

УДК 159.923:614.253.5:159.9.019.4

## СПЕЦИФІКА СТИЛІВ САМОРЕГУЛЯЦІЇ ПОВЕДІНКИ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР ІЗ РІЗНИМИ РІВНЯМИ ПРОФЕСІЙНОЇ МОБІЛЬНОСТІ

Дзвінчук Ю.В., аспірант  
кафедри загальної та соціальної психології  
Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки

У статті наведено результати дослідження стилів саморегуляції поведінки медичних сестер із різними рівнями професійної мобільності та з'ясовано місце конструкта професійної мобільності в стилевій організації саморегуляції поведінки. З'ясовано, що проблема індивідуального стилю саморегуляції, незважаючи на її актуальність, є недостатньо вивченою. Встановлено, що стилі саморегуляції поведінки медичних сестер мають відмінності в особистостей із різними рівнями професійної мобільності. У медичних сестер діагностовано переважання середнього рівня професійної мобільності. Досліджено, що рівні розвитку стилів саморегуляції поведінки зростають із наростанням рівнів професійної мобільності.

**Ключові слова:** саморегуляція, професійна мобільність, стилі саморегуляції поведінки, медичні сестри, особистість.

В статье приведены результаты исследования стилей саморегуляции поведения медицинских сестер с различными уровнями профессиональной мобильности и выяснено место конструкта профессиональной мобильности в стилиевой организации саморегуляции поведения. Выяснено, что проблема индивидуального стиля саморегуляции, несмотря на ее актуальность, недостаточно изучена. Установлено, что стили саморегуляции поведения медицинских сестер имеют различия у личностей с разными уровнями профессиональной мобильности. У медицинских сестер диагностировано преобладание среднего уровня профессиональной мобильности. Доказано, что уровни развития стилей саморегуляции поведения увеличиваются по мере нарастания уровней профессиональной мобильности.

**Ключевые слова:** саморегуляция, профессиональная мобильность, стили саморегуляции поведения, медицинские сестры, личность.

### Dzvinchuk Yu.V. SPECIFICITY STYLES OF SELF-REGULATION OF CONDUCT NURSES WITH DIFFERENT LEVELS OF PROFESSIONAL MOBILITY

The article about results of the study of self-style behavior of nurses with different levels of professional mobility and found the place construct professional mobility in the style of self-regulation of behavior. It is clarified that the issue of individual style of self-regulation, despite its importance, is understudied. Was established that self-style behavior of nurses have differences in individuals with different levels of professional mobility. In the nurses diagnosed prevalence of mid-level professional mobility. It's revealed that the level of self-style behavior increases with an increasing level of professional mobility.

**Key words:** self-regulation, professional mobility, style self-regulation of behavior, nurses, personality.

**Постановка проблеми.** Нові умови життя сучасного українського суспільства кардинально змінили сутність активної особистості, уявлення про професійне самоствердження, особистісне становлення, самореалізацію та саморегуляцію власної життєдіяльності. В умовах глобальних соціальних та економічних перетворень, що притаманні сучасному етапу розвитку суспільства, ефективність діяльності та поведінки людини в мінливих, напружених ситуаціях багато в чому обумовлена її здатністю до саморегуляції власної активності. Саме цим можна пояснити зростання інтересу наукової спільноти до проблеми саморегуляції. Оскільки сама категорія саморегуляції отримала у психології особливий теоретико-методологічний статус і виступає у функції як провідного пояснюючого принципу, так і критерію для побудови дослідницьких технологій, логічним і зако-

номірним є факт виокремлення проблеми саморегуляції у самостійний об'єкт як теоретичного осмислення, так і в руслі розв'язання значного кола прикладних завдань. Натомість, незважаючи на певне зростання кількості досліджень, присвячених проблемі саморегуляції у сучасній психології, зберігається значний розрив між теоретичними засадами та їх експериментальним впровадженням у практику психологічного забезпечення професійної діяльності.

