

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний університет
Факультет іноземної філології та соціальних комунікацій
Кафедра психології, політології та соціокультурних технологій

ДОПУСТИТИ ДО ЗАХИСТУ

Завідувач кафедри

Світайло Н.Д.

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)

« ____ » _____ 20__ р.

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
здобувача ступеня бакалавра психології

Коробкової Тетяни Миколаївни

(прізвище, ім'я, по батькові)

за темою Професійні страхи студентів медичних спеціальностей закладів
вищої освіти

(галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»,
спеціальність 053 «Психологія»)

Науковий керівник

канд. психол. наук, доцент

(науковий ступінь, посада, вчене звання)

_____ Іванова Тетяна Володимирівна

_____ (підпис)

_____ (прізвище, ім'я, по батькові)

« ____ » _____ 2020 р.

Підсумкова оцінка:

Національна шкала _____

Кількість балів ECTS _____

Члени комісії _____
_____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)

Члени комісії _____
_____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)

Члени комісії _____
_____ (підпис) _____ (прізвище та ініціали)

Суми 2020

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СТРАХІВ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	8
1.1. Страх та тривожність як прояв емоційної сфери у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти в літературі.....	8
1.2. Професійні страхи: сутність, види, чинники. Тривожність як чинник виникнення професійних страхів.....	15
1.3. Професійний та особистісний розвиток у студентів медичних спеціальностей в процесі навчання в закладах вищої освіти.....	21
Висновки до розділу 1	24
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНИХ СТРАХІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	26
2.1. Методичне забезпечення дослідження.....	26
2.2. Особливості професійних страхів у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та лікарів.....	28
2.3. Особливості тривожності та їх взаємозв'язки зі страхами у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та лікарів.....	36
Висновки до розділу 2	50
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНОСТІ ЯК ЧИННИКУ СТРАХІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ	53
3.1. Теоретичне обґрунтування корекції ситуативної тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти	57
3.2. Програма корекції ситуативної тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти	68

3.3. Апробація корекційної програми ситуативної тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти	68
Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ	81

ВСТУП

Актуальність теми. Важливу роль відіграє готовність студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти до своєї майбутньої роботи як фахівців і їх не зупиняло почуття страху певного професійного спрямування в сфері роботи.

Чим більше професійних страхів матиме студент разом з підвищенням тривожності, тим більше він в майбутньому не буде готовий віддаватися роботі, тобто неспроможність брати відповідальність за пацієнта, неспроможність закінчити навчання або звільнитися і таке інше. В дослідженнях страхів акцент більше робиться на вивченні психічних станів пацієнтів, ніж на студентів як важливому контингенті, який в процесі навчання і освоєння навичок готовий далі приймати рішення бути лікарем чи ні, тобто готовність лікувати.

Робіт, присвячених проблемам професійних страхів у медичній сфері майже не вивчено і дослідження носять одиничний характер. Проте дана тема несе актуальний характер.

Актуальність даної роботи визначається тим, що вивчення особливостей прояву професійних страхів у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти з урахуванням страхів професійного характеру у лікарів для порівняння ще не було предметом спеціального психологічного дослідження.

Дане дослідження несе важливий характер, оскільки воно може відігравати основну роль у подальшій роботі студентів: від вибору спеціалізації, на яку вони готові йти і до роботи з тяжкохворими та готовності взяти на себе відповідальність за життя пацієнта.

При одержанні результатів дослідження страхів та їх аналізі, можна розглядати питання корекції даних психічних станів у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти. Важливо розуміти як працювати та

коригувати тривожність та професійні страхи в майбутній професійній діяльності студента медичної спеціальності на етапі становлення їх як фахівців.

Мета дипломної роботи: визначити особливості професійних страхів студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти.

Об'єктом дослідження є професійні страхи.

Предметом дослідження є професійні страхи у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти.

Гіпотеза. У студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти будуть схожі види професійних страхів, зокрема із домінуванням тих, які обумовлені ситуативною тривожністю.

Реалізація мети дослідження і перевірка висунутої гіпотези передбачає вирішення наступних **завдань**:

1. Проаналізувати теоретичні розробки, дослідження та публікації щодо теми тривожності, страхів та професійних страхів медичного профілю у вітчизняній та зарубіжній психології.
2. Дослідити особливості професійних страхів студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та лікарів.
3. Дослідити особливості тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та лікарів
4. Розробити та апробувати програму зниження тривожності як чиннику страхів у професійній діяльності студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти на етапі професійної підготовки
5. Підтвердити чи спростувати висунуту гіпотезу.

Методи дослідження: аналіз науково-методичної та спеціальної літератури; збір емпіричних даних (Методика незакінчених речень Сакса – Сіднея, модифікована; діагностична методика тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Д. Ханіна: шкали особистісної на ситуативної тривожності), обробка

емпіричних даних з використанням методів математичної статистики (методи описової статистики, χ^2 -критерій Пірсона; використання кореляційного аналізу, Ст'юдент-тесту) з подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням; методи раціонально-емотивної терапії.

Теоретична значущість дослідження полягає у визначенні сутності професійних страхів студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти; у визначенні тривожності як чиннику виникнення професійних страхів у студентів медичних спеціальностей.

Практична значущість дослідження полягає в тому, що впроваджена програма корекції тривожності як чиннику виникнення професійних страхів у студентів медичних спеціальностей може бути використана в практиці роботи психологів в закладах медичного профілю; у психологічному супроводі студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти відповідно до запиту.

Апробація та впровадження результатів дослідження:

1. Іванова Т. В., Коробкова Т. М., Мартинюк С. Л. Професійні страхи студентів медичного інституту. Теорія і практика сучасної психології: зб. наук. пр., випуск № 4. 2018. С. 53-58.

URL: http://www.tpsp-journal.kpu.zp.ua/archive/4_2018/12.pdf

2. Коробкова Т.М ., Іванова Т. В. Особливості переживання екзистенціальних страхів у осіб ранньої дорослості: тези доповідей II Міжнародної науково-практичної конференції «Перспективи розвитку сучасної науки та освіти», м.Львів, 15-16 червня 2020 р. 63 с. С. 40-41.
3. Коробкова Т. М., Іванова Т. В. Особливості корекції страху майбутнього у осіб ранньої дорослості: наук. журн. *Молодий вчений*. (Прийнято до друку)

Апробація програми психокорекції проводилася в онлайн режимі з 1-шо червня 2020-го по 10-е червня 2020-го року включно на комунікативній платформі Goggle Meet. Результати представлені у пункті 3.3. даної роботи.

Загальні відомості про структуру й обсяг роботи. Дипломна робота викладена на 81-й сторінці (75 сторінок основного тексту) і складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 10 таблиць, 1 діаграму, 1 додаток. Список використаної літератури включає 31-е найменування.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ СТРАХІВ СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

1.1. Страх та тривожність як прояв емоційної сфери у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти в літературі

В науковій літературі під страхом розуміють психічний стан людини, який пов'язаний з проявом астенічних почуттів (тривоги, хвилювання та ін.) в ситуаціях загрози біологічному чи соціальному існуванню людини, який спрямований на джерело уявної чи реальної небезпеки в житті.

Особливості переживання страху варіюються в досить широкому діапазоні відтінків, від побоювання, переляку до боязні та жаху. Страх для людини слугує як попередження про насування загрози. В результаті це активує людину на зосередження уваги та пошук способів уникнення даної небезпеки.

Філософ та соціолог Томас Гоббс трактував поняття страху як емоційне переживання, яке може виконувати подвійну роль. З одного боку, це хвилювання за майбутнє, що дає змогу людині більше активізуватись та адаптуватись до навколишнього середовища. З іншого боку, це відчуття страху незрозумілих та уявних речей, який поєднаний з незнанням. Дослідник С. Томкінс дотримувався погляду на страх як на токсичну емоцію, яка має здатність загрожувати життю людини, оскільки організм в такі стресові ситуації починає функціонувати на межі своїх можливостей [2].

І.П. Павлов, вивчаючи страх, визначав його, як «прояв природного рефлексу, пасивно-оборонну реакцію з легким гальмуванням кори великих півкуль». Страх заснований на інстинкті самозбереження та має захисний характер. Тому він супроводжується певними змінами вищої нервової діяльності людини, може проявлятися на відбитті частоти пульсу та дихання,

показниках артеріального тиску, виділення шлункового соку. Дослідник також зазначав, що страх виникає у відповідь на дію загрозового стимулу. При цьому існує дві загрози, що може характеризуватися смертю або крахом життєвих цінностей [9].

За концепціями А. Фрейд і З. Фрейда, страх розуміється як афективний стан очікування будь-якої небезпеки. Страх перед якимось конкретним об'єктом несе характер остраху, а в патологічних випадках стає фобією. У своїй роботі «Заборона, симптом і страх» З. Фрейд акцентує уваги на страх, як на те, що можна спочатку відчутти. Це відчуття несе характер невдоволення, бо страхи часто є результатом незадоволених бажань або потреб людини [10].

Згідно А. Адлеру, страх походить від придушення агресивного потягу, що грає головну роль в повсякденному житті і в неврозі. Інший вчений Г. Крайг, вбачав страх як емоцію, яку людина намагається мінімізувати або повністю уникнути, і навпаки, як емоцію, яка проявляючись у м'якій формі, здатна спонукати людину до навчання. Е. Еріксон описує поняття страху як стану побоювання, зосередженого на ізольованих загрозах, які можна тверезо оцінити і протистояти їм. Д. Айке вважає, що страх є негативним емоційним переживанням, коли людина в тій чи іншій мірі усвідомлює, що їй загрожує небезпека. З цією емоцією люди можуть стискатися кожен день [16]. К. Ізард пише, що «слабкий страх переживається як тривожне передчуття, занепокоєння. У міру наростання страху людина відчуває все більшу невпевненість у власному благополуччі». На думку автора, незалежно від статі, віку та інших чинників люди однаково трактують емоцію страху за допомогою мимічних відображень на обличчі [8].

На думку А. І. Захарова, страх - це одна з фундаментальних емоцій людини, що виникає у відповідь на дію загрозового стимулу [24, с. 5].

На думку Л. С. Виготського: «Страх - дуже сильна емоція, що надає досить значний вплив на поведінку індивіда і перцептивно-когнітивні процеси» [19, с.150].

Згідно теорії про конструювання емоцій, вбачається, що страх не може з'явитись у людини, якщо вона до цього не переживала дану емоцію ніколи або взагалі не знає про обставини, які потенційно можуть загрожувати її життю. Тому цей емоційний стан з'являється у людини після отримання відповідного соціального досвіду, який вона особисто переживала або він був навіяний зовнішнім оточенням [2].

Вчені, які досліджували нав'язливі страхи, помітили, що подібні зв'язки поступово розширюються. Спочатку виникає тривожність при безпосередньому зіткненні з якоюсь психотравмуючою ситуацією, наприклад при поїзді в автобусі, де раніше у людини трапився серцевий напад, що супроводжувався почуттям сильного страху. Потім з'являється в страх при очікуванні зустрічі з цією ситуацією, яка стала для неї психотравмуючою. І в результаті це почуття буде з'являтися вже при представленні або спогадах про психотравмуючу подію, яка трапилась з людиною [28].

В дослідженнях тривогу розглядають як психічний стан та як властивість особистості (тривожність). В психологічному словнику подано два терміни даного поняття. «Тривога – негативні емоційні переживання, які обумовлені очікуванням небезпеки, не пов'язаної із конкретними подіями. Тривожність – індивідуальна психологічна особливість, що проявляється у схильності людини до частих та інтенсивних переживань станів напруження, занепокоєння, хвилювання, а також у низькому порозі їхнього виникнення. Тривожні стани визначаються як тимчасові епізодичні емоційні стани людини, які виникають в умовах ймовірних несподіванок як при відстроченні, затримці приємних ситуацій, так і при очікуванні неприємних» [22, с. 198]. Тривожні переживання

індивідів можуть мати як усвідомлюваний характер, так і неусвідомлюваний [22].

Як показують різні дослідження, тривожність сприяє успішній діяльності у простих для людини ситуаціях, проте перешкоджає в складних. Тривожний стан особистості, як сигнал про небезпеку, може привертати увагу до можливих труднощів, тим самим дозволяючи мобілізувати сили й досягти кращого результату. Це свідчить про те, що її оптимальний рівень розглядається як необхідний для ефективного пристосування до реального життя. Повна відсутність тривожності у людини перешкоджатиме нормальній адаптації й заважатиме продуктивній діяльності. Надмірно висока тривожність розглядається як дезадаптаційна реакція, яка може проявлятися в загальній дезорганізації поведінки й діяльності [20].

Зигмунд Фрейд поділяв страхи на дві групи: реальні страхи та невротичні. Реальний страх - це нормальний емоційний процес. Він виникає в ситуації небезпеки і допомагає організму мобілізуватися, щоб уникнути цю ж небезпеку. А невротичний страх – це вже прояв фобії, він виникає при зіткненні з ситуаціями і об'єктами, які насправді не є небезпечними [26].

А. І. Захаров виділяє реальний і уявний, гострий і хронічний страхи. Реальний і гострий страхи зумовлені ситуацією, а уявний і хронічний - особливостями особистості. Також, вчений вважає, що страхи в загальному вигляді умовно діляться на ситуаційні та особистісно обумовлені. Ситуаційний страх виникає в незвичайній, небезпечній або шокуючій індивіда обстановці. Часто він виникає в результаті появи паніки в натовпі, тривожних передчуттів, які проявляються у членів сім'ї, труднощів чи життєвих невдач. Особистісно обумовлений страх визначений характером людини, наприклад, його тривожністю, вразливістю, і здатний з'являтися в новій обстановці або при контактах з незнайомими [26].

Професор Ю. В. Щербатих в своїй класифікації страхів ділить всі страхи на три групи: 1) біологічні (природні), 2) соціальні, 3) екзистенціальні (індивідуальні). Біологічні (природні) страхи пов'язані із загрозою життю індивіда. Це природні явища, що вселяють людям страх: гроза, сонячні затемнення, поява комет, виверження вулканів і супроводжуючі їх землетруси, які асоціюються у людини з острахом кінця світу. До групи цих страхів також відносять страхи тварин. До тварин, що викликають у людей сильний страх, належать змії. Будь-яка жива істота чи людина боїться сильних звуків і яскравих спалахів (боязнь грому і блискавки). Цей страх закладений еволюцією в мозок тварин і людей на рівні вродженого інстинкту. Люди багато років не могли розкрити природу грози. Ю. Щербатих, зазначає, що «і зараз страх грози є актуальним для багатьох людей, випереджаючи за значенням такі боязні, як страх темряви чи страх смерті» [27, с. 51]. Другу групу складають соціальні страхи - побоювання за зміну свого соціального статусу. Конкретні форми прояву соціальних страхів залежать від особливостей історичної епохи і типу суспільства. Специфіка соціальних страхів полягає, по-перше, в їх опосередкованому характері (коли об'єкти, що викликають страх не можуть безпосередньо самі по собі завдати шкоди людині), а, по-друге, в їх надзвичайній поширеності. Так, всі люди, в більшій чи меншій мірі, бояться хвороб і смерті, бояться бідності і можливості виникнення війни. Третю групу складають екзистенціальні (індивідуальні) страхи, породжені лише фантазією і уявою людини і не мають під собою реального підґрунтя. До внутрішніх страхів дослідник відносить не тільки страхи, які породжуються фантазією людини, але і страхи власних думок, якщо вони йдуть врозріз з наявними моральними установками. Є й проміжні форми страху, що стоять на межі двох розділів, і до них автор відносить страх павуків [27].

