



УДК 159.923.2

ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ВІЙСЬКОВИХ ЛІКАРІВ У ПРОЦЕСІ ПРОФЕСІОНАЛІЗАЦІЇ

Третьякова Ю.В., к. психол. н.,
асистент кафедри загальної психології

Київський національний університет імені Тараса Шевченка

У роботі викладено результати емпіричного лонгітюдного дослідження особливостей динаміки відповідальності військових лікарів. За допомогою методики дослідження рівня суб'єктивного контролю було простежено характер змін у локусі контролю в процесі професіоналізації від студентських років через інтернатуру та власне професійну діяльність. Виявлено певний чутливий період, у який найбільш швидко формується досліджувана характеристика особистості.

Ключові слова: відповідальність, локус контролю, екстернальність, інтернальність, військові лікарі, професіоналізація, лонгітюдне дослідження.

В работе изложены результаты эмпирического лонгитюдного исследования особенностей динамики ответственности военных врачей. С помощью методики исследования уровня субъективного контроля был прослежен характер изменений в локусе контроля в процессе профессионализации от студенческих лет через интернатуру и собственно профессиональную деятельность. Выявлен некий чувствительный период, в который наиболее стремительно формируется исследуемая характеристика личности.

Ключевые слова: ответственность, локус контроля, экстернальность, интернальность, военные врачи, профессионализация, лонгитюдное исследование.

Tretiakova Yu.V. THE DYNAMICS OF RESPONSIBILITY MILITARY DOCTORS IN THE PROCESS OF PROFESSIONALIZING

The paper presents the results of empirical studies of the dynamics of longitudinal Responsibility of military doctors. With the help of a technique of research of level of subjective control It was traced to the nature of changes in the locus of control in the process of professionalization of the student years through internship and proper professional activity. Revealed a sensitive period in which the fastest forming characteristic of the person under investigation.

Key words: responsibility, locus of control, external, internal, military doctors, professionalism, longitudinal research.

Постановка проблеми. Професійна діяльність військового лікаря відзначається поєднанням двох професійних складових: особливостями лікарської справи та специфікою військової служби. Лікарська справа, як відомо, висуває надзвичайно високі вимоги до особистості, оскільки передбачає проходження довгого та тернистого шляху здобуття професії, а також вимагає високої сконцентрованості та відповідальності особистості. Додавання ж військового компонента робить професію військового лікаря надзвичайно напруженою у всіх відношеннях. Початок антитерористичної операції на сході України робить питання дослідження відповідальності військових лікарів надзвичайно актуальним.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Дослідженням відповідальності як однієї зі складових компонентів зрілої особистості займалися такі видатні представники гуманістичного та екзистенційного напрямів психології, як А. Маслоу, В. Франкл, Е. Фром, К. Роджерс. Саме розвиток відповідальності, на їх думку, дає можливість особистості не тільки бути зрілою, а й досягти більшої самореалізації, визначати цінність власного досвіду, сприймати себе

вільною особистістю та брати відповідальність за свій вибір. Відповідальність дуже тісно пов'язана з вибором між декількома або багатьма альтернативами, які нерідко супроводжуються внутрішньою чи зовнішньою конфліктною ситуацією. Дуже часто вибір може здійснюватись не тільки через надання переваги одній можливості, а й через придушення іншої, що може супроводжуватись наростанням внутрішньої напруги, яка буде впливати як на особистісне, так і на професійне життя [1; 2].

Постановка завдання. Таким чином, відповідальність є важливою інтегральною характеристикою особистості, що виступає показником взаємозв'язку ставлення до себе та оточуючого світу. Специфіка дослідження, на відміну від попередніх робіт з використанням РСК, полягає у з'ясуванні саме динаміки формування відповідального ставлення до власного життя в процесі професіоналізації особистості.

