

Изменения в проявлении военной направленности призывников по итогам формирующего эксперимента выявлялись посредством сравнения результатов исследования параметрическим методом с использованием *t*-критерия Стьюдента для независимых и парных (зависимых) выборок [4, с. 162—167]. Подтверждение влияния независимой переменной на зависимую — посредством применения однофакторного дисперсионного анализа.

Выявленные статистически значимые различия в результатах сравнения в проявлении военной направленности призывников в контрольной и экспериментальной группе позволили сделать вывод о существовании отдельных причинно-следственных связей между независимой и зависимой переменными [5, с. 456], т. е. формирование военной направленности призывников в современных информационных условиях действительно зависит от потребляемого интернет-контента посредством онлайн-ресурсов.

В частности, в рамках формирующего эксперимента подтверждена гипотеза о влиянии интернет-контента на формирование (повышение) военной направленности призывников 16—18 лет и их готовность к прохождению военной службы. За период потребления целевой мотивационной информации об армии посредством онлайн-ресурсов с октября 2020 г. по март 2021 г. у участников экспериментальной группы в определенной мере наблюдаются изменения во всех обозначенных компонентах военной направленности и связанных с ней аспектах (показатели, связанные с проявлением военной направленности у участников экспериментальной группы линейно возрастают). Наибольшему влиянию целевого интернет-контента подвержены военно-профессиональные интересы, имеющие непосредственное отношение к направленности личности.

Заключение. Исходя из полученных данных, можно заметить, что качественное решение задач по формированию (повышению) военной направленности призывников достигается путем разработки и внедрения в виртуальное пространство ряда информационных продуктов с одновременной организацией смыслового сопровождения.

Организационно необходимую деятельность в обозначенном направлении можно представить следующим образом:

- системное информационное сопровождение военно-профессиональных поводов на онлайн-ресурсах СМИ (независимо от их принадлежности), новостных сайтах, форумах, в блогах и социальных сетях;
- маркетинг в социальных сетях и Telegram-каналах, распространение мотивационного контента о службе в Вооруженных Силах с элементами фасцинации и учетом возрастных особенностей и предпочтений призывников;
- сотрудничество с блогерами, увеличение их численности за счет призывников, военнослужащих и уволенных в запас, поощрение и стимулирование их деятельности, связанной с пропагандой военной службы и передачей практического опыта.

Список цитируемых источников

1. *Семак, В. И.* Формирование военной направленности призывников с использованием возможностей Интернета / В. И. Семак // Журн. Белорус. гос. ун-та. Философия. Психология. — 2020. — № 1. — С. 32—43.
2. *Кэмпбелл, Д.* Модели экспериментов в социальной психологии и прикладных исследованиях / Д. Кэмпбелл. — СПб.: Соц.-психол. центр, 1996. — 392 с.
3. *Лапина, С. В.* Социология: учеб. пособие и практикум / С. В. Лапина. — 2-е изд., доп. — Мн.: Акад. упр. при Президенте Респ. Беларусь, 2001. — 352 с.
4. *Наследов, А. Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие / А. Д. Наследов. — СПб.: Речь, 2004. — 392 с.
5. *Общий психологический практикум: учебник / под ред. С. А. Капустина.* — СПб.: Питер, 2017. — 480 с.

УДК 159.944.4:616-051:616-036.21

А. С. Слесарева

Учреждение образования «Гомельский государственный университет имени Ф. Скорины», Гомель, Республика Беларусь

ДИСТРЕСС-СИМПТОМЫ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ПЕРВУЮ И ЧЕТВЁРТУЮ ВОЛНУ COVID-19

Введение. В условиях распространения COVID-19 национальные системы здравоохранения по всем мире испытывают серьезную нагрузку. Резкий рост числа заболевших коронавирусом выявил неготовность систем здравоохранения многих стран к работе в условиях чрезвычайной ситуации и своевременному проведению лечебных мероприятий. Большинство стран сталкивается с одинаковыми трудностями: нехваткой медицинского персонала, перегруженностью больниц, дефицитом оборудования и средств для диагностики и лечения, вынужденной приостановкой предоставления плановых услуг [1].