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** У наукових джерелах саморегуляцію визначають як психічний механізм забезпечення активності особистості згідно з вимогами оточуючого середовища. Саморегуляція є складним багатокомпонентним процесом, який підпорядкований меті та завданням діяльності, а також регулюється певними механізмами та проявляється під час активності особистості. Дослідженням



різних її аспектів в останні роки займалися В.І. Моросанова, Г.С. Пригін, К.В. Злоказов, М.І. Боришевський, Т.В. Кириченко, І.В. Петренко, О.П. Макаревич та ін. Саморегуляція здійснюється як єдиний процес, який забезпечує мобілізацію та інтеграцію психологічних особливостей особистості.

**Постановка завдання.** На основі викладеного можна сформулювати завдання дослідження, яке полягає у вивченні стильових особливостей саморегуляції поведінки медичних сестер та визначенні зв'язків між рівнями професійної мобільності та стильовою організацією саморегуляції поведінки медичних сестер.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** Професія медичної сестри є складною й багатогранною. Вона поєднує в собі надзвичайну відповідальність і високий професіоналізм, лишаючись при цьому ледве помітною, але вкрай значущою. Неухильно зростає престижність професії медичної сестри. Якщо ще донедавна медичну сестру сприймали лише як виконавця призначень лікаря без права та арсеналу власних засобів та дій, які скеровані на поліпшення самопочуття та об'єктивного стану пацієнта, то тепер медсестринство розглядається як наукова дисципліна, а медична сестра – як професіонал, що володіє науковими знаннями та практичними навичками.

Започаткувала детальне дослідження безпосередньо стилю саморегуляції цілеспрямованої активності особистості В.І. Моросанова. Під індивідуально-стильовими характеристиками саморегуляції розуміються типові для особистості особливості системи психічної саморегуляції, які усталено проявляються в різних видах активності [2].

Поняття «професійна мобільність» має декілька визначень. Вони характеризують мобільність як здатність людини швидко й ефективно самоорганізуватися, змінюватися відповідно до життєвих і професійних потреб, адаптуватися до певного професійного середовища та професійних груп й, власне, ефективно працювати. Наприклад, І.В. Шпекторенко, досліджуючи професійну мобільність державних службовців, розглядає професійну мобільність як:

1) здатність (тобто готовність) особистості досить швидко і успішно оволодівати новою технікою і технологією, набувати знання та уміння, які забезпечують ефективність нової професійно орієнтованої діяльності;

2) рухливість особистості, спроможність її до динамічного нарощування власного ресурсу, до швидкого пересування, змін;

3) ознаку кар'єрного розвитку індивіда;

4) процес переходу індивіда або професійної групи з однієї професійної позиції в іншу [5].

Метою досліджень медичних сестер є вивчення умов психологічних особливостей медичних сестер для поліпшення догляду за пацієнтами, якомога швидшого відновлення повноцінної життєдіяльності пацієнта, збагачення медсестринської практики шляхом удосконалення технологій медсестринських маніпуляцій, попередження внутрішньолікарняної інфекції [1].

У нашому дослідженні були застосовані методики діагностики стилів саморегуляції поведінки («Стиль саморегуляції поведінки-98» ССП-98 В.І. Моросанової та Є.М. Коноза та авторська анкета «Професійна мобільність медичної сестри»).

Досліджуваними стали 140 медичних сестер лікувально-профілактичних закладів Луцька та Луцького району, які працюють у напружених умовах праці (відділення інтенсивної терапії, кардіології, неврології, ургентної хірургії).

Для дослідження професійної мобільності медичних сестер респондентам була запропонована авторська анкета «Професійна мобільність медичної сестри», яка включає питання різнобічної діяльності медичної сестри в напружених умовах стаціонару.

Аналіз проведеного дослідження 140 фахівців дає змогу говорити про переважачий середній рівень професійної мобільності медичних сестер (56,68% досліджуваних). Це означає, що такі особистості адаптуються до різноманітних змін у професійній сфері, ефективно вирішують професійні завдання тільки свого кваліфікаційного рівня, але здатні до професійного саморозвитку та самовдосконалення.

Проте ми можемо говорити, що і високий рівень притаманний нашим медичним сестрам. Це 19,97% від загальної кількості досліджуваних. Особистості з високим рівнем професійної мобільності швидко адаптуються до різноманітних змін у професійній сфері, вони можуть нестандартно мислити й діяти, ефективно вирішувати професійні завдання різного рівня, здатні до професійного саморозвитку та самовдосконалення.