Виклад основного матеріалу дослідження. Для вирішення поставлених нами завдань ми протягом п'яти років досліджували одну і ту ж групу студентів-медиків (СМ) Медичного університету імені О.О. Богомольця (60 осіб). Далі протягом

трьох років нами була досліджена група лікарів-інтернів (ЛІ) які проходили навчання в Українській військово-медичній академії (103 лікарі-інтерни). Також нами були взяті для порівняння дві групи власне професійних лікарів (ПЛ) (Військового медичного госпіталю): перша група – лікарі до п'яти років стажу (30 осіб) і друга група – лікарі більше п'яти років стажу (30 осіб). Таким чином, підібрана вибірка дає змогу простежити формування локусу контролю протягом всього періоду професіоналізації.

Перед тим, як висвітлювати основні результати дослідження, вважаємо за необхідне більш детально описати структуру професійної діяльності досліджуваної нами вибірки, оскільки в науковій літературі надзвичайно мало приділено цьому уваги.

Таким чином, контингент, обраний нами для дослідження, відноситься одночасно до двох професійних категорій. Мається на увазі, що військові лікарі працюють передусім в медичній сфері, тобто застосовують на практиці знання, уміння та навички, що були ними здобуті в медичних навчальних закладах, але водночас вони є офіцерами Збройних Сил України і працюють в ситуації не тільки підвищених вимог, а й бойових дій, що безпосередньо накладає відбиток на особливості їх професійної діяльності.

Відомо, що професійна діяльність безпосередньо впливає на структуру особистості. В нашому випадку на досліджувану вибірку чинить вплив два різні типи професійної діяльності: медична та військова. На жаль, в сучасній військово-медичній літературі немає чітко сформульованих вимог, що мають пред'являтися до особистості, яка обрала для себе професію військового лікаря.

Традиційно вважається, що військові лікарі повинні бути кращими, ніж цивільні фахівці, у питаннях надання невідкладної допомоги, екстремальній медицині та в організаційних аспектах діяльності, що, без сумніву, не може не накладати відбиток на особистісні характеристики.

Структура особистості лікаря складається з двох необхідних компонентів: загальних здібностей та індивідуальних відмінностей, що дають змогу окреслити типи людей, які схильні до вирішення завдань в тій чи іншій сфері практичної діяльності цієї специфічної професії.

Лікар повинен мати специфічні особистісні якості. Під цим можна розуміти здатність швидко та достатньо глибоко вникати в психологію іншої людини, вміло заохочувати свого пацієнта до спілкування для з'ясування причин його хвороби та ознак зміни стану.

До найважливіших особистісних якостей лікаря відносять також його здатність до

«клінічного мислення», яке ґрунтується на: 1) здобутих медичних знаннях та формуванні основ медичної ерудиції, 2) практичному лікарському досвіді в певній спеціальності, 3) особливостях такої специфічної властивості, як «клінічна пам'ять». Необхідно пам'ятати, що успіх медицини аж до самого ХХ століття пояснювався головним чином ступенем емпірично розвинутої спостережливості висококваліфікованих лікарів.

Справжня результативність клінічного мислення притаманна тим лікарям, для яких характерним є творчий підхід до кожного конкретного пацієнта, повне виключення елементів ремісництва (мається на увазі шаблонне, більш часте, ніж це справді необхідно, застосування різного роду «схем» лікування для фактично всіх пацієнтів).

Про основні якості, які повинні бути притаманними справжньому лікареві, говорить в Единбурзькій Декларації Всесвітньої федерації по медичній освіті (1988 рік), в ній вказується, що кожен пацієнт повинен мати можливість сподіватися зустріти в обличчі лікаря таку людину, яка б була уважним слухачем, ретельним дослідником та спостерігачем, ефективним клініцистом, а також була наділена високою сприйнятливістю в сфері спілкування.

Специфіка діяльності військового лікаря проявляється не тільки в умовах воєнних дій, але й в умовах мирного стану. Військова діяльність носить інтенсивний характер, ніж у цивільних фахівців, є підстави також говорити, що професійна служба в армії – це не тільки рід занять, але й спосіб життя.