Борис Дмитрович Карвасарський розрізняв сім основних фобул страху. До першої з них він відносив боязнь простору, яка може проявлятися в різних формах, а саме, клаустрофобії. Також є протилежна фобія, а саме агорафобія. До другої групи фобій за класифікацією Б. Д. Карвасарського відносяться так звані соціофобії, пов'язані з громадським життям. При соціальних фобіях характерно виражений страх опинитися в центрі уваги або повести себе так, що дана поведінка може викликати збентеження або приниження з боку людей; виражене уникнення перебування в центрі уваги або ситуації, які пов'язані зі страхом повести себе так, що це може викликати збентеження або приниження з боку людей. До третьої групи, за класифікацією Б. Д. Карвасарського, відносяться нозофобії - тобто це страх того, що людина боїться захворіти, особливо небезпечною для життя хворобою, яка може призвести до повної непрацездатності та навіть смерті. Даний страх може пов'язуватись з танатофобією, тобто боязню смерті. До четвертої групи нав'язливих страхів, по Карвасарському, відноситься танатофобія - страх смерті. Відчувати страх смерті є нормальним явищем, проте воно може набути невротичної форми, а саме: не виходити з дому, боячись від чогось померти; боятися перейти через дорогу, так як може збити автомобіль і т.д. Іншими словами, боятися не того, що є насправді, а того, чого людина не знає, але надумала собі і переконала себе в тому, що це станеться. До п'ятої групи відносяться страхи нанести шкоду собі або близьким людям - obsesивно-компульсивні страхи. Obsesіями називають постійно виникаючі небажані уявлення, побоювання, думки, образи або спонування. Компульсії називаються стереотипно повторювані вчинки. Obsesії часто викликають тривогу, а компульсивні вчинки або дії служать для того, аби тривогу зменшити. До шостої групи відносяться так звані «контрастні» фобії, наприклад, страх голосно вимовити нецензурні слова в суспільстві у вихованого людини. До сьомої групи страхів належить фобіофобії, тобто страх боятися чого-

небудь. Такий стан виникає, коли людина боїться раптового виникнення у нього самого почуття страху [6].

Томас Гоббс виділив декілька видів страху, що виконують різні функції в залежності від історично сформованих форм взаємин людей: 1) страх смерті, існуючий в природному стані «війни всіх проти всіх»; 2) страх перед невидимими, грізними і всемогутніми силами, що виникає в результаті незнання справжніх причин явищ; 3) страх покарання як засіб підтримання злагоди, договірних відносин [16].

Аналізуючи вищезазначене, можна вивести умовивід що різні автори по-різному розуміють поняття страху та на які види краще його класифікувати. В науковій літературі страх розглядають як негативний емоційний стан, пов'язаний з болісними переживаннями, і як позитивний стан, який активізує до діяльності. Занепокоєння та страх – є абсолютно звичайна реакція організму індивіда на нестандартні для нього події, від неї не обов'язково може виникнути довготривала психоемоційна проблема.

1.2. Професійні страхи: сутність, види, чинники. Тривожність як чинник виникнення професійних страхів

Робіт, присвячених проблемам особливостям та прояву професійних страхів у представників різних професійних груп, особливо медичного спрямування, недостатньо, і такі дослідження носять поодинокий характер. Дослідженнями стосовно професійного спрямування займалися такі вчені, як Рахматулліна Р., Тилевич І., Щербатих Ю. Найбільш дослідженою професійною групою по проблемі професійних страхів у зарубіжній психології є педагоги й психологи (Brueck H., Grossraann K., Jehle P., Krause P., Quitmann H.).

За Косолаповим О. М. «професійний страх – багатовимірне утворення (залежно від тривалості, сили й ступеня впливу – емоційна реакція, стан або властивість особистості), що відображає внутрішнє відчуття небезпеки та розвивається або посилюється під впливом факторів професійної діяльності» [13, с. 6].

Дослідник Н. Пилипко до чинників розвитку страхів у професійній діяльності відносить невпевненість у собі, відчуття своєї некомпетентності, тривожне очікування невдачі. Зеєр Є. до цих чинників відносить кризи професійного становлення. Ішутіна О. та Кузнецова О. відносять до чинників розвитку професійних страхів рівень тривожності особистості. Шерягіна О. розглядає неможливість включення у свій потенціал професійних знань як один із чинників розвитку професійних страхів [13].

Професійні страхи взаємодіють з джерелами, що їх породжують. Першим можливим джерелом професійних страхів є наявність малих прав і надто великої відповідальності за результати діяльності. Людина починає відчувати, що вона малоприсадибна, що заважає становленню її професіоналізму як фахівця. Надмірна кількість встановлених правил на роботі та перебільшений контроль

викликають роздратування та тривожність. Таким чином, чим буде вужче сфера прав і більша відповідальність, тим більше стресове напруження буде у працівника.

Другим джерелом професійних страхів є відсутність критеріїв, за якими б особистість могла зрозуміти, на скільки добре вона виконує доручену справу і можливість відстояти себе. Її пригнічує невизначеність в тому, як будуть оцінюватися її зусилля і яка є перспектива можливостей для розгортання власних ідей.

Третє джерело страху являє собою постійну надмірну завантаженість роботою та перевтому працівника від цього. В такому випадку, за думкою канадського соціального психолога доктора Рональда Дж. Бурке (Йорського університету), причина незадоволеності буде в тому, що неможливо дізнатися з яким максимальним навантаженням може працювати особа без шкоди для свого здоров'я, доки не досягне перевтоми.

Четвертим джерелом професійного страху є запевнення працівника, що його кваліфікація не достатня для виконання роботи, яку він хоче.

П'ятим джерелом страху, що може гальмувати професіоналізм особистості, є те, що працівник не відчуває підтримку з боку керівництва. Саме підтримка такого характеру може допомогти уникненню непотрібних стресів [11].

Окрему увагу варто приділити причинній обумовленості появи професійних страхів та формуванні професіоналізму. Першою причиною є ірраціональні переконання - коли логічні помилки, що приводять до неправильних висновків, схиляють поступово і до не правильних переконань відносно себе. Другою причиною є узагальнення, коли на основі одного негативного досвіду починають сприйматися і подальші. Третя причина – це глобальні висновки з поодиноких фактів, на основі чого виникає замкнене коло,

в якому ірраціональні висновки провокують подальші негативні бачення, умовиводи, що в свою чергу підсилює віру в ці нераціональні переконання. Четвертою причиною є такі очікування, як – «я повинен»: «я повинна бути комунікабельною», «вони повинні мене слухатися», «я повинна відповідати очікуванням інших...». Очікування будуються на основі власних переконань, а переконання інших людей можуть кардинально відрізнятись від наших. Саме тому догодити всім неможливо [11].

Деякі автори виділяли страхи, які характерні як для медичних фахівців, так і для пацієнтів. Виділені страхи не є суцільно професійними для медичних працівників, а представляють собою види страхів взагалі.

Є. П. Ільїн виділяє групу соціальних страхів. Страх відкинення. Індивіди з вираженою потребою в контактах з людьми можуть відчувати страх такого типу. У зв'язку з цим вони намагаються уникати конфліктів та конкуренції. Страх невдачі. Причиною цього страху може бути боязнь перед думкою суспільства. Цей страх особливо помітний в робочому середовищі та в школі, де один невірний крок може детермінувати загальне осміювання з боку колег чи однолітків. Страх відповідальності. Цей страх являється суто соціальним. Беручи якесь важливе рішення (наприклад, проводити операцію чи ні, призначати цей курс лікування, встановлювати самостійно цей діагноз) медичний фахівець бере на себе відповідальність за його наслідки.

Щербатих Ю. В. виокремив такий вид страху, як страх перед хворобою і лікуванням. Хвороби лякають людей з різних причин. По-перше, деякі захворювання пов'язані з болем, яке є джерелом сильних негативних емоцій (наприклад, хвороби зубів), по-друге, хвороби порушують працездатність людини, що негативно відбивається на її матеріальному становищі; по-третє, існує ряд захворювань настільки небезпечний, що вони можуть приводити до летального наслідку (наприклад до інфікування інших людей та їх смерті); по-

четверте, інфекційні хвороби через суворий карантин обмежують можливість контактів хворих з близьким оточенням [9].

Також існує страх смерті. Цей вид страху зазвичай пов'язаний з негативним ставленням до догляду за вмираючими пацієнтами та їхніми родинами. Смерть пацієнтів негативно позначається на емоційному стані лікаря та студентів медичних закладів. Важливо відзначити, що страх смерті викликає важливі поведінкові та емоційні наслідки. Крім того, догляд за вмираючими пацієнтами може призвести до горя і сприйняття невдачі, які також викликають посилене занепокоєння [31].

Дослідження, які проводили із професійною групою працівників рятувальних підрозділів, завданнями яких є проведення робіт та вжиття заходів щодо запобігання надзвичайним ситуаціям, показало що ситуативна тривожність має взаємозв'язок з професійними страхами. Тому, можна припустити, що у медичних працівників також може бути зв'язок даної тривожності із професійними страхами, враховуючи стресовий фактор особливостей професійної діяльності [13].

Обираючи професію, де необхідно нести відповідальність за життя людей та завжди працювати в стресовому середовищі, у відповідних фахівців можуть з'явитися професійні страхи такого типу, а саме: страх хвороби близьких, страх перед майбутнім, страх смерті, страх відповідальності, страх захворіти якою-небудь хворобою, страх злочинності, страх перед негативними наслідками хвороб близьких [13].

Кузнєцов М. А. та Шаповалова В. С., досліджуючи студентські страхи, акцентували увагу на те, що студенти переживають за свою професійну придатність в майбутньому ще на етапі навчання. У них були виявлені страхи за професійним спрямуванням, а саме: страхи, пов'язані з майбутнім; з помилками, які можуть допускатися ними під час освоєння необхідних вмінь; з

відповідальністю; з ймовірністю захворювання; з ймовірністю бути покараними за неправильні дії; з тим, що стануть поганими фахівцями [15].

Також Шаповалова В. С. виділяла окремо страх пов'язаний з особистими якостями та недоліками, аргументуючи тим, що студенти під час навчання часто відчують свою невпевненість в собі та своїх знаннях і недостатність професійних якостей для своєї майбутньої роботи [15].

На погляд Гринечко А., страх та тривога має загальний компонент у вигляді відчуття неспокою. Обидва поняття відображають сприйняття загрози або відсутність відчуття безпеки. Дослідник припускає, що тривогу можна порівняти з глибоко захованим страхом дифузного характеру. Відмінності між тривогою і страхом він представляє таким чином: по-перше, тривога є сигналом небезпеки, а страх є відповіддю на неї. По-друге, тривозі характерно швидше передчуття, а страху – відчуття небезпеки. По-третє, тривога володіє збудливою дією, а страх гальмуючою дією на психіку. По-четверте, стимули тривожності мають більш загальний та невизначений характер, а страх більш визначений і конкретний. По-п'яте, тривога як очікування небезпеки націлена в майбутнє, тому виникає раніше, а страх як спогад про цю тривожну небезпеку, в основі має минулий травмуючий досвід. Виходячи з цього, можна підсумувати, що спочатку виникає саме почуття тривожності, після якого стан людини може погіршитися, і вона переходить до відчуття страху [3].

Радянський вчений Ф. Б. Березін, вивчаючи тривожність, встановив паралель між тривожністю та страхом. Він вважав, що ірраціональний страх виникає при наростанні тривожного стану і виявляється у предметності, конкретизації невизначеної небезпеки. Він акцентував увагу на тому, що тривога і страх представляють собою рівні явища тривожного ряду, причому тривога передуює ірраціональному страху [20, с. 270].

Підводячи підсумок, варто зазначити, що проблема прояву професійних страхів, особливо в різній професійній діяльності, досі являється актуальною темою. Нажаль до цього часу питання професійних страхів не досліджувалися стосовно діяльнісної специфіки медичних фахівців. На зараз практично відсутні психологічні дослідження щодо наявності та особливостей професійних страхів у майбутніх медичних фахівців, пов'язаних із виконанням професійних обов'язків.

Виходячи з аналізу літератури, можна підсумувати, що спочатку виникає саме почуття тривожності, після якого стан людини може погіршитися, і вона переходить до відчуття страху.

1.3. Професійний та особистісний розвиток у студентів медичних спеціальностей в процесі навчання в закладах вищої освіти

В процесі навчання, засвоєння знань та досвідченості студенти медичних спеціальностей закладів вищої освіти розвивають свої професійні якості як майбутні фахівці, які допоможуть їм в майбутній роботі та лікуванні хворих.

Етап професіоналізації студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти є періодом формування необхідних професійно важливих якостей лікаря, основних новоутворень індивідуального стилю професійної діяльності [4].

За своїм статусом лікар перебуває у постійному безпосередньому контакті з пацієнтами та членами їх родин, що передбачає наявність у нього високого рівня комунікативної компетентності як неодмінної передумови ефективної реалізації ним професійних завдань. Різні аспекти цієї проблеми розглядаються у працях О. О. Бодальова, Л. П. Буєвої та інших дослідників [21, с. 3].

Стверджується, що здійснення профілактичної роботи лікарем може бути успішним за наявності у нього достатньо високого рівня комунікативної компетентності як умови успішного здійснення ним своєї професійної діяльності, про що в своїх роботах акцентували увагу М. М. Васильєв, Ю. М. Ємельянов, Б. Д. Карвасарський.

Ця якість є неодмінно важливою складовою для успішності роботи майбутнього фахівця в сфері медицини, оскільки він стискатиметься постійно з людьми, його пацієнтами. І тому є важливим вміння спілкуватися з людьми та доносити потрібну інформацію.

Як зазначає Тимофієва М. процес формування у лікаря професійних компетентностей, які є важливою складовою в роботі має починатись вже під час навчання у вищому навчальному закладі, адже саме тут закладаються

світоглядні орієнтири майбутнього лікаря, основні принципи взаємодії з пацієнтами, набуваються необхідні фахові знання, вміння та навички.

Профілактична робота вимагає від лікаря вміння аналізувати як власне медичні, так і соціальні ситуації, прогнозувати їх розвиток і можливі наслідки, будувати взаємини з усіма категоріями пацієнтів та колегами, швидко орієнтуватись у ситуаціях соціальної взаємодії і обирати оптимальні прийоми впливу на пацієнтів з урахуванням їхніх психологічних особливостей тощо.

