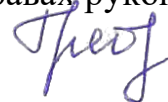


**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЛИНГВИСТИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»**

На правах рукописи



Гребенникова Татьяна Олеговна

**СУБЪЕКТИВНОЕ ОТНОШЕНИЕ К УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
СИТУАЦИИ КАК ФАКТОР РАЗВИТИЯ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ
МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ**

Научная специальность 5.3.4 – «Педагогическая психология, психодиагностика
цифровых образовательных сред»

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
Величковская Софья Борисовна
кандидат психологических наук, доцент

Москва – 2025

Оглавление

Введение	4
Глава I. Исследование проблемы субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в процессе профессионального становления специалистов, осуществляющих медицинскую деятельность, как фактора напряженности в учебно-профессиональной деятельности	16
1.1. Основные подходы к исследованию проблемы профессионального становления	16
1.2. Концепции профессионального развития медицинских работников	30
1.3. Современные представления о субъективном образе мира в профессиональной деятельности.....	36
1.4. Соотношение понятий образа профессии и профессиональной идентичности.	47
1.5. Современные исследования проблемы отношения к профессии у студентов медицинских специальностей.....	58
1.6. Актуальные требования, предъявляемые к подготовке специалистов, осуществляющих профессиональную медицинскую деятельность	62
Выводы по Главе I	66
Глава II. Теоретические подходы к изучению стресса в учебно-профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей.....	68
2.1. Современные подходы к изучению стресса в профессиональной деятельности	68
2.2. Изучение стресса в деятельности медицинских работников и студентов медицинских специальностей.....	82
2.3. Интегральная модель развития стресса у студентов медицинских специальностей	93
Выводы по Главе II.....	96
Глава III. Организация исследования и характеристика обследованного контингента студентов медицинских специальностей.....	97

3.1. Методическое обеспечение и организация исследования	97
3.2. Методы количественной обработки результатов исследования	108
3.3. Сводная характеристика обследованного контингента студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.....	110
Выводы по Главе III.....	124
Глава IV. Эмпирическое исследование субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации как фактора развития стресса у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.....	125
4.1. Результаты сравнительного анализа проявлений стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.....	125
4.2. Роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в развитии и переживании стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.....	150
4.3. Предикторы, влияющие на развитие острых и хронических стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования	173
4.4. Практические рекомендации по составлению программ профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на работу с проявлениями психологического стресса у студентов медицинских специальностей	179
Выводы по Главе IV	184
Заключение.....	188
Список литературы.....	194
Приложение 1. Методики исследования	219
Приложение 2. Нормативные диапазоны оценок использованных диагностических методик	228
Приложение 3. Описательная статистика и оценка достоверности различий по данным диагностических методик.....	232
Приложение 4. Результаты факторного и регрессионного анализа	243

ВВЕДЕНИЕ

Настоящая работа посвящена изучению субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в качестве фактора, оказывающего влияние на формирование состояний повышенной напряженности и развитие стресса у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.

Изменение требований, предъявляемых современным обществом к качеству подготовки обучающихся в высших учебных заведениях, обуславливает возрастающий интерес исследователей к проблеме профессионального становления будущих специалистов. Анализ научной литературы по обсуждаемой проблематике указывает как на социальную, так и педагогическую значимость поиска оптимального решения проблемы профессионализации студентов в вузах. Исследователи, применяя различные подходы к изучению данного вопроса, приходят к общему заключению о том, что выбор определенной профессии, её освоение и профессиональное саморазвитие приводят к трансформациям в структуре личности: обогащению направленности, накоплению опыта, развитию компетенций и профессионально важных качеств.

Проблемы, представляющие наибольшую актуальность в контексте медицинского образования, имеют непосредственное отношение к социально-экономическому аспекту: недостаточное количество компетентных специалистов, неудовлетворительная материально-техническая база профильных учебных заведений и, зачастую, их неполное и недостаточное финансирование на государственном уровне, а также сформировавшееся в обществе мнение об «элитарных» медицинских специализациях. Зачастую врачи, имеющие уникальный профессиональный опыт и владеющие всеми ключевыми профессиональными компетенциями, не рассматривают преподавание в качестве перспективного направления деятельности и

занимаются непосредственно практикой. Ввиду недостаточного количества квалифицированных педагогических кадров будущие врачи обучаются «по шаблону», в результате чего реализация творческого подхода к освоению профессии не представляется возможной. Все вышеперечисленное приводит к ситуации, в которой в процессе профессионализации будущие врачи сталкиваются с объективными трудностями, обусловленными влиянием внешней среды. Заслуживающей особого внимания проблемой и вызовом последних лет стали новые требования к медицинским специалистам, связанные с пандемией COVID-19 [37; 38; 92; 141; 152; 171; 172; 182; 184; 189]. К ним относятся необходимость адаптации учебного процесса к условиям, не предполагающим практической отработки получаемых знаний и непосредственного взаимодействия с пациентами, проблема привлечения студентов медицинских вузов к работе в стационарах в качестве среднего медицинского персонала в экстремальных условиях пандемии, освоение современных средств и технологий коммуникации в кратчайшие сроки, смещение акцентов в процессе подачи и усвоения нового учебного материала.

Студенты медицинских специальностей входят в группу риска по развитию психологического и физиологического стресса, так как приспособление к изменяющимся условиям учебно-профессиональной деятельности требует значительных затрат внутренних ресурсов, в том числе и на уровне организма [33; 47; 73; 103; 109; 137; 153]. Резкая смена суточных биоритмов (обучающиеся вынуждены адаптироваться к изменившемуся режиму бодрствования и сна), несбалансированное питание, применение непродуктивных стратегий совладания, в том числе злоупотребление алкоголем и никотином, утомление, вызванное необходимостью совмещать учебную и трудовую деятельность, обуславливают ухудшение общего самочувствия студентов медицинских вузов, ослабление иммунитета, снижение качества обучения и трудности во всех сферах жизни. Значительные нагрузки психоэмоционального и информационного характера, трудности в общении,

финансовые затруднения определяют низкую удовлетворенность обучающихся качеством жизни и негативную оценку ими состояния собственного здоровья. Обозначенная выше проблематика является фокусом исследований в области психологии стресса и профессионального здоровья.

Необходимым условием понимания особенностей формирования стресса у студентов медицинских специальностей является подробный анализ содержания их учебно-профессиональной деятельности, характерной особенностью которой является максимально раннее включение в образовательный процесс элементов профессионально-трудовой сферы. Каждая профессия обладает своими уникальными характеристиками и обеспечивает самыми разнообразными комплексами знаний, умений и навыков, способствует формированию определенных личностных качеств и новообразований. Необходимым и обязательным условием профессионального становления будущего специалиста медицинского профиля является также практическое применение получаемых знаний. Этим обусловлена жесткость требований, предъявляемых к будущим врачам. Необходимость адаптации к изменяющимся условиям деятельности приводит к значительным психоэмоциональным нагрузкам и развитию состояний повышенной напряженности.

Характерными особенностями медицинского образования является его продолжительность и трудоёмкость, при этом этапы профессиональной подготовки не всегда следуют в четкой последовательности. Для полноценной реализации профессиональной деятельности и развития ключевых компетенций, требуется как минимум 8 лет непрерывной подготовки по выбранной специализации. К примеру, уже сложившиеся профессионалы, не имеющие высшего медицинского образования, могут поступить в вуз с целью повысить квалификацию или даже сменить специализацию. Так как профессия врача относится к социономическому типу, медицинским работникам приходится регулярно взаимодействовать с пациентами, обладающими кардинально разными личностными особенностями, что предполагает

творческий подход к решению задач профессиональной деятельности, выработку индивидуальных стратегий поведения в общении с каждым больным, и высокую осведомленность как в своей области специализации, так и в смежных дисциплинах, в первую очередь, в психолого-педагогических, перспективным представляется формирование как у будущих, так и у сложившихся специалистов медицинского профиля психологической грамотности. Социальная ориентированность профессии врача требует наличия развитой коммуникативной компетентности. Умение оперировать всем спектром языковых средств, отражающих содержание профессиональной деятельности, способствует не только более эффективному решению профессиональных задач, но также выступает и психологическим средством профессионального осознания и коммуникации в рамках профессиональной деятельности.

Одним из перспективных направлений исследований является вопрос субъективного отношения к будущей профессии как важного фактора успешного вхождения в профессиональную деятельность. Целостность, дифференцированность представлений индивида о содержании профессиональных ситуаций обеспечивает также более успешное совладание с факторами повышенной напряженности и позволяет овладеть способами саморегуляции и эффективно применять их в процессе профессионализации.

Актуальность темы исследования связана с запросом современного общества на высококвалифицированных медицинских работников и обусловлена повышением требований, предъявляемых к качеству профессиональной подготовки специалистов данного профиля, а также необходимостью формирования методической базы для освоения адекватных стратегий и методов совладания с факторами повышенной напряженности в трудовой деятельности. Необходимо теоретическое обоснование имеющихся объективных и субъективных факторов развития повышенной напряженности деятельности, негативно влияющих на формирование субъективного

отношения к учебно-профессиональной ситуации. Ввиду отсутствия научных работ по обозначенной проблематике особенно актуальным представляется осуществление эмпирических исследований, ориентированных на выявление факторов, обуславливающих формирование и определяющих специфику проявления стрессовой симптоматики у студентов медицинских специальностей с учетом уровня образования.

Степень научной разработанности проблемы. В настоящее время существует ряд исследований, посвящённых механизмам формирования субъективного образа осуществляемой деятельности (Березина, 2012; Веккер, 1961; Гостев, 2001; Климов, 1995; Леонтьев, 1983; Ошанин, 1999) и его роли в развитии профессиональной идентичности, а также субъективного отношения к будущей профессии (Денисова, 2008; Люкшина, 2016; Микирчитан и др., 2014; Серкин, 2016; Сиваченко, 2015; McManus, 2004; Shleef, 2010). Тем не менее, остаётся вне фокуса внимания потенциал субъективного отношения к учебно-профессиональной/трудовой ситуации в качестве дополнительного ресурса совладания с состояниями повышенной напряжённости. Также недостаточно подробно исследовано влияние эмоционального фона учебно-профессиональной деятельности на формирование субъективного отношения к будущей профессии и хронизацию симптоматики стресса. Таким образом, данное исследование, акцентируя внимание на рассмотрении обозначенных выше аспектов, может выступать предпосылкой для создания новой методологической базы при создании комплексов психолого-педагогических рекомендаций, направленных на поэтапное, осознанное формирование субъективного образа будущей профессии у обучающихся.

Таким образом, **цель** исследования состоит в выявлении у студентов медицинских специальностей специфических особенностей субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации и влияния данных особенностей на развитие состояний повышенной напряженности с учетом уровня образования.

В соответствии с обозначенными целями необходимо было решить следующие **задачи исследования**:

1. Разработать теоретическую модель, описывающую систему факторов развития состояний повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей и роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в этой системе;

2. Разработать комплекс психодиагностических методик, позволяющих адекватно оценить степень выраженности состояний психологического стресса у студентов медицинских специальностей с учетом уровня образования и роли субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в совладании с негативными состояниями повышенной напряженности;

3. Выявить особенности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования;

4. Определить специфические особенности формирования и преодоления состояний повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования;

5. Выявить и изучить устойчивые закономерности между наличием проявлений стресса у студентов медицинских специальностей, формирующихся на разных уровнях образования, и особенностями субъективного отношения обучающихся к учебно-профессиональной ситуации как фактора, определяющего специфику развития состояний повышенной напряженности;

6. Разработать психолого-педагогические рекомендации по составлению программ профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на работу с проявлениями состояний повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.

Объект исследования – учебно-профессиональная деятельность студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.

Предмет исследования – особенности взаимосвязи формирования стрессовых состояний и субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.

Основные гипотезы исследования:

1. Особенности развития и переживания состояний повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей обусловлены субъективным отношением к учебно-профессиональной ситуации;

2. На каждом уровне образования для студентов медицинских специальностей характерны специфические симптомы острых и хронических стрессовых состояний, а также их негативные последствия;

3. Высокую значимость для формирования адекватных представлений у обучающихся о потенциальных факторах повышенной напряженности и субъективных затруднениях, связанных с освоением профессии в процессе обучения, имеет мотивационная включенность в учебно-профессиональную деятельность и степень сформированности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации.

Научная новизна исследования – установление степени значимости такого фактора развития состояний повышенной напряженности в учебно-профессиональной деятельности и возможности совладания с ними, как субъективные представления об учебно-профессиональной ситуации.

1. Установлены специфичные для студентов разных уровней образования субъективно значимые факторы представлений о практических аспектах медицинской профессии;

2. Выявлена высокая значимость мотивационной включенности в учебно-профессиональную деятельность для формирования адекватных

представлений обучающихся о потенциальных факторах повышенной напряженности и субъективных затруднениях, связанных с ее освоением;

3. Выявлены и описаны специфические для обучающихся на каждом уровне медицинского образования симптомы острых и хронических стрессовых состояний;

4. Выделены предикторы развития острых и хронических стрессовых состояний у студентов медицинских вузов. Установлена определяющая роль негативного эмоционального фона учебно-профессиональной деятельности и низкой дифференцированности субъективного образа будущей профессии;

5. Разработана интегральная модель развития стресса у студентов медицинских специальностей, позволяющая определить роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в совладании с факторами повышенной напряженности деятельности.

Теоретическая значимость диссертационной работы заключается в концептуальном обосновании необходимости своевременного формирования у будущих врачей целостного, адекватного представления о профессии. Дифференцированный субъективный образ трудовой ситуации позволяет выстроить систему внутренних средств, способствующих успешному совладанию с потенциальными стрессорами и реализации продуктивной профессиональной деятельности. Приоритетом является комплексный подход к исследованию проблематики стресса в различных аспектах учебно-профессиональной деятельности у студентов медицинских вузов на всех уровнях образования.

Практическая ценность диссертации состоит в том, что полученные данные позволяют определить специфику формирования субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации у студентов медицинских специальностей на каждом уровне образования. Описанные в работе закономерности субъективного восприятия условий и содержания учебно-профессиональной деятельности могут применяться в психологическом

консультировании для профилактики и коррекции состояний повышенной напряженности. Полученные в ходе исследования результаты могут послужить базой для разработки специализированных учебных пособий, использоваться при подготовке профессорско-преподавательских кадров, применяться для разработки и внедрения учебных дисциплин, направленных на формирование у обучающихся системы знаний и внутренних средств, способствующих успешному освоению программ высшего медицинского образования, эффективному совладанию с как объективными, так и субъективными затруднениями, возникающими в процессе реализации учебно-профессиональной деятельности, а также создания программ психолого-педагогического сопровождения на каждом уровне образования.

Методологическая база исследования представлена работами отечественных и зарубежных ученых в рамках интегративного подхода к изучению проблематики профессионального стресса (В. А. Бодров, Л. Г. Дикая, А. Н. Занковский, Л. А. Китаев-Смык, А. Б. Леонова, А. А. Обознов, С. L. Cooper, Т. Сох, G. P. Hockey, R. Lazarus, C. Maslach, W. Schoenpflug), структурно-деятельностного подхода к проблематике профессионализации личности (Э. Ф. Зеер, Е. А. Климов, А. Н. Леонтьев, Ю. П. Поваренков, Y. L. Holland, T. Parsons, D. E. Super), а также разработками проблемы оперативного образа (Д. А. Ошанин) и осознанной саморегуляции (В. И. Моросанова).

Методы исследования. Теоретические методы: анализ, синтез, обобщение. Эмпирические методы: социально-психологический опрос, включающий открытые и закрытые вопросы и предназначенный для сбора предварительной информации об особенностях обследуемой выборки, в том числе о профессиональных планах опрошенных и субъективных факторах напряженности в их учебно-профессиональной деятельности, а также психодиагностические методики. Для оценки эмоционального фона учебно-профессиональной деятельности обучающихся применялась методика «Шкала

дифференциальных эмоций (ШДЭ)» (А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова); с целью выявления субъективно значимых характеристик учебно-профессиональной деятельности использовалась «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности (JDS)» (А.Б. Леонова, С.Б. Величковская). Качественно разнородные проявления стресса изучались с помощью «Опросника для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса» (А.Б. Леонова). Исследование проводилось в формате анонимного опроса очно и онлайн.

Методы обработки и анализа данных. Применялись методы частотного анализа данных, описательной статистики, сравнительного анализа (критерий Манна-Уитни для независимых выборок), корреляционного анализа, двухфакторного дисперсионного анализа, множественного регрессионного анализа, проверки конструктивной валидности методик (альфа Кронбаха). Статистическая обработка проводилась с использованием функционала программы IBM SPSS Statistics 23.

Положения, выносимые на защиту:

1. Для студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования характерны качественно специфические проявления состояний повышенной напряженности.
2. Процесс формирования и специфика динамики стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования связаны со степенью сформированности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации.
3. Низкая дифференцированность субъективного образа будущей профессии и негативный эмоциональный фон учебно-профессиональной деятельности являются ключевыми предикторами острых и хронических стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.

4. Наличие целостного, эмоционально-положительного образа учебно-профессиональной ситуации повышает мотивационную включенность в учебно-профессиональную деятельность и способствует более успешному совладанию с факторами повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования.

5. Интегральная модель развития стресса у студентов медицинских специальностей представляет методологическую базу для разработки практических рекомендаций по эффективному совладанию с факторами повышенной напряженности деятельности, адекватных особенностям субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации на каждом уровне образования.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности 5.3.4. «Педагогическая психология, психодиагностика цифровых образовательных сред» обеспечивается соответствием проблематики и методологии исследования по следующим пунктам: п.1. психология обучающегося как субъекта образовательной среды на разных ступенях образования (дошкольного, школьного, вузовского, послевузовского, переподготовки), его личностное развитие; п.2. профессиональное становление и развитие личности в разные периоды её жизнедеятельности; п.5. психология учебной деятельности.

Апробация и внедрение результатов исследования. Обсуждение результатов исследования проводилось на кафедре психологии и педагогической антропологии ФГБОУ ВО «Московский государственный лингвистический университет», а также в рамках научных конференций (VII Российская конференция по экологической психологии (Москва, ПИ РАО, 2015); IV международная научная конференция «Психология стресса и совладающего поведения: ресурсы, здоровье, развитие» (Кострома, КГУ им. Н.А. Некрасова, 22-24 сентября 2016); научно-практическая конференция «Год экологии в России: педагогика и психология в интересах

устойчивого развития» (Москва, ПИ РАО, 4-5 декабря 2017 года); III Международная научная конференция «Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы» (Казань, КФУ, 2018)); XIII Международный симпозиум «Психологические проблемы смысла жизни и акме» (Москва, ПИ РАО, 2018)); зимняя школа «Психология состояний» (Казань, 21-22 февраля, 2019); VI Всероссийская научно-практическая конференция «Бехтерев и современная психология личности» (Казань, 2-4 октября, 2020); VI Международная научная конференция «Психология стресса и совладающего поведения: устойчивость и изменчивость отношений, личности, группы в эпоху неопределенности» (Кострома, 22-24 сентября 2022); IV Всероссийская научная конференция с международным участием «Психология состояний человека: актуальные теоретические и прикладные проблемы» (Казань, 8-10 ноября 2023).

Структура и объем диссертации. Диссертация состоит из введения, четырех глав, заключения, списка литературы и приложений. Основной текст диссертации (без приложений) составляет 218 страниц. Объем приложений – 40 страниц. Работа проиллюстрирована 17 рисунками, 8 схемами и 71 таблицами. Список использованной литературы включает 200 источников, из них 61 на английском языке.

ГЛАВА I. ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ СУБЪЕКТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ В ПРОЦЕССЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, КАК ФАКТОРА НАПРЯЖЕННОСТИ В УЧЕБНО- ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1.1. Основные подходы к исследованию проблемы профессионального становления

В отечественной и зарубежной научной литературе проблематика исследования специфики труда медицинских работников и их профессионального становления в качестве будущих врачей рассматривается преимущественно в практическом аспекте [13; 39; 131; 139; 144; 148; 149; 150; 155; 169; 192; 197; 200], и теоретические основания обсуждаемых проблем на современном этапе только начинают формироваться.

При обсуждении проблемы профессионального становления прежде всего имеется в виду такой неоднозначный и сложный процесс, как развитие личности профессионала – формирование у человека определённых психологических структур (личностных черт, особенностей психического функционирования, ценностных ориентаций, специальных способностей), позволяющих говорить о том, что этот человек состоялся как профессионал [11; 39; 56; 57; 58; 59; 67; 97; 99]. Как пишет В. А. Бодров, интерес к исследованиям в области профессионализации личности постоянно растёт, что вызвано «...во-первых, ... развитием гуманистических тенденций в решении задач научно-технического прогресса, во-вторых, ... разработкой и внедрением концепций личностного, деятельностного и системного подхода при решении комплексных задач совершенствования, оптимизации различных структур организации деятельности («человек–машина», «субъект–субъект» и др.), в-

третьих, ... усилением внимания к исследованиям в области психологии личности, и, в частности, ее развития, изучению проблем самоопределения личности, ее жизненного и профессионального пути, генезиса мотивационно-потребностной сферы, способностей...» [11, с. 119]. Исследование проблематики профессионализации личности включает два ключевых аспекта:

1. «личность проявляется в профессии» – через выбор определенного вида профессиональной деятельности и её освоение, профессиональное совершенствование и самореализацию, определение собственного места в структуре общества, приобретение материальных и духовных ценностей, а также удовлетворение собственных гносеологических интересов;

2. «развитие личности в деятельности» – посредством формирования профессионально важных качеств (как физиологических, так и психологических), расширения областей познания мира вокруг и смыслового его наполнения, развитие содержания и форм предмета взаимодействия [там же, с. 119].

Н. Н. Нечаев в своих работах делает акцент на творческом характере профессиональной деятельности [98]. Для автора творческий компонент проявляется в самопреодолении, т.е. сознательном проникновении профессионала в содержание стоящей перед ним профессиональной задачи. Анализ содержания деятельности и условий, в которых она развёртывается, подразумевает перестройку сложившихся способов решения и конструирование новых, более эффективных стратегий. Таким образом, как пишет автор, профессионал каждый раз как бы заново учится своему ремеслу, «...сознательно овладевает новыми возможностями и объективно развивается, утрачивая прежние возможности» [98, с. 149]. Следовательно, профессиональная деятельность одновременно является и деятельностью учебной, и процесс решения профессиональной задачи – это творческий акт, обеспечивающий объективные предпосылки дальнейшего развития профессионала. С этой точки зрения процесс подготовки будущего

профессионала должен послужить прочным фундаментом «... формирования психологических возможностей построения ... отдельных и частных способов деятельности, ... выступающих в то же время «клеточками» или «зародышами» развитой профессиональной деятельности» [98, с. 150]. При этом профессиональная подготовка должна идти параллельно с «...развитием способности к профессионально осознанной трансформации всей системы деятельности» [там же, с. 150], «...овладением возможностями самостоятельного программирования всего процесса, ... направленного на решение конкретной задачи» [там же, с. 150].

Исследование проблематики профессионализации личности является сложной и многогранной задачей, требующей разнопланового подхода и освещения с различных позиций, в том числе с психологической, социальной, физиологической и медицинской точки зрения.

Так, с точки зрения *психологии* необходимо исследовать процесс формирования операционального аспекта деятельности в профессии, в том числе с учетом универсальных и индивидуальных свойств личности, т.е. осветить деятельностный компонент процесса профессионализации. Также в рамках данного подхода следует принимать во внимание специфику развития мотивационного, когнитивного, эмоционально-волевого компонентов личности, как на каждом этапе профессионального становления, так и в рамках различных форм трудовой деятельности.

Специфика *профессионального* аспекта связана с вопросами потенциально существующих закономерностей между такими свойствами трудовой деятельности, как надежность, эффективность, качество, безопасность, и психологическими особенностями каждого профессионала как ее субъекта.

С точки зрения *физиологии* стоит обратить внимание на проблемы функциональной адаптации, способы управления процессами трудовой деятельности на физиологическом уровне и «резервные» ресурсы, необходимые

профессионалу для оперативного решения возникающих задач.

Рассматривая *медицинский* аспект проблематики профессионального становления, следует отметить высокую значимость вопросов профессионального здоровья и профессиональной пригодности. Особый интерес представляют профессиональные патологии, связанные с особенностями конкретной формы трудовой деятельности [11, с. 119–120].

Вопрос профессионального становления личности охватывает как теоретические, так и практические аспекты. В рамках теории необходимо дополнить и уточнить существующие на современном этапе концепции развития личности, принимая во внимание специфику как жизненного, так и профессионального пути. На практическом уровне требуется решить проблемы психологического отбора, профориентации, обеспечения труда, подготовки и переподготовки специалистов, социализации, психологического сопровождения и т.д. [там же, с. 120].

В зарубежной психологии проблематика профессионального становления исследовалась в рамках пяти основных подходов: дифференциальная диагностика, психодинамика, теория решений и типология. Каждая научная школа предлагала свою перспективу на процесс развития профессионала.

Ф. Парсонс, один из пионеров исследований в области дифференциальной диагностики, выделил основные положения данного подхода к процессу профессионализации:

1. «каждый человек по своим индивидуальным качествам, прежде всего по профессиональным способностям, подходит к единственной профессии» [там же, с. 125];
2. «профессиональная успешность и удовлетворенность профессией обусловлены степенью соответствия индивидуальных качеств и требований профессии» [там же, с. 125];
3. «профессиональный выбор является сознательным и рациональным процессом» [там же, с. 125].

Как любая методологическая концепция в психологии, дифференциально-диагностический подход имеет свои слабые стороны. Прежде всего, в рамках данного подхода не учитывается динамика личностных структур в процессе профессионализации, и выносятся за скобки влияние социальных и профессиональных факторов на процесс становления человека как субъекта трудовой деятельности [11, с. 125].

Э. Роу в рамках психодинамического подхода к процессу профессионализации разработал теорию, согласно которой выбор профессии рассматривается как непосредственное или косвенное удовлетворение потребностей. Содержание этих потребностей обусловлено психологическим климатом в родительском доме в детские годы и их стилем воспитания. Роу высказывает предположение о том, что определенные потребности, неудовлетворенные на предшествующих стадиях онтогенеза, в дальнейшем выступают фактором формирования доминирующих мотивов, которые находят своё воплощение как в стиле жизни, так и в профессиональном поведении. Отношение к потребности выходит на первый план. Модель этого отношения (любящее, защищающее, требовательное, враждебное и т.п.) определяется характером детско-родительских отношений. Каждой направленности интересов соответствует определенная группа профессий [там же, с. 126].

В теории решений доминирует положение, согласно которому сам выбор профессии выступает в качестве ориентира в различных профессиональных альтернативах. П. Циллер утверждает, что выбирающий профессию сравнивает имеющиеся профессиональные альтернативы в аспекте вероятности успеха. Эта вероятность вычисляется через следующую формулу – произведение ценности профессионального события (получение повышения) на вероятность его получения [11].

Д. Тидеман и О`Хара утверждают, что профессиональное развитие заключается в собственно структуре процесса принятия решения. На базе данной структуры разрабатывается прогностическая модель

профессионального становления. С их точки зрения, данный процесс проходит через несколько ключевых фаз:

1. *«антиципация, когда индивид сталкивается с профессиональными альтернативами, определяет собственное предпочтение и делает выбор»* [11, с. 125];

2. *«спецификация и уяснение, когда человек осмысливает свою позицию, создает перспективу развития и образ «Я-профессионал»»* [там же, с. 125],

3. *«осуществление, характеризующееся реальным вступлением в профессиональную ситуацию и интеграцией выбранной позиции в социальной системе»* [там же, с. 126].

Д. Сьюпер синтезировал феноменологический и дифференциальный подходы и разработал одну из самых известных теорий профессионального развития. В 1952 г. он представил ключевые положения своей концепции:

1. *«люди характеризуются их способностями, интересами и свойствами личности»* [там же, с. 127];

2. *«на этой основе каждый человек подходит к ряду профессий, а профессия – к ряду индивидов»* [там же, с. 127];

3. *«в зависимости от времени и опыта меняются как объективные, так и субъективные условия профессионального развития»* [там же, с. 127];

4. *«профессиональное развитие имеет ряд последовательных стадий и фаз; особенности развития определяются социально-экономическим уровнем родителей, свойствами индивида, его профессиональными возможностями; на разных стадиях развитием можно управлять»* [там же, с. 127];

5. *«профессиональное развитие состоит в развитии и реализации Я-концепции»* [там же, с. 127];

6. *«взаимодействие Я-концепции и реальности происходит при исполнении профессиональных ролей»* [там же, с. 127];

7. *«удовлетворенность работой зависит от того, в какой мере индивид*

находит адекватные возможности для реализации своих способностей, интересов, свойств личности в профессиональных ситуациях» [там же, с. 127].

Подход Д. Сьюпера к проблематике профессионального становления строится по следующим критериям: развитие личности в течение всего жизненного пути и её постепенная профессионализация, охватывающая период от решения проблемы выбора профессии до завершения трудовой активности [11]. Она состоит из 5 стадий, почти полностью совпадающих с этапами развития профессиональной карьеры в американском обществе.

«Первая фаза – *пробуждения* (0–15 лет) – в этот период происходит формирование «Я-концепции», сначала через фазу интересов (11–12 лет), затем – через фазу способностей (13–14)» [11, с. 184].

«На второй фазе – *исследования* (15–24 года) – молодые люди начинают активный поиск новых социальных ролей с учётом своих реальных возможностей» [там же, с. 129].

«На стадии *консолидации* (25–44 года) индивид стремится к стабильности в выбранной сфере деятельности, в т. ч. за счёт укрепления личностной позиции» [там же, с. 129].

В возрасте 45–64 лет наступает фаза *сохранения*, когда главной задачей профессионала становится постоянное развитие в рамках выбранного рода деятельности.

И на последней, пятой стадии – *спада* (от 65 лет), когда профессионал входит в пенсионный возраст, его деятельность имеет уже в большей степени созидательный характер, и профессиональная активность значительно снижается [там же, с. 129].

Ю. П. Поваренков является основоположником концепции общей модели развития личности профессионала в отечественной психологии [110]. Он дает следующую дефиницию: «...процесс поэтапного разрешения комплекса противоречий, согласования различных тенденций и требований, которые задаются базовым противоречием между социально-профессиональными

требованиями, предъявляемыми к индивиду, и его желаниями, возможностями по их реализации» [110]. Ю. П. Поваренков сформулировал ключевые функции профессионала в отношении специфики его профессионального развития следующим образом:

1. «функции, связанные с производством продукта и определяющиеся через производительность, надежность и качество работы профессионала» [110];

2. «функции, связанные с реализацией потребностей самого человека и определяющиеся через удовлетворенность трудом, самореализованность и т. п.» [110];

3. «функции, связанные с обеспечением саморазвития и «запуска» механизма самодетерминации профессионального развития индивидуальности при данных возможностях и объективных условиях» [110].

Э. Ф. Зеер рассматривает профессиональное становление как непрерывный и длительный процесс, охватывающий значительный период жизни человека (35–40 лет) [57]. Его невозможно рассматривать изолированно от самого жизненного пути человека в целом, т.к. профессиональное становление в стадиях своего развития часто совпадает с периодами развития возрастного. Как сложное и неоднозначное психологическое явление, оно подразделяется на несколько стадий, выделяемых на основе двух критериев – социальной ситуации и уровня реализации ведущей деятельности. Выбор первого критерия обусловлен влиянием социально-экономической ситуации на профессиональное самоопределение индивида и его отношение к будущей профессии и к её представителям. Выбор второго критерия непосредственно связан с динамикой структуры личности, т.к. при освоении новых видов деятельности одновременно происходит изменение свойств личности, и даже формирование принципиально новых качеств.

На «стадии *аморфной оптиции* (0–12 лет)» [57] начинается формирование «профессионально ориентированных интересов» [57] – в процессе

взаимодействия с социальным окружением, сюжетно-ролевых игр и учебной деятельности.

На стадии *оптации* (12–16 лет), как правило, охватывающей периоды старшего подросткового и юношеского возраста, представления о профессии конкретизируются, осуществляется осознанный выбор будущей сферы профессиональной деятельности. На данной стадии ведущей деятельностью выступает учебно-профессиональная, реализующая задачу профессионального самоопределения и направленная на построение профессиональных и жизненных планов, уточнение профессиональных интересов. Юноши и девушки вступают на путь самостоятельных решений.

Стадия *профессиональной подготовки* (16–23 года) начинается с поступления в профессиональное учебное заведение – университет, техникум или колледж – и её длительность непосредственно зависит от длительности обучения в каждом конкретном учреждении. Ведущей деятельностью выступает профессионально-познавательная, направленная на получение ключевых для выбранной профессии знаний, умений и навыков. На этой стадии человек приобретает новый социальный статус, осваивает новые способы деятельности и специфику взаимодействия в коллективе. Степень его независимости в значительной степени возрастает, что обусловлено, в т.ч., и достижением совершеннолетия.

После получения необходимого образования наступает стадия *профессиональной адаптации* (18–25 лет), сопряженная с кардинальными изменениями социального и экономического статуса, а также системы отношений индивида к себе самому и окружающей действительности. Ведущая деятельность – профессиональная, однако в этот период она скорее носит нормативно-репродуктивный характер, индивидуальные способы её реализации только начинают формироваться. Основные ресурсы молодого специалиста направлены на накопление профессионального опыта, приспособление к

профессиональной среде, самостоятельное выполнение профессиональных задач.

Как только профессиональная деятельность приобретает индивидуально-личностную специфику, начинается этап *первичной профессионализации* (25–30 лет).

При дальнейшей индивидуализации способов реализации профессиональной деятельности, повышении качества и производительности труда, расширении границ компетентности и непрерывном совершенствовании индивид переходит на второй уровень профессионализации – *становление профессионала* (30–38 лет). На данном этапе профессиональная деятельность реализуется сообразно с психологическими особенностями профессионала, вырабатывается устойчивый и оптимальный темп её выполнения.