В некоторых странах (например, в Италии, Великобритании, Южной Корее и США) была отмечена более высокая доля тяжелых и крайне тяжелых форм заболевания, что вызвало угрозу быстрого истощения

кадровых ресурсов, а также резерва коек, запасов биомедицинских материалов и оборудования, включая средства индивидуальной защиты, тест — системы и аппараты ИВЛ. Другой важный аспект — высокий риск заражения медицинских работников в центрах первичной медико-санитарной помощи и больницах. До 10 % зарегистрированных случаев заболевания в Китае и до 9 % всех случаев заболевания в Италии приходятся на медицинских работников. В некоторых странах ЕС этот показатель достигает 26 %. Внутрибольничные вспышки в свою очередь являются важным фактором местного распространения инфекции, затрагивающим лиц пожилого возраста и иные уязвимые группы населения. Меры, которые принимаются странами в области здравоохранения в условиях возросшей на нее нагрузки, включают в себя:

- сдерживание передачи и распространения вируса (социальное дистанцирование, карантин);
- мобилизацию медицинского персонала, обеспечение доступности средств диагностики и лечения;
- предоставление достаточных площадей для оказания медицинской помощи;
- оказание психологической помощи населению [2].

Государства ищут способы усилить свои системы здравоохранения за счет увеличения числа медицинского персонала и эффективного использования его возможностей. В странах с обширным финансированием системы здравоохранения (например, Германия или Швейцария) наблюдается большое количество врачей и медсестер на душу населения. Другие страны, где финансирование остается низким, в основном располагают меньшим количеством врачей и медсестер на душу населения (например, Польша, Турция, Мексика). Поэтому их возможности по привлечению дополнительного персонала в условиях кризиса в значительной степени ограничены. В большинстве стран значительная доля медицинских работников и врачей-специалистов перепрофилирована на оказание помощи пациентам с коронавирусной инфекцией [2; 3].

Основная часть. В связи с пандемией COVID-19 деятельность медицинских работников проходит в экстремальных условиях. Специалисты переносят тяжелые физические нагрузки, текущие задачи являются испытанием профессиональных навыков. Безусловно, в этот период значительно возрастает риск профессионального выгорания, а также проявления депрессивных и тревожных расстройств, симптомов дистресса.

Эмпирическое исследование степени выраженности симптомов дистресса у медицинских работников в первую и четвертую волну пандемии COVID-19 было проведено на базе учреждения здравоохранения «Жлобинская ЦРБ». В нем приняли участие 25 медицинских работников, оказывающих помощь пациентам с COVID-19 (работавших в так называемой «красной зоне»), и 25 медицинских работников, которые не принимали участие в лечении пациентов с данным заболеванием. Возраст испытуемых составил 25—50 лет, соотношение респондентов по полу с доминированием женского 60 % и 40 %. В качестве диагностического инструментария была использована методика «Шкала оценки дистресса» («Термометр дистресса») — скрининговый инструмент, разработанный J. Holland и B. Bultz для оценки эмоционального дискомфорта у пациентов с жизнеугрожающими заболеваниями и выявления основных областей, вносящих вклад в эмоциональный дистресс.

Результаты исследования выраженности симптомов дистресса у медицинских работников оказывающих помощь пациентам с COVID-19 в первую и четвертую волну, по методике J. Holland и B. Bultz представлены в таблице 1.

Согласно данным по «шкале дистресса», представленным в таблице 1, и обработке их с помощью ϕ^* -углового преобразования Фишера, можно утверждать, что доминирующими симптомами дистресса в первую волну были «нехватка медицинских средств защиты» ($\phi^*_{\text{кд}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 3,867$ при $p \leq 0,01$), «организационные трудности» ($\phi^*_{\text{кд}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 3,222$ при $p \leq 0,01$), «информационный шум» ($\phi^*_{\text{кр}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 3,222$ при $p \leq 0,01$), «сопротивление / нежелание идти на работу» ($\phi^*_{\text{кр}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 4,55$ при $p \leq 0,01$), «несогласие с руководством / недоверие» ($\phi^*_{\text{кд}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), «злость / раздражительность» ($\phi^*_{\text{кд}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), «грусть / депрессия» ($\phi^*_{\text{кд}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$). Их значимо чаще отмечали медики, работающие с COVID-19. У медицинского персонала, не оказывающего помощь пациентам с COVID-19, статистически значимо чаще проявлялся симптом «пассивность» ($\phi^*_{\text{кр}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$).