Діагностовані рівні професійної мобільності низький (6,04%) і нижче середнього (17,31%) дають можливість сказати, що цим працівникам важко адаптуватися до змін у професійній сфері, вони з труднощами вирішують професійні завдання складного рівня, їм важко саморозвиватись та самовдосконалюватись.

Кількісне та відсоткове співвідношення рівнів професійної мобільності медичних сестер наведено у таблиці 1.

Таблиця 1  
Кількісне та відсоткове співвідношення рівнів професійної мобільності

Рівні	Низький	Нижче середнього	Середній	Високий
Бали	15 і менше	16–30	31–69	70 і більше
Кількість досліджуваних	8	24	80	28
Відсоткове співвідношення досліджуваних	6,04	17,31	56,68	19,97

Для діагностики індивідуально-стильових особливостей саморегуляції студентів була використана методика «Стильова саморегуляція поведінки людини-98». Опитувальник складається із 46 тверджень, які входили до складу 6 шкал. Отримані за кожною шкалою бали перетворились у відсотки, і визначався рівень розвиненості регуляторного процесу чи регуляторно-особистісної властивості: до 40% – низький, до 70% – середній, до 100% – високий.

Дослідження стильових особливостей саморегуляції у медичних сестер з різними рівнями професійної мобільності за допомогою опитувальника дало чітку картину розбіжностей у особливостях регуляторних процесів (планування, моделювання, програмування, оцінки результатів) і регуляторно-особистісних властивостей (гнучкості і самостійності) у цих фахівців.

*Шкала «Планування» (Пл)* характеризує індивідуальні особливості висунення й утримання цілей, сформованість у людини усвідомленого планування діяльності. Високі показники за цією шкалою вказують на сформованість потреби в усвідомленому плануванні діяльності, плани в цьому випадку реалістичні, деталізовані, ієрархічні і стійкі, цілі діяльності висуваються самостійно. У досліджуваних з низькими показниками за цією шкалою потреба в плануванні розвинена слабо, цілі схильні до частого зміни, поставлена ціль рідко буває досягнута. Такі респонденти вважають за краще не замислюватися про своє майбутнє, цілі висувають ситуативно і зазвичай не самостійно [2].

За шкалою планування у медичних сестер з рівнями професійної мобільності низьким і нижче середнього були встановлені: високий рівень розвиненості цього регуляторного процесу – у 20,1%, серед-

ній – у 19,5%, низький – у 49,5%. У медичних сестер із середнім рівнем професійної мобільності переважаючим є середній рівень показників за шкалою «Планування» (56,7%), високий рівень мають лише 20,3% опитуваних, низький рівень встановлений у 38,4% опитуваних. У медичних сестер із високим рівнем професійної мобільності переважаючим є високий рівень (59,6%), середній рівень мають 23,8% опитуваних, низький рівень встановлений у 12,1% опитуваних (рис. 1).

*Шкала «Моделювання» (М)* дає змогу діагностувати індивідуальну розвиненість уявлень про зовнішні і внутрішні значущі умови, ступінь їх усвідомленості, деталізованості і адекватності. Досліджувані з високими показниками за цією шкалою здатні виділяти значущі умови досягнення цілей як у цій ситуації, так і в майбутньому, що проявляється у відповідності програм дій планам діяльності. Опитуваним з низькими показниками за шкалою характерна слабка сформованість процесів моделювання, що призводить до неадекватної оцінки значимих внутрішніх умов і зовнішніх обставин [2].

За шкалою моделювання у медичних сестер з рівнями професійної мобільності низьким і нижче середнього переважає низький рівень розвиненості цього регуляторного процесу – 52,3%. Середній рівень встановлений у 20,5%, високий – у 19,6% опитуваних. У медичних сестер із середнім рівнем професійної мобільності переважає середній рівень – 54,9%. Високий та низький рівні встановлені у 26,4% та 32,4% відповідно. У медичних сестер із високим рівнем професійної мобільності переважає високий рівень – 54%. Встановлені середній (34,4%) та низький (15,3%) рівні.