Лишь очень небольшое число профессионалов достигает стадии *профессионального мастерства* (38–55 лет) – когда творческий компонент активно внедряется в процесс оптимизации профессиональной деятельности и максимально продуктивного выполнения профессиональных задач. На этой стадии профессионал самостоятельно моделирует социальную ситуацию и разрабатывает принципиально новые способы деятельности. Он стремится к полной самореализации, постоянному совершенствованию, поддержанию постоянной динамики межличностных взаимоотношений в коллективе и перестройке «консервативных» методов руководства [57].

Разумеется, это лишь одна из нескольких наиболее известных в отечественной психологической науке периодизаций профессионального пути человека. Порядок следования вышеперечисленных стадий не является строгим и неизменным, и зависит как от внешних обстоятельств, так и от индивидуально-личностных качеств профессионала. Многие впоследствии возвращаются на предыдущие стадии или вовсе не продвигаются далее в своем становлении. В условиях неустойчивых социально-экономических условий профессионалы с богатым опытом в определенной сфере деятельности нередко

сталкиваются с необходимостью заново решать проблему профессионального самоопределения, переквалификации и адаптации к новому профессиональному сообществу. В итоге каждый индивид строит собственную уникальную траекторию трудовой деятельности, и специфические для каждого этапа новообразования необязательно сформировываются в «критический» для них период [128; 132].

В рамках отечественной психологии были разработаны и более подробные периодизации профессионального становления личности. Одна из таких периодизаций, основанная на концепции ведущей деятельности В. В. Давыдова и Д. Б. Эльконина, представлена в работах таких крупных специалистов по психологии труда, как В. А. Бодров, Е. А. Климов, Т. В. Кудрявцев. Она состоит из трёх крупных фаз, которые в свою очередь включают несколько стадий.

Первая фаза – *допрофессиональное развитие* – частично совпадает с возрастной периодизацией развития Д. Б. Эльконина. В нее входят следующие этапы: «*предыгра* (период до 3 лет); *игра* (период от 3 до 6–8 лет) и *овладение учебной деятельностью* (период от 6–8 до 11–12 лет)» [11].

По мнению В. А. Бодрова, в фазе *допрофессионального* развития обеспечивается формирование индивида как будущего субъекта трудовой деятельности, развитие мотивационно-потребностной, эмоционально-волевой и когнитивной сфер личности. Пробуждается интерес к многообразию сфер человеческой деятельности, закладываются элементы произвольной регуляции поведения и первичные трудовые ориентации [11].

Вторая самостоятельная фаза – «*развитие в период выбора профессии*» [11]. Она включает единственную стадию – «*оптация* (с 11–12 до 14–18 лет)» [11]. На данном этапе у молодых людей формируется система ценностей, касающихся жизненного и профессионального пути, происходит усвоение эталонных правил взаимодействия со взрослыми и сверстниками. Также закладываются информационные основы моральной, социальной и

профессиональной направленности, создаются предпосылки для самостоятельного оценивания собственной профессиональной пригодности, исходя из реально имеющихся способностей и степени сформированности профессионально важных качеств. Молодые люди становятся всё более независимыми и начинают развивать в себе стремление к самосовершенствованию, самовоспитанию и самоорганизации [11].

Третий и последний крупный блок – *развитие в период профессиональной подготовки и дальнейшего становления профессионала* – состоит из 5 стадий, и, являясь логическим продолжением предыдущего блока, обнаруживает параллели с описанной выше «общей» периодизацией профессионализации личности [57].

На стадии *профессионального обучения* (от 15–18 до 19–23 лет) происходит целенаправленное усвоение системы знаний, а также практических навыков и умений, необходимых для реализации выбранной профессии. Мотивы и цели будущей деятельности приобретают предметное содержание; осознанно формируется профессиональная пригодность к обучению и впоследствии осуществлению профессиональной деятельности (в том числе формирование ПВК и «...операционной основы профессионального самоопределения, элементов профессионального мышления, памяти и психомоторики» [11]).

«*Профессиональная адаптация* (период от 19–21 до 24–27 лет)» [11] – молодой специалист приспосабливается к профессиональному сообществу, частью которого отныне является, усваивает его нормы, систему ценностей, условия и процессы профессиональной деятельности. В ходе адаптации будущий профессионал приобретает специфические для данного рода деятельности личностные качества и способности, продолжается совершенствование профессионально важных качеств. На данном этапе молодые люди окончательно определяются с правильностью выбора профессии

и предпринимают попытки соотнесения жизненных целей с профессиональными.

Стадия *развития профессионала* занимает довольно значительный временной период – от 21–27 до 45–50 лет. На данном этапе происходит преимущественно совершенствование личностной структуры профессионала – практического мышления, памяти, восприятия, способностей, психомоторики, специальных способностей. Трудовая деятельность приобретает индивидуально-личностный характер – профессионал уже стремится к разработке собственных способов и приёмов реализации труда. На данной стадии, как пишет В. А. Бодров, профессионал сталкивается не только с возможностью, но и необходимостью расширения своей компетентности и даже полной переквалификации в связи с постепенной технологизацией трудовых процессов. Таким образом, в течение своего профессионального пути индивид может неоднократно возвращаться на предыдущие стадии профессионализации.

Стадия *реализации профессионала* (от 45–50 до 60–65 лет) связана с понятием стабильности во всех аспектах жизни профессионала – от личностных структур до способов выполнения профессиональных задач. На этом этапе профессиональный потенциал человека достигает «пика» реализации и начинается постепенное снижение трудовой активности.

Последняя, пятая стадия – стадия *спада* – начинается вхождением профессионала в пенсионный возраст (от 60–61 года), характеризуется интенсивным снижением трудовой активности и сужением сферы профессиональных интересов. Происходит кардинальная перестройка системы ценностей, резкое ухудшение функционального состояния, вызванное различными заболеваниями. Возникает конфликт между реальными возможностями и поставленными целями. Тем не менее, как утверждает В. А. Бодров, на этапе спада некоторые профессионалы по-прежнему

сохраняют свой потенциал и профессиональные интересы, а также ориентацию на продуктивную трудовую активность [11].

Е. А. Климов предложил более подробное подразделение третьей и четвёртой стадий – *развития и реализации профессионала* – на следующие четыре профессиональных периода [67]:

1. *интернал* – работник с богатым опытом и устойчивыми профессиональными интересами, успешно и автономно реализующий свои профессиональные функции;

2. *мастер* – профессионал, выработавший собственный стиль профессиональной деятельности, готовый к решению любой профессиональной задачи в обычных и экстремальных условиях, обладает специальными умениями и высоким званием;

3. *авторитет* – обладая всеми характеристиками второго профессионального периода, становится уважаемым человеком как в собственном профессиональном сообществе, так и вне его. Имеет богатый профессиональный опыт, с его мнением всегда считаются;

4. *наставник* – окружен учениками, последователями, которым можно передать имеющийся у профессионала опыт и знания. Истинный мастер своего дела.

Обсуждаемые выше концепции развития профессионала и его личностных качеств указывают на поэтапность и многоплановость данного процесса. Субъективные представления о будущей профессиональной деятельности начинают формироваться уже в раннем возрасте, со временем конкретизируясь и трансформируясь с учётом получаемых знаний, умений и навыков. Выбранная индивидом направленность профессиональной деятельности обуславливает и необходимые для эффективного осуществления трудовых задач изменения в структуре личности, «отсекая» те качества, которые препятствуют успешному вхождению в профессию. Более того, стоит отметить, что профессиональное развитие личности не разворачивается по

строго определённого алгоритму – возможно как «застопоривание» на одном из этапов, так и возвращение на предыдущие стадии и даже пропуск некоторых фаз, что обуславливает высокую степень индивидуализации профессионального пути личности и разнообразие результатов её трансформации в ходе освоения выбранной профессии.

1.2. Концепции профессионального развития медицинских работников

Б. А. Ясько разработала более конкретизированную периодизацию профессионального развития, учитывающую специфику профессиональной деятельности медицинских работников. В основе её концепции лежит представление о «социально-фиксированных модулях профессионализации врача» [139].

Первый модуль – довузовская подготовка, на данном этапе развитие осуществляется в двух направлениях: завершается базовое образование, происходит профессиональное самоопределение. Переход ко *второму* модулю связан с формированием профессиональной идентичности на начальных этапах обучения в вузе. *Третий* модуль связан с завершением высшего образования и выбором предмета трудовой деятельности в соответствии с его востребованностью в социуме и индивидуально-личностными качествами специалиста. *Четвертый* модуль связан с дальнейшим карьерным ростом и включает в себя принятие ключевых решений, а также осуществление профессиональных обязанностей.

Отдельный интерес представляют результаты серьёзного диссертационного исследования, проведенного А. Н. Глушко [39]. Оно было посвящено выявлению психолого-эргономических основ профессионализации студентов медицинских вузов. На основе факторного анализа была выявлена

структура и динамика личностных качеств на каждом курсе обучения медицинским специальностям.

Так, для студентов *первого* курса характерна высокая степень раздражительности, вербализация негативных эмоциональных переживаний, вызванная завышенными с их точки зрения требованиями, предъявляемыми преподавателями, затрудненная психологическая адаптация к новым условиям деятельности. Как утверждает А. Н. Глушко [39], на данном этапе происходит формирование концептуальной модели будущей деятельности.

К *третьему* курсу на первый план выходит содержание обучения, т.е. ведущим типом деятельности становится учебно-профессиональная. Студенты активно осваивают практические врачебные навыки. Этот период, согласно полученным автором данным, является «критическим» для идентификации. Повышается конфликтность, связанная с неудовлетворенностью результатами собственной деятельности, резко снижается мотивация. Эмоциональная сфера на данном этапе обучения крайне неустойчива, что связано, прежде всего, с «поиском себя» в конкретной специальности.

На *пятом* курсе обучения студенты впервые задумываются о ценности полученных ими знаний. Часто это приводит к осознанию собственной некомпетентности по ряду вопросов и, как следствие, неудовлетворенности организацией обучения и качеством полученных сведений. Разочарование ведёт к выражению агрессивному стилю поведения и росту конфликтности. На пятом курсе обостряется внутриличностный конфликт, связанный с поиском своего призвания в выбранной сфере деятельности. Возникает необходимость окончательного выбора специализации, т.е. наступает период самоопределения.

На завершающем, *шестом* курсе обучения, субъективное ощущение неудовлетворительной профессиональной подготовки обостряется. Это неудовлетворенность находит своё отражение в резких перепадах настроения, сохранении конфликтности, сопротивлении строгой дисциплине и регламенту в обучении, распаде сформированных на младших курсах групповых связей.

Учебно-профессиональная деятельность на последнем курсе обучения носит «диадический» характер, т.е. студенты предпочитают сотрудничать не более чем с одним однокурсником.

Именно на старших курсах медицинских вузов, как свидетельствуют полученные автором эмпирические данные, происходит значительные перестройки в структуре личности студентов. Активно усваиваются способы профессионального мышления и поведения (в том числе и стереотипные модели), изменяется система ценностных ориентаций, что обеспечивается через подражание авторитетным преподавателям. Студенты также приобретают ряд профессиональных психологических *новообразований*, а именно: «...профессиональную мотивацию, надситуативную конкурентную активность, способность к профессиональному целеполаганию, устойчивость к фрустрации в профессиональной деятельности» [39].

Исходя из анализа полученного массива данных, А. Н. Глушко также разработал типологию уровней регуляции профессионализации у студентов медицинских вузов. Он выделил три основных уровня.

Пассивный уровень регуляции характеризуется отсутствием целостного образа профессиональной деятельности, ориентацией на внешнюю привлекательность профессии, ролевым типом поведения. Процесс получения специальных знаний ограничен учебной программой и ориентацией на сохранение оптимального баланса между реальными возможностями и предъявляемыми требованиями.

Для *сопротивляющегося* типа характерно прагматическое отношение к профессиональному обучению и отсутствие интереса к содержанию деятельности. Студенты с данным уровнем регуляции профессионализации направлены на результат, их поведение носит адаптивный характер, и главной его целью является налаживание отношений с преподавателями.

Студенты с *позитивно-мотивированным* уровнем регуляции профессионализации заинтересованы в приобретении качественной, целостной

профессиональной подготовки, их субъективный образ будущей профессиональной деятельности имеет чёткую систему. Такие студенты высоко мотивированы на овладение теоретическими знаниями и практическими навыками врачебной деятельности и постоянное развитие. Они творчески подходят к процессу обучения, находятся в поиске новых смыслов и способов поведения [39].

Стоит отметить, что в рамках предложенной концепции речь идёт скорее о типах регуляции профессиональной деятельности, чем об уровнях. Следовательно, представляется возможность отслеживать специфические признаки каждого типа регуляции и осознанно направлять этот процесс у студентов медицинских специальностей с учётом предпочитаемой ими стратегии, поддерживать позитивную мотивацию к освоению и реализации в выбранной профессии на каждом этапе обучения.

Отдельный интерес для нашего исследования представляет концепция мотивационной включённости как фактора успешной реализации деятельности. Д. Н. Узнадзе, исследуя поведение человека в рамках разработанной им теории установки, пришёл к заключению о том, что всю совокупность его форм можно отнести к двум категориям. Если установка поведения и собственно его форма детерминируется предметом, потребность в котором и побуждает человека к активным действиям (внешний импульс), то такое поведение является экстерогенным. Если же действие направляется установкой, зафиксированной в прошлом субъекта, то есть побуждается не внешними условиями, а внутренним импульсом, такое поведение определяется как интрогенное. Каждая из обозначенных категорий охватывает несколько автономных поведенческих форм. К первой категории Д. Н. Узнадзе относил «потребление, обслуживание, уход, труд, любознательность и занятие» [62]; вторая категория включала «эстетическое наслаждение, художественное творчество, игру, спорт, развлечение» [62]. По мнению Д. Н. Узнадзе, первичным основанием для категоризации форм поведения выступают личные переживания субъекта.

Исследователь также отмечал, что в «...объективной действительности выделенные формы поведения не могут быть чётко разграничены и потому способны переходить из одной категории в другую» [62]. К числу указанных форм поведения относится, например, «...учение, так как занимает место между игрой и трудом, является исходной ступенью, которую человек должен пройти, чтобы, поднявшись над уровнем игры, возвыситься до уровня существа, обладающего способностью трудиться» [цит. по 62, с. 29].

Интрогенные формы поведения тесно связаны с понятием мотивации достижения. Мотивация достижения представляет собой один из видов мотивации деятельности и связана с потребностью человека добиваться успехов и избегать неудач. При выделении аспекта достижения в мотивации как общепсихологической проблеме исследователи отмечают, что эффективность разных видов деятельности в большой степени обуславливается «мерой собственной активности» их субъектов. При этом активность рассматривается как черта личности, которая проявляется через отношение человека к осуществляемой деятельности, «...поскольку биологическая активность человека является лишь предпосылкой для формирования её как социального явления. Личность формируется и развивается в процессе деятельности, и соответственно особенностей деятельности и отношения к ней личности может иметь разный характер и разные уровни активности» [там же, с. 24].

Н. Л. Карпова в своём исследовании предполагает, что через анализ такого психологического явления, как мотивационная включённость, становится возможным проследить процесс формирования активности субъекта деятельности, выявить факторы, определяющие «меру» этой активности и способы её стимуляции [там же, с. 32].

Мотивационная включённость рассматривается как психологическое «ядро» внутренней активности личности, её источник, с которым непосредственно связана успешность реализации любой деятельности. Одной из отличительных черт данного психологического явления выступает

поэтапность его формирования, «...когда мотив приобретает силу настоящей потребности к изменению при четком и полном осознании цели, а активные действия субъекта при обязательной эмоционально-положительной окрашенности направлены на реализацию мотива как в рамках специально организованной деятельности, так и вне ее» [там же, с. 32]. Мотивационная включенность, как психическое образование, обладает собственным источником развития, и не может быть сведена исключительно к результату внешних воздействий. Н. Л. Карпова полагает, что на каждом этапе конкретная установка детерминирует мотивационную включенность. Установка как «...психическое состояние, непосредственно предшествующее активности и определяющее ее направленность, переходит в собственно активность» [62], что характеризует процесс ее перехода в мотивационную включенность. Н. Л. Карпова формулирует дефиницию данного новообразования, принимая во внимания его системное свойство: «...специфическое, особое внутреннее психическое состояние, которое так же, как и установка, характеризуется целостностью, динамической определенностью: в каждый момент – это определенный уровень «сплава» осознанности, силы и устойчивости, эмоциональной наполненности мотива» [там же, с. 54].

Исследования подобного масштаба и направленности представлены на данный момент в довольно небольшом количестве. Отчасти это может быть обусловлено недостаточно разработанной теоретической базой, затрагивающей именно особенности профессионализации медицинских работников. Как и при рассмотрении любой другой психологической проблемы, здесь встаёт вопрос о степени применимости полученных в прикладных исследованиях данных к имеющимся на данный момент теоретическим наработкам в данной области, а также в обратном направлении – расширение и уточнение теоретических концептов в практическом русле.

Предложенное Н. Л. Карповой определение мотивационной включенности перекликается с понятием субъективного образа ситуации.

Целостный, дифференцированный образ осуществляемой деятельности обуславливает субъективное отношение к ней индивида и, соответственно, представляет собой значимый фактор, определяющий степень мотивационной включённости в деятельность.

1.3. Современные представления о субъективном образе мира в профессиональной деятельности

Одно из центральных положений в психологической науке занимает понятие образа, широко применяющееся практически во всех её областях. Обусловлено это, в том числе, тем, что особенности психологической реальности, в которой действует и существует индивид, определяются отражением в плоскости образов процессов, феноменов и объектов окружающего мира. В одном из своих поздних трудов А. Н. Леонтьев представил основные свойства образа [88]:

1. *Предметность*. Образ всегда отражает специфические черты или характеристики реально существующего объекта или явления в конкретной форме.

2. *Константность*. Образ всегда характеризуется относительной устойчивостью во времени.

3. *Пристрастность*. Образ всегда содержит эмоционально-окрашенные смысловые оценки отношения субъекта к объективной реальности.

Категория психического образа исторически является базовым принципом, на котором строится представление о душе и сознании. Психологическое исследование, опираясь на гносеологический характер отношений между субъектом и объектом, неизменно вдохновляется разнообразными философскими концепциями, но также обращается к данной проблематике и собственными средствами, разрабатывая категорию образа как специфическую реалию бытия. Образ выступает формой и орудием

исследовательской мысли. Однако в данной категории представлена реальность, существующая вне мысли о реальной действительности и степени её освоения человеком, а именно – реальность ментальная.

Понятие образа было принято психологией из философии познания. Данный термин имеет объёмное семантическое поле, и охватывает широкий спектр феноменов – как материальные объекты, так и чувственные представления. Тем не менее, всю совокупность трактовок данного понятия можно разделить на три группы [118]. Согласно первой точке зрения, образ является как субъективным, так и объективным феноменом, способным к автономному существованию вне человеческой психики. Вторая группа определений универсализирует образ как явление («любой репрезентант, представляющий какой-либо объект»). Таким образом, в рамках второго подхода стирается граница между образом и символом, образом и знаком, образом и моделью. Наконец в третью, и самую многочисленную группу дефиниций, входит интерпретация образа как чувственного аналога, копии предмета, возникающей в результате его отражения человеческой психикой.

Сторонником первой точки зрения был ещё древнегреческий философ Платон. К более современным представителям первого подхода к трактовке образа можно отнести Т. Н. Березину, которая в некоторой степени возрождает платоновскую традицию понимания образа [9]. Она предлагает на терминологическом уровне различать понятия «объектного образа» и «психического (субъективного) образа». Под «объектным образом» автор подразумевает «...явления независимые от человека и его психики, отпечатки реального мира». «Психический образ» же определяется как производное человеческой психики, субъективное представление, не существующее вне её границ.

Второй подход восходит к работам отечественного философа В. А. Штоффа, фактически отождествлявшего понятия «образа» и «модели». Понятие «модели» занимало центральное положение в его исследованиях в

области теории познания. Под данным понятием автор подразумевал такую «мысленно представляемую или материально реализованную схему, которая, отображая или воспроизводя объект исследования, способна замещать его так, что её изучение даёт нам новую информацию о данном объекте» [136].

В рамках третьего подхода образные представления ограничиваются пространством человеческой психики. Представители этой точки зрения на понятие образа разделяются на два направления. Одни авторы рассматривают в качестве образа любое чувственное представление объекта. Другие определяют структурное соответствие чувственного отображения реальному объекту как ключевой критерий образа. Сторонники первой, более широкой трактовки понятия придерживаются тезиса В. И. Ленина о том, что «...ощущение есть субъективный образ объективного мира» [цит. по 118]. Однако ощущение как таковое является лишь структурным компонентом образа, но не тождественно ему. Критерий структурного соответствия позволяет более конкретно определить понятие образа; эта традиция представлена работами таких видных зарубежных психологов, как З. Фрейд, К. Г. Юнг и Ф. Гальтон [118].

В отечественной психологии попытка объяснить понятие образа через данный критерий встречается в работах Л. М. Веккера и Б. Ф. Ломова, которые отмечали, что «...анализ предметной структуры действия обнаруживает, что регулирующий его образ является именно изображением» [15, с. 49]. В отечественной психологической традиции понятие «образ» и «психический образ» тождественны. Как правило, авторы подразумевают под понятием образ именно продукт психического отражения. При этом не существует даже единого, общепринятого термина для обозначения психических образов.

Традиционно в рамках отечественной психологической школы выделяются такие группы образов, как чувственные образы и образы представления (А. Н. Леонтьев, С. Л. Рубинштейн). Согласно концепции А. Н. Леонтьева, чувственные образы представляют всеобщую форму психического отражения, порождаемого предметной деятельностью субъекта.

Однако у человека чувственные образы приобретают принципиально новое качество, а именно - значение. Согласно мнению автора, именно значения выступают важнейшими «образующими» компонентами человеческого сознания [89]. Понятие «образ-представление» было введено С. И. Рубинштейном в работе «Основы общей психологии». Он утверждал, что представления – это воспроизведенный образ предмета, основывающийся на прошлом опыте субъекта. Образ-представление выступает в качестве специфического психического образования, как продукт того или иного психического процесса. Образы-представления представляют собой важный компонент познавательной деятельности человека [120].

Л. М. Веккер оперирует понятиями «первичные» и «вторичные» образы. По своему содержанию вышеперечисленные понятия тождественны друг другу. Образы чувственного восприятия, как правило, относят к первичным образам. Мысленные образы, собственно являющиеся психическими представлениями, относят ко вторичным образам, которые автор разграничивает с образами-перцептами [16].

Л. М. Веккер даёт следующую дефиницию вторичных образов: «...извлеченные из памяти первые сигналы, которые воспроизводят прошлые первичные образы и тем самым изображают объекты, в данный момент не действующие на рецепторную поверхность анализатора» [16, с. 278 – 279].

А. А. Гостев относит практически всю совокупность образных явлений к категории вторичных образов, ставя знак тождества между понятиями «вторичный» и «мысленный». Автор причисляет ко вторичным образы, связанные с измененными состояниями сознания, а также образы, полученные из сновидений, продукты воображения и представления [40].

Отдельный пласт проблем составляет вопрос о том, чем является образ. В психологии сформировалось две доминирующих методологических позиции [9]. Первая позиция – наглядная репрезентация. В своей радикальной форме она гласит, что психические образы – это именно картины. Эта точка зрения была

впервые представлена в работах Ф. Гальтона, занимавшегося изучением образности «мысленных картинок». Автор ставил перед испытуемыми задачу вспомнить любой случай из жизни и постараться представить его образ. Далее следовало ответить на следующие вопросы: был ли образ смутным или отчётливым, ярким или тусклым, цветным или чёрно-белым, т.е. отметить именно характеристики изображения.

Вторая точка зрения получила название пропозициональной репрезентации. Её сторонники считают идею образной репрезентации парадоксальной и неубедительной. Они утверждают, что визуализация возникающих в сознании человека мысленных образов не сопровождается формированием наглядных изображений. Все формы познавательной активности, в том числе и воображение, обеспечиваются лишь предположениями. Следовательно, наглядные характеристики объектов никак не влияют на решаемые с помощью этих репрезентаций задачи. В психологической науке эта методологическая позиция оформилась в понятии «безобразного» мышления как типа мышления, «очищенного» от чувственных элементов познавательного процесса [9].

Обращаясь к трудам исследователей проблематики психического образа, следует отметить вклад Т. Н. Березиной, разработавшей уникальную модель, опирающуюся на труды ряда зарубежных и отечественных (в том числе И. П. Павлова), ученых [9]. Степень генерализации чувственной информации выступает классификационным критерием данной модели. Автор обозначает следующие основные категории психических образов:

1. *образы нулевого порядка.* Данный уровень характеризуется полным отсутствием обобщения поступающей визуальной информации. Сюда относятся чувственные образы, отражающие объективную реальность;

2. *образы первого порядка.* Образ данной категории является результатом представления об объекте, полученного посредством первичной генерализации чувственных впечатлений, включая «...эйдетические образы, образы

эйдетической памяти, любые образы, в которых человек пытается воспроизвести конкретную картину того, что видел в конкретный момент» [9, с. 20]. Он «...должен быть картинкой, которую человек представляет; но картинка должна быть копией некогда виденного, точной и неменяющейся, которую человек рассматривает, чтобы извлечь информацию» [9, с. 20]. Образы данного типа отличаются устойчивостью и жесткой структурой, что позволяет им надолго закрепиться в памяти;

3. *образы второго порядка.* Они являются результатом вторичного обобщения информации, предоставляемой образами первого порядка. Это «...наглядные репрезентации действительности и могут быть представлены в виде картинки» [там же, с. 20]. Их характерным свойством является изменчивость, их составные компоненты динамичны, и образы в целом нестабильны. При этом они складываются из совокупности чувственных репрезентаций материальных объектов;

4. *образы третьего порядка.* Продукт генерализации чувственных импульсов всех предшествующих категорий. Данная категория отличается предметностью, «...получается в простейшем случае при наложении множества изображений и имеет форму, объем, структуру» [там же, с. 21]. «...При попытке визуализации подобных образов – представляется некий неопределенный контур, без прорисовки отдельных деталей, или детали представляются так же контурами («штриховкой»)» [там же, с. 21];

5. *образы четвертого порядка.* Они конструируются через генерализацию чувственных импульсов предшествующего уровня. На этом уровне находят отражение абстрактные концепции, которые могут не обладать, в отличие от образов низшего порядка, материальным воплощением.

6. *образы пятого порядка* отражают «...некоторые категории общечеловеческого значения, такие как справедливость, любовь, добро, зло...» [там же, с. 22]. Также на этом уровне происходит аналитическая обработка образов. Исследователи характеризуют образы этого уровня как невербальные

эталоны. Следует отметить, что они лишь частично подвергаются осознанию и служат для ориентировки в социальной сфере. Их основная область применения – мыслительные и эвристические процессы. Их формирование является результатом динамического обобщения сведений, носителями которых выступают образы всех предыдущих уровней.

В рамках данной классификации отдельный интерес представляет вопрос, на каком конкретно этапе профессионального становления аморфные, идеализированные представления о будущей профессии систематизируются, приобретая осмысленную структурную организацию, адекватно отражающую реальные условия, в которых развёртывается профессиональная деятельность.

Понятие «образа» носит универсальный характер, и приобретает самые разнообразные значения в рамках конкретной области научных изысканий и применяемого концептуального подхода. При этом образ представляет собой один из ключевых компонентов, формирующих целостность сознания, хотя и не сводится к процессам чувственного восприятия. Следовательно, понятие профессиональной идентичности может быть представлено в качестве субъективного образа, охватывающего субъективные представления индивида о своем месте в профессиональном сообществе и психосемантических компонентах профессиональной деятельности, имеющей четкую иерархию.

М. М. Абдуллаева пишет в своей работе, посвященной результатам исследования субъективных представлений об отдыхе и труде у представителей различных профессиональных сообществ с точки зрения психосемантики: «...содержание профессиональной деятельности отражается в смысловых категориальных структурах, определяющих особую типизацию объектов мира, характерных для конкретного «мира профессии»» [2, с. 180]. Таким образом, можно выделить так называемый «образ мира профессионала», который органично встраивается в обобщенное представление человека об окружающей его объективной и субъективной реальности.

Эти представления, специфические для каждой профессии, носят субъективный характер, таким образом отражая отношение каждого конкретного индивида к содержанию профессиональной деятельности. До некоторой степени возможно отождествление понятий субъективного образа профессии и субъективного отношения к ней.

Понятие «образ мира» было введено в психологию А. Н. Леонтьевым и отражает положение об опосредованном и обобщенном характере восприятия и сознания, согласно которому реакция субъекта на стимулы среды зависит от сформировавшихся у него структур опыта и связанных с ними представлений о мире и своём месте в нем [88]. «Образ мира» обладает следующими свойствами:

1. «предзаданность» конкретному акту восприятия;
2. интеграция индивидуального и социального опыта;
3. наполнение воспринимаемого предмета значением, что обуславливает переход от чувственных модальностей к миру амодальному [122, с. 70].

Понятие образа, введённое А. Н. Леонтьевым, получило дальнейшее развитие в концепции оперативного образа. Концепция оперативного отражения, предложенная Д. А. Ошаниным, утверждающая, что «эффективность трудовых действий определяется особенностями отражения объекта труда» [108], формулирует понятие «оперативный образ» – «...идеальное, специализированное отражение преобразуемого в действии объекта (процесса, явления и т.д.), складывающееся по ходу выполнения конкретного предметного действия и подчинённое задаче действия» [106, с. 9]. Ниже представлена предложенная Д. А. Ошаниным классификация основных особенностей данного явления с учетом их тесной взаимосвязи [106]:

1. *прагматичность*. Его формирование сопровождается процессом поиска решения конкретной, практически ориентированной задачи;

2. *адекватность задаче действия.* Оперативный образ отличается эффективностью и надежностью, поскольку максимально соответствует поставленной задаче;

3. *специфичность.* Информация, заложенная в оперативном образе, не выходит за границы необходимого для решения конкретной совокупности задач;

4. *лаконичность.* Оперативный образ охватывает только ключевые особенности объекта, являющиеся значимыми для поиска решения поставленной задачи;

5. *функциональная деформация* – оперативный образ не является нейтральным отражением объекта, поскольку в нем спроецированы субъективно значимые параметры.

Особого внимания заслуживает функциональная деформация, отражающая дуальность оперативного образа, поскольку «...с одной стороны, отношения между отдельными свойствами объекта отражены в нём «зеркально», а с другой – они функционально искажены» [106, с. 12]. Данное свойство, по мнению Д. А. Опанина, нивелирует количество ошибочных действий в процессе осуществления трудовой деятельности и приобретает максимальную целесообразность в условиях повышенного риска их совершения. Внутренняя противоречивость оперативного образа отражает его активность, а заложенный в нем конфликт является, в то же время, стимулом к его разрешению.

Формирование профессиональных деформаций в процессе профессионального становления, таким образом, является неизбежным. Постепенная трансформация личностных качеств профессионала облегчает адаптацию к особенностям профессиональной деятельности, обеспечивая более успешную реализацию в профессии.

В ходе эмпирических исследований, посвящённых процессу формирования оперативного образа и его функциям при переработке

информации, существенной для выстраивания трудового действия, была выявлена его структурная сложность, в итоге обозначенная как *психологическая функциональная система предметного действия* [там же, с. 15]. Результат работы данной системы является одновременно *субъективным*, т.к. профессионал удовлетворяет собственные потребности, непосредственно связанные с трудовой деятельностью, и достигает поставленной цели, и *объективным*, ведь в итоге происходит преобразование конкретного объекта труда. Ошанин предложил следующую классификацию оперативных образов, исходя из их места в упомянутой психологической системе и функции, реализуемой ими в процессе преобразования поступающей информации:

1. «оперативные образы, опосредствующие преобразование информации на всём протяжении предметного действия (образ конечного заданного состояния объекта, образ его строения);

2. этапные оперативные образы, далее подразделяющиеся на *афферентные*, служащие для оценки текущих состояний объекта, опосредствующие приём сигналов и выявление их информационного содержания, сличение несомой ими информации с заданным состоянием объекта, квалификацию и оценку получаемой информации; и *эффекторные*, опосредствующие программирование целесообразных воздействий на объект» [107].

Образ мира профессионала, как следует из вышесказанного, характеризуется рядом специфических особенностей и выступает в качестве семантической структуры, опирающейся на мировоззрение индивида.

Индивидуальная трудовая деятельность профессионала «...с одной стороны, социально регламентируется определенными ценностными ориентациями, ограничивается предметом, обеспечивается специальными средствами труда, с другой — в каждой составляющей приобретает для специалиста свой субъективный смысл» [2, с. 181].

Дальнейшее развитие идеи Д. А. Опанина получили в работах В. И. Моросановой и других исследователей [52; 53; 79; 94; 95, 114; 116]. В своих исследованиях автор говорит об осознанной саморегуляции как одном из ключевых психологических инструментов, способствующих индивиду в организации его деятельности [94; 95]. В рамках разрабатываемого автором ресурсного подхода, осознанная саморегуляция представлена системой взаимосвязанных процессов, обеспечивающих её функционирование. Данный подход интегрирует основные психологические концепции осознанной саморегуляции в единую структуру, в рамках которой её общее развитие обуславливается как операционально-когнитивными, так и инструментально-личностными компонентами. Таким образом, осознанная саморегуляция представляет собой управляющий уровень всей системы психической саморегуляции человека, подчиняющий себе, в том числе, и средства её реализации, к которым автор относит всю совокупность когнитивных, эмоциональных и личностных процессов и состояний. Устойчиво проявляющиеся качества личности и индивидуальные различия в стиле реализации деятельности, направленной на саморегуляцию, которые отслеживаются в широком спектре ситуаций, согласно автору, в значительной степени определяют степень развития у человека осознанной саморегуляции и характер действий, ведущих к достижению поставленных им целей. Определенные черты личности, участвующие в регуляторных процессах, и способы их развёртывания впоследствии могут осознаваться человеком и трансформироваться в дополнительные психологические ресурсы. Продуктивное применение данных ресурсов позволяет совладать с факторами, препятствующими успешной реализации субъективно значимых целей, сформировать более чёткий, индивидуализированный образ желаемого результата деятельности.