На основі опрацьованих експертних інтерв'ю (15 осіб) ми можемо викласти основні вимоги до військового лікаря та ситуації, в яких йому доводиться працювати. Основними з них слід вважати такі:

1) робота військового лікаря здійснюється в умовах постійної готовності до дій в екстремальній ситуації;

2) військовий лікар зобов'язаний брати участь у заходах, загальних для своєї військової частини, в тому числі різного роду польових навчаннях, зборах і частих добових чергуваннях;

3) типовим є значне обмеження загальногромадянських особистісних свобод (сюди ж входить робота за контрактом, який підписується на п'ять років військового зобов'язання, неможливість без спеціального дозволу виїжджати поза межі країни) та сувора субординація, тобто чітка підпорядкованість молодших старшим по військовому званню і посаді;

4) неухильне дотримання специфічних вимог військової культури (знання військо-



вого статуту, військова форма, військове вітання та багато інших);

5) звільнення кадрових офіцерів у запас відбувається у віці, коли людина ще цілком працездатна. Як наслідок, необхідність пошуку можливості подальшої самореалізації, в новій для себе сфері, тобто цивільному житті, нерідко в розквіті сил та професійних можливостей.

Вельми суттєвою характерною рисою діяльності військових лікарів за нинішніх часів є те, що їх професійна діяльність здійснюється в умовах недостатнього фінансування та інших несприятливих соціально-економічних чинників. А також в умовах постійного реформування армії.

Пристаючи до опису отриманих нами емпіричних даних, необхідно зазначити, що найкраще з практичної та теоретичної точок зору себе зарекомендувала методика оцінки рівня суб'єктивного контролю (РСК, Є.Ф. Бажин, О.М. Еткінд, О.А. Голикіна). В основі метода лежить концепція локус-контролю Дж. Роттера [3]. Авторами методики було запропоновано виділити такі субшкали: контроль в ситуації досягнення, невдач, виробничих сімейних стосунків, в області здоров'я. З огляду на досліджувані нами контингент ця методика дає змогу достатньо широко охопити досліджуване нами явище.

Вираженість екстернальності-інтернальності за цією методикою представлена за допомогою такої п'ятирівневої шкали (гіперекстернальність, схильність до екстернальності, нормальний рівень інтернальності, підвищена інтернальність, гіперінтернальність).

Гіперекстернальність характеризується позицією «жертви», визнанням абсолютної ролі зовнішніх обставин і випадковостей в житті людини. Схильність до екстернальності розглядається як переоцінка ролі зовнішніх факторів і недооцінка власних можливостей в контролі та регуляції ситуації.

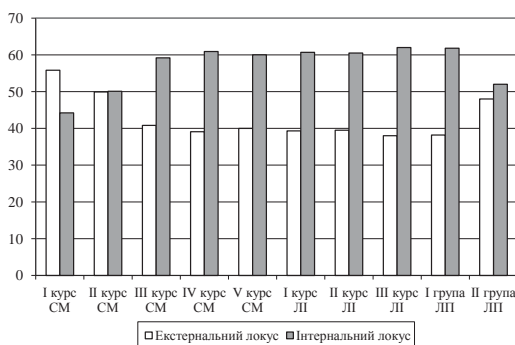


Рис. 1. Особливості динаміки загальної інтернальності в досліджуваних групах

Нормальний рівень інтернальності спостерігається, коли уявлення про роль особистості та зовнішні фактори, що відбуваються в життєвих ситуаціях, розумно збалансоване. При підвищеній інтернальності особистість відзначається жагою приймати на себе відповідальність за події, що відбуваються, а також потягом до контролю над ситуацією та керування нею. При гіперінтернальності особистостям притаманною є неадекватна переоцінка власних можливостей контролю та керування подіями, ці люди приписують собі виняткові ролі.

Та оскільки за такою системою аналіз виглядав би дуже громіздко та заплутано, ми вирішили розділити в кожній групі людей за принципом інтернальність / екстернальність шляхом знаходження суми за шкалами «нормальний рівень інтернальності», «підвищена інтернальність», «гіперінтернальність» для визначення інтернальних особистостей, та, відповідно, суми за шкалами «гіперекстернальність», «схильність до екстернальності» – для екстернальних особистостей.

На рис. 1. представлені результати по шкалі загальної інтернальності. Високий показник за цією шкалою відповідає високому рівню суб'єктивного контролю над будь-якими значимими ситуаціями. Інтернальні вважають, що більшість важливих подій в їх житті були результатом власних дій, що вони можуть ними керувати і, відповідно, відчувають свою відповідальність за ці події і за те, як складається їх життя в цілому. Низький показник за цією шкалою відповідає низькому рівню суб'єктивного контролю. Такі досліджувані не бачать зв'язку між своїми діями та значимими для них обставинами в їх житті, не вважають себе здатними контролювати їх розвиток та впевнені, що їх більшість є результатом випадку або дій інших людей.

Узагальнюючи отримані дані за цією шкалою, можна сказати, що більшість вибірки характеризується інтернальним локусом контролю.

Студенти першого курсу не вважали себе здатними контролювати значимі події свого життя, але за період навчання в них зміцнилась впевненість у власних силах. Це підтверджується тим, що в групі студентів-медиків протягом періоду навчання кількість інтерналів збільшилась на 16%, з 44,0% до 60,0% ($p < 0,05$). Такі зміни наблизили студентську групу до групи лікарів-інтернів. До речі, у останніх кількість інтернальних осіб протягом проведення дослідження залишилась незмінною (64% на початок навчання і 64,0% на закінчення).

Серед молодших ЛП майже 64% обстежених вважають, що більшість важливих подій в їх житті були результатом власних дій та досягнень, проте в групі старших ЛП цей показник знизився на 8% – до 56%. Але дисперсійний аналіз не показав значимості цієї зміни.

Отже, отримані результати вказують на підвищення рівня інтернальності серед СМ в процесі навчання. Досягнувши певного рівня, показники інтернальності залишаються сталими протягом тривалого періоду життєдіяльності військових лікарів.

Інтерес представляють зведені дані, що наведені в табл. 1. Вони дають чітке уявлення про особливості динаміки локус-контролю протягом всього періоду професіоналізації особистості військового лікаря за всіма показниками РСК.

Як видно з таблиці, студенти I курсу здебільшого є екстерналами (66%), що можна пояснити через особливість батьківської опіки. Як ми знаємо, з початком студентства особистість розпочинає новий етап свого життя, коли все звичне дуже кардинально змінюється. Юна особистість, яка ще так нещодавно цілком залежала від батьківської думки та жила за правилами, встановленими родиною, як правило, змінює місце проживання (казарма, гуртожиток тощо), і паралельно змінюється коло спілкування та оточення. Це, звичайно, чинить величезний вплив на динаміку змін особистісних характеристик.

Протягом п'яти років навчання У ВНЗ велика кількість студентів бере на себе відповідальність за міжособистісні стосунки (підвищення показника з 46% до 69%, $p = 0.05$), запевняючись, що успіх побудови міжособистісних стосунків насамперед залежить від них самих.

Особливий інтерес становить підвищення рівня інтернальності в сфері відповідальності за власне здоров'я (з 46% до 73%, $p = 0,05$), що, без сумнівів, може пояснюватись специфікою навчання. Усвідомлення того, що перш за все дії особистості впливають

на здоров'я, на наш погляд, є необхідним підґрунтям до розгляду людини в системі охорони здоров'я. Також активне звинувачування та перекидання відповідальності за проблеми власного здоров'я на лікаря, екологію, систему охорони здоров'я не може бути рисою здорової, зрілої, гармонійної особистості. І якщо майбутній лікар усвідомить це в процесі здобуття освіти, він зможе у коректній формі протягом бесіди із пацієнтом пояснити це. На нашу думку, це може сприяти підвищенню ефективності взаємодії між лікарем та пацієнтом в досягненні спільної мети покращення здоров'я пацієнта.