Важливим фактором є можливість студентів медичних спеціальностей швидко адаптуватися в робочій сфері під час практики і застосовувати дані вміння.

Зокрема, дослідники Ж.М. Глозман, В.П. Зінченко, Б.Г. Мещеряков головним у комунікативній компетентності вважають ефективність спілкування. Зі свого боку Л.А. Петровська вважає, що гнучкість в адекватній зміні психологічних позицій є суттєвим показником компетентного, зрілого спілкування.

В розвитку комунікативних компетентностей важливим є відповідна організаційно-структурна перебудова навчального процесу, створення мотиваційної основи активності медичних студентів в оволодінні технологією компетентного спілкування та розробку адекватних засобів організації особистого розвитку студентів [21].

Студенти медичних спеціальностей, як показали дослідження, вважають, що у лікаря повинні бути такі професійні якості, а саме: уважне ставлення до пацієнта - як важлива професійна якість ідеального лікаря. Другою важливою характеристикою було виділено - любов до своєї справи (професії). Серед особистісних якостей, якими необхідно володіти студенту для майбутньої роботи лікаря наводилися такі, як «ввічливість», «співчутливість», «правдивість». Щодо поведінки майбутнього лікаря, студенти навели такий

поведінковий перелік, а саме: «надання інформації хворим та їх родичам», «не показувати своїх емоцій пацієнту» [21, с. 10].

В процесі навчання в закладах медичного профілю відбувається заміна процесу накопичення теоретичних знань, умінь і навичок на формування й розвиток вміння практично діяти через застосування здобутих знань й досвіду у різних ситуаціях. Одним із важливих моментів в розвитку професійної компетентності у студентів є не лише вміння усвідомлювати свій «кваліфікаційний профіль». Мається на увазі саме навчитися відповідно оцінювати та презентувати своє портфоліо. Навчаючись, студенти мають розуміти важливість не тільки їх розвитку як особистості, а і професійного - оволодіння вміннями надати профілактичну допомогу, здійснити діагностичну допомогу з використанням відповідної лікувальної апаратури [17].

Проте відомо, що засвоєння студентами більшості навичок, маніпуляцій, особливо пов'язаних з ризиком ускладнень при їхньому проведенні, можливе в більшій мірі в теоретичному форматі через відсутність можливості постійно відвідувати лікарні та виконувати дані процедури [14].

Висновки до розділу 1

Поняття страхів вивчали і порівнювали з тривожністю багато вітчизняних і зарубіжних дослідників. Можна зробити висновок щодо того, що багато авторів по-різному розуміють страх і яким чином його буде краще класифікувати. Вивчення особливостей професійних страхів студентів меду ще не було предметом спеціального психологічного дослідження, що несе високу актуальність даної роботи.

За Косолаповим О. М. «професійний страх – багатовимірне утворення (залежно від тривалості, сили й ступеня впливу – емоційна реакція, стан або властивість особистості), що відображає внутрішнє відчуття небезпеки та розвивається або посилюється під впливом факторів професійної діяльності» [13, с. 6]

Радянський вчений Ф. Б. Березін, вивчаючи тривожність, встановив паралель між тривожністю та страхом. Він вважав, що страх виникає при наростанні тривожного стану і виявляється у предметності, конкретизації невизначеної небезпеки.

Проаналізувавши наукову літературу про професійні страхи в допомагаючих, рятувальних професіях та професіях «людина-людина», ми допускаємо, що цей перелік професійних страхів може бути характерний і для медичних працівників, а значить може бути у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти

Аналізуючи літературу, можна простежити, що найважливішими умовами в розвитку компетенцій наукові автори виділяють саме комунікативні компетентності в роботі майбутнього лікаря. Студенти, від час навчання засвоюють дану компетентність від викладачів, які є практикуючими лікарями.

Можна підсумувати те, що у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти в процесі навчання формуються настановлення на позитивне ставлення до пацієнтів і своєї професії. Але при цьому, вони ще не до кінця чітко можуть уявити як саме ці якості вони повинні реалізуватися у практичних взаєминах з пацієнтами та медичним колективом. Тому, в результаті, вони можуть відчувати невпевненість, тривожність та страх, пов'язаний із спілкуванням та взаємодією з пацієнтами.

Особливе занепокоєння у студентів медичних спеціальностей можуть викликати можливі проблеми у взаємовідносинах з керівництвом, власна незалежність, а саме професійна, психологічна, фінансова. Лякаючими факторами у них в процесі усвідомлення професійних якостей і навичок, які можуть негативно впливати на практичну діяльність, є негативне ставлення з боку оточуючих до них, як до майбутніх лікарів та їх неадекватна поведінка.

Починаючи своє навчання в закладах вищої освіти медичного спрямування, більшість студентів відчувають дефіцит практичної професійної підготовки. Існує низка перешкод, починаючи від неможливості відтворення більшості практичних маніпуляцій та відсутності специфічних пацієнтів залежно від напрямку медицини і закінчуючи етико-деонтологічними та морально-етичними обмеженнями у взаєминах між студентами і пацієнтами.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПРОФЕСІЙНИХ СТРАХІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

2.1. Методичне забезпечення дослідження

Для практичного дослідження означеної проблеми нами була проведена психодіагностика студентів, що навчаються у Сумському державному університеті. У дослідженні взяли участь 86 студентів Сумського медичного інституту 1-го та 4-го курсу. Студенти 1 курсу: кількість 53 особи (дівчат – 33, хлопців – 20), вік – 17-21 рік. Студенти 4 курсу: кількість – 33 особи (дівчат – 23, хлопців – 10), вік 20-27 років. Також в дослідженні приймали участь медичні працівники, які на момент дослідження працювали в Глухівській центральній районній лікарні та в лікарнях міста Суми. Всього 30 респондентів, серед них 16 жінок віком від 25-ти до 59-ти та 14 чоловіків віком від 24-х до 41-го року.

Для експериментального дослідження особливостей професійних страхів у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти нами були використані такі нижченаведені методи дослідження.

Психодіагностична методика «Діагностика тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Д. Ханіна: шкали особистісної та ситуативної тривожності» була обрана нами як методика, яка дає можливість виявити рівень прояву тривожності у особистості для вивчення самих страхів. Вона дозволяє виявити чи є самооцінка тривожності ситуативною, чи навпаки, вона особистісна, тобто постійна [18].

В даній методиці особистісна тривожність інтерпретується як стійка індивідуальна якість особистості, яка характеризує у людини ступінь турботи, занепокоєння та емоційної напруги внаслідок дії стресових факторів. Реактивна

тривожність характеризує ступінь занепокоєння, емоційної напруги людини, що з'являється у конкретній стресовій ситуації [22].

Отримані результати даної методики добре піддаються статистичному аналізу з наступною якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням за допомогою методів математико-статистичної обробки даних.

Для досягнення мети також була використана «Методика незакінчених речень Сакса – Сіднея, модифікована». Дана методика добре підходить для виявлення страхів у людей, оскільки є поширеною для вивчення страхів у юнацькому та дорослому віці. Перевагою даної методики є можливість для досліджуваних відповідати не одним словом, що дає гнучкість та різноманітність відповідей. Її можуть використовувати, змінюючи речення під особливості досліджуваної сфери [7].

Дана методика складається із 64 незакінчених речень з початком, що детермінують реакцію, і дається інструкція закінчити їх першою фразою, що спала на думку [10].

З метою дослідження професійних страхів студентів медичних спеціальностей та лікарів дана методика була трансформована нами під особливості професійної діяльності даної категорії досліджуваних (див. в Додаток 2.1). Досліджуваним було запропоновано для продовження шістнадцять речень, пов'язаних з їх професійною діяльністю.

Для аналізу отриманих даних були використанні такі методи математичної обробки даних, як методи описової статистики, χ^2 -критерій Пірсона,; використання кореляційного аналізу, Ст'юдент-тесту з подальшою якісною інтерпретацією та змістовним узагальненням. Також було використано якісний аналіз обробки даних за допомогою контент аналізу.

2.2. Особливості професійних страхів у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та лікарів

Проаналізувавши професійні якості і компетентності студентів, професійні страхи інших представників професії "людина-людина", де завданнями виступають допомога і захист людей, ми вивели перелік професійних страхів і вважаємо, що вони можуть бути притаманні студентам медичних спеціальностей закладів вищої освіти. Також ми проаналізували отримані відповіді респондентів за методикою «Незакінчені речення» і їх відповіді розподілили по відповідним страхам, якщо їхні відповіді передбачали певний страх.

Загальний опис професійних страхів має таку характеристику:

- 1. Страх за недостатність знань.** До даної категорії страху були внесені відповіді респондентів, що стосуються острахів стосовно взаємодії з пацієнтами, а саме страху не допомогти пацієнту в силу недостатнього рівня знань. Приклади відповідей: «Коли наближається хвора людина, я розумію що їй треба допомогти, якщо я зможу, але я боюсь»; «Боюсь, що не зможу допомогти».
- 2. Страх за недостатність практичних вмінь.** До даної категорії страху були внесені відповіді респондентів, що стосуються остраху, пов'язаного з видами медичної діяльності, тобто маніпуляціями, не впоратися із конкретними ситуаціями, пов'язаними з наданням медичної допомоги, а саме: «Мій найбільший страх в тому, що я боюсь поранитися голками»; «Я не можу взяти відповідальність за системи»; «Я не можу взяти відповідальність за неправильну техніку виконання маніпуляції»; «Мій найбільший страх полягає в неправильному введенні ін'єкцій»; «Мені хотілося б перестати боятися виконувати складні маніпуляції».

3. Страх невідповідності особистісним характеристикам в роботі. До даної категорії страху внесені відповіді респондентів, спрямовані на індивідуальні переживання і особливості реакції в залежності особистих якостей та самооцінки респондентів, побоювання за те, що будуть нерішучими у важливий момент, що про них можуть негативно подумати. Приклади відповідей: «Хотілося б перестати боятися невдач та сумнівів»; «Хотілося б перестати боятися своєї невпевненості»; «Хотілося б мені перестати боятися труднощів»; «Мій найбільший страх в роботі полягає в тому, що пацієнт задасть мені запитання, на яке я не зможу відповісти йому»; «Хотілося б мені перестати боятися негативної реакції пацієнтів на мене»; «Боюсь агресивно налаштованих пацієнтів», «Боюсь повідомляти погані новини», «Найбільший страх – що не зможу знайти спільну мову з пацієнтом».

4. Страх, заснований на почутті відповідальності. До даної категорії страху внесені відповіді респондентів, що стосуються знань та досвіду, які необхідні лікарям та остраху стосовно взяття на себе відповідальності за життя пацієнтів. Приклади відповідей: «Мій найбільший страх полягає в тому, що пацієнт помре, бо я нашкоджую йому»; «Більш за все в своїй роботі хочу перестати боятися брати відповідальність за лікування пацієнтів»; «Боюсь серйозних ускладнень пацієнтів, які несуть загрозу життю»; «Хочу перестати боятися залишатись самотійно на нічному чергуванні».

5. Страх професійного майбутнього. До даної категорії страху внесені відповіді респондентів, спрямовані на острахи стосовно минулого досвіду, щодо подальших подій в роботі, які ще не наступили. Приклади відповідей: «Мій найжахливіший спогад – напад епілепсії вперше, а я була сама, боюсь думати що далі може мене чекати в роботі»; «Хочу перестати боятися і думати, що мене чекає в роботі насправді»; «Мій найжахливіший спогад – коли інший медпрацівник ледь не нашкодила людині».

6. Страх покарань. До даної категорії страху внесені відповіді респондентів, спрямовані на побоювання людини зробити помилку, критикування, а саме: «Відчуваю тривогу та страх, коли мене починають критикувати»; «Найбільший страх, що посадять у в'язницю у разі моїх помилок»; «Боюсь серйозних розмов з керівництвом, бо скоріше за все вони не будуть хвалити»; «Боюсь осуду від інших лікарів».

7. Страх за себе та близьких. До даної категорії страху внесені відповіді респондентів, що стосуються зараження та взаємодії із зараженими людьми, реакцій на близьких людей, побоювання, пов'язаними з соціально-економічними умовами. Приклади відповідей: «Хочу перестати боятися за власне життя»; «Відчуваю страх від постійних нічних дзвінків додому»; «Коли я працюю з інфекційно-хворою людиною, то відчуваю страх за себе»; «Коли близька людина захворіла, я відчуваю страх за її життя»; «Найбільший страх, що не зможу прокормити власну родину, працюючи лікарем».

У Таблиці 1.1 подано результати виявлених професійних страхів групи студентів 1-го та 4-го курсу Медичного інституту. Кожен страх розраховувався окремо за відсотками. Всі респонденти були взяті за 100%.

Таблиця 2.1

Перелік професійних страхів студентів

№	Перелік страхів	Кіл-сть респондентів	Відсотки	Ранг
1	Страх, заснований на професійній відповідальності	75	87	1
2	Страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії	65	75,50	2
3	Страх за себе та близьких людей	49	57	3
4	Страх за недостатність практичних вмінь	37	43,02	4

5	Страх за недостатність знань	33	38,30	5
---	------------------------------	----	-------	---

Продовження таблиці 2.1

№	Перелік страхів	Кіл-сть респондентів	Відсотки	Ранг
6	Страх майбутнього	27	31,39	6
7	Страх покарань	14	16,27	7

Кожному професійному страху в Таблиці 2.1 був виділений окремий ранг, який показує домінування даного страху серед всіх семи страхів в групі респондентів.

Проаналізувавши даний перелік страхів, наведений в Таблиці 2.1, можна виокремити три професійні страхи, які мають найвищі відсоткові показники. Це страх, заснований на професійній відповідальності, який характерний для 87% досліджених респондентів із 100%. Даний страх отримав перший ранг, оскільки являється домінуючим серед інших. Наступний страх в ранговій системі – це страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії, який характерний для 75,5% респондентів. Третім страхом по рангу з високим показником став страх за себе і близьких людей, який характерний для 57% респондентів із 100% досліджених.

Найменший відсотковий показник має страх покарань, характерний для 16,27% респондентів. Даний страх являється останнім в ранговій системі.

Аналізуючи отримані дані, можна говорити про те, що студентам найбільше притаманний страх, пов'язаний із професійною відповідальністю. Вони відчувають велику відповідальність за правильне лікування хворого та постановку діагнозу. Варіанти їх відповідей: «Мій найбільший страх це невизначеність з тим, який саме поставити діагноз», «Коли йду до пацієнта,

боюсь взяти відповідальність за його лікування» тощо. Проте страх покарань є найнижчим, що свідчить про те, що студенти під час навчання не замислюються про вірогідність покарання за неправильне лікування чи інші форми професійної діяльності. Варіанти відповідей у студентів: «Хотілося б перестати боятися кримінальної відповідальності», «Хотілося б перестати боятися покарання за неправильні дії як майбутнього лікаря».

