

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. Иронов, 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 Кулю 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-реаниматолога, 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 формализованную 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 оторваться 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 когний, 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 \pm 3,2
КДУ	9,3 \pm 2,7
КДП	7,9 \pm 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 \pm 7,1	77 (76,2)	41,8 \pm 8,7	24 (23,8)
КДУ	40,9 \pm 7,9	52 (51,5)	40,4 \pm 7,1	49 (48,5)
КДП	40,2 \pm 7,1	67 (66,3)	41,7 \pm 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 деятельностью 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 «полноценного» 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. Проверая 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, неуспехе 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 ungünstige Bedingungen leistungsforfordernd aus? Überprüfung eines Zwei-Ebenen-Modells der Handlungskontrolle // Z. exp. und angew. Psychol. – 1990. – N 1. – С. 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 : Springer-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.