

11. Организация психологического обеспечения деятельности сотрудников органов внутренних дел в экстремальных условиях : метод. пособие / под ред. В.М. Бурыкина. – М. : ГУК МВД России, 2004. – 240 с.
12. Профессиональный психологический отбор женщин, поступающих на военную службу / В.В. Юсупов, Р.Х. Кузина, В.И. Евдокимов, О.В. Перфилова // Вестн. психотерапии. – 2008. – № 25 (30). – С. 84–93.

УДК 159.9 : 614.23

В.Е. Ироносов, С.А. Лытаев, Ю.С. Александрович

**МОТИВАЦИОННАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ
АНЕСТЕЗИОЛОГА-РЕАНИМАТОЛОГА И ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ПРИ РАЗЛИЧНОМ УРОВНЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ**

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Изучена профессиональная направленность анестезиологов-реаниматологов. Данный показатель исследовался в зависимости от уровня нервно-психического напряжения. Представлены материалы обследования 101 анестезиолога. Проводили тестирование врачей по Кулью и Немчину. Полученные результаты показали, что большая часть анестезиологов-реаниматологов, вне зависимости от уровня нервно-психического напряжения, имеют ситуационную ориентацию, направленную на решение текущих проблем, связанных с критическими состояниями пациентов, в отличие от акциональной ориентации, которая направлена на достижение определенного конечного результата. Показана необходимость разработки программы психологического сопровождения с целью недопустимости развития мотивационного дефицита.

Ключевые слова: организация здравоохранения, врачи, анестезиологи-реаниматологи, экстремальные условия, адаптация, мотивация, нервно-психическое напряжение.

Введение

Внедрение в сферу медицинского обслуживания передовых технологий, широкое использование новейшей техники, а также применение эффективных принципов управления требуют учета личностных факторов специалиста как в процессе профессиональной подготовки врача, так и на протяжении всего профессионального пути субъекта врачебной деятельности.

Возрастающая тенденция узкой специализации врачей, с одной стороны, дает возможность более эффективного лечения различных заболеваний, а с другой – может приводить к профессиональной и личностной дезадаптации врача [1, 2].

Профессиональный рост анестезиолога-реаниматолога представляет собой длительный, многоуровневый процесс, который состоит из теоретической и практической профессиональной подготовки, а также психофизиологического и социально-психологического обучения. Однако в полном объеме профессиональный статус данных специалистов реализуется далеко не всегда и заключается он, как правило, только в теоретическом и практическом обучении по выбранной специальности [3]. Другие ком-

поненты профессионального становления либо игнорируются, либо презентуются в редуцированном виде [6]. Одним из наиболее важных компонентов профессионального становления и адаптации является широкий спектр поведенческих реакций в различных ситуациях, в том числе работа в экстремальных ситуациях [1].

Исследование поведения человека в различных жизненных ситуациях, включая профессиональную деятельность, предполагает знание личностных свойств, детерминирующих особенности его эмоциональных реакций, эффективность поведенческих стратегий, возникновение и преодоление сложностей, в конечном счете, определяющих ее успешность или неуспешность. Работа анестезиолога-реаниматолога предполагает деятельность в экстремальных условиях при постоянно действующей стрессовой ситуации. Изучение мотивационной направленности является одним из критериев успешности профессионального отбора и психологического сопровождения специалистов, работа которых связана с экстремальными условиями.

Цель исследования – изучить мотивационную направленность анестезиолога-реаниматолога и ее зависимость от уровня нервно-психи-

ческого напряжения для дальнейшего формирования адаптационных программ и психологического сопровождения специалиста.

