

**Вильковская Ольга Дмитриевна**

руководитель

АНО ДПО «Академия «Пять призм»

г. Санкт-Петербург

**Николаева Елена Владимировна**

бизнес-коуч

АНО ДПО «Академия «Пять призм»

г. Санкт-Петербург

**Тютрин Павел Сергеевич**

менеджер

Региональная общественная организация инвалидов «Перспектива»

г. Москва

DOI 10.31483/r-156411

## **ДИНАМИКА САМОЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ (ОВЗ) В ХОДЕ ПРОХОЖДЕНИЯ ПРОГРАММЫ КОУЧИНГА ДЛЯ РЕШЕНИЯ КАРЬЕРНЫХ ЗАПРОСОВ**

***Аннотация:** в статье представлены результаты эмпирического исследования динамики общей самоэффективности людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ, смешанные нозологии,  $N = 25$ ) в ходе прохождения индивидуальной коучинговой программы, направленной на решение карьерных задач. Программа реализована Центром организации и сопровождения научных исследований АНО ДПО «Академия «Пять призм» совместно с РООИ «Перспектива» и включала 4 сессии по 60 минут. В качестве диагностического инструмента применялась Шкала общей самоэффективности Шварцера-Ерусалема (адаптация Ромека, 1996). Использован одногрупповой пре-посттестный дизайн; статистический анализ включал критерий Шапиро-Уилка, критерий Вилкоксона для связанных выборок, оценку размера эффекта (коэффициент Коэна  $d$ ,  $r$ ) и корреляционный анализ Спирмена. Результаты: зафиксирован высокозначимый рост среднего балла самоэффективности с 29,80 до 32,80 ( $\Delta = +3,00$ ;  $p < 0,001$ ;*

коэффициент Коэна  $d = 0,829$ ;  $r = 0,743$  – большой эффект). Доля участников с высоким уровнем самооффективности увеличилась с 4% до 32%; улучшение зафиксировано у 72% участников. Динамика не связана с возрастом и исходным уровнем самооффективности, что указывает на универсальность вмешательства. Сделан вывод о коучинге как доказательно эффективном инструменте повышения самооффективности людей с ОВЗ в карьерном контексте.

**Ключевые слова:** самооффективность, ОВЗ, коучинг, карьера, трудоустройство, программа коучинга, эффективность коучинга.

Благодарность выражается коучам Центра карьеры АНО ДПО «Академия «Пять призм»: Ахметовой Венере Наилловне, Вабровой Елене Сергеевне, Волковой Наталье Юрьевне, Гончаровой Марии Владимировне, Гостевой Елизавете Павловне, Егоровой Юлии Александровне, Клочковой Елене Александровне, Марковой Елене Владимировне, Мироновой Любове Алексеевне, Мусич Елене Александровне, Нефедовичу Андрею Васильевичу, Ремесловой Анастасии Александровне, Садыковой Марии Андреевне, Фильчуковой Светлане Михайловне, Харевой Анастасии Андреевне.

*Введение.*

Проблема социальной и профессиональной интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) сохраняет высокую актуальность в современной России. По данным Социального фонда России на «31» декабря 2025 года в стране зарегистрировано 11 206 360 человек с инвалидностью – 7,7% от общей численности населения. По данным заместителя министра труда и социальной защиты Дмитрий Платыгин, озвученным на заседании совета по делам инвалидов при Совете Федерации РФ на 1 марта 2025 года численность инвалидов трудоспособного возраста составляла порядка 4,3 млн человек. Из них работает 1,2 млн, это 28,6% [3].

Наряду с внешними барьерами (дискриминация, недоступная среда, недостаточное квотирование) существенную роль играют психологические – социальная пассивность, заниженная самооценка, страх неудачи. Именно эта группа

факторов является зоной ответственности психологии и коучинга. В статье и проведенном исследовании авторы рассматривают самоэффективность, как опосредующий конструкт, связывающий психологическое состояние и профессиональную активность людей с ОВЗ.

*Теоретические основы.*

Самоэффективность – убежденность человека в своей способности организовывать и осуществлять действия, необходимые для достижения цели (Бандура, 1977) [5]. Концепт задаче-специфичен и не сводится к самооценке или локусу контроля. Бандура описывает четыре источника самоэффективности: личный опыт достижений (базируется на личном опыте овладения навыками); косвенный опыт (наблюдение за тем, как другие справляются с ситуациями); вербальное убеждение (убеждение с помощью внушения); эмоциональное возбуждение или физиологические состояния (сильное возбуждение обычно мешает деятельности, люди чаще ожидают успеха, когда они не охвачены неприятным возбуждением, чем когда они напряжены и взволнованы). Самоэффективность определяет: изменение поведения (рост самоэффективности напрямую коррелирует с улучшением результатов деятельности и снижением избегающего поведения); устранение страхов и защитных реакций (успешное преодоление субъективно пугающих ситуаций через опыт укрепляет чувство эффективности и ведет к исчезновению защитного поведения); генерализация навыков (повышенная самоэффективность, полученная в одной ситуации, часто распространяется (генерализуется) на другие сферы деятельности); устойчивость к стрессу (люди с высокой самоэффективностью менее склонны к возникновению пугающих мыслей и снижают свою подверженность тревожному самовозбуждению в стрессовых условиях); самоподкрепление (успешное выполнение действий без посторонней помощи дополнительно подтверждает личную компетентность и еще больше усиливает ожидания) [5].

*Самоэффективность людей с ограниченными возможностями здоровья.*

Для людей с ОВЗ самоэффективность выступает медиатором между степенью ограничения и жизненными результатами. Так, например в 1970-х годах

понятие самоэффективности, обозначающее степень уверенности человека в том, что он способен выполнить определенное действие, впервые было упомянуто как потенциальный фактор, влияющий на исход заболевания, также был представлен обзор результатов исследований за 35 лет, в котором сделан вывод об устойчивой связи между самоэффективностью, болью и инвалидностью при артрите [10]. В другом исследовании подтверждается гипотеза о том, что самоэффективность при падении (пожилых людей) опосредует влияние страха падения, самоэффективность при этом рассматривается как фактор, влияющий на связь между страхом падения и функциональными возможностями у пожилых людей [8]. Исследование пациентов, перенесших инсульт и их реабилитации, подтверждает, что повышение самоэффективности в процессе реабилитации может помочь врачам добиться лучших функциональных результатов, в том числе снизить уровень депрессии [14]. Также были проведены исследования опосредующего влияния самоэффективности на взаимосвязь между способностью к самообслуживанию и уровнем инвалидности у пожилых пациентов с хроническими заболеваниями, сделан вывод, что самоэффективность частично опосредует взаимосвязь между способностью к самообслуживанию и инвалидностью у пожилых пациентов с хроническими заболеваниями [15].

Авторы статьи также проанализировали имеющиеся публикации о сопровождение людей с ОВЗ в том числе для решения карьерных и профессиональных вопросов и ранее проведенные исследования в этой области. Так в теме социальной поддержки и ее влияния на самоэффективность предпринимателей с ОВЗ есть исследования, которые подтверждают, что организации, оказывающие услуги людям с ограниченными возможностями, существенно влияют на самоэффективность, а программы с высоким качеством услуг положительно влияют на самоэффективность, снижая при этом воспринимаемые ими барьеры [13]. Систематический обзор, проведенный на основе 6176 исследований, подтверждает, что найм людей с ОВЗ имеет ряд преимуществ (повышение прибыльности, конкурентные преимущества, инклюзивность корпоративной культуры) [9].

Приведенные исследования демонстрируют, что самоэффективность является ресурсом адаптации людей с ОВЗ в различных сферах жизни, в том числе профессиональной самореализации. Это подтверждает обоснованность выбора самоэффективности в качестве целевого конструкта коучинговой программы, описываемой в настоящем исследовании, и указывает на потенциал направленных интервенций в данной области.

#### *Коучинг и самоэффективность.*

Коучинг статистически значительно повышает уровень самоэффективности как в бизнес-среде, так и в сфере здравоохранения. Мета-анализы подтверждают, что психологически обоснованные подходы (например, когнитивно-поведенческий коучинг) дают наиболее устойчивые результаты [7; 11]. Исследование на финансовых советниках ( $n = 122$ ) продемонстрировало, что менеджерский коучинг может повышать самоэффективность сотрудников, что в свою очередь опосредует влияние коучинга на результаты работы [6]. Связь между коучинговой интервенцией и ростом самоэффективности подтверждается и отечественными исследованиями. В частности, эмпирически обоснована эффективность группового когнитивно-поведенческого коучинга руководителей среднего звена с использованием метода «Серьёзной игры в Лего», сравнение результатов начальной и итоговой диагностики самоэффективности в экспериментальной ( $n = 33$ ) и контрольной ( $n = 20$ ) группах выявило значимое повышение её уровня у участников коучинга ( $p < 0,05$ ), причём рост зафиксирован по всем критериям вне зависимости от отношения участников к содержанию программы [1].

#### *Цель и гипотезы исследования.*

*Цель:* изучить динамику общей самоэффективности людей с ОВЗ при проведении индивидуальной коучинговой программы (карьерный контекст) и оценить статистическую и практическую значимость изменений.

*Объект:* самоэффективность людей с ОВЗ трудоспособного возраста.

*Предмет:* динамика самоэффективности в процессе коучинга.

Исследовательские гипотезы:  $H_1$  – прохождение коучинга сопровождается значимым ростом самоэффективности ( $p < 0,05$ );  $H_2$  – размер эффекта  $\geq 0,5$

(умеренный или большой по Коэну); Н<sub>3</sub> – доля высокого уровня возрастёт; Н<sub>4</sub> (нулевая) – динамика самооффективности не связана с возрастом и исходным баллом.

*Описание программы коучинга.*

Программа разработана АНО ДПО «Академия «Пять призм» для работы с подопечными региональной общественной организации инвалидов «Перспектива». *Цель программы коучинга* – повышение самооффективности подопечных фонда (людей с ОВЗ) в контексте карьеры и трудоустройства. Для людей с ОВЗ чья самооффективность может быть занижена вследствие барьеров и отказов, её развитие является фундаментом профессиональной интеграции.

*Структура программы коучинга и обоснование инструментов, включенных в программу.*

Программа коучинга включает 4 сессии по 60 минут. Перед началом и после окончания коучинга участники исследования заполняли опросник самооффективности. Программа составлена таким образом, что реализует принцип нарастающей глубины: диагностика, целеполагание, работа с ценностями, интеграция.

*Сессия 1. Колесо жизненного баланса:* визуальная структурированность снижает тревогу при первом контакте с коучем (большинство участников исследования не были знакомы с коучингом до участия в описанной программе); выявляет сферы, в которых человек уже успешен – для людей с ОВЗ это корректирующее переживание, закладывающее основу роста самооффективности.

*Сессия 2. Модель TGROW:* классическая коучинговая модель GROW (Дж. Уитмор) с добавлением этапа «Т» (Тема) прояснить карьерный контекст, переплетённый с вопросами здоровья, прежде чем ставить цель. Недирективность в коучинге формирует опыт автономии и самостоятельности при принятии решений. В данной сессии коучам также была предложена к использованию по необходимости модель *ABC-модель* (А. Эллис), которая работает с ограничивающими убеждениями.

*Сессия 3. Анализ ценностей:* переводит фокус с ограничений на смыслы профессиональной деятельности и реализации.

*Сессия 4. Окно Джохари (Д. Лафт и Х. Ингам):* зона «Слепого пятна» особенно важна к рассмотрению для людей с ОВЗ, позволяет рассмотреть имеющиеся ранее не отмеченные и неиспользуемые ресурсы для дальнейшего решения карьерных запросов.

*Методология исследования.*

*Участники.*

*25 человек с ОВЗ смешанных нозологий* (подопечные РООИ «Перспектива»): 21 женщина (84%), 4 мужчины (16%); возраст  $M = 35,3$  ( $SD = 7,2$ ), диапазон 23–51 год. Все завершили полный цикл из 4 сессий, прошли диагностику по Шкале общей самооффективности до и после коучинга.

*Нозологический состав экспериментальной группы.*

Экспериментальная группа отличалась выраженной гетерогенностью нозологий. Выборка включала четыре нозологические категории.

1. *Нарушения зрения: 15 человек (60,0%),* из которых 13 имели I группу инвалидности, 1 – II группу и 1 – III группу. Преобладание лиц с I группой указывает на значительную степень зрительных ограничений у большинства участников данной категории.

2. *Детский церебральный паралич (ДЦП)* был представлен у 3 участников (12,0%): двое – со II группой, один – с III группой инвалидности.

3. *Заболевания опорно-двигательного аппарата* также охватывали 3 человека (12,0%) с разными группами инвалидности: I, II и III соответственно.

4. *Общие соматические заболевания* (заболевания внутренних органов и систем) были зафиксированы у 3 участников (12,0%), все – с III группой инвалидности.

5. *Нарушения слуха* были представлены 1 участником (4,0%) – с III группой инвалидности.

По группам инвалидности выборка распределилась следующим образом: I группа – 14 человек (56,0%), II группа – 4 человека (16,0%), III группа – 7 человек (28,0%). Таким образом, несмотря на доминирование нарушений зрения, в выборке были представлены все основные категории инвалидности по

нозологическому основанию, что обеспечивает содержательную гетерогенность группы и ограничивает возможность нозологически специфических выводов.

*Диагностический инструментарий.*

Шкала общей самооффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема (адаптация В. Ромека, 1996) [4]. Шкала предназначена для измерения субъективного ощущения личностной эффективности.

*Дизайн исследования.*

Исследование выполнено в однокрупном дизайне. Первый срез проводился до начала интервенции (до 1-й сессии), второй – после завершения (после 4-й сессии). Изменения показателей рассчитывались как разность значений ( $\Delta = \text{Срез 2} - \text{Срез 1}$ ).

*Результаты.*

*Описательная статистика.*

*Состояние до коучинга:*

среднее значение (M): 29,80 баллов, что соответствует среднему уровню самооффективности по нормам методики, при этом располагается ближе к нижней границе среднего диапазона (27–35 баллов). Стандартное отклонение (SD): 3,97 – указывает на умеренный разброс результатов вокруг среднего значения. Медиана: 30,0 баллов – совпадает с средним уровнем группы, подтверждая относительно симметричное распределение данных. Уровень участников можно охарактеризовать как средний, с тенденцией к нижней границе оптимального диапазона.

*Состояние после коучинга:*

среднее значение (M): 32,80 баллов – рост на 3 балла по сравнению с исходным уровнем, что составляет около 10% от начального результата. Это существенное улучшение в рамках шкалы 0–40. Стандартное отклонение (SD): 4,26 – незначительное увеличение разброса, что может быть связано с разной скоростью усвоения материала участниками. Медиана: 33,0 баллов – синхронно с ростом среднего значения, подтверждает устойчивость положительной динамики.

*Динамика изменений (прирост  $\Delta$ ):*

средний прирост: +3,00 балла (рассчитано как 32,80 – 29,80). Медианный прирост: также +3,0 балла – совпадение среднего и медианного прироста указывает на однородность улучшений в группе. Диапазон приростов: от -2 до +16 баллов – отражает индивидуальную вариативность: -2 балла: у небольшого числа участников результат снизился (возможно, из-за внешних факторов или особенностей восприятия коучинга); +16 баллов: максимальный рост, демонстрирует потенциал развития для отдельных участников.

Таблица 1

## Описательная статистика (N = 25)

Показатель	M	SD	Медиана	Min	Max	Q1	Q3
Срез 1 (до)	29,80	3,97	30,0	20	37	27,0	33,0
Срез 2 (после)	32,80	4,26	33,0	21	39	30,0	36,0
Динамика $\Delta$	3,00	3,62	3,0	-2	+16	0,0	5,0

Нормальность распределения проверялась с помощью критерия Шапиро-Уилка [12]. Значимость изменений оценивалась с использованием критерия Вилкоксона для связанных выборок [16] (основной), а также парного t-критерия Стьюдента (дополнительный). Размер эффекта рассчитывался как  $r = |Z| / \sqrt{N}$  и коэффициент Коэна  $d = M_{\Delta} / SD_{\Delta}$  [16]. Корреляции оценивались с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена ( $r_s$ ). Выбросы определялись с использованием межквартильного размаха (IQR). Уровень значимости принимался равным  $\alpha = 0.05$ .

Значимость и размер эффекта.

Критерий Вилкоксона:  $T = 12,0$ ;  $Z = -3,72$ ;  $p < .001$  (двусторонний).  $H_1$  подтверждена. Парный t-критерий:  $t(24) = -4,15$ ;  $p < .001$ . Согласованность двух критериев повышает надёжность.

Размер эффекта:  $r = 0,743$  (большой,  $r > 0,5$ ) [16]; коэффициент Коэна  $d = 0,829$  (большой,  $d > 0,8$ ) [16].  $H_2$  подтверждена.

Таблица 2

## Проверка значимости изменений

Критерий	Статистика	p	r / d	Эффект
Вилкоксон (осн.)	T = 12,0; Z = -3,72	<.001	r = 0,743	Большой
Парный t (доп.)	t(24) = -4,15	<.001	d = 0,829	Большой

### *Уровни самооффективности.*

После коучинга доля высокого уровня выросла с 4% до 32% (+28 п.п.). Н<sub>4</sub> подтверждена. 8 участников перешли на более высокий уровень (7: средний→высокий; 1: низкий→высокий). Снижение доли среднего уровня (84%→60%) – следствие перехода, а не ухудшения.

Таблица 3

### Уровни самооффективности до и после коучинга

Уровень	Срез 1 n	Срез 1%	Срез 2 n	Срез 2%	Δ п.п.
Низкий (< 27)	3	12%	2	8%	-4
Средний (27–35)	21	84%	15	60%	-24
Высокий (> 35)	1	4%	8	32%	+28
Итого	25	100%	25	100%	-

### *Индивидуальные изменения, пол, корреляции, выбросы.*

*Направление:* 72% (n = 18) – улучшение (+1 до +16 баллов); 12% (n=3) – стабильность; 16% (n = 4) – снижение (-1...-2 балла, клинически несущественно, уровень не меняется). Вмешательство безопасно.

*Пол:* женщины (n=21):  $M_{\Delta} = +2,95$  (p <.001); мужчины (n=4):  $M_{\Delta} = +3,25$  (без проверки ввиду n). Корреляции:  $r_s(\text{возраст}, \Delta) = -0,197$ ; p = .346;  $r_s(\text{Срез 1}, \Delta) = -0,112$ ; p = .594. Н<sub>4</sub> подтверждена – эффект универсален.

*Выброс (IQR):* 1 наблюдение –  $\Delta = +16$  (Срез 1 = 20, Срез 2 = 36, низкий→высокий). Анализ чувствительности: без данного участника p <.001 сохраняется.

### *Визуализация.*

На рисунках 1–6 представлена комплексная визуализация: средние  $M \pm SD$ ; индивидуальные траектории; гистограмма  $\Delta$ ; уровневое распределение; диаграммы рассеяния (возраст и исходный балл vs.  $\Delta$ ).

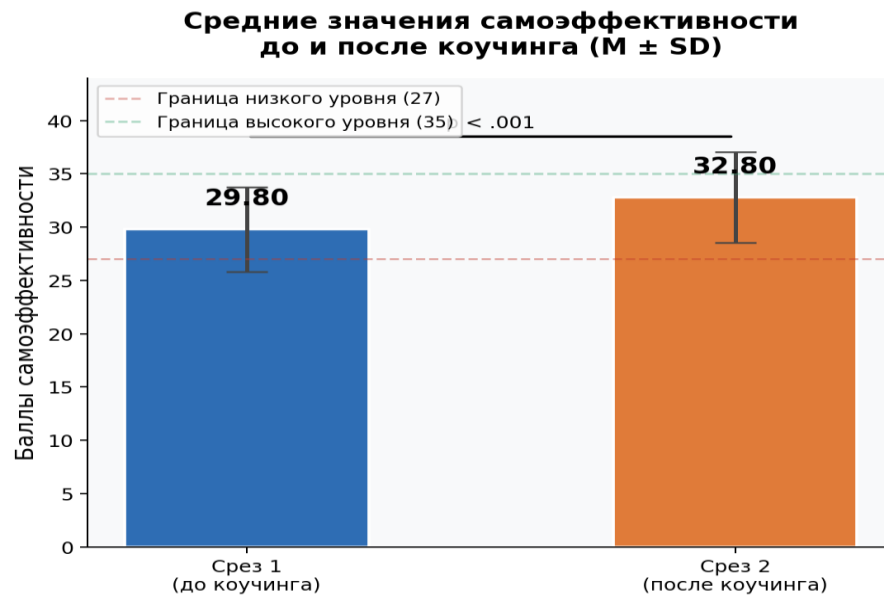


Рис. 1. Динамика средних значений самооффективности до и после коучинга (M ± SD)

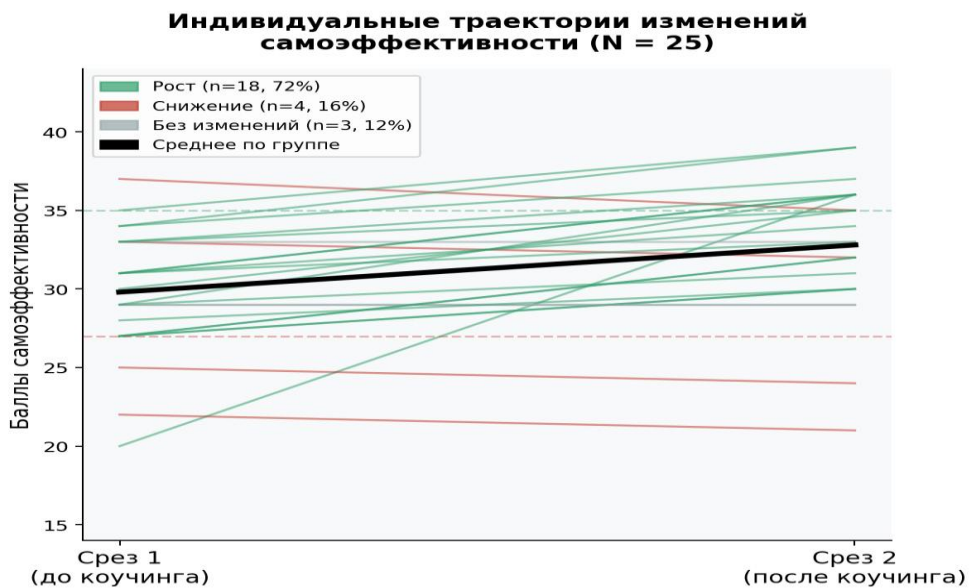


Рис. 2. Индивидуальные траектории изменения самооффективности в результате коучинга (N = 25)

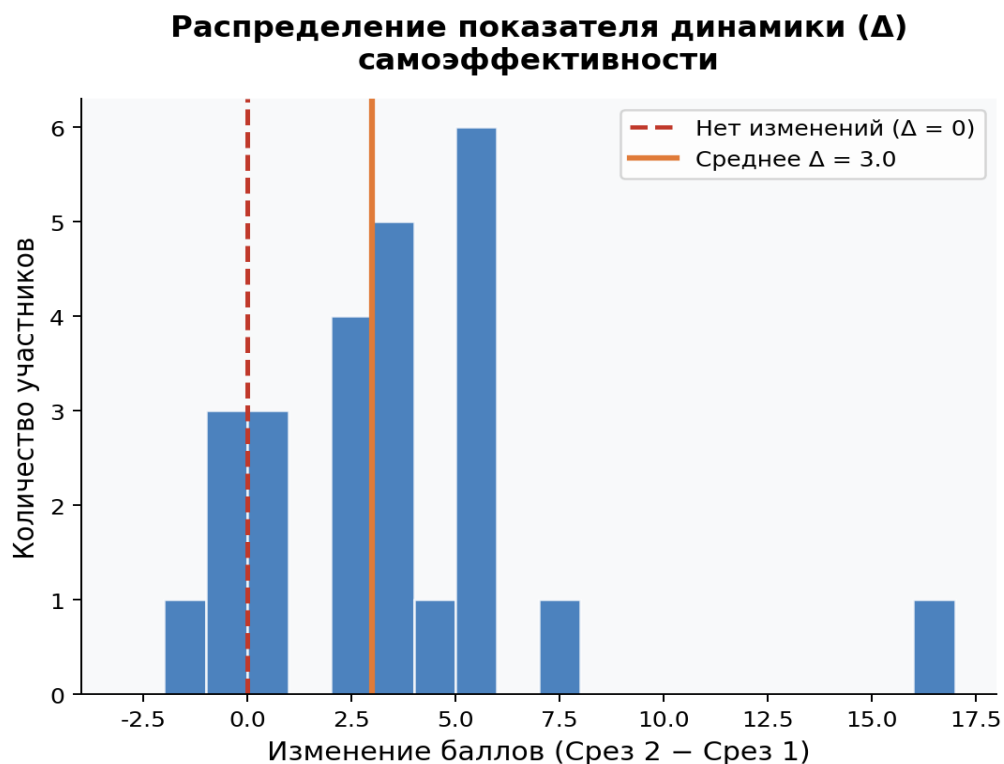


Рис. 3. Гистограмма распределения динамики самоэффективности ( $\Delta$ ) среди участников исследования

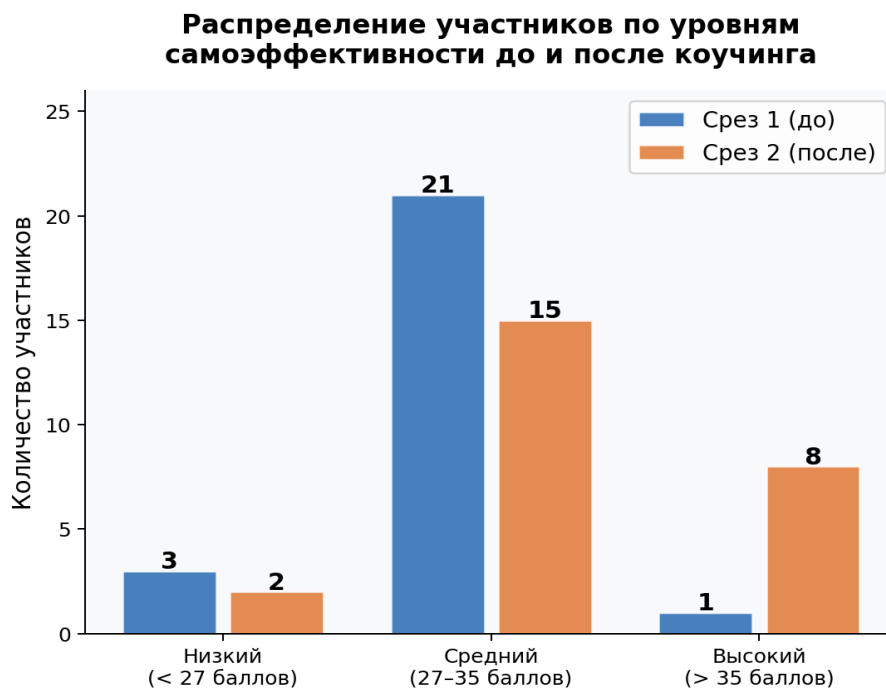


Рис. 4. Сравнительный анализ уровней самоэффективности (срез 1 – срез 2): распределение участников

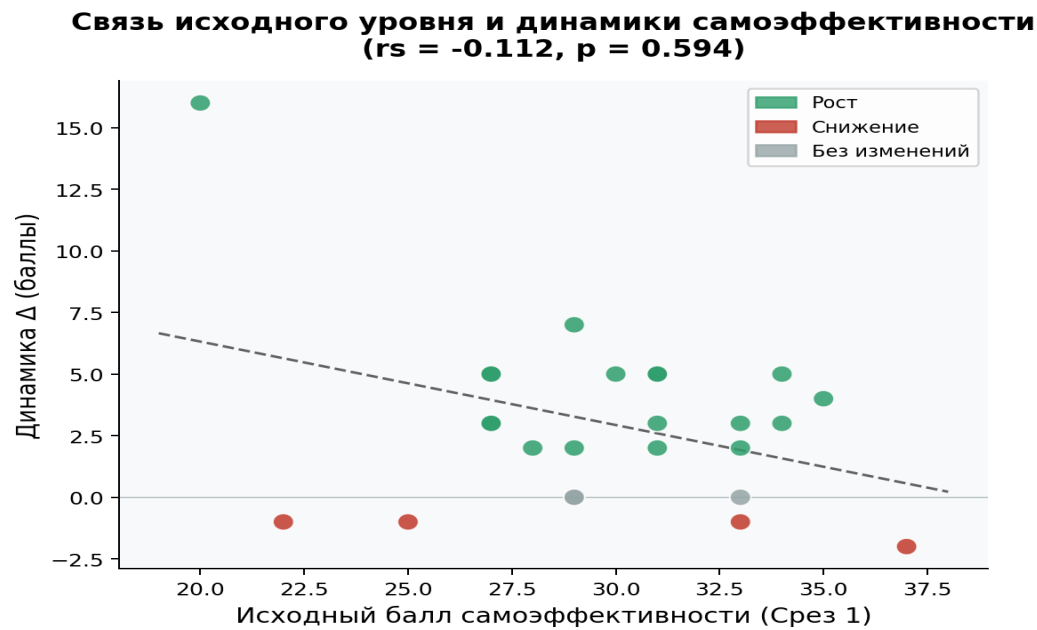


Рис. 5. Анализ связи исходного уровня самооэффективности (срез 1) с динамикой её изменения ( $\Delta$ ),  $r_s = -0.112$ ,  $p = 0.594$

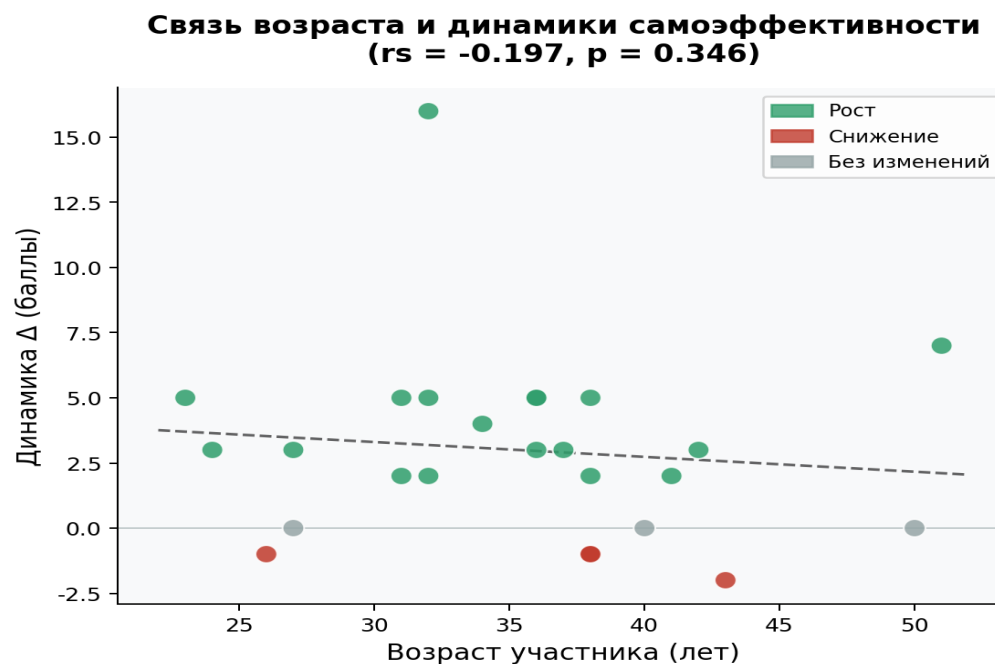


Рис. 6. Корреляционный анализ связи возраста участников с динамикой самооэффективности ( $r_s = -0.197$ ,  $p = 0.346$ )

Авторами была дополнительно проанализирована динамика по отдельным утверждениям Шкалы общей самооэффективности. Все 10 утверждений шкалы продемонстрировали положительную динамику суммарных баллов по группе,

что подтверждает системный характер роста самооффективности, а не изменение по отдельным аспектам. Диапазон прироста составил от 6 до 9 баллов, что отражает устойчивую и равномерную тенденцию.

До начала коучинга наименьшие суммарные баллы зафиксированы по утверждениям 3 («Мне довольно просто удаётся достичь своих целей») и 4 («В неожиданных ситуациях я всегда знаю, как я должен себя вести») – по 63 балла каждое. Оба утверждения описывают *спонтанную компетентность* – лёгкость достижения и уверенность в непредвиденных обстоятельствах. Это может быть закономерно для людей с ОВЗ, так как именно непредсказуемые ситуации и ощущение простоты достижения целей наиболее уязвимы при систематическом опыте барьеров и ограничений. Наиболее высокие исходные баллы получили утверждения 1 («Если я как следует постараюсь, то всегда найду решение сложным проблемам») и 6 («Если я приложу достаточно усилий, то смогу справиться с большинством проблем») – по 83 балла. Оба утверждения описывают *усилие-обусловленную* эффективность, веру в то, что при достаточном старании результат достигим. Это свидетельствует о том, что участники изначально обладали достаточно высоким уровнем трудовой настойчивости и волевой установки, то есть ресурсом, на котором коучинг мог опереться и продолжать развивать.

Наибольший прирост зафиксирован по утверждению 7–9 баллов: «Я готов/а к любым трудностям, поскольку полагаюсь на собственные способности». Это утверждение наиболее прямо операционализирует ядро конструкта самооффективности по Бандуре – веру в собственные способности как таковые, вне зависимости от конкретной задачи. Максимальный прирост именно по этому пункту указывает на то, что коучинг воздействовал на фундаментальный уровень убеждений, а не только на ситуативную уверенность. На 8 баллов выросли показатели по четырем утверждениям (1, 3, 4, 6), из которых особого внимания заслуживают пункты 3 и 4. Несмотря на самый низкий исходный уровень, именно эти утверждения показали один из наибольших приростов – то есть коучинг оказался особенно результативен именно в тех зонах, где самооффективность участников была наиболее уязвима.

Минимальное изменение зафиксировано по утверждению 8 – 6 баллов: «Если передо мной встаёт какая-либо проблема, то я обычно нахожу несколько вариантов её решения». Генерация множественных решений – более когнитивно-технический навык, формирование которого требует, по всей видимости, более длительного или специально структурированного вмешательства, что может стать направлением для развития долгосрочной коучинговой программы.

Таким образом динамика самоэффективности носит системный и равномерный характер – охватывает все 10 компонентов шкалы. Наибольший сдвиг произошёл в утверждениях, отражающих опору на собственные способности и уверенность в непредвиденных ситуациях – именно те аспекты, которые наиболее уязвимы при ОВЗ и непосредственно связаны с готовностью к трудоустройству.

#### *Выводы.*

Все четыре *исследовательских гипотезы подтверждены*. Коучинговая программа, состоящая из 4 сессий, обеспечила высокозначимый и практически значимый рост самоэффективности у людей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ).

Рост самоэффективности в карьерном контексте напрямую связан с трудовыми результатами, что имеет критическое значение, учитывая уровень занятости людей с ОВЗ.

#### *Ограничения исследования.*

1. Одногрупповой дизайн исследования не исключает альтернативных объяснений (эффект тестирования, влияние времени, исторические факторы).
2. Объём выборки ( $N = 25$ ) ограничивает мощность подгрупповых анализов.
3. Гетерогенность нозологий в выборке.
4. Преобладание участников женского пола (84%) требует осторожности при интерпретации гендерных выводов.