За результатами аналізу відповідей медичних працівників, було отримано такий перелік страхів, що наведений в Таблиці 2.2. Кожен страх розраховувався окремо за відсотками. Всі респонденти були взяті за 100%.

Таблиця 2.2

Перелік професійних страхів лікарів

№	Перелік страхів	Кіл-сть респондентів	Відсотки	Ранг
1	Страх за себе і близьких людей	26	86	1
2	Страх, заснований на професійній відповідальності	25	83,30	2
3	Страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії	11	36,60	3
4	Страх за недостатність знань	10	33,30	4
5	Страх майбутнього	7	23,30	5
6	Страх покарань	2	6,66	6
7	Страх за недостатність практичних вмінь	1	3,30	7

Кожному професійному страху в Таблиці 2.2 був виділений окремий ранг, який показує домінування даного страху серед всіх семи страхів в групі респондентів.

Як ми можемо спостерігати, 86% досліджених респондентів із 100% згадували страх за себе і близьких людей. Даний страх є домінуючим серед всього переліку страхів у лікарів, тому має перший ранг. Наступним пріоритетним страхом виявився страх, заснований на професійній відповідальності, що становить 83,3% відповідей по даному страху у респондентів із 100% можливих. Даний страх в ранговій системі другий. Менш вираженим третім страхом виявився страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії, відсотковий показник серед респондентів становить 36,6%.

Виходячи із даних в Таблиці 2.2, спостерігаємо, що страх за недостатність практичних вмінь становить найменший відсотковий показник - 3,3% серед всіх опитуваних, тому має 7 ранг серед всіх страхів.

Виходячи із вищезазначеного, можна зробити висновок, що для лікарів найбільш характерний страх за себе та близьких. Можемо припустити, що це пов'язано з тим, що у них є великий досвід в лікуванні хворих, і тому для них сім'я та особисте здоров'я виходить на перший план, враховуючи специфіку їх вікового періоду. Проте вони вже не хвилюються стосовно практичних вмінь та правильності їх виконання, оскільки мають постійну практику в цьому, оскільки вже пройшли етап навчання та придбали досвід. Тому, це відійшло на останній план для лікарів.

Порівнюючи студентів медичних спеціальностей з лікарями, ми помітили таку закономірність – у студентів та лікарів збігаються три найпоширеніших страхи. Студенти 1-го та 4-го курсів відчувають страх за себе та близьких, страх, заснований на професійній відповідальності та страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії. Лікарям, які мають постійну практику лікування, також характерні саме ці страхи як домінуючі. Даний перелік трьох страхів не змінюється, проте змінюється їх вираженість у

відсотках та порядок місць в ранговій системі. Страх, заснований на професійній відповідальності у студентів посідає перше місце, а у лікарів друге. Ми можемо припустити, що це так відбувається, оскільки студенти, навчаючись на першому та четвертому курсі, мають не так багато практики, більше теорії і тому у них завищені очікування та тривожність з приводу відповідальності за хворого та його лікування, аніж у лікарів. Оскільки лікарі кожного дня стикаються із пацієнтами та призначенням лікування. І з часом тривожність щодо відповідальності знижується, оскільки людина знає свою роботу і розуміє протікання того чи іншого захворювання, і як правильно його лікувати.

Страх за себе та близьких у лікарів знаходиться на першому місці, з відсотковим показником 86%. У студентів даний страх на третьому місці в ранговій системі та має 57%. Це можна пояснити тим, що лікарі кожного дня стикаються з практичною діяльністю, вони бачать як люди хворіють і як інфекційні хвороби можуть легко передаватися іншим людям. І тому їх більше тривожить як не заразитися та не втратити когось із близького оточення. Також можна припустити, що від спостереження того, як помирають пацієнти, лікарі починають частіше замислюватися про своє особисте здоров'я та про здоров'я близького оточення. Тобто починають більше цінувати такі речі та боятися втратити їх. Також даному страху характерні відповіді стосовно остраху за матеріального стану родини та можливості утримувати таке становище на середньому та високому рівнях. Приклади даних відповідей: «Найбільш за все боюсь, що не зможу прогодувати родину» і таке інше. Оскільки більшість респондентів має власну родину, можна припустити, що їх більше, аніж студентів, хвилює фінансовий стан родини і можливість прогодувати її за ту зарплату, яку вони отримують, працюючи лікарями. Оскільки студенти ще знаходяться на етапі навчання, багато уваги цьому не приділяють.

Щодо страху невідповідності особистісних характеристик в умовах професії, у студентів він більш виражений, ніж у лікарів. Серед студентів даний страх посідає друге місце в ранговій системі та має 75,5% серед всіх опитуваних студентів, а серед лікарів даний страх на третьому місці в ранговій системі, який обрали 36,6% респондентів серед лікарів. Різниця страху між студентами та лікарями становить 39,1%. Ми можемо припустити, що студенти на етапі навчання ще індивідуально більш вразливі, тобто їм важливо, що про них подумують і як їх дії виглядатимуть з боку оточуючих. Також можна припустити, що даний страх може бути пов'язаний із самооцінкою респондентів. Лікарі за це переживають набагато менше, оскільки для них більш вагомим є питання щодо професійної відповідальності лікаря.

Аналізуючи відповіді студентів і лікарів, було встановлено, що у лікарів страхи більш конкретні і реальні, ніж у студентів. У них страхи більш абстрактні та розпливчасті. Це може пояснюватися тим, що студенти не мають достатньої кількості практики, і тому не розуміють всіх реальних загроз, пов'язаних з їх професійною діяльністю. Наприклад, згадуючи про серйозні ускладнення пацієнтів, лікарі акцентували увагу на окремих ускладненнях та випадках з практики, а саме інкубації трахеї, з метою забезпечення прохідності дихальних шляхів; виникненню ларингоспазму на операційному столі; падіння показників гемодинаміки хворого; зупинки дихання тощо. Студенти описували це абстрактно, не виділяючи конкретно ситуації та стани, наприклад «важкохворий пацієнт», «стане набагато гірше», «трапиться важка екстрена ситуація», тощо. При згадуванні про інфікування, лікарі вказували про інфікування гепатитами, СНІДом, туберкульозом, пневмонією. Студенти навпаки, лише згадували про факт інфікування хворобами пацієнта.

2.3. Особливості тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та лікарів

У таблиці 2.3 представлено результати ситуативної та особистісної тривожності серед групи студентів 1-го та 4-го курсів.

Таблиця 2.3

Порівняння показників тривожності у групі студентів 1-го та 4-го курсу Медичного інституту

	1-й курс		4-й курс	
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Порівняння значень відмінностей	0,05		0,03	
Дисперсія	56,02	76,4	51,11	93,53
Стандартне відхилення	7,48	8,74	7,14	9,67
Середнє значення	44,81	48,3	42,73	48,52

Порівнюючи ситуативну тривожність студентів 1-го та 4-го курсу, можна побачити, що у студентів 1-го курсу тривожність знаходиться на середньому рівні (сер. знач. – 43,6, CV – 17,4%, σ – 7,6, що свідчить про однорідність вибірки). У студентів 4-го курсу тривожність також знаходиться на середньому рівні (сер. знач. – 43,7, CV – 18,2%, σ – 7,9, що свідчить про однорідність вибірки).

Порівнюючи особистісну тривожність у студентів 1-го та 4-го курсу, можна помітити, що у студентів 1-го курсу показники тривожності перебувають на високому рівні (сер. знач. – 46,2, CV – 19,2%, σ – 8,9, що свідчить про однорідність вибірки). У студентів 4-го курсу показники тривожності також

перебувають на високому рівні (сер. знач. – 47,7, CV – 19,9%, σ – 9,5, що свідчить про однорідність вибірки). Розкид по дисперсії у студентів 4-го курсу більший (90,9), ніж у студентів 1-го курсу (79,2).

Проведений аналіз визначення рівнів значущості відмінностей за допомогою тесту Стюдента показав значиму відмінність між ситуативною та особистісною тривожністю у студентів 1-го курсу та між ситуативною та особистісною тривожністю у студентів 4-го курсу. Порівнюючи рівні значущості відмінностей ситуативною та особистісною тривожності між групами респондентів, значимі відмінності були виявлені тільки в особистісній тривожності між 4-м курсом та лікарями (0,03).

У таблиці 2.4 представлено результати ситуативної та особистісної тривожності серед лікарів.

Таблиця 2.4

Порівняння показників тривожності у групі лікарів

	Лікарі	
	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
Порівняння значень відмінностей	0,03	
Дисперсія	34,43	31,29
Стандартне відхилення	5,8	5,5
Середнє значення	41,3	41,1

Аналіз результатів, поданих у таблиці 2.5, засвідчує, що у лікарів показники ситуативної тривожності перебувають на середньому рівні (сер. знач. – 41,3, CV – 14,9%, σ – 5,8, що свідчить про однорідність вибірки). Показники особистісної тривожності також перебувають на середньому рівні (сер. знач. – 44,3, CV – 12,6%, σ – 5,5, що свідчить про однорідність вибірки).

Проведений аналіз визначення рівнів значущості відмінностей за допомогою Студент-тесту показав значиму відмінність між ситуативною та особистісною тривожністю у лікарів.

Таким чином, можна помітити, що у студентів 1-го та 4-го курсу, а також і у лікарів великої різниці в показниках ситуативної тривожності не помічено. Щодо особистісної тривожності, у студентів обох курсів даний показник на вищому рівні, ніж у лікарів.

Можна припустити, що студенти під час навчання перебувають в тривожному стані, оскільки до кінця ще не розуміють всієї специфіки своєї професійної діяльності. Лікарі, навпаки, вже адаптовані, в силу свого досвіду, тому їх тривожність менше проявляється і знаходиться на помірному рівні.

Аналіз результатів ситуативної тривожності по рівням серед трьох підгруп наведений у Таблиці 2.5. Отримані дані вираховувались по рівням у відсотках за кількістю людей.

Таблиця 2.5

Особливості прояву ситуативної тривожності по трьом підгрупах респондентів

Респонденти	Ситуативна тривожність					
	Рівень					
	Високий		Середній		Низький	
	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Студенти 1-го курсу	30	56,6*	22	41,5	1	1,9
Студенти 4-го курсу	15	45,5	18	54,5*	0	0

Продовження таблиці 2.5

Респонденти	Ситуативна тривожність					
	Рівень					
	Високий		Середній		Низький	
Лікарі	9	30	20	66,7*	1	3

ри

мітки:

* – наявність статистично значущих відмінностей за χ^2 -критерієм ($p \leq 0,01$)

Аналіз результатів, поданих у Таблиці 2.5, засвідчує, що у більшості студентів першого курсу зафіксовано перевагу високого рівня (56,6%) ситуативної тривожності (ці відмінності є статистично значущими за χ^2 - критерієм при $p \leq 0,01$). Водночас у більшості студентів четвертого курсу та лікарів спостерігається перевага середнього рівня (54,5% та 66,7% відповідно) ситуативної тривожності (ці відмінності є статистично значущими за χ^2 - критерієм при $p \leq 0,01$). Спостерігається пониження ситуативної тривожності між студентами першого та четвертого курсу Медичного інституту. Оскільки студенти, які знаходяться на першому курсі, відчувають тривожність від практичних дій, а студенти, які перебувають на четвертому курсі і мають більш регулярну практику в лікарнях, вже спокійніше проводять різні маніпуляції та взаємодіють з пацієнтами. Працюючі лікарі також адаптовані вже до робочого середовища і тому спокійно сприймають свої обов'язки в конкретних ситуаціях.

Аналіз результатів особистісної тривожності по рівням серед трьох підгруп наведений у Таблиці 2.6. Отримані дані вираховувались по рівням у відсотках за кількістю людей.

П

Таблиця 2.6

**Особливості прояву особистісної тривожності по трьом підгрупах
респондентів**

Респонденти	Особистісна тривожність					
	Рівень					
	Високий		Середній		Низький	
	к-сть	%	к-сть	%	к-сть	%
Студенти 1-го курсу	30	56,6*	21	39,6	2	3,8
Студенти 4-го курсу	19	57,6*	13	39,4	1	3
Лікарі	15	50*	14	46,7	1	3,3

Примітки:

* – наявність статистично значущих відмінностей за χ^2 -критерієм ($p \leq 0,01$)

Аналіз результатів, поданих у таблиці 2.6, засвідчує, що у більшій кількості студентів першого та четвертого курсу виявлено високий рівень (56,6% та 57,6% відповідно) особистісної тривожності (ці відмінності є статистично значущими за χ^2 -критерієм при $p \leq 0,01$). Щодо лікарів, також спостерігається, що у переважній більшості респондентів виявлено високий рівень (50%) особистісної тривожності (ці відмінності є статистично значущими за χ^2 -критерієм при $p \leq 0,01$). Це означає, що впродовж навчання та роботи рівень тривожності може залишатися на одному рівні. Проте не обов'язково причиною даної тривожності може бути професійна діяльність.

Порівнюючи тривожність, можна помітити таку тенденцію, у студентів та лікарів впродовж навчання з набуттям вмінь та досвіду в професійній діяльності рівень ситуативної тривожності змінювався, а саме знижувався. Проте цього не можна сказати про особистісну тривожність. У студентів та лікарів

тривожність має стійкий характер, незалежно від освоєння практичних вмінь та інших професійних обов'язків лікарів.

У Таблиці 2.7 представлені результати кореляційного аналізу тривожності зі страхами у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти. Страху в Таблиці 2.7 представлені у порядку рангового зростання домінування їх в підгрупі студентів.

Таблиця 2.7

Кореляційний аналіз тривожності зі страхами студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти

№	Перелік страхів	Ситуативна тривожність	p	Особистісна тривожність	p
1	Страх, заснований на професійній відповідальності	0,235	0,05	0,191	0,1
2	Страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії	0,549	0,001	0,269	0,05
3	Страх за себе і близьких людей	0,303	0,01	0,357	0,001
4	Страх за недостатність практичних вмінь	0,291	0,01	-	-
5	Страх за недостатність знань	-	-	-	-
6	Страх майбутнього			0,223	0,05
7	Страх покарань	-	-	-	-

Аналіз результатів, наведених у Таблиці 2.7, засвідчує наступне. Ми можемо помітити, що страх, заснований на професійній відповідальності має високий кореляційний зв'язок із ситуативною тривожністю, адже при $n = 90$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на високому рівні

значущості (0,235; при $p < 0,05$). Це свідчить про те, що студенти, в момент виконання своїх професійних обов'язків перед пацієнтом під час проходження практики чи практичних занять відчують відповідальність перед пацієнтом із-за чого рівень їх ситуативної тривожності підвищується, адже це відбувається в момент виконання якоїсь дії.

За допомогою кореляції були виявлені зв'язки між страхом невідповідності особистісних характеристик в умовах професії та ситуативною тривожністю, адже при $n = 90$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньо високому рівні значущості (0,549; при $p < 0,001$). Взаємозв'язок даного страху із особистісною тривожністю знаходиться на високому рівні, адже при $n = 90$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,269; при $p < 0,05$). Можна припустити, що під час навчання студенти часто переживають щодо своєї невпевненості, щодо того, як вони виглядають в очах пацієнтів. Сильніше цей страх проявляється в конкретних ситуаціях взаємодії з пацієнтами та начальством.

Щодо кореляційного зв'язку страху за себе та близьких із ситуативною тривожністю, було виявлено прямий зв'язок, адже при $n = 90$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,303; при $p < 0,01$). Даний страх має високий кореляційний зв'язок із особистісною тривожністю, адже при $n = 90$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,357; при $p < 0,001$). Студенти під час виконання професійних обов'язків стикаються з ймовірністю зараження інфекційними захворюваннями, з великим робочим навантаженням на них, як на майбутніх лікарів. Відповідно, вони відчують тривожність з цього приводу. Студенти поза навчальним закладом та місць

практики також можуть про це замислюватися, від чого рівень їх тривожності піднімається і починає заважати в робочому середовищі.

Страх за недостатність практичних вмінь у студентів має значимий кореляційний зв'язок із ситуативною тривожністю, при $n = 30$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,291; при $p < 0,01$). Оскільки студенти знаходяться ще в процесі навчання і засвоєння необхідних вмінь, вони починають переживати з приводу цього під час проведення різних маніпуляційних дій.

Страх майбутнього має високий взаємозв'язок із особистісною тривожністю, адже при $n = 90$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,223; при $p < 0,05$). Можна припустити, що оскільки студенти тільки навчаються і ще повністю не занурені в робочу середу лікарів, вони починають переживати про те, що їх чекає в майбутньому після закінчення навчання.

У Таблиці 2.8 представлені детальніші результати кореляційного аналізу тривожності зі страхами студентів першого курсу. Страху представлені у порядку рангового зростання домінування їх в підгрупі студентів всіх курсів.

Таблиця 2.8

**Кореляційний аналіз тривожності зі страхами студентів першого курсу
медичних спеціальностей закладів вищої освіти**

№	Перелік страхів	Ситуативна тривожність	p	Особистісна тривожність	p
1	Страх, заснований на професійній відповідальності	-	-	0,283	0,05
2	Страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії	0,528	0,001	-	-

Продовження таблиці 2.8

№	Перелік страхів	Ситуативна тривожність	p	Особистісна тривожність	p
3	Страх за себе і близьких людей	0,347	0,05	0,339	0,05
4	Страх за недостатність практичних вмінь	0,247	0,1	-	-
5	Страх за недостатність знань	-	-	-	-
6	Страх майбутнього	-	-	-	-
7	Страх покарань	-	-	-	-

Аналіз результатів, наведених у таблиці 2.8, засвідчує наступне. Страх, заснований на професійній відповідальності у студентів першого курсу корелює із особистісною тривожністю, адже при $n = 53$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,283; при $p < 0,05$). Студенти відчувають страх перед відповідальністю за лікування і життя пацієнта завжди, оскільки вони знаходяться на першому курсі Медичного інституту і мають нечіткі уявлення про те, як правильно лікувати пацієнтів.

Страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії має високий кореляційний зв'язок із ситуативною тривожністю, адже при $n = 53$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,528; при $p < 0,001$). У студентів першого курсу даний страх виникає частіше в момент виконання обов'язків в конкретних ситуаціях і взаємодії з пацієнтами або начальством.

Страх за себе і близьких людей має прямий кореляційний зв'язок із ситуативною тривожністю, адже при $n = 53$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,347; при $p <$

0,05). Також даний страх має прямий взаємозв'язок із особистісною тривожністю, адже при $n = 53$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,339; при $p < 0,05$). Це означає, що студенти переймаються за себе і своє близьке оточення як в момент певних дій з пацієнтами, так і поза навчанням і практичною діяльністю.

Це означає, що студенти переймаються за себе і своє близьке оточення безпосередньо в ситуаціях, які сприяють підвищенню тривожності, і при цьому дане станом для них є стійким, воно не пропадає після виходу з ситуації.

У Таблиці 2.9 представлені детальніші результати кореляційного аналізу тривожності зі страхами студентів четвертого курсу. Страхі представлені у порядку рангового зростання домінування їх в підгрупі респондентів-студентів.

Таблиця 2.9

**Кореляційний аналіз тривожності зі страхами студентів четвертого курсу
медичних спеціальностей закладів вищої освіти**

№	Перелік страхів	Ситуативна тривожність	p	Особистісна тривожність	p
1	Страх, заснований на професійній відповідальності	0,349	0,05	-	-
2	Страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії	0,609	0,001	0,392	0,05
3	Страх за себе і близьких людей	-	-	0,423	0,05
4	Страх за недостатність практичних вмінь	0,358	0,05	-	-
5	Страх за недостатність знань	-	-	-	-

Продовження таблиці 2.9

6	Страх майбутнього	-	-	-	-
7	Страх покарань	0,435	0,05	-	-

Аналіз результатів, наведених у таблиці 2.9, засвідчує наступне. Страх, заснований на професійній відповідальності у студентів четвертого курсу має високу кореляцію із ситуативною тривожністю, адже при $n = 33$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,349; при $p < 0,05$). Студенти, будучи на четвертому курсі і маючи можливість працювати за фахом одночасно, вже відчують даний страх в момент виконання певних дій, в яких вони можливо не досить впевнені. Від чого тривожність і може підніматися.

Стосовно страху невідповідності особистісних характеристик в умовах професії у студентів четвертого курсу спостерігається високий кореляційний зв'язок із ситуативною тривожністю, адже при $n = 33$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,609; при $p < 0,001$). Даний страх має пряму кореляцію також із особистісною тривожністю, адже при $n = 33$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,392; при $p < 0,05$). Студенти, маючи вже більше практики, відчують даний страх і поза певних ситуацій, які можуть підвищити тривожність респондентів. Але при цьому, частіше вони стикаються з даними страхом в певних ситуаціях, які можуть сприяти цьому.

Страх за себе і близьких людей у студентів має прямий кореляційний зв'язок із особистісною тривожністю, адже при $n = 33$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,423; при $p < 0,05$). Студенти, будучи на четвертому курсі, схильні переживати за себе і своє

близьке оточення незалежно від конкретних ситуаціях, які можуть загрожувати їм.

Ми можемо спостерігати високий прямий взаємозв'язок страху за недостатність практичних вмінь із ситуативною тривожністю, адже при $n = 33$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,358; при $p < 0,05$). Подібні результати можуть говорити про те, що студенти переживають за правильність виконання маніпуляційних дій безпосередньо в момент їх виконання.

Страх покарань має високий кореляційний зв'язок із ситуативною тривожністю, адже при $n = 33$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на достатньому рівні значущості (0,435; при $p < 0,05$). Це говорить про те, що під час виконання своїх обов'язків, як майбутніх лікарів, студенти починають переживати про ймовірність покарання їх за неправильні дії, відповідно, це хвилювання може перешкодити їм у подальших стресових ситуаціях.

У Таблиці 2.10 представлені результати кореляційного аналізу тривожності зі страхами лікарів. Страху представлені у порядку рангового зростання домінування їх в підгрупі респондентів-лікарів.

Таблиця 2.10

Кореляційний аналіз тривожності зі страхами у групі лікарів

№	Перелік страхів	Ситуативна тривожність	р	Особистісна тривожність	р
1	Страх за себе і близьких людей	0,365	0,1	0,567	0,01
2	Страх, заснований на професійній відповідальності	-	-	-	-

Продовження таблиці 2.10

№	Перелік страхів	Ситуативна тривожність	р	Особистісна тривожність	р
3	Страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії	-	-	-	-
4	Страх за недостатність знань	-	-	-	-
5	Страх майбутнього	-	-	-	-
6	Страх покарань	-	-	-	-
7	Страх за недостатність практичних вмінь	-	-	-	-

За допомогою кореляції був виявлений лише зв'язок особистісної тривожності зі страхом за себе та близьких, при $n = 30$ за кореляцією Пірсона кореляційний зв'язок перебуває на високому рівні значущості (0,567; при $p < 0,01$). Інші кореляційні зв'язки статистично не значимі.

Оскільки в даний страх були включені відповіді респондентів стосовно острахів щодо інфікування від пацієнтів, реакцій на захворювання близького оточення, соціально-економічних умов, а саме побоювання матеріального становища та навантаження понад норму, можна припустити наступне.

У лікарів ситуативна й особистісна тривожність перебуває на середньому рівні, що і пояснює низький кореляційний зв'язок і її відсутність. Вони особливо не відчують тривоги, оскільки вже адаптувалися до робочого середовища і для них це вже стало звичними діями і рішеннями. Ці страхи не є для них постійними і важливими страхами, вони їх можуть згадувати під час роботи. Респонденти вказують ці страхи, але це не обов'язково можуть бути страхами для них. Але при цьому все одно будучи на роботі або вдома, лікарі замислюються про особисте здоров'я та здоров'я свого близького оточення, про

матеріальне становище і можливості забезпечувати себе і сім'ю, про ймовірність заразитися самому і заразити інших. І від цих переживань у них може підвищуватися тривожність, яка може позначатися на їх впевненості в діях під час екстрених невідкладних ситуацій на роботі.

Висновки до розділу 2

Таким чином, було виокремлено три професійні страхи у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та у лікарів, які мають найвищі відсоткові показники. У них збігаються три найпоширеніших страхи. Це страх, заснований на професійній відповідальності, який згадували його у своїх відповідях. 87% досліджених респондентів із 100% серед студентів та 83,3% із 100% можливих серед лікарів. Наступний страх – це страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії, який згадували 75,5% серед студентів із 100% та 36,6% із 100% серед лікарів. Третім страхом з високим показником став страх за себе і близьких людей, який характерний для 57% серед студентів із 100% та 86% із 100% лікарів.

У студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти домінуючим страхом серед всіх інших виявився страх, заснований на професійній відповідальності. У лікарів домінуючим страхом виявився страх за себе і близьких. Це говорить про те, що студенти постійно відчують серйозну відповідальність за правильне лікування пацієнта та наявність необхідних знань, щоб не нашкодити пацієнтам. Лікарі в свою чергу, вже мають великий досвід та практичні навички в лікуванні пацієнтів, і тому для них острахи стосовно сім'ї та особистого здоров'я виходить на перший план, враховуючи специфіку їх вікового періоду.

Найменший відсотковий показник має страх покарань, 16,27% студентів згадували його у своїх відповідях. Серед лікарів, найменший відсотковий показник має страх за недостатність практичних вмінь, 3,3% згадували його у своїх відповідях. Це свідчить про те, що студенти під час навчання не замислюються про вірогідність покарання за неправильне лікування чи інші форми професійної діяльності. Щодо лікарів, вони вже не хвилюються стосовно

практичних вмінь та правильності їх виконання, оскільки мають постійну практику, бо вже пройшли етап навчання, інтернатуру та придбали досвід. Тому, це відійшло на останній план для лікарів.

Студенти під час навчання перебувають в тривожному стані, оскільки до кінця ще не розуміють всієї специфіки своєї професійної діяльності. Лікарі, навпаки, вже адаптовані, в силу свого досвіду, тому їх тривожність менше проявляється і знаходиться на помірному рівні.

У більшій кількості студентів першого курсу зафіксовано перевагу високого рівня (56,6%) ситуативної тривожності та особистісної тривожності (56,6%) (ці відмінності є статистично значущими за χ^2 -критерієм при $p \leq 0,01$). У більшій кількості студентів четвертого курсу зафіксовано перевагу високого рівня в особистісній тривожності (56,6%, ці відмінності є статистично значущими за χ^2 -критерієм при $p \leq 0,01$). У більшій кількості лікарів зафіксовано перевагу середнього рівня ситуативної тривожності (66,7%, ці відмінності є статистично значущими за χ^2 -критерієм при $p \leq 0,01$).

Студенти під час навчання перебувають в тривожному стані, оскільки до кінця ще не розуміють всієї специфіки своєї професійної діяльності. Спостерігається пониження ситуативної тривожності між студентами першого та четвертого курсу Медичного інституту. Оскільки студенти, які знаходяться на першому курсі, відчувають тривожність від практичних дій, а студенти, які перебувають на четвертому курсі і мають більш регулярну практику в лікарнях, вже спокійніше проводять різні маніпуляції та взаємодіють з пацієнтами.

Лікарі вже адаптовані до робочого середовища, в силу свого досвіду, тому їх тривожність менше проявляється і вони спокійно сприймають свої обов'язки в різних робочих моментах.

Кореляційний аналіз дав змогу виявити у студентів першого курсу зв'язки з трьома домінуючими страхами, а саме: страх, заснований на професійній

відповідальності із особистісною тривожністю (0,283, при $p < 0,05$), страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії із особистісною тривожністю (0,528, при $p < 0,001$), страх за себе і близьких людей з ситуативною та особистісною тривожністю (0,347, при $p < 0,05$; 0,339, при $p < 0,05$). У студентів четвертого курсу страх, заснований на професійній відповідальності має прямий зв'язок із ситуативною тривожністю (0,349, при $p < 0,05$); страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії із ситуативною та особистісною тривожністю (0,609, при $p < 0,001$; 0,392, при $p < 0,05$); страх за себе і близьких людей із особистісною тривожністю (0,423, при $p < 0,05$). У лікарів виявлений зв'язок страху за себе і близьких людей із особистісною тривожністю (0,567, при $p < 0,01$).

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЯ ТРИВОЖНОСТІ ЯК ЧИННИКУ СТРАХІВ У СТУДЕНТІВ МЕДИЧНИХ СПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ЗАКЛАДІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ

3.1. Теоретичне обґрунтування корекції ситуативної тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти

Студенти медичних спеціальностей закладів вищої освіти можуть відчувати напругу щодо високих вимог до них, як майбутніх лікарів. Відчуття внутрішньої тривожності та напруги у невизначеній та стресовій ситуації можуть сильно заважати їм під час виконання професійних обов'язків. Тому важливим є корегування тривожного стану студентів для усунення в подальшому появи професійних страхів через постійну тривожність в професійній діяльності.

Нами було обрано коригування тривожності у студентів медичних спеціальностей. Враховуючи, що нас цікавлять професійні страхи, а вони виникають більше в конкретних стресових ситуаціях на роботі чи практиці у студентів та лікарів, ми будемо корегувати ситуативну тривожність для подальшої корекційної роботи вже із самими страхами. Далі можна працювати з окремими видами професійних страхів. Вправи, відображені в корекційній програмі можуть використовуватись при будь-яких професійних страхах студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти.

Враховуючи особливості короткотривалої психологічної корекції, спрямованість психологічного втручання безпосередньо пов'язана з непродуктивними думками та діями, від яких підвищується ситуативна тривожність, лише побіжно охоплюючи причини їх виникнення.