Концепция В. И. Моросановой выводит на первый план этот субъективный образ конечного результата, к которому стремится индивид.

Именно этот субъективный образ осуществляемой деятельности в значительной степени определяет отношение профессионала к выбранной им области и составляет основу осознанной саморегуляции деятельности.

1.4. Соотношение понятий образа профессии и профессиональной идентичности

В основу концепции образа мира профессионала, предложенной Е. А. Климовым, положен подход к понятию профессиональной деятельности как к явлению, преобразующему существующие у субъекта трудовой деятельности объективные представления об окружающем мире [66]. Основополагающими идеями, включенными в данную концепцию, выступают:

1. «образы окрестного мира у представителей разнотипных профессий существенно отличаются;
2. социум квантуется на различные объекты по-разному в описаниях профессий разных типов;
3. существуют специфические различия в картине предметной отнесенности гнозиса разнотипных профессионалов;
4. разные профессионалы живут в разных субъективных мирах» [66].

Структура образа мира профессионала при этом включает:

1. *«дальний план:* то, что известно, стабильно, но имеет мало значения для человека;
2. *общий план:* то, что известно “в общем”, не дифференцированно;
3. *средний план:* выделяемая как “моя”, “интересующая меня” часть общего плана;
4. *первый план:* специфические, значимые для профессиональной деятельности системные целостности;
5. *крупный план:* вся совокупность оперативных образов, возникающих у человека во время работы;

6. *план деталей*: актуализация в сознании известных специалисту деталей (тонкостей) предмета рассмотрения;

7. *оперативный план детализации*: аналитическая и синтетическая деятельность, порождение новых, в частности, более детальных представлений во время работы» [66].

Эта концепция непосредственно связана с другой важной структурой, предложенной Е. А. Климовым для исследования проблемы профессионализации – профессионального самосознания. Данный конструкт не является жёсткой, кристаллизованной системой. Это скорее гибкий, динамичный процесс, включающий рефлексивный компонент. Он обладает следующими характеристиками: «...осознание своей принадлежности к определенной профессиональной общности; понимание степени своего соответствия профессиональным эталонам; знание человека о степени его признания в профессиональной группе; знание о своих сильных и слабых сторонах, путях самосовершенствования, вероятных зонах успехов и неудач; знание своих индивидуальных успешных способов действия и стиля в работе; представлением о себе и своей работе в будущем» [67].

Профессиональная Я-концепция формируется стихийно в процессе практической деятельности. Современные исследователи в своих работах обращают внимание на необходимость обосновать стратегии целенаправленного его формирования как гаранта успешной профессионализации и достижения ступени мастерства в процессе развития индивида в качестве субъекта трудовой деятельности [5; 101; 126]. Одним из основных компонентов данной психологической системы является образ «Я-профессионал», т.е. совокупность представлений личности о себе как субъекте труда. Он складывается из трёх взаимосвязанных элементов – когнитивного (знания об индивидуально-психологических особенностях), эмоционального (конкретное оценочное отношение к самому себе) и регуляторного (возможности регуляции собственного поведения) [5]. В качестве критериев

сформированности образа «Я-профессионал» выступают: полнота, дифференцированность и реалистичность знаний о себе как профессионале (когнитивный уровень); конструктивность сложившейся самооценки (эмоциональный уровень); способность к самостоятельному контролю своей деятельности (регуляторный уровень) [126].

D. Friedman и N. Kaslow в своей статье обращаются к проблеме развития профессиональной идентичности как одному из важных аспектов профессионализации. Профессиональная идентичность рассматривается в качестве логически обусловленного продукта формирования Я-концепции. Личность профессионала в процессе практической деятельности трансформируется и приобретает новые качества. Исследуя данную проблему, они выделили такие стадии развития профессиональной Я-концепции, как «возбуждение и тревога от предвкушения, зависимость и идентификация, активность и продолжающаяся зависимость, насыщение и вступление в самостоятельность, идентичность и независимость, спокойствие и коллегиальность» [156]. Присутствует тесная связь вышеперечисленных стадий друг с другом. Это обуславливает возможность как «зависания» на одной из стадий, так и регрессии. При этом интеракции подопечного и его супервизора выступают основой для формирования Я-концепции профессионала. В отдельных случаях профессиональное развитие не позволяет достичь гармоничного, целостного результата. Значительная продолжительность этого процесса, зачастую охватывающего весь период жизни человека, обуславливает отсутствие четко выраженных границ вышеперечисленных стадий [156].

D. Shleef в своих исследованиях выделяет следующие структурные компоненты профессионального самосознания: эмоциональные переживания, нормы этики и преобразование навыков, относящихся к когнитивной сфере. Выбранная профессия определяет особенности трансформации образа мышления. Став членом профессионального сообщества, человек не только овладевает определенным репертуаром навыков и техник, но и сталкивается с

необходимостью реализации творческого подхода к организации собственной трудовой активности и способам решения поставленных перед ним задач. Осуществление профессиональной деятельности предполагает саморегуляцию эмоциональных реакций и объективность эвристических процессов, в том числе через профессиональные этические нормы. Длительная активность субъекта в рамках выбранной специализации сопровождается формированием собственных представлений о принципах ее регламентации [187].

В своих исследованиях Т. А. Егоренко и Е. Ю. Пряжникова постулируют, что наличие целостной Я-концепции положительно сказывается на мотивационной включенности в образовательный процесс. Исследователи дают такую дефиницию: «...устойчивое согласование индивидуальных признаков, условий и содержания профессии, обеспечивающее достижение на конкретном этапе определенного (и осознаваемого) уровня профессионализма, возможность дальнейшего профессионального роста, а также переноса сформированных навыков в измененные условия деятельности» [115]. Данный подход предполагает «...наличие у человека внутреннего контроля, свободы воли и последовательности принимаемых решений, гармонии ценностей, убеждений и взглядов» [115].

Дж. Холланд приводит следующую дефиницию, характеризующую целостную профессиональную Я-концепцию: «четкое и стабильное представление личности о своих интересах, личностных свойствах и талантах, что в дальнейшем обеспечивает успешное профессиональное самоопределение» [115].

Р. J. Hartung, Е. Porfeli и F. Vondrasek выдвинули предположение о том, что процесс профессионального становления личности начинается с момента рождения. С этой целью была проанализирована научная литература в области возрастной психологии и психологии развития. Исследователи пришли к выводу, что первичные сведения о профессии приобретаются еще в раннем возрасте. Совокупность субъективных и объективных факторов, а также

социокультурные и гендерные особенности оказывают определенное воздействие на процесс профессионального развития. Авторы отмечают важность игровых форм деятельности для усвоения будущих социальных ролей и моделей трудовой активности. С их точки зрения, именно в детском возрасте закладывается фундамент профессионального самоопределения и формируются предпосылки к выбору сферы профессиональных интересов [115].

Б. К. Браянт, А. М. Звонковик и П. Рейнохолдс говорят о «начальном профессиональном развитии» и обращают особое внимание на роль социальной среды в этом процессе [115].

Профессиональное становление личности связано с такими значимыми процессами, как формирование Я-концепции профессионала, обретение сопутствующих коммуникативных навыков, профессионально ориентированного мышления, принятие норм этики профессионального сообщества и профессиональных приемов, адаптация индивида в социуме как субъекта профессиональной активности.

Ряд зарубежных исследователей выдвинул определение профессионализации как: «...динамический процесс, в ходе которого индивид вырабатывает целостное ощущение профессиональной идентичности через интеграцию всеобъемлющих знаний, умений и способов поведения... с собственными ценностями и интересами» [154, с. 368].

С другой стороны, существует также представление о профессионализации как об «...эволюционном процессе овладения, расширения, совершенствования и поддержания знаний, профессиональной пригодности, навыков и квалификации в целях функционирования в качестве компетентного специалиста, в итоге выражающийся в профессионализме» [там же, с. 368].

Специализированные коммуникативные навыки, наряду с профессионально ориентированным мышлением, детерминируют процесс профессионализации. При этом под «критическим мышлением» исследователи

подразумевают наличие у индивида репертуара стратегий и навыков, способствующих достижению наиболее благоприятного из возможных исходов [154]. «Профессиональное мышление», в свою очередь, базируется на комбинации таких факторов, как наличие ключевых компетенций теоретической и практической направленности, способность критически и логически анализировать данные, готовность рассматривать научные коллизии, комбинируя идеи нескольких подходов, а также информационная грамотность.

Elman, Illfelder-Kaye и Robiner отмечают следующие ключевые аспекты, составляющие основу коммуникативных взаимодействий: сформированность индивидуального подхода к решению профессиональных задач, принятие профессиональных стандартов и основополагающих концепций, детерминирующих особенности взаимодействия с клиентом.

Вопрос поликультуральности рассматривается исследователями отдельно. Отнесение себя к определенной культуре и принятие соответствующих культурных особенностей в контексте их влияния на социальные контакты детерминируют и процесс профессионализации [154].

Зарубежные эмпирические исследования в области организационной психологии, посвященные определению роли внутренних ресурсов профессионалов как фактора успешной, психологически благополучной и продуктивной трудовой деятельности, в последнее время набирают популярность [168; 180; 194]. Большинство исследователей рассматривает данные конструкты в русле так называемой модели должностных обязанностей и трудовых ресурсов. Базовое положение этой теоретической модели состоит в том, что всю совокупность характеристик трудовой ситуации можно объединить в две крупные категории – собственно должностные обязанности и трудовые ресурсы. Выполнение должностных обязанностей предполагает определённые физические или психические усилия, и, как следствие, связано с определёнными физиологическими и психологическими затратами. Трудовые ресурсы облегчают процесс достижения целей трудовой деятельности,

снижают «цену» выполнения должностных обязанностей и даже способствуют личностному росту и развитию [145].

Должностные обязанности и трудовые ресурсы запускают два относительно независимых друг от друга психологических процесса, обуславливающих психологическое благополучие субъекта труда. Первый – нарушение состояния здоровья и второй – мотивационный. Должностные обязанности черпают ресурсы человека. Неадекватно высокие требования, предъявляемые к сотруднику организации в конкретной трудовой ситуации, в итоге могут привести к быстрому истощению физиологических и психических ресурсов и резкому снижению трудовой активности [179]. В рамках этой концептуальной схемы утомление рассматривается как наиболее типичное следствие процесса нарушения состояния здоровья. Наличие необходимых трудовых ресурсов, напротив, повышает приверженность организации и вовлечённость в трудовой процесс, способствуя достижению поставленных целей либо удовлетворению базовых потребностей сотрудника [179]. Эта вовлечённость и является результатом мотивационного процесса [183]. Вовлечённость в трудовой процесс определяется как позитивное, приносящее удовлетворение психологическое состояние, характеризующееся энергичностью, самоотдачей и погружённостью в деятельность [185].

Описанные психологические структуры непосредственно связаны с двумя основными формами активности, осуществляемыми сотрудниками в рамках организации – внутриролевой и экстраролевой. Внутриролевая активность определяется как совокупность целей и моделей поведения, предписываемая конкретной профессией и непосредственно служащая целям организации [175]. Экстраролевая активность рассматривается как альтруистичное поведение сотрудника, которое он демонстрирует произвольно, вне каких-либо официальных предписаний. Она обычно проявляется в стремлении сотрудника послужить на благо своей организации или помочь своим коллегам [174]. В этом контексте Mastenbroek предлагает рассматривать должностные

обязанности как своеобразные «энергозатраты», т.к. любая форма целенаправленной активности требует мобилизации когнитивных, физических и энергетических ресурсов. Следовательно, завышенные требования, предъявляемые к сотруднику организации, вынуждают его задействовать и «энергетический резерв», что может привести к состоянию острого утомления и оказать негативное воздействие на здоровье и психологическое благополучие сотрудника. Без возможностей восполнения потраченных ресурсов сотрудник окажется не в состоянии эффективно реализовывать свою внутриролевою активность [168].

Экстраролевою активность автор связывает с трудовыми ресурсами, такими как автономия, социальная поддержка, обратная связь о результатах своей деятельности, возможность совершенствования имеющихся профессиональных навыков и приобретения новых, перспективы профессионального развития. Было установлено, что перечисленные ресурсы положительно влияют на вовлечённость в трудовую деятельность [183].

Трудовые ресурсы выступают орудиями достижения целей труда, способствуют личностному росту и удовлетворению базовых потребностей (к примеру, потребности в автономии), и таким образом мотивируют сотрудника с полной отдачей отнестись к выполнению своих трудовых обязанностей, повышают его лояльность организации. Если организация не обеспечивает сотрудника этими ресурсами, он может отказаться от выполнения своих непосредственных обязанностей, а его мотивационная включённость и приверженность организации значительно снижаются [127; 145; 146; 159].

Финская исследовательница Piia Seppälä в своей статье обращается к другим классическим концепциям психологического благополучия субъектов труда, а именно – модели динамического равновесия, модели стабильности и изменений и теории сохранения ресурсов [180]. Первая концепция была разработана Heady&Wearing. Согласно этой модели, у каждого человека существует свой уровень стабильного равновесия (т.е. свойство-уровень)

субъективного или связанного с трудовой ситуацией психологического благополучия, а также образ жизненных событий (или характеристик профессии). Обе этих структуры опираются на стабильные личностные характеристики и неизменные условия среды (к примеру, стабильные экономические и социальные условия). В контексте этой модели выдвигается предположение, что любые изменения среды, такие как смена работы или повышение могут спровоцировать отклонение от уровней стабильного равновесия. Тем не менее, внутренние адаптивные процессы (такие как индивидуальные копинг-стратегии) стараются поддерживать оптимальный уровень равновесия. Таким образом, эффект изменений условий среды, как правило, носит временный характер. Чем устойчивее эти внутренние адаптивные процессы, тем меньше воздействие внешних обстоятельств [158].

Вторая концепция развивалась Ormel&Schaufeli и базируется на описанной выше модели динамического равновесия [176]. Авторы рассматривают вовлечённость в трудовую деятельность как латентный конструкт, который можно измерить на трёх временных отрезках по трём наблюдаемым переменным – энергичность, самоотдача и погружённость в деятельность. Далее выдвигается предположение, что фактический уровень вовлечённости на конкретном временном отрезке можно разделить на два несвязанных друг с другом латентных фактора: специфический стабильный фактор, отражающий неизменность и характерные свойства вовлечённости в трудовую деятельность с течением времени, и фактор случайных изменений, отражающий временные колебания в уровне вовлечённости в конкретный период времени. В своей совокупности эти два компонента объясняют все возможные варианты колебания фактического уровня вовлечённости. Модель стабильности и изменений также основывается на представлении о том, что факторы изменений подвержены влиянию аналогичных факторов, выявленных по результатам предыдущих измерений, и, следовательно, отражают процессы

динамического равновесия, и действие адаптивных механизмов с течением времени [176].

Третья классическая теория в зарубежной психологической традиции исследований вовлечённости, теория сохранения ресурсов, была предложена Stevan E. Hobfoll. Согласно данной теории, субъекты труда стараются защищать, поддерживать и культивировать те трудовые ресурсы, которые либо представляют для них ценность сами по себе, либо важны для достижения трудовых целей. Также выдвигается предположение о том, что обладание трудовыми ресурсами непосредственно связано с овладением другими трудовыми ресурсами в будущем, что, в свою очередь, ведёт к накоплению взаимонаправленных «циклов или спиралей приобретения» [159]. Следовательно, связь между трудовыми ресурсами и вовлечённостью в трудовую ситуацию может считаться положительной и взаимонаправленной, т.е. эти две структуры оказывают взаимное влияние друг на друга. Овладение трудовыми ресурсами способствует росту вовлечённости в трудовую деятельность, что в свою очередь ведёт к получению дополнительных трудовых ресурсов [180].

Голландская исследовательница Maria Tims в своей статье, описывающей результаты проведённого автором и её коллегами лонгитюдного исследования, связанного с проблемой вовлечённости в трудовую ситуацию [194], рассматривает оригинальную концепцию «создания профессии». Ещё в 1970-е гг. Hackman&Oldham говорили о том, что работодатели должны стремиться к выстраиванию трудовой среды с мотивирующим потенциалом [86]. Но и сами сотрудники также должны принимать активное участие в обеспечении собственного психологического благополучия на рабочем месте. Wrzesniewski&Dutton выдвинули утверждение, что сотрудники могут формировать границы своей трудовой деятельности и создавать такие условия труда, которые наилучшим образом соответствуют их индивидуальным предпочтениям, навыкам и компетенциям. Этот процесс проактивного

воздействия на собственную трудовую деятельность авторы назвали «созданием профессии». В своей статье авторы описывают три различных формы, в которых может проявляться этот процесс [198]. Во-первых, сотрудники могут варьировать диапазон профессиональных задач, увеличивая или сокращая объем задач, которые им необходимо решить, или изменить способы их решения. Во-вторых, сотрудники могут регулировать границы межличностного общения, изменяя количество и интенсивность взаимодействий с другими людьми в пределах трудовой ситуации и в нерабочее время. И, наконец, в-третьих, сотрудники могут переформулировать свои представления о работе, модифицируя значение их профессиональной деятельности через переосмысление того эффекта, что оказывает работа на них самих и на окружающих.

Каждая из рассмотренных концепций делает акцент на субъективных представлениях работающих людей о содержании и условиях труда. Возможность осознанной саморегуляции трудовой деятельности позволяет конкретизировать и углублять образ текущей ситуации, адаптировать стратегии поведения и повышать эффективность реализации поставленных задач.

Подготовка квалифицированных кадров предполагает не только развитие у будущих специалистов ключевых профессиональных умений и навыков, но и личностных качеств, необходимых для успешной профессионализации. Целенаправленное формирование профессионально важных качеств не представляется возможным без принятия профессии [51]. Ключевыми условиями принятия профессии являются возникновение направленности на её освоение и субъективная значимость требований, предъявляемых конкретной профессией, для человека. Принятие профессии определяется как положительное эмоциональное отношение непосредственно к профессии, а также профессиональному сообществу в лице его типичного представителя.

Таким образом, психологическая готовность к профессиональной деятельности – сложный процесс, разворачивающийся одновременно на

нескольких уровнях и предполагающий значительные трансформации в структуре личности субъекта труда.

1.5. Современные исследования проблемы отношения к профессии у студентов медицинских специальностей

Как уже говорилось выше, процесс целенаправленной профессионализации не представляется возможным без интериоризации содержания профессиональной деятельности и осознания важности соответствия имеющихся знаний, умений, навыков, личностных качеств предъявляемым к её субъекту требованиям.

Так как профессия врача относится к социономическому типу, принятие пациента как объекта профессиональной деятельности выступает ключевым компонентом её принятия. Также отношение будущего профессионала к профессии во многом обуславливается его собственными предпочтениями и непосредственными эмоциональными реакциями на специфические аспекты профессии, профессиональные ситуации и взаимодействие с уже сформировавшимися профессионалами. Эмоциональное принятие профессии способствует процессам идентификации обучающихся с профессиональным сообществом. Негативное эмоциональное отношение к будущей профессии затрудняет процесс становления ценностно-мотивационной сферы профессионала, что, в свою очередь, приводит к возникновению конфликта между ценностями личности и профессиональной группы [51].

Исследования, посвящённые особенностям профессионального самоопределения студентов медицинских специальностей, указывают на в целом положительную оценку профессии врача [42; 51, 104; 147]. Однако, как уже отмечалось выше, медицина как область профессионализации подразумевает не только формирование субъективного отношения к профессии врача в целом, но также к её объекту – пациенту, образу типичного

медицинского работника, медицинскому вузу и профессорско-преподавательскому составу, к системе здравоохранения и медицинской науке, в частности [104]. Ограниченное принятие будущей профессии значительно затрудняет процесс развития личности профессионала и приводит к дегуманизации деятельности медицинских работников. Такому важному психологическому аспекту деятельности врача, как взаимодействие с пациентом, не уделяется достаточного внимания в процессе подготовки медицинских кадров. Отсутствие навыков психологического сопровождения больных не только оказывает негативное влияние на их психологическое состояние, но также может выступать одним из факторов развития профессиональных деформаций и синдрома выгорания.

В исследовании Д. С. Люкшиной предлагается следующая модель отношения к профессии. Отношение к профессии складывается из трёх компонентов: когнитивного, мотивационного и эмоционального [90]. Когнитивный компонент включает в себя совокупность устойчивых представлений о профессии, особенностях профессиональной деятельности, рисках, сопряжённых с её реализацией, методах сохранения и поддержания профессионального здоровья. Мотивы и личностные ценности, побуждающие студентов к выбору конкретной специальности, составляют мотивационный компонент отношения к будущей профессии. Эмоциональный компонент охватывает весь спектр эмоциональных переживаний, сопряжённых с профессиональной деятельностью. Важным условием формирования положительного отношения к профессии является профессиональная рефлексия, определяемая как «...умение грамотно анализировать себя и свою деятельность для самосовершенствования и саморазвития» [90, с. 96]. Осознанный выбор пути профессионализации обуславливается личной мотивацией студента. В ряде исследований показано, что при выборе медицинской специальности доминируют внутренние социальные мотивы: желание помогать другим людям, приносить пользу обществу, решать

проблемы, стоящие перед медицинской наукой и др. [14; 68; 130].

Период обучения в вузе во многом определяет отношение к будущей профессии. Именно на данном этапе у будущих специалистов формируются представления о труде врача. Стоит отметить, что образ профессии является динамическим новообразованием. В исследовании, посвящённом выявлению специфики профессионального самоопределения студентов-медиков на разных этапах обучения [104], было установлено, что у студентов младших курсов представления о труде врача идеализированы. Они чаще обращают внимание на значимость морально-нравственных ценностей для врача; «хороший врач», с точки зрения первокурсников, фигура самоотверженная и альтруистическая. В то же время студенты старших курсов воспринимают профессию врача более объёмно и реалистично. Выпускники отмечают важность коммуникативных навыков взаимодействия с пациентом, осознают влияние личностных особенностей и потребностей на осуществление профессиональной деятельности и считают критичную оценку врачом собственной компетентности ценным свойством [104].

Аналогичная тенденция прослеживается в исследовании динамики представлений о роли врача у студентов медицинских специальностей, обучающихся на младших курсах [123]. Уже в течение первого года обучения шаблонный образ «безупречного врача» претерпевает кардинальные изменения. Если на этапе поступления в медицинский вуз врач, в первую очередь, добрый человек, способный проявить сострадание, милосердие и терпимость, то для студентов второго курса более характерны представления о враче как профессионале – хладнокровном, обладающем всеми необходимыми компетенциями, умеющем эмоционально «абстрагироваться» в профессиональной ситуации, ответственном и принимающем быстрые решения в моменты кризиса. Идеальный врач – фигура авторитетная и даже авторитарная, с выраженной направленностью на непрерывное профессиональное совершенствование и творческий подход к

профессиональной деятельности.

В эмпирическом исследовании отношения студентов-медиков к будущей профессиональной деятельности [90] было установлено, что при положительной оценке выбранной специализации, целостном и реалистичном представлении о труде врача, эмоциональной адаптации не происходит. Студенты-медики подвергают сомнению собственную компетентность и испытывают страх перед возможными профессиональными неудачами. Выявленные «проблемные точки» свидетельствуют о недостаточно эффективном психологическом сопровождении образовательного процесса, необходимости развития института кураторства с целью минимизации психической напряжённости студентов медицинских специальностей, повышения их уверенности в полученных знаниях, умениях и навыках, и возможности их успешного применения в учебно-профессиональной деятельности.

Субъективные представления о будущей профессии и позитивное отношение к учебно-профессиональной деятельности являются не менее значимыми компонентами успешной профессионализации студентов-медиков, чем качество их подготовки в медицинских вузах и успешное освоение профессионально значимых знаний, умений и навыков. Целенаправленное формирование у студентов медицинских специальностей целостного, адекватного объективным условиям деятельности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации способствует успешной адаптации к факторам повышенной психической напряжённости в учебной и трудовой деятельности, повышению уровня мотивационной включённости, и создаёт благоприятный эмоциональный фон как в профессиональной, так личной сфере жизнедеятельности будущего профессионала и уже работающего специалиста.

Очевидно, что формирование такого субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации у обучающихся возможно только в условиях системного, основанного на продуманных, актуальных современной ситуации

требованиях, подхода к обучению. Целенаправленная разработка образовательных стандартов, включающих в себя такие требования, и создание условий, позволяющих их реализовать, делают возможным развитие компетентного профессионала, обладающего необходимыми ресурсами для успешной реализации деятельности.

1.6. Актуальные требования, предъявляемые к подготовке специалистов, осуществляющих профессиональную медицинскую деятельность

Существующие федеральные государственные образовательные стандарты непосредственно отражают требования, предъявляемые современным обществом к качеству подготовки студентов медицинских специальностей. Основной задачей профильных образовательных учреждений выступает создание условий, способствующих формированию у обучающихся совокупности общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций в процессе обучения.

Согласно официальным документам, квалифицированный специалист, осуществляющий профессиональную медицинскую деятельность, должен обладать следующими общепрофессиональными компетенциями [1]:

1. способностью реализовывать нормы морали и права, принципы этики и деонтологии в профессиональной деятельности;
2. способностью проводить и осуществлять контроль эффективности профилактических мероприятий, мер, направленных на формирование здорового образа жизни, а также просвещение населения о принципах санитарии и гигиены;
3. способностью оказывать противодействие и препятствовать применению допинга в спорте;

4. способностью применять предусмотренный протоколами оказания медицинской помощи инструментарий, а также проводить обследование пациента для установления диагноза;

5. способностью оценивать морфофункциональные, физиологические и патологические процессы в человеческом организме в рамках решения профессиональных задач;

6. способностью обеспечивать должный уход за пациентами, доступность первичной медицинской помощи и возможность принятия профессиональных решений до госпитализации или в экстремальных условиях, когда она недоступна (эпидемии, очаги массового поражения);

7. способностью назначить лечение и контролировать эффективность и безопасность выбранной тактики;

8. способностью реализовывать и контролировать эффективную медицинскую реабилитацию пациента в рамках индивидуальных программ и эффективности медицинской реабилитации пациента, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и адаптации людей с ограниченными возможностями к жизни в обществе, оценивать степень дееспособности пациента;

9. способностью к реализации принципов управления качеством в профессиональной деятельности;

10. способностью усваивать принципы функционирования современных информационных технологий и применять их для решения профессиональных задач;

11. способностью оформлять и реализовывать научную, научно-производственную, проектную, организационно-управленческую и нормативную документацию в системе здравоохранения.

Как следует из вышеобозначенного перечня компетенций, навыки, непосредственно сопряженные с деятельностью будущего медицинского работника, состоят в тесной взаимосвязи с теми видами профессиональной

деятельности, на которые ориентирована конкретная программа специалитета, и предполагают решение не только медицинских, но также задач научно-исследовательского и организационно-управленческого характера.

В рамках данного исследования особое внимание хотелось бы обратить на универсальные компетенции, так как они носят устойчивый характер и являются необходимой базой для приобретения новых умений и навыков, способствуя успешной профессионализации [78, 100]. Так, выпускник медицинского вуза, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими универсальными компетенциями [1]:

1. способностью осуществлять критический анализ проблемных ситуаций, опираясь на принципы системного мышления, определять стратегию действий в зависимости от конкретных условий деятельности;
2. способностью управлять проектами на всех ключевых этапах;
3. способностью организовывать и координировать работу в коллективах и определять общую стратегию для достижения поставленных целей;
4. способностью применять современные коммуникативные технологии, включая иноязычные источники, для взаимодействия в академической и профессиональной среде;
5. способностью анализировать и принимать во внимание многообразие культурных проявлений в рамках межкультурной коммуникации;
6. способностью определять и реализовывать приоритетные задачи в рамках собственной профессиональной деятельности, изыскивать способы повышения профессиональной квалификации посредством непрерывного образования;
7. способностью поддерживать оптимальный уровень физической подготовки для полноценной реализации социальной и профессиональной деятельности;

8. способностью обеспечивать и поддерживать безопасные условия жизнедеятельности как в повседневной, так и профессиональной жизни, направленные на сохранение природной среды, способствовать устойчивому развитию общества, в частности при угрозе возникновения экстренных ситуаций и военных конфликтов;

9. способностью применять базовые знания из области дефектологии в социальной и профессиональной средах;

10. способностью принимать рациональные экономические решения в различных ситуациях;

11. способностью формировать нетерпимость к коррупции.

Пункты 3-5 из перечня универсальных компетенций представляет отдельный интерес, так как социальные взаимодействия являются неотъемлемым компонентом профессиональной врачебной деятельности. Современные исследования показывают, что учебный процесс в медицинских вузах, как правило, сводится к оценке результатов учебной деятельности студентов, при этом психолого-педагогический аспект образования занимает второстепенное положение по отношению к профессиональным проблемам [51, 78, 90, 104, 123]. Дисциплины, знакомящие студентов с отраслями психологической науки и практики, в учебных планах являются элективными, преимущества обязательного освоения этих курсов не раскрываются должным образом. Включение в базовую программу курсов конфликтологии, социальной психологии, тренингов по развитию навыков тайм-менеджмента и эмпатии позволило бы будущим профессионалам успешнее справляться с негативными последствиями, вызванными повышенной напряженностью учебно-профессиональной деятельности, овладеть основами её осознанной регуляции, впоследствии облегчая взаимодействие как с коллегами, так и с пациентами.

Тем не менее, как сказано выше, полноценная профессионализация возможна только в условиях планомерного, целенаправленного обучения и воспитания личности будущего квалифицированного специалиста,

осуществляющего профессиональную медицинскую деятельность. Однако именно такое многообразие и разноплановость требований, предъявляемых к уровню подготовки будущих специалистов, неумение эффективно использовать собственные ресурсы, недостаточное взаимодействие с педагогами, отсутствие психологической и социальной поддержки, наряду с другими факторами учебной деятельности в медицинском вузе, может способствовать развитию стресса и его негативных последствий у студентов в процессе обучения на разных уровнях образования и дальнейшего овладения медицинской профессией.

Выводы по Главе I

Анализ работ современных отечественных и зарубежных исследователей показывает, что профессиональное становление будущих врачей на разных уровнях образования – сложный феномен, включающий множество аспектов. Процесс профессионализации предполагает кардинальные трансформации структуры личности, а также индивидуальных представлений будущего профессионала.

Данный процесс сопровождается существенной трансформацией как структуры личности, так и особенностей субъективного семантического поля. Как сложная и многоаспектная проблема, процесс профессионализации предполагает междисциплинарный подход к своему изучению.

Учебно-профессиональная деятельность студентов медицинских специальностей предполагает раннее погружение в профессиональную среду, сочетая в себе элементы как образовательные, так и квазипрофессиональные, уже в первые годы обучения. Необходимость совмещать процесс накопления и усвоения профильных знаний, умений и навыков с их практической отработкой приводит к возникновению и развитию состояний повышенной напряженности у данного контингента обучающихся.

Специфика профессиональной деятельности индивида в современных условиях выдвигает на первый план проблему рационального использования личностных ресурсов. Успешность ее решения в значительной степени детерминирует степень продуктивности трудовой активности и требует поэтапного, целенаправленного формирования целостного представления о будущей профессии на всех уровнях образования. Аналитический обзор научной литературы по проблематике профессионального развития, а также интегральная модель стресса, разработанная в рамках данного исследования и подробно рассмотренная в разделе 2.3, составляют теоретическую базу настоящего исследования.

ГЛАВА II. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ СТРЕССА В УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

2.1. Современные подходы к изучению стресса в профессиональной деятельности

В современной психологической науке по-прежнему не существует единой концепции, а соответственно и единого представления о том, что такое стресс. Описанная неопределенность проявляется также в многозначности трактовки данного явления в научно-исследовательской литературе. Стресс рассматривают и как «...сильную неблагоприятную для организма физиологическую или психологическую реакцию на действие стрессора», и как «физиологические, психологические, социально-психологические, рабочие и другие реакции, возникающие при всяких ответах организма на экстремальные требования внешней среды» [65, с. 15], «комплекс адаптационных реакций организма, но только тех, которые сходны и одинаково возникают при различных адаптационных состояниях» [там же, с. 15]. И это лишь некоторые из наиболее общеупотребительных трактовок стресса.

Неоспоримым является тот факт, что длительное воздействие неблагоприятных факторов среды на человека приводит к определенным физиологическим и психологическим изменениям. При попытке адаптации к меняющимся условиям деятельности мобилизуются не только биологические, но и когнитивные, а также эмоциональные ресурсы [там же, с. 16]. Этим обусловлено разграничение отдельных форм «приспособительной» деятельности, или «субсиндромов стресса» в зависимости от специфики стресс-факторов на «эмоционально-поведенческий», «вегетативный», «когнитивный» и «социально-психологический» в ряде посвященных стрессу исследований [65].

Не меньшие затруднения возникают у исследователей при характеристике стрессообразующих факторов, выделении наиболее значимых критериев, позволяющих классифицировать определенное воздействие как стрессовое. Мы ограничимся упоминанием одной из классификаций факторов, определяющих степень интенсивности стрессового воздействия:

1. субъективное оценивание степени опасности, которую представляет стресс-фактор в отношении целостности субъекта во всех аспектах данного конструкта;
2. индивидуальный уровень значимости стрессора для субъекта воздействия;
3. уровень готовности индивида к воздействию стресс-фактора;
4. степень интенсивности воздействия с точки зрения субъективного восприятия;
5. протяженность во времени воздействия стрессора при условии сохранения его субъективной значимости для индивида;
6. размытость временных рамок воздействия стрессора;
7. возможность контролировать воздействие стрессора [65].