#### *Авторы предлагают:*

– рассматривать доказанную эффективность четырёхсессионного коучингового вмешательства ( $d = 0,829$ ) как основание для включения данного протокола в стандарты профессиональной реабилитации людей с ОВЗ на уровне

государственной политики, акцентируя его высокую эффективность в условиях ограниченного финансирования реабилитационных программ;

– использовать доказанную независимость эффекта от возраста и исходного уровня самоэффективности участников как аргумент в пользу широкого внедрения программы без предварительного психологического отбора клиентов, что существенно снижает организационные барьеры для её масштабирования;

– применять выявленную структуру дефицитов самоэффективности – сниженной ситуативной уверенности при сохранной волевой установке – в качестве диагностического ориентира для HR-специалистов и работодателей при проектировании систем адаптации сотрудников с инвалидностью в рамках политики инклюзивного найма;

– включить верифицированный протокол программы в учебные планы подготовки коучей, психологов-реабилитологов и специалистов по сопровождению занятости как воспроизводимый инструмент с доказанной результативностью.

### *Список литературы*

1. Зубова Ю.К. Самоэффективность участников как критерий оценки результата группового когнитивно-поведенческого коучинга руководителей / Ю.К. Зубова // Организационная психология. – 2025. – Т. 15. №2. – С. 124–144. – DOI 10.17323/2312-5942-2025-15-2-124-144. – EDN XOCGTI.

2. Социальный фонд России. Статистические данные по регионам за 2025 год. – URL: <https://sfr.gov.ru/> (дата обращения: 24.03.2026).

3. ТАСС. Минтруд: 1,2 млн россиян с инвалидностью трудоустроены. – URL: <https://tass.ru/obschestvo/23701363> (дата обращения: 24.03.2026).

4. Шварцер Р. Русская версия шкалы общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема / Р. Шварцер, М. Ерусалем, В. Ромек // Иностранная психология. – 1996. – №7. – С. 71–77. EDN VLYGQL

5. Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change // Psychological Review. 1977. Vol. 84. No. 2. Pp. 191–215. URL:

<https://dradamvolungis.com/wp-content/uploads/2011/06/self-efficacy-unifying-theory-of-behavioral-change-bandura-1977.pdf> (дата обращения: 24.03.2026).

6. E. de Haan A.M. Grant, Y. Burger, Eriksson P.-O. A large-scale study of executive and workplace coaching: The relative contributions of relationship, personality match, and self-efficacy. *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. Sept. 2016. Vol. 68. No. 3. Pp. 189–207. doi: 10.1037/CPB0000058

7. K. R. Boehmer [et al.]. The impact of health and wellness coaching on patient-important outcomes in chronic illness care: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*. Sept. 2023. Vol. 117. Pp. 107975–107975. doi: 10.1016/j.pec.2023.107975. EDN PJPINH

8. Li F., McAuley E., Fisher K.J., Harmer P., Chaumeton N., Wilson N.L. Self-efficacy as a mediator between fear of falling and functional ability in the elderly // *Journal of Aging and Health*. 2002. Vol. 14. No. 4. Pp. 452–466. DOI: 10.1177/089826402237178. EDN JMZKKX

9. Lindsay S., Cagliostro E., Albarico M., Mortaji N., Karon L. A systematic review of the benefits of hiring people with disabilities // *Journal of Occupational Rehabilitation*. 2018. Vol. 28. No. 4. Pp. 634–655. DOI: 10.1007/s10926-018-9756-z. EDN FLZWRP

10. Marks R. Self-efficacy and arthritis disability: An updated synthesis of the evidence base and its relevance to optimal patient care // *Health Psychology Open*. 2014. Vol. 1. No. 1. Article 2055102914564582. DOI: 10.1177/2055102914564582. – PMID: 28070346.

11. Q.Wang Y.-L. Lai X. Xu, McDowall A. The effectiveness of workplace coaching: a meta-analysis of contemporary psychologically informed coaching approaches. June 2021. doi: 10.1108/JWAM-04-2021-0030.

12. Shapiro S. S., Wilk M. B. An analysis of variance test for normality (complete samples) // *Biometrika*. 1965. Vol. 52. No. 3–4. Pp. 591–611. EDN ILOOED

13. Tihic M. (2021). Social support and its effects on self-efficacy among entrepreneurs with disabilities. *Journal of Business Venturing Insights*, 16. <https://doi.org/10.1016/J.JBVI.2021.E00279>. EDN JCETII

14. Torrisi M., De Cola M.C., Buda A., Carioti L., Scaltrito M.V., Bramanti P., Manuli A., De Luca R., Calabrò R.S. Self-efficacy, poststroke depression, and rehabilitation outcomes: is there a correlation? // *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*. 2018. Vol. 27. No. 11. Pp. 3208–3211. DOI: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2018.07.021. EDN CZXPUU

15. Wang T., Wang S., Wu N., Liu Y. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between self-care ability and disability level in older adult patients with chronic diseases // *Frontiers in Public Health*. 2024. Vol. 12. Article 1442102. DOI: 10.3389/fpubh.2024.1442102. EDN SGZYSP

16. Wilcoxon F. Individual comparisons by ranking methods // *Biometrics Bulletin*. 1945. Vol. 1. No. 6. Pp. 80–83.