Студенти під час свого навчання у закладах вищої освіти стикаються з рядом стресових ситуацій на практиці в лікарні. Вони постійно взаємодіють з різними пацієнтами, лікарями та викладачами. Студенти, під час навчання та практики, можуть постійно думати про негативні наслідки своїх неправильних дій в робочій сфері, про необхідність нести відповідальність за іншу людину та її лікування, про брак особистого досвіду в медичній сфері, про необхідність все виконувати швидко та якісно, про недостатність теоретичних знань з приводу медичних дисциплін, про необхідність якісного лікування. Дані думки несуть негативний характер та мають нелогічне підґрунтя. Відповідно, такі думки та переконання впливають на емоційний стан студентів. Тобто, під час своєї роботи, студенти можуть самі підвищувати свою тривожність за рахунок ірраціональних думок стосовно обов'язків та практичних дій.

Раціонально-емотивний підхід працює з ірраціональними думками клієнтів, тим самим понижуючи їх тривожність. Тому наше психологічне втручання ґрунтується на основі раціонально-емотивного підходу, оскільки він являється дієвим підходом в корегуванні тривожних станів, оскільки за допомогою нього можна якісно пропрацювати ірраціональні думки людини.

В першу чергу раціонально-емотивна терапія задіє активно-когнітивний підхід. Вона заснована на припущенні, що емоційні реакції людини в основному викликані її свідомими і несвідомими оцінками, інтерпретаціями і постулатами. Якщо, людина відчуває тривогу, то, швидше за все, вона серйозно переконуємо себе в тому, що ситуація не тільки невдала або скрутна, а що вона є жахливою і катастрофічною, раз людина зазнає невдачі у важливій справ [29].

Раціональні ідеї в даному підході це оціночні когніції, які мають особисту значимість і є кращими за своєю природою. Вони знаходять своє вираження в формі «бажань», «переваг», «прагнень», «схильності» або «неприятні». Люди відчувають задоволення і насолоду, і ці почуття є позитивними, коли

отримують те, чого хочуть, і негативні, наприклад, смуток, занепокоєння, жаль, роздратування, коли цього не отримують.

Ірраціональні ідеї відрізняються від раціональних ідей в двох відносинах. По-перше, вони зазвичай абсолютизовані і виражаються в формі жорстких «повинен», «зобов'язаний», «треба», «необхідно» і т. д. По-друге, вони ведуть до негативних емоцій, які серйозно перешкоджають здійсненню цілей, наприклад, до тривоги, вини, гніву, появи страху.

Важливість цього підходу полягає в тому, що працюючи з клієнтами, психолог, який дотримується раціонального підходу до інтерпретації, показує їм вірогідні наслідки їх ірраціональних передумов. Якщо людина, наприклад, вважає, що інші повинні схвалювати її за виконання робочих обов'язків, вона, ймовірно, буде відчувати тривогу і пригніченість. Якщо вона з нетерпимістю засуджує людей за їх помилки і невдачі, дуже ймовірно, що вона стане вкрай ворожою і буде сильно страждати. Завдання психолога в даному підході постійно доводити за допомогою законів логіки, що деякі далекі від реальності життєві принципи насправді призводять до саморуйнування і викликають такі симптоми, як страхи, фобії, манії та психосоматичні розлади, і що тільки в тому випадку, якщо клієнт змінить своє мислення і уявлення ситуації, їй, ймовірно, стане значно краще [29].

Клієнтів навчають не брати до уваги, що ситуація обов'язково має бути катастрофічною, коли вони не досягають поставленої мети, не відчувати гнів та острах проти інших, коли ці інші чинять погано по відношенню до клієнтів, і не вимагати, щоб світ був краще і простіше, ніж він є.

Раціонально-емотивний підхід в психокорекції є не тільки надзвичайно ефективним в клінічному плані, але й підкріплюється значною кількістю експериментальних даних, які майже послідовно підтверджують його принципи

і вказують на те, що на людські емоції і поведінку у величезній мірі впливають її когнітивні здібності і негативних емоційний стан.

Даний підхід показує клієнту, які його принципи, і непристосованість до життя, а також активно спонукає його боротися і працювати проти цих принципів, тобто вчити себе міркувати і діяти більш ефективно для зниження тривожності.

В даному підході використовується цілий ряд різноманітних технік. При цьому виходять з уявлень про те, що різні проблеми і різні клієнти вимагають різних методів або технік роботи. Вибір технік зазвичай здійснюється на підставі практичних міркувань або власного досвіду психолога. Велику частину часу психолог, який працює в раціонально-емотивному підході викладає свої інтерпретації в питальній формі, а не в з'ясувальних твердженнях. Це відбувається тому що однією з першорядних цілей у роботі психолога в даному напрямі є навчити клієнта задавати питання собі і своєму мисленню [30].

Можна припустити, що ситуативна тривожність може залежати й від самооцінки індивіда. В цьому випадку психолог може наполегливо переконувати клієнта не будувати самооцінку на підставі успіхів в особистому житті і роботі, послідовно показуючи логічний ланцюг думок клієнта. Варто стимулювати клієнта звертатися до питання і боротися з власною негативною самооцінкою і показувати йому, як варто думати з наукової точки зору, оцінювати свою поведінку об'єктивно і як припинити давати собі оцінку лише в разі невдачі [29].

3.2. Програма корекції ситуативної тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти

Запропонована корекційна програма орієнтована на зниження тривожності у студентів, оскільки він є чинником розвитку страхів. Враховуючи, що нас цікавлять професійні страхи, які виникають більше в конкретних ситуаціях, які можуть бути для студентів стресовими, ми будемо коригувати ситуативну тривожність для зниження подальшої роботи вже із самими страхами. Далі можна працювати з окремими видами професійних страхів. Вправи, відображені в корекційній програмі можуть використовуватись при будь-яких професійних страхах студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти.

Психолог разом з учасниками корекційної групи спільно вирішують, яким питанням присвятити кожену зустріч, як часто зустрічатися і що учасники повинні робити в проміжках між зустрічами в якості домашнього завдання. В психокорекції зниження ситуативної тривожності необхідно акцентувати увагу саме на ірраціональних ідеях учасників. Змінюючи їх на раціональні ідеї, можна домогтися покращенню емоційного стану учасників, а потім і поведінкових змін [30].

Програма психокорекції ситуативної тривожності розрахована на студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та є адаптивною для лікарів будь-якої статті. Робота проходить в корекційній групі до п'яти людей. Обрана саме така форма роботи для кращого зниження тривожності, оскільки вона дає змогу працювати в групах, а саме використовувати парні корекційні вправи, отримувати груповий зворотній зв'язок від вправ, розмов, тестування, проводити консультації як в групі, так і індивідуально за необхідності. Загальна

тривалість психокорекційної роботи варіюється в залежності від кількості учасників.

Завдання даної психокорекційної програми – допомогти корекційній групі переосмислити непродуктивні думки, знайти позитивний сенс ситуації, що виникла, та розвинути здатність контролювати свій емоційний стан, аби ситуативна тривожність не заважала виконанню своїх професійних обов'язків.

Психологічне втручання ґрунтується на основі раціонально-емотивного підходу.

Умови проведення полягають в тому, що робота здійснюється у малій корекційній програмі за відсутності сторонніх осіб та шумів. Інших особливих умов для проведення дана психокорекційна програма не потребує.

Обладнання, які можуть використовуватися в роботі - це бланки з методики «Психодіагностична методика «Діагностика тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Д. Ханіна» для визначення рівня тривожності.

Зустріч перша

Початковий етап полягає в знайомстві з корекційною групою. Оскільки клієнти ще не знають психолога і форми роботи, їх тривожність може бути більш вираженою щодо очікувань від корекційної роботи. Важливо з першої зустрічі встановлювати з групою контакт і рапорт.

Першим елементом корекційної стратегії є обговорення технічної частини психокорекційної роботи, а саме кількість зустрічей і годин, в якій формі будуть проходити їх зустрічі по роботі із зниженням ситуативної тривожності. Також важливо акцентувати увагу на принципах їх роботи та основних правилах.

Не менш важливим становлять власні очікування клієнтів в групі з приводу корекційної роботи. З самого початку варто вказати клієнтам на те, що суть психокорекційної роботи полягає в тому, що вони не повинні потребувати ні в психологові, ні в комусь іншому, але повинні стати незабаром здатними самостійно думати за себе і слідувати власним нахилам.

Психолог в обов'язковому порядку розповідає групі про динаміку їх зустрічей, про методики та інструменти, які він буде використовувати, про основні правила та принципи їх роботи. Також обов'язковою умовою є повідомлення про те, що всю відповідальність за зміни, які будуть відбуватися з особистістю учасників під час зустрічей, будуть нести самі учасники групи.

Також початок роботи включає в себе інформування групи про загальні принципи і допущення раціонально-емотивного підходу, підкреслюючи взаємозв'язок між думками, емоціями і поведінкою. Також психологові важливо акцентувати увагу на тому, що емоційні проблеми викликають не самі події, а їх оцінка [1].

Варто починати заняття з просвітницької діяльності. Тобто психолог повинен розповісти про причини виникнення ситуативної тривожності, її прояв,

взаємозв'язок із професійними страхами. В процесі бесіди учасники групи повинні пройти методику на виявлення тривожності.

Далі психолог переходить до визначення тієї проблематики з якою вони звернулися. Учасники повинні максимально детально описати ту ситуацію, що викликає негативні емоції та переживання під час виконання професійних дій. Важливо почати виявляти труднощі в групі, стимулюючи їх детально описати складності, почуття і думки, що саме тривожить і як це проявляється. Психолог може цілеспрямовано почати опитування, щоб отримати інформацію про факти щодо їх проблем, а також коротку історію їх життя, аби дізнатися на якому саме етапі у клієнтів виникає почуття тривожності, якщо це буде можливо [29]. Учасники психокорекційної групи можуть по чергово описувати свої проблеми в навчанні або проходженні практики. У випадку, якщо хтось з них вже працює по професії, вони можуть описувати складні та тривожні ситуації, пов'язані з роботою.

Для корегування ситуативної тривожності та розуміння його рівня в групі, варто надати можливість учасникам пройти психодіагностичну методику «Діагностика тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Д. Ханіна» для визначення рівня тривожності, з якою психолог в подальшому і буде працювати.

Не менш важливим є отримання зворотного зв'язку від учасників на розповідь психолога, та психолога на розповіді учасників.

Завершенням зустрічі становить запропонування учасникам назвати декілька корисних речей, які отримали від зустрічі.

Зустріч друга

Початком другої зустрічі становить обговорення вражень від першої зустрічі та інсайтів, в випадку їх появи серед учасників групи.

Наступним кроком є робота з учасниками за допомогою схеми А-В-С для поетапного розгляду особистості учасників та їх розладів.

Суть формули «А – В – С»:

- «А» - подія, дія або об'єкт, щодо яких людина стала стурбованою.
- «В» - судження, тобто інтерпретація отриманої інформації, які мали місце на етапі «А». У людини можуть виникнути два типи переконань раціональні та ірраціональні. Якщо учасники не можуть впоратися з тривожністю самотійно, значить у них переважають ірраціональні переконання [19; 20].
- «С» - наслідки, тобто реакція на «А», виражена через емоції або поведінку.

Початком буде обговорення ситуацій, з етапу «А», в групі, які викликали сильну тривожність серед учасників. Обговорення буде якіснішим, якщо студенти будуть розповідати про ситуації, які пережив нещодавно кожен із них. Зазвичай до студентів хтось може негативно відноситися, наприклад, пацієнт негативно налаштований на нього, як до людини, яка тільки вчиться і має маленький досвід в лікуванні (етап «А» - активізує переживання або подія) і тоді він відчуває тривогу або пригніченість (етап «С»). Учасники можуть помилково думати, що їх розпорошений стан викликало їх почуття тривоги. Вони навіть можуть відкрито висловлювати словами це переконання, кажучи що-небудь на зразок: «Пацієнт упереджено до мене поставився, оскільки я ще студент і нічого не вмю і це ввело мене в дуже тривожний стан».

Учасники, описуючи ситуації, можуть вже показувати наявність ірраціональних переконань. Прикладами їх суджень можуть бути наступні відповіді: «Як це жахливо і страшно було, коли вона так мені відповідала грубо! Я насправді нічого не стою, раз вона так чинить! Мені варто було б краще

спілкуватися з пацієнтом і збирати анамнез, щоб не здатися неуком. Я виглядав таким дурним перед лікарем, коли не міг пояснити хвороба!». Психологу важливо на етапі обговорення помітити ці ірраціональні переконання і почати ставити відповідні питання, щоб показати учасникам нелогічність їх думок.

Під час обговорення ситуацій, психолог може почати запитувати студентів про їх емоційну або поведінкову реакцію (етап «С»). Учасники можуть розповідати, наприклад, таку ситуацію: "Пацієнт звинуватив мене в неправильності лікування і відсутності досвіду в цій сфері, що сильно стривожило мене, і я...». В таких ситуаціях психологу варто ставити одразу ряд важливих запитань, наприклад: "Що саме вас стривожило? Яким чином неправдиві звинувачення пацієнта могли вас зачепити? Ви хотіли сказати, можливо, що пацієнт несправедливо вас звинуватив, а ви після цього розлютили себе, вперто повторюючи собі: 1) "Мені не подобається його несправедливе звинувачення" і 2) "Оскільки мені це не подобається, він не повинен був так чинити". Чи не це вас засмутило, ваші власні ірраціональні переконання, а не його звинувачення?". Питання такого характеру показують емоційні реакції, тобто наслідки, на описану ситуацію.

Завершенням зустрічі може бути отримання зворотного зв'язку від учасників групи стосовно проробленої роботи на цій зустрічі. А також дати завдання, яке полягатиме в тому, щоб учасники прописали детально на листі ситуації, які з ними недавно траплялися під час навчання та взаємодії з пацієнтами і які викликають у них сильні негативні емоційні стани, в особливості тривогу. Та прописати їх особисті думки, які в той момент були присутні.

Зустріч третя

На третій зустрічі психологу важливо показати учасникам психокорекційної групи, що подія на етапі «А» не є причиною негативних емоцій на етапі «С». І пояснити, що якби це було дійсно можливо, то кожному, у кого щось з першого разу не виходить або до кого негативно ставляться, доводилося б відчувати точно таку ступінь гноблення і тривожності, але цього не відбувається. Значить, між етапами «С» і «А» існує ще один етап – «В». Відповідно, на етапі «В» вступає в дію система переконань людини, тобто її раціональні чи ірраціональні судження. Тому на цьому етапі психокорекційної роботи важливо працювати з ірраціональними думками, а саме з їх усвідомленнями [5].

Під час обговорень психологу необхідно пояснити учасникам, що «здорові» негативні емоції відрізняються від «нездорових» негативних емоцій. Такі емоції, як печаль, жаль, роздратування і занепокоєння, називаються «здоровими», оскільки вважається, що вони супроводжують раціональні оцінки переваги, що належать «В», і сприяють виникненню у людини бажання домогтися зміни несприятливої ситуації «А» в кращу сторону. «Нездорові» варіанти емоційних станів - це тривога, страх, вина, самозвинувачення, гнів з приводу якихось дій під час практики чи роботи в лікарні. Вони імовірно є наслідком ірраціональних оцінок повинностей, наявних в «В», і мають тенденцію перешкоджати конструктивним спробам людей змінити небажану ситуацію [30].

Щоб якісно виявити ірраціональні судження і показати їх учасникам, психологу важливо вміти ставити навідні запитання відразу під час розповідей учасників. Замість того щоб розповідати учасникам групи, що вони говорять самі собі, щоб викликати у себе тривогу, психолог повинен обговорювати з ними їх думки таким чином: «Що б Ви могли сказати собі? Чому Ви подумали,

що ця подія, якби вона відбулася, була б такою жахливою?». За допомогою таких запитань психолог буде наводити учасників групи до висування їх власних інтерпретацій своєї поведінки і. Дуже важливим виступає те, щоб учасники після корекційної роботи могли самостійно доходити до побудови цих інтерпретацій, коли психолога більше не буде поруч.

Психолог обговорює ірраціональні судження разом з учасниками стосовно різних тривожних ситуацій в практичній діяльності під час навчання та їх особистих почуттів стосовно цього. Разом з ними психолог створює перелік виявлених ірраціональних тверджень і обговорює чому саме ці твердження є ірраціональними.

Психолог повинен продовжувати задавати питання до тих пір, поки учасники не усвідомлять неточність своїх ірраціональних переконань [29]. Можна домогтися позитивних результатів, використовуючи такі питання: «Чи є докази того, що Ви нікчемні та бездарні, якщо у вас з першого разу не виходить щось виконати?», «У чому це вірування точне та, а в чому ні?», «Які є докази, що ситуація була б катастрофічною, якби Вам не вдалося впоратися з цим завданням на практиці?».

На кожній зустрічі психолог може пропонувати учасникам фіксувати в письмовому вигляді найбільш важливі висновки, до яких вони можуть прийти в процесі роботи, аби була можливість переглянути та опрацювати це самостійно.

Важливим є постійна активність учасників в бесіді та надання психологу зворотного зв'язку.

Домашнє завдання на завершення зустрічі має бути пов'язане з ірраціональними судженнями, а саме, самостійно пригадати тривожності для них ситуації, пов'язані з практичним навчанням та виписати ірраціональні судження,

які частіше можна усвідомити через такі допоміжні слова, як «повинен», «потрібно», «слід» в конкретних ситуаціях, які з'являються в голові в учасників [19].

Зустріч четверта

Початком зустрічі є перевірка домашнього завдання. При виконанні завдання можна похвалити учасників групи, у випадку відсутності - з'ясувати труднощі і усунути їх. Потім психолог переходить до етапу, на якому відбувається оспорювання ірраціональних переконань учасників психокорекційної групи.

Психолог має активно дискутувати з учасниками, спростовувати їх ірраціональні погляди, вимагати доказів і т. д. Велика увага приділяється пом'якшенню категоричності учасників таким чином, а саме: замість «Я повинен (все робити правильно)» замінювати на - «Мені б хотілося...(не помилятися так часто)»; замість «Буде жахливо, якщо...(я з першого разу не зможу встановити діагноз)» замінювати на - «Напевно, не зовсім зручно буде, якщо (одразу не зрозумію який діагноз встановити)...»; замість «Я зобов'язаний (знати всі практичні навички)» замінювати на «Я хотів би (пам'ятати як виконувати практичні навички)...» [5].

Психологу важливо навчити учасників корекційної групи контролювати свої емоційні реакції за рахунок зміни думок і реакції на ці думки. Учасники можуть записувати кілька формулювань, що відображають високу тривожність, а потім переробити в позитивні (наприклад, «я хвилююсь, що нездатний знайти захворювання у пацієнта» замінювати на «Якщо я захочу бути професіоналом у своїй справі, у мене все вдасться»).

В психокорекційній роботі психологу варто допомогти учасникам самостійно вже робити наступні висновки стосовно навчальних ситуацій, які їх дуже тривожать: «Ситуація не є жахливою, а просто приносить деяку шкоду, оскільки у мене одразу все не виходить робити вірно»; «Не існує ніяких доказів, що пацієнтам після мого втручання стає погано і це відбувається завжди»; «Існує багато причин, чому було б краще казати ті чи інші слова пацієнтам, щоб

не нашкодити їм, але немає ніяких доказів щодо того, чому я повинен був казати по-іншому, а не так, як я казав»; «Не існує жодного закону, який наказує, що я заслуговую покарання або засудження за те, що я був такий дурний, хоча якщо я буду залишатися недосвідченим у сфері, якій буду в майбутньому працювати, я буду отримувати менше задоволення».

Корисно в коригуванні ірраціональних суджень користуватися технікою уяви, званої «роздування», коли учасники не тільки представляють небажані події, але і перебільшують їх до неймовірних розмірів, до гротеску. Використовуючи гумор, психолог може доводити до абсурду ірраціональні думки за допомогою гіперболізованих питань («А що буде далі, Ви надуєтесь як мильна бульбашка і луснете?») і через безумовне прийняття показати, що учасники приймають свої емоції, не дивлячись на наявність негативних рис, що даватиме їм імпульс для прийняття себе [5].

В роботі також можна використати техніку «Декатастрофізація». Її суть полягає в тому, щоб показати учасникам групи, що їх логічні висновки невірні. Психолог, отримавши на своє перше запитання відповідь від учасників, наступний задає в формі «А що, якщо....?». Це може бути, наприклад: «А що, якщо Ви неправильно виконаєте завдання, Вас поб'ють?». Відповідаючи на наступні подібні питання, учасники будуть усвідомлювати безглуздість своїх когніцій і бачити реальні не перебільшені події та наслідки. Таким чином, учасники стають підготовленими до можливих «поганих і неприємних» наслідків, але вже переживають їх не так критично [29].

На завершення дати домашнє завдання – попросити клієнта визначити (крім обговорюваних на зустрічах) ще дві свої реальні проблеми, пов'язані з навчанням, що викликають високу тривожність, і виявити в них послідовність «А-В-С».

Зустріч п'ята

На завершальній зустрічі перевіряється домашнє завдання. При необхідності повторюються дії по зміні ірраціональних суджень на раціональні з минулої зустрічі. Психолог підсумовує з групою всю пророблену роботу.

На цій зустрічі можна провести техніку «Раціонально-емотивна уява». Учасників просять уявити важку для них ситуацію, пов'язану з навчання чи працею в лікарні і свої почуття в ній. Потім пропонується змінити самовідчуття в ситуації і подивитися, які зміни в поведінці це викличе [5]. Важливим є обговорення цієї справи вголос, поетапно.

Для перевірки впливу психокорекційної роботи на емоційний стан учасників, їх просять повторно пройти психодіагностичну методику «Діагностика тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Д. Ханіна» для визначення рівня тривожності.

Також важливо звернути увагу на емоційні зв'язки, які могли утворитися у групи з психологом. В цьому випадку є необхідність їх розірвання.

У випадку необхідності психолог з групою домовляються на продовження зустрічей, якщо всі сторони бачать в цьому потребу. Відповідно, в подальшому повертаються на попередні етапи, де були складності.

Ведеться бесіда щодо основного запиту учасників групи, а саме чи виконаний він. Якщо все задовольняє всі сторони, то корекційна робота по зниженню ситуативної тривожності завершується повністю.

3.3. Апробація дослідження програми ситуативної тривожності у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти

Для розуміння ефективності та якості впливу розробленої психокорекційної програми, було проведено її апробування. Воно проходило в онлайн-форматі на платформі Google Meet, оскільки: по-перше, у зв'язку зі складною епідеміологічною ситуацією у світі у нас була відсутня можливість збиратися разом та працювати в приміщенні; по-друге, всіх учасників групи задовільнила саме ця онлайн-платформа.

Психокорекційна робота проводилася в корекційній групі, яка складалася зі студентів 6-го курсу Медичного інституту Сумського державного університету. Взяли участь 3 дівчини і 1 хлопець. Вік учасників від 23-х до 25-ти років.

Психокорекційна програма була повністю виконана відповідно до її опису в даній роботі.

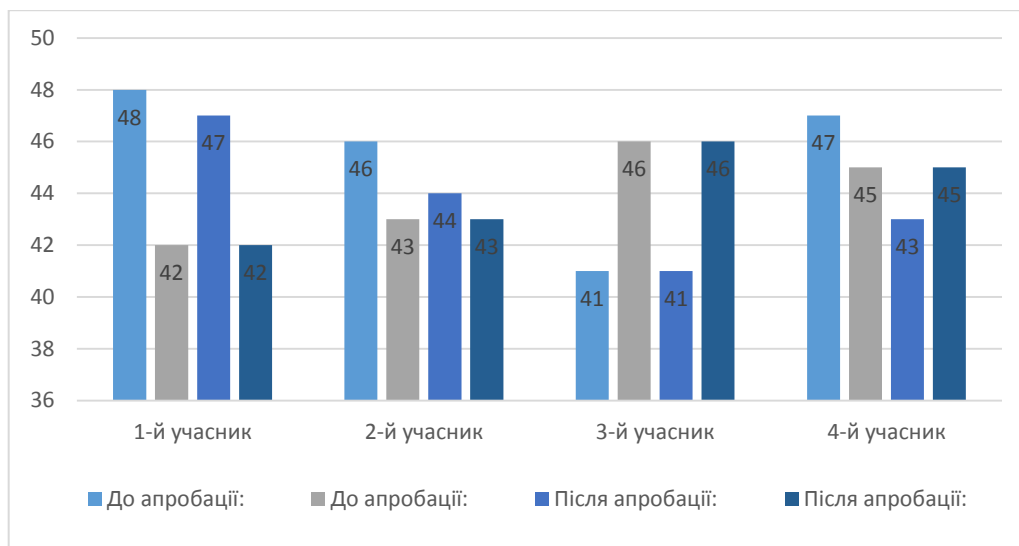
Зустрічі проводилися з 1-го червня 2020-го року по 10-те червня 2020-го року. Кількість становила 5 зустрічей.

На першій зустрічі була проведена діагностика для визначення рівня тривожності в учасників за допомогою психодіагностичної методики «Діагностика тривожності Ч. Д. Спілбергера та Ю. Д. Ханіна».

Отримані результати можна побачити в Діаграмі 3.1.

Діаграма 3.1

Результати дослідження тривожності студентів психокорекційної групи



Результати, засвідчені в Діаграмі 3.1, показали наявність високої ситуативної тривожності у трьох студентів і високої особистісної тривожності у двох студентів. Інші показники були на середньому рівні. Для перевірки впливу на емоційний стан і аналізу ефективності проведеної корекційної програми було повторно діагностовано ситуативну тривожність у студентів даною методикою. Результати показали незначну різницю. У двох учасників ситуативна тривожність дійсно трохи знизилася до середнього рівня. Стосовно особистісної тривожності, вона так і залишилася на високому рівні.

Під час першої зустрічі двоє з чотирьох учасників сильно переживали і мало говорили, оскільки повідомили, що це їх перший досвід і вони себе некомфортно почувають. У подальших зустрічах вони стали відкриватися і проявляти багато активності.

Робота починалася з обговорення важливих хвилюючих учасників проблем, вони розповідали про події, які викликали у них тривогу. Один із прикладів подій: один з учасників, працюючи на зміні в кардіологічному

відділенні, допомагав лікарю під час операції. Учасник почав сильно турбуватися з приводу того, що не впорається із завданням, яке йому призначив лікар і під час передачі інструментарію у нього почали сильно тремити руки, він хотів скоріше закінчити все і піти звідти. Далі виявлялися ірраціональні судження в їхніх розповідях, які викликали тривогу. Ірраціональними судженнями учасника, який розповів про подію вище, було: «Я повинен був все робити ідеально і швидко. Я завжди повинен робити все якісно, адже на мене розраховують лікарі. Я не можу їх підвести. Я себе просто не пробачу за помилку». Після цього йшло пояснення їм їх ірраціональних суджень для того, щоб учасники самі їх усвідомили. В даному прикладі пояснення відбувалося через конкретні питання до учасника, аби він сам зміг зрозуміти нелогічність думок. Приклади питань, які озвучувалися: «Що саме вас стривожило?», «А чи не засмутили вас ваші власні ірраціональні переконання, а не момент, коли ви дивилися на тіло пацієнта чи в очі лікарю?», «Чому Ви подумали, що ця подія, була такою жахливою?», «Які є докази, що ситуація була б катастрофічною, якби Вам не вдалося впоратися з цим завданням?».

Наступним кроком було переведення ірраціональних суджень на раціональні за допомогою відповідних технік. Пропонувалося змінювати на такі раціональні судження: «Мені б хотілося бути більш досвідченим в операціях», «Було б не зовсім зручно, якщо б у мене впали інструменти з рук, але я би взяв інший і нічого поганого б не трапилося».

В кінці учасники пробували самі, без допомоги психолога, описувати тривожні ситуації на роботі в лікарні і знаходити відразу ірраціональні судження, після чого наводити кілька варіантів змінених раціональних думок.

В проведенні корекційної програми спочатку викликало труднощі пояснення учасникам їх ірраціональних суджень з приводу ситуацій пов'язаних

з навчанням. А також допомогти усвідомити, що на тривожність впливає не сама ситуація, а їх негативні і нелогічні думки.

Висновки до розділу 3

Раціонально-емотивний напрямок є дієвим підходом для психологічної корекції тривожності, оскільки робота відбувається як із ірраціональними думками так емоціями учасників, так і з їх поведінкою.

Враховуючи, що професійні страхи виникають більше в конкретних стресових ситуаціях на роботі чи практиці у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти, для корегування нами було обрано ситуативну тривожність. В подальшому корекційна робота може проходити вже із самими страхами. Дана програма є адаптивною і для лікарів у випадку необхідності.

Еліс першим розробив раціонально-емотивний напрямок. Специфіка роботи психолога полягає в тому, що він постає в ролі вчителя, який намагається прищепити клієнту навички використання інформації, логіки або міркувань з метою корекції помилкових тлумачень і ірраціональних думок, що вважаються основою емоційних розладів в даному напрямі [29].

Реалістична оцінка та аналіз аспектів життя учасників, які їх травмують в момент професійної діяльності, ведуть до ослаблення хворобливих симптомів і поліпшення їх самопочуття, а в результаті і поведінкових змін.

Психокорекційна робота проводилася в корекційній групі, яка складалася зі 4-х студентів (3 дівчини, 1 хлопець) 6-го курсу Медичного інституту Сумського державного університету. Вік учасників від 23-х до 25-ти років. Проведена програма корекційних занять по зниженню ситуативної тривожності загалом дає нам можливість використовувати її результати для підвищення якості емоційного стану студентів, а також покращення їх психологічного здоров'я.

Апробація програми по зниженню ситуативної тривожності підтвердила свою ефективність і доцільність. Психокорекційна програма була повністю виконана відповідно до її опису в даній роботі.

ВИСНОВКИ

Дослідження теоретичних та практичних аспектів професійних страхів студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти є актуальною проблемою психологічної науки, оскільки цьому феномену в психології не приділялося достатньо уваги.

На підставі виконаного дослідження можна узагальнити у висновках наступне:

1. Страх характеризується емоційним переживанням, який пов'язаний з астеничними почуттями в ситуаціях загрози. Страх слугує як попередження про насування загрози. Тривожність проявляється у схильності людини до частих та інтенсивних переживань станів занепокоєння та хвилювання. Тривожні стани виникають в умовах ймовірних несподіванок як при відстроченні, затримці приємних ситуацій, так і при очікуванні неприємних. Ішутіна О. та Кузнєцова О. відносять до чинників розвитку професійних страхів рівень тривожності особистості. Як вважає Березін, ірраціональний страх виникає при наростанні тривожного стану і виявляється у предметності, конкретизації невизначеної небезпеки. У студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти в процесі навчання формуються позитивне ставлення до пацієнтів і своєї професії. Але при цьому, вони ще не до кінця чітко можуть уявити як саме ці якості вони повинні реалізувати у практичних взаєминах з пацієнтами та медичним колективом. Тому, в результаті, вони можуть відчувати невпевненість, тривожність та страх, пов'язаний із професійною діяльністю та взаємодією з пацієнтами.
2. Було виокремлено три професійні страхи у студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та у лікарів, які мають найвищі відсоткові показники. Це страх, заснований на професійній відповідальності, страх

невідповідності особистісних характеристик в умовах професії, страх за себе і близьких людей. У студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти домінуючим страхом серед усіх інших виявився страх, заснований на професійній відповідальності, у лікарів - страх за себе і близьких.

3. Студенти під час навчання перебувають в тривожному стані, оскільки до кінця ще не розуміють всієї специфіки своєї професійної діяльності. Спостерігається пониження ситуативної тривожності між студентами першого та четвертого курсу Медичного інституту. Оскільки студенти, які знаходяться на першому курсі, відчують тривожність від практичних дій. Проте студенти, які перебувають на четвертому курсі і мають більш регулярну практику в лікарнях, вже спокійніше проводять різні маніпуляції та взаємодіють з пацієнтами. Лікарі, навпаки, вже адаптовані, в силу свого досвіду, тому їх тривожність менше проявляється і знаходиться на помірному рівні. Кореляційний аналіз дав змогу виявити у студентів першого курсу зв'язки з трьома домінуючими страхами, а саме: страх, заснований на професійній відповідальності із особистісною тривожністю, страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії із особистісною тривожністю, страх за себе і близьких людей з ситуативною та особистісною тривожністю. У студентів четвертого курсу страх, заснований на професійній відповідальності має прямий зв'язок із ситуативною тривожністю; страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії із ситуативною та особистісною тривожністю; страх за себе і близьких людей із особистісною тривожністю. У лікарів виявлений зв'язок страху за себе і близьких людей із особистісною тривожністю.

4. Програма психокорекції ситуативної тривожності розрахована на студентів медичних спеціальностей закладів вищої освіти та може використовуватися в роботі з лікарями. Вона ґрунтується на раціонально-

емотивному підході. Апробація психокорекційної програми по зниженню ситуативної тривожності підтвердила свою ефективність і доцільність. Психокорекційна програма була повністю виконана відповідно до її опису в даній роботі. Подальша оцінка її ефективності респондентами свідчить про її корисність.

5. Більшість студентів Медичного інституту згадували в своїх відповідях найчастіше такі страхи: страх, заснований на професійній відповідальності - 85% із 10% (75 респондентів із 86); страх невідповідності особистісних характеристик в умовах професії - 75,5 % із 100% (65 респондентів із 86), страх за себе та близьких людей – 57% із 100% (46 респондентів із 86). Що говорить про те, що у студентів дійсно схожі види професійних страхів, оскільки дані страхи набрали більше 50% серед 100% досліджуваних. У студентів першого курсу ситуативна тривожність має зв'язки зі страхом невідповідності особистісних характеристик в умовах професії та зі страхом за себе і близьких людей. У студентів четвертого курсу ситуативна тривожність має зв'язки зі страхом, заснованим на професійній відповідальності та страхом невідповідності особистісних характеристик в умовах професії. Це свідчить про те, що у студентів дійсно домінують страхи, які обумовлені ситуативною тривожністю. Отже, наша гіпотеза була підтверджена.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бек У. Общество риска. На пути к другому модерну / пер. с нем. В. Седельника, Н. Федоровой. М. : Прогресс-традиция, 2000. С. 198–199. URL: https://royallib.com/book/bek_ulrih/obshchestvo_riska_na_puti_k_drugomu_moder_nu.html (дата обращения: 22.06.2020).
2. Бригадир М. Б. Особенности появи та відчуття емоції страху в сучасному суспільстві. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія Психологічні науки*. 2018. Т. 1, Вип. 2. С. 20–24. URL: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/449> (дата звернення: 05.06.2020).
3. Гринечко А. Тривожність як чинник виникнення неврозу страху. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2013. Вип. 4. С. 232–238. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apgnd_2013_4_30 (дата звернення: 10.02.2020)
4. Гуменна І. Комунікативна компетентність як одна із складових професійної культури майбутніх лікарів. *Науковий вісник Ужгородського національного університету. Серія : Педагогіка. Соціальна робота*. 2013. Вип. 29. С. 42–45. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2013_29_14 (дата звернення: 05.05.2020).
5. ДиГусепп Р., Уэсслер Р., Уолен С. Рационально-эмотивная психотерапия: когнитивно-бихевиоральный подход / пер. с англ. М. : Институт Гуманитарных Знаний, 1997. 257 с. URL: <https://evolkov.net/rebc/guide1980/> (дата звернення: 10.05.2020).
6. Дубачева А. А. Фобии: понятие, виды и признаки. *Студенческий научный форум – 2016* : материалы VIII Междунар. студ. электрон. науч. конф. М.,

2016. URL:<https://files.scienceforum.ru/pdf/2016/26956.pdf>(дата обращения: 22.06.2020).
7. Загурська І., Лісогурська А. Діагностична процедура дослідження страхів дітей дошкільного віку за допомогою методу незакінчених речень. *Розвиток сучасної освіти і науки: результати, проблеми, перспективи*. Том VII : Ідентичність і свобода в освіті та науці / редкол. : Я. Гжесяк, І. Зимомря, В. Ільницький та ін. Конін ; Ужгород ; Бельско-Бяла ; Київ : Посвіт, 2019. С. 199–201. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/30330/1> (дата звернення: 10.03.2020).
8. Изард К. Э. Психология эмоций : пер. с англ. СПб., 1999. С. 252. URL: http://lib100.com/emotion/psihologiya_emociy/doc/ (дата обращения: 22.06.2020).
9. Ильин Е. П. Психология страха. СПб. : Изд-во «Питер», 2017. 252 с. URL: http://www.koob.pro/iljin_e_p/ (дата обращения: 22.06.2020).
10. Казачкова В. Г. Метод незаконченных предложений в изучении эмоционального и когнитивного компонентов отношений : метод. рекомендации. Томск, 1988. 33 с. URL: <http://www.voppsy.ru/issues/1989/893/893154.htm> (дата звернення: 10.03.2020).
11. Карпенко Н. В. Професіоналізм та професійні страхи особистості. *Вісник Черкаського університету. Серія : Педагогічні науки*. 2014. Вип. 24. С. 42–47. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchuP_2014_24_9 (дата звернення: 22.06.2020).
12. Конюхов Н. И. Словарь-справочник практического психолога. Воронеж : НПО «МЭДОК», 1996. 224 с. С. 35.
13. Косолапов О. М. Психологічна корекція професійних страхів у працівників рятувальних підрозділів державної служби України з надзвичайних ситуацій : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.09. Х., 2015. 250 с. URL: <http://repositsc.nuczu.edu.ua/handle/123456789/1319> (дата звернення: 10.05.2020).

14. Кочерга З. Р. Симуляційне навчання на етапі формування і вдосконалення індивідуальних професійних навичок у студентів медичних університетів. *Прикарпатський вісник НТШ. Пульс*. 2017. № 8. С. 163–167. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Pvntsh_pul_2017_8_20 (дата звернення: 20.04.2020).
15. Кузнєцов М. А., Шаповалова В. С. Студентські страхи: Види, структура, динаміка та шляхи корекції : монографія. Х. : Діса плюс, 2016. С. 65–71. URL: <http://dspace.hnpu.edu.ua/handle/123456789/2790> (дата звернення: 24.04.2020).
16. Мовчан М. Феномен страху: його класифікація і рівні. *Наукові записки [Національного університету «Острозька академія»]. Сер. : Філософія*. 2012. Вип. 10. С. 197–204. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nznuoafs_2012_10_21 (дата звернення: 22.06.2020).
17. Починок Ю. М. Формування професійної компетентності майбутніх лікарів на засадах міждисциплінарної інтеграції у гуманітарній підготовці. *Міжнародні Челпанівські психолого-педагогічні читання*. 2018. Т. 23. С. 357–365. URL: <http://chelpanov.eeipsy.org/index.php/eeip/article/view/197/196> (дата звернення: 20.04.2020).
18. Психологические тесты для профессионалов / авт.-сост Н. Ф. Гребень. Минск : Современ. шк., 2007. 496 с. URL: http://librarycast.moy.su/news/psikhologicheskie_testy_dlja_professionalov_natalja_greben/2018-12-15-163 (дата звернення: 20.04.2020).
19. Сіпко Л. О. Прояв емоційних реакцій та первинних психічних станів особистості у надзвичайних ситуаціях. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету. Серія : Психологічні науки*. 2015. Вип. 126. С. 148–152. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPH_2015_126_31 (дата звернення: 20.04.2020)

20. Стрілецька І. І. Тривожність як індивідуальна властивість особистості (теоретичний аспект). *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 12: Психологічні науки*. 2015. Вип. 1 (46). С. 266–272. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/13247/1/Strilets%60ka.pdf> (дата звернення: 05.05.2020).
21. Тимофієва М. П. Психологічні умови розвитку комунікативної компетентності майбутнього сімейного лікаря : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. К., 2008. 13 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/144951053.pdf> (дата звернення: 20.04.2020).
22. Томчук С. М., Томчук М. І. Психологія тривоги, страху та агресії особистості в освітньому процесі : монографія. Вінниця : КВНЗ «ВАНУ», 2018. 200 с. URL: <http://umo.edu.ua/images/content/depozitar/monografii/> (дата звернення: 20.04.2020).
23. Фрейд З. Запрещение, симптом и страх. *Тревога и тревожность* : хрестоматія / сост. и общ. ред. В. М. Астапов. М. : ООО «ПЕР СЭ», 2008. URL: http://lib100.com/psychotherapy/anxiety_a/doc/ (дата обращения: 22.06.2020).
24. Шайда Н. П., Остополець І. Ю. Феномен емоційної кризи дітей 6-7 років. *Проблеми екстремальної та кризової психології*. 2007. Вип. 2. С. 282–289. URL: <https://nuczu.edu.ua/sciencearchive/ProblemsOfExtremeAndCrisisPsychology/vol2/34.pdf> (дата звернення: 22.06.2020).
25. Шаповалова В. С. Психологічні особливості страхів у навчально-пізнавальній діяльності студентів : автореф. дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07. Х., 2015. 20 с. URL: <https://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/8456> (дата звернення: 24.04.2020).

26. Щербатых Ю. В. Психология страха : популярная энциклопедия. 2-е изд., испр. и доп. М. : Эксмо, 2005. 512 с. URL: http://lib100.com/strax/psych_fear/djvu/ (дата обращения: 22.06.2020).
27. Щербатых Ю. В. Социальные страхи. *Избавься от страха*. М. : Эксмо, 2011. URL: http://www.no-stress.ru/anxiety/get_rid_of_it/social_fears.html (дата обращения: 22.06.2020).
28. Щербатых Ю. В., Ноздрачев А. Д. Физиология и психология страха. *Природа*. 2000. № 5. URL: http://vivovoco.ibmh.msk.su/VV/JOURNAL/NATURE/05_00/05_61-67.HTM (дата обращения: 22.06.2020).
29. Эллис А. Гуманистическая психотерапия. Рационально-эмоциональный подход / пер. с англ. СПб. : Изд-во Сова ; М. : Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2002. 272 с. С. 64-65
URL: https://www.phantastike.com/practic_psychology/humanistic_psych/pdf (дата обращения: 22.06.2020).
30. Эллис А., Драйден У. Практика рационально-эмоциональной поведенческой терапии. 2-е изд. СПб. : Речь, 2002. 371 с. URL: <https://coollib.com/b/400520> (дата обращения: 22.06.2020).
31. Sharif Nia H., Lehto R. H., Ebadi A., Peyrovi H. Death Anxiety among Nurses and Health Care Professionals : A Review Article. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*. 2016. Vol. 4, Issue 1. P. 2–10. URL: <https://www.researchgate.net/publication/287759942> (дата звернения:20.04.2020).

ДОДАТКИ

ДОДАТОК 2.1

Методика незакінчених речень Сакса – Сіднея, модифікована

Незакінчені речення

Суть методики полягає в тому, що досліджуваному пропонується опитувальник, який містить 16 незакінчених речень з початком, що детермінують реакцію, і дається інструкція закінчити їх першою фразою, що спала на думку.

Бланк опитувальника

Інструкція. Прочитайте уважно ці незакінчені речення, доповнивши їх першим, що спало Вам на думку. Робіть це якнайшвидше. Якщо Ви не можете закінчити яке-небудь речення, залиште його, обвівши кружечком номер, і поверніться до нього пізніше. Будьте правдиві. Ваші відповіді нікому, крім психотерапевта, не будуть відомі.

1. Люди, з якими я працюю...
2. Хворі з якими я працюю...
3. Мій найбільший страх в роботі полягає в тому
4. Мої пацієнти...
5. Коли до мене наближається хвора людина ...
6. Хотілося б мені в роботі перестати боятися...
7. Моїм найжахливішим спогадом в роботі є...
8. Коли я йду до пацієнта, я боюсь.....
9. Більше за все в своїй роботі мені не подобається..
10. Коли я знаходжусь у морзі (анатомічній кімнаті) то відчуваю себе...
11. Коли близька мені людина захворіла, я відчуваю...
12. Коли я працюю з інфекційно хворою людиною, то відчуваю..

13. Мені важко працювати, коли...
14. На роботі я не можу взяти відповідальність за...
15. Якщо у мене велика черга пацієнтів, то я...
16. На роботі моє серце биття прискорюється під час...