Материалы и методы

Обследовали 101 врача-анестезиолога-рентгенолога, работающих в стационарах Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа, в возрасте от 23 до 72 лет со средним возрастом ($36,3 \pm 1,0$) год. 43 (42,6 %) из обследованных были мужчины, а 58 (57,4 %) – женщины. 55 врачей (55,4 %) имели семью, 46 (45,6 %) – в браке не состояли. 44 человека (43,6 %) не имеют детей, у 27 (26,7 %) – 1 ребенок, у 24 (23,8 %) – 2 детей, у 2 (1,9 %) – 3 детей, 4 – на данный вопрос не ответили. Среди обследованных были как врачи, находящиеся на начальном этапе профессиональной деятельности (клинические ординаторы 1-го и 2-го годов обучения), так и врачи с большим стажем работы в специальности. Стаж работы обследованных составлял от 0 до 40 лет – ($10,8 \pm 11,5$) лет.

У 57 мужчин (98,3 %) средний стаж работы составил ($11,9 \pm 1,4$) года, а у 42 женщин (93,1 %) – ($10,4 \pm 1,2$) года. Сертификаты по другим специальностям имели 45 (44,6 %) врачей.

Заболеваемость, как один из показателей нервно-психического напряжения, среди исследованного контингента распределилась следующим образом: 12 врачей практически не болеют, 45 врачей болеют 1 раз в год, 22 – 2 раза в год, 22 – более 3 раз в год, причем женщины болеют чаще мужчин.

Работа в условиях повышенного нервно-психического напряжения является одним из условий, которое вносит вклад в общую заболеваемость. Из всех обследованных дневная рабочая смена была у 17 (16,8 %) врачей, суточная работа – у 37 (36,6 %) и смешанный график – у 47 (46,5 %) врачей. Общая занятость распределилась следующим образом: на 0,5 ставки работают 9 врачей, на 0,75 – 10, на 1 ставку – 25, на 1,5 ставки – 30, на 1,75 ставки – 14, на 2 ставки – 22 врача.

Все врачи заполняли formalизованную карту, состоящую из 6 блоков вопросов: паспортные данные, семейное положение, заболеваемость, структура рабочего места (профиль отделения, количество обслуживаемых пациентов в рабочую смену, возрастная группа больных и пр.), вредные привычки, свободное время и хобби.

Психологическое тестирование мотивационной направленности проводили с использованием теста Куля [11], который состоял из 60 ут-

верждений, относящихся к трем шкалам: контроль за деятельностью в ситуации неуспеха (КДН); контроль за деятельностью при успехе (КДУ); контроль за деятельностью при планировании (КДП). К каждой шкале относятся 20 утверждений, имеющих утвердительную общую часть и два возможных варианта продолжения. Испытуемый из двух возможных вариантов продолжения утверждения выбирает тот, который наиболее ему близок, и отмечает нужный ответ на специальном бланке. Один из вариантов продолжений ответа интерпретируется как проявление акциональной ориентации (АО-модуса), другой – как ситуационной ориентации (СО-модуса). Сумма баллов меньше 10 по каждой шкале интерпретируется как проявление СО, больше 10 – как проявление АО.

Основными понятиями теории Куля метакогнитивного контроля за деятельностью [9] являются два мотивационных состояния, соответствующие модусам контроля за деятельностью. Эти два модуса контроля вытекают из особенностей когнитивной репрезентации намерения. Согласно Кулю [10], последняя состоит из четырех взаимосвязанных когнитивных компонентов:

- 1) представления о ситуации (или состоянии), к которой индивид стремится;
- 2) представления об актуальной ситуации, которую необходимо изменить;
- 3) оценки расхождения между тем, что есть, и тем, что должно быть;
- 4) представления о действии, благодаря которому должно быть преодолено это расхождение.

Если активированы все 4 компонента, и они выражены примерно одинаково, то в таком случае намерение является адекватным и реализуемым. Но достаточно выпасть лишь одной составляющей, как намерение становится трудно реализуемым либо нереализуемым в принципе, «неполноценным», способным нарушить контроль за деятельностью. Намерение может настолько сильно привлекать к себе внимание (например, человек не в силах отрешиться от неприятных чувств, вызванных неудачей, или наоборот, предвкушает скорую победу), что становится невозможной реализация другого (адекватного) намерения. Как раз в этом случае актуальное состояние человека и определяется как ситуационно ориентированное. СО-модус контроля за действием наиболее выражен в том случае, если внимание индивида фиксировано лишь на одной из четырех составляющих, а остальные игнорируются. Противоположным по отношению к нему модусом контроля, когда все

четыре составляющие когнитивной репрезентации намерения активированы примерно в равной степени, является АО, или ориентация на деятельность. Полное равновесие четырех составляющих и их редукция к одной являются полюсами континуума, положение индивида в котором определяется степенью выраженности у него СО- или АО-модуса контроля за действием. Эти директивы Куль называет метакогнитивными, ибо они как бы надстоят над когнитивными процессами, побуждая к избирательному предпочтению когниций, необходимых для реализации намерения.

Уровень нервно-психического напряжения определяли при помощи опросника [5], который содержит 30 вопросов с предлагаемыми тремя вариантами ответов в каждом вопросе. Максимальная сумма ответов на все вопросы составляла 90 баллов, что соответствует резко выраженному нервно-психическому напряжению, а сумма баллов, равная 30, – его отсутствию.

Обработку полученных данных проводили с применением статистической программы Statistica 6.0. Нормальность распределения оценивали при помощи сравнения мер центральной тенденции, d-критерия Колмогорова–Смирнова. Значимость различий при сравнении двух групп и более определяли по t-критерию Стьюдента. Для анализа сопряженности применяли критерий χ^2 Пирсона. Связи между признаками оценивали путем вычисления коэффициента линейной корреляции Пирсона и рангового коэффициента корреляции Спирмена. Критический уровень значимости при проверке гипотез составил менее 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты и их анализ

Результаты тестирования по опроснику Куля представлены в табл. 1. По средним показателям, которые составили у большинства менее 10 баллов, все обследуемые врачи были ситуационно ориентированы, т. е. в приоритете их деятельности присутствовала ориентировка на представлении актуальной ситуации и путей ее решения, а не на конечный результат (акциональная ориентация), причем наибольшая ситуационная ориентировка была при ситуации неуспеха.

Таблица 1
Показатели модуса контроля деятельности

Показатель	Балл ($M \pm \sigma$)
КДН	6,9 ± 3,2
КДУ	9,3 ± 2,7
КДП	7,9 ± 2,5

Таблица 2
Уровень нервно-психического напряжения в зависимости от модуса контроля, балл ($M \pm \sigma$)

Контроль деятельности	СО	n (%)	АО	n (%)
КДН	40,4 ± 7,1	77 (76,2)	41,8 ± 8,7	24 (23,8)
КДУ	40,9 ± 7,9	52 (51,5)	40,4 ± 7,1	49 (48,5)
КДП	40,2 ± 7,1	67 (66,3)	41,7 ± 8,3	34 (33,7)

Далее врачей разделили на группы с ситуационной и акциональной ориентациями, у которых был определен уровень нервно-психического напряжения. Как видно из табл. 2, уровень нервно-психического напряжения у лиц с разным модусом контроля за деятельность был приблизительно одинаковым и соответствует умеренному значению нервно-психического напряжения. Уровни нервно-психического напряжения при контроле за деятельностью при неуспехе у лиц с СО и АО достоверно не отличались ($p = 0,48$), равно как и при контроле за деятельностью при планировании ($p = 0,16$).

Большинство обследованных врачей были ситуационно ориентированными. Так же как и в случае АО-директивы, детерминантами метакогнитивной СО-директивы являются личностная диспозиция к СО, обусловленная соответствующим социальным опытом человека, и определенные ситуативные обстоятельства, например, переживание невозможности контролировать события, значимые для индивида. Данная директива может быть направлена на анализ как внутреннего актуального состояния, так и внешнего. Однако не всякий анализ состояний является выражением СО. Продолжительный анализ состояний и длительное взвешивание альтернатив вполне могут иметь место и при АО, например, если они являются необходимым этапом в осуществлении актуального «полноключевого» намерения. Более того, Куль полагает, что действия, требующие сложного планирования, могут быть выполнены только при достаточно высоком уровне АО. С другой стороны – чрезмерно длительное взвешивание альтернатив, проявляющееся в обыденной жизни как нерешительность, может привести к тому, что планируемая деятельность так и останется нереализованной, не перейдя из плана намерения в план действия.

Еще в 1910 г. Ахом [7] было сформулировано важное для теории контроля за деятельностью положение о защите актуальных намерений и когнитивных механизмов этой защиты. Пробуя данную гипотезу, выведен тезис об экономичной переработке информации при АО и перегрузке информационно-перерабатывающей системы при СО. Из приведенных автора-

ми результатов экспериментальных исследований напрашивается очевидный вывод о том, что продуктивность деятельности АО-лиц должна быть в целом выше, чем у СО-лиц. Действительно, более оптимальные стратегии принятия решений за счет экономной переработки информации и отсутствии перегруженности информационно-перерабатывающей системы и быстрая инактивация неполноценного намерения должны обеспечить преимущества в результатах деятельности.

Однако в исследовании Бекманна [8] было показано, что СО-врачи в определенных условиях могут работать даже более продуктивно, чем акционально ориентированные, а именно, в начале деятельности результаты СО-врачей хуже за счет недостаточного мотивационного контроля. В дальнейшем при росте эмоционального напряжения они справляются с заданиями более успешно, чем АО-врачи.

Выводы

Таким образом, результаты проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

1) 76,7 % врачей-анестезиологов-реаниматологов имеют ситуационное ориентирование при контроле за деятельностью при успехе, не-успехе и планировании. Это говорит о том, что врачи ориентированы не на конечный результат (излечение пациента и выписка его из стационара), а на решение ситуационных проблем при критических состояниях пациента;

2) учитывая, что мотивационная направленность у большей части анестезиологов-реаниматологов соответствует СО-модусу, необходимо разработать программу психологического сопровождения, позволяющую избежать развития центрирования в работе;

3) уровень нервно-психического напряжения как у СО-, так и у АО-ориентированных врачей находится на одинаковом (среднем) показателе;

4) имеется опасность развития у СО-лиц «выученной беспомощности» вследствие нарушения мотивации в результате пережитой бесконтрольной ситуации (например смерть пациента), что проявляется мотивационным дефицитом (неспособностью активно вмешиваться в ситуацию) [4].

Литература

1. Диагностика «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов / О.Ю. Щелкова, О.А. Кузнецова, В.А. Мазурок, М.В. Решетов // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 25 (30). – С. 75–83.
2. Евдокимов В.И., Губин А.И. Оценка формирования синдрома профессионального выгорания у врачей и его профилактика // Вестн. психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 106–119.
3. Жукова Т.А. Технология обучения как основа повышения качества подготовки специалистов в системе университетского образования // Инновации в образовании. – 2007. – № 11. – С. 107–117.
4. Ильин Е.П. Работа и личность. Трудоголизм, перфекционизм, лень – СПб. [и др.]: Питер, 2011. – 224 с.
5. Немчин Т.А. Состояние нервно-психического напряжения. – Л. : ЛГУ, 1988. – 165 с.
6. Ясько Б.А. Психология личности и труда врача : курс лекций. – Ростов н/Д : Феникс, 2005. – 301 с.
7. Ach N. Über den Willen. – Leipzig : Verlag von Quelle & Meyer, 1910. – 24 p.
8. Beckmann J. Wann wirken sich ungiinstige Bedingungen leistungsforndernd aus? Überprüfung eines Zwei-Ebenen-Modells der Handlungskontrolle // Z. exp. und angew. Psychol. – 1990. – N 1. – C. 45–59.
9. Kuhl J. Volitional mediators of cognitive-behavior consistency: Self-regulator processes and action versus state orientation // Action control / J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). – Heidelberg : Spruner-Verlag, 1985. – S. 101–128.
10. Kuhl J. Action and state orientation: Psychometric properties of the Action Control Scale // Volition and Personality: Action versus state orientation / J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.). – Gottingen : Toronto : Hogrefe, 1991 – S. 45–69.
11. Kuhl J. Motivation, Konflikt und Handlungskontrolle. – Berlin, 1983. – 354 s.