У медицинского персонала, оказывающего помощь пациентам с COVID-19 в четвертую волну, качественная структура дистресса изменилась. Доминирующими симптомами дистресса остались «необходимость быстро осваивать непривычную работу» ($\phi^*_{\text{кр}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,604$ при $p \leq 0,01$), «информационный шум» ($\phi^*_{\text{кр}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 3,235$ при $p \leq 0,01$), «нехватка медицинских средств защиты» ($\phi^*_{\text{кр}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 3,222$ при $p \leq 0,01$), «нервозность» ($\phi^*_{\text{кр}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), возросли «одиночество / чувство изоляции» ($\phi^*_{\text{кр}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), «физический дискомфорт» ($\phi^*_{\text{кд}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), увеличилась «пассивность» ($\phi^*_{\text{кр}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), при этом ещё больше стало проявляться «агрессивное поведение пациентов» ($\phi^*_{\text{кр}} = 2,38 < \phi^*_{\text{эмп}} = 4,55$ при $p \leq 0,01$), «скука / апатия» ($\phi^*_{\text{кр}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), при этом им стало легче договариваться с руководством, снизились «организационные трудности», несколько снизилась «злость / раздражительность».

У медицинского персонала, не оказывающего помощь пациентам с COVID-19 в четвертую волну, статистически значимо чаще проявлялся симптом «скука / апатия» ($\phi^*_{\text{кр}} = 1,71 < \phi^*_{\text{эмп}} = 2,007$ при $p \leq 0,05$), так как они работают в однотипном режиме, с одним профилем пациентов, нежели их коллеги с «красной» зоны, где каждая смена разнообразная и не предсказуемая. Но стоит отметить, что у них выражены коммуникативные проблемы, отдельно с руководством и пациентами. В состоянии стресса пациенты могут использовать защитные формы поведения, протестные реакции против лечения, демонстрировать нежелание сотрудничать с медицинскими работниками. Также из-за нехватки медицинского персонала возникают конфликты по организации рабочего процесса, приходится работать сверхурочно.

Т а б л и ц а 1 — Результаты исследования степени выраженности симптомов дистресса в первую и четвёртую волну

Компонент эмоционального дистресса	Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, %		Медицинские работники, оказывающие помощь пациентам с COVID-19, %		Ф*кр = 2,38 при $p \leq 0,01$, $\Phi^*кр = 1,71$ $p \leq 0,05$		Условие		Н	
	в первую волну	в четвёртую волну	в первую волну	в четвёртую волну	в первую волну	в четвёртую волну	в первую волну	в четвёртую волну	в первую волну	в четвёртую волну
Беспокойство / тревога	56	52	44	48	0.851	0.283	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	0	0
Нервозность	60	64	40	36	1.424	2.007	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	0	1
Грусть / депрессия	64	60	36	40	2.007	1.424	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	1	0
Сопротивление / нежелание идти на работу	80	56	20	44	4.55	0.851	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$	1	0
Пассивность	36	52	64	48	2.007	0.283	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	1	0
Одиночество / чувство изоляции	52	64	48	36	0.283	2.007	$p \leq 0,5$	$p \leq 0,5$	0	1
Страх заразиться / заразить	56	52	44	48	0.851	0.283	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	0	0
Злость / раздражительность	64	56	36	44	2.007	0.851	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	1	0
Скука / апатия	52	36	48	64	0.283	2.007	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	0	1
Несогласие с руководством / недоверие	64	48	36	52	2.007	0.283	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$	1	0
Физический дискомфорт	52	64	48	36	0.283	2.007	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,05$	0	1
Организационные трудности	72	48	28	52	3.222	0.283	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,05$	1	0
Необходимость быстро осваивать непривычную работу	60	68	40	32	1.424	2.604	$p \leq 0,05$	$p \leq 0,01$	0	1
Информационный шум	72	76	28	32	3.222	3.235	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	1	1
Агрессивное поведение пациентов	64	80	36	20	2.007	4.55	$p \leq 0,5$	$p \leq 0,1$	1	1
Нехватка медицинских средств защиты	76	72	24	28	3.867	3.222	$p \leq 0,01$	$p \leq 0,01$	1	1

Заключение. Медицинский персонал, работающий в «красной зоне» с COVID-19-пациентами, в первую и четвертую волну, имеет значимо более высокий уровень эмоционального дистресса по сравнению с теми, кто напрямую не сталкивается с COVID-19. Медицинские работники, оказывавшие помощь пациентам с COVID-19, в первую волну отличаются более высокими показателями по параметрам дистресса: у них доминируют организационные и психологические компоненты, у медицинского персонала, не оказывающего помощь пациентам с COVID-19 в первую волну, значимо выражен такой психологический адаптационный по женскому типу компонент дистресса как «пассивность». Медицинский персонал, оказывающий помощь пациентам с COVID-19 в четвертую волну, отличается от первой более низкими показателями по параметрам дистресса, что может быть объяснено постепенной адаптацией к работе в экстремальных условиях.