Российские и западные исследователи активно занимаются проблемой градации стресса по степени интенсивности и длительности неблагоприятных воздействий. Прослеживается динамика проявлений стрессовых состояний при усугублении влияния стрессоров. В нашей работе мы рассмотрим концепцию «кризисных рангов стресса» Л. А. Китаева-Смыка. Под «стрессовым кризисом первого ранга» автор понимает «...мобилизацию «первичных», «готовых» ресурсов организма, имеющих биологическую основу и связанных в первую очередь с эмоционально-поведенческой сферой» [65, с. 20–21]. «Стрессовый кризис второго ранга» наступает, когда неблагоприятное воздействие усиливается, и первичные активные эмоциональные и поведенческие реакции, направленные на устранение стрессора, оказываются непродуктивными. На данной стадии происходит «соматизация стресса», т.е. попытки пассивного

избегания проблемной ситуации, которую на текущем этапе не представляется возможным купировать, проявляются в разнообразных вегетативных реакциях, в т.ч. в повышенной утомляемости организма [65, с. 21].

Дальнейшая динамика стрессовых состояний уже связывается автором с болезнями, как соматическими, так и психическими. При этом подчёркивается, что расстройства такого рода формируются у людей, которые до начала стресса были практически здоровыми [там же, с. 22]. Автор характеризует т.н. «стрессовый кризис третьего ранга» как процесс «...мобилизации возникшей в ходе биологической эволюции способности болеть и выздоравливать» [там же, с. 22]. На данной стадии единственным способом выйти из стрессовой ситуации выступает её буквальное «уничтожение». Автор формулирует три возможных способа ликвидации стрессовой ситуации – «...уничтожить внешнюю, пространственную, социальную субстанцию стресса»; «разрушить свою индивидуально-психологическую (или психолого-социальную) субстанцию, воспроизводящую нежелательный для нее самой стресс»; «уничтожить биологическую субстанцию, в которой раскручивался стресс» [там же, с. 22].

Здесь стоит упомянуть феномен т.н. «стрессового самоуничтожения», когда нарушения функционирования человека на физиологическом или психологическом уровне становятся своеобразным «защитным механизмом», деструктивной копинг-стратегией, что может привести и к летальному исходу [там же, с. 22]. Стрессовый кризис последнего, четвёртого ранга Л. А. Китаев-Смык связывает с состоянием людей, находящихся на пороге смерти. Категоризацию смерти как стрессовой ситуации автор объясняет следующими причинами: «...окончание «времени жизни», истощение её «стратегических ресурсов»; «...истощение «оперативных ресурсов жизни...из-за ранений, отравлений, неизлечимых заболеваний, физических воздействий» [там же, с. 23].

Помимо исследований стресса как некоего общего состояния нервно-психического напряжения, разрабатываются концепции и модели

профессионального стресса как более специфического вида проблемной ситуации [64]. Доказано, что стрессовые состояния в трудовой деятельности обладают своей качественной спецификой как в проявлениях, так и в механизмах регуляции [10]. Следует также отметить, что в научной литературе, посвященной обсуждению проблемы профессионального стресса, центральным понятием является «контроль», под которым понимается оценка и контроль способов и результатов трудовой деятельности [10].

Далее мы считаем необходимым рассмотреть несколько моделей профессионального стресса. Одной из ранних и наиболее известных моделей профессионального стресса является т.н. Мичиганская модель. Она была создана в Институте Социальных Исследований Мичиганского университета на основе теоретического положения о том, что стресс вызывается социальным окружением. В ней отражены особенности восприятия профессионалом той системы отношений, в которой он состоит, её факторов и реакций, которые могут оказывать определенное влияние на его физическое и психологическое благополучие [10, с. 15].

Экологический подход к изучению стресса определяет данный феномен как результат взаимодействия человека с внешней средой, т.е. как совокупность реакций на определенные требования, инструкции, правила и т.д. В рамках данного подхода создаются т.н. модели соответствия, описывающие систему «человек-среда». Центральным при разработке таких моделей является понятие баланса или дисбаланса между внутренними ресурсами и возможностями человека и факторами внешней среды, которые обуславливают повышенную стрессогенность деятельности [13].

В рамках экологического подхода первостепенное значение придается исследованию предпосылок формирования стрессовых состояний, тех изменений в продуктивности деятельности, которые происходят под их воздействием, а также физиологическое и психологическое благополучие субъектов трудовой деятельности.

G. R. Hoskey, один из главных представителей когнитивного подхода в исследованиях профессионального стресса, предлагает следующую модель. Он считает, что несоответствие между требованиями, предъявляемыми профессионалу в его деятельности, и его интеллектуальными ресурсами стимулирует активность т.н. «управляющих контуров», функционирующих с целью редукции возникшего расхождения.

1. Первый контур включает попытки активного приспособления к стрессовой ситуации, т.к. предполагает мобилизацию имеющихся у человека когнитивных резервов (более напряженная работа либо приобретение новых навыков);

2. второй контур реализует переоценку требований и целей текущей деятельности;

3. третий – планирование и организацию труда по наиболее оптимальным сценариям.

При этом объём затрат как физиологических, так и психологических ресурсов при активизации того или иного «управляющего контура» значительно варьируется. К примеру, активизация первого контура ведёт к сохранению продуктивности трудовой деятельности путём мобилизации физиологических ресурсов, второго контура – к стабилизации психического состояния профессионала за счёт снижения продуктивности трудовой деятельности. При активации третьего контура как физиологического, так и психологического истощения можно избежать [10; 70]. Данная концепция может выступать теоретическим обоснованием эмпирических моделей, отражающих специфику проявлений стрессовых состояний в учебно-профессиональной деятельности.

Трансактный подход к профессиональному стрессу сформировался под влиянием работ Ричарда Лазаруса, предложившего новую концепцию изучения данной проблемы [10; 164]. Центральное место в его теории занимают субъективная оценка ситуации и имеющихся у человека ресурсов для успешного преодоления стресса. Он рассматривает совладание со стрессовой

ситуацией как динамический процесс, в ходе которого индивид прибегает к определённым способам или стратегиям поведения с целью преодолеть возникшие затруднения [164]. В предложенной автором модели психологическая адаптация к внешним условиям обеспечивается активным взаимодействием индивида со средой. Копинг-стратегии, или стратегии совладания, являются результатом данного взаимодействия как проявления индивидуально-психологических особенностей человека в стрессовой ситуации на нескольких уровнях: когнитивном, эмоциональном и поведенческом [74; 143; 190; 191].

В работах В. Шёнпфлуга профессиональный стресс предлагается рассматривать как проблемную ситуацию (см. рис. 1). Такая «проблемная ситуация» состоит из двух основных компонентов: ориентация и контроль, которые, в свою очередь, распадаются на определенные составляющие.

1. Ориентационный компонент включает идентификацию проблемы (сканирование её характеристик, определение проблемы, субъективные оценки, целеполагание) и процесс разработки стратегий решения возникшей проблемы;

2. в компоненте контроля выделяется осуществление деятельности, направленной на решение проблемы и приобретение новых навыков адаптации. Соответственно, стрессовые состояния возникают при неверном определении проблемной ситуации и нарушениях её контроля [10; 83].



Рис. 1. Модель стресса Р. Лазаруса (модификация Шёнпфлуга) [185]

Проанализировав основные подходы к исследованию стрессовых состояний и факторов субъективной природы, влияющих на их формирование, можно сделать вывод о многоплановости и комплексности данного явления. Главный недостаток вышеприведённых моделей профессионального стресса заключается в том, что исследователи при построении собственных концепций рассматривают только один конкретный аспект такого «многослойного» явления, как стресс. Однако непротиворечивое объединение всех существующих моделей профессионального стресса для создания «объёмной» картины данного явления возможно. Стоит отметить, что, несмотря на имеющиеся концептуальные и методологические различия, рассмотренные направления исследований стресса органично дополняют друг друга, охватывая различные аспекты данного явления [80; 82; 151]. Некоторые ученые, в частности А. Б. Леонова, акцентируют внимание на общеконтекстуальном подходе к описанию стресса исследователями экологического направления. Следовательно, речь идет в первую очередь о факторах объективной природы, последствия воздействия которых могут быть значительно пролонгированы во времени [165]. Трансактный подход рассматривает уровень субъективной значимости ситуации повышенной напряженности и наличие у индивида необходимых для совладания с ней ресурсов. В соответствии с этим анализируется процесс интериоризации внешних факторов и условий деятельности, результатом которого становится субъективный образ затруднений [71]. В свою очередь, регуляторный подход подразумевает исследование качественной специфики механизмов совладания со стрессом и собственно синдромов стресса. В рамках данного направления исследований отмечается значимость индивидуальных особенностей личности, опосредующих воздействие факторов объективной природы на субъективное восприятие ситуации повышенной напряженности.

Настоящее исследование опирается на структурно-интегративный подход к анализу психологического стресса. Интегральная схема, отражающая всю совокупность подходов к анализу феномена стресса, представлена на рис. 2.

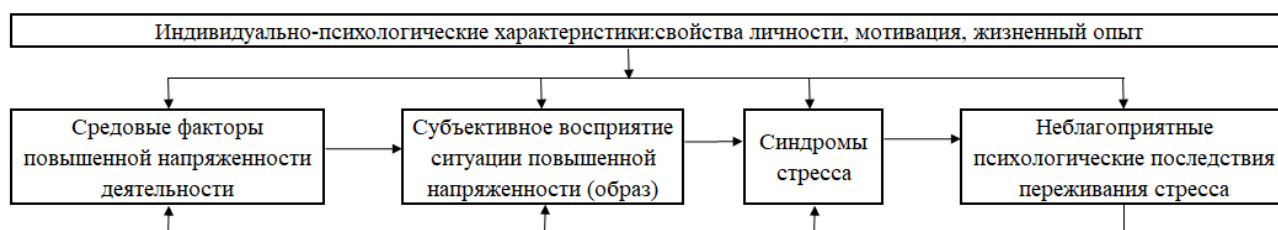


Рис. 2. Иерархическая модель стресса [85]

При этом стресс более не рассматривается как совокупность факторов, создающих трудности в профессиональной деятельности или в качестве конкретных острых либо хронических состояний индивида, как в первых психологических исследованиях прикладной направленности [70; 161]. Развитие состояний стресса обуславливает широкий спектр факторов. Особенно значимый вклад вносят детерминанты социального и психологического происхождения. Своеобразие симптоматики стресса и степень его выраженности у конкретного субъекта непосредственно связаны с имеющимся у него опытом, особенностями личностной и аффективной сферы и контекстом групповых и организационных отношений, в котором разворачивается профессиональная деятельность [8; 12; 18; 34; 36; 65; 70; 77; 81; 84; 87; 91; 96; 124; 163; 173 и др.].

Проведённый анализ отечественной и зарубежной литературы по обозначенной в данном разделе проблематике позволяет говорить о возможности создания теоретической модели развития стресса у студентов медицинских специальностей, где в системе факторов, определяющих его развитие и переживание, будет отдельно обозначена роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации. Концептуальные схемы, предложенные представителями когнитивного подхода В. Шёнпфлугом и

G. R. Hoskey [160; 188], могут быть предложены в качестве базы для разработки таких моделей.

Как уже упоминалось выше, исследования специфики профессионального стресса у медицинских работников посвящены преимущественно такому его симптоматическому проявлению, как «выгорание». Мы считаем необходимым рассмотреть этот феномен подробнее, как в общетеоретическом плане, так и применительно к профессиональной деятельности врачей.

Впервые данный термин был введён в психологическую науку американским психиатром Фрейденом в 1974 г. для «...описания феномена деморализации, разочарования и крайней усталости у работников психиатрических учреждений» [18, с. 34]. На современном этапе профессиональное выгорание определяется как «...процесс развития хронического профессионального стресса умеренной интенсивности, вызывающий деформацию личности профессионала» [105, с. 4].

Интересно, что в научной литературе феномен «профессионального выгорания» рассматривается в двух аспектах – как состояние и как процесс. Сторонники первого подхода представляют выгорание как «...некоторое состояние, включающее в себя ряд конкретных элементов» [35, с. 28]. Представители второго подхода считают профессиональное выгорание динамическим явлением, проходящим в своём развитии ряд конкретных стадий. Исследователи, стоящие на данной методологической позиции, видят предпосылки формирования синдрома выгорания в напряжении, возникающем из-за противоречия между субъективными представлениями личности и объективными условиями жизнедеятельности [35].

Классическая модель Кристины Маслах разрабатывалась в рамках первого подхода. Автор рассматривает три фактора, которые в своём совокупном выражении указывают на сформированность синдрома «профессионального/эмоционального выгорания» – эмоциональное истощение,

деперсонализация и редукция личностных достижений [18, с. 35]. Рассмотрим подробнее каждый из аспектов данной модели:

1. Эмоциональное истощение проявляется в психическом истощении, чувстве усталости, эмоциональной опустошенности и даже депрессивной симптоматике;

2. фактор деперсонализации непосредственно связан с эмоциональным истощением, т.к. при обесценивании и «обезличивании» межличностных контактов в наибольшей степени страдает именно эмоциональный компонент – снижается эмпатия, затрудняется способность понимать чувства и переживания окружающих;

3. последний фактор – редукция личностных достижений – связан с субъективной оценкой значимости собственной деятельности и профессиональной компетентности. Данный феномен проявляется часто в резком снижении продуктивности профессиональной деятельности, отрицании или значительном ограничении круга профессиональных обязанностей [18; 105].

Среди концепций, созданных в рамках процессуального подхода, наиболее известной является модель М. Буриша, включающая 6 фаз развития синдрома выгорания [35, с. 149–151]:

1. предупреждающая фаза (связана со значительными энергетическими затратами, которые являются следствием «избыточного» энтузиазма к реализации профессиональной деятельности, что со временем приводит к истощению ресурсов личности);

2. снижение уровня собственного участия (дегуманизация межличностных отношений, снижение интереса к трудовой деятельности, избегание ответственности);

3. эмоциональные реакции (снижение самооценки, апатия, повышение конфликтности, отрицание неудач);

4. фаза деструктивного поведения (ригидность мышления, снижение продуктивности деятельности, избегание неформальных контактов);
5. психосоматические реакции (нарушения сна, головные боли, злоупотребление алкоголем и психоактивными веществами);
6. разочарование (отрицательная жизненная установка, чувство беспомощности, потеря жизненного смысла).

Несмотря на полярность двух обозначенных методологических позиций, намечается общая для большинства исследователей профессионального стресса тенденция к акцентированию роли эмоциональной сферы в развитии синдрома «выгорания». Некоторые авторы предполагают, что само происхождение такого явления, как профессиональное выгорание, обусловлено «...искаженным механизмом психологической защиты в форме неадекватного эмоционального реагирования в ответ на психотравмирующие воздействия в профессиональной деятельности» [105, с. 10].

Синдром выгорания, таким образом, может быть охарактеризован как форма личностной деформации, к возникновению и развитию которой приводят «...продолжительные и интенсивные межличностные взаимодействия, отличающиеся высокой эмоциональной насыщенностью или когнитивной сложностью» [35, с. 27]. Многие исследователи считают, что синдром выгорания является следствием профессионального стресса, в связи с чем данное явление рассматривается и изучается как модель ответных реакций на хронические стресс-факторы трудовой деятельности [там же, с. 28].

В последнее время внимание исследователей сконцентрировано на анализе основных факторов возникновения и развития синдрома выгорания. Выделяют две группы таких факторов – внешние, касающиеся специфики организации деятельности профессионала, и внутренние, связанные с индивидуально-личностными характеристиками профессионала [35, с. 54]. Остановимся подробнее на содержании вышеперечисленных групп факторов.

1. К внешним факторам исследователи, как правило, относят следующие аспекты профессиональной деятельности: «чрезмерную загруженность; отсутствие периодов отдыха; наличие жестких инструкций, которые ограничивают проявление инициативы; бюрократизм; низкое качество управления организацией в целом» [35].

2. Внутренние факторы выгорания включают следующие подгруппы: «личностные характеристики, особенности мотивационного отношения специалиста в сочетании с факторами межличностного общения с клиентами, социальные ожидания будущего специалиста и их конфликт при вступлении в реальные условия профессиональной деятельности» [18, с. 36–37].

Исследователи считают, что определенные личностные особенности могут обуславливать формирование синдрома выгорания. Как правило, к таким «стрессообразующим» чертам относят «гуманность, эмпатичность, идеалистичность, импульсивность, чрезмерный энтузиазм, беспокойство, неуверенность в себе» [28]. Второй фактор данной подгруппы охватывает такие актуальные психологические проблемы профессиональной деятельности, как отсутствие чётких критериев оценки успешности трудовой деятельности и положительной обратной связи от непосредственного окружения [28, с. 37]. Третий фактор затрагивает проблему несоответствия между субъективными ожиданиями и объективной ситуацией. Если на этапе адаптации к условиям профессиональной деятельности разочарование является «естественным» барьером, затрудняющим процесс «включения» в работу, то у состоявшихся специалистов негативное отношение к собственной профессии может стать причиной серьёзных внутренних конфликтов и главным фактором, способствующим развитию синдрома выгорания [28].

Не менее актуальным является вопрос о симптоматике профессионального выгорания. Основание для классификации проявлений синдрома ПВ приблизительно одинаково у большинства исследователей,

поэтому в нашей работе мы ограничимся одним примером по В. И. Евдокимову:

1. психофизиологические (общая астенизация, нарушения сна, мигрени, резкое снижение реактивности на изменения внешней среды и т.д.);
2. социально-психологические (пониженный эмоциональный тонус, резкие перепады настроения, тревожность, чувство страха перед неудачами, негативная установка на профессиональные перспективы и т.д.);
3. поведенческие (резкая смена режима дня, прокрастинация, дистанцированность от коллег и клиентов, снижение заинтересованности в содержании работы и её результатах, злоупотребление алкоголем и т.д.) [всё по 105, с. 11–12].

Данная классификация носит универсальный характер и отражает совокупность признаков, идентифицирующих наличие стрессовых состояний у представителей любых профессий. Как было показано выше, профессиональная деятельность медицинских работников имеет свою специфику и особенную иерархию стрессовых факторов. Своими специфическими особенностями характеризуется также учебно-профессиональная деятельность студентов медицинских специальностей. Следующий раздел данной работы будет посвящен подробному рассмотрению обозначенных аспектов.

На данном этапе уже существует ряд исследований, посвящённых решению обсуждаемых проблем [6; 32; 60; 76; 83; 113; 121; 125]. Осуществляется разработка практических рекомендаций, направленных на редукцию и профилактику стрессовых состояний у врачей разных специализаций с учётом особенностей их профессиональной деятельности и специфических доминирующих стрессоров, однако имеющегося в настоящее время материала по данной проблематике недостаточно для полноценного анализа специфики профессионального стресса как у медицинских работников, так и у студентов медицинских специальностей. В связи с этим в данной работе мы постараемся реализовать ряд задач, направленных на углубление

представлений о содержании и основных факторах профессионального стресса будущих специалистов-медиков на разных уровнях образования. Для решения поставленной задачи была разработана интегральная модель, охватывающая всю совокупность факторов повышенной напряженности в учебно-профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей, учитывающая роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в переживании и совладании со стрессовыми состояниями.

Анализ литературных источников по обсуждаемой в данной главе проблематике позволил выделить объективные факторы развития стресса в учебно-профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей, исходя из общей иерархической модели стресса. К объективным факторам, обуславливающим возникновение и развитие стрессовых состояний, могут быть отнесены:

1. сочетание учебной и трудовой деятельности;
2. нарушение биоритмов;
3. раннее включение в профессиональную деятельность, сопряженное с ростом субъективной ответственности;
4. жестко регламентированные межличностные взаимодействия в рамках учебно-профессиональной деятельности.

Перечисленные факторы оказывают постоянное воздействие на будущих специалистов в течение всего периода обучения. Внутренние факторы (субъективный образ затруднений) отличаются большим многообразием и носят индивидуальный характер. Тем не менее, хотелось бы обратить особое внимание на субъективное отношение к будущей профессии, которое начинает формироваться у студентов медицинских специальностей уже на ранних уровнях образования. Несовпадение первоначальных представлений о профессии и реальной трудовой деятельности зачастую становится мощным фрустрирующим фактором [29]. Молодые специалисты, приступая к работе, часто оказываются не подготовленными к неудачам, к задачам, выходящим за

рамки их компетенции, к отсутствию мотивации на взаимодействие у людей, с которыми им приходится работать (клиенты, пациенты, ученики), нехватке положительной обратной связи. Оптимальным решением обозначенной проблемы может выступить создание условий для успешного формирования у будущих специалистов реалистичного образа профессии в ходе обучения, с последующей индивидуальной реализацией в субъективном образе будущей и выполняемой профессиональной деятельности. Одним из перспективных способов решения данной проблемы может выступать разработка теоретической модели, которая описывает всю совокупность факторов, способствующих развитию стресса у студентов медицинских специальностей, а также роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в системе этих факторов.

2.2. Изучение стресса в деятельности медицинских работников и студентов медицинских специальностей

В настоящее время в отечественной психологической и медико-психологической литературе специфика профессиональной деятельности врачей изучена в меньшей степени, чем у других представителей профессий системы «человек-человек», хотя именно врачи, наряду с преподавателями средних и высших учебных заведений, составляют контингент «группы риска» по формированию и развитию стрессовых состояний. Как было сказано выше, разработка данной проблематики движется в основном в плоскости исследования синдрома эмоционального выгорания как компонента профессионального стресса [7; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 30; 31; 41; 43; 44; 45; 46; 48; 49; 50; 54; 60; 76; 83; 102; 105; 112; 117; 119; 121; 129; 135; 138; 157; 162; 166; 177; 178; 195; 199]. В современных работах, посвященных проблематике профессионального стресса, выделяются специфические для медицинских работников особенности его проявлений. Подчёркиваются значимые различия в

содержании профессиональной деятельности, а соответственно и симптоматике стрессовых состояний у врачей разных специализаций [7; 83; 121; 186; 193]. Несмотря на неоднозначность данных, полученных в пока немногочисленных исследованиях медицинских работников, и противоречивые интерпретации имеющегося в распоряжении исследователей массива данных, нам представляется возможным выделить некоторые общие характеристики профессиональной деятельности врача:

1. постоянное взаимодействие с большим количеством людей (с пациентами, их родственниками, коллегами, младшим и средним медицинским персоналом, руководством и т.д.);
2. жёсткая регламентация профессиональной деятельности и связанная с этим обстоятельством вынужденная работа со значительным массивом документации (отчёты, квитанции, истории болезни, рецепты и т.д.);
3. отсутствие адекватной обратной связи о результатах профессиональной деятельности;
4. повышенная личная и юридическая ответственность за собственные действия;
5. завышенные требования и частые претензии со стороны пациентов и руководства;
6. неблагоприятные условия труда и низкая материально-техническая оснащённость рабочих мест.

В данном аспекте на первый план выступает необходимость оптимизации психологического климата в лечебных учреждениях, разработка практических рекомендаций по профилактике и продуктивному преодолению стрессовых состояний. На данный момент уже опубликован ряд работ, где на основе проведенного эмпирического исследования предложены конкретные рекомендации с учётом специфики профессиональной деятельности врачей определенных специализаций, направленные на профилактику и совладание с факторами повышенной напряженности [6; 60; 75; 76; 121].

Профессиональная деятельность врача формируется и развёртывается в определенной системе отношений. Медицинский работник как представитель «социальной» профессии вынужден постоянно взаимодействовать с людьми, что часто требует не только высокого уровня профессиональной компетентности, но и определенных затрат физиологических и психологических ресурсов с целью установления благоприятных взаимоотношений с каждым отдельным пациентом. Нагрузка в течение рабочего дня и объём необходимых личных контактов нередко достигают критических масштабов, что ведёт к ухудшению общего состояния здоровья и к нарушению психологического благополучия врача. В связи с этим многочисленные исследователи обращаются к проблеме профессионального стресса у специалистов-медиков. Следует отметить, что некорректная организация трудового процесса и напряжение, вызванное частыми взаимодействиями на межличностном уровне, являются далеко не единственными факторами, обуславливающими формирование профессионального стресса и развитие синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинского сообщества. Неудовлетворенность собственным социально-экономическим положением и качеством жизни, негативные изменения в личной жизни, недостаточное финансирование государственных медицинских учреждений, часто неоправданные претензии со стороны пациентов по отношению к медицинским работникам также относятся к группе значимых стрессоров у врачей [6; 111; 140; 181].

Рассматривать профессиональную медицинскую деятельность в «усредненном варианте» непродуктивно, т.к. вся совокупность её форм и специфические особенности развития профессионального стресса зависят от специализации конкретного врача, что подтверждается рядом исследователей [6; 7; 76; 83].

Профессиональная деятельность врача — не просто результат многолетнего усвоения определенных способов деятельности, автоматическое

накопление практического опыта и теоретического массива знаний. Это процесс, направленный на постоянное преобразование форм собственной деятельности, создание новых способов и средств решения сложных профессиональных задач. Это всегда процесс реализации конкретным индивидом своего потенциала, опосредованный конкретной системой отношений, конкретными требованиями, предъявляемыми социумом. Это постоянное совершенствование ориентировки, осведомленности обо всём многообразии форм деятельности, входящих в данную профессию [97; 99].

Стоит отметить ряд общих закономерностей в проявлении профессионального стресса, которые не связаны напрямую с областью специализации. К таким закономерностям можно отнести полное либо частичное отсутствие автономности при реализации трудовой деятельности, ограниченные возможности профессиональной самореализации, рост личностной тревожности, неблагоприятное общее состояние здоровья, возникновение поведенческих и личностных деформаций [7; 83]. И здесь стоит обратить внимание на необходимость повышения организационной культуры и оптимизации трудового процесса, т.к. общие для врачей разных специализаций проявления профессионального стресса связаны не только со спецификой их профессиональной деятельности как представителей «социального», «коммуникативного» труда, но и с типом учреждения, в котором они работают. Так, согласно данным эмпирических исследований, врачи, работающие в частных медицинских организациях, находятся в несколько более благоприятных условиях, чем медицинские работники в государственных и военно-медицинских учреждениях [6; 7].

Отдельно стоит рассмотреть взаимосвязь личностных характеристик врачей и содержания их профессиональной деятельности. Такие особенности, как эмоциональная ригидность, склонность к интроверсии, интенсивная интериоризация условий профессиональной деятельности (чаще всего у специалистов скорой помощи) и повышенная сензитивность к «классическим»

стрессорам медицинских профессий – боли, страданиям, смерти – позволяют с наибольшей вероятностью прогнозировать развитие профессионального стресса и, в частности, синдрома эмоционального выгорания [6; 138].

Профессиональная деятельность врачей развёртывается в крайне неблагоприятных производственных условиях, при постоянном риске заражения инфекционными заболеваниями, острой и хронической интоксикации парами лекарственных веществ, интенсивном воздействии ионизирующего излучения. В совокупности с психологическими стрессорами, включающими повышенные требования к профессиональной компетентности, высокий уровень личной ответственности, большое количество межличностных контактов (чаще несущих негативную эмоциональную окраску) они способствуют развитию болезненных состояний у медицинских работников [35, с. 88].

Основные причины выгорания врачей исследователи видят в специфике социальной и культурной сфер. Намечается общая тенденция к «разрастанию» ожиданий и требований социума наряду с уменьшением ресурсов для их реализации. Медицинские работники постоянно находятся «в фокусе» общественного внимания, при этом не получая необходимой социальной поддержки [35, с. 89].

Мы считаем целесообразным дать пример «универсальной» классификации признаков профессионального выгорания в нашей работе, учитывающей специфику медицинских профессий [28; 30; 35; 105; 134]. Согласно данной классификации, наличие синдрома профессионального выгорания у медицинских работников диагностируется по следующим признакам:

1. «шаблонный» подход к лечению пациентов, т.е. уход от индивидуальной ответственности за конкретного пациента;
2. дегуманизация взаимоотношений с пациентами;

3. отрицание инноваций в медицине, отсутствие мотивации к освоению новых способов деятельности;
4. нарушение требований сохранения врачебной тайны и конфиденциальности сведений о больном;
5. зависимое поведение (трудоголизм, зависимость от психоактивных веществ, алкоголизм, наркомания).

Такая ёмкая классификация, казалось бы, охватывает весь спектр возможных проявлений синдрома профессионального выгорания. Тем не менее, стоит продублировать уже звучавшее в нашей работе утверждение о принципиальных различиях в симптоматике стресса у врачей разных специализаций, что исключает возможность подведения специфических его проявлений под «общую базу».

Избыточность трудовых нагрузок, необходимость взаимодействовать, в том числе, и с «проблемными», тревожными пациентами, параллельное выполнение нескольких трудовых задач различного уровня сложности, дефицит времени, повышенные требования руководства и жёсткая регламентация практически каждого аспекта профессиональной деятельности обуславливают учащение и хронизацию проявлений стресса у медицинских работников, приводят к повышению тревожности и быстрому истощению эмоциональных ресурсов [6; 83; 138].

В ряде эмпирических исследований подтверждается факт, что текущие условия, в которых разворачивается трудовая активность представителей медицинского сообщества (к примеру, неблагоприятный психологический климат в коллективе, неудовлетворительная материально-техническая база) приводят к тому, что субъективная значимость и удовлетворенность своими профессиональными достижениями резко снижаются [76; 86; 138]. Эмоциональное реагирование становится неадекватным конкретной ситуации деятельности и приобретает избирательный характер; проявляется тенденция к сужению круга собственных профессиональных обязательств, трудовые задачи

реализуются «по шаблону»; снижается заинтересованность и мотивация к созданию качественно новых продуктов деятельности. Более того, нарушения в эмоциональной сфере отражаются и на здоровье специалистов, т.е. профессиональный стресс проявляется, в том числе, и в соматизации аффективных расстройств [121].

Отдельный интерес представляют исследования, направленные на выявление зависимости выраженности профессионального стресса от стажа работы и половозрастных характеристик. В одном из исследований [121] установлено, что переживание профессионального стресса наиболее интенсивно выражено у врачей, чей трудовой стаж превышает 15 лет. Тем не менее, субъективная оценка эмоционального дискомфорта данной группой медицинских работников значительно ниже, чем у врачей с меньшим стажем. Исследователи интерпретируют данное расхождение в объективной и субъективной оценках через более интенсивное использование психологических защит [121]. Также имеются эмпирические данные по значимости гендерных различий в формировании профессионального стресса – у медицинских работников женского пола высокий уровень профессионального стресса отмечается в 1,5 чаще, чем у медицинских работников мужского пола [121]. Интересно, что и специфика негативных последствий развития профессионального стресса, проявляющихся, как правило, в формировании т.н. комплекса выгорания, также коррелирует с полом. Медицинские работники мужского пола обнаруживают высокие показатели по такому компоненту комплекса, как «деперсонализация», а медицинские работники женского пола – по компоненту «эмоциональное выгорание» [105]. Стоит отметить, что выявление отдельных составляющих комплекса не является достаточным основанием для того, чтобы утверждать, что специалист «выгорает» на рабочем месте. Только факт присутствия всех трёх компонентов – эмоциональной напряженности, деперсонализации и редукции личностных достижений позволяет прийти к подобному заключению.

В ряде исследований также показано, что чувство групповой профессиональной и организационной принадлежности, ощущение себя носителем групповых ценностей способствуют редукции негативных последствий профессионального стресса и повышению субъективной удовлетворенности трудом [76]. Отмечается и благоприятное влияние совместной деятельности на профилактику стрессовых состояний – уровень тревожности медицинских работников при выполнении трудовых задач «в четыре руки» значительно ниже, чем при индивидуальной работе с ассистентом или медсестрой [6].

Анализ официальной документации, характеризующей современные федеральные государственные образовательные стандарты подготовки специалистов, осуществляющих профессиональную медицинскую деятельность (см. раздел 1.6), указывает на то, что в процессе обучения в вузе будущий врач должен овладеть широким спектром знаний, умений и навыков, в том числе не связанных с решением непосредственно профессиональных задач. В совокупности с необходимостью адаптироваться к изменившимся условиям деятельности, что требует значительных затрат внутренних ресурсов, прежде всего физиологических, существуют достаточные основания отнести также и студентов-медиков к группе риска по развитию стресса [55; 63; 69; 142].

Резкая смена биологических ритмов, нездоровые пищевые привычки, злоупотребление алкоголем и никотином (своеобразная стратегия совладания), хроническая усталость, вызванная необходимостью учиться и работать, одновременно способствуют ухудшению здоровья студентов-медиков, подрывают их иммунную систему, повышая восприимчивость к стрессорам внутреннего и внешнего генеза. Значительные информационные и психоэмоциональные нагрузки, трудности взаимодействия с новым коллективом, затруднительное финансовое положение определяют склонность студентов младших курсов негативно оценивать состояние собственного здоровья и качество жизни [63]. Интересен тот факт, что часто наиболее

значимым стрессором у студентов медицинских специальностей выступают скорее бытовые проблемы (взаимоотношения с родителями, жилищные условия), чем связанные непосредственно со спецификой образовательного процесса в медицинских вузах [55; 63]. Исследователи связывают это со спецификой становления студентов-медиков как профессионалов. На младших курсах обучение имеет преимущественно теоретическую направленность. Практические задачи, предлагаемые обучающимся, редко подразумевают профессиональное общение с пациентом, имеют простой алгоритм решения и характеризуются монотонностью выполняемых действий. Субъективные представления о будущей профессиональной деятельности соотносятся с объективными условиями. На данном этапе осуществляется первичная профориентация. Происходит адаптация к новым формам учебно-профессиональной деятельности. Предпринимаются попытки найти оптимальный баланс между учебой, работой и личной жизнью, а также поддерживать благоприятный психологический климат через межличностные взаимодействия [55, 63; 69; 167; 170].