*Шкала «Програмування» (Пр)* діагностує індивідуальну розвиненість усвідомленого програмування людиною своїх дій. Високі показники за цією шкалою говорять про сформовані у людини потреби продумувати способи своїх дій і поведінки для досягнення намічених цілей, про деталізованість розроблюваних планів. Низькі показники за шкалою програмування вказують на невміння і небажання людини продумувати послідовність своїх дій [3].

За шкалою програмування у медичних сестер з рівнями професійної мобільності низьким і нижче середнього переважає низький рівень розвиненості цього регуляторного процесу. Він діагностується у 48,6% досліджуваних. При цьому високий рівень встановлений у 27,9%, а середній – у 26,8%. У медичних сестер із середнім



рівнем професійної мобільності середній та високий рівні діагностуються у 56,8% та 31,4% відповідно, а низький – у 35,4% досліджуваних. У медичних сестер із високим рівнем професійної мобільності низький та середній рівні діагностуються у 16% та 16,4% відповідно, а переважає високий рівень – у 40,7% досліджуваних.

*Шкала «Оцінювання результатів» (ОР)* характеризує індивідуальну розвиненість і адекватність оцінки випробуванням себе і результатів своєї діяльності і поведінки. Високі показники за цією шкалою свідчать про розвиненість і адекватність самооцінки, сформованості і стійкості суб'єктивних критеріїв оцінки результатів. При низьких показниках за цією шкалою випробуванням не помічає своїх помилок, не критичний до своїх дій [4].

За шкалою оцінки результатів (ОР) у медичних сестер з рівнями професійної мобільності низьким і нижче середнього переважає низький рівень розвиненості цього регуляторного процесу, який встановлений у 42,4%. Високий рівень встановлений у 28,7%, а середній – у 25,6%. У медичних сестер із середнім рівнем професійної мобільності переважає високий рівень, який діагностується у 55,6% досліджуваних, при цьому показники середнього і низького рівнів становлять 49,7% та 29,8% відповідно. У медичних сестер із високим рівнем професійної переважає високий рівень розвиненості цього регуляторного процесу, який встановлений у 42,6%. Низький і середній рівні становлять по 20,5% кожен.

*Шкала «Гнучкість» (Г)* діагностує рівень сформованості регуляторної гнучкості, тобто здатності перебудовувати, вносити корекції в систему саморегуляції при зміні зовнішніх і внутрішніх умов. Досліджувані з високими показниками за шкалою гнучкості демонструють пластичність усіх регуляторних процесів. При виникненні непередбачених обставин такі опитувані легко перебудовують плани і програми виконавчих дій і поведінки, здатні швидко оцінити зміну значущих умов і перебудувати план дій. При виникненні неузгодженості отриманих результатів з прийнятою метою своєчасно оцінюють сам факт неузгодженості і вносять відповідну корекцію. Досліджувані з низькими показниками за шкалою гнучкості в динамічній, швидко мінливій обстановці почувають себе невпевнено, важко звикають до змін у житті [3].

За шкалою гнучкості (Г) у медичних сестер з рівнями професійної мобільності низьким і нижче середнього переважає

низький рівень (виявлений у 38,6%). Середній рівень встановлений у 20,4%, а високий – у 36,2% досліджуваних. При цьому у медичних сестер із середнім рівнем професійної мобільності переважає середній рівень, який діагностується у 51,7% опитаних. Високий рівень спостерігається у 42,6%, а низький – у 32,8% досліджуваних. У медичних сестер із високим рівнем професійної мобільності високий рівень спостерігається у 21,2%, середній рівень діагностується у 27,9% опитаних, а низький – у 21,2% досліджуваних.

*Шкала «Самостійність» (С)* характеризує розвиненість регуляторної автономності. Наявність високих показників за шкалою самостійності свідчить про автономність в організації активності людини, її здатність самостійно планувати діяльність і поведінку, організувати роботу з досягнення поставленої мети, контролювати хід її виконання, аналізувати і оцінювати як проміжні, так і кінцеві результати діяльності. Досліджувані з низькими показниками за шкалою самостійності залежні від думок і оцінок оточуючих. Такі люди часто і некритично прислухаються до чужих порад [4].