Протягом навчання в університеті також збільшується рівень інтернальності в сфері досягнення та в сфері невдач, а ось у виробничій сфері немає виражених та статистично значимих змін. Це можна пояснити неактуальністю виробничих відносин в студентські роки, оскільки студент – військовий медик не має права та можливості займатись професійною діяльністю протягом періоду навчання.

Таким чином, завершуючи навчання в університеті, майбутні лікарі починають проходити ще один, специфічний, притаманний виключно медичній сфері, етап професіоналізації – інтернатуру. Інтернатура – це поєднання поглибленого теоретичного навчання за обраною спеціальністю із великою кількістю практичних занять. Саме в цей період здобуваються необхідні практичні навички взаємодії з пацієнтом та застосування на практиці отриманих раніше знань.

За цей трьохрічний проміжок часу рівень інтернальності фактично не змінюється. Виняток становить статистично значиме підвищення відповідальності у сфері міжособистісних (74%, порівняно з 69% у студентські часи, $p = 0,05$) та сімейних стосунків (72%, порівняно з 52% у студентські часи, $p = 0,05$). Це є цілком закономірним, оскільки саме в цей період більшість інтернів створює родини чи перебуває в активному пошуку.

Таблиця 1

Порівняння середніх показників у всіх досліджуваних групах (у%)

Показник	Групи досліджуваних									
	СМ I курс	СМ II курс	СМ III курс	СМ IV курс	СМ V курс	ЛІ I р.н.	ЛІ II р.н.	ЛІ III р.н.	ЛП ≤ 5р.	ЛП ≥ 5р.
I досягнення	43	47	62	68	62	64	65	70	69	56
I невдач	35	38	60	46	54	58	57	60	61	46
I вироб. відносин	51	52	60	63	50	55	56	58	61	58
I міжособ. стос.	46	54	68	70	69	74	76	72	62	68
I здоров'я	46	47	62	62	73	68	68	56	66	50
I сімейні стосунки	45	53	55	56	52	69	68	72	69	60
I загальна	44	50	59	61	60	64	64	64	64	56



Порівнюючи групу ЛІ ІІІ року навчання з групою ПЛ до 5 років стажу, ми не отримали статистично значимих відмінностей, що може вказувати на відносно завершення чи припинення формування відповідальності у цей віковий період.

Група ж старших ЛП (більше п'яти років стажу), відзначається зниженням рівня інтернальності, що може пояснюватись переглядом певних світоглядних компонентів в структурі власної особистості, а також рядом інших причин, які вимагають більш детального вивчення, дослідження та аналізу.

Висновки з проведеного дослідження. Проведене лонгітюдне дослідження показало, що рівень відповідальності (локусу контролю) не є сталим протягом життя. Період навчання в університеті відзначається значним, статистично достовірним підвищенням у студентів рівня суб'єктивного контролю. Тобто становлення відповідальності відбувається саме протягом періоду навчання. По закінченню ж студентського періоду навчання (з початком інтернату-

ри) не було отримано значущих відмінностей у зміні рівня суб'єктивного контролю. Тому проведене дослідження дає змогу зробити припущення про наявність певного сенситивного періоду у формуванні відповідальності майбутніх лікарів. Це робить можливим розробку спеціальних освітньо-розвивальних заходів щодо формування відповідальності у майбутньої генерації лікарів.

ЛІТЕРАТУРА:

1. Бокова О.А. К вопросу о теоретических основах изучения психологических феноменов ответственности и локуса контроля / О.А. Бокова // Мир науки, культуры, образования. – 2014. – № 5 (48). – С. 181–183.
2. Кондаков И.М. Экспериментальное исследование структуры и личностного контекста локуса контроля / И.М. Кондаков, М.Н. Нилопец // Психологический журнал. – 1995. – Т. 16. – № 1. – С. 43–51.
3. Rotter G.B. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement / G.B. Rotter // Psychol. Monogr. – 1966. – V. 80. – № 1.