Студенты старших курсов характеризуются сформированностью профессиональных предпочтений. На этапе прохождения лечебной практики будущие врачи соотносят ранее сформированные субъективные представления о содержании выбранного направления деятельности с объективными условиями трудовой активности. При этом происходит накопление практического опыта, интериоризируются новые способы решения поставленных задач, анализируются ценности, специфичные для данной профессии, а также оцениваются профессиональные перспективы. Выбор будущей специализации определяет процесс формирования адекватной профессиональной мотивации. Происходит расширение и углубление профессиональных знаний, и учебная деятельность принимает выраженную практическую направленность [72; 133].

Актуальными для профессионального медицинского образования проблемами выступают также дефицит компетентных педагогических кадров, недостаточное финансирование медицинских образовательных учреждений, слабая материально-техническая база и значительное преобладание специалистов «элитарных» направлений медицинской деятельности. В настоящее время к ним относятся стоматология, гинекология, пластическая хирургия. Медицинское образование также является довольно длительным и трудоёмким. Чтобы стать полноценным профессионалом, сформировать ключевые профессиональные компетенции, необходимо как минимум восемь лет непрерывной подготовки по выбранному профилю. Студенты-медики сталкиваются с необходимостью совмещать трудовую и учебную деятельность уже в первые годы обучения, и их деятельность приобретает выраженную практическую ориентацию [93]. Как правило, обучающимся поручают обязанности младшего медицинского персонала, что приводит к значительному возрастанию уровня психофизиологических нагрузок. При этом данные задачи отличаются монотонностью и характеризуются низкой субъективной значимостью. Мотивация к учебной деятельности также может снижаться, что связано со спецификой стиля преподавания. Компетентные представители профессионального сообщества предпочитают практическую деятельность педагогической. Данная тенденция обуславливает дефицит высококвалифицированных педагогических кадров в медицинских образовательных учреждениях [61]. В результате подготовка молодых специалистов приобретает шаблонный характер, и творческий подход к их профессиональному развитию не представляется возможным. Тот факт, что любая форма профессиональной деятельности имеет динамический характер, а знания, полученные в рамках образовательной программы, могут лишь заложить основы первичной ориентировки в своей профессии, но не гарантировать успешное профессиональное становление и стабильность

трудовой деятельности, остаётся в настоящее время без должного внимания [97].

Жёсткий регламент профессиональной деятельности, значительные нервные и физические нагрузки, дефицит современного оснащения и лекарственных препаратов, падение престижа профессии медицинского работника и неудовлетворительное качество жизни можно выделить в качестве тех социально-экономических факторов, что приводят к разочарованию молодых специалистов в выбранной профессии и уходу в другую область (или же смену профессии) [138].

Ухудшение условий труда и качества жизни медицинских работников обуславливают и снижение качества медицинского обслуживания, и высокую текучесть кадров в «экстремальных» медицинских специальностях (врачи и фельдшеры скорой помощи, реаниматологи-анестезиологи). Некорректная организация трудового процесса в государственных учреждениях, отсутствие адекватной обратной связи от руководства о результатах и продуктивности профессиональной деятельности способствуют снижению субъективной значимости труда, уровня стрессоустойчивости, сомнениям в собственной состоятельности как профессионала [105]. В большинстве исследований подтверждается, что в настоящее время социально-экономические факторы являются одними из наиболее значимых в формировании профессионального стресса и связанного с этим состоянием нервно-психического напряжения личностных и поведенческих деформаций [6; 55; 63; 69].

В этом ключе представляется актуальной проблема изменения отношения к высшему медицинскому образованию как статичному набору «шаблонных» способов деятельности, закреплённых в официальной документации. Профессия врача является специфической формой искусства. Она требует высокого уровня ответственности профессионала за свои действия, но также и большей автономии, расширения многообразия способов деятельности. Нередко именно через реализацию творческого подхода к профессии

осуществляется тот неоднозначный и психологически трудный процесс, который определяется в современной науке как профессиональное становление [97; 100] (см. раздел 1.1 и 1.3).

На данном этапе изучение основных компонентов профессиональной деятельности врачей и специфики формирования и развития у них стресса и его негативных последствий представляются нам ключевой задачей для разработки практических рекомендаций для подготовки студентов медицинских специальностей, как будущих профессионалов, работающих в затруднённых условиях.

2.3. Интегральная модель развития стресса у студентов медицинских специальностей

Одна из задач настоящего исследования предполагала разработку теоретической модели, учитывающей всё многообразие факторов, влияющих на развитие и переживание стресса студентами медицинских специальностей, а также роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в данных процессах. Для выполнения поставленной задачи была осуществлена попытка синтеза основных направлений изучения феномена стресса. В результате интеграции трансактного, когнитивного, экологического и регуляторного подходов, а также концепции А. Б. Леоновой, была выведена модель стресса у студентов медицинских специальностей, выглядящая следующим образом (см. рис. 3).



Рис. 3. Теоретическая модель развития стресса у студентов медицинских специальностей

К объективным факторам, как уже упоминалось ранее, относятся те реальные условия, в которых разворачивается учебно-профессиональная деятельность студентов. К ним относятся:

1. необходимость совмещения учебной и трудовой деятельности;
2. выраженная практическая ориентированность обучения уже на ранних уровнях образования и связанное с этой особенностью повышение ответственности будущих врачей за собственные действия;
3. присутствие жесткого регламента, определяющего межличностные взаимодействия в рамках учебно-профессиональной деятельности.

Объективные условия и содержание учебно-профессиональной деятельности актуализируются через те субъективные представления, которые обучающиеся сформировали по отношению к медицинской профессии еще до начала обучения, и в процессе профессионализации этот конструкт преобразуется с учетом новых сведений, получаемых на каждом уровне образования. В зависимости от в том числе эмоциональной оценки условий и содержания учебно-профессиональной деятельности, соответствия объективных условий субъективным ожиданиям, студенты медицинских специальностей формируют субъективное отношение к ней. Субъективное

отношение складывается спонтанно в процессе обучения и может быть как целостным, дифференцированным, адекватным реальным условиям и содержанию учебно-профессиональной деятельности, так и диффузным, недифференцированным. В зависимости от структуры субъективного отношения состояния острого и хронического стресса могут быть успешно преодолены посредством неосознанного применения стратегий совладания, либо вызывать серьёзные затруднения у обучающихся, приобретая выраженно хроническую симптоматику.

Структура субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации включает в себя индивидуализированный образ будущей профессии, что формируется у обучающихся в процессе подготовки, его последующую эмоционально окрашенную оценку и смысловое наполнение. Исходя из предложенной интегральной модели, были выведены следующие этапы формирования субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации на каждом уровне образования.

1. Студенты младших курсов соотносят идеализированные представления о профессии врача с реальным содержанием и условиями учебно-профессиональной деятельности. Выявленные несоответствия могут привести к разочарованию в выбранном пути профессионализации. Связанные с этим внутренним конфликтом негативные эмоциональные переживания снижают мотивационную включенность в деятельность, ускоряя процесс хронизации стрессовой симптоматики.

2. На старших курсах студенты медицинских специальностей, как правило, лучше адаптированы к условиям и содержанию учебно-профессиональной деятельности. Если разочарование в обнаруженных несоответствиях между субъективными представлениями и объективными условиями и содержанием учебно-профессиональной деятельности не приводит к желанию сменить направление профессионализации, фокус смещается на поиск субъективно значимого смыслового наполнения этой деятельности.

3. На уровне последиplomного образования процесс адаптации к объективным условиям и содержанию учебно-профессиональной деятельности завершается. Молодые врачи начинают проявлять предпосылки к личностным деформациям, специфичным для данной профессии. Происходит дегуманизация, субъективно значимое смысловое наполнение практической деятельности становится второстепенным по отношению к необходимости выполнять поставленные задачи в соответствии с устоявшимся трудовым регламентом.

Выводы по Главе II

Проведенный анализ специализированной литературы позволяет прийти к заключению о том, что профессиональное развитие будущих медицинских работников начинается на самых ранних уровнях образования. Учебно-профессиональная деятельность студентов медицинских специальностей включает квазипрофессиональные элементы, погружая обучающихся в объективные условия труда. Необходимость сочетать теоретическую базу с формированием практических навыков обуславливает повышенную напряженность деятельности и хронизацию стрессовой симптоматики. Положительный эмоциональный фон и мотивационная включенность выступают поддерживающими психологическими механизмами, позволяющими успешнее совладать с факторами повышенной напряженности деятельности. В качестве дополнительного, внутреннего ресурса преодоления также выступает наличие целостного, структурированного субъективного образа будущей профессии, проявляющегося через субъективное отношение студентов медицинских специальностей к осуществляемой деятельности. Проведенный анализ научной отечественной и зарубежной литературы позволил предложить интегральную модель развития стресса у обследуемого контингента студентов, в соответствии с которой осуществлялась интерпретация полученных эмпирических данных. Каждый аспект исследования будет подробно рассмотрен в следующих главах.

ГЛАВА III. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ И ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСЛЕДОВАННОГО КОНТИНГЕНТА СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Обследованный контингент включал студентов младших и старших курсов стоматологических и лечебных факультетов российских медицинских образовательных учреждений, а также обучающихся интернатуры и ординатуры. Основным методом сбора данных выступал опрос испытуемых. Разработанная модель (см. Раздел 2.2) представляет собой методологическую базу, в соответствии с которой осуществлялся подбор психодиагностического инструментария. Используемые в рамках обследования методические средства позволили сопоставить и оценить степень выраженности различий субъективного отношения индивида к учебно-профессиональной ситуации в качестве фактора, обуславливающего развитие и формирование стрессовых состояний у студентов на разных уровнях образования. Массив полученных количественных показателей обрабатывался с использованием современных методов статистической обработки.

3.1. Методическое обеспечение и организация исследования

Данный раздел посвящен детальной характеристике примененного психодиагностического инструментария, а также принципам анализа и качественной интерпретации полученных показателей. Применяемые методические средства были подобраны с учетом целей и задач настоящего исследования (см. Приложение 1). Были использованы следующие методы сбора данных:

1. анкета-интервью;
2. специализированные психодиагностические методики.

Анкета-Интервью. Сбор первичной информации, характеризующей обследуемый контингент студентов, осуществлялся посредством анкеты-интервью. Структура анкеты выстраивалась с учётом специфики медицинского образования, на основании предварительного опроса как самих преподавателей, так и обучающихся, а также на основании анализа специальной литературы, затрагивающей данную тематику. Включенные в нее блоки вопросов затрагивали такие аспекты, как степень напряженности учебно-профессиональной деятельности и профессиональные планы опрошенных. Вопросы были разделены на четыре смысловых блока (см. Приложение 1.1):

1. демографические характеристики респондента (возраст, гендерная принадлежность, уровень образования, необходимость совмещать учебную и профессиональную деятельность, наличие работы по выбранной специальности, а также стремление продолжить работу по специальности по завершении обучения);
2. субъективно значимые события/ситуации повышенной напряженности (в том числе в личной жизни и сфере профессиональной деятельности);
3. специфические характеристики учебно-профессиональной деятельности, представляющие определенные трудности для респондента;
4. особенности образа жизни и вредные привычки (табакокурение, алкоголь, спортивная активность, достаточность отдыха).

Анкета-интервью представлена восемнадцатью пунктами, каждый из которых сформулирован в виде кратких вопросов либо утверждений, подразумевающих градацию ответов: предоставление конкретных сведений (таких как специализация или возраст) либо выбор ответа из двух или более вариантов (см. Приложение 1.1). Обработка анкет-интервью производилась путем конвертации полученных данных в шкалы с двумя («да» - «нет») или тремя-пятью баллами (при утвердительном ответе также предлагается выбор варианта из предложенного перечня). В третьем блоке приводится

разработанный нами список факторов напряжённости в учебно-профессиональной деятельности с учётом специфики медицинского образования. Он состоит из 10 утверждений:

1. учеба практически не оставляет времени на отдых и личную жизнь;
2. необходимость совмещать учебу и работу;
3. подготовка к «обязательным» предметам не позволяет заниматься тем, что действительно интересно;
4. освоить все предметы за семестр не представляется возможным, и к сессии накапливается большой объем информации;
5. трудно связать новый учебный материал со «старыми» предметами;
6. из-за большого количества изучаемых предметов трудно как следует подготовиться к каждому занятию;
7. приходится посвящать учебе вечерние и ночные часы;
8. у каждого преподавателя свой подход к построению занятия, что затрудняет понимание предмета и требований преподавателя;
9. проведение практических работ затрудняется нехваткой умений и навыков;
10. полученная на экзамене оценка может не зависеть от действительно имеющихся знаний.

В конце списка имеется пустая графа «Другое», где испытуемый может указать значимые именно для него факторы напряжения.

На основании полученных в ходе исследования количественных результатов для всей обследованной выборки был выполнен частотный анализ данных.

Методика «Шкала дифференциальных эмоций» (ШДЭ) [81; 85] содержит 30 оценочных шкал, соответствующих 10 основным типам базовых эмоций человека: (1) интерес, (2) радость, (3) удивление, (4) горе, (5) гнев, (6) отвращение, (7) презрение, (8) страх, (9) стыд, (10) вина. Для оценки степени выраженности каждой из них в текущих переживаниях человека используется

по три пункта (прилагательные), оценка которых выполняется по шкале от одного до пяти (см. Приложение 1.2).

По аналогичной шкале (от одного до пяти баллов) производится оценка степени выраженности каждого из эмоциональных переживаний. Это служит основой для расчета показателей по 10 основным субшкалам теста, соответствующим выделенным типам базовых эмоций. Они рассчитываются с помощью процедуры простой суммации оценок, полученных по проведении тестирования в каждом конкретном случае.

Каждый из выделенных типов эмоциональных переживаний используется в качестве базового диагностического показателя по данной методике и является основой для определения доминирующего вектора эмоциональных переживаний и степени их выраженности (оценки могут колебаться в диапазоне от 3 до 15 баллов).

На основе использования этих базовых показателей разработана процедура расчета сводных показателей по методике ШДЭ, которая включает: (I) индекс позитивных эмоций (ПЭМ), (II) индекс острых негативных эмоций (НЭМ); (III) индекс тревожно-депрессивных эмоций (ТДЭМ). По отношению к каждому из них были определены нормативные диапазоны оценок, определяющие диагностические интервалы, с помощью которых определяется степень выраженности оценок по каждому из названных показателей в следующих нормативных диапазонах: «слабая», «умеренная», «выраженная», «сильная».

В свою очередь, качественная интерпретация полученных данных подразумевала определение пороговых значений диапазоны выраженности уровня эмоциональных переживаний по каждому обозначенному индексу (см. Приложение 2.1).

Правомерность использования описанного диагностического инструментария для вынесения оценочных суждений по результатам применения методики ШДЭ в нашем исследовании была подтверждена

результатами факторизации всего массива данных, собранных при обследовании всех участников проведенного нами обследования. Полученные результаты представлены в табл. 1.

Таблица 1. Проверка факторной структуры методики «Шкала дифференциальных эмоций» К. Изарда

Фактор 1 (<i>вес=2,64; % σ =26,43%</i>)	Фактор 2 (<i>вес=2,25; % σ =22,51%</i>)	Фактор 3 (<i>вес=1,60; % σ =16,01%</i>)
• Страх (0,788) • Стыд (0,813) • Вина (0,826)	• Горе (0,540) • Гнев (0,717) • Отвращение (0,867) • Презрение (0,839)	• Интерес (0,590) • Радость (0,849) • Удивление (0,607)
Тревожно-депрессивные эмоции (ТДЭМ)	Острые негативные эмоции (НЭМ)	Позитивные эмоции (ПЭМ)

«Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности» [86]. Опросник JDS (*Job Diagnostic Survey*) является сокращенной версией хорошо известной методики Дж. Хакмана и Г. Р. Олдхема, разработанной в рамках созданной ими модели анализа субъективного образа трудовой ситуации, который формируется у работающего человека в конкретных условиях деятельности и является главным фактором, определяющим его доминирующие мотивационные установки по отношению к продолжению своей работы и качеству ее исполнения. В данной модели выделены 5 основных составляющих образа трудовой ситуации, в качестве базовых компонентов включающих субъективные оценки: (а) *разнообразия* своей деятельности, (б) степени ее содержательной *сложности*, (в) *значимости* решения поставленных задач, (г) степени самостоятельности или *автономии* в выборе способов их выполнения и (д) возможности получения *обратной связи* об успешности своей работы на

основании как своих собственных оценок происходящего (*внутренняя обратная связь*), так и со стороны окружающих – непосредственного руководства и коллег (*внешняя обратная связь*). В многочисленных исследованиях, проведенных авторами этой модели, было доказано, что названные составляющие образа трудовой ситуации в комплексе являются надежными предикторами мотивационной включенности человека в работу, что было обозначено ими термином «потенциальная мотивация».

В подготовленной позднее и широко используемой в психологической практике *сокращенной версии опросника JDS* перечисленные основные компоненты в структуре образа трудовой ситуации рассматриваются как *базовые шкалы*, оценки по которым выступают в качестве обобщенных показателей выполнения этого теста. На основании статистически обоснованного и эмпирически верифицированного алгоритма их интеграции дается прогностическая оценка степени мотивационной включенности обследуемого респондента в работу, представленной в форме «Индекса потенциальной мотивации» (ИПМ), который является сводным показателем выполнения этого теста (см. Приложение 1.4).

В соответствие с этим, в состав сокращенной версии опросника включены 6 базовых шкал, представленных в виде вопросов в развернутой вербальной форме. Эти шкалы ориентированы на субъективную оценку степени: (1) разнообразия задач; (2) их сложности; (3) значимости; (4) уровня автономии исполнения; а также присутствия (5) внутренней и (6) внешней обратной связи, характеризующих как достигнутые результаты в целом, так и качество выполнения частных задач.

По каждому из названных пунктов обследуемый респондент выбирает ответ, в наибольшей степени соответствующий его субъективному отношению к своей рабочей ситуации в рамках 7-ми балльной оценочной шкалы (см. табл. 2).

Таблица 2. Шкала оценок субъективно значимых компонентов трудовой ситуации

Балл	Расшифровка
1	«Совсем нет»
2	«Очень редко»
3	«Редко»
4	«Иногда»
5	«Часто»
6	«Очень часто»
7	«Всегда»

В качестве сводного критерия, обобщающего оценки по каждому из вышеперечисленных показателей, рассчитывается «Индекс потенциальной мотивации» (ИПМ), для чего используется следующая стандартная формула:

$$\text{ИПМ} = [(п.1 + п.2 + п.3) / 3] \times п.4 \times [(п.5 + п.6) / 2]$$

Стандартизованная шкала для оценки уровня потенциальной мотивации включает 4 градации:

1. низкий (до 52 баллов);
2. умеренный (53 – 124 баллов);
3. относительно высокий (125 – 194 балла);
4. высокий 195 (баллов и выше).

Оценка сводного показателя ИПМ позволяет получить общую характеристику уровня мотивационной включенности и направленности респондента в работу. В дополнение к этому использование данной методики позволяет дать характеристику психологических причин, вызывающих ту или иную степень выраженности этой важнейшей индивидуально-ценностной ориентации активно действующего человека и выделить «зоны дефицита» для адекватной актуализации в конкретной ситуации на основе упорядоченного качественного анализа полученного профиля обобщенных показателей по основным шкалам методики.

Концептуальная обоснованность, емкость содержательной интерпретации результатов и компактность данного психодиагностического инструмента

определяют масштабность ее использования в прикладных психологических исследованиях разного типа, прежде всего связанных с выделением зон риска для развития переживаний внутренней неудовлетворенности своей деятельностью и развития стресса у различных категорий лиц, включенных в разные виды деятельности, в том числе и учебной.

Качественная оценка значений, полученных в ходе анкетирования для каждой из субшкал, а также сводного критерия психодиагностического инструмента осуществлялась путем их сравнения с критическими диапазонами степени выраженности оценок (см. Приложение 2.2).

Полученные в этих исследованиях данные доказали высокую дифференцирующую чувствительность этого теста, что подтверждено результатами нашего исследования по оценке основных психометрических характеристик и конструктивной валидности сокращенной версии опросника JDS по результатам факторного анализа всей выборки обследованных респондентов (см. табл. 3).

Таблица 3. Проверка гомогенности факторной структуры обобщённых показателей опросника JDS

Фактор 1 (вес = 23,82, % σ = 53,92%)
▪ Разнообразие (0,637) ▪ Сложность (0,601) ▪ Значимость (0,877) ▪ Автономия исполнения (0,553) ▪ Внутренняя обратная связь (0,694) ▪ Внешняя обратная связь (0,681) ▪ ИПМ (0,991)

«Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса» [83]. Тест-опросник «Острый стресс» является полностью стандартизованным диагностическим инструментом и направлен на оценку

степени выраженности текущих переживаний острого стресса со стороны целостного комплекса его наиболее характерных проявлений, отражающихся в показателях: (а) снижения общего самочувствия; (б) нарушений поведенческой активности; (в) нарастании затруднений в социальных контактах и общении; (г) роста степени эмоционального напряжения; (д) повышения уровня когнитивной напряженности; (е) выраженных признаках переживания физиологического дискомфорта в текущем состоянии. Однако, в отличие от большинства существующих методик, применяемых в этой сфере и имеющих скорее описательный характер, используемый нами тест-опросник имеет четкую структуру и включает полноценную репрезентацию всех обобщенных групп симптомов острого стресса, на основе которых выносится интегративное решение о степени выраженности этого негативного состояния и его неблагоприятных последствий в целом (см. Приложение 1.3).

В состав опросника входят 30 пунктов, которые включают краткие утверждения, характеризующие типичные проявления переживаний острого стресса как в прямой, так и обратной форме (по 5 пунктов для оценки степени выраженности по каждой из названных групп симптомов). Для оценки наличия и степени выраженности конкретных симптомов острого стресса, включенных в состав опросника, респонденты использовали 4-балльную оценочную шкалу, охватывающую весь диапазон его возможных градаций – от полного отсутствия (1 балл, «Нет, это совсем не так») до максимально выраженного уровня этого переживания (4 балла, «Совершенно верно»), в соответствии с его актуальным состоянием.

Ранее были разработаны алгоритмы и процедуры расчета значений обобщенных показателей по каждому из блоков утверждений, входящих в состав соответствующих субшкал теста. Кроме того, на основе процедур стандартизации и статистического анализа всего массива данных, собранного в процессе верификации этого диагностического инструмента на репрезентативной выборке обследуемых была обоснована формула для расчета

сводного индекса «Острого стресса» (Gen-OC), для которого были определены нормативные диапазоны оценки общего уровня его выраженности ([165]; объем выборки – более 1200 чел.). Данные представлены в приложениях 2.3-2.4.

Проведенная в ходе выполнения нашего исследования проверка психометрических характеристик этого тест-опросника с помощью процедур факторного анализа всего массива данных, собранных на обследованных контингентах студентов и магистров (всего 217 чел.), подтвердила его диагностическую пригодность в целом, а также высокую степень его конструктивной валидности и диагностической чувствительности (см. табл. 4).

Таблица 4. Проверка гомогенности факторной структуры обобщенных показателей опросника «Острый стресс»

Фактор 1 (<i>вес = 3,46; σ =63,15%</i>)
▪ Общее самочувствие (0,664) ▪ Нарушения в поведенческой активности (0,889) ▪ Затруднения в социальных контактах/общении (0,772) ▪ Эмоциональная напряженность (0,775) ▪ Когнитивная напряженность (0,848) ▪ Физиологический дискомфорт (0,740) ▪ Индекс острого стресса (0,629)

Тест-опросник «Хронический стресс» – диагностическая методика, разрабатывавшаяся параллельно с опросником, направленным на оценку синдрома острого стресса. Ее целью является выявление негативных эффектов продолжительного влияния интенсивных нагрузок в ситуациях повышенной напряженности деятельности, а также эффектов их накопления, которые представляют собой реальную угрозу для личностного благополучия и здоровья человека. В структуру данного опросника входят основные группы проявлений хронического стресса, включающие следующие блоки характерной

симптоматики: (а) нарастание тревожности, (б) агрессивность; (в) депрессивные тенденции; (г) астенизация; (д) наличие психосоматических реакций; (е) нарушения цикла «сон – бодрствование».

Количественная оценка степени выраженности наиболее типичных проявлений по каждой из названных групп симптомов позволяет дать содержательную характеристику компонентного состава и степени выраженности симптоматики хронического стресса в каждом конкретном случае, что служит основой для интегрированной оценки общего уровня его развития у отдельных лиц и/или определенных контингентов обследуемых (см. Приложение 1.3).

В операционально-диагностическом плане тест-опросник «Хронический стресс» построен по аналогии с описанным выше опросником, предназначенным для оценки синдрома проявлений острого стресса. В его состав также входят 30 пунктов, представленные в виде кратких вербальных утверждений, которые в прямой или обратной форме описывают наиболее характерные проявления хронического стресса по каждой из названных групп его основной симптоматики. В состав соответствующих субшкал опросника включено по 5 пунктов, каждый из которых оценивается респондентом по степени выраженности переживаний на основе 4-х балльной оценочной шкалы: «Нет, почти никогда» (1 балл), «Редко/иногда» (2 балла); «Часто» (3 балла), «Почти всегда» (4 балла).

Обработка результатов этого тест-опросника также включала статистически обоснованную подготовку алгоритмов для расчета обобщенных показателей по каждой из выделенных субшкал проявлений хронического стресса. На основе проведенных массовых обследований разных категорий респондентов (выборка стандартизации опросника «Острый стресс», более 1200 чел.) была разработана формула для расчета сводного индекса «Хронического стресса» (*Gen-XC*), а также обосновано выделение

нормативных диапазонов для оценки *общего уровня его выраженности* (см. Приложение 2.4).

По результатам статистического анализа результатов нашего исследования была проведена дополнительная проверка основных психометрических характеристик данного опросника, основанная на использовании процедур факторного анализа массива данных, собранного по всей обследованной выборке студентов и интернов (217 чел.). Полученные результаты подтвердили высокую степень диагностической пригодности этого теста в целом, а также его высокую *конструктивную валидность* (см. табл. 5).

Таблица 5. Проверка гомогенности факторной структуры обобщенных показателей опросника «Хронический стресс»

Фактор 1 <i>(вес = 3,82, σ = 68,89%)</i>
▪ Тревога (0,849) ▪ Агрессивность (0,722) ▪ Депрессивные тенденции (0,877) ▪ Астенизация (0,870) ▪ Психосоматические реакции (0,782) ▪ Нарушения сна (0,659) ▪ Индекс хронического стресса (0,991)

3.2. Методы количественной обработки результатов исследования

Количественная обработка полученных данных проводилась с применением функционала программного пакета IBM SPSS 21.0 в несколько этапов.

1. Для обработки и интерпретации данных предварительного анкетирования применялась процедура частотного анализа, что позволило проследить динамику изменений факторов напряжённости в учебно-

профессиональной деятельности в зависимости от уровня образования в обследованных группах.

2. Количественная оценка средних значений и стандартного отклонения (общая и по отдельно взятым группам) осуществлялась с применением методов описательной статистики. Критерием распределения выборки опрошенных по группам выступал уровень образования (студенты младших курсов – студенты старших курсов – интерны).

3. На основании сравнительного анализа данных описательной статистики и тестовых норм каждого психодиагностического инструмента делались выводы о качественном проявлении и степени выраженности стресса у исследуемых групп студентов, особенностях эмоционального фона учебной и трудовой деятельности, а также степени мотивационной включённости в деятельность.

4. С целью выявления статистически значимых различий в обследованных группах по отдельным и обобщённым показателям острого и хронического стресса, характерным компонентам эмоциональной окраски выполняемой деятельности и субъективно значимым факторам профессиональной ситуации применялся метод двухфакторного дисперсионного анализа и критерий t-Стьюдента для независимых выборок.

5. Для обоснования и подтверждения основной и частной гипотез исследования применялась процедура факторного анализа массивов полученных данных:

- была выведена структура, а также качественная специфика переживания стресса у студентов-медиков с учетом этапа образовательного процесса;
- факторизация показателей «Анкеты для оценки субъективно важных характеристик деятельности» подтвердила наличие связи между развитием и переживанием состояний повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей и специфическими особенностями субъективных

представлений об учебно-профессиональной ситуации с учетом уровня образования.

- Статистическая обработка массивов данных, полученных по исследуемой выборке, сделала возможным формирование на ее основе двух кластеров, отличающихся по степени дифференцированности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации.

6. Для выявления основных предикторов развития стрессовых состояний (острого и хронического характера) по выделенным группам студентов и по выборке в целом был проведен регрессионный анализ.

Показатели психодиагностического инструментария, подвергавшиеся статистической обработке, включали:

1. отдельные субшкалы, отражающие симптоматику острого и хронического стресса, а также интегральные показатели острых и хронических стрессовых состояний («Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса»);

2. индексы позитивных, негативных и тревожно-депрессивных эмоций (методика ШДЭ);

3. шкалы, представленные субъективно значимыми свойствами деятельности, и индекс потенциальной мотивации в качестве интегрального показателя («Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности»).

3.3. Сводная характеристика обследованного контингента студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования

Объем обследованной выборки составил 217 студентов, обучающихся по двум медицинским направлениям подготовки, в том числе 102 человека – «Стоматология общей практики» и 115 человек – «Лечебное дело». Критерием распределения обследованных по группам служил уровень образования. В

обследованной выборке также были представлены испытуемые, имеющие среднее специальное медицинское образование, что можно было бы рассматривать как отдельный значимый фактор, обуславливающий специфику развития состояний повышенной напряженности у данного контингента [69], однако подобные обучающиеся оказались довольно малочисленны, в связи с чем данный уровень образования не рассматривается в рамках данного исследования.

Так, для специальности «Стоматология общей практики», были выделены:

1. группа 1: 26 студентов 1–2 курса;
2. группа 2: 31 студент 4–6 курсов;
3. группа 3: 45 интернов факультета последипломного образования.

В свою очередь, для специальности «Лечебное дело» распределение обучающихся было выполнено следующим образом:

1. группа 1: 44 студента 1–3 курсов;
2. группа 2: 43 студента 4–6 курсов;
3. группа 3: 28 интернов факультета последипломного образования.

Следует отметить широкий возрастной диапазон испытуемых (от 18 до 53 лет). В состав выборки вошло 134 женщины и 83 мужчины.

Проводился сравнительный анализ данных, полученных с помощью анкеты-интервью для каждой из обозначенных выше групп. В обобщенном виде его результаты для обучающихся по направлению подготовки «Стоматология общей практики» отражены в табл. 6.

Таблица 6. Общая характеристика обследованных групп студентов («Стоматология общей практики»)

Основные показатели		Выборка (102 чел.)	Группа 1 (26 чел.)	Группа 2 (31 чел.)	Группа 3 (45 чел.)
Демографические показатели					
Пол:	женщины	58,8%	80,8%	67,7%	40%
	мужчины	41,2%	19,2%	32,3%	60%

Продолжение Таблицы 6

Средний возраст (лет)		23,8	21,8	25,2	24,1
Курение:	Нет	70,6%	76,9%	80,6%	60%
	Да	29,4%	23,1%	19,4%	40%
Алкоголь:	Нет	31,4%	34,6%	45,2%	20%
	Да	68,6%	65,4%	54,8%	80%
Отдых:	Нет	13,7%	15,4%	9,7%	15,6%
	Да	86,3%	84,6%	90,3%	84,4%
Спорт:	Нет	50%	46,1%	64,5%	42,2%
	Да	50%	53,9%	35,5%	57,8%
Стрессы в проф. и личной жизни:	Нет	24,5%	34,6%	19,4%	22,2%
	Да	75,5%	65,4%	80,6%	77,8%

По возрастным характеристикам обследованные группы практически однородны. Таким образом, прохождение уровней образования в области медицины не подчиняется возрастным закономерностям. Далеко не всегда студенты начинают свой путь сразу же по окончании школы. Чаще всего в медицинские вузы приходят уже сформировавшиеся специалисты, испытывающие потребность в дополнительном образовании или предварительно закончившие средние специальные заведения, например, медицинское училище. Что касается вредных привычек, меньше трети испытуемых в каждой из трёх групп курят, в то время как алкоголь употребляет больше половины испытуемых в исследованных группах.

Впрочем, большинство отмечали вариант «редко, только по особым случаям» в анкете предварительного исследования, что не позволяет утверждать о серьёзности данной проблемы в исследуемом контингенте. Систематически занимается спортом более половины испытуемых в группах 1 и 3 и лишь чуть более трети испытуемых в группе студентов старших курсов. Интересно, что интерны чаще отмечали вариант «почти каждый день» в анкете предварительного исследования. Это свидетельствует о том, что физическая активность для данного контингента является, прежде всего, маркером их

социального статуса (то есть текущее финансовое положение позволяет приобрести абонемент в фитнес-клуб).

Студенты 4–6 курсов, находящиеся в условиях повышенной напряжённости, связанных с необходимостью определиться с направлением специализации и, исходя из принятого решения, сосредоточиться на подготовке по соответствующим предметам, не находят достаточно энергетических ресурсов для систематического поддержания физической формы. Это подтверждается также результатами частотного анализа по вопросу в анкете, касающемуся стрессов в профессиональной и личной жизни. Более 80% в группе студентов 4–6 курсов отмечают их наличие, в то время как в группах интернов и студентов младших курсов процент положительных ответов ниже – более 70% и более 60% соответственно. Однако по данным частотного анализа, полноценный отдых был у более 80% испытуемых в каждой из групп, что, безусловно, оказывает позитивное влияние на психологическое благополучие.

При проведении дополнительного исследования мы модифицировали анкету предварительного исследования, включив в неё список из 10 факторов напряжённости в учебно-профессиональной деятельности с учётом специфики обучения в медицинском вузе. Был добавлен вопрос «Работаете ли Вы в свободное от учёбы время?» в качестве дополнения к пункту «Работаете ли Вы по специальности?». Так как в пилотном исследовании этих факторов и отдельного вопроса, касающегося подработки не по специальности в анкете указано не было, мы исключили из нашей выборки 27 человек, принимавших участие в предварительном исследовании при анализе полученных данных.

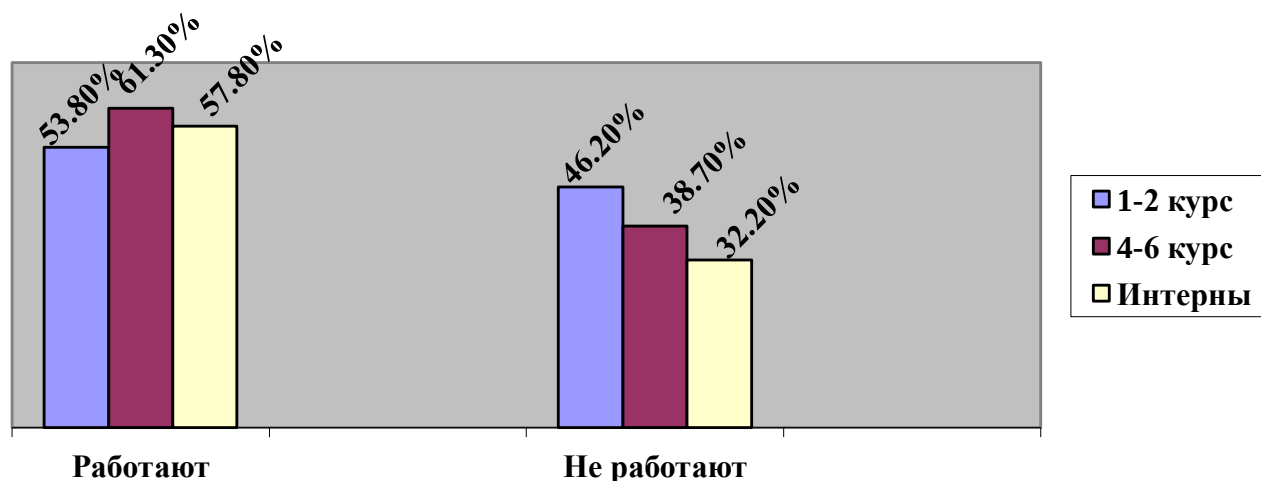


Рис. 4. Работа по специальности в обследованных группах студентов («Стоматология общей практики», n=102)

Следует также заметить, что на вопрос «Планируете ли Вы работать по специальности после окончания вуза?» ответили только 89 респондентов из 102, поэтому мы также были вынуждены исключить их при проведении частотного анализа по данному пункту анкеты. Результаты частотного анализа по вопросам занятости в обследованных группах отображены на рисунках 4 и 5.

Как видно на рис. 4, более половины испытуемых в каждой из трёх обследованных групп совмещают учёбу с работой в сфере медицины. Более высокий процент занятости в группе студентов старших курсов объясняется, как нам представляется, потребностью в профессиональном самоопределении, так как именно на данном этапе осуществляется выбор специализации. Чтобы понять, какая область медицины представляет наибольший интерес, необходимо включение в практическую деятельность. На этапе интернатуры теоретический аспект сводится к минимуму, деятельность носит чисто практический характер. Интерны под руководством квалифицированных медицинских работников ведут своих собственных пациентов, развивают профессиональные компетенции, применяют полученные знания на практике. Другими словами, интерны уже реализуют свои профессиональные обязанности, и с этой точки зрения обучение на данном уровне образования можно рассматривать как работу по специальности. Для студентов младших

курсов, для которых выбор специализации и дальнейшая профессиональная самореализация – в отдалённой перспективе, возможно, ещё не чувствуют себя достаточно уверенно в новом статусе, и потому чаще, чем студенты-старшекурсники и интерны, предпочитают не работать в медицинской сфере.

Как уже упоминалось выше, на этапе пилотного исследования мы не проводили дифференцировки между работой по специальности и работой в непрофильных сферах. По этой причине мы были вынуждены исключить из нашей выборки 27 испытуемых, принимавших участие в пилотном исследовании.

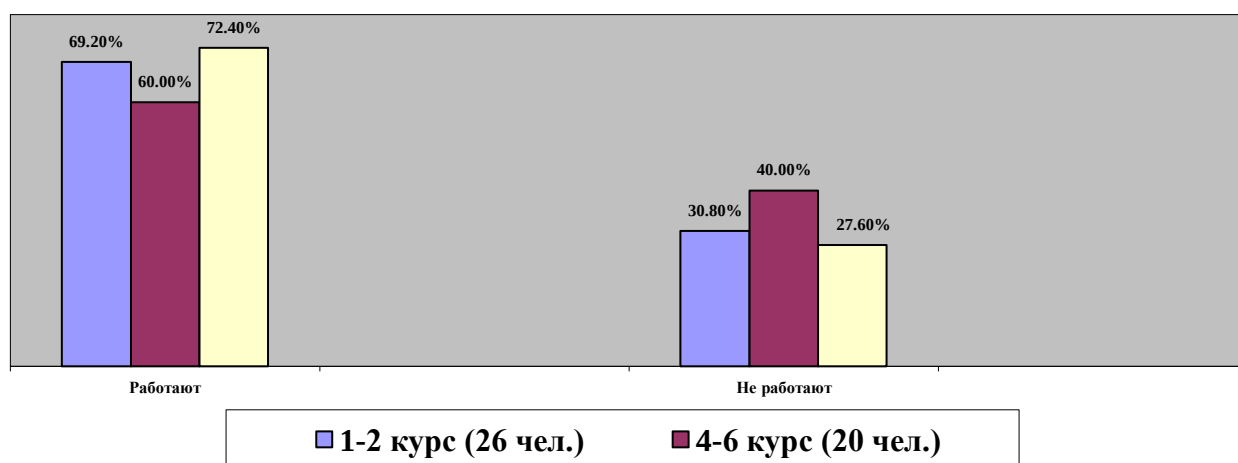


Рис. 5. Работа в непрофильных сферах в обследованных группах студентов («Стоматология общей практики», n=75)

Как видно на рис. 5, более 60% испытуемых во всех трёх обследованных группах совмещают учёбу в медицинском вузе с подработкой в непрофильных областях. Нам представляется, что это связано, прежде всего, с экономическим статусом обследуемого контингента. Обучение в медицинском вузе отличается своей продолжительностью и трудоёмкостью, а необходимость самостоятельно себя обеспечивать нередко возникает уже на начальных этапах обучения. Эта проблема встаёт особенно остро, если речь идёт об иногородних студентах или студентах, уже состоящих в браке и воспитывающих маленьких детей (как уже было сказано выше, многие приходят получать дополнительное образование, являясь состоявшимися в профессиональном и семейном отношении людьми).

Более того, многие студенты и интерны совмещают подработку в непрофильной области с работой по специальности, что, возможно, свидетельствуют о высокой мотивированности будущих специалистов на освоение практической стороны профессиональной деятельности, а не только на поддержание оптимального социально-экономического статуса.

На вопрос «Планируете ли Вы работать по специальности после окончания вуза?» не ответили 13 человек. Частотный анализ проводился по выборке в 89 испытуемых. Его результаты отображены на рис. 6.

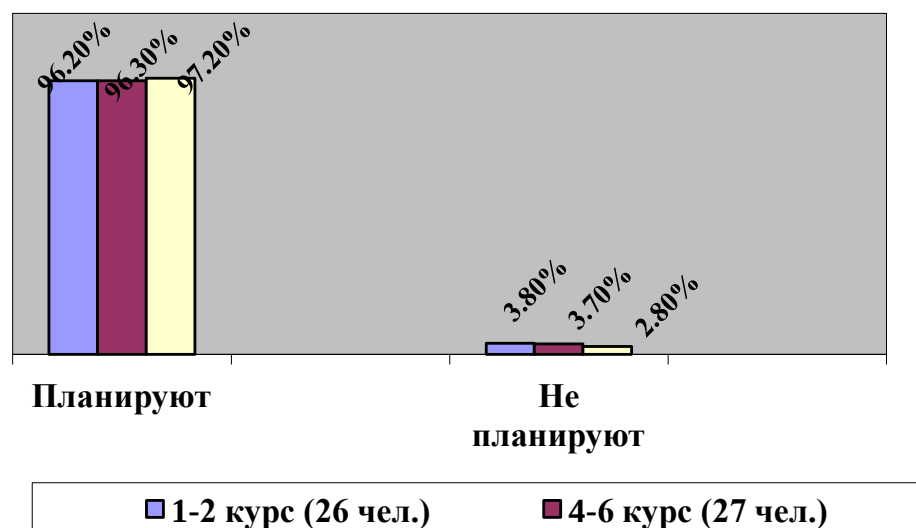


Рис. 6. Профессиональные планы в обследованных группах студентов («Стоматология общей практики», n=89)

Картина, наблюдаемая на рис. 6, выглядит оптимистично. Практически все испытуемые в трёх исследованных группах удовлетворены выбором профессии и готовы посвятить свою жизнь работе по специальности. Это может косвенно свидетельствовать о том, что подготовка будущих врачей находится на удовлетворительном уровне, и медицинские специальности сохраняют свою привлекательность и престиж.

Ещё одной важной модификацией в нашей анкете является, как уже говорилось выше, список из 10 факторов напряжённости в учебно-профессиональной деятельности студентов с учётом специфики медицинского образования. Так как 27 из 102 испытуемых не предлагался данный список, мы

были вынуждены сократить выборку до 75 человек при анализе данных по этому пункту в анкете. Результаты представлены в таблице 1 Приложения 3.1 (см. Приложение 3.1).

Отображённые в таблице данные формируют логически стройную картину стрессоров, превалирующих на каждом из уровней образования студентов медицинских специальностей. Более трети испытуемых в каждой из трёх групп отмечают дефицит времени на личные нужды, причем, по мере профессионализации данный стресс-фактор оказывает меньшее влияние. Довольно остро встаёт для студентов-медиков необходимость совмещать учёбу и работу, причём для группы студентов старших курсов этот стрессор имеет самое высокое значение – почти половина испытуемых во второй группе отметила данный пункт в анкете. Предположительно, существует связь с решением вопроса о профессиональном самоопределении и необходимостью в срочном порядке пересмотреть систему приоритетов (в частности, что касается учебных курсов). Нам представляется закономерным, что именно студенты младших курсов придают большое значение такому стрессору как «невозможность освоения всех предметов за учебный семестр». Именно на первые 2–3 года обучения в медицинском вузе приходится большая часть теоретических дисциплин. Требуется заучить массу терминологических единиц, в том числе и на латыни, сдать целый ряд лабораторных работ, из которых затем складывается зачётная оценка. Несмотря на модульный характер обучения в медицинском вузе – когда учебный материал подаётся мелко, отдельными небольшими блоками – общий объём информации, с которой приходится работать студентам на младших курсах, достаточно внушителен.

Спецификой данного этапа в обучении будущих врачей объясняется также и высокое значение стрессора, связанного с подготовкой к занятиям – более половины студентов в первой группе испытывают выраженные затруднения по данному аспекту. Студенты старших курсов и интерны уже адаптировались к этим условиям и сдали все основные теоретические

дисциплины, и по этой причине данные стресс-факторы затрагивают их в гораздо меньшей степени. Около 60% студентов в первой группе отмечают фактор «Необходимость посвящать учёбе вечерние и ночные часы», что опять же указывает на специфику деятельности на данном этапе профессионализации, её выраженный теоретико-ориентированный характер. По мере разрастания практического компонента в деятельности будущих профессионалов влияние данного стрессора уменьшается. По аналогичной причине значение фактора «Полученная на экзамене оценка может не зависеть от действительно имеющихся знаний» имеет наибольший вес в первой группе. Студенты старших курсов ориентируются преимущественно на предметы, необходимые им для освоения выбранной специальности. Интерны, в сущности, уже осуществляют профессиональную деятельность, пусть и под контролем квалифицированных медицинских работников с большим стажем, и теоретический компонент в их обучении фактически минимален.

Мы бы хотели подробнее остановиться на анализе т.н. индивидуальных факторов, которые испытуемые должны были отметить самостоятельно в специально отведенной для этой цели графе «Другое». Из 75 респондентов только двое отметили субъективные стрессоры. Один ответ мы были вынуждены исключить, т.к. он связан с экономической, а не психологической, проблематикой. Второй же респондент из группы студентов младших курсов в своей анкете указал «Неуважение со стороны некоторых преподавателей, предвзятое отношение к студентам».

Для специальности «Лечебное дело» сводная характеристика результатов предварительного анкетирования студентов, обучающихся по данному направлению подготовки, представлена в табл. 7.

При анализе данных наблюдается та же любопытная тенденция, что и у студентов-стоматологов, заключающаяся в том, что количество учащихся мужского пола резко возрастает на этапе последиplomного образования. По возрасту обследуемые группы относительно однородны, но студенты младших

курсов лечебного факультета немного моложе студентов младших курсов стоматологического факультета. Так же, как и студенты-стоматологи, студенты-лечебники мало подвержены такой вредной привычке, как курение, причём количество некурящих студентов по данному направлению подготовки заметно меньше в каждой из трёх групп.

Таблица 7. Общая характеристика обследованных групп студентов («Лечебное дело»)

Основные показатели		Выборка (n=115)	Группа 1 (n=44)	Группа 2 (n=43)	Группа 3 (n=28)
Демографические показатели					
Пол:	женщины	64,3%	75,0%	74,4%	32,1%
	мужчины	35,7%	25,0%	25,6%	67,9%
Средний возраст (лет)		21,7	19,5	21,5	25,5
Курение:	Нет	82,6%	84,1%	88,4%	71,4%
	Да	17,4%	15,9%	11,6%	28,6%
Алкоголь:	Нет	40%	38,6%	34,9%	50%
	Да	60%	62,4%	65,1%	50%
Отдых:	Нет	13,9%	13,6%	16,3%	10,7%
	Да	86,1%	86,4%	83,7%	89,3%
Спорт:	Нет	34,8%	36,4%	32,6%	35,7%
	Да	65,2%	63,6%	67,4%	64,3%
Стрессы в проф. и личной жизни:	Нет	24,3%	27,3%	25,6%	21,4%
	Да	74,8%	72,7%	74,4%	78,6%

Интересно, что и студенты-стоматологи, и студенты-лечебники довольно часто употребляют алкогольные напитки, но при этом, если на младших и старших курсах данный показатель находится приблизительно на одном уровне, то в группе интернов по специальности «Лечебное дело» данной привычке подвержено значительно меньшее количество опрошенных. Большинство отмечало в анкете вариант «редко, по особым случаям», что не даёт оснований рассматривать эту особенность как фактор риска в данной группе. В целом студенты-лечебники на каждом этапе обучения охотнее и чаще занимаются спортом, чем студенты-стоматологи. Большинство учащихся

отметили вариант «Каждую неделю», что, возможно, свидетельствует о более сознательном и серьёзном отношении к состоянию собственного здоровья.

Лечебное дело, охватывающее широкий круг специализаций, предполагает большую мобильность, чем стоматологические специальности. Не исключено, что по этой причине студенты-лечебники придают больше значения своей физической форме. Студенты-лечебники в той же степени, что и студенты-стоматологи, обеспокоены наличием стрессовых ситуаций в профессиональной и личной жизни, что косвенно свидетельствует о высокой степени напряжённости трудовой и учебной деятельности в медицинских вузах. Что касается отдыха, данные частотного анализа выглядят довольно оптимистично: более 80% опрошенных во всех трёх группах успешно выкраивают время для восстановления индивидуальных ресурсов, что благоприятно влияет на возможности совладания со стрессовыми ситуациями и обеспечивает более успешную адаптацию к напряжённым условиям деятельности.

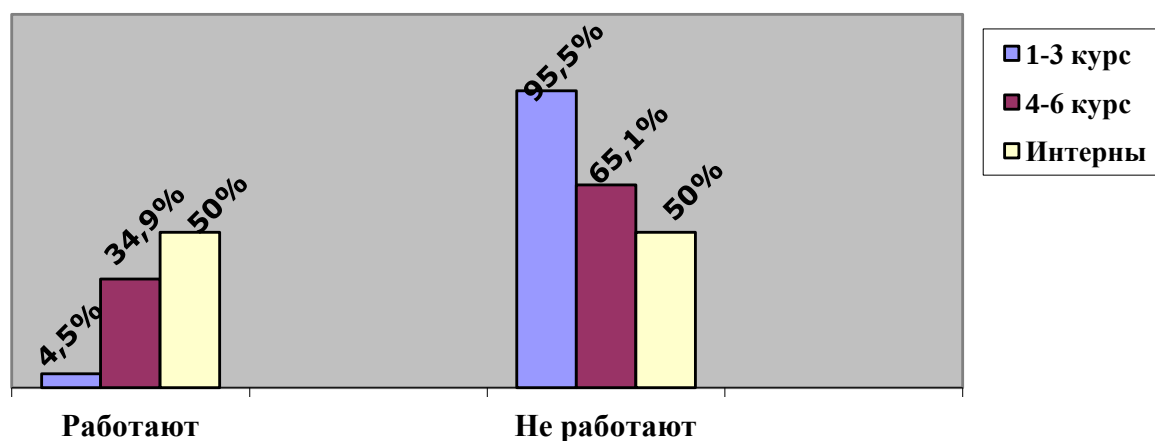


Рис. 7. Работа по специальности в обследованных группах студентов («Лечебное дело», n=115)

Как видно на рисунке 7, в группе студентов младших курсов практически никто не совмещает учёбу с работой по специальности. Возможно, на этом этапе ещё не накоплен достаточный багаж теоретических знаний и не

выработаны ключевые практические навыки для работы в профильной сфере. Также скромный процент работающих в медицине может быть связан с неуверенностью в своих силах, страхом ответственности или же дефицитом ресурсов для включения в трудовую деятельность наряду с учебной. Соотношение совмещающих работу по специальности с учёбой растёт с каждым этапом обучения, и всё же количество занятых в профильной области учащихся значительно меньше по сравнению с выборкой студентов-стоматологов.

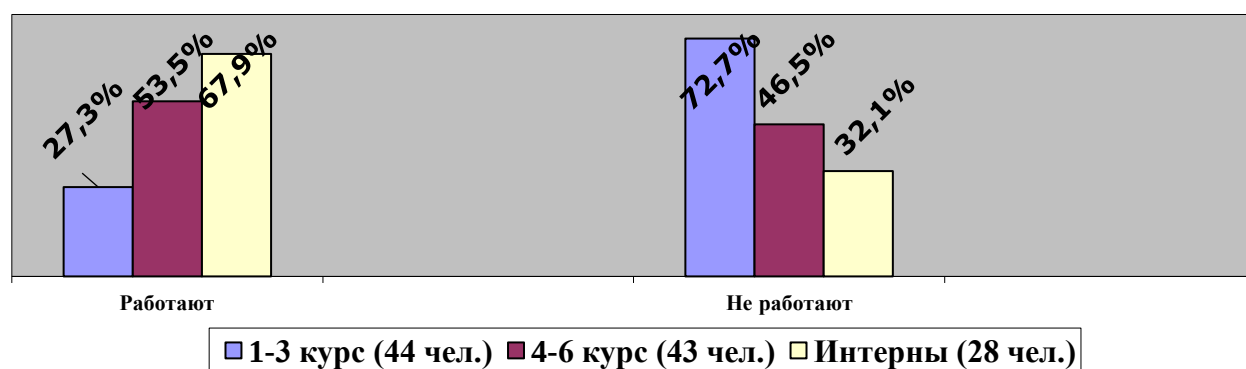


Рис. 8. Работа в непрофильных сферах в обследованных группах студентов («Лечебное дело», n=115)

На рисунке 8 наблюдается аналогичная тенденция относительно совмещения работы и учёбы. Студенты младших курсов предпочитают концентрироваться преимущественно на учёбе, и, хотя на старших курсах и в интернатуре процент трудящихся в непрофильной области возрастает, показатели занятости значительно ниже, чем в выборке студентов-стоматологов. Возможно, процесс подготовки в рамках данной специальности предъявляет ещё более строгие требования к учащимся, чем стоматология, и требует большего сосредоточения конкретно на учебной деятельности. Так как в выборке студентов-лечебников на младших и старших курсах процент опытных специалистов, получающих дополнительную квалификацию, ниже, и преобладает молодёжь, после школы сразу поступившая в медицинский вуз, большинство учащихся в этой группе предположительно проживают с

родителями и не испытывают потребности в немедленном трудоустройстве, а, следовательно, и финансовые затруднения.



Рис. 9. Профессиональные планы в обследованных группах студентов («Лечебное дело», n=115)

Отраженные на рисунке 9 данные выглядят весьма оптимистично, как и в выборке студентов-стоматологов. Подавляющее большинство опрошенных студентов планируют работать по специальности, что может косвенно свидетельствовать об их удовлетворённости качеством получаемого образования и заинтересованностью в выбранном профессиональном пути.

В табл. 43 (см. Приложение 3.2) представлена картина основных стрессоров в деятельности студентов, обучающихся по направлению подготовки «Лечебное дело». Как и студентов-стоматологов, студентов-лечебников беспокоит дефицит времени на отдых и личную жизнь, а вот необходимость совмещать учебную и трудовую деятельность вызывает у них гораздо меньше затруднений, так как они преимущественно фокусируются на учёбе. Студенты-лечебники чаще отмечают фактор напряжённости «Подготовка к «обязательным» предметам не позволяет заниматься тем, что действительно интересно», возможно это негативным образом влияет на их учебную мотивацию и включённость в образовательный процесс. В меньшей

степени, чем студенты-стоматологи, студенты-лечебники обеспокоены значительными информационными перегрузками, и практически не испытывают трудностей с интеграцией нового учебного материала с изученным ранее.

Студенты-лечебники на младших курсах особенно переживают из-за большого количества изучаемых дисциплин, что делает невозможной удовлетворительную подготовку ко всем занятиям, а также из-за необходимости посвящать учёбе вечерние и ночные часы. Как и студенты-стоматологи, в данной группе часто отмечают необъективность оценочных критериев во время экзаменационной сессии. В качестве индивидуальных стрессоров один из студентов младших курсов указал переход на балльно-рейтинговую систему оценивания, что может быть косвенно связано с актуальностью фактора несоответствия оценки и реальных знаний в данной выборке учащихся. Также студенты старших курсов упоминали о «некачественной организации учебного процесса», «нехватке системности, логики и гуманности в учебной программе», и «несоответствии знаний после перехода из одного вуза в другой». Большинство индивидуальных стресс-факторов в данной выборке связаны преимущественно с формальной стороной образовательного процесса и его содержанием. Данные предварительного анкетирования перекликаются с той проблематикой, которая уже обсуждалась в нашей работе, а именно – снижение качества медицинского образования, преподавание «по шаблонам», дефицит опытных преподавателей, способных реструктурировать учебную программу с учётом современных реалий и ключевых компетенций.

В целом можно утверждать, что стресс-факторы на каждом уровне образования непосредственно связаны с его спецификой.

Выводы по Главе III

Результаты качественной интерпретации полученных данных анкеты-интервью свидетельствуют об относительно однородном распределении студентов в выделенных группах по характерным особенностям образа жизни и демографическим показателям. Это делает возможным рассмотрение обследованного контингента студентов исключительно с учетом градации по уровню образования. Весь массив данных, полученных методом анкетирования, свидетельствует о том, что студенты медицинских специальностей отмечают специфические для каждого уровня образования факторы напряженности, но имеют общую направленность на самореализацию в выбранной ими профессии.

Повышение уровня мотивационной включенности студентов в рамках их учебно-профессиональной деятельности в значительной степени поддерживается их субъективным отношением к учебно-профессиональной ситуации, что помогает нивелировать негативное воздействие обозначенных каждой группой обследованных субъективных трудностей.

ГЛАВА IV. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СУБЪЕКТИВНОГО ОТНОШЕНИЯ К УЧЕБНО-ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ КАК ФАКТОРА РАЗВИТИЯ СТРЕССА У СТУДЕНТОВ МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ НА РАЗНЫХ УРОВНЯХ ОБРАЗОВАНИЯ

4.1. Результаты сравнительного анализа проявлений стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования

Полученные данные по каждому из примененных в исследовании психодиагностических инструментов были рассмотрены отдельно. Далее, для предоставления сводной характеристики специфических свойств субъективных представлений об учебно-профессиональной ситуации в качестве фактора развития стрессовых состояний у исследованных групп студентов-медиков, данные были обобщены.

В табл. 8 и на рис. 10-11 отражены результаты качественного анализа данных, полученных при использовании «Опросника для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса».

Интегральный показатель индекса острого стресса, рассчитанный как для исследуемых групп в отдельности, так и для всей выборки, находится в диапазоне умеренных и низких значений (см. Приложение 2.3). При этом интегральный показатель индекса хронического стресса, вычисленный для всей проанализированной выборки, показывает умеренные значения. Это может свидетельствовать о высокой психологической напряженности, сопровождающей учебно-профессиональную деятельность студентов медицинских специальностей, связанной с ранним вхождением в сферу профессиональной активности и их выраженной практической направленностью.

Таблица 8. Степень выраженности острого и хронического стресса в группах студентов медицинских специальностей

Показатели	Выборка (n=217)	Группа 1 (n=70)	Группа 2 (n=74)	Группа 3 (n=73)
Общий индекс острого стресса (GenOC)	34,72 умеренный	35,61низкий	39,49умеренный	33,69 низкий
Общий индекс хронического стресса (GenXC)	44,43 умеренный	46,33умеренный	39,98умеренный	41,80 умеренный

На основании результатов сравнительного анализа интегрального показателя общего стресса применительно к отдельно рассмотренным группам можно выдвинуть предположение о большей «благополучности» группы 3 (интерны) по сравнению с группами 1 и 2 (студенты младших и старших курсов, соответственно). В качестве одной из причин этого явления может выступать характерное для группы 3 наличие сформированных адаптивных стратегий совладания, позволяющих справиться с трудностями, сопровождающими реализацию трудовой и учебной деятельности. Данные, представленные в таблице 8, свидетельствуют о том, что интегральный показатель хронического стресса в группе 1 существенно выше, чем рассчитанный для групп 2 и 3, хотя и не выходит за пределы диапазона умеренных значений. Интенсивная хронизация симптоматики стресса, возможно, связана с тем, что обучающиеся сталкиваются с необходимостью оперативного усвоения значительных объемов новых знаний, что может вызывать значительные трудности. С учетом того, что именно в этот период обучения закладывается теоретическая база, необходимая для дальнейшей профессионализации в рамках выбранной области, это подчеркивает значимость данного этапа.

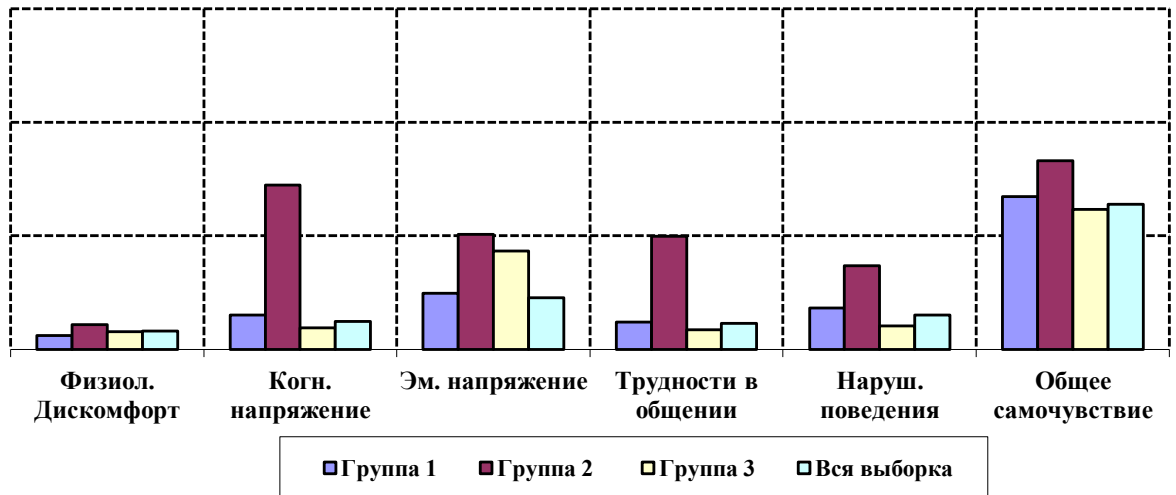


Рис. 10. Степень выраженности острого стресса (по субшкалам)

Отраженные на диаграмме значения субшкал, соответствующие конкретным симптомам острых стрессовых состояний, не выходят за границы диапазона умеренных значений. Однако для всех обследованных групп характерны выраженные, «пиковые» значения показателя «Общее самочувствие». Данная тенденция может выступать предпосылкой развития состояния физиологического истощения, что, в свою очередь, может приводить к снижению стресс-резистентности. Интересно, что в каждой из обследованных групп своя комбинация симптомов острого стресса. Адаптивность в обследованных группах 1 и 3 существенно выше, чем в группе 2. Для этих студентов характерна высокая значимость фактора эмоциональной напряженности, что, возможно, обусловлено неблагоприятным фоном их учебно-профессиональной деятельности. В группе студентов старших курсов особенно выражены такие симптомы острых стрессовых состояний, как «Трудности в общении», «Когнитивная напряженность» и «Эмоциональная напряженность»: именно на этом уровне образования обучающиеся сталкиваются с необходимостью выбора будущей специализации и возникает необходимость профессионального самоопределения. Возможно, эмоциональные реакции на данном этапе характеризуются высокой

устойчивостью, интегрируясь в структуру психологического состояния обучающихся.

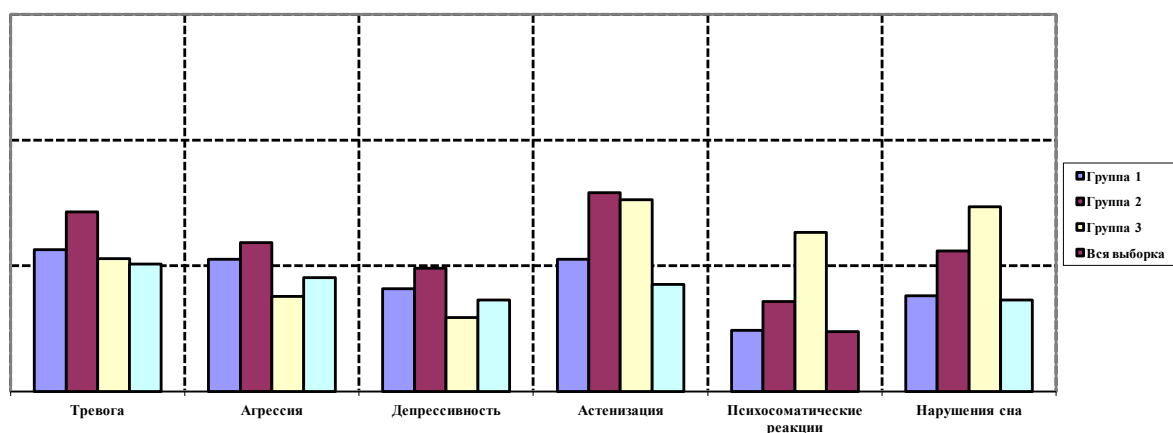


Рис 11. Степень выраженности хронического стресса (по субшкалам)

Как следует из диаграммы, наибольшие значения имеют субшкалы, соответствующие таким симптомам хронических стрессовых состояний, как «Астенизация» и «Тревога». Это может свидетельствовать о значимости негативных эмоциональных переживаний и снижения показателей общего самочувствия обучающихся в процессе развития хронических синдромов стресса. Интересно, что в первой и второй группах значение по субшкале «Агрессия» находится в диапазоне умеренных значений, в то время как в группе интернов остается на границе низких значений. Следует также отметить, что показатели по субшкалам «Астенизация» и «Нарушения сна» в группах студентов старших курсов и интернов значительно выше аналогичных показателей у студентов младших курсов. К тому же в группе интернов отмечается выраженный пик по субшкале «Психосоматические реакции», а значит, учащиеся на данном этапе подготовки находятся в зоне риска по хронизации стрессовых состояний. Возможно, интерны испытывают выраженный дефицит психофизиологических ресурсов для успешного совладания с повышенной напряженностью учебной и трудовой деятельности. Исходя из анализа данных, отображенных на рис. 10- 11, можно предположить, что на эмоциональном уровне студенты старших курсов и интернов

переживают стресс интенсивнее, чем студенты младших курсов. Первая группа в целом более благополучна и в меньшей степени подвержена влиянию стрессоров. Как видно на рис. 11, студенты старших курсов и интерны более истощены, чем студенты младших курсов, страдают от нарушений цикла сна и бодрствования. Симптоматика стрессовых переживаний уходит в накопление и ярко проявляется не только на психологическом, но и на физиологическом уровне.

С целью выявления статистически значимых различий в обследованных группах по отдельным и обобщенным показателям острого и хронического стресса мы применили метод двухфакторного дисперсионного анализа (см. табл. 9).

Таблица 9. Оценка достоверности различий по данным методики «Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса» для всей выборки в целом (n=217)

Показатели	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	P
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	126,78 / 13209,3	63,39 / 61,73	1,03	0,36
Физиологический дискомфорт (OC-1)	8,54 / 604,8	4,27 / 2,87	1,51	0,22
Когнитивная напряженность (OC-2)	11,61 / 664,4	5,81 / 3,11	3,97	0,03**
Эмоциональное напряжение (OC-3)	5,23 / 1467,9	2,62 / 6,86	0,38	0,68
Трудности в общении (OC-4)	9,59 / 583,1	4,79 / 2,73	1,76	0,18
Нарушения в поведении (OC-5)	26,16 / 864,0	13,08 / 4,04	3,24	0,04**
Общее самочувствие (OC-6)	12,87 / 2809,3	6,44 / 13,12	0,49	0,62
Общий индекс хронического стресса (Gen-XC)	805,1 / 26546,3	402,54 / 124,05	3,26	0,04**

Продолжение Таблицы 9

Тревога (ХС-1)	21,87 / 2208,9	10,94 / 10,32	1,06	0,38
Агрессия (ХС-2)	61,65 / 1710,4	30,83 / 7,99	3,86	0,02**
Депрессивность (ХС-3)	54,36 / 1773,6	27,18 / 8,29	3,28	0,04**
Астенизация (ХС-4)	63,05 / 1578,9	31,24 / 7,38	4,27	0,02**
Психосоматические реакции (ХС-5)	9,15 / 1131,6	4,58 / 5,29	0,86	0,42
Нарушения сна (ХС-6)	17,96 / 1848,3	8,98 / 8,64	1,04	0,36

** $p < 0,05$

В результате были установлены статистически значимые различия по всей выборке в целом по следующим показателям: субшкалы общего индекса острого стресса «Когнитивная напряженность» ($p < 0,05$, $F=3,97$) и «Нарушения в поведении» ($p < 0,05$, $F=3,24$), субшкалы общего индекса хронического стресса «Агрессия» ($p < 0,05$, $F=3,86$), «Депрессивность» ($p < 0,05$, $F=3,28$), «Астенизация» ($p < 0,05$, $F=4,27$). На рис. 10-11 легко прослеживаются значительно более высокие «пики» в группе студентов старших курсов по обозначенным симптомам. Это подтверждает ранее выдвинутое предположение о преобладании физиологических проявлений стрессовых состояний в обследованных группах 2 и 3, в то время как для группы 1 более характерны эмоциональные реакции на ситуации повышенной напряженности. Были также установлены значимые различия по общему индексу хронического стресса ($p < 0,05$, $F=3,26$), что может свидетельствовать о более интенсивной хронизации стрессовой симптоматики в группах студентов старших курсов и интернов.

Для проведения сравнительного анализа различий по отдельным показателям «Опросника для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса» между обследованными группами мы применили критерий t-Стьюдента для независимых выборок (см. табл. 10-12).

Таблица 10. Оценка достоверности различий по данным методики «Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса» (сравнение групп студентов младших и старших курсов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (<i>σ</i>)		Значение <i>t</i> - критерия	<i>P</i>
	<i>1–3 курс</i>	<i>4–6 курс</i>		
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	37,51 /8,01	38,98 /	0,398	0,691
Физиологический дискомфорт (OC-1)	10,60 /1,36	6,08 /1,93	-1, 739	0,054**
Когнитивная напряженность (OC-2)	6,53 /2,15	6,26 / 1,54	0,876	0,382
Эмоциональное напряжение (OC-3)	9,47 / 2,65	9,69 /2,24	0,926	0,356
Трудности в общении (OC-4)	6,21 /1,68	8,37 /1,84	-0,558	0,557
Нарушения в поведении (OC-5)	6,84 /2,18	9,68 /2,16	- 1,957	0,053**
Общее самочувствие (OC-6)	11,74 / 3,66	12,31 /3,36	1,801	0,062*
Общий индекс хронического стресса (Gen-XC)	46,33 /9,87	39,24 /12,19	-2,301	0, 048**
Тревога (XC-1)	10,43 / 3,07	11,15 / 3,33	0,524	0,681
Агрессия (XC-2)	10,03 /2,89	9,87 /2,92	0,605	0,414
Депрессивность (XC-3)	9,08 /3,01	8,95 /2,88	0,367	0,714
Астенизация (XC-4)	9,96 / 2,56	9,29 / 2,91	1,989	0,051**
Психосоматические реакции (XC-5)	7,44 / 2,08	8,58 /2,49	1,593	0,109*
Нарушения сна (XC-6)	9,81 /2,70	9,06 / 3,36	1,953	0,052**

* $p < 0,1$

** $p < 0,05$

Установлены имеющие высокую статистическую значимость различия между группами 1 и 2 по следующим субшкалам, отражающим симптоматику острых и хронических стрессовых состояний: «Физиологический дискомфорт» ($p < 0,05$), «Нарушения в поведении» ($p < 0,05$), «Общее самочувствие» ($p < 0,1$), «Общий индекс хронического стресса» ($p < 0,05$), «Астенизация» ($p < 0,05$), «Психосоматические реакции» ($p < 0,1$) и «Нарушения сна» ($p < 0,05$). Это может свидетельствовать о наличии симптомов физиологического истощения в группе 2, а также соматизации переживаемого стресса.

Таблица 11. Оценка достоверности различий по данным методики «Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса» (сравнение групп студентов старших курсов и интернов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (<i>σ</i>)		Значение <i>t</i> - критерия	Р
	4–6 курс	Интерны		
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	38,98 /	33,69 / 7,79	1,612	0,089*
Физиологический дискомфорт (OC-1)	6,08 / 1,93	7,07 / 1,69	1,002	0,318
Когнитивная напряженность (OC-2)	6,26 / 1,54	5,96 / 1,55	1,171	0,244
Эмоциональное напряжение (OC-3)	9,69 / 2,24	7,33 / 2,93	-0,545	0,587
Трудности в общении (OC-4)	8,37 / 1,84	5,88 / 1,39	1,861	0,065*
Нарушения в поведении (OC-5)	9,68 / 2,16	6,04 / 1,65	2,042	0,043**
Общее самочувствие (OC-6)	12,31 / 3,36	11,16 / 3,65	0,246	0,806
Общий индекс хронического стресса (Gen-XC)	39,24 / 12,19	41,80 / 11,16	1,783	0,077*
Тревога (XC-1)	11,15 / 3,33	9,66 / 3,23	0,908	0,366

Продолжение Таблицы 11

Агрессия (ХС-2)	9,87 / 2,92	8,79 / 2,66	2,146	0,034**
Депрессивность (ХС-3)	8,95 / 2,88	7,95 / 2,74	2,069	0,040**
Астенизация (ХС-4)	9,29 / 2,91	9,63 / 2,66	1,943	0,052**
Психосоматические реакции (ХС-5)	8,58 / 2,49	7,10 / 2,30	1,227	0,222
Нарушения сна (ХС-6)	9,06 / 3,36	9,23 / 2,69	1,259	0,211

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$

При сравнении групп 2 и 3 были обнаружены достоверные различия по субшкалам общего индекса острого стресса «Трудности в общении» ($p < 0,1$) и «Нарушения в поведении» ($p < 0,05$), по субшкалам общего индекса хронического стресса – «Агрессия» ($p < 0,05$), «Депрессивность» ($p < 0,05$), «Астенизация» ($p < 0,05$) и собственно общий индекс хронического стресса на уровне тенденции ($p < 0,1$). Действительно, как уже говорилось выше, группа студентов старших курсов показала высокие значения по указанным субшкалам, и, хотя показатель выраженности симптома «Депрессивность» находится в диапазоне умеренных значений, по данному показателю вторая группа значительно опережает группы 1 и 3.

Таблица 12. Оценка достоверности различий по данным методики «Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса» (сравнение групп студентов младших курсов и интернов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (σ)		Значение t - критерия	P
	1–3 курс	Интерны		
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	37,91 / 8,01	33,69 / 7,79	1,379	0,170
Физиологический дискомфорт (OC-1)	10,60 / 1,36	7,07 / 1,69	0,483	-0,180

Продолжение Таблицы 12

Когнитивная напряженность (ОС-2)	6,53 / 2,15	5,96 / 1,55	1,922	0,051**
Эмоциональное напряжение (ОС-3)	9,47 / 2,65	7,33 / 2,93	0,305	0,143
Трудности в общении (ОС-4)	6,21 / 1,68	5,88 / 1,39	1,498	0,107*
Нарушения в поведении (ОС-5)	6,84 / 2,18	6,04 / 1,65	2,491	0,013***
Общее самочувствие (ОС-6)	11,74 / 3,66	11,16 / 3,65	0,946	0,346
Общий индекс хронического стресса (Gen-XC)	46,33 / 9,87	41,80 / 11,16	2,565	0,011***
Тревога (ХС-1)	10,43 / 3,07	9,66 / 3,23	1,462	0,146
Агрессия (ХС-2)	10,03 / 2,89	8,79 / 2,66	2,656	0,009***
Депрессивность (ХС-3)	9,08 / 3,01	7,95 / 2,74	2,372	0,019**
Астенизация (ХС-4)	10,96 / 2,56	9,63 / 2,66	3,027	0,003***
Психосоматические реакции (ХС-5)	7,44 / 2,08	7,10 / 2,30	0,948	0,345
Нарушения сна (ХС-6)	9,81 / 2,70	9,23 / 2,69	1,290	0,199

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$

Установлены имеющие высокую статистическую значимость различия между группами 1 и 3 по следующим субшкалам, отражающим симптомы острых стрессовых состояний: «Когнитивная напряженность» ($p < 0,05$), «Трудности в общении» ($p < 0,1$), «Нарушения в поведении» ($p < 0,05$) и общего индекса хронического стресса – «Агрессия» ($p < 0,01$), «Депрессивность» ($p < 0,05$), «Астенизация» ($p < 0,01$) и собственно по интегральному показателю

GenXC ($p<0,01$). Полученные различия косвенно указывают на развитие хронических стрессовых состояний по мере профессионализации. При этом по сравнению со студентами младших курсов интерны в равной степени уязвимы как на физиологическом, так и на эмоциональном уровнях.

Количественный и качественный анализ полученных значений свидетельствует о психологическом «неблагополучии» респондентов из групп 2 и 3. Данные группы характеризуются интенсивной хронизацией симптомов стресса и их соматизацией. Существенно повышается риск возникновения межличностных конфликтов, связанный со снижением показателя общего самочувствия. Как следствие, в данных группах начинает преобладать выраженная негативная эмоциональная оценка осуществляемой учебно-профессиональной деятельности, меняются паттерны поведения, снижается удовлетворенность результатами собственной активности. Следует отметить, что степень выраженности признаков физиологического истощения в группах 2 и 3 отличается незначительно. Однако в группе 3 несмотря на то, что психосоматические последствия переживания стрессовых состояний выражены в существенно большей степени, влияние физиологической симптоматики на особенности поведения незначительно. Для группы 1 проявления хронической стрессовой симптоматики выражены слабее по сравнению с группами 2 и 3; так, хотя присутствует снижение показателей общего самочувствия, значения по субшкалам «Психосоматические реакции», «Астенизация» и «Нарушения сна» значительно ниже.

Понимание специфики развития и переживания стрессовых состояний будет неполным без качественной интерпретации эмоциональных реакций на ситуации повышенной напряженности. Для этой цели применялась методика «Шкала дифференциальных эмоций», которая позволяет получить представление о, во-первых, уровне выраженности положительных, остро-негативных и устойчивых тревожно-депрессивных эмоциональных переживаний, и, во-вторых, о конкретных типах переживаемых эмоций.

Степень выраженности доминирующих эмоциональных переживаний у обучающихся отражена в таблице 13 и на рис. 12-13.

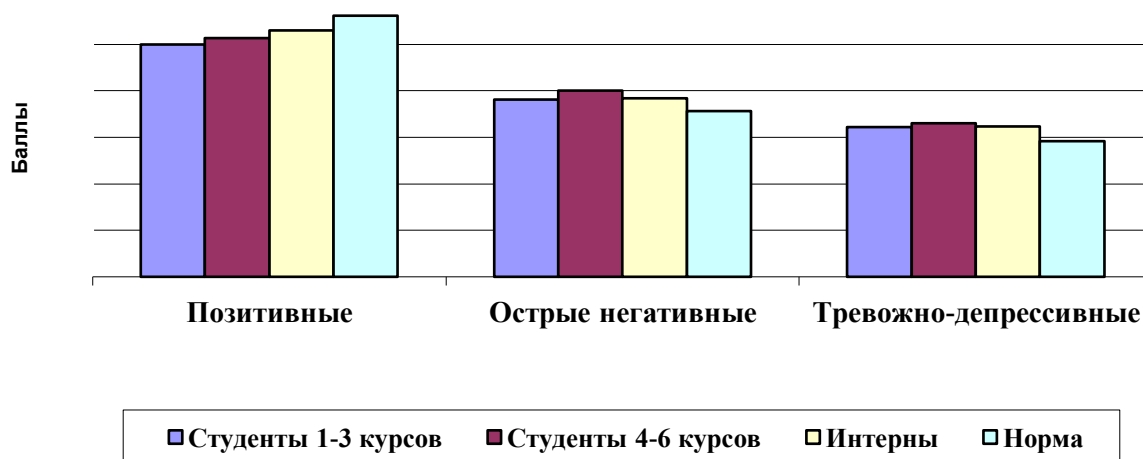


Рис. 12. Степень выраженности доминирующих эмоций

По сравнению с группами студентов старших курсов и интернов, студенты младших курсов характеризуются меньшей интенсивностью положительно окрашенных эмоциональных переживаний. По степени интенсивности остро-негативных и тревожно-депрессивных эмоциональных переживаний на первый план выходит группа 2, причем показатели по соответствующим блокам эмоций несколько превышают нормативные значения, как видно на рис. 12. Из всех трех групп наиболее «благоприятный» эмоциональный фон у студентов младших курсов. Эмоции острого негативного и тревожно-депрессивного блоков переживаются менее интенсивно, чем в двух других группах.

Согласно полученным данным, доминирующими эмоциями являются радость и интерес. Особенно интенсивно радость проявлена в группе студентов младших курсов. Возможно, это связано с неким состоянием эйфории от перехода в новый социальный статус, знакомства со студенческой жизнью. Это также свидетельствует о позитивном отношении студентов к собственной деятельности. Студенты старших курсов характеризуются интенсивными

остро-негативными эмоциональными переживаниями. Это, возможно, указывает на снижение заинтересованности в учебной деятельности, большую практическую направленность обучения на данном этапе, а также необходимость выбора будущей области специализации.

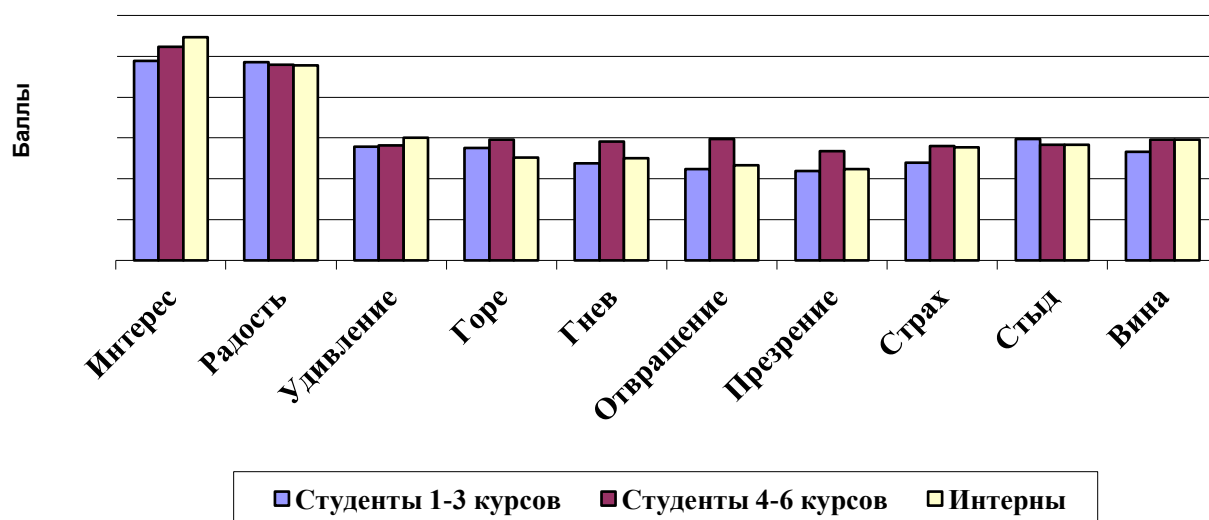


Рис. 13. Профиль базовых эмоций в обследованных группах студентов

В группе интернов наблюдаются достаточно высокие показатели по степени выраженности тревожно-депрессивных эмоциональных переживаний. Предположительно, это объясняется кардинальными перестройками в содержании учебно-профессиональной деятельности. Современная система медицинского образования предполагает, что только после завершения интернатуры молодой специалист получает сертификат на медицинскую практику. Таким образом, последипломное медицинское образование – ответственный шаг на пути к профессиональному развитию. Интерны ведут собственных пациентов, имеют право самостоятельно собирать анамнез и ставить диагноз, назначать необходимые анализы, прописывать медикаменты. Несмотря на то, что интерны находятся в ведении квалифицированных медицинских работников с большим трудовым стажем, они несут личную ответственность за принятые решения. От того, в какой степени сформированы

необходимые компетенции и профессиональные навыки, насколько эффективно и уместно применяются полученные теоретические знания, зависит уже не только конечный результат их деятельности, но и человеческая жизнь. Возможно, по этой причине в данной группе довольно сильно выражены фундаментальные эмоции страха, стыда и вины.

Таблица 13. Степень выраженности эмоциональных переживаний ситуаций повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей

Показатели	Выборка (n=217)	Группа 1 (n=70)	Группа 2 (n=74)	Группа 3 (n=73)
Позитивные эмоции	25,70 умеренная	24,96 умеренная	25,68 умеренно-выраженная	25,62 умеренно-выраженная
Острые негативные эмоции	19,40 умеренная	19,06 умеренная	20,01 умеренная	19,19 умеренная
Тревожно-депрессивные эмоции	16,3 умеренная	16,10 умеренная	16,53 умеренная	16,16 умеренная

Двухфакторный дисперсионный анализ применялся с целью выявления статистически значимых различий для всей выборки обследованных (см. табл. 14). Установлены значимые различия, связанные с интенсивностью переживания таких эмоций, как отвращение ($p < 0,05$), вина ($p < 0,05$) и интерес ($p < 0,05$). Согласно данным описательной статистики (см. Приложение 3), заинтересованность обучающихся растет с каждым этапом профессиональной подготовки, что, несмотря на высокую напряженность деятельности может свидетельствовать об удовлетворенности выбранной специальностью. Чувство отвращения и вины скорее всего связаны со значительными информационными нагрузками, страхом не справиться со всеми поставленными задачами и некоторой монотонностью выполняемой деятельности.

Таблица 14. Оценка достоверности различий по данным методики «Шкала дифференциальных эмоций» для всей выборки в целом (n=217)

Показатели	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	P
Позитивные эмоции	87,65 / 9305,3	43,82 / 43,84	1,008	0,37
Острые негативные эмоции	39,07 / 13514,1	19,54 / 63,15	0,319	0,73
Тревожно-депрессивные эмоции	7,53 / 10749,4	3,76 / 50,2	0,075	0,93
Интерес	50,77 / 1698,9	25,39 / 7,94	3,197	0,04**
Радость	1,05 / 2542,2	0,52 / 11,9	0,044	0,96
Удивление	9,40 / 1868,6	4,70 / 8,73	0,539	0,58
Горе	7,62 / 1588,2	3,81 / 7,42	0,514	0,60
Гнев	3,29 / 1887,1	1,64 / 8,18	0,186	0,83
Отвращение	15,40 / 1284,1	7,70 / 6,00	3,383	0,03**
Презрение	5,86 / 1016,1	2,93 / 4,75	0,617	0,54
Страх	6,39 / 1337,1	3,20 / 6,25	0,511	0,60
Стыд	3,64 / 1714,8	1,82 / 8,01	0,227	0,80
Вина	16,92 / 1950,9	8,46 / 9,12	0,928	0,02**

**** $p < 0,05$**

Критерий t-Стьюдента для независимых выборок применялся с целью выявить межгрупповые статистически значимые различия (см. табл. 15-17). Установленные статистически значимые различия касаются степени выраженности эмоций интереса и отвращения в группах студентов младших и старших курсов ($p < 0,05$), а также на уровне тенденции по эмоции презрения ($p < 0,1$).

Таблица 15. Оценка достоверности различий по данным методики «Шкала дифференциальных эмоций» (сравнение групп студентов младших и старших курсов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (σ)		Значение t - критерия	P
	1–3 курс	4–6 курс		
Позитивные эмоции	24,96 / 6,81	25,67 / 6,60	-0,643	0,521
Острые негативные эмоции	19,06 / 7,14	20,01 / 8,97	- 0,705	0,522
Тревожно-депрессивные эмоции	16,10 / 7,16	16,53 / 7,37	-0,352	0,482
Интерес	9,76 / 2,95	12,45 / 2,85	-2,825	0,036**
Радость	9,71 / 3,44	9,59 / 3,59	0,204	0,839
Удивление	5,56 / 3,05	5,62 / 2,80	-0,132	0,895
Горе	4,76 / 2,91	5,31 / 2,81	0,397	0,392
Гнев	4,76 / 2,48	4,81 / 3,08	-0,115	0,909
Отвращение	4,46 / 2,35	5,39 / 2,60	-3,541	0,025**
Презрение	4,37 / 2,02	4,76 / 2,41	-1,036	0,093*
Страх	4,80 / 2,65	4,94 / 2,56	-0,336	0,737
Стыд	5,96 / 3,09	5,68 / 2,63	0,590	0,556
Вина	5,31 / 2,81	5,90 / 3,19	-1,178	0,241

* $p < 0,1$

** $p < 0,05$

При сравнении групп 1 и 3 установлены различия по блоку позитивных эмоций на уровне тенденции ($p < 0,1$) и по эмоции интереса ($p < 0,05$). Вероятно, это связано со спецификой деятельности в данной группе обследуемых, так как она приобретает преимущественно практический характер, интерны уже определились со специализацией, имеют четкое представление о своих профессиональных обязанностях, и могут сосредоточиться на реализации себя в профессии, исследовании и решении тех задач, что представляют для них наибольший интерес. По результатам сравнения групп 2 и 3 выявленные

различия по степени выраженности переживания таких эмоций, как страх и отвращение скорее отражают наличие соответствующей тенденции ($p < 0,1$).

Таблица 16. Оценка достоверности различий по данным методики «Шкала дифференциальных эмоций» (сравнение групп студентов младших курсов и интернов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (σ)		Значение t - критерия	Р
	<i>1-3 курс</i>	<i>Интерны</i>		
Позитивные эмоции	24,96 / 6,81	28,52 / 6,37	-1,618	0,103*
Острые негативные эмоции	19,06 / 7,14	19,19 / 7,56	-0,109	0,913
Тревожно-депрессивные эмоции	16,10 / 7,16	16, 18 / 6,71	0,067	0,946
Интерес	9,76 / 2,95	10, 95 / 2,65	-2,535	0,012**
Радость	9,71 / 3,44	9,55 / 3,30	0,295	0,768
Удивление	5,56 / 3,05	6,03 / 3,01	-0,947	0,356
Горе	5,50 / 2,91	5,01 / 2,43	1,025	0,307
Гнев	4,76 / 2,48	5,01 / 3,27	-0,583	0,561
Отвращение	4,46 / 2,35	4,56 / 2,38	-0,505	-0,614
Презрение	4,37 / 2,02	4,47 / 2,08	-0,276	0,783
Страх	4,80 / 2,65	4,53 / 2,29	0,643	0,521
Стыд	5,96 / 3,09	5,68 / 2,77	0,555	0,580
Вина	5,31 / 2,81	5,92 / 3,04	-1,232	0,220

* $p < 0,1$

** $p < 0,05$

Что касается групп 2 и 3, следует обратить внимание на статистически значимые различия по эмоциям отвращения и страха на уровне тенденции ($p < 0,1$). Установленные различия могут быть обусловлены кардинальными перестройками в условиях и содержании учебно-профессиональной

деятельности на уровне последипломного образования и значительном росте личной ответственности, к чему обучающиеся могут быть не вполне готовы и, как следствие, испытывать неуверенность в своей успешности и компетентности.

Таблица 17. Оценка достоверности различий по данным методики «Шкала дифференциальных эмоций» (сравнение групп студентов старших курсов и интернов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения		Значение t - критерия	Р
	<i>4-6 курс</i>	<i>Интерны</i>		
Позитивные эмоции	25,67 / 6,60	28,52 / 6,37	-0,789	0,431
Острые негативные эмоции	20,01 / 8,97	19,19 / 7,56	0,600	0,549
Тревожно-депрессивные эмоции	16,53 / 7,37	16, 18 / 6,71	1.710	0,169
Интерес	12,45 / 2,85	10, 95 / 2,65	-1,100	0,273
Радость	9,59 / 3,59	9,55 / 3,30	0,082	0,935
Удивление	5,62 / 2,80	6,03 / 3,01	-0,846	0,399
Горе	5,31 / 2,81	5,04 / 2,43	0,621	0,535
Гнев	4,81/ 3,08	5,01 / 3,27	-0,440	0,661
Отвращение	5,39 / 2,60	4,65 / 2,38	1,962	0,093*
Презрение	4,76 / 2,41	4,47 / 2,08	0,783	0,434
Страх	4,94 / 2,62	4,53 / 2,29	1,868	0,101*
Стыд	5,68 / 2,63	5,78 / 2,77	-0,021	0,983
Вина	5,90 / 3,19	5,92 / 3,04	-0,024	0,981

* $p < 0,1$

Проведенный сравнительный анализ всего массива данных позволяет выдвинуть предположение о неблагоприятной эмоциональной оценке деятельности обследованными группами студентов. Студенты старших курсов

и интерны характеризуются интенсивными остро-негативными и тревожно-депрессивными эмоциональными переживаниями, что может являться предпосылкой к хронизации стрессовой симптоматики.

В дальнейшем стояла задача описать и качественно интерпретировать данные «Анкет для оценки субъективно важных характеристик деятельности». Оценки субъективной значимости базовых компонентов образа профессиональной ситуации представлены на рис. 14. Сравнительный анализ значений для всей выборки обследованных реализовывался методом двухфакторного дисперсионного анализа (см. табл. 18).

Таблица 18. Оценка достоверности различий по данным методики «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности» для всей выборки в целом (n=217)

Показатели	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	P
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	3864,9 / 902016,3	1932,5 / 4215,0	0,46	0,63
Разнообразие	14,11 / 447,4	7,05 / 2,09	3,37	0,036**
Сложность	8,39 / 383,8	4,20 / 1,79	2,34	0,099***
Значимость	30,57 / 466,5	15,29 / 2,18	7,01	0,001****
Автономия	2,70 / 572,9	0,35 / 2,68	0,13	0,88
Внутренняя обратная связь	4,95 / 394,9	2,48 / 1,85	1,34	0,26
Внешняя обратная связь	9,44 / 454,7	4,72 / 2,13	2,22	0,101*

* $p < 0,1$

** $p < 0,05$

*** $p < 0,01$

**** $p < 0,001$

Установленные статистически значимые различия касаются таких факторов, как «Разнообразие» ($p < 0,05$), «Значимость» ($p < 0,001$), «Сложность» ($p < 0,01$) и «Внешняя обратная связь» на уровне тенденции ($p < 0,1$). Для сравнения межгрупповых результатов применялся критерий t-Стьюдента для

независимых выборок (см. табл. 19-20). В результате выявлены статистически значимые различия для групп 1 и 2 по таким показателям, как и «Сложность» ($p < 0,1$) и «Значимость» ($p < 0,05$).

Таблица 19. Оценка достоверности различий по данным методики «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности» (сравнение групп студентов младших и старших курсов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (<i>σ</i>)		Значение t - критерия	Р
	<i>1–3 курс</i>	<i>4–6 курс</i>		
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	108,8 / 69,6	105,9 / 61,8	0,106	0,985
Разнообразие	4,70 / 1,59	4,68 / 1,39	-1,219	-0,303
Сложность	4,51 / 1,21	4,45 / 1,37	1,674	0,098*
Значимость	5,06 / 1,40	5,11 / 1,40	-2,026	0,045**
Автономия	4,35 / 1,78	4,43 / 1,53	-0,376	0,707
Внутренняя обратная связь	4,89 / 1,38	4,80 / 1,45	0,798	0,423
Внешняя обратная связь	4,89 / 1,32	4,70 / 1,67	0,500	0,619

* $p < 0,1$

** $p < 0,05$

В группах 2 и 3 установлены значимые различия по следующим показателям: «Внутренняя обратная связь» ($p < 0,1$), «Внешняя обратная связь» ($p < 0,05$) и «Значимость» ($p < 0,1$).

Таблица 20. Оценка достоверности различий по данным методики «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности» (сравнение групп студентов старших курсов и интернов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (<i>σ</i>)		Значение t - критерия	P
	<i>4-6 курс</i>	<i>4-6 курс</i>		
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	105,9/61,8	124,77/63,38	-0,862	0,390
Разнообразие	4,68/1,39	5,01/1,35	-1,434	0,154
Сложность	4,45/1,37	5,31/1,42	0,569	0,540
Значимость	5,11/1,40	5,49/1,23	-1,773	0,078*
Автономия	4,43/1,53	4,30/1,60	0,509	0,612
Внутренняя обратная связь	4,80/1,45	5,16/1,35	-1,649	0,097*
Внешняя обратная связь	4,70/1,67	5,16/1,24	-1,951	0,051**

* $p < 0,1$

** $p < 0,05$

В группах 1 и 3 установлены значимые различия по наибольшему количеству базовых компонентов образа профессиональной ситуации – «Значимость» ($p < 0,01$), «Разнообразие» ($p < 0,05$), «Сложность» ($p < 0,05$) и «Внешняя обратная связь» на уровне тенденции ($p < 0,1$).

Таблица 21. Оценка достоверности различий по данным методики «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности» (сравнение групп студентов младших курсов и интернов)

Диагностические показатели	Значения средних и величина станд. отклонения (<i>σ</i>)		Значение t - критерия	P
	<i>1-3 курс</i>	<i>Интерны</i>		
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	105,8 / 69,6	124, 77 / 63,38	-0,806	0,421

Продолжение Таблицы 21

Разнообразие	4,39 / 1,59	5,01 / 1,35	-2,550	0,012***
Сложность	4,79 / 1,21	5,31 / 1,42	2,123	0,035**
Значимость	4,57 / 1,40	5,49 / 1,23	-3,638	0,000****
Автономия	4,33 / 1,78	4,30 / 1,60	0,096	0,923
Внутренняя обратная связь	4,99 / 1,38	5,16 / 1,35	-0,817	0,415
Внешняя обратная связь	4,83 / 1,32	5,19 / 1,24	-1,626	0,103*

* $p < 0,1$ ** $p < 0,05$ *** $p < 0,01$ **** $p < 0,001$

Представленные результаты позволяют определить субъективно значимые для каждой из обследованных групп студентов компоненты образа учебно-профессиональной деятельности. В группе 1 на первый план выходят такие компоненты, как «Внутренняя обратная связь», «Значимость» и «Сложность». В группе 2 субъективной значимостью обладают аналогичные компоненты. Группа 3 особо отмечает такие компоненты образа, как «Внешняя обратная связь», «Внутренняя обратная связь», «Разнообразие» и «Значимость».

Сводная характеристика полученных по методике данных отражена в табл. 22.

Таблица 22. Оценка субъективно значимых компонентов учебно-профессиональной деятельности у обследованных групп студентов

Показатель	Выборка (n=217)	Группа 1 (n=70)	Группа 2 (n=74)	Группа 3 (n=73)
Разнообразие	4,70	4,39	4,08	5,01
Сложность	4,51	4,78	4,24	4,31
Значимость	5,06	4,57	5,01	5,49
Автономия	4,35	4,33	4,23	4,30

Продолжение Таблицы 22

Обратная связь	4,98	4,99	4,79	5,36
Обратная связь (коллеги, руководство)	4,90	4,23	4,07	5,19
Индекс потенциальной мотивации	108,84 умеренная мотивация	105,79 умеренная мотивация	105,87 умеренная мотивация	129,77 отн. высокая мотивация

В каждой из групп студентов «акценты» расставлены по-разному. В группе 1 первостепенное значение имеет ценность решаемых ими задач и возможность применить свои критерии оценки успешности. На данном этапе происходит усвоение первичных специальных знаний, ключевые компетенции и профессионально важные качества находятся в процессе формирования.

Обследованные, входящие в группу 1, ориентированы на решение трудных учебных и практических задач. Успешное решение таких задач предполагает наращивание практического опыта, а также позитивную обратную связь.

В группе 2 первостепенную значимость приобретает ценность осуществляемой деятельности для окружающих, при этом стремление к автономии, желание решать более разнообразные и трудные задачи перестает быть приоритетным. Студенты в группе 2 отличаются большей автономностью и значительно меньше ориентируются на мнение окружающих. Приоритетное значение приобретают субъективные представления наряду с возможностью применять субъективные критерии оценки учебно-профессиональной деятельности, а также удовлетворенность студентов достигнутыми успехами. На данном этапе подготовки, как было отмечено ранее, перед студентами встает вопрос профессионального самоопределения. Можно предположить, что выбор будущей специализации и связанный с этим страх ошибки подталкивает

студентов к рефлексии. Некоторые специализации предполагают отбор по более жестким критериям.

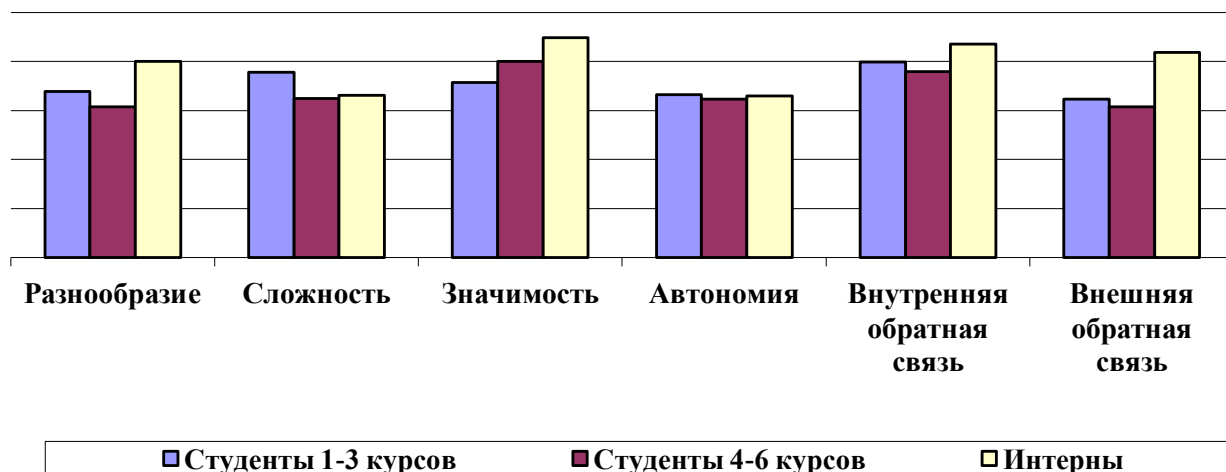


Рис. 14. Оценки по базовым компонентам образа профессиональной ситуации

Студенты в группе 3 отличаются наиболее целостным представлением о будущей профессиональной деятельности. Такие базовые компоненты образа, как «Разнообразие» и «Значимость» в данной группе преобладают, при этом такой компонент, как «Сложность» обладает меньшей субъективной значимостью.

На этом этапе подготовки студенты вступают в профессиональное сообщество. Конкуренция с целью проявить себя наилучшим образом не является их приоритетной задачей. Молодые специалисты придают равное значение как стабильной обратной связи от своего окружения, так и возможности применять собственные критерии успешности при оценке результатов учебно-профессиональной деятельности. В группе 3 значение индекса потенциальной мотивации самое высокое, и это может косвенно свидетельствовать о том, что обучающиеся адаптированы к существующим условиям и содержанию трудовой деятельности, а также указывать на их

включенность в трудовой процесс, желание работать и развиваться в выбранной профессии.

На основании проведенного анализа эмпирических данных можно сформулировать следующие выводы:

1. В группе студентов младших курсов отмечается ухудшение общего самочувствия, что может привести к физиологическому истощению и, следовательно, снижению приспособляемости к стрессу. Симптоматика физиологического истощения, в отличие от двух других групп студентов, выражена в наименьшей степени. Обучающиеся на младших курсах психологически благополучнее по сравнению с обучающимися на старших курсах, и в данной группе превалирует фактор эмоционального напряжения. На этом уровне образования эмоциональные переживания у студентов носят устойчивый характер с преобладанием эмоций как позитивного, так и остро-негативного спектра. Полученные данные свидетельствуют об удовлетворенности студентов выбранной профессией. Бывшие абитуриенты испытывают положительные эмоции в связи с получением желаемого статуса студента медицинского вуза. При этом будущие врачи осведомлены о потенциальных сложностях освоения профессии и уже на начальном этапе обучения сталкиваются с трудностями, характерными для профессиональной медицинской деятельности.

2. Студенты старших курсов проявляют симптомы эмоциональной пресыщенности и физиологического истощения. Переживания остро-негативного спектра, преобладающие в эмоциональном фоне, свидетельствуют о неудовлетворенности содержанием учебной деятельности, своей успешностью и соответствием полученных теоретических знаний и практических навыков предъявляемым требованиям. Студенты оценивают свою деятельность как сложную, эмоционально напряженную, и испытывают трудности в общении. Такая симптоматика переживания острого стресса, вызванная объективными трудностями в реализации учебно-профессиональной

деятельности в течение длительного времени, объясняет установленные признаки соматизации и хронизации стресса.

3. На уровне последиplomного образования происходит интенсивная хронизация стрессовой симптоматики, что проявляется как на физиологическом, так и на эмоциональном уровне. Кардинальные перестройки в структуре учебно-профессиональной деятельности, которыми сопровождается данный уровень образования, обуславливают тревожно-депрессивный характер эмоциональных переживаний интернов. У них сложилось адекватное существующим условиям отношение к профессии, однако они не уверены в значимости их деятельности для общества и стремятся подтвердить свою квалификацию, решая широкий спектр профессиональных задач.

4. Формирование целостного, дифференцированного субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в процессе обучения способствует более успешному совладанию с внутренними факторами, способствующими развитию стресса.

4.2. Роль субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации в развитии и переживании стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования

С целью выяснить, отражают ли полученные данные случайные, не связанные определенными закономерностями явления, или же представляют из себя комплекс факторов, оказывающих влияние на развитие и переживание состояний повышенной напряжённости, был проведён корреляционный анализ, на основании которого были установлены статистически значимые взаимосвязи между основными показателями психодиагностических методик (см. Приложения 5.1–5.4, табл. 1–4).

Корреляционные плеяды



Рис. 15. Корреляционные плеяды основных показателей психодиагностических методик («сплошной» рамкой обозначены положительные корреляционные связи, пунктирной – отрицательные)

Проведенный корреляционный анализ по всем основным показателям методик позволил выявить ряд закономерностей. Слабые положительные связи между такой субъективно значимой характеристикой деятельности как разнообразие и эмоцией интереса ($p < 0,01$), а также блоком позитивных эмоций в целом ($p < 0,01$) могут косвенно свидетельствовать о том, что положительное отношение к учебно-профессиональной деятельности способствует более успешной её реализации и повышенной мотивационной включённости в каждый из аспектов.

Установлены также слабые отрицательные связи данной характеристики с рядом симптомов острого стресса, а именно: нарушения в поведении ($p < 0,05$), общее самочувствие ($p < 0,01$), и, собственно, с интегральным показателем общего индекса острого стресса ($p < 0,05$). Фактор разнообразия взаимосвязан и с некоторыми субшкалами хронического стресса (направленность связи слабо отрицательная) – агрессия ($p < 0,05$), астенизация ($p < 0,01$) и общий индекс хронического стресса ($p < 0,05$). Соответственно, можно предположить, что чем шире диапазон решаемых обучающимися задач, тем больше у них внутренних ресурсов для успешного совладания со стрессом и его негативными последствиями.

Для фактора значимости методики «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности» обнаружено большое количество корреляционных связей с показателями других методик. В первую очередь это слабые положительные корреляции с эмоциями интереса ($p < 0,01$), радости ($p < 0,05$), гнева ($p < 0,05$) и блоком позитивных эмоций ($p < 0,01$). Соответственно, осознание ценности осуществляемой учебно-профессиональной деятельности не только способствует формированию положительного отношения к ней, но также стимулирует конкуренцию в рядах обучающихся с целью проявить себя наилучшим образом.

Указанная характеристика деятельности также слабо отрицательно коррелирует с большинством симптомов острого и хронического стресса:

когнитивная напряженность ($p < 0,05$), трудности в общении ($p < 0,05$), нарушения в поведении ($p < 0,01$), общее самочувствие ($p < 0,05$), общий индекс острого стресса ($p < 0,01$), тревога ($p < 0,01$), агрессия ($p < 0,05$), депрессивность ($p < 0,01$), астенизация ($p < 0,01$), психосоматические реакции ($p < 0,05$) и общий индекс хронического стресса ($p < 0,01$). Следовательно, признание деятельности обучающихся как важной и продуктивной играет важную роль в успешном совладании со стрессом и препятствует хронизации его симптомов.

Фактор автономии слабо отрицательно коррелирует с рядом симптомов хронического стресса: агрессия ($p < 0,01$), депрессивность ($p < 0,05$), астенизация ($p < 0,01$), нарушения сна ($p < 0,05$) и собственно с интегральным показателем общего индекса хронического стресса ($p < 0,01$). Это позволяет предположить, что создание условий, в которых обучающиеся могут самостоятельно решать поставленные задачи, вырабатывая собственные стратегии и подходы, в первую очередь препятствует накоплению негативных последствий стресса и переходу острых состояний в хронические.

Установлены слабые положительные корреляции между фактором внутренней обратной связи и эмоциями интереса ($p < 0,01$), радости ($p < 0,01$), презрения ($p < 0,05$) и блоком позитивных эмоций ($p < 0,01$). Когда обучающиеся вырабатывают собственные критерии оценки успешности, адекватные содержанию и условиям учебно-профессиональной деятельности, и способны применить их для анализа своей продуктивности, это во многом определяет положительное субъективное отношение к будущей профессии и способствует умеренной, «здоровой» самокритичности.

Выявленные слабо отрицательные корреляции с субшкалой острого стресса общее самочувствие ($p < 0,05$) и такими субшкалами хронического стресса, как депрессивность ($p < 0,05$) и астенизация ($p < 0,05$) указывают на роль данной субъективно значимой характеристики учебно-профессиональной деятельности в успешном совладании с негативными последствиями стресса.

Внешняя обратная связь имеет слабо положительные корреляции с эмоцией радости ($p < 0,01$) и блоком позитивных эмоций ($p < 0,05$). Это может быть связано с тем, что налаженная обратная связь со значимым окружением в условиях учебно-профессиональной деятельности, наряду с конструктивной критикой применяемых способов решения квазипрофессиональных и собственно профессиональных задач обуславливает формирование положительного отношения к будущей профессии и выступает дополнительным источником мотивации для обучающихся.

Интегральный показатель методики «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности» ИПМ – индекс потенциальной мотивации – слабо положительно коррелирует с эмоциями интереса ($p < 0,01$) и радости ($p < 0,05$), а также блоком позитивных эмоций ($p < 0,01$). Это может косвенно свидетельствовать в пользу предположения о том, что формирование положительного субъективного отношения к учебно-профессиональной деятельности обуславливает мотивационную включенность в процесс ее реализации.

Индекс потенциальной мотивации имеет слабые отрицательные корреляционные связи и со многими симптомами острого и хронического стресса: нарушения в поведении ($p < 0,05$), общее самочувствие ($p < 0,01$), общий индекс острого стресса ($p < 0,05$), тревога ($p < 0,05$), агрессия ($p < 0,01$), депрессивность ($p < 0,05$), астенизация ($p < 0,01$) и общий индекс хронического стресса. Установленные закономерности указывают на значительную роль мотивационной включенности в учебно-профессиональную деятельность в успешном совладании со стрессовыми ситуациями и сопряженными негативными последствиями, замедляя процесс хронизации стрессовой симптоматики.

Полученные результаты подчеркивают значимость формирования положительного субъективного отношения к учебно-профессиональной деятельности в качестве дополнительного ресурса для преодоления негативных

последствий стресса и повышения мотивационной включенности в нее, а также его определяющую роль в качестве фактора развития стресса у студентов медицинских специальностей.

В целях обоснования предположения, сформулированного в основной гипотезу о влиянии специфических особенностей субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации на формирование ситуаций повышенной напряженности и совладание с ними студентов-медиков на каждом уровне образования, были факторизованы основные показатели «Анкеты для оценки субъективно важных характеристик деятельности». Полученное трехфакторное решение выглядит следующим образом (см. табл. 23):

1. Фактор 1 отражает значимую роль обратной связи в повышении мотивационной включенности в учебно-профессиональную деятельность;
2. фактор 2 описывает субъективные представления обучающихся о разнообразии форм учебно-профессиональной деятельности и степени значимости их выполнения;
3. фактор 3 характеризует рост автономности обучающихся при высоком уровне мотивационной включенности в учебно-профессиональную деятельность.

Таблица 23. Факторная структура методики JDS (n = 217)

Мотивационная включенность при наличии обратной связи	Содержательная насыщенность и значимость учебно-профессиональной деятельности	Самостоятельность при мотивационной включенности
<i>(вес = 1,82; %σ = 26,03%)</i>	<i>(вес = 1,75; %σ = 24,97%)</i>	<i>(вес = 1,65; %σ = 23,50%)</i>
Внешняя обратная связь (0,833) Внутренняя обратная связь (0,856) ИПМ (0,517)	Разнообразие (0,761) Сложность (0,613) Значимость (0,736)	Автономия (0,917) ИПМ (0,688)

В полученном трехфакторном решении первостепенное значение приобретает мотивационная включенность, косвенно отражающая степень удовлетворенности выбранной сферой специализации, а также свидетельствующая о целостности и адекватности формирующегося субъективного образа учебно-профессиональной ситуации. Позитивная эмоциональная оценка и высокая степень дифференцированности субъективного образа профессии усиливает мотивационную направленность на дальнейшее развитие в выбранной области. Для каждой отдельной группы испытуемых были получены двух- и трехфакторные решения (см. табл. 24-26).

Таблица 24. Факторная структура методики JDS для группы студентов младших курсов (n=70)

Мотивационная включенность при содержательной насыщенности и самостоятельности учебно-профессиональной деятельности (вес = 2,81; %σ = 40,19%)	Содержательная значимость учебно-профессиональной деятельности при наличии внешней обратной связи (вес = 1,71; %σ = 24,40%)
Сложность (0,548) Автономия (0,848) Внутренняя обратная связь (0,792) ИПМ (0,898)	Разнообразие (0,588) Значимость (0,881) Внешняя обратная связь (0,600)

Можно предложить следующую интерпретацию выведенного для студентов младших курсов двухфакторного решения:

- Фактор 1 отражает высокий уровень мотивационной включенности в учебно-профессиональную деятельность при условии ее содержательной насыщенности и возможности самостоятельной реализации;
- фактор 2 характеризуется содержательностью и значимостью выполняемой учебно-профессиональной деятельности при наличии обратной связи от коллег и руководства.

В выведенной факторной структуре прослеживается уже отмеченное ранее стремление студентов младших курсов проявить себя лучшим образом перед сокурсниками и преподавателями, самостоятельно решая сложные учебные и практические задачи. Получая внешнее подтверждение своей успешности, студенты младших курсов с большим энтузиазмом погружаются в учебную и трудовую среду.

Таблица 25. Факторная структура методики JDS для группы студентов старших курсов (n=74)

Мотивационная включенность при содержательном разнообразии самостоятельно реализуемой учебно-профессиональной деятельности (вес = 2,27, %σ = 32,40%)	Значимость учебно-профессиональной деятельности при наличии обратной связи (вес = 2,06; %σ = 29,38%)
Разнообразие (0,785) Сложность (0,628) Значимость (0,743) ИПМ (0,898)	Значимость (0,499) Внутренняя обратная связь (0,903) Внешняя обратная связь (0,782) ИПМ (0,590)

Для группы студентов старших курсов также было получено двухфакторное решение:

- фактор 1 характеризуется мотивационной включенностью в учебно-профессиональную деятельность при ее содержательном разнообразии и независимом выполнении;
- фактор 2 связан со значимостью учебно-профессиональной деятельности при получении как внешней, так и внутренней обратной связи.

С каждым этапом профессиональной подготовки растет потребность в независимом принятии решений и возможности самостоятельно справляться с поставленными задачами, демонстрировать готовность к новому жизненному этапу – выбору специализации. Поэтому студентам старших курсов необходимо мобилизовать все имеющиеся у них ресурсы для успешного самоопределения. Они вырабатывают собственные критерии оценки своей

продуктивности, которые имеют более высокий приоритет, чем одобрение коллег и старших товарищей.

Таблица 26. Факторная структура методики JDS для группы интернов (n=73)

Содержательная насыщенность и значимость учебно-профессиональной деятельности (вес = 2,02, %σ = 28,60%)	Наличие обратной связи (вес = 1,92; %σ = 27,41%)	Мотивационная включенность при самостоятельной реализации учебно-профессиональной деятельности (вес = 1,60; %σ = 22,91%)
Разнообразие (0,815) Сложность (0,829) Значимость (0,637)	Внутренняя обратная связь (0,825) Внешняя обратная связь (0,838)	Автономия (0,973) ИПМ (0,730)

В группе интернов выведено трехфакторное решение, которое возможно интерпретировать следующим образом:

- фактор 1 описывает содержательную насыщенность и значимость осуществляемой учебно-профессиональной деятельности;
- фактор 2 характеризуется потребностью во внешней и внутренней обратной связи;
- фактор 3 связан с мотивационной включенностью в учебно-профессиональную деятельность при автономности ее выполнения.

На данном этапе профессиональной подготовки будущие врачи фактически вступают в профессиональное сообщество, получают право самостоятельно вести больных, по мере необходимости обращаясь за консультацией к более опытным коллегам. Интерны осознают меру ответственности за принимаемые решения, что мотивирует их максимально компетентно выполнять порученные им задания. Они ценят возможность

действовать по собственному усмотрению, но при этом открыты для конструктивной критики со стороны коллег и руководителей.

В каждой из проанализированных факторных структур прослеживается своя специфика, связанная с конкретным уровнем образования. В каждой из обследованных групп свои комбинации субъективно значимых компонентов учебно-профессиональной ситуации. Формирование субъективного образа происходит стихийно и непосредственно связано с удовлетворенностью выполняемой деятельностью, мотивационной включенностью в учебный и трудовой процесс. У интернов субъективный образ учебно-профессиональной деятельности наиболее структурирован и целостен, что косвенно указывает на успешность профессионализации.

В целях обосновать выдвинутое предположение, а также проверить гипотезу о том, что специфические проявления состояний повышенной напряженности, возникающие у студентов медицинских специальностей, отличаются на каждом уровне образования и подвержены воздействию формирующегося целостного образа учебно-профессиональной ситуации, а также с учетом закономерностей, установленных в полученных корреляционных плеядах, был факторизован весь массив полученных по обследованной выборке данных. Выведенное трехфакторное решение представлено в табл. 27.

Можно дать следующую интерпретацию полученной факторной структуры:

- фактор 1 отражает степень сформированности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации и уровень мотивационной включенности в учебно-профессиональную деятельность;
- фактор 2 определяет субъективную оценку учебно-профессиональной деятельности и связанный с ней процесс хронизации симптомов стресса;

- фактор 3 описывает процесс эмоциональной регуляции переживания стрессовых состояний.

Таблица 27. Структура переживания стресса студентов медицинских специальностей (n= 217)

Формирование субъективного образа профессии	Отношение к учебно-профессиональной деятельности с выходом на «хронизацию» стресса	Эмоциональная регуляция стресса
<i>Вес = 2,95</i> <i>% дисперсии = 24,56</i>	<i>Вес = 2,20</i> <i>% дисперсии = 18,33</i>	<i>Вес = 1,88</i> <i>% дисперсии = 15,69</i>
ИПМ (0,945) Разнообразие (0,582) Сложность (0,635) Автономия (0,696) Внутренняя обратная связь (0,617) Внешняя обратная связь (0,565)	Общий индекс острого стресса (0,605) Общий индекс хронического стресса (0,643) Негативные эмоции (0,800) Тревожно-депрессивные эмоции (0,817)	Значимость (0,513) Общий индекс острого стресса (-0,634) Общий индекс хронического стресса (-0,579) Позитивные эмоции (0,766)

Стоит обратить внимание на устойчивую взаимосвязь между интенсивностью переживания стрессовых состояний и эмоциональными реакциями. Негативные эмоциональные переживания формируют благоприятные условия для ускорения процесса хронизации симптоматики стресса. Положительно окрашенные эмоциональные переживания, напротив, могут служить одним из эффективных средств совладания с ситуациями повышенной напряженности.

Не менее значимую роль в успешном преодолении ситуаций повышенной напряженности в учебно-профессиональной деятельности играет субъективное отношение к учебно-профессиональной ситуации, его целостность и адекватность объективному содержанию деятельности. Данный конструкт формируется стихийно, процесс его дифференциации начинается с первого года подготовки, продолжаясь и после завершения обучения. В каждой из

обследованных групп студентов субъективную значимость приобретают конкретные компоненты образа учебно-профессиональной ситуации, связанные с особенностями каждого уровня образования.

Были также выведены факторные структуры, отражающие качественные различия в переживании психологического стресса, связанные с уровнем подготовки (см. табл. 28-30). У студентов младших курсов данная структура идентична факторному решению, выведенному для всей обследованной выборки.

Таблица 28. Структура переживания стрессовых состояний у студентов младших курсов (n=70)

Формирование субъективного образа профессии (вес = 3,72, $\% \sigma = 31,01\%$)	Отношение к учебно-профессиональной деятельности с выходом на «хронизацию» стресса (вес = 2,52, $\% \sigma = 21,01\%$)	Эмоциональная регуляция стресса (вес = 1,30, $\% \sigma = 10,49\%$)
ИПМ (0,885) Разнообразие (0,678) Сложность (0,642) Автономия (0,582) Внутренняя обратная связь (0,804) Внешняя обратная связь (0,638)	Общий индекс острого стресса (0,605) Общий индекс хронического стресса (0,643) Негативные эмоции (0,800) Тревожно-депрессивные эмоции (0,817)	Значимость (0,672) Общий индекс острого стресса (-0,613) Общий индекс хронического стресса (-0,539) Позитивные эмоции (0,727)

Ниже представлено факторное решение, выведенное для студентов старших курсов:

- фактор 1 характеризует позитивно окрашенную эмоциональную оценку учебно-профессиональной ситуации и степень мотивационной включенности в учебно-профессиональную деятельность;
- фактор 2 указывает на неблагоприятные эмоциональные реакции, обусловленные недостаточной автономностью обучающихся;

- фактор 3 отражает тенденцию к снижению стресс-резистентности при негативно окрашенной эмоциональной оценке учебно-профессиональной деятельности.

Таблица 29. Структура переживания стрессовых состояний у студентов старших курсов (n=74)

Положительный образ трудовой ситуации и мотивационная включённость <i>(вес = 3,76, %σ = 31,36%)</i>	Ухудшение эмоционального фона учебно- профессиональной деятельности при недостатке автономности поведения <i>(вес = 2,04, %σ = 16,96%)</i>	Интенсификация переживания стресса при неблагоприятном эмоциональном фоне учебно- профессиональной деятельности <i>(вес = 1,39, %σ = 11,62%)</i>
ИПМ (0,894) Разнообразие (0,511) Сложность (0,655) Значимость (0,539) Автономия (0,536) Внутренняя обратная связь (0,597) Внешняя обратная связь (0,772)	Автономия (-0,405) Негативные эмоции (0,805) Тревожно-депрессивные эмоции (0,857)	Общий индекс острого стресса (-0,841) Общий индекс хронического стресса (-0,820) Позитивные эмоции (-0,686)

В данной группе отмечается ухудшение эмоционального фона деятельности при недостаточной независимости в принятии решений и выполнении поставленных перед ними задач. Негативная эмоциональная оценка учебно-профессиональной деятельности может стимулировать переход острых стрессовых состояний в хронические синдромы.

**Таблица 30. Структура переживания стрессовых состояний у интернов
(n=73)**

Переживания острого и хронического стресса с выраженной негативной эмоциональной окраской (вес = 3,76, %σ = 31,36%)	Позитивное мотивационное отношение к содержанию учебно-профессиональной деятельности (вес = 2,04, %σ = 16,96%)	Позитивная эмоциональная окраска получения обратной связи (вес = 1,39, %σ = 11,62%)
Общий индекс острого стресса (0,754) Общий индекс хронического стресса (0,732) Негативные эмоции (0,780) Тревожно-депрессивные эмоции (0,762)	ИПМ (0,820) Разнообразие (0,695) Сложность (0,790) Значимость (0,549) Автономия (0,565)	Внутренняя обратная связь (0,764) Внешняя обратная связь (0,655) Позитивные эмоции (0,614)

Факторная структура, выведенная для группы интернов, представлена следующими компонентами:

- фактор 1 описывает неблагоприятное влияние негативно окрашенной эмоциональной оценки деятельности на восприимчивость к острым и хроническим стрессовым состояниям;
- фактор 2 отражает значимость мотивационной включенности при оценке содержания учебно-профессиональной деятельности;
- фактор 3 характеризует значимость влияния стабильной внешней и внутренней обратной связи на модальность эмоциональных переживаний.

Обследованная группа интернов также характеризуется значимым вкладом негативно окрашенной эмоциональной оценки учебно-профессиональной деятельности в развитие хронических стрессовых состояний. Хотя данный уровень образования сопряжен со значительными психофизиологическими нагрузками, интерны демонстрируют высокую мотивационную включенность в учебно-профессиональную деятельность,

удовлетворены ее содержанием и позитивно оценивают возможность самостоятельной оценки результатов, а также получения обратной связи от коллег и наставников. Наличие стабильной внутренней и внешней обратной связи способствует эмоциональной регуляции учебно-профессиональной деятельности и нивелирует негативные эффекты переживания стрессовых состояний.

Весь массив полученных данных также был кластеризован, что позволило распределить респондентов по критерию «благополучия» и «неблагополучия». Критерий «благополучия» («Кластер 1») отражает тенденцию сформированного, целостного субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации служить эффективным инструментом совладания с неблагоприятными симптомами переживания стресса. Критерий «неблагополучия» («Кластер 2»), напротив, характеризуется недифференцированным субъективным отношением к профессиональной ситуации, что неблагоприятно влияет на способность справляться с ситуациями повышенной напряженности. Регрессионный анализ данных позволил выявить имеющие высокую статистическую значимость различия по всем компонентам трехфакторного решения. Сводные данные по результатам кластеризации отражены в табл. 31.

Таблица 31. Детерминированные степенью сформированности субъективных представлений о профессиональной ситуации различия в факторной структуре

Факторы	Кластер 1 (147 чел.)	Кластер 2 (69 чел.)	P
Формирование субъективного образа профессии	0,12317	-0,26558	0,007
Отношение к деятельности с выходом на «хронизацию» стресса	-0,48100	1,03716	0,000
Эмоциональная регуляция стресса	-0,27126	0,58491	0,000

В кластере 2 испытуемых оказалось значительно меньше, чем в кластере 1, что позволяет вынести предположение об оптимальности условий формирования субъективных представлений об учебно-профессиональной ситуации, соответствующих объективному содержанию будущей трудовой деятельности. Кроме того, это может косвенно свидетельствовать о субъективной удовлетворенности будущих врачей получаемым образованием.

Сводные результаты сравнительного анализа полученных показателей с учетом разделения на кластеры в пределах обследованных групп представлены в табл. 32.

Таблица 32. Сравнение «благополучного» и «неблагополучного» кластеров для студентов младших курсов (70 чел.)

Основные показатели	Кластер 1 (45 чел.)	Кластер 2 (25 чел.)	P
Позитивные эмоции	26,35	30,88	0,034
Негативные эмоции	16,64	23,33	0,009
Тревожно-депрессивные эмоции	13	22,66	0,001
Общий индекс острого стресса	32,65	32,96	-
Общий индекс хронического стресса	40,98	44,84	-
Индекс потенциальной мотивации	105,02	122,62	-
Разнообразие	4,52	4,55	-
Сложность	4,94	4,33	0,107
Значимость	6,35	5,22	0,039
Автономия	3,47	4,55	-
Внутренняя обратная связь	4,58	5,55	-
Внешняя обратная связь	4,88	5,66	-

Кластер 2 отличается более интенсивными позитивными эмоциональными переживаниями ($p < 0,05$). Тем не менее, по сравнению с кластером 1, отмечается также большая выраженность остро-негативных и тревожно-депрессивных эмоциональных переживаний, и эти различия статистически значимы ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, соответственно). Хотя не было выявлено статистически значимых различий по интегральным показателям острого и хронического стресса, их высокие значения в кластере 2 могут быть

связаны с негативной эмоциональной окрашенностью фона учебно-профессиональной деятельности. Обучающиеся на младших курсах, входящие в кластер 1, характеризуются более целостными субъективными представлениями о будущей профессии. Они ориентированы на выполнение более трудных учебных и практических задач ($p < 0,1$), принимают во внимание ценность собственной активности для окружающих ($p < 0,05$). Студенты, вошедшие в кластер 2, придают большую субъективную значимость автономности собственных действий и возможности применять собственные критерии оценки продуктивности. Недостаточная сформированность профессиональных компетенций и важных для специалиста индивидуальных качеств значительно затрудняют актуализацию имеющихся приоритетов, что, в свою очередь, негативно влияет на эмоциональную оценку учебно-профессиональной деятельности и стресс-резистентность.

Таблица 33. Сравнение «благополучного» и «неблагополучного» кластеров для студентов старших курсов (73 чел.)

Основные показатели	Кластер 1 (58 чел.)	Кластер 2 (15 чел.)	P
Позитивные эмоции	25,29	31,50	0,048
Негативные эмоции	15,70	27	0,009
Тревожно-депрессивные эмоции	14,04	23	0,000
Общий индекс острого стресса	39,24	30,19	0,037
Общий индекс хронического стресса	46,78	43,17	
Индекс потенциальной мотивации	115,53	77,60	
Разнообразие	4,87	4,50	
Сложность	4,66	4,50	
Значимость	5,41	5,50	0,038
Автономия	4,58	3,33	0,042
Внешняя обратная связь	4,58	4,50	
Внутренняя обратная связь	4,75	4,83	

Студенты в кластере 2 характеризуются более интенсивными позитивными и негативными эмоциональными переживаниями. Этим,

предположительно, можно объяснить невысокое значение такого интегрального показателя, как индекс общего стресса, так как ускоряется хронизация состояний повышенной напряженности. Интересным представляется высокое значение индекса потенциальной мотивации студентов кластера 1 на фоне довольно интенсивного переживания состояний острого и хронического стресса, что можно рассматривать как косвенный признак сохранения текущих профессиональных интересов обучающихся. Погружение в практические аспекты будущей профессиональной деятельности сопровождается формированием базы специализированных знаний, ключевых умений и навыков, налаживанием социальных контактов и ориентацией на внешние критерии оценки деятельности. Студенты кластера 2 не проявляют высокой профессиональной заинтересованности, предпочитая фокусироваться на личных переживаниях.

Таблица 34. Сравнение «благополучного» и «неблагополучного» кластеров у интернов (n=73)

Основные показатели	Кластер 1 (49 чел.)	Кластер 2 (24 чел.)	P
Позитивные эмоции	25,53	30,87	
Негативные эмоции	16,53	22,87	0,005
Тревожно-депрессивные эмоции	14,21	20,12	0,001
Общий индекс острого стресса	33,85	35,01	
Общий индекс хронического стресса	36,09	43,88	0,064
Индекс потенциальной мотивации	130,54	90,18	0,041
Разнообразие	5,14	4,81	
Сложность	4,50	3,93	
Значимость	5,39	5,81	
Автономия	4,96	2,87	0,000
Внутренняя обратная связь	5,03	5,87	0,023
Внешняя обратная связь	5,03	5,68	0,040

В группе интернов отмечается аналогичная тенденция – кластер 2 в целом переживает позитивные эмоциональные состояния более интенсивно по сравнению с кластером 1. Следует отметить характерное для кластера 1

снижение показателей степени выраженности негативных эмоциональных переживаний и такого интегрального показателя, как общий индекс хронического стресса. Косвенно обозначенные тенденции указывают на более благоприятную эмоциональную оценку учебно-профессиональной деятельности, что способствует продуктивному совладанию с ситуациями повышенной напряженности. Интерны кластера 1 ориентированы на решение комплексных профессиональных задач и личную ответственность за реализацию профессиональных функций. Интерны кластера 2 фокусируются на субъективных переживаниях, что повышает значимость внешнего контроля при сохранении возможности оценивать собственные успехи с применением субъективных критериев. Возможно, сомнения в наличии необходимых профессиональных компетенций приводят к избеганию личной ответственности и приоритетности элементарных, монотонных специальных задач.

Отдельный интерес для данного исследования представляют результаты, полученные при проведении сравнительного анализа субъективно значимых факторов повышенной напряженности, которые студенты в каждом из выделенных кластеров отмечали при заполнении анкеты-интервью. Сводная характеристика результатов проведенного сравнения в каждой из обследованных групп студентов-медиков с учетом разделения на кластеры отражена в табл. 35– 37.

Таблица 35. Субъективно значимые факторы напряженности в группе студентов младших курсов (по кластерам)

Факторы	Кластер 1 (45 чел.)	Кластер 2 (25 чел.)
Учеба практически не оставляет времени на отдых и личную жизнь	41,2% (19 чел.)	22,2% (6 чел.)

Продолжение Таблицы 35

Подготовка к «обязательным» предметам не позволяет заниматься тем, что действительно интересно	29,4% (13 чел.)	11,1% (3 чел.)
Освоить все предметы за семестр не представляется возможным, и к сессии накапливается большой объем информации	58,8% (26 чел.)	22,2% (6 чел.)
Из-за большого количества изучаемых предметов трудно как следует подготовиться к каждому занятию	58,8% (26 чел.)	44,4% (11 чел.)
Приходится посвящать учебе вечерние и ночные часы	64,7% (29 чел.)	44,4% (11 чел.)

Как следует из таблицы 35, различия между кластерами в первой группе связаны в основном с учебной деятельностью, причем в кластере 1 перечисленные субъективно значимые факторы напряженности отметило большинство студентов. Возможно, это связано с тем, что у студентов, входящих в первый кластер, учеба вызывает больший интерес, чем у студентов во втором кластере. Именно мотивационная включенность в значительной мере создает благоприятные условия для формирования целостного субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации уже в первые годы обучения.

Таблица 36. Субъективно значимые факторы напряженности в группе студентов старших курсов (по кластерам)

Факторы	Кластер 1 (50 чел.)	Кластер 2 (12 чел.)
Учеба практически не оставляет времени на отдых и личную жизнь	37,5% (19 чел.)	-

Продолжение Таблицы 36

Освоить все предметы за семестр не представляется возможным, и к сессии накапливается большой объем информации	25,0% (13 чел.)	-
Полученная на экзамене оценка может не зависеть от действительно имеющихся знаний	37,5% (19 чел.)	-

Как уже упоминалось выше, факторы напряженности были добавлены в анкету уже на этапе дополнительного исследования, поэтому во второй и третьей группах обрабатывались данные, полученные на ограниченной выборке. Во второй группе мы видим картину, сходную с ситуацией в первой группе. Студенты, вошедшие в «неблагополучный» кластер, не отметили указанные в таблице 38 факторы как дополнительные стрессоры. Это может косвенно свидетельствовать о сниженной мотивации и потере заинтересованности в обучении во втором кластере. Недостаточно проработанная теоретическая база может вызывать затруднения при реализации практической деятельности и, предположительно, препятствовать формированию адекватного субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации.

Таблица 37. Субъективно значимые факторы напряженности в группе интернов (по кластерам)

Факторы	Кластер 1 (39 чел.)	Кластер 2 (17 чел.)
Необходимость совмещать учебу и работу	31,6% (12 чел.)	22,2% (4 чел.)
Приходится посвящать учебе вечерние и ночные часы	21,1% (8 чел.)	11,1% (2 чел.)
Полученная на экзамене оценка может не зависеть от действительно имеