3,97; p≤0,001	
шкала СПП (социально предписываемый перфекционизм)							
N <sub>20</sub>	61,4±5,23	-	-	20	100,0	-	-
N <sub>52</sub>	55,0±9,6	23	44,2	15	28,8	14	26,9
N <sub>164</sub>	57,9±8,22	50	30,5	74	45,1	40	24,4
<i>различия:</i>	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub> : t=3,58; p<0,01; N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : t=1,96; p<0,05	N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub>		N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub>		N <sub>52</sub> ↔ N <sub>20</sub>	
		N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : φ*=1,79; p≤0,04		N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub> : φ*=2,14; p≤0,014		N <sub>52</sub> ↔ N <sub>164</sub>	

Отмечается своеобразие перфекционистских тенденций, определяющих личностные особенности старших медсестер. Оно состоит в достоверно более выраженном показателе перфекционизма, ориентированного на других

<sup>4</sup> Исходная граница высокого уровня общего показателя перфекционизма 204 балла [134, с. 249]

( $M=76,2$  против 51,9 и 58,6 в группах  $N_{52}$  и  $N_{164}$ ). Сравнение процентных долей высоких показателей по шкале «ПОД» показывает, что для старших медсестер достоверно более характерны проявления перфекционизма, ориентированного на других (90,0% против 42,3% и 14,6%).

Тот факт, что среди медсестер, включенных в менеджерскую деятельность, доля лиц с высоким уровнем показателей по шкале «ПОД» выше, можно интерпретировать как специфическое влияние деятельности на личность. Старшая медицинская сестра несет ответственность за организацию сестринского процесса в отделении больницы, и, очевидно, груз этой ответственности обуславливает высокий уровень требований ко всем, кто связана с нею в совместной деятельности.

Установленные особенности позволяют предположить, что специфика управленческого труда в организации сестринского процесса, состоящая в высокой степени личной ответственности старшей медицинской сестры за готовность основных инфраструктур клинического отделения к оказанию нормативно установленных медицинских услуг, обуславливает специфическое сочетание высоких стандартов по отношению к другим и оптимального уровня стандартов по отношению к себе и социально предписываемых стандартов. Такое сочетание способствует достижению старшими медсестрами социально-психологической адаптации, которая, в отличие от руководимых ими клинических сестер, значительно выше и находится в пределах средне-высоких показателей.

Более высокие значения имеют данные по шкале «Социально предписываемый перфекционизм» в группе старших медсестер. Здесь все респонденты обладают средним уровнем выраженности этого качества, что отличает их от клинических медсестер, в среде которых в целом более трети респондентов показали низкие значения.

Таким образом, перфекционизм как личностное качество в группе медицинских сестер – субъектов управленческой деятельности имеет преимущественно средний и повышенный уровень, что характеризует

личность склонностью предъявлять высокие требования к себе, к окружающим, а также расценивать требования, предъявляемые к ним, как завышенные. В этом, очевидно, отражается влияние социального контекста, в первую очередь, – пространства профессиональной бытийности, на самореализацию личности.

### **3.2.2 Маркеры субъектной репрезентации медицинской сестры – менеджера: психологическая модель личности**

Выраженная специфика мотивационно-потребностной сферы, социальной адаптации и перфекционизма обусловила постановку задачи исследовать психологические маркеры субъектной репрезентации медицинской сестры-менеджера. Рассмотрены: особенности лидерских стилей; система карьерных отношений; нравственные основы делового поведения руководителей сестринских служб.

*Особенности индивидуального лидерского стиля старших медицинских сестер.*

Анализ стилевых предпочтений реализации управленческих функций старшими медицинскими сестрами показал преобладание деловой ориентации при низких или средних значениях в показателях фактора «Ориентация на персонал» (рисунок 3.9.).

По графике рисунка видно, что выделяются три вида сочетаний факторов, определяющих управленческий стиль менеджеров сестринского дела. Первый вид составляет контрастно отличающийся от остальных стиль респондента под шифром «ХЖ-11» (показатели по шкалам: 7; 6). Это стиль близкий к базовому стилю («Сотрудничество»), характеризующемуся умеренным вниманием и к людям, и к работе. Под руководством этого менеджера работают 28 медицинских сестер. Ранее (разд. 3.2.1) было отмечено, что в данном отделении значительно больше социально адаптированных медицинских сестер, чем в остальных 19-ти отделениях.

Полученные данные об особенностях индивидуального лидерского стиля старшей медицинской сестры данного подразделения дают основание предполагать, что демократический индивидуальный стиль медсестры-менеджера является организационно-психологическим условием достижения медицинскими сестрами устойчивых проявлений социальной адаптации.

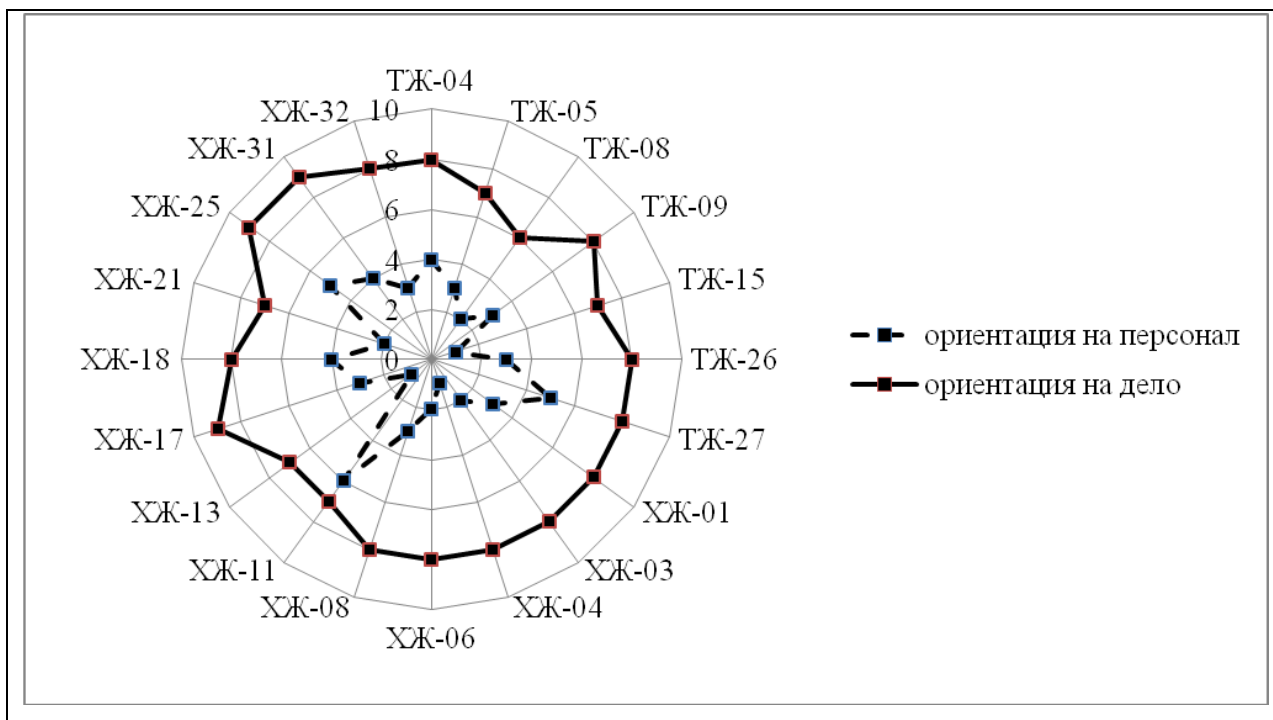


Рисунок 3.9. Сочетание факторов, образующих индивидуальные лидерские стили старших медицинских сестер.

Второй вид управленческого стиля представлен шестью респондентами (30,0% от выборки). Ориентация на дело выражена высокими диагностическими значениями (от 7 до 9 баллов;  $M=8,2$ ;  $\sigma=0,75$ ), а ориентация на персонал – в зоне средних значений ( $M=4,2$ ;  $\sigma=0,75$ ). Таким образом, лидерский стиль этих руководителей характеризуется сочетанием среднего уровня внимания к потребностям подчиненных и высоких требований к их деловым качествам и исполнению профессиональных задач. Можно определить кратко такой стиль «Авторитет – сотрудничество». В зоне этого управленческого стиля работают 74 медицинских сестер. Учитывая близость диагностических показателей стиля «Сотрудничество» и

второго стиля, мы объединяем в дальнейшем анализе этих респондентов в одну группу и называем ее «Авторитет – сотрудничество» (7 чел.)<sup>5</sup>.

Третий вид представлен самым большим составом данных (13 респондентов; 65,0% от выборки). Здесь структура показателей: 7,8 ( $\sigma=0,75$ ); 2,3 ( $\sigma=0,83$ ). Этот управленческий стиль характеризуется максимумом внимания к работе и сниженным вниманием к людям и определяется как «*Авторитет – подчинение*». Менеджеры с этой стилевой характеристикой организуют сестринский процесс в тринадцати отделениях, совокупный персонал которых составляет 114 медсестер. Этот стиль управления группами слабо ориентирован на потребности работников; он, по сути, исключает опору на демократические традиции в совместной деятельности<sup>6</sup>.

Установленные различия обуславливают необходимость в дальнейшем процессе исследования выявить взаимосвязи, образуемые двумя выделенными индивидуальными лидерскими стилями.

#### *Карьерные отношения старших медсестер.*

Диагностика, проведенная методом «Тест незаконченных предложений», показала, что у старших медицинских сестер выражено позитивное отношение к выбранной профессии, к профессиональной карьере и к профессиональному будущему (рисунок 3.10.).

В целом среднегрупповой диагностический показатель (22,1 балла;  $\sigma=0,77$ ) составляет 92,1% от максимального (24 балла), что позволяет интерпретировать карьерные ожидания действующих менеджеров сестринского дела как реализованные.

О высокой степени идентификации респондентов с медсестринской деятельностью (первый диагностический блок «*Отношение к выбранной профессии*»  $M=7,35$ ;  $\sigma=0,79$ ) свидетельствуют высказывания старших медсестер о том, что выбранная профессия «самая необходимая»; «лучшая среди других»; «это судьба» и т.п. Более половины опрошенных считают, что

---

<sup>5</sup> Далее будем использовать наименование этой подгруппы как «N<sub>7</sub>»

<sup>6</sup> Далее будем использовать наименование этой подгруппы как «N<sub>13</sub>»

люди выбирают свою профессию «по призванию»; «по зову сердца»; «по семейной традиции». Последнее подтверждает отмеченный в работах Б.А. Ясько на примере врачей феномен семейной преемственности медицинской профессии [191].

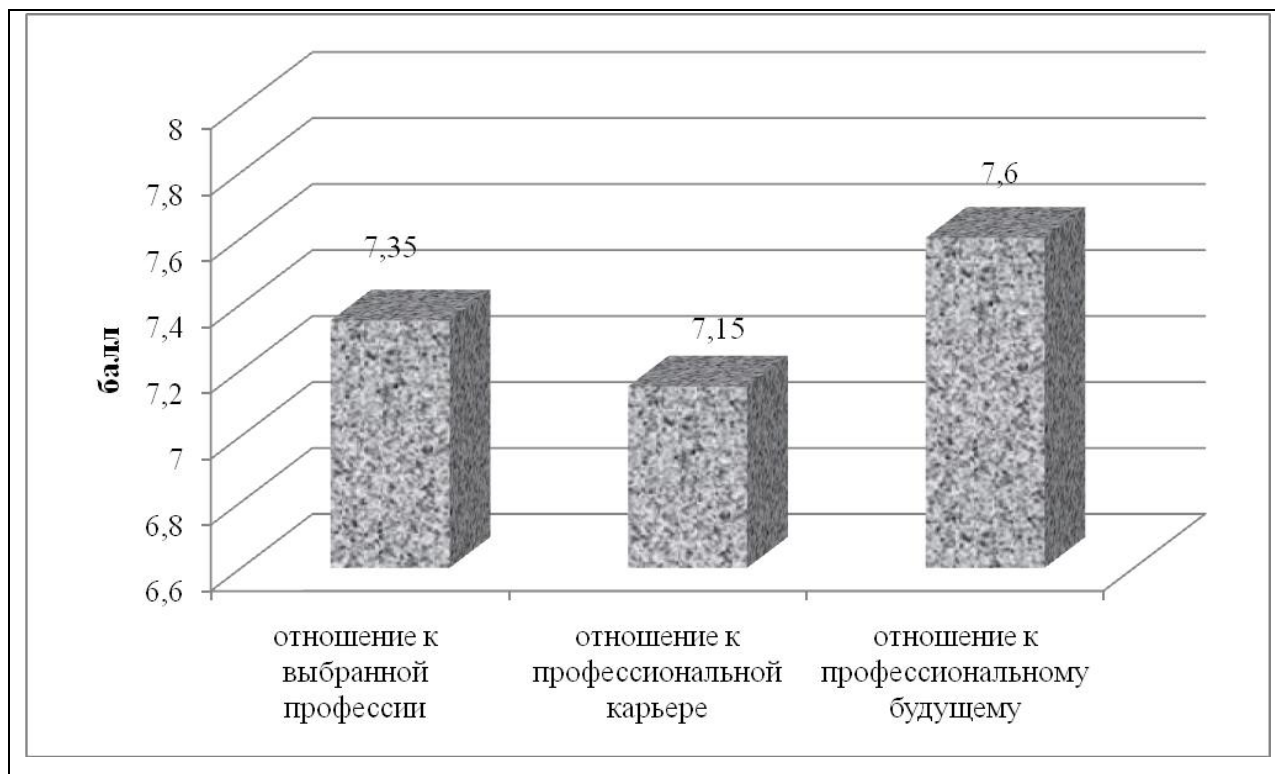


Рисунок 3.10. Среднегрупповые значения диагностических баллов в оценивании карьерных ожиданий старших медицинских сестер по группе предложений «Профессиональная карьера»

На свою профессиональную карьеру (второй диагностический блок «*Отношение к профессиональной карьере*») старшие медсестры смотрят как на вполне удавшуюся ( $M=7,15$ ;  $\sigma=0,35$ ), а имеющиеся успехи объясняют верностью, служением профессиональному долгу, добросовестным отношением к делу, преданностью организации, в которой работают. Никто из опрошенных не считает, что личные карьерные успехи являются делом случая или удачно сложившихся межличностных отношений с руководителями. Тем не менее, именно в этом блоке обнаруживается наличие определенного внутриличностного конфликта, отраженного текстами предложений о видении карьерных перспектив («*Моя профессиональная карьера кажется ...*»), которые оценены самым низким

оценочным баллом:  $M=1,45$  ( $\sigma=0,51$ ). Более половины старших медсестер (55,0%; 11 чел.) не видят перспектив карьерного роста, считают, что лучший вариант – сохранение «*status quo*».

Отношение к профессиональному будущему (третий диагностический блок) старших медицинских сестер вполне позитивно ( $M=7,6$ ;  $\sigma=0,49$ ). Они оптимистично смотрят вперед, связывая, тем не менее, профессиональное будущее с устойчивостью лечебного учреждения и его флагманскими позициями в региональном здравоохранении.

Несмотря на малочисленность выборки, определяется достоверная положительная связь между позитивным отношением к профессиональной карьере и достигнутой социальной адаптацией старших медицинских сестер ( $r=0,543$ ;  $p<0,05$ ).

Отношение к профессии и профессиональной карьере в обеих группах имеет одинаковый вид, что подтверждает выше сформулированное предположение: высоко выраженные карьерные отношения являются специфической основой профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности (Таблица 3.21.).

Таблица 3.21. – Показатели выраженности карьерных отношений в группах старших медсестер с различным индивидуальным лидерским стилем

Группы сравнения	Отношение:			В целом
	к выбранной профессии	к профессиональной карьере	к профессиональному будущему	
N <sub>7</sub>	7,4±0,78	7,1±0,37	7,7±0,48	22,3±0,76
N <sub>13</sub>	7,3±0,85	7,2±0,38	7,5±0,52	22,0±0,52

Сравнение мотивационных «профилей» старших медицинских сестер двух подгрупп (N<sub>7</sub> и N<sub>13</sub>) подтверждает наличие в качестве мотивационного «ядра» комплекса потребностей, обозначенных нами как «мотивация социально-профессионального признания» (МСПП). Однако отмечается, что в число первых пяти актуальных потребностей в подгруппе N<sub>7</sub> не входит



потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении, но включена потребность в социальных контактах (Рисунок 3.13.).

В группе  $N_{13}$  потребность в социальных контактах занимает только 6-е место, а в группу пяти наиболее актуальных потребностей входит, как и в целом по совокупной выборке клинических медсестер, потребность в высокой заработной плате и материальном вознаграждении. Такое положение данного вида потребности в группе  $N_{13}$  отражается и значительной ее напряженностью: она составляет 27,0, что значительно выше всех других показателей в этой группе. В подгруппе  $N_7$  данный вид потребности имеет умеренную напряженность и по степени выраженности занимает только восьмое место. Наиболее важной для этих руководителей является потребность в четком структурировании работы (47,1%), которая входит в комплекс МСПП.

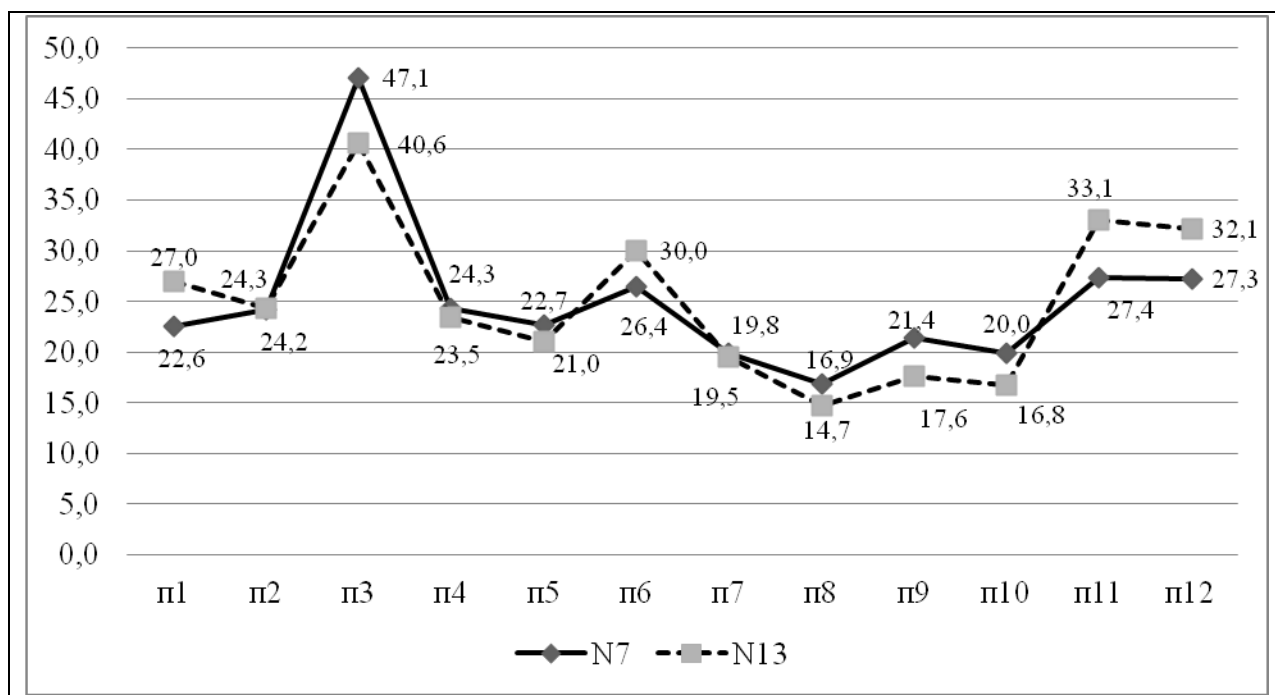


Рисунок 3.13. Соотношение долей (% от макс. показателя) напряженности потребностной сферы медицинских сестер-менеджеров

*Примечание.* В столбцах обозначены потребности:

п1 - в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; п2 - в хороших условиях работы; п3 - в четком структурировании работы; п4 - в социальных контактах; п5 - формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения; п6 - в завоевании признания со стороны других людей; п7 - ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их; п8 - во влиятельности и власти; п9 - в разнообразии, переменах и стимуляции; п10 - быть креативным; п11 - в совершенствовании, росте и развитии как личности; п12 - в ощущении востребованности и в интересной работе.

Сравнение показателей выраженности перфекционизма, отношения к соблюдению нравственных норм, доверия в их взаимосвязи также вскрыл ряд особенностей, характерных для медсестер с различным индивидуальным лидерским стилем.

Общий уровень перфекционизма и перфекционизма, ориентированного на других, в подгруппе  $N_7$  достоверно ниже, чем в группе  $N_{13}$  ( $p < 0,05$  при  $t = 2,01$  и  $2,26$ ). Перфекционизм, ориентированный на себя, и социально предписываемый перфекционизм при реализации стиля «Авторитет – сотрудничество» выступают психологическим барьером проявления максимализма в отношении к делу (шкала «на задачу» в «Управленческой решетке» ↔ шкалы ПОС и СПП  $r = -0,680$  и  $r = -0,690$  соответственно). Очевидно, этим обстоятельством объясняется отсутствие корреляционной зависимости между факторами, определяющими лидерский стиль «Авторитет – сотрудничество» и перфекционизм, ориентированный на других ( $r = -0,103$ ). В группе, представляющей стиль «Авторитет – подчинение», такая достоверно выраженная связь имеется (при  $r = 0,568$   $p < 0,05$ ).

Нравственные аспекты взаимодействия с подчиненными в процессе управления совместной деятельностью рассматриваются как значимый маркер субъектной репрезентации личности менеджера [91]. Психологическое отношение к соблюдению нравственных норм тесно связано с конативным (поведенческим) компонентом морального поведения. Оно представлено в сознании субъекта в виде мотивов, определяющих намерения личности совершать поступки, связанные с нравственной регуляцией [91, с. 114]. Нравственной основой межличностных отношений в обеих группах респондентов является приоритет качества *терпимости*.

Различия состоят в следующем. В подгруппе  $N_7$  достоверно менее значима, чем в группе  $N_{13}$ , норма «принципиальность» ( $N_7 M = 8,9 \pm 1,46$ ;  $N_{13} M = 10,9 \pm 1,41$ ; при  $t = 2,94$   $p < 0,05$ ) – Таблица 3.22.

Таблица 3.22. – Корреляционная матрица (r) взаимосвязей нравственных норм, компонентов, образующих лидерский стиль и перфекционизма у обладателей управленческого стиля «Авторитет – сотрудничество».

нравственные нормы	<i>на персонал</i>	<i>на дело</i>	ОПП	ПОС	ПОД	СПП
терпимость	<b>0,797*</b>	<b>0,797*</b>	-0,400	-0,454	0,211	<b>-0,521<sup>∨</sup></b>
принципиальность	<b>0,857*</b>	0,193	-0,017	-0,228	0,048	0,236
справедливость	<b>0,630*</b>	0,000	-0,013	-0,201	0,052	0,485
правдивость	0,000	-0,485	0,207	0,358	-0,362	0,485
ответственность	-0,060	<b>0,647*</b>	<b>-0,716*</b>	-0,281	-0,132	<b>-0,926**</b>

Примечание. \* -  $p < 0,05$ ; \*\* -  $p < 0,01$ ; <sup>∨</sup> -  $p < 0,1$ .

ОПП – общий показатель перфекционизма;

ПОС – перфекционизм, ориентированный на себя;

ПОД – перфекционизм, ориентированный на других;

СПП – социально предписываемый перфекционизм

Приверженцы стиля «Авторитет – сотрудничество» при реализации направленности «*на персонал*» склонны опираться на принципы принципиальности ( $r=0,857$ ), терпимости ( $r=0,797$ ) и справедливости ( $r=0,630$ ). Направленность «*на дело*» также непосредственно связана с проявлением терпимости по отношению к другим ( $r=0,797$ ) и ответственности за результаты совместной деятельности ( $r=0,647$ ).

В перфекционистских тенденциях, свойственных сторонниками стиля «Авторитет – сотрудничество», терпимость и ответственность блокируют проявления социально предписываемого перфекционизма ( $r=-0,521$ ;  $r=-0,926$ ). Аналогичные корреляционные отношения имеются и между ответственностью и общим перфекционизмом ( $r=-0,716$ ).

У медсестер, отдающих предпочтение авторитарным методам управления, высоко выраженная ориентация «*на дело*» непосредственно связана с проявлением в поведении норм правдивости и ответственности ( $r=0,483$  и  $0,449$  соответственно) – Таблица 3.23.

Следует отметить, что важным маркером выраженности нравственных норм является показатель ситуативной гибкости в их проявлении. Он определяется соотношением количества выборов вариантов ответов в 1, 2 и 3 балла на предлагаемые в тесте ситуации. Превышение ответов в 2 балла над

другими оценками является маркером ситуативной гибкости личности [91, с. 127].

Таблица 3.23. – Корреляционная матрица (r) взаимосвязей нравственных норм, компонентов, образующих лидерский стиль и перфекционизма у обладателей управленческого стиля «Авторитет – подчинение».

нравственные нормы	на персонал	на дело	ОПП	ПОС	ПОД	СПП
терпимость	-0,070	0,146	0,152	-0,152	0,310	0,190
принципиальность	-0,314	0,249	0,108	0,277	0,142	<b>-0,445<sup>~</sup></b>
справедливость	0,081	0,398	0,202	0,225	-0,049	0,022
правдивость	-0,112	<b>0,483<sup>~</sup></b>	<b>0,484<sup>~</sup></b>	0,068	<b>0,555*</b>	0,126
ответственность	-0,032	<b>0,449<sup>~</sup></b>	-0,216	-0,206	0,045	-0,075

Примечание. \* -  $p < 0,05$ ; <sup>~</sup> -  $p < 0,1$ .

Из данных, приведенных в таблице 3.24., видим, что только по норме «терпимость» медицинские сестры обеих подгруппы обнаруживают высокий уровень приверженности и не склонны к ситуативному проявлению этого качества. По остальным шкалам в группе N<sub>13</sub> очевидно проявление ситуативной изменчивости, заключающейся в выборе диаметрально противоположных, с точки зрения нравственности, правил поведения в зависимости от ситуации. Особенно это относится к проявлению справедливости и принципиальности.

Таблица 3.24. – Показатели ситуативной изменчивости старших медсестер

нормы	N <sub>7</sub>			N <sub>13</sub>		
	количество оценок			количество оценок		
	1 балл	2 балл	3 балла	1 балл	2 балл	3 балла
<b>терпимость</b>	4	7	24	9	7	49
ответственность	21	6	8	20	21	24
правдивость	15	7	12	25	19	21
справедливость	5	11	19	5	<b>31</b>	29
принципиальность	5	9	21	9	<b>28</b>	28

Учитывая, что принципиальность для медсестер, ориентированных на стиль «Авторитет – подчинение», относится к высоко выраженному личностному качеству, можно предположить, что старшие сестры с данным индивидуальным стилем склонны проявлять высокую требовательность к себе и другим, даже если следование принципам может

быть во вред себе, делу, другим людям. Вместе с тем, ситуативная изменчивость в проявлении данного качества может быть барьером в установлении доверительных отношений, если высокие требования к другим сочетаются со сниженными (в зависимости от обстоятельств) требованиями к себе. Это подтверждается и наличием достоверной корреляционной связи между переменными «принципиальность» и «перфекционизм, ориентированный на других», который, как отмечено выше, более выражен в группе N<sub>13</sub>:  $r=0,537$  ( $p<0,05$ ). Завышенные перфекционистские требования к другим тесно связаны с принципиальностью в их проявлении. Аналогичной достоверной корреляции по переменным «перфекционизм, ориентированный на себя» ↔ «принципиальность» в этой подгруппе не выявлено ( $r=-0,365$ ), однако наличие отрицательного знака и умеренной корреляционной связи можно рассматривать как возможное обратное взаимовлияние принципиальности на высокие требования к собственным достижениям.

Межличностное доверие в обеих группах строится на принципе *надежности* – представления субъекта о том, способен или нет другой человек оказать помощь, быть опорой в трудную минуту. Надежность рассматривается в психологии доверия как один из главных его компонентов, наряду с предсказуемостью и единством (тождественностью) [91, с. 70]. Вместе с тем отмечается, что второе и третье места занимают не истинные, а близкие к доверию феномены – *приянь* и *расчет* (Таблица 3.25.).

Таблица 3.25. – Среднегрупповые показатели измерения компонентов доверия личности другим людям в среде старших медицинских сестер ( $M\pm\sigma$ )

выборки	<i>надежность</i>	<i>предсказуемость</i>	<i>единство</i>	<i>приянь</i>	<i>расчет</i>
В целом	<b>20,7</b> ±3,17	19,1±3,71	18,7±3,48	19,9±2,95	19,6±2,74
«Авторитет – сотрудничество»	<b>20,4</b> ±1,40 (I)	17,4±4,43 (V)	18,4±2,76 (IV)	<b>19,9</b> ±1,77 (II)	<b>19,0</b> ±3,21 (III)
«Авторитет – подчинение»	<b>20,8</b> ±3,85 (I)	<b>19,9</b> ±3,09 (II-IV)	18,8±3,91 (V)	<b>19,9</b> ±3,50 (II-IV)	<b>19,9</b> ±2,53 (II-IV)

Приязнь имеет в основе эмоционально позитивное принятие партнера по общению, а расчет строится на объективной информации, «предполагающей возможность контролировать ситуацию и снижающей неопределенность и уязвимость» [91, с. 67]. Значимость этих компонентов демонстрирует выраженную специфику построения межличностных отношений старшими медицинскими сестрами.

Медицинские сестры, ориентированные на стиль «*Авторитет – сотрудничество*», строят свои отношения с группой, опираясь на факторы «*надежность*», «*приязнь*», «*расчет*». При этом средний показатель разницы ( $\Delta$ ) по параметрам измерения доверия и недоверия названных факторов невысок (7,7 баллов). Это позволяет определять в целом свойственный им тип доверия как «*понимающий людей*». По замечанию А.Б. Купрейченко, важной отличительной особенностью этого типа является то, человек не предъявляет к людям завышенных требований — ни к «своим», ни к «чужим», он не склонен резко дифференцировать свое окружение по степени доверия. Сохраняя веру в добрую природу человека, обладатель доверия по типу «*понимающий людей*», считает, что большинство людей из его окружения склонны к сотрудничеству и взаимопомощи, что он может предсказывать поведение другого, получать поддержку и иметь общие цели с человеком, который даже однажды не оправдал его доверия. Для обладателей типа «*понимающий людей*» характерен высокий уровень субъективного контроля: личность возлагает на себя ответственность за события своей жизни, в том числе и за отношения с другими людьми. Наиболее значимый показатель доверия для этого типа — *надежность* партнера по взаимодействию. Строя свои отношения с коллегами, они преимущественно опираются на терпимости к людям [91, с. 79]. Это наблюдение А.Б. Купрейченко подтверждается и данными проведенного нами корреляционного анализа: показатели *надежность* и *предсказуемость*, высоко выраженные в группе «*Авторитет – сотрудничество*», тесно

положительно коррелируют с показателями по фактору «терпимость» ( $r=0,980$  и  $r=0,840$  соответственно).

Установлено также, что *предсказуемость* и *расчет* в межличностном доверии отрицательно связаны с высоко выраженной ориентацией на задачу при управлении группой медсестер и положительно – с социально предписываемым перфекционизмом. Опора на фактор тождественности, единства в доверии взаимообуславливается перфекционизмом, ориентированным на других (рисунок 3.12.).

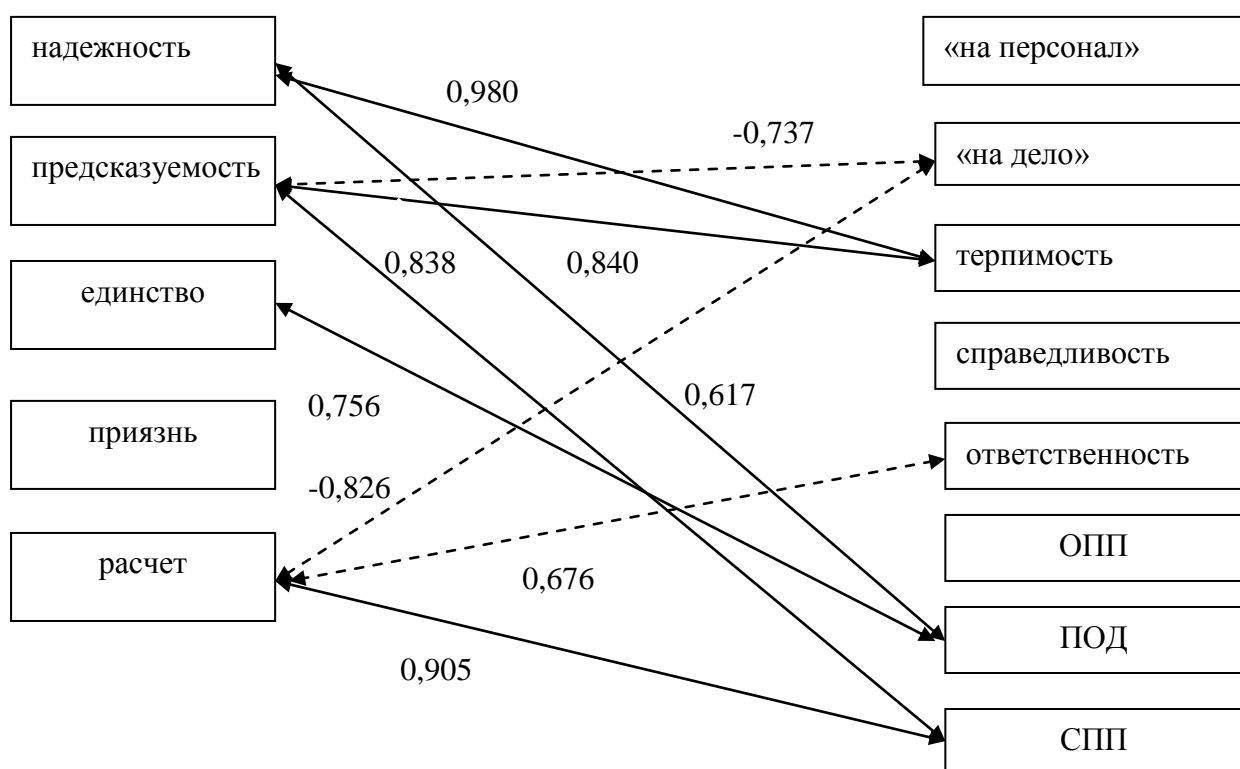


Рисунок 3.12. Корреляционные плеяды достоверных взаимосвязей компонентов доверия и личностных качеств старших медсестер, демонстрирующих стиль «Авторитет – сотрудничество»

*Примечание:*

ОПП – общий показатель перфекционизма;

ПОД – перфекционизм, ориентированный на других;

СПП – социально предписываемый перфекционизм

Таким образом, психологическая характеристика группы старших медсестер с индивидуальным стилем «Авторитет – сотрудничество», включает средний уровень внимания к потребностям подчиненных,

сочетающийся с высокими требованиями к их деловым качествам и исполнению профессиональных задач. В межличностном доверии они основываются на профессиональной и личностной надежности, дополняемой эмоционально значимым позитивным отношением к подчиненным. Эти менеджеры проявляют терпимость к людям, они ответственны и правдивы, причем не склонны к ситуативной гибкости в проявлении своей нравственно-этической позиции.

Ориентация на авторитарные методы управления (стиль «Авторитет – подчинение») имеет в основе иной тип доверия. Несмотря на то, что по средним показателям мы видим преобладание компонентов, аналогичных группе «Авторитет – сотрудничество», отмечаются существенные различия. Первое состоит в том, что не три, а четыре компонента определяют специфику межличностного доверия этих медицинских сестер. Первостепенную роль, как и в целом по группе, играет фактор *надежности*. Однако наряду с ним, по сути, равнозначную роль выполняют *предсказуемость*, *приязнь* и *расчет*. Такое сочетание говорит о прагматичности доверия старших медсестре при построении межличностных отношений в группе.

Вторая особенность состоит в том, что по шкалам, имеющим максимальную выраженность (надежность; предсказуемость; приязнь; расчет) показатель дельты «доверие» – «недоверие» (ДД – Нд) в два раза выше, чем в группе «Авторитет – сотрудничество» (14,2 балла). Это наблюдение дает основание определять преимущественные качества доверия, реализуемого медсестрами со стилем «Авторитет – подчинение», типом «*максималист*». Опираясь на психологическую характеристику данного типа, предлагаемую А.Б. Купрейченко, следует учитывать, что «максималист» склонен дифференцировать свое окружение по степени доверия: высокие показатели доверия близким людям сочетаются с низкими показателями по отношению к психологически далеким людям, в частности, к тем, кто однажды не оправдал возложенного доверия. Наиболее значимый



показатель доверия для людей этого типа — *надежность* (поддержка) партнера по взаимодействию. «Максималисты», по данным А.Б. Купрейченко, обладают низким уровнем субъективного контроля [91, с. 83]. Относительно старших медицинских сестер этот феномен можно рассматривать как сниженную инициативность, приверженность следовать указаниям и предписанным нормам поведения, и строгое требование аналогичного поведения от подчиненных. Несмотря на то, что в исследованиях А.Б. Купрейченко отмечено, что данный тип доверия практически не встречается у терпимых людей [там же], мы видим, что в среде медицинских сестер это не подтверждается. Терпимость является преобладающей нравственной нормой общения старших медсестер.

В исследованиях также отмечено, что доверие по типу «максималист» определяется такими свойствами личности, как: высокая мотивация (Q4), выраженная доминантность (E), сочетающаяся с дипломатичностью (N). Социально-демографической особенностью типа «максималист» является также и то, что среди его представителей с большим перевесом преобладают женщины [91, с. 83]. Учитывая демографическую специфику нашей выборки, можно сказать, что полученные в исследовании результаты определенным образом дополняют и расширяют концепцию доверия, разработанную в трудах А.Б. Купрейченко.

Корреляционный анализ обнаружил и в этой группе своеобразные связи компонентов доверия с перфекционизмом и нормами нравственного поведения (рисунок 3.13.).

Надежность в доверии тесно связана с терпимостью; а предсказуемость со справедливостью. Правдивость обнаруживает тенденцию к созависимости с предсказуемостью и эмоциональной приязнью. Ориентация на жесткие требования к персоналу в стилевых предпочтениях взаимосвязана с опорой в межличностном доверии на *расчет* ( $r=0,639$ ;  $p<0,05$ ). Эмоционально доверительные отношения направлены не на интересы персонала, а на качество выполняемой работы, на дело («ориентация на персонал» ↔

«приязнь»  $r=0,664$ ;  $p<0,05$ ). Выявлена положительная корреляционная связь между высокими показателями ориентации «на дело» и опорой на надежность ( $r=0,693$ ;  $p<0,05$ ) и единство ( $r=0,748$ ;  $p<0,05$ ). Такое своеобразие корреляций можно рассматривать как подтверждение склонности старших сестер, демонстрирующих стиль «Авторитет – подчинение», к прагматизму, ситуативной гибкости в формировании нравственных принципов межличностных отношений, а также доминантности, сочетающейся с дифференцированным отношением к подчиненным, обусловленным высокой личностной значимостью эмоциональной приязни.

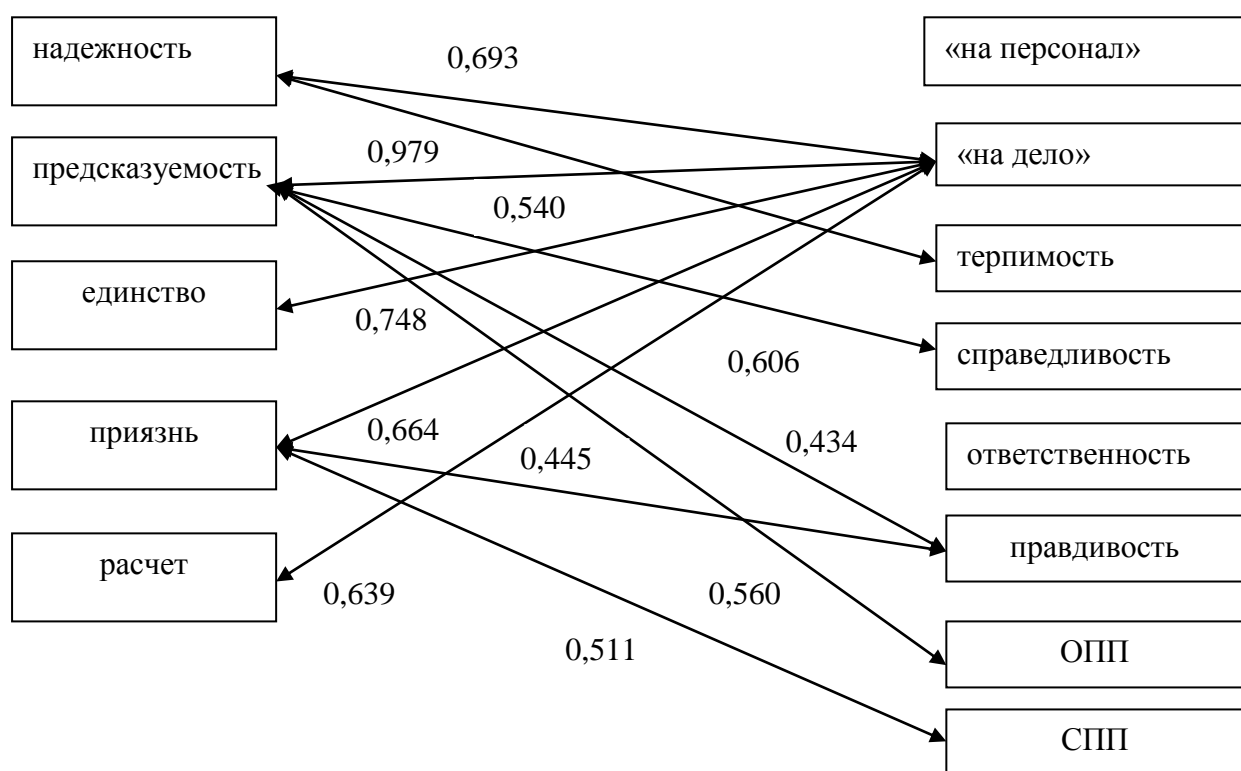


Рисунок 3.13. Корреляционные плеяды достоверных взаимосвязей компонентов доверия и личностных качеств старших медсестер, демонстрирующих стиль «Авторитет – подчинение»

*Примечание:*

ОПП – общий показатель перфекционизма;

СПП – социально предписываемый перфекционизм

Выделенные маркеры позволяют обрисовать психологическую модель личности медицинской сестры-менеджера (рисунок 3.14.). Она включает три конструирующих компонента: инвариантные, специфические и вариативные качества. **Инвариантными** являются качества, в равной мере свойственные

для клинических и старших медицинских сестер. **Специфические** – это качества, являющиеся общими для медицинских сестер как субъектов менеджерской деятельности. **Вариативные** имеют два вида: качества, составляющие личностные особенности, установленные для личности, обладающей индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество» (I) и качества, составляющие личностные особенности, установленные для личности, обладающей индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – подчинение» (II).

К **инвариантным** качествам в полной мере относятся: высокая побудительная сила мотивации социально-профессионального признания; выраженный перфекционизм; опора на компоненты *надежности* партнеров по общению и эмоционально позитивного их восприятия в формировании межличностного доверия.

**Специфические** качества, формирующие личность медсестры-менеджера и являющиеся маркерами ее самореализации.

Основу этих качеств образуют средне-высокий уровень социальной адаптации; побудительная сила потребности в совершенствовании, росте и развитии как личности; позитивное отношение к избранной профессии, карьере и профессиональному будущему. Эти качества маркируются преобладанием в индивидуальном лидерском стиле направленности «на дело», которая взаимосвязана с *терпимостью* как ведущим нравственным принципом и *надежностью* и эмоциональной *приятностью* как основными компонентами, определяющими межличностные отношения. Личность медсестры-менеджера отмечена более высоко выраженным, чем у клинических медсестер, перфекционизмом, ориентированным на других, и менее выраженным личностно центрированным перфекционизмом.

**Вариативные** качества (I), составляющие личностные особенности, установленные для личности, обладающей индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество».

Для медсестер, ориентированных в реализации управленческих функций на демократические методы взаимодействия с группой, свойственны: высокая значимость потребности в социальных контактах; преимущественно средний уровень перфекционизма, в частности, перфекционизма, ориентированного на других, при повышенных перфекционистских требованиях к себе и социальным ожиданиям. Им свойственны *терпимость* и *ответственность* как основные компоненты отношения к соблюдению нравственных норм, которые находятся в положительной взаимосвязи с ориентацией «на людей» в индивидуальном лидерском стиле. В межличностном доверии они выступают как субъекты «*понимающие людей*».

Вариативные качества (II), определяющие психологические особенности личности с преобладанием индивидуального лидерского стиля «Авторитет – подчинение», относятся: актуальность потребности в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; преимущественно высокий уровень общего и ориентированного на других перфекционизма, взаимосвязанного с преобладанием в индивидуальном лидерском стиле ориентацией «на задачу»; избирательность, ситуативность в проявлении принципиальности; прогматизм и максимализм в проявлении доверия, который непосредственно связан с повышенными стандартами, предъявляемыми к другим (перфекционизм, ориентированный на других). Такая совокупность психологических маркеров обуславливает слабую психологическую гибкость, доминантность и сниженный ресурс формирующего влияния на процесс самореализации подчиненных клинических медицинских сестер.

Результаты проведенного анализа определяют целесообразность рассмотрения психологических ресурсов профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности.



Рисунок 3.14. Психологическая модель личности медицинской сестры – менеджера

### **3.3. Психологические маркеры профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения**

Как было определено в предыдущем разделе, для дальнейшего анализа целесообразно сформировать две подгруппы медицинских сестер, оказывающихся под организационным влиянием разных стилей управления: «Авторитет – сотрудничество» (102 чел.) и «Авторитет – подчинение» (114 чел.). Мы исходим из предположения, что такое направление анализа может дать основания для создания ресурсной модели личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. Предлагаемое определение искомой модели означает, что она демонстрирует субъектно-личностные ресурсы, обеспечивающие достижение личностью социальной адаптации и как следствие – профессионально-личностной самореализации. Понимание структуры и содержания психологических ресурсов может быть основанием определения траекторий личностно ориентированного подхода в управлении сестринским персоналом.

Для упрощения описания результатов вводим дополнительные краткие обозначения двух образованных выборок. Подгруппа медсестер, находящиеся под управлением менеджеров сестринского дела со стилем «*Авторитет – сотрудничество*», получает обозначение «**N<sub>102</sub>**». Медсестры, находящиеся под управлением менеджеров сестринского дела со стилем «*Авторитет – подчинение*», обозначены как группа «**N<sub>114</sub>**».

### **3.3.1 Ресурсная модель профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения**

#### *Особенности социальной адаптации медсестер различных групп.*

В группе  $N_{102}$  показатель социальной адаптации соответствует среднему уровню ( $M=10,9$ ;  $\sigma=9,52$ ). Из 102-х человек способностью к развитию и изменениям (высокий уровень адаптации) обладают 18 респондентов (17,7%). На уровнях «средний» и «выше среднего» находятся показатели у 20 испытуемых (19,6%). Остальные 64 медсестры (62,8%) имеют низкие показатели социальной адаптации. Характерной особенностью данной подвыборки является то, что из 52-х медсестер, имеющих средне-высокие показатели социальной адаптации ( $N_{52}$ ) 38 человек (73,1%) вошли в группу  $N_{102}$ . Именно их данные и составили здесь показатели по среднему, выше среднего и высокому уровням адаптации.

В состав группы  $N_{102}$  входят 28 медицинских сестер, руководимых старшей сестрой, которая единственная продемонстрировала стиль истинного сотрудничества: интересы персонала и внимание к делу у нее выражены оптимально (6 : 7). Несмотря на то, что данный респондент включен в группу стиля «Авторитет – сотрудничество», мы считаем целесообразным отдельно проанализировать субъектно-личностные особенности медицинских сестер этого отделения (обозначим эту группу  $N_{28}$ ). Так, достигнутая ими социальная адаптация находится на среднем уровне ( $M=11,6$ ). Причем 11 медсестер (39,3%) демонстрируют средне-высокие показатели и были включены нами на предыдущем этапе исследования в группу адаптированных медсестер ( $N_{52}$ ). Это значительно больше, чем в остальной части группы  $N_{102}$  (из остальных 74 чел. средне-высокие показатели адаптации имеют 7 человек, то есть 9,3%; при  $\varphi^*=3,27$   $p \leq 0,001$ ).

Медсестры группы  $N_{114}$  имеют выраженный низкий уровень социальной адаптации ( $M=5,04$ ;  $\sigma=2,77$ ). Высокий уровень не констатируется, а средний и выше среднего имеют 14 человек (12,3%); все они из числа медсестер группы  $N_{52}$ . Если сравнить доли (%) выраженности средних и низких показателей адаптации в обеих группах респондентов, видим, что уровни «средний» и «выше среднего» достоверно более представлены в выборке  $N_{102}$  ( $p \leq 0,07$  при  $\phi^*=1,47$ ), а низкий уровень – в выборке  $N_{114}$  ( $p \leq 0,001$  при  $\phi^*=4,37$ ).

Приведенные показатели служат подтверждением целесообразности выделения группы медсестер, работающих в условиях демократического стиля управления, для анализа психологических ресурсов социальной адаптации, профессионально-личностной самореализации.

*Своеобразие потребностной сферы* медсестер группы  $N_{102}$  определяется сочетанием двух потребностей, образующих «ядро» мотивационного комплекса субъектов сестринского дела (в четком структурировании работы; в ощущении востребованности и в интересной работе), со специфически выраженными потребностями в высокой заработной плате, адекватной объемам и сложности выполняемой работы, и в завоевании признания со стороны других людей. При этом желание иметь хорошие условия работы занимает только пятое место в иерархии потребностей.

В группе  $N_{28}$  аналогичный мотивационно-потребностный «профиль», однако при этом отмечаются различия в показателях выраженности отдельных потребностей (Таблица 3.26.). Так, потребности в социальных контактах, в завоевании признания, в ощущении востребованности и в интересной работе значительно более высоко выражены, чем в остальной части выборки ( $N_{74}$ ). Вместе с тем, потребность ставить для себя дерзновенные и сложные цели ( $n7$ ), не имеющая высокой выраженности в целом по группе  $N_{102}$ , еще менее свойственна медсестрам группы  $N_{28}$ .



Таблица 3.26. – Сравнение показателей выраженности потребностной сферы в подгруппах N<sub>28</sub> и N<sub>74</sub>

	n1	n2	n3	n4	n5	n6	n7	n8	n9	n10	n11	n12
N <sub>28</sub>												
M	41,3	36,4	41,1	24,5*	21,9	40,8**	21,1 <sup>~</sup>	10,2	22,5	23,5	32,0	47,4 <sup>~</sup>
σ	18,2	13,8	18,1	7,20	10,1	9,4	7,12	9,85	10,1	9,09	10,3	7,3
N <sub>74</sub>												
M	42,3	35,5	44,5	21,2*	22,2	36,1**	27,8 <sup>~</sup>	13,6	23,7	23,3	29,4	43,4 <sup>~</sup>
σ	16,7	11,4	19,3	6,1	9,64	10,8	10,9	8,15	9,34	8,92	10,2	12,6

*Примечания.*

Во всех сравнениях  $p < 0,05$  при: \*  $t=2,16$ ; \*\*  $t=2,16$ ; <sup>~</sup>  $t=1,96$ ; <sup>~</sup>  $t=1,98$ .

В столбцах обозначены потребности:

n1 - в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; n2 - в хороших условиях работы; n3 - в четком структурировании работы; n4 - в социальных контактах; n5 - формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения; n6 - в завоевании признания со стороны других людей; n7 - ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их; n8 - во влиятельности и власти; n9 - в разнообразии, переменах и стимуляции; n10 - быть креативным; n11 - в совершенствовании, росте и развитии как личности; n12 - в ощущении востребованности и в интересной работе.

В группе N<sub>114</sub> мотивационная направленность полностью соответствует «ядру» мотивационного комплекса субъектов сестринского дела, однако первое место по степени выраженности занимает потребность в высокой заработной плате.

Сравнение показывает, что основные различия между группами состоят в приоритете отдельных потребностей. Если потребность в завоевании признания со стороны других людей для медсестер группы N<sub>102</sub> занимает четвертое место по мотивирующему влиянию и находится в диапазоне высокого уровня выраженности, то эта же потребность в группе N<sub>114</sub> на пятом месте, а среднегрупповой показатель соответствует среднему уровню (Таблица 3.27).

Для сестер, находящихся под организационным влиянием авторитарного лидерского стиля, первостепенное значение имеет удовлетворение потребностей в заработной плате, в хороших условиях работы и ее четком структурировании. В группе N<sub>102</sub> достоверно более выражена потребность в саморазвитии, сформулированная Ричи и Мартином как «*потребность*

ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их» ( $p < 0,05$  при  $t = 2,44$ ).

Таблица 3.27. – Сравнение показателей выраженности потребностей в группах  $N_{102}$  и  $N_{114}$

	<i>n1</i>	<i>n2</i>	<i>n3</i>	<i>n4</i>	<i>n5</i>	<i>n6</i>	<i>n7</i>	<i>n8</i>	<i>n9</i>	<i>n10</i>	<i>n11</i>	<i>n12</i>
$N_{102}$												
М	42,3	36,1	43,5	22,1	22,0	<b>39,0<sup>✓</sup></b>	<b>26,3*</b>	13,1	23,7	23,5	29,9	43,6
$\sigma$	17,05	12,05	19,07	10,50	9,29	10,80	10,72	8,67	9,49	8,86	10,35	13,34
ранг	<b>III</b>		<b>II</b>			<b>IV</b>						<b>I</b>
$N_{114}$												
М	44,2	39,7	42,0	22,1	25,4	<b>36,0<sup>✓</sup></b>	<b>22,9*</b>	12,6	22,5	21,7	27,3	43,7
$\sigma$	19,85	13,28	16,53	10,65	11,33	11,45	9,71	9,30	10,57	11,06	9,26	15,13
ранг	<b>I</b>	<b>IV</b>	<b>III</b>									<b>II</b>

*Примечания.*

\* –  $p < 0,05$  при  $t = 2,44$ ; <sup>✓</sup> –  $p < 0,05$  при  $t = 1,98$ .

В столбах обозначены потребности:

*p1* - в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; *p2* - в хороших условиях работы; *p3* - в четком структурировании работы; *p4* - в социальных контактах; *p5* - формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения; *p6* - в завоевании признания со стороны других людей; *p7* - ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их; *p8* - во влиятельности и власти; *p9* - в разнообразии, переменах и стимуляции; *p10* - быть креативным; *p11* - в совершенствовании, росте и развитии как личности; *p12* - в ощущении востребованности и в интересной работе.

Равно выражена и оказывает существенное мотивирующее воздействие на медицинских сестер обеих групп потребность в ощущении востребованности.

Показатели *перфекционизма* в обеих группах не различаются. Общий перфекционизм, как и конструирующие его компоненты, выражен одинаково, и в целом соответствует данным, полученным по совокупной выборке клинических медсестер. Однако обращает на себя внимание особенность перфекционизма в среде медсестер группы  $N_{52}$ , которая разделилась на две подгруппы: 38 человек вошли в группу  $N_{102}$ , а 14 – в группу  $N_{114}$ . Общий показатель перфекционизма в этих подгруппах существенно различается. У адаптированных медсестер, работающих под руководством менеджеров стиля, ориентированного на сотрудничество (38 человек), общий показатель перфекционизма и показатель социально

предписываемого перфекционизма достоверно ниже, чем в группе N<sub>114</sub>. В группе N<sub>28</sub> достоверно менее, чем у остальных медсестер (74 чел.), работающих под руководством демократически ориентированных менеджеров, выражен перфекционизм, ориентированный на себя (при  $t=2,38$   $p<0,05$ ).

Для медицинских сестер, входящих в клинические отделения, где сестринским процессом руководят старшие сестры, опирающиеся на стиль «Авторитет – сотрудничество», характерен более высокий уровень *демонстрируемой лояльности* ( $p<0,05$  при  $t=2,14$ ), которая находится в отрицательной взаимосвязи с позитивными статусами профессиональной идентичности ( $r=-0,243$ ;  $p<0,05$ ). Еще более выражен этот показатель в группе N<sub>28</sub>:  $r=-0,404$ ;  $p<0,05$ . Здесь важно отметить, что корреляционные отношения лояльности и профессиональной идентичности в группе N<sub>114</sub> имеют положительный вид ( $r=0,200$ ). Установленное своеобразие показывает, что демократический стиль управления группой позволяет медицинским сестрам быть достаточно лояльными по отношению к лечебному учреждению. С другой стороны, преданность профессии, гиперидентичность обуславливают критичное отношение медсестринского персонала к системе управления, сложившейся в организации. Возможно, оно мотивировано желанием достигнуть более совершенных успехов, а главное – возможностью высказать свои размышления и быть услышанными. Авторитарный стиль управления позитивно реагирует на проявления высокой лояльности и гиперидентичности. Медицинские сестры понимают, что такая субъектная позиция одобряема и не выражают критической точки зрения на систему управления и организации сестринского процесса.

Межличностное *доверие* в среде медсестер группы N<sub>102</sub> формируется на основе трех компонентов, являющихся сущностными характеристиками феномена межличностного доверия: *надежность*; *предсказуемость*; *единство*. *Приязнь*, занимает четвертую позицию и, что отмечается, равно

выражена с компонентом «расчет» (Таблица 3.28.). Такая структура феномена доверия в группе N<sub>102</sub> идентична той, которая установлена нами при анализе межличностного доверия у сестер, обладающих средне-высокими показателями социальной адаптации (N<sub>52</sub>; см. раздел 3.1.2.). Мы отмечаем, что включение в «триаду» факторов доверия медсестер двух ключевых его компонентов – *надежности* и *единства*, означает, что их субъектная репрезентация основывается на личностной значимости доверительного отношения к тем, кто разделяет жизненную, профессиональную позицию (*тождественность, единство*), а также на готовности оказать поддержку партнеру по взаимодействию с ожиданием от него взаимности (*надежность*). Характерными свойствами личности, опирающейся в доверии к другим на фактор тождественности, как отмечает А.Б. Купрейченко, являются эмоциональная устойчивость, высокая нормативность поведения, высокая самооценка, социальная смелость и высокий самоконтроль [90, с. 85].

Вместе с тем, анализируя специфику феномена доверия в группе N<sub>28</sub>, отмечаем, что триаду факторов, на которые они опираются, составляют истинные компоненты доверия: надежность; предсказуемость и единство, которые дополняются также компонентом «*приятель*», в равной мере выраженный с *предсказуемостью* (Таблица 3.28.).

Таблица 3.28. – Сравнение основных показателей субъектно-личностных качеств, исследованных в группах клинических медсестер (M±σ)

	измеряемые качества	стиль «Авторитет – сотрудничество»		стиль «Авторитет – подчинение»
		N <sub>102</sub>	в т.ч. N <sub>28</sub>	N <sub>114</sub>
1	социальная адаптация	10,9±9,52 <sup>1</sup>	11,6±8,33 <sup>9</sup>	5,04±2,77 <sup>1; 9</sup>
<i>мотивация (потребности):</i>				
2	в высокой заработной плате и материальном вознаграждении	42,4±17,1	41,3±18,22	44,2±19,85
3	в хороших условиях работы	36,1±12,1 <sup>2</sup>	36,4±13,77	39,7±13,28 <sup>2</sup>
4	в четком структурировании работы	43,5±19,1	41,1±18,11	42,0±16,53
5	в социальных контактах	22,1±10,5	24,5±7,30	22,1±10,65
6	формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения	22,0±9,29 <sup>3</sup>	21,9±10,07	25,4±11,33 <sup>3</sup>

7	в завоевании признания со стороны других людей	39,0±9,92 <sup>4</sup>	40,8±9,41 <sup>10</sup>	36,0±9,56 <sup>9; 10</sup>
8	ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их	26,3±10,7 <sup>5</sup>	21,1±7,12	22,9±9,71 <sup>5</sup>
9	во влиятельности и власти	13,1±8,67	10,2±9,85	12,6±9,30
10	в разнообразии, переменах и стимуляции	21,8±9,49	22,5±10,15	22,5±10,57
11	быть креативным	23,5±8,86	23,5±9,09	21,7±11,06
12	в совершенствовании, росте и развитии как личности	29,9±10,4	32,0±10,30	27,3±9,26
13	в ощущении востребованности и в интересной работе	43,6±13,3	47,4±7,28	43,7±15,13
<i>доверие</i>				
14	Надежность	22,3±2,39 <sup>6</sup>	23,4±1,99 <sup>11</sup>	21,5±3,49 <sup>6; 11</sup>
15	Предсказуемость	21,5±2,73 <sup>7</sup>	22,3±2,36 <sup>12</sup>	19,5±3,08 <sup>7; 12</sup>
16	Единство	20,3±3,2	22,5±2,70	20,2±3,22
17	Приязнь	19,9±3,86 <sup>8</sup>	22,3±2,48	21,3±3,22 <sup>8</sup>
18	Расчет	19,9±2,70	21,0±2,57	20,1±2,72
<i>демонстрируемая лояльность</i>				
19	общий показатель лояльности	156±24,0	173,0±25,8 <sup>14</sup>	152,3±10,34 <sup>14</sup>
20	нелояльное поведение	16,4±5,25	16,5±6,71	16,7±5,09
	доверительные отношения	34,6±4,26	34,4±5,45	33,8±4,33
<i>профессиональная идентичность</i>				
21		5,02±3,11	5,1±2,35	4,8±2,9
<i>перфекционизм</i>				
22	общий показатель	194,0±22,3	190,0±21,19	194,1±25,8
23	ориентированный на себя	78,5±10,3	77,2±1,72	78,9±12,0
24	ориентированный на других	56,6±10,6	55,2±1,37 <sup>15</sup>	57,3±12,63 <sup>15</sup>
25	социально предписываемый	57,1±9,33	55,6±1,20 <sup>16</sup>	57,2±9,42 <sup>16</sup>

*Примечания.*

- <sup>1</sup>- p< 0,01 при t=4,59      <sup>5</sup>- p<0,05 при t=2,44      <sup>9</sup>- p<0,001 при t=4,10      <sup>13</sup>- p<0,001 при t=3,9  
<sup>2</sup>- p< 0,05 при t=2,12      <sup>6</sup>- p<0,05 при t=1,92      <sup>10</sup>- p<0,05 при t=0,05      <sup>14</sup>- p<0,001 при t=3,9  
<sup>3</sup>- p< 0,05 при t=2,43      <sup>7</sup>- p<0,001 при t=5,12      <sup>11</sup>-p<0,001 при t=3,76      <sup>15</sup>- p<0,05 при t=2,18  
<sup>4</sup>- p< 0,05 при t=2,44      <sup>8</sup>- p<0,05 при t=2,77      <sup>12</sup>-p<0,001 при t=5,38      <sup>16</sup>- p<0,05 при t=1,98

Отмечается невысокий средний показатель дельты ( $\Delta$ ) по названным шкалам (6,8). Все вместе дает основание охарактеризовать доверие в группе N<sub>102</sub> типом «*понимающий людей*» с присущими ему качествами (высокий уровень субъективного контроля, высокий уровень терпимости к людям [90, с. 84]).

В группе N<sub>114</sub> доверие формируется под влиянием факторов «*надежность*», «*единство*» «*приязнь*», при этом средний показатель дельты ( $\Delta$ ) по этим компонентам составляет 11,8 баллов. Четвертый компонент – *расчет*, предполагающий внутренний настрой медсестер на получение

объективной информации о каждом сотруднике, наличие возможности контролировать ситуацию. Такое сочетание дает основание определить доверие медсестер этой группы качествами типа «*рационально доверяющий максималист*».

Установленная своеобразная конгруэнтность типов межличностного доверия старших и клинических медсестер в группах показывает, что на его формирование решающее влияние оказывает личность руководителя. Это явление подтверждает предположение о существовании внешних психологических потоков влияния личности старшей медицинской сестры на субъектно-личностные качества подчиненного ей сестринского персонала.

Совокупные данные и их дифференцированный анализ позволяют утверждать, что основой для понимания движущих сил профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения может послужить *ресурсная модель личности* – эмпирический конструкт, раскрывающий психологические предикторы социальной адаптации личности в пространстве ее профессиональной бытийности.

Методом иерархического кластерного анализа, в который включены пятнадцать переменных по выборке  $N_{102}$ , выявлены два кластера, объединяющих в различном сочетании выделенные психологические качества (рисунок 3.15.).

Первый кластер – наиболее крупный. В нем объединены индивидуальные особенности 82,4% респондентов (84 чел.). Личностные особенности этих медицинских сестер определяются сочетанием средне выраженной социальной адаптации с комплексом потребностей, образующих мотивацию социального признания, умеренным проявлением демонстрируемой лояльности и доверительных отношений, и спецификой выраженности перфекционистских тенденций.

Во второй кластер вошли данные по 18-ти респондентам. В нем тесно связаны факторы межличностного доверия, имеющие, как было показано при анализе этого маркера субъектной репрезентации медсестер, разную степень выраженности.

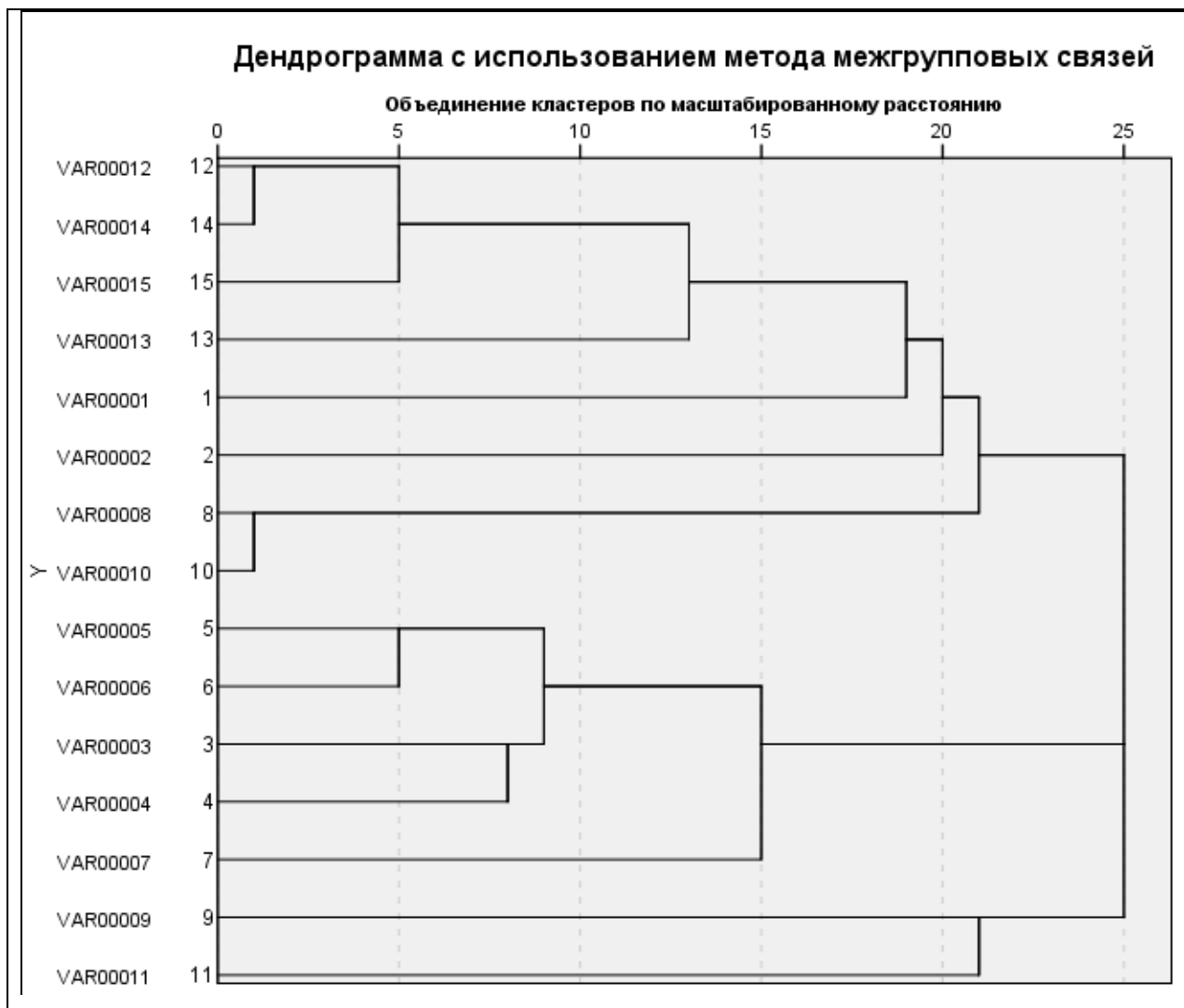


Рисунок 3.15. Результаты кластерного анализа по группе N<sub>102</sub>.

Примечание: по вертикали перечислены переменные:

1 – МСПП*	6 – приязнь в межличностном доверии	11 – профессиональная идентичность
2 – социальная адаптация	7 – расчет в межличностном доверии	12 – общий показатель перфекционизма
3 – надежность в межличностном доверии	8 – общий уровень лояльности	13 – перфекционизм, ориентированный на себя
4 – предсказуемость в межличностном доверии	9 – нелояльное поведение	14 – перфекционизм, ориентированный на других
5 – единство в межличностном доверии	10 – доверительные отношения	15 – социально предписываемый перфекционизм

\* переменная «МСПП» (мотивация социально-профессионального признания) определялась как среднее значение по совокупности потребностей, составляющих данное образование.

Малочисленность наблюдений во втором кластере не дают основания рассматривать психологические переменные, включенные в него, в качестве маркеров значимых ресурсов достижения социальной адаптации медицинскими сестрами.

Таким образом, психологическим «индикатором» профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения является средне-высокий уровень социальной адаптации. Он связан с психологическими конструктами трех видов: мотивацией социального признания; перфекционизмом; умеренно выраженной организационной лояльностью (рисунок 3.16.).

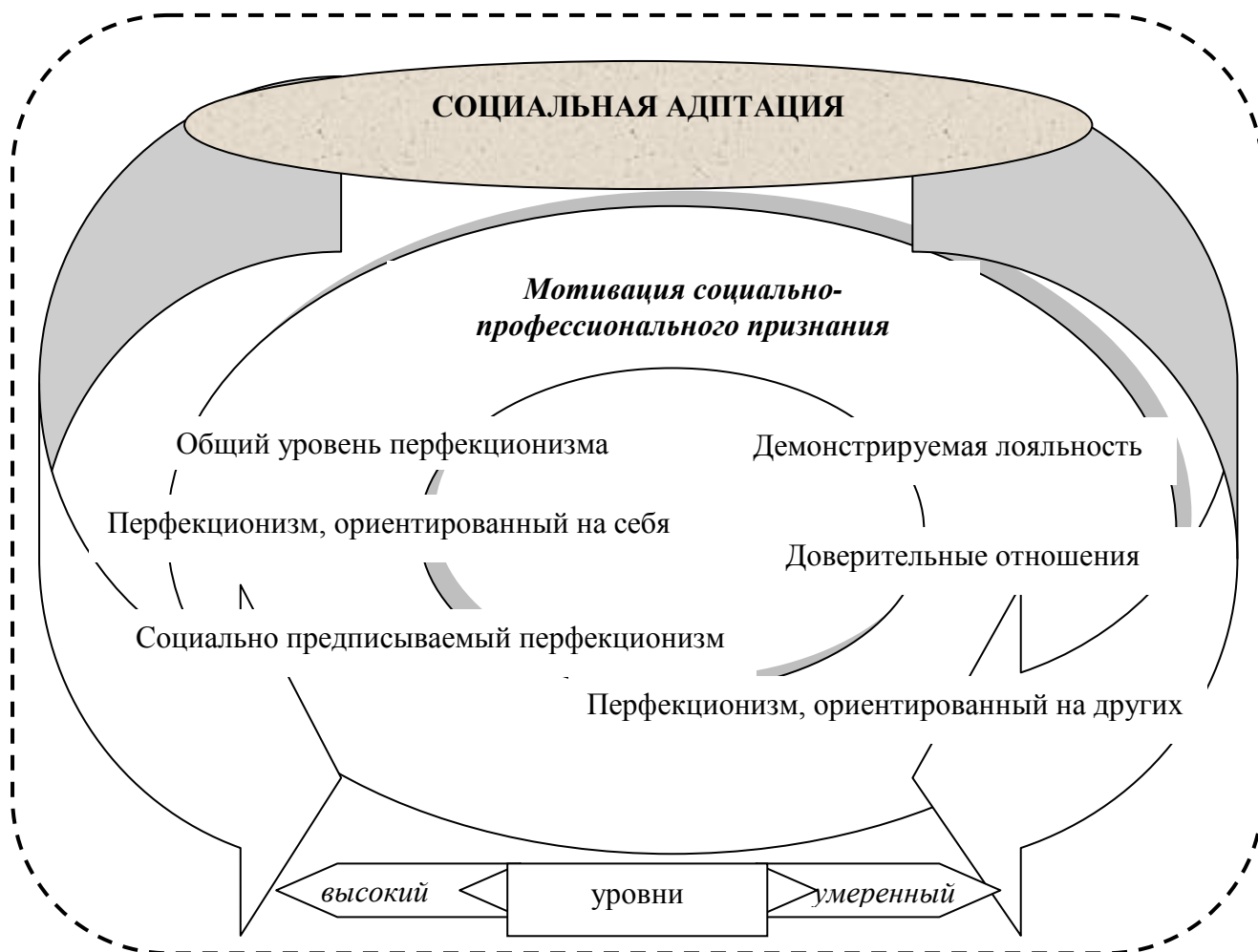


Рисунок 3.16. Основные компоненты ресурсной модели профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения



### **3.3.2 Движущие силы профессионально-личностной самореализации клинической медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения**

Сравнение компонентов ресурсной и факторной (базовой) моделей личности клинической медицинской сестры показывает, что неизменным по высокой выраженности детерминирующего влияния на личность является мотивационный комплекс, определяемый нами как «мотивация социально-профессионального признания» (рисунок 3.17.). Наряду с этим самореализация медицинских сестер многопрофильного лечебного учреждения предполагает сформированность повышенного перфекционизма. Однако в парциальных его проявлениях отмечается, что у медицинских сестер, руководимых демократическими методами управления, акцентируется социально предписываемый и ориентированный на себя перфекционизм. Перфекционизм, ориентированный на других, выражен на среднем уровне, что и отражено в ресурсной модели.

*Основные направления личностно ориентированного обеспечения профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения.*

Личностно-ориентированное обеспечение профессионально-личностной самореализации имеет целью достижение медицинскими сестрами социальной адаптации, выполняющей роль специфического «маркера» самореализации. Достижение данной цели обеспечивается «внешними» и «внутренними» ресурсами. Внешние – это ресурсы социального контекста, отражаемые в особенностях пространства профессиональной бытийности. Внутренние ресурсы – субъектно-личностные качества, детерминирующие процесс профессионально-личностной самореализации.

Композиция внешних ресурсов состоит в формировании условий организационной среды лечебного учреждения. Этот процесс предполагает:

- формирование у медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности индивидуального лидерского стиля, ориентированного на сотрудничество;
- формирование межличностного доверия, основанного на истинных его компонентах (надежность; предсказуемость; единство), с учетом специфической значимости компонента эмоциональной связи («приязнь»);
- включение в организационную культуру этики доверительных отношений и умеренно, рационально выраженной лояльности;
- использование ресурса материального вознаграждения за трудовые достижения;
- активизация комплекса профессиональных потребностей (в стабильных отношениях; в завоевании признания со стороны других людей; в социальных контактах).

Активизация внутренних ресурсов, детерминирующих процесс профессионально-личностной самореализации, обеспечивается приоритетом индивидуального лидерского стиля, ориентированного на сотрудничество, с одной стороны, и достижением социально-психологической адаптации личности – с другой. Психологическое воздействие должно быть направлено на формирование у медицинских сестер следующей совокупности субъектно-личностных качеств:

- устойчивости приоритета мотивационного комплекса социально-профессионального признания;
- потребности, в саморазвитии и самосовершенствовании;
- сниженного уровня перфекционизма, ориентированного на других, при умеренно выраженном общем перфекционизме, перфекционизме, ориентированном на себя и социально предписываемом перфекционизме;
- позитивной профессиональной идентичности

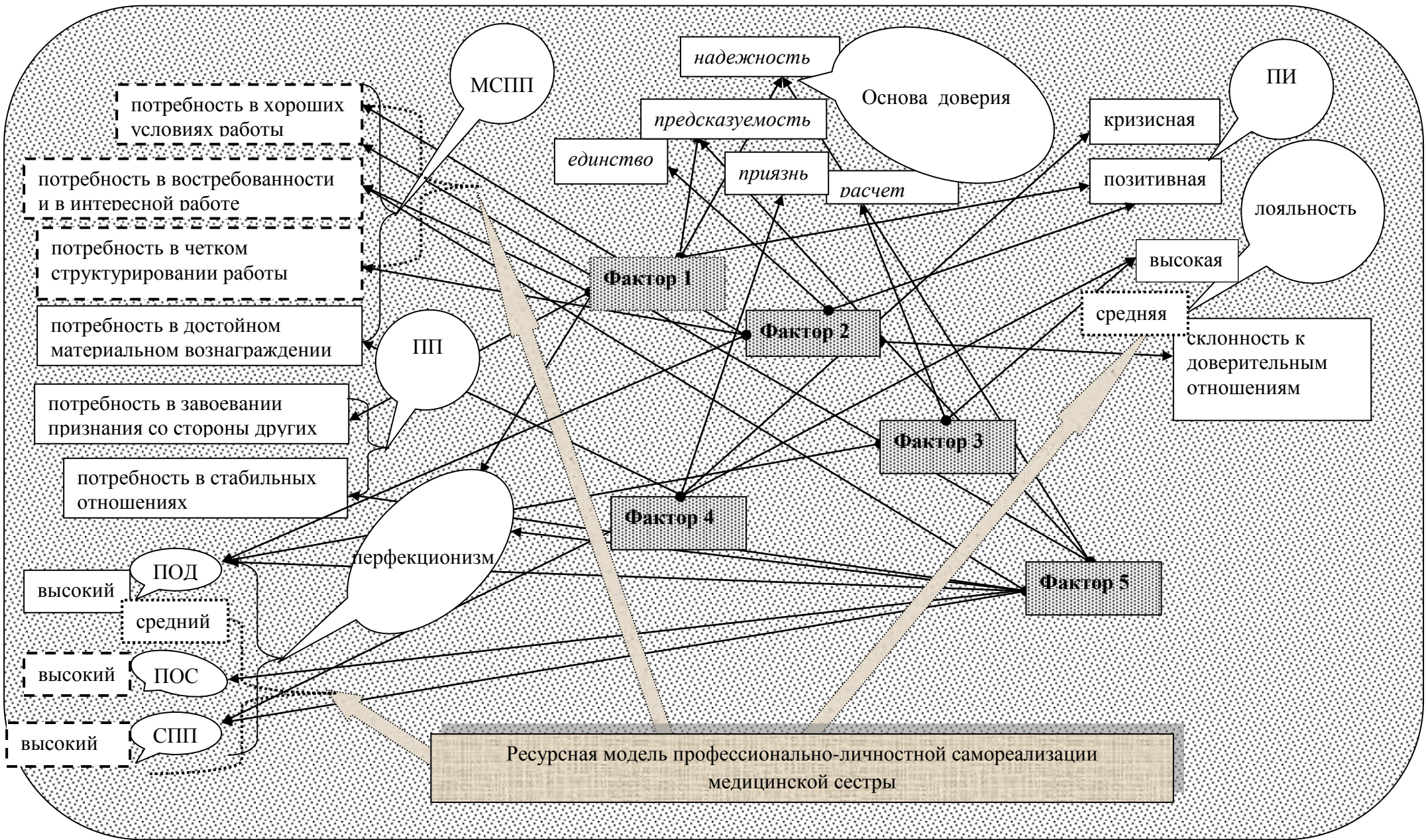


Рисунок 3.17. Взаимосвязи, определяющие психологические ресурсы профессионально-личностной самореализации клинической медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения

*Примечания:*

МПСС – комплекс потребностей, образующих мотивацию социально-профессионального признания;

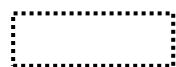
ПП – комплекс профессиональных потребностей;

ПОД – перфекционизм, ориентированный на себя;

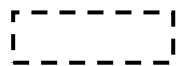
ПОС – перфекционизм, ориентированный на других;

СПП – социально предписываемый перфекционизм;

ПИ – профессиональная идентичность



– выделены переменные, не вошедшие в факторные связи, но включенные в ресурсную модель



– выделены переменные, вошедшие в базовую (факторную) и ресурсную модели

### **3.3.3 Движущие силы профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности**

Поскольку условием организационного обеспечения самореализации клинической медицинской сестры является развитие у менеджеров сестринского дела лидерского стиля «Авторитет – сотрудничество», важным аспектом выступает поиск движущих сил личностного роста медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности. Здесь можно выделить два направления поиска. Первое – это обоснование траекторий самореализации старших медицинских сестер, выразивших предпочтение индивидуального лидерского стиля «Авторитет – подчинение». Эталонным маркером для этого служат вариативные качества первого вида – психологические маркеры профессионально-личностной самореализации медицинских сестер, обладающих индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество». Этот эпизод анализа обозначим: *«Движущие силы и психологические ресурсы профессионально-личностной самореализации действующих старших медицинских сестер»*

Второе направление – это установление личностно-психологических основ работы с кадровым резервом менеджеров сестринского дела. Выявленный у 52-х клинических медицинских сестер средне-высокий уровень социально-психологической адаптации обусловил возможность и целесообразность анализа своеобразия выраженности в данной группе испытуемых специфических качеств личности, характерных для медицинских сестер группы «Авторитет – сотрудничество». Анализ этого направления поиска построен на сравнении выраженности исследуемых переменных в выборках:

- 52 человека – клинические медсестры, обладающие средними и высокими показателями социальной адаптации (N<sub>52</sub>);
- 7 человек – старшие медсестры, обладающие индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество» (N<sub>7</sub>).

Этот эпизод анализа обозначим: *«Движущие силы и психологические ресурсы профессионально-личностной самореализации клинических медицинских сестер кадрового резерва».*

*Движущие силы и психологические ресурсы профессионально-личностной самореализации действующих старших медицинских сестер.*

Сравнение выраженности вариативных качеств, образующих модель личности медицинской сестры-менеджера в многопрофильном лечебном учреждении, было проведено на данном этапе исследования путем перевода всех полученных диагностических данных в относительный показатель в виде процента от максимального балла, предусмотренного примененной методикой. В результате были получены следующие маркеры (рисунок 3.17.).

Выделены пять основных зон расхождения показателей выраженности психологических свойств (в % от макс.), характеризующих личность медицинских сестер-менеджеров с разным индивидуальным стилем управления. По конфигурации кривых на графиках видим, что все зоны объединены общей особенностью: составившие их пары сравниваемых показателей характеризуются более высокой выраженностью в группе авторитарных старших медицинских сестер. В первой зоне маркируется различие в значимости потребности в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; во второй – более высокий общий показатель перфекционизма; в третьей – показатель перфекционизма, ориентированного на других; в четвертой – нравственная черта принципиальности, которая, как было установлено, имеет ситуативную изменчивость у менеджеров стиля «Авторитет – подчинение». В пятой зоне выделен критерий предсказуемости в основах межличностного доверия. Его более высокая выраженность в группе N<sub>13</sub>, как было отмечено в процессе анализа эмпирических данных, непосредственно связана с высоким перфекционизмом, ориентированным на других.

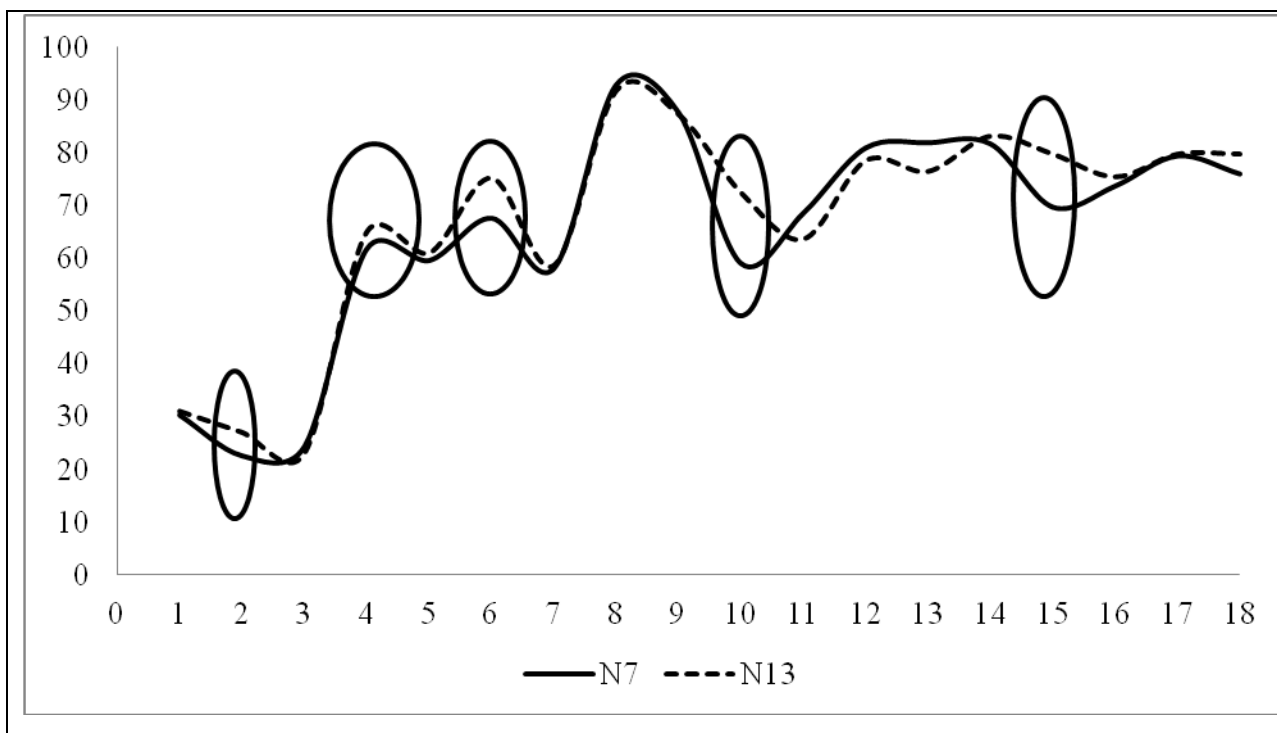


Рисунок 3.17. Основные «точки» расхождения показателей выраженности психологических свойств (в % от макс.), характеризующих личность медицинских сестер-менеджеров с разным индивидуальным стилем управления.

*Примечание:* на шкале «Х» под номерами 1 – 18 внесены данные по следующим переменным:

- |                                      |  |  |
|--------------------------------------|--|--|
| 1. МСПП                              | 2. потребность в высокой з/плате и материальном вознаграждении | 3. потребность в социальных контактах    |
| 4. общий показатель перфекционизма   | 5. перфекционизм, ориентированный на себя                      | 6. перфекционизм, ориентированный на др. |
| 7. Соц. предписываемый перфекционизм | 8. Карьерные отношения   | 9. терпимость                            |
| 10. принципиальность                 | 11. справедливость   | 12. правдивость                          |
| 13. ответственность                  | 14. надежность   | 15. предсказуемость                      |
| 16. единство                         | 17. приязнь  | 18. расчет                               |

Таким образом, определены направления личностно-ориентированной работы с действующими менеджерами сестринского дела. Основу психологических ресурсов самореализации личности составляют комплекс потребностей, объединенных в мотивации социально-профессионального признания, осознанный выбор карьерных устремлений, средне-высокие показатели социальной адаптации личности. Эти ресурсы являются необходимыми в достаточными для снижения у медицинских сестер, обладающих индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – подчинение»,

напряженности тех психологических качеств, которые непосредственно взаимосвязаны с устойчивостью авторитарных устремлений:

- преобладание в индивидуальном лидерском стиле ориентацией «на задачу»;
- актуальность потребности в высокой заработной плате и материальном вознаграждении;
- преимущественно высокий уровень общего и ориентированного на других перфекционизма;
- избирательность, ситуативность в проявлении принципиальности;
- прогматизм и максимализм в проявлении доверия;
- слабая психологическая гибкость, доминантность, и сниженный ресурс формирующего влияния на процесс самореализации подчиненных клинических медицинских сестер.

*Движущие силы и психологические ресурсы профессионально-личностной самореализации клинических медицинских сестер кадрового резерва*

Карьерные отношения медицинских сестер в группе N<sub>52</sub> отражают выраженное позитивное отношение к выбранной профессии (M=5,8±1,81), к профессиональной карьере (M=5,7± 1,84) и к профессиональному будущему (M=6,3±1,33). Все показатели, как и суммарный индекс значительно ниже, чем у старших медицинских сестер, ориентированных в индивидуальном лидерском стиле на «Авторитет – сотрудничество» (Таблица 3.29.). Однако в целом суммарный индекс может рассматриваться как высоко выраженные карьерные ожидания, поскольку оценка 17,8 баллов составляет 74,2% от максимально возможного.

Сравнение мотивационных «профилей» подгрупп N<sub>7</sub> и N<sub>52</sub> показывает, что образующую роль в мотивационном комплексе обеих групп составляют потребности в четком структурировании работы и в ощущении профессиональной востребованности. Различия относятся к личностной



значимости потребности в достойном материальном вознаграждении, желании иметь работу с хорошим набором льгот и надбавок, а также потребности в совершенствовании, росте и развитии как личности. Третье место, которое занимает по значимости первая из названных потребностей в группе N<sub>52</sub>, идентично ее месту в совокупной выборке.

Таблица 3.29. – Сравнение выраженности карьерных отношений в группах адаптированных клинических медсестер (N<sub>52</sub>) и медсестер-менеджеров индивидуального лидерского стиля «Авторитет – сотрудничество»

Группы сравнения	Отношение:			В целом
	к выбранной профессии	к профессиональной карьере	к профессиональному будущему	
«авторитет-сотрудничество»	<b>7,4±0,78*</b>	<b>7,1±0,37**</b>	<b>7,7±0,48***</b>	<b>22,3±0,76<sup>v</sup></b>
N <sub>52</sub>	5,8±1,81	5,7±1,84	6,3±1,32	17,8±3,82

➤ *Примечание:*

- \* – p<0,001 при t=4,26;
- \*\* – p<0,001 при t=5,03;
- \*\*\* – p<0,001 при t=5,32
- <sup>v</sup> – p<0,001 при t=7,51

Второе место по личностной значимости потребности в самосовершенствовании в «профиле» старших медсестер подчеркивает его специфичность и маркирует личностный ресурс самореализации субъектов сестринского менеджмента (рисунок 3.18.). Однако ранее (раздел 3.1.) было отмечено, что данный вид потребности в группе адаптированных клинических медсестер достоверно выше, чем в остальной части выборки, и находится на среднем уровне выраженности. Следовательно, повышение ее значимости и мотивирующего влияния следует рассматривать в качестве объект развивающего воздействия, наряду со снижением напряженности потребности в высокой заработной плате и материальном вознаграждении.

Анализ выраженности перфекционизма показал, что общий перфекционизм в группах N<sub>7</sub> и N<sub>52</sub> находится в диапазоне средних значений, причем различий в долях выраженности средних и высоких показателей не

установлено. Более детальный анализ парциальных структурных компонентов обнаружил некоторые особенности (Таблица 3.30.).

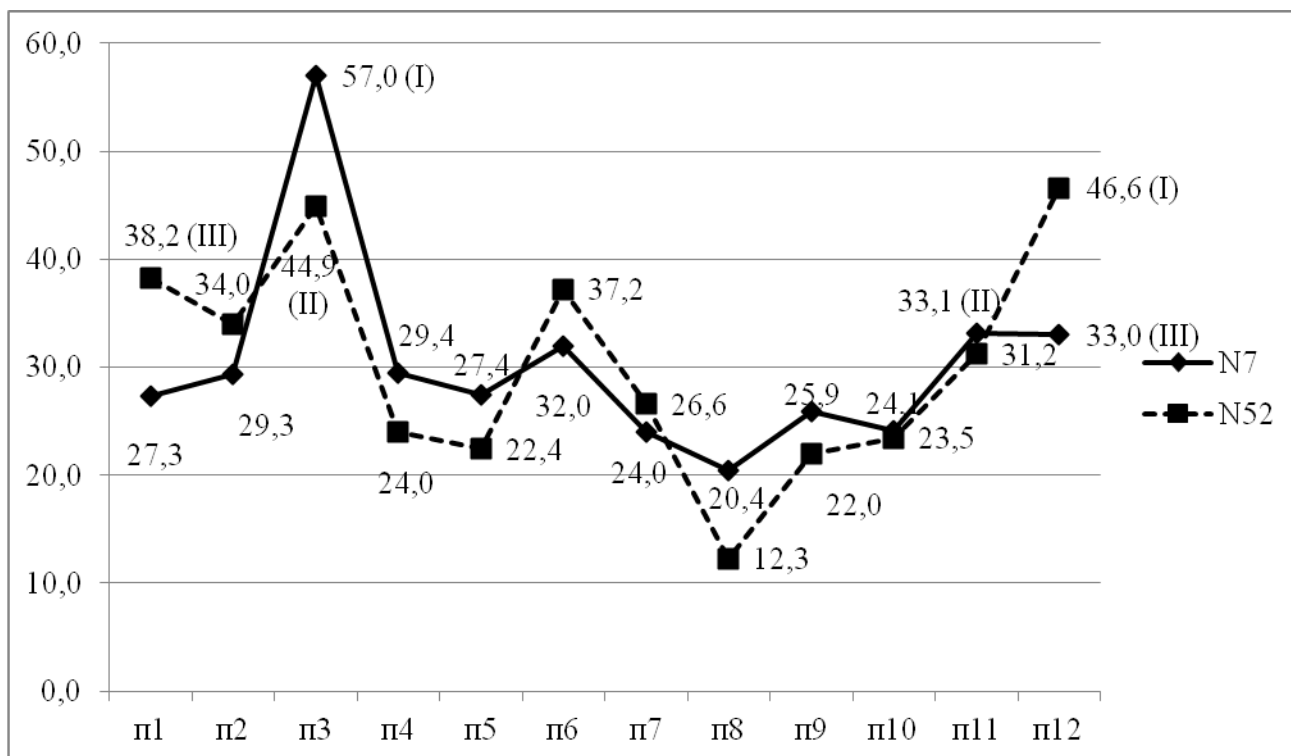


Рисунок 3.18. Сравнение мотивационных «профилей» групп N<sub>7</sub> и N<sub>52</sub>

*Примечание.*

На шкале «X» обозначены потребности:

п1 - в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; п2 - в хороших условиях работы; п3 - в четком структурировании работы; п4 - в социальных контактах; п5 - формировать и поддерживать долгосрочные стабильные взаимоотношения; п6 - в завоевании признания со стороны других людей; п7 - ставить для себя дерзновенные сложные цели и достигать их; п8 - во влиятельности и власти; п9 - в разнообразии, переменах и стимуляции; п10 - быть креативным; п11 - в совершенствовании, росте и развитии как личности; п12 - в ощущении востребованности и в интересной работе.

Во-первых, видим, что, несмотря на высокие показатели в обоих измерениях, у клинических медсестер перфекционизм, ориентированный на себя более выражен (при  $t=4,64$   $p<0,001$ ). Завышенные требования к себе, свойственные для клинических медсестер в целом, остаются таковыми и у адаптированных сестер, в чем, очевидно, также наблюдается влияние социально-профессионального контекста на личность и ее субъектные характеристики.

Вторая группа особенностей относится к более выраженным в группе N<sub>7</sub> показателям перфекционизма, ориентированного на других, и социально

предписываемого перфекционизма. По шкале «ПОД» среднегрупповые значения находятся в диапазоне показателей высокого уровня и близки к максимальному (диапазон высоких значений по данной шкале 60-72 баллов; N<sub>7</sub>: M=71,0 балл). У медицинских сестер этот показатель соответствует средним значениям (диапазон 47 – 59 баллов; N<sub>52</sub>: M=51,9) и достоверно ниже, чем у старших медсестер (при t=5,28 p<0,001).

Таблица 3.30. – Сравнительные данные выраженности перфекционистских тенденций в группах N<sub>52</sub> и N<sub>7</sub>

группы	M±σ	низкий уровень		средний уровень		высокий уровень	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
шкала ОПП (общий показатель перфекционизма)							
N <sub>52</sub>	192,0±29,6	7	13,5	27	51,9	18	34,6
N <sub>7</sub>	194,6±11,3	-	-	4	57,2	3	48,8
шкала ПОС (перфекционизм, ориентированный на себя)							
N <sub>52</sub>	<b>79,8±10,8*</b>	-	-	-	-	52	100,0
N <sub>7</sub>	62,6±8,96	-	-	-	-	7	100,0
шкала ПОД (перфекционизм, ориентированный на других)							
N <sub>52</sub>	51,9±12,6	11	21,2	17	32,7	24	46,2
N <sub>7</sub>	<b>71,0±8,39**</b>	-	-	1	14,3	6	85,7
шкала СПП (социально предписываемый перфекционизм)							
N <sub>52</sub>	55,0±9,6	23	44,2	15	28,8	14	26,9
N <sub>7</sub>	<b>61,0±6,24***</b>	-	-	4	57,1	3	42,9

*Примечание:*

\* - p<0,001 при t=4,64; \*\* - p<0,001 при t=5,28; \*\*\* - p<0,05 при t=2,22.

По шкале «СПП», несмотря на то, что показатели по обеим группам соответствуют диапазону средних значений (55 – 63 баллов), констатируется более высоко выраженная ориентация на социальные требования к личности у медицинских сестер-менеджеров (при t= 2,22 p<0,05).

Установленные особенности позволяют определить для клинических медсестер, включаемых в кадровый резерв многопрофильного лечебного учреждения, задачу снижения формирования перфекционистских установок в композиции, характерной для успешной медицинской сестры как субъекта менеджерской деятельности.

Для межличностного доверия медицинских сестер, достигших социально-психологической адаптации, характерно преобладание типа «Понимающий людей», что идентично типу доверия, свойственному для

медицинских сестер – обладателей индивидуального лидерского стиля, ориентированного на сотрудничество, сочетающееся с высокой ответственностью за дело. Люди с данным типом доверия опираются на компонент *надежности*, но, в отличие от «максималистов» (тип, преобладающий в целом по выборке медсестер), к другим относятся позитивно. При высокой требовательности к надежности сотрудника, коллеги, они, тем не менее, склонны прощать ошибки и в дальнейшем не лишают человека доверия.

Проведенный анализ показывает, что профиль личностных качеств клинических медицинских сестер, обладающих ресурсом повышенной социальной адаптации, идентичен профилю медицинских сестер-менеджеров с индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество» (рисунок 3.19.). Это подтверждает сделанное нами на первом этапе исследования предположение о возможности и целесообразности фокусирования в кадровой работе многопрофильного лечебного учреждения на этот сестринский сегмент как на кадровый резерв. Вместе с тем, сравнительный анализ дает основание определить траектории их последовательной профессионально-личностной самореализации. Основой этого процесса являются мотивация социально-профессионального признания, высокий уровень профессиональной мотивации в виде карьерных отношений, средне-высокие показатели социальной адаптации. Направления развивающей работы определяются пятью выделенными зонами, в которые вошли те психологические качества, на развитие и приведение которых в соответствие с «профилем» успешных медицинских сестер – менеджеров целесообразно направлять эту работу.

В **первой** зоне определяются потребности, имеющие разную степень актуальности для медицинских сестер этой группы. Это: значительно более выраженная потребность в высокой заработной плате и сниженная потребность в совершенствовании, росте и развитии как личности. Приведение этих потребностей в состояние оптимальной актуальности

является направлением не только субъектного уровня самореализации, но важной организационно-психологической задачей лечебного учреждения.

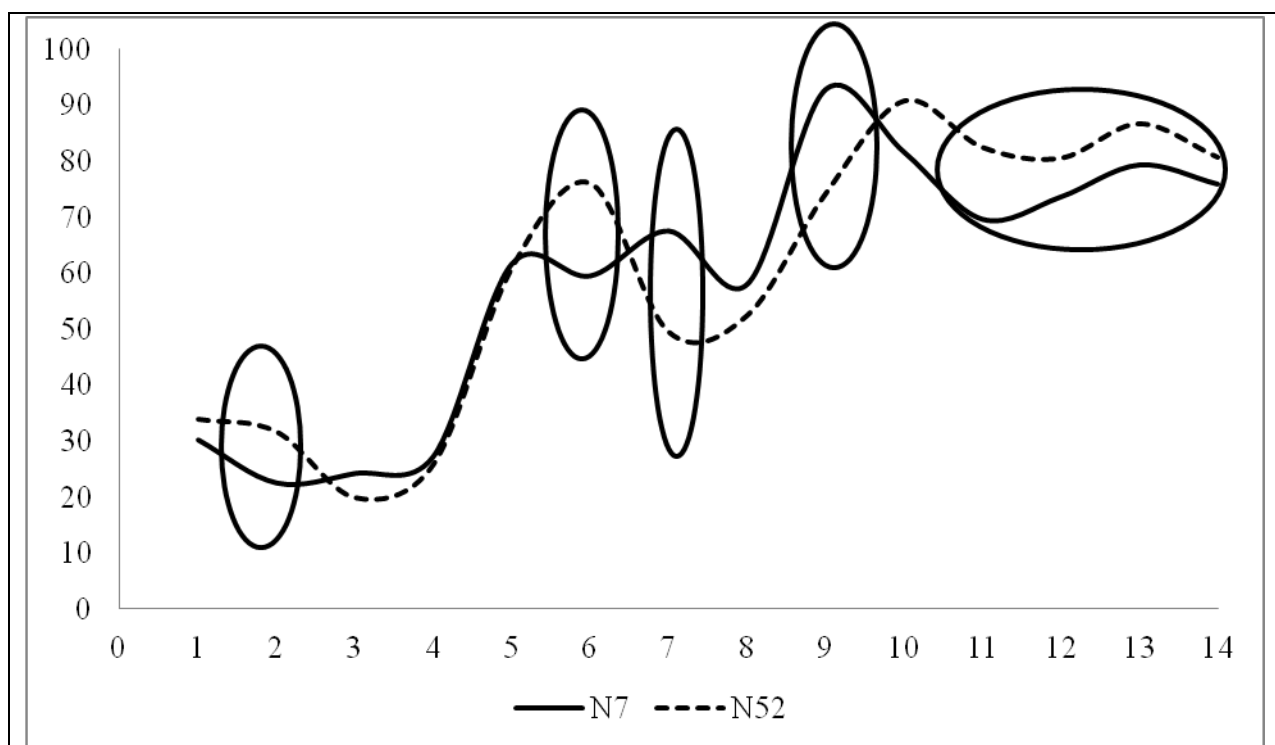


Рисунок 3.19. Основные «точки» расхождения показателей выраженности психологических свойств (в % от макс.), характеризующих личность медицинских сестер-менеджеров с индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество», и клинических медсестер кадрового резерва.

*Примечание:* на шкале «Х» под номерами 1 – 14 внесены данные по следующим переменным:

- |   |  |
|---|--|
| 1. МСПП   | 8. Социально- предписываемый перфекционизм |
| 2. потребность в высокой з/плате и материальном вознаграждении    | 9. Карьерные отношения                     |
| 3. потребность в социальных контактах                             | 10. надежность                             |
| 4. потребности в совершенствовании, росте и развитии как личности | 11. предсказуемость                        |
| 5. общий показатель перфекционизма                                | 12. единство                               |
| 6. перфекционизм, ориентированный на себя                         | 13. приязнь                                |
| 7. перфекционизм, ориентированный на др.                          | 14. расчет                                 |

**Второе** направление объединяет **две** выделенные зоны воздействия. Здесь должна решаться задача оптимизации перфекционистских ожиданий и требований. Медицинским сестрам предстоит снизить уровень перфекционизма, ориентированного на себя, но более требовательно

относиться к профессиональному окружению, что соответствует ответственной организаторской деятельности старшей медицинской сестры.

Самореализация в пространстве управленческой деятельности требует от клинической медсестры более высокой идентификации с профессией, то есть развития карьерных отношений (**четвертая** зона расхождений). В данном направлении работы первостепенная роль принадлежит организационным процессам в лечебном учреждении. Как показали предварительные результаты опроса этой группы, проведенного после первого года включения медсестер в систематическую работу по кадровому резерву, у более чем половины из них (32 чел.) общий показатель карьерных отношений возрос на 13,3% и составил 87,5% от максимального, то есть вплотную приблизился к показателю действующих старших медицинских сестер.

Включение в процесс подготовки кадрового резерва должно быть направлено также и на изменение соотношения компонентов межличностного доверия как личностных характеристик будущей медицинской сестры – менеджера (**пятая** зона расхождений). Снижение личностной значимости факторов предсказуемости партнера по взаимодействию эмоциональной приязни, при сохранении ведущей роль истинного принципа доверия – надежности, можно рассматривать как один из ресурсов личностно-профессиональной самореализации клинической медсестры, включенной в группу кадрового резерва многопрофильного лечебного учреждения.

### ***Выводы по главе III.***

Анализ эмпирических данных, направленный на выявление психологических детерминант профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности, позволил установить следующее.

1. Выделено личностное образование – Мотивационный комплекс (МК), определяющий личностно-профессиональную направленность медсестры

многопрофильного ЛПУ. Его основу составляет «*Мотивация социально-профессионального признания*» (МСПП) – это комплекс потребностей (в востребованности, в завоевании признания со стороны других людей; в хороших условиях, четком структурировании и в интересной работе, в достойном материальном вознаграждении), определяющих личностно-профессиональную направленность субъектов медсестринской деятельности.

2. Установлено, что клинические медицинские сестры преимущественно слабо адаптированы. Выделена группа, обнаруживающая средне-высокие показатели социальной адаптации, что позволило сформулировать дополнительную рабочую гипотезу: профессионально-личностная самореализация клинических медицинских сестер, обладающих средне-высокими показателями социальной адаптации, может быть направлена на карьерное продвижение в сферу менеджерской деятельности. Последовательная проверка данного предположения подтвердила его. Определены психологические ресурсы профессионально-личностной самореализации медицинских сестер данной подгруппы – кадрового резерва многопрофильного лечебного учреждения. Выделены пять направлений развивающей работы. Их цель: оптимизация потребностной сферы, перфекционистских ожиданий и требований, системы карьерных отношений, структуры психологических составляющих межличностного доверия.
3. Исследование психологических маркеров межличностной репрезентации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения, в совокупности с данными, полученными при анализе системы потребностной сферы, субъектно-личностной направленности и социальной адаптации медицинской сестры, позволило сформулировать базовую модель личности медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. Выраженную связующую роль в модели играет комплекс МСПП. Модель показывает, что процесс профессионально-

личностной самореализации клинической медицинской сестры детерминирован факторами пятью видов. Наиболее выраженным влиянием на личность клинической медицинской сестры оказывает система профессиональных потребностей, в частности, высоко развитые потребности в ощущении востребованности, в интересной работе и в завоевании признания со стороны других людей. Они образовали первый фактор – *«Фактор мотивационного "ядра" личности медицинской сестры»*. Вторым фактор определен как *«Фактор позитивной профессиональной идентичности»*. В нем достигнутая и гипер-идентичность связаны с потребностями в хороших условиях и четком структурировании работы, с высоким перфекционизмом, ориентированным на других, с ориентацией в межличностном доверии на единство и доверительные отношения. Третий фактор – *«сниженной социальной адаптации»*, которая взаимообуславливается низким уровнем выраженности потребностей в социальных контактах, в совершенствовании, росте и развитии как личности, ориентацией в межличностных отношениях преимущественно на расчет, на высокую демонстрируемую лояльность и выраженный перфекционизм, ориентированный на других. Четвертый фактор выделяет психологические явления, оказывающие фрустрирующее влияние на процесс социально-профессиональной самореализации. Это фрустрированная потребность в высокой заработной плате и в материальном вознаграждении, связанная со сниженной социально-психологической адаптацией, кризисными статусами профессиональной идентичности, высокими социально предписываемым перфекционизмом и демонстрируемой лояльностью, а также с ориентацией на эмоциональный компонент в межличностном доверии. Пятый фактор определяет детерминирующее влияние повышенного перфекционизма: выраженные перфекционистские тенденции в нем связаны с потребностями в хороших условиях работы, в завоевании признания со стороны других, в ощущении востребованности и



в интересной работе, в формировании и поддержании долгосрочных стабильных взаимоотношений на основе надежности и предсказуемости партнеров по совместной деятельности.

4. Исследование феноменологии личности медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности в многопрофильном лечебном учреждении показало, что в индивидуальных лидерских стилях выделяются два типа: «Авторитет – подчинение» и «Авторитет – сотрудничество». Дальнейший анализ показал, что личность медицинской сестры – менеджера характеризуется сочетанием инвариантных, специфических и вариативных психологических качеств. Инвариантными являются качества, в равной мере свойственные для клинических и старших медицинских сестер. Специфические – это качества, являющиеся общими для медицинских сестер как субъектов менеджерской деятельности. Вариативные имеют два вида: качества, составляющие личностные особенности, установленные для личности, обладающей индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество» (I) и качества, составляющие личностные особенности, установленные для личности, обладающей индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – подчинение» (II). В целом результаты проведенного анализа определили целесообразность рассмотрения движущих сил профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта управленческой деятельности. Ориентиром выступили психологические предикторы самореализации старших медсестер, обладающих индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество». Основу движущих сил самореализации составляют комплекс потребностей, объединенных в мотивации социально-профессионального признания, осознанный выбор карьерных устремлений, средне-высокие показатели социальной адаптации личности. Эти ресурсы являются необходимыми в достаточными для снижения у медицинских сестер, обладающих индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – подчинение», напряженности тех психологических качеств,

которые непосредственно взаимосвязаны с устойчивостью авторитарных устремлений: преобладание в индивидуальном лидерском стиле ориентацией «на задачу»; актуальность потребности в высокой заработной плате и материальном вознаграждении; преимущественно высокий уровень общего и ориентированного на других перфекционизма; избирательность, ситуативность в проявлении принципиальности; прагматизм и максимализм в проявлении доверия; слабая психологическая гибкость, доминантность, и сниженный ресурс формирующего влияния на процесс самореализации подчиненных клинических медицинских сестер.

5. Анализ психологических качеств, маркирующих достижение клиническими медицинскими сестрами социальной адаптации, позволил сформулировать ресурсную модель профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. Психологическим «индикатором» этого процесса является средне-высокий уровень социальной адаптации. Он связан с психологическими конструктами трех видов: мотивацией социального признания; перфекционизмом; умеренно выраженной организационной лояльностью. Сравнение компонентов ресурсной и факторной (базовой) моделей личности клинической медицинской сестры позволило выделить «внешние» и «внутренние» ресурсы самореализации. Внешние – это ресурсы социального контекста, отражаемые в особенностях пространства профессиональной бытийности. Внутренние ресурсы – субъектно-личностные качества, детерминирующие процесс профессионально-личностной самореализации и выступающие в роли движущих сил развития личности. К ним относятся: устойчивость приоритета мотивационного комплекса социально-профессионального признания; потребности, в саморазвитии и самосовершенствовании; сниженного уровня перфекционизма, ориентированного на других, при умеренно выраженном общем перфекционизме, перфекционизме, ориентированном

на себя и социально предписываемом перфекционизме; позитивная профессиональная идентичность.

Таким образом, психологические детерминанты профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности – это комплекс качеств субъектно-личностной сферы, выступающих в роли движущих сил самореализации и развития личности. Эти качества имеют базовый и ресурсный вид. Та часть базовых качеств, которая не оказывает фрустрирующего влияния на процесс самореализации, выполняет в целом роль внутренних психологических ресурсов развития личности. Это, в первую очередь, мотивация социально-профессионального признания. Внешние ресурсы обеспечиваются комплексом организационно-психологических условий, составляющих социально-профессиональный контекст самореализации личности медицинской сестры в многопрофильном лечебном учреждении.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование имело целью эмпирически установить и теоретически обосновать психологические детерминанты профессионально-личностной самореализации медицинской сестры многопрофильного лечебного учреждения. По результатам исследования можно говорить, что эмпирическая гипотеза получила в целом подтверждение. Психологические детерминанты профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности – это комплекс качеств субъектно-личностной сферы, выступающих в роли движущих сил развития личности. Эти качества имеют базовый и ресурсный вид. Та часть базовых качеств, которая не оказывает фрустрирующего влияния на процесс самореализации, выполняет в целом роль внутренних движущих сил (ресурсов) развития личности. Внешние ресурсы образованы социально-профессиональным контекстом субъектного бытия личности медицинской сестры.

В процессе исследования получила подтверждение и дополнительная гипотеза. Особым вектором профессионально-личностной самореализации клинических медицинских сестер, обладающих средне-высокими показателями социальной адаптации, может рассматриваться их карьерное продвижение в сферу менеджерской деятельности.

Для достижения поставленной цели и проверки эмпирических гипотез решался ряд задач, реализация которых позволяет сделать следующие **ВЫВОДЫ.**

1. Проведенный анализ сложившихся в современной психологии подходов к исследованию человека как активного субъекта жизни и профессиональной деятельности, проблемы самореализации личности обнаружил высокую эвристичность субъектного, субъектно-деятельностного, субъектно-бытийного подходов, а также концепций: индивидуального стиля; направленности и потребностно-мотивационной сферы как основных

движущих сил развития личности; моделирования психической реальности, в частности – психологической модели личности. Это позволило сформировать теоретическую основу и методологическую схему экспериментального исследования.

2. Теоретическое обоснование результатов эмпирического исследования позволило определить научную новизну, теоретическую и практическую значимость полученных результатов. В исследовании получили развитие современные теоретические концепции: личности как субъекта жизни и деятельности; самореализации личности в социально-профессиональном пространстве ее субъектной бытийности; потребностей и мотивов как движущих сил профессионально-личностной самореализации; влияния мотивации на деятельность; личностной и профессиональной идентичности; психологического моделирования личности; индивидуального жизненного стиля; организационного лидерства; межличностного доверия. В частности, установлено, что выраженность в среде старших медсестер межличностного доверия по типу «максималист» не препятствует активности качества терпимости в отношении соблюдения нравственных норм. В общепопуляционных данных, установленных в концепции нравственных принципов менеджерского поведения (А.Б. Купрейченко) эти переменные имеют обратную зависимость.

3. Решение эмпирических задач позволило подтвердить гипотезу о наличии комплекса качеств субъектно-личностной сферы и ресурсов социально-профессионального пространства профессиональной бытийности, выступающих в совокупности психологическими детерминантами профессионально-личностной самореализации медицинской сестры как субъекта клинической и управленческой деятельности.

3.1. Установлено, что взаимодействие субъектных интенций и средовых ресурсов реализуется в активности личности в виде мотивационного комплекса, образуемого совокупностью специфически выраженных потребностей. Обосновано понятие «Мотивация социально-

профессионального признания» (МСПП). МСПП – это комплекс потребностей: в востребованности; в завоевании признания со стороны других людей; в хороших условиях, четком структурировании и в интересной работе; в достойном материальном вознаграждении, определяющих личностно-профессиональную направленность субъектов медсестринской деятельности;

3.2. Получила эмпирическую верификацию концепция психологического моделирования личности. Введено понятие базовой и ресурсной моделей личности. Базовая модель личности клинической медицинской сестры – это совокупность субъектно-личностных качеств, обуславливающих процесс самореализации личности. Установлены факторы, детерминирующего влияния на процесс самореализации. Это влияние имеет как позитивный, так и «барьерный» векторы.

Позитивными являются факторы:

- 1) «Мотивационного "ядра" личности медицинской сестры». В нем мотивация социально-профессионального признания взаимосвязана с позитивной профессиональной идентичностью, сниженной социальной адаптацией, высоким перфекционизмом, с ориентацией в межличностном доверии на надежность и предсказуемость партнеров по совместной деятельности;
- 2) «Позитивной профессиональной идентичности» – достигнутая и гиперидентичность взаимообуславливаются потребностями в хороших условиях и четком структурировании работы, высоким перфекционизмом, ориентированным на других, стремлением в межличностном доверии к единству и доверительным отношениям;
- 3) «Повышенного перфекционизма» – выраженные перфекционистские тенденции маркируются потребностями в хороших условиях работы, в завоевании признания со стороны других, в ощущении востребованности и в интересной работе, в формировании и

поддержании долгосрочных стабильных взаимоотношений на основе надежности и предсказуемости партнеров по совместной деятельности.

«Барьерное» влияние оказывают факторы:

- 1) «Сниженной социальной адаптации», которая связана с низким уровнем выраженности потребностей в социальных контактах, в совершенствовании, росте и развитии как личности, с ориентацией в межличностных отношениях преимущественно на расчет, с высоким уровнем демонстрируемой лояльности и выраженным перфекционизмом, ориентированный на других;
- 2) «Фрустрированных социальных потребностей и кризисной профессиональной идентичности». В нем выраженная потребность в высокой заработной плате и в материальном вознаграждении связана со сниженной социально-психологической адаптацией, кризисными статусами профессиональной идентичности, высокими социально предписываемым перфекционизмом и демонстрируемой лояльностью, с ориентацией на эмоциональный компонент в межличностном доверии.

3.3. Сравнение психологических маркеров самореализации медицинских сестер, работающих под влиянием разных лидерских стилей («Авторитет – сотрудничество»; «Авторитет – подчинение») позволило сформулировать понятие «ресурсная модель личности» – эмпирический конструкт, включающий «внешние» и «внутренние» ресурсы профессионально-личностной самореализации. Внешние ресурсы являются социальным контекстом, определяющим особенности пространства профессиональной бытийности медицинской сестры. Центральное место в нем занимает сформированность у руководителей сестринских служб индивидуального лидерского стиля «Авторитет – сотрудничество». Внутренние ресурсы – группа субъектно-личностных качеств, детерминирующих позитивный вектор процесса профессионально-личностной самореализации: мотивация социального

признания; средний уровень общего перфекционизма и его парциальных компонентов; умеренно выраженная организационная лояльность.

3.4. Обоснована психологическая модель личности медицинской сестры-менеджера. Ее структура включает инвариантные, специфические и вариативные качества. Инвариантными являются качества, в равной мере свойственные для клинических и старших медицинских сестер; специфические – это качества, являющиеся общими для медицинских сестер как субъектов менеджерской деятельности. Вариативные качества имеют два вида. Первый вид составляют качества, определяющие личностные особенности, медсестер – менеджеров с преобладанием индивидуального лидерского стиля «Авторитет – подчинение». Вторые – качества, установленные для личности, обладающей индивидуальным лидерским стилем «Авторитет – сотрудничество».

3.5. Выделение вариативных качеств второго вида позволило обосновать дополнительную гипотезу: профессионально-личностная самореализация клинических медицинских сестер, обладающих средне-высокими показателями социальной адаптации, может быть обращена на карьерное продвижение в сферу менеджерской деятельности при включении их в категорию кадрового резерва медицинских сестер-менеджеров многопрофильного лечебного учреждения.

Полученные результаты могут способствовать определению перспектив дальнейших исследований. Так, целесообразно проанализировать возрастную динамику ресурсной модели самореализации; более фокусировано рассмотреть специфические образования базовой и ресурсной моделей у медицинских сестер разных предметных специализаций (хирургия, терапия); исследовать взаимосвязи выявленных детерминационных факторов на процесс не только социальной, но и профессиональной адаптации медицинских сестер, их роль в блокировании факторов риска развития синдрома профессионального выгорания.



Нельзя не учитывать также, что все более выраженной становится тенденция выхода человека на иной уровень осознания собственной сущности, которая связана не с адаптацией, а с принципиальной неадаптивностью, с ростом на этой основе потребности в самореализации. В связи с этим несомненный научный, методологический и практико-ориентированный интерес представляет поиск психологических маркеров так называемого «сверхадаптивного синдрома», установление его выраженности в среде медицинских сестер, выявление перспективности ориентации на этот показатель как на определенный ресурс самореализации неадаптивной личности. Развитие исследований в обозначенных направлениях мы рассматриваем в качестве перспективы дальнейшей работы.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аббясов И.Х. Современные требования образования в период реформирования сестринского дела // Материалы II Всероссийского съезда средних медицинских работников «Развитие сестринского дела в условиях реформирования здравоохранения». – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004. – 448 с.
2. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. – М.: Наука, 1991.
3. Абульханова-Славская К.А. Развитие личности в процессе жизнедеятельности // Психология формирования и развития личности. М.: Наука, 1981.
4. Абульханова К.А. Рубинштейновская категория субъекта ее различные методологические значения // Психология индивидуального и группового субъекта / Под ред. А.В. Брушлинского, М.И. Володиной. – М.: ПЕРСЭ, 2002.
5. Александрова Л.А. Личностные ресурсы и индивидуальные стратегии адаптации студентов к условиям повышенной опасности природных бедствий и катастроф // 2-я Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2004. С. 201-204.
6. Алексеева Е.Б. Субъектно-личностные детерминанты становления менеджера сестринского дела: Дисс. ... канд. психол. наук. Краснодар, 2007.
7. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. Л., 1969.
8. Ананьев Б.Г. Психология и проблемы человекознания. Гл. IV. Психологическая структура личности и ее становление в процессе индивидуального развития человека. Избранные психологические труды. Под ред. А.А. Бодалева. Москва - Воронеж, 1996.
9. Анцыферова Л.И. Личность с позиций динамического подхода // Психология личности в социалистическом обществе. Личность и ее

- жизненный путь. / Отв. Ред. Б,Ф. Ломов, К.А. Абульханова-Славская. – М.: Наука, 1990. С. 7-17.
10. Апросян Р.Г. Этика // Энциклопедический словарь / Под общ. Ред. Р.Г. Апресяна, А.А. Гусейнова. – М.: Гардарики, 2001. – 671 с.
  11. Асмолов А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. М.: Смысл, 2007. – 528 с.
  12. Базаров Т.Ю. Управление персоналом: учеб. пособие. 4-е изд., стер. М.: ИЦ «Академия», 2006.
  13. Березовская Р.А. Перфекционизм в профессиональной деятельности // Психология менеджмента: практикум / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2010. С. 242-249.
  14. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности: Учебное пособие для ВУЗов - М.: Пер СЭ, 2001.
  15. Бодров В.А. Психологические механизмы адаптации человека. // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, и перспективы / Отв. ред. Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2007. С. 42-51.
  16. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. М., 2006.
  17. Бодров В.А. Проблема преодоления стресса. Часть 2. Процессы и ресурсы преодоления стресса // Психол. журнал, 2006. Т. 27, № 2, с. 113-122.
  18. Бордовский В.А. Взаимосвязь смысложизненных ориентаций и перфекционизма в структуре личностных особенностей субъекта помогающих профессий // Человек. Сообщество. Управление. № 2. 2013.

19. Брушлинский А.В. Психология субъекта и его деятельность. Современная психология: справочное руководство / А.В. Брушлинский; под ред. В.Н. Дружинина. - М.: ИНФРА, 1999.
20. Брушлинский А.В. О критериях субъекта и его деятельности // Психология субъекта профессиональной деятельности. - М.-Ярославль: ДИА-Пресс, 2001. - С. 5-29.
21. Брушлинский А.В. Субъект: мышление, учение, воображение – М.: Витязь, 1996.
22. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности. // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 1995, №2. С. 73-79.
23. Вассерман Л.И., Беребин М.А. Факторы риска психической дезадаптации у педагогов массовых школ: Пособие для врачей и психологов. – СПб.: Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1997. – 52 с.
24. Василюк Ф.Е. Психология переживания. М.: Изд-во МГУ, 1984.
25. Верещагина Л.А., Карелина И.М. Психология потребностей и мотивация персонала. 2-е изд. (дополненное) – Харьков: изд-во Гуманитарный центр, 2005. – 156 с.
26. Водопьянова Н.Е. Ресурсное обеспечение противодействия профессиональному выгоранию субъектов труда (на примере специалистов «субъект-субъектных» профессий): Автореф. ... докт. психол. наук. – СПб, 2014.
27. Ворожко Ю.Н. Социокультурные основания самореализации личности: философско-антропологический аспект Дисс. ... канд. философ. наук. – Ростов-на-Дону, 2014.
28. Выготский Л.С. История развития психических функций – М.: Академия, 2002.
29. Выготский Л.С. Психология развития человека – М.: Смысл, 2005.

30. Вяткин Б.А. Стиль активности как фактор развития интегральной индивидуальности // Интегральное исследование индивидуальности: стиль деятельности и общения. Пермь, 1993.
31. Галажинский Э.В. Системная детерминация самореализации личности: Автореф. Дисс. ...д-ра психол. наук. – Барнаул, 2002.
32. Галажинский Э.В. Самореализация личности как предмет психологического познания // Ежегодник российского психологического общества (психология и ее приложения), том 9, выпуск 2, Москва, 2002, С.225-226.
33. Гаранян Н.Г. Психологические модели перфекционизма // Вопросы психологии, 2009. № 5. С. 74-83.
34. Гаранян Н.Г. Типологический подход к изучению перфекционизма // Вопросы психологии, 2009. № 6. С. 52-60.
35. Гаранян Н.Г., Андрусенко Д.А., Хломов И.Д. Перфекционизм как фактор студенческой дезадаптации // Психологическая наука и образование. 2009. № 1. С. 62-73.
36. Гаранян Н.Г., Москова М.В. Перфекционизм и враждебность как факторы эмоциональной дезадаптации студентов // Психологические проблемы семьи и личности в мегаполисе. Материалы первой международной научно-практической конференции. М.: Изд-во Института психологии РАН. 2007. С. 71-75.
37. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18-48.
38. Герасимов А.А. Мотивация персонала к труду как проявления самореализации: Дисс. ... канд. психол. наук. Барнаул, 2003.
39. Горбунов Ю.Я. Индивидуальный стиль волевой активности и его формирование у старших школьников: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Пермь, 1992.
40. Государственный образовательный стандарт высшего профессионального

образования. Специальность 040600 – Сестринское дело. // Приказа Минобразования РФ от 02.03.2000 N 686.

41. Горноста́й П.П. Готовность личности к самореализации как психологическая проблема. Проблемы саморазвития личности: методология и практика: Сб. науч. трудов. ИНИОН АН СССР № 42525 от 27.07.1990. С. 126-138.
42. Грачева И.И. Адаптация методики «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта и Г. Флетта. // Психологический журнал № 6, 2006. С. 72-80.
43. Грачева И.И. Уровень перфекционизма и содержание идеалов личности: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2006.
44. Григорьева А.А. Профессиональная самореализация педагогов в учреждениях дополнительного образования // Дисс. ... канд. психол. наук. – Ярославль, 2013.
45. Дорфман Л.Я. Индивидуальный эмоциональный стиль // Вопросы психологии. 1989. № 5.
46. Дружинин В.Ф. Мотивация деятельности в чрезвычайных ситуациях. М.: МНЭПУ, 1996. – 168 с.
47. Душенков П.А. Многоуровневая система подготовки специалистов сестринского дела и их использование в практическом здравоохранении. – М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004
48. Ермолаева Е.П. Социальные функции и стратегии реализации профессионала в системе «человек – профессия - общество» // Психологический журнал. – 2005. – Т. 26. - № 4. - С. 30-40.
49. Журавлев А.Л. Влияние социально-экономических изменений в российском обществе на ценностные ориентации личности // В.М. Бехтерев и современная психология, психотерапия. Сб. статей к конференции. – Казань: Центр инновационных технологий, 2001. С. 31-36.

50. Завалишина Д.Н. Субъектно-динамический аспект профессиональной деятельности // Психологический журнал, 2003, том 24, №6. С.5-15.
51. Залевский Г.В. Личность и фиксированные формы поведения. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2007.
52. Занковский А.Н. Организационная психология: учеб. пособие для вузов по специальности «Организационная психология». 2-е изд. М.: Флинта: МПСИ, 2002.
53. Занковский А.Н. Психология лидерства: от поведенческой модели к культурно-ценностной парадигме. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2011.
54. Занюк С. Психология мотивации. Теория и практика мотивирования. Мотивационный тренинг. Киев: Эль-Н, Ника-центр, 2001. – 349 с.
55. Зарайский Д.А. Управление чужим поведением. Дубна, 1997. – 252 с.
56. Зеер Э.Ф. Психология профессий: Учеб. пособие для студентов вузов. – 2-е изд., перераб., доп. – М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 336 с.
57. Золотарева А.А. Диагностика индивидуальных различий перфекционизма личности: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2012.
58. Знаков В.В. Психология субъекта А.В. Брушлинского и психология человеческого бытия // Вестник Костромского государственного ун-та им. Н.А. Некрасова. Том № 4. 2008. С. 4-10.
59. Знаков В.В. Психология субъекта как методология понимания человеческого бытия // Психологический журнал. 2003. Том 24. № 2. С. 69-77.
60. Знаков В.В. Психология субъекта и психология человеческого бытия. // Субъект, личность и психология человеческого бытия / Под ред. В.В. Знакова и З.И. Рябикиной. – М.: Изд-во "Институт психологии РАН", 2005. – С. 9-45.

61. Знаков В.В. Психология человеческого бытия – одно из направлений развития психологии субъекта // Психологический журнал. 2008. Том 29. № 2. С. 95-106.
62. Знаков В.В. Тезаурусное и нарративное понимание событий человеческого бытия // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 40-летию Института психологии и 85-летию его основателя Б. Ф. Ломова: в 2 частях. Ответственные редакторы: Журавлев, А. Л., Кольцова, В. А.; Институт психологии РАН. 2012. С. 36-38.
63. Знаков В.В., Павлюченко Е.А. Самопознание субъекта// Психологический журнал, 2002, том 23, №1, с. 31-41.
64. Иванов М.С. Психология самореализации личности в компьютерной игровой деятельности. – Кемерово: Кузбассвуиздат, 2008. - 152 с.
65. Иванченко Г.В. Идея совершенства в психологии и культуре. – М.: Смысл, 2007. – 265 с.
66. Ильин Е.П. Стиль деятельности: Новые подходы и аспекты // Вопросы психологии. 1988. № 6. С. 85-93.
67. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2008.
68. Ильин Е.П. Мотивация и мотивы - СПб.: Питер, (Мастера психологии), 2008.
69. Каган М.С. Человеческая деятельность: опыт системного анализа – М.: Владос-Пресс, 1994.
70. Карпов А.В. Психология рефлексивных механизмов деятельности. – М.: Изд-во Института психологии РАН, 2004. – 424 с.
71. Карпов А.В., Мехтиханова Н.Н., Панкратова Т.М., Пережигина Н.В., Субботина Л.Ю. Управление организацией. // Организационная психология: учебник для бакалавров / под ред. А.В. Карпова. – М.: Издательство Юрайт, 2012. С. 145-243.



72. Климов Е.А. Индивидуальный стиль деятельности в зависимости от типологических свойств нервной системы. Казань: Изд-во Казанского гос. ун-та, 1969.
73. Климов Е.А. Конфликтующие реальности в работе с людьми (психологический аспект). Учебное пособие – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: Изд-во НПО "МОДЭК", 2001.
74. Ключева Н.В. Корпоративный тренинг и его влияние на развитие организации // Российский научный журнал, 2006. № 1. С. 1-6.
75. Ключева Н.В. Внешнее консультирование и его значение в управлении организацией – Человеческий фактор: проблемы психологии и эргономики. 2007. № 4. С. 34-42.
76. Ключева Н.В., Дорфман Л.Я. Феноменологический метод в консультационной психологии: методология анализа и опыт применения – Вестник Ярославского гос. ун-та им. П.Г. Демидова. Сер. «Гуманитарные науки». 2008. № 6. С. 43-48.
77. Кожевникова Е.Ю. Личностные ресурсы преодоления ситуации социально-экономической депривации. – Автореф. дисс. ... канд. психол. н. – Краснодар, 2006.
78. Кондратьева С.Б. Самопознание и самореализация личности в труде: социально-философский подход: Дисс. ... канд. философ. Наук. М., 2009.
79. Конопкин О.А. Общая способность к саморегуляции как фактор субъектного развития // Вопросы психологии. 2004. № 2. С. 128-135.
80. Коломиец Е.Ф. Креативность как фактор выбора стратегии самореализации: Дисс. ... канд. психол. наук. СПб, 2010.
81. Конопкин А.О. Моросанова В.И. Стилевые особенности саморегуляции деятельности // Вопросы психологии. 1989. №5.
82. Корастылева Л.А. Условия личностной самореализации // Психология. Учебник / Под. Ред. А.А. Крылова. – СПб: «Проспект», 1998. С. 283-284.
83. Корастылева Л.А. Психология самореализации личности: основные сферы жизнедеятельности // Дисс. ... докт. психол наук. – СПб, 2001.

84. Корастылева Л.А. Психология самореализации личности: затруднения в профессиональной сфере. – СПб: «Речь», 2005.
85. Корастылева Л.А. Уровни самореализации личности // Психологические проблемы самореализации личности / под. ред. Е.Ф. Рыбалко, Л.А. Корастылевой. - Вып. 4 - СПб.: СПбГУ, 2000.
86. Коржакова С.А. Система принуждений как фактор мотиваций // Наука. Образование. Молодежь: материалы научной конференции молодых ученых и аспирантов АГУ (6 февраля 2004 г.). - Майкоп: АГУ, 2004. – Т. 1. - С. 33-36.
87. Крайг Г. Психология развития. – СПб.: Питер, 2000.
88. Купрейченко А.Б. Отношение личности к соблюдению нравственных норм в зависимости от психологической дистанции: Дисс. ... канд. психол. наук. – М., 2001.
89. Купрейченко А.Б. Нравственно-психологическая детерминация экономического самоопределения личности и группы: Автореф. Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2010.
90. Купрейченко А.Б. Методика оценки доверия личности другим людям. / Современная психология: Состояние и перспективы исследований: Часть 5: Программы и методики исследования личности и группы: Материалы юбилейной научной конференции ИП РАН, 28–29 января 2002г. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», М.: 2002. С. 64–86.
91. Купрейченко А.Б. Некоторые методические подходы к исследованию отношения личности к соблюдению нравственных норм. // Современная психология: Состояние и перспективы исследований: Часть 2: Общая и социальная психология, психология личности и психофизиология, экономическая, организационная и политическая психология: Материалы юбилейной научной конференции ИП РАН, 28–29 января 2002. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», М.: 2002. С. 113–131.
92. Купрейченко А.Б. Психология доверия и недоверия.— М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2008. – 564 с.

93. Леонов Н.И. Индивидуальный стиль поведения в конфликтной ситуации: Дисс. ... канд. психол. наук. Пермь, 1996.
94. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения: в 2-х т. - М.: Педагогика, 1983.
95. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М.: МГУ, 1981. – 54 с.
96. Леонтьев А.А. Деятельный ум (Деятельность, знак, личность) - М.: Смысл, 2001.
97. Либин А.В. Дифференциальная психология на пересечении европейских, российских и американских традиций. М., 1999.
98. Логинова И.О. Жизненное самоосуществление человека: системно-антропологический контекст: Дисс. ... докт. психол. наук. Томск, 2010.
99. Ломов Б.Ф. Методологические и теоретические проблемы психологии. М., 1984.
100. Магура М.И. Патриотизм персонала по отношению к своей организации – решающее конкурентное преимущество // Управление персоналом. № 11, 1998.
101. Макарова Н.А. Формирование интеллекта как фактора самореализации педагогов: Дисс. ... канд. пед. наук. Чита, 2013.
102. Маслоу А. Дальние пределы человеческой психики - СПб., 1999.
103. Маслоу А. Мотивация и личность - СПб.: Евразия, 1999.
104. Маслоу А. Психология бытия. - М.: АСТ, 2000.
105. Маркова Е.В., Живаев Н.Г., Мехтиханова Н.Н., Смирнов А.А., Филиппова Ю.В. Личность в организации // Организационная психология: учебник для бакалавров / под ред. А.В. Карпова. – М.: Издательство Юрайт, 2012. С. 244-329.
106. Медведев В.И. Адаптация человека. – СПб.: Институт мозга человека РАН, 2003.
107. Мерлин В.С. Очерк интегрального исследования индивидуальности. - М.: Педагогика, 1986.

108. Мерлин В.С. Индивидуальный стиль общения // Психол. журн. 1982. т.3. №4. С. 26-36.
109. Мильман В.Э. Мотивация творчества и роста. М.: Мирея, 2005.
110. Миссуми Д. Ридасиппу кодо-но кагаку / Поведенческая наука лидерства (на японском языке). Токио: Юхикаку, 184.
111. Мишин А.А. Психологические детерминанты профессиональной самореализации педагога: Дисс. ... канд. психол. наук. – Кемерово, 2013.
112. Моросанова В.И. Стиль саморегуляции поведения (ССПМ) // Методическое пособие. – М.: Когито-Центр, 2004. – 44с.
113. Моросанова В.И. Развитие теории осознанной саморегуляции: дифференциальный подход // Вопр. психол. 2011. № 3. С. 132-144.
114. Муздыбаев К. Стратегия совладания с жизненными трудностями. Теоретический анализ / Журнал социологии и социальной антропологии, 1998. том 1. №2. С. 3-14.
115. Муздыбаев К. Дилеммы распределения ресурсов // Вест. СПбГУ, 1992. Сер.6. Вып.1.С.62-69.
116. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.; Воронеж, 1995.
117. Николаенко В.М. Психология и педагогика: Учебное пособие для студентов вузов / отв. ред. В.М. Николаенко. - М.-Новосибирск: ИНФА-М; НГАЭИУ, 2000.
118. Ожигова Л.Н. Психология гендерной идентичности личности. Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2006. – 290 с.
119. Орел В. Е. «Синдром психического выгорания личности» – М. : Изд-во «Институт психологии РАН», 2005. – 363 с.
120. Осмина Е.В. Психология субъектополагающего взаимодействия: Дисс. ... докт. психол. наук. Казань, 2012.
121. Парайкина Г.А. Уровневая природа самореализации личности // Известия РГПУ им. А.И. Герцена. Вып. № 65, 2008. С. 438-441.

122. Петрова Н.И. Уровень самоактуализации студентов и их социально-психологическая адаптация // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. - № 3. - С. 116-120.
123. Петровский В.А. К пониманию личности в психологии // Вопросы психологии. 1981. №2. С.40 – 46.
124. Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. – Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. – 512 с.
125. Петровский В.А. Психология неадаптивной личности. – М.: ТОО «Горбунок», 1992.
126. Платонов К.К. Краткий словарь системы психологических понятий. – М.: «Высшая школа», 1984.
127. Платонов К.К. Личность в медицине // Этико-психологические проблемы медицины. – Ред. Г.И. Царегородцев. – М.: Медицина, 1978.
128. Платонов К.К. Структура и развитие личности. – М., 1986.
129. Поваренков Ю.П. Диалектика становления профессионала. Психологические основы периодизации профессионализации // Ярославский психологический вестник. - Вып. 1. - М.-Ярославль, 1999. - С. 19-38.
130. Пряжников Н.С. Психологический смысл труда: Учебное пособие к курсу “Психология труда и инженерная психология”. - М.: Изд-во “Институт практической психологии”, Воронеж: НПО “МОДЕК”, 1997.
131. Пряжников Н.С. Методы активного профессионального и личностного самоопределения: учеб.-метод. пособие. 2-е изд. М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЕК», 2003.
132. Психологические проблемы самореализации личности / под. ред. Е.Ф. Рыбалко, Л.А. Корастылевой. - Вып. 4 - СПб.: СПбГУ, 2000.
133. Психология личности: Словарь-справочник / Под ред. П.П. Горностая, Т.М. Титаренко. – Киев: Рута, 2001.
134. Психология менеджмента: практикум / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2010 – 535 с.

135. Психология с человеческим лицом. Гуманистическая перспектива в постсоветской психологии / под ред. Д.А. Леонтьева, В.Г. Щур. - М.: Смысл, 1997.
136. Психологический словарь // Под ред. В.В. Давыдова и др. М.: Педагогика, 1983.
137. Психолого-педагогический словарь / Сост. Рапацевич Е.С. – Минск: «Соврем. Слово», 2006. – 928 с.
138. Психология индивидуального и группового субъекта / Под ред. А.В. Брушлинского, М.И. Володиковой. – М.: ПЭРСЭ, 2002.
139. Распопова А.С. Возрастные особенности проявления перфекционизма в спорте: Автореф. Дисс. .. канд. психол. наук. – Краснодар, 2012.
140. Реан А.А. Психология педагогической деятельности (Проблемный анализ): Учебное пособие - Ижевск: Удмуртский университет, 1994. - 83 с.
141. Реан А.А. Практическая психодиагностика личности: Учеб. пособие. СПб.: Изд-во С-Петербур. ун-та, 2001
142. Решетова Т.Я. Стилиевые характеристики психической активности субъекта: Дисс... докт. психол. наук. Сочи, 2003.
143. Ричи Ш., Мартин П. Управление мотивацией. М., 2004.
144. Рогозян А.Б. Психологические ресурсы индивидуального стиля преодоления стресса (на примере личности медицинского работника): Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Краснодар, 2012
145. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека - М.: Прогресс, 1998.
146. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб., 2003.
147. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии / Серия «Мастера психологии» - СПб.: Питер, 1999.
148. Рябикина З.И. Личность. Личностное развитие. Профессиональный рост. – Краснодар: КубГУ, 1995.

149. Рябикина З.И. Личность как субъект бытия и со-бытия: психологический аспект анализа. // Личность и бытие: субъектный подход. Личность как субъект бытия: теоретико-методологические основания анализа: Матер. III Всерос. науч.-практ. конф. / Под ред. З.И. Рябикиной, В.В. Знакова. – Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2005. – 248 с. С. 5-22.
150. Салихова Н.Р. Ценностно-смысловая регуляция жизнедеятельности субъекта: Дисс. ... докт. психол. наук. Казань, 2011.
151. Сапронов Д.В. Стремление личности к изменениям // 2-я Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений / Под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2004.
152. Сидоренко Е.В. Мотивационный тренинг. Практическое руководство. СПб.: Речь, 2001. – 233 с.
153. Словарь практического психолога / Сост. С.Ю. Головин. – Минск: Харвест, 1998. – 800 с.
154. Смирнов С.Д. Педагогика и психология высшего образования: от деятельности к личности: Учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. - М.: Академия, 2001
155. Снегова Е.В. Диагностика карьерных профессионально-организационных отношений // Психология менеджмента: практикум / Под ред. проф. Г.С. Никифорова. – СПб.: Речь, 2010. С. 427-431.
156. Современный словарь по психологии. – Мн.: "Современное слово", 1998.
157. Субботина Л.Ю., Дубиненкова Е.Н., Фаерман М.И. Организационное развитие // Организационная психология: учебник для бакалавров / под ред. А.В. Карпова. – М.: Издательство Юрайт, 2012. С. 91-144.
158. Творогова Н.Д. Психология: Лекции для студентов медицинских вузов - М.: ВУНМЦ, 1998.
159. Тиводар А.Р. Личность как субъект со-бытия в брачных отношениях: Дисс. ... докт. психол. наук. Краснодар, 2008.

160. Толочек В.А. Акмеология и смыслы жизни человека в период кризиса общества // Мир психологии. - 2001. - № 2. - С. 140-149.
161. Толочек В.А., Денисова В.А. Динамика профессионально важных качеств как условие достижения «акме» // Ежегодник Российского психологического общества: материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. 25-28 июня 2003 г.: в 8 т. - СПб.: СПбГУ, 2003. – Т. 7. - С. 519-523.
162. Толочек В.А. Проблема стилей в психологии: историко-теоретический анализ. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – 320 с.
163. Толочек В.А. Стили профессиональной деятельности. М.: Смысл, 2000.
164. Толочек В.А. Проблема стилей в психологии: историко-теоретический анализ. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013. – 320 с.
165. Толочек В.А. Управление персоналом и стили руководства // Организационная психология: управление персоналом ЧОП и СБ. Эл. Ресурсы. Открытый доступ: <http://www.sec4all.net/uprperson.html>.
166. Фастовцева Ю.В. Психологические факторы профессиональной самореализации педагогов высшей школы: Дисс. ... канд. психол. наук. Ростов-на-Дону, 2013.
167. Фельдштейн Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. – М., 1995.
168. Фрейд З. По ту сторону принципа удовольствия. – М.: изд-во Фолио. 2010. – 188 с.
169. Фоменко Г.Ю. Личность как субъект бытия в экстремальных условиях: Дисс. ... докт. психол. наук. Краснодар, 2006.
170. Фоменко Г.Ю. Личность в экстремальных условиях: два модуса бытия. Краснодар: Кубанский гос. ун-т, 2006. – 342 с.
171. Фридман Л.М., Кулагин И.Ю. Психологический справочник учителя. М.: Просвещение, 1991. – 274 с.
172. Фромм Э. Иметь или быть? – М.: Прогресс, 1990. – 336 с.
173. Фромм Э. Человек для себя. – Минск: «Коллегиум», 1992. – 253 с.



174. Фрэнкин Р. Мотивация поведения: биологические когнитивные и социальные аспекты – Изд. 5-е. - СПб.: Питер, 2003.
175. Харламов И.Ф. Педагогика. Краткий курс: Учебное пособие - Мн.: Высшая школа, 2004.
176. Хекхаузен Х. Психология мотивации достижения / Пер. с англ. – СПб: Речь, 2001. – 240 с.
177. Холодная М.А. Когнитивные стили как проявление своеобразия индивидуального интеллекта. Киев: УМКВО, 1990.
178. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. СПб: Питер, 2004.
179. Чиксентмихайи М. Поток. Психология оптимального переживания. Изд-во Альпина нон-фикшн», 2011.
180. Шадриков В.Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности. - М.: Наука, 1982.
181. Шляфер С.И. Кадровый потенциал сестринской службы Российской Федерации. // Главная медицинская сестра. 2011. № 7. С. 20-28.
182. Шнейдер Л.Б. Личностная, гендерная и профессиональная идентичность: теория и методы диагностики. – М.: МПСИ, 2007.
183. Шнейдер Л.Б. Тренинг профессиональной идентичности: Руководство для преподавателей вузов и практикующих психологов. - М.-Воронеж: Московский психолого-социальный институт; НПО «МОДЭК», 2008.
184. Щукин М.Р. О структуре индивидуального стиля трудовой деятельности. – «Вопросы психологии», 1984, № 6.
185. Эриксон Э. Детство и общество. М.: Изд. группа «Прогресс», 1996.
186. Эриксон Э. Идентификация: юношеский кризис. – М., 1968.
187. Ясько Б.А., Додова Л.М. Этноаффилиативные установки воспитанников кадетского корпуса. // Известия Российской академии образования. Научный журнал (диск) № 2 (22). 2012. С.1866-1873.

188. Ясько Б.А. Психология менеджмента в системе здравоохранения: компетентностный подход // Вестник Адыгейского государственного университета. Сер. Педагогика и психология. 2011. Вып. 1 (72).
189. Ясько Б.А. Организационная психология здравоохранения: персонал, лидерство, культура. – Краснодар: Кубан. гос. ун-т, 2013. 260 с.
190. Ясько Б.А. Введение в организационную психологию: Учебное пособие. 2-е изд. испр. и доп. Краснодар: Изд-во Кубанского гос. ун-та, 2013. – 218 с.
191. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача: Курс лекций – Ростов-на-Дону: Феникс, 2005.
192. Ясько Б.А., Дорохова Г.В. Взаимосвязь стилевых характеристик руководителя и успешности реализации компетентностных функций подчиненными // Прикладная психология как ресурс социально-экономического развития России в условиях преодоления глобального кризиса: Мат-лы Второй межрег. научн-практ. конф. (Москва, 11-13 ноября 2010 г.) – М.: Изд-во МГУ им. М.В. Ломоносова. С. 40-42.
193. Ясько Б.А., Казарин Б.В., Камушкина Л.В. Врач-руководитель как субъект власти и менеджмента // Современные проблемы науки и образования, №2, 2010. С. 72-75.
194. Allport G. W. Personality: a psychological interpretation. NY: Holt, 1937.
195. Atkinson J.W. An Introduction to Motivation. Princeton, N.J., 1964.
196. Atkinson J.W. An Introduction to Motivation. New York, 1964.
197. Blake R.R., Mouton J.S. The managerial grid; key orientations for achieving production through people. Houston: GULF Publ. Co., 1964
198. Blake R.R., Mouton J.S. Comparative Analysis of Situationalism and 9,9 Management by Principle // Organizational Dynamics, Spring, 1982. P.20-43.
199. Blake R.R., Mouton J.S. Building a dynamic corporation through grid organization development. Reading Addison-Wesley Publ. Co., 1969.

200. Burns D. The perfectionist's script for self-defeat // *Psychology Today* – 1980. P. 34-51.
201. Ellis A. The role of irrational beliefs in perfectionism // *Perfectionism: Theory, research and treatment* / G.L. Flett, P.L. Hewitt (Eds.) – Washington, DC: American Psychological Association, 2002. P. 217-229.
202. Hamachek D. Psychodynamics of normal and neurotic perfectionism // *Psychology*. – 1978. № 15. P. 27-33.
203. Henderson S.J. Follow your bliss: A process for career happiness // *Journal of Counseling and Development*. - Summer 2000. - 78, 3. - P. 305-315
204. Hewitt P., Flett G., Blankstein K. Perfectionism and neuroticism in psychiatric patients and college student // *Personality and Individual Differences*. – 1991. P. 61-68.
205. Hosmer L.T. Trust: the connecting link between organizational theory and philosophical ethics // *The Academy of Management Review*. 1995. Vol. 20, № 2.
206. Hewitt P. L. et al. The interpersonal expression of perfection. Perfectionistic self-presentation and psychological distress // *J. Pers. and Soc. Psychol.* 2003. V. 84. N 6. P. 1303—1325.
207. Hewitt P. L., Flett G. L. The Multidimensional Perfectionism Scale: Development and validation // *Canad. Psychol.* 1989. V. 30. P. 103—109.
208. Hewitt P. L., Flett G. L. Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology // *J. Pers. and Soc. Psychol.* 1991. V. 60. N 3. P. 456—470.
209. Greenberg J., Baron R.A. *Behavior in Organizations. Understanding and Managing the Human Side of Work.* 7 ed. Upper Saddle River (New Jersey): Prentice, 2000.
210. Kahn R., Katz D. *Leadership Practices in Relation to Productivity and Morale* // *Group Dynamics: Research and Theory* / Ed. By D. Cartwright and A. Zander. 2-nd ed. Eirnsford, N.Y.: Row, Paterson, 1960..

211. Lewin K., Lippin R. An Experimental Approach to the Study of Autocracy and Democracy: A Preliminary Note // Sociometry. 1938. № 1. P. 292-380.
212. Maslow A.H., R.H. Frager Motivation Personality – Addison-Wesley Pab Co, 1987.
213. McClelland D. The achieving society. New York, 1961.
214. McGregor D. The professional manager. NY: McGregor-Hill, 1967.
215. McGowen K.R., Hart L.E.. Still different after all these years: Gender differences in professional identity formation // Professional Psychology: Research and Practice. - 1991. - № 21. - P. 118-123.
216. Reber A. S. The Penguin Dictionary of Psychology. – Penguin books: London, 1985.
217. Slaney R. The almost Perfect Scale – Revised // Measurement and Evaluation in Counseling and Development. – 2001. V. 34. № 3. – P. 130-145.
218. Stogdill R.M., Coons A.E. Leader Behavior: Its Descriptions and Measurement // Research Monograph No. 88. Columbus: Ohio State University, Bureau of Business Research, 1951.
219. Witkin H.A., Moore C.A., Goodenough D.R., Cox, P.W. Field dependent and field independent cognitive styles and their educational implications // Review of Educational Research. 1977. Vol. 47. №1.