Список цитируемых источников

1. Эпидемия коронавируса: реагирование национальных систем здравоохранения [Электронный ресурс] / Счетная палата Российской Федерации. — М., 2020. — Режим доступа: <https://ach.gov.ru/upload/pdf/Covid-19-health-fin.pdf>. — Дата доступа: 01.05.2022.
2. Пандемия нового коронавирусного заболевания 2019 г. (COVID-19): рост передачи в ЕС / ЕЭЗ и Великобритании — шестое обновление — 12 марта 2020 г. [Электронный ресурс] / Европейский центр профилактики и контроля заболеваний. — Стокгольм, 2020. — Режим доступа: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-novel-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-increased#no-link>. — Дата доступа: 28.04.2022.
3. Payne, A. Spain has nationalized all of its private hospitals as the country goes into coronavirus lockdown [Electronic resource] / A. Payne // Arab Reform Initiative. — 2020. — 10th April. — URL: <https://www.arab-reform.net/publication/after-the-pandemic-reimagining-the-role-of-state-and-non-state-actors-in-rebuilding-national-health-systems-in-the-arab-world/> — Data of access: 27.04.2022.

УДК 159.9.075

А. В. Солдатенко

Учреждение образования «Барановичский государственный университет», Барановичи, Республика Беларусь

КЛАССИФИКАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МОТИВАЦИИ В СОВРЕМЕННЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Введение. В настоящее время понятие мотивации раскрывается как стержень личности с ее направленностью, ценностными ориентациями, установками, социальными ожиданиями, притязаниями, эмоциями, волевыми качествами, а также потребностями, мотивами, интересами, стремлениями, целями, влечениями, идеалами [1, с. 136].

Мотив выступает побуждением к деятельности, определяет направленность личности, выступает движущей силой выбора сознательных поступков и поведения индивида.

Актуальность развития и выявления мотивов объясняется их важной ролью в раскрытия отдельных граней и углубленного понимания процессов мотивации, оказывающих влияние на обучаемость, обстановку в коллективе и самооценку.

Основная часть. В современной психологии классификацию мотивации следует рассматривать как совокупность факторов или мотивов и как динамичное образование или процесс.

Внутренние или внешние причины (мотивы) поступков индивида лежат в основе разделения мотивации на внутреннюю и внешнюю, по П. Н. Шишкородова и А. Маслоу.

Согласно П. Н. Шишкородову, внутренняя (интринсивная) мотивация связана с получением удовлетворения от объекта или деятельности. Внутренняя мотивация проявляется через интерес. Имея интерес в чем-либо, человек легко мотивируется. Внешняя (экстринсивная) мотивация опирается на внешние обстоятельства, бывает положительной (стремление к успеху) и отрицательной (избегание неудачи) [1, с. 215].

Мотивация саморазвития, по А. Маслоу [2, с. 103], основана на таких базовых человеческих потребностях, как физиологические (сон, еда, убежище); потребность в безопасности, социальном обеспечении; потребность в общении, уважении и признании, в т.ч. самоуважении, гордость за свои успехи, признание окружающими; самореализация и личностный рост.

Мотивацию достижения описывают в своих работах Г. Мюррей, Т. О. Гордеева и М. Ш. Магомед-Эминов. Г. Мюррей выделяет мотивацию достижения успеха как умение «преодолевать препятствия, увеличивать свое самоуважение, превосходя себя» [3, с. 410]; Т. О. Гордеева указывает на мотивацию из «стремления сделать что-то как можно лучше и/или быстрее, совершить прогресс» [4, с. 254]; М. Ш. Магомед-Эминов разграничивает мотивацию достижения на актуализацию, селекцию, реализацию и постреализацию с мотивом стремления выполнить дело мастерски [1, с. 231].

Вопросами учебной мотивации как частного вида мотивации занимаются отечественные исследователи А. К. Маркова, Е. Ю. Петяева, Т. И. Лях [5, с. 145]. По А. К. Марковой, учебная мотивация определяет успешность студента и становление личности будущего специалиста; согласно Е. Ю. Петяевой, мотивация заданного учения актуальна при трудностях самостоятельной направленности и взаимодействия с другими.