За шкалою самостійності (С) у медичних сестер з рівнями професійної мобільності низьким і нижче середнього домінує середній рівень, який був виявлений у 23,1%. Показник низького рівню (20,7%) переважає над показником високого (10,4%). У медичних сестер із середнім рівнем професійної мобільності також переважає середній рівень, який діагностується у 52,6% опитаних. На 2-му місці знаходиться показник низького рівня розвиненості цієї регуляторно-особистісної властивості (45,6% досліджуваних), а на 3-му – високий (39,4% досліджуваних). У медичних сестер із високим рівнем професійної мобільності домінує високий рівень, який був виявлений у 50,2%. Показник низького рівня – 33,7% переважає над показником середнього – 24,3%.

*Шкала «Загальний рівень саморегуляції» (ЗРС)* оцінює загальний рівень сформованості індивідуальної системи усвідомленої саморегуляції довільної активності людини. Респонденти з високими показниками загального рівня саморегуляції самостійні, гнучко і адекватно реагують на зміну умов, у них зважене і обдумане висунення і досягнення мети. При високій мотивації досягнення вони здатні формувати такий стиль саморегуляції, який дає змогу компенсувати вплив особистісних, характерологічних особливостей, що перешкоджають досягненню мети. Чим вищий загальний рівень усвідомленої ре-

гуляції, тим легше людина опановує нові види активності, впевненіше почуває себе в незнайомих ситуаціях, тим стабільніші її успіхи в звичних видах діяльності. У досліджуваних з низькими показниками за цією шкалою потреба в усвідомленому плануванні та програмуванні своєї поведінки несформована, вони більш залежні від ситуації і думки оточуючих людей [2].

За шкалою загального рівня саморегуляції (ЗРС) у медичних сестер з рівнями професійної мобільності низьким і нижче середнього переважає низький рівень (47,7% опитаних). Високий рівень складає 5%, а середній – 16,6% досліджуваних. У медичних сестер із середнім рівнем професійної мобільності переважає середній рівень, який діагностується у 69,3% опитаних. Високий рівень спостерігається у 32,2%, а низький – у 23,4% досліджуваних. У медичних сестер із високим рівнем професійної мобільності переважає високий рівень, який діагностується у 62,8% опитаних. Середній рівень спостерігається у 14,1%, а низький – у 28,9% досліджуваних.

Аналіз отриманих даних дав змогу виявити, що індивідуально-типологічні особливості саморегуляції випробовуваних з різними рівнями професійної мобільності відповідають стилям саморегуляції, описаним В.І. Моросановою.

Для різних рівнів професійної мобільності ми визначили стильові особливості саморегуляції за допомогою рис. 1, де Пл – планування, М – моделювання, Пр. – програмування, ОР – оцінка результатів,

Г – гнучкість, С – самостійність, ЗРС – загальний рівень саморегуляції.

Таким чином, стилі саморегуляції поведінки медичних сестер мають відмінності у особистостей з різними рівнями професійної мобільності. У медичних сестер встановлено переважання середнього рівня професійної мобільності (56,68% досліджуваних). Водночас у них відзначаються середні показники за шкалами планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, гнучкості, самостійності та загального рівня саморегуляції. У фахівців, які мають рівні професійної мобільності низький та нижче середнього (6,04% та 17,31% відповідно), відзначаються низькі показники стилів саморегуляції поведінки за шкалами планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, гнучкості, самостійності та загального рівня саморегуляції. І у фахівців, які мають високий рівень професійної мобільності (19,97%), відзначаються високі показники стилів саморегуляції поведінки за шкалами планування, моделювання, програмування, оцінки результатів, гнучкості, самостійності та загального рівня саморегуляції.

**Висновки з проведеного дослідження.** Узагальнюючи наслідки проведеного дослідження, можна зробити висновок, що стилі саморегуляції поведінки медичних сестер мають відмінності у особистостей з різними рівнями професійної мобільності. У медичних сестер, які мають рівні професійної мобільності низький та нижче середнього, низькі показники регуляторних процесів і регуляторно-особистісних

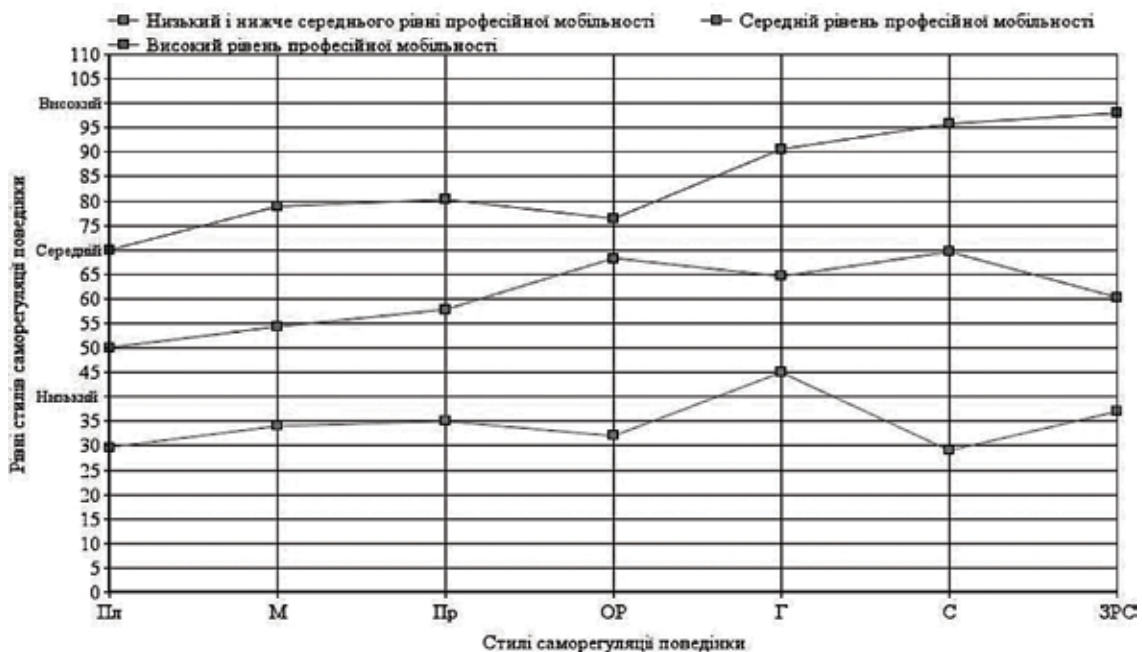


Рис. 1. Співвідношення стилів та рівнів саморегуляції медичних сестер із різними рівнями професійної мобільності



властивостей. У медичних сестер із середнім рівнем професійної мобільності відзначаються середні показники регуляторних процесів і регуляторно-особистісних властивостей. І у фахівців, які мають високий рівень професійної мобільності, відзначаються високі показники регуляторних процесів і регуляторно-особистісних властивостей. Тобто рівні розвитку стилів саморегуляції поведінки зростають із наростанням рівнів професійної мобільності.

Проведений аналіз вказує на вплив психологічного феномена професійної мобільності на стильові особливості саморегуляції поведінки медичних сестер та на необхідність подальшого вивчення особливостей їхнього співвідношення. Також у подальшому перспективним є вплив професійної мобільності на особливості саморегуляції відносно інших професій.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Вронська В.М. Роль психологічної підготовки медичних сестер у збереженні та зміцненні здоров'я дітей / В.М. Вронська // Вісник післядипломної освіти. – 2012. – Вип. 10 (23). – С. 198–207.
2. Моросанова В.И. Индивидуальный стиль саморегуляции: феномен, структура и функции в произвольной активности человека / В.И. Моросанова. – М. : Наука, 1998. – 192 с.
3. Моросанова В.И. Личностные аспекты саморегуляции произвольной активности человека / В.И. Моросанова // Психологический журнал. – Т. 23. – № 6. – 2002. – С. 5–17.
4. Моросанова В.И. Стилевая саморегуляция поведения человека / В.И. Моросанова, Е.М. Коноз // Вопросы психологии. – 2000. – № 2. – С. 118–127.
5. Шпекторенко І.В. Поняття та структура феномена професійної мобільності державного службовця / І.В. Шпекторенко // Університетські наукові записки. – 2007. – № 4 (24). – С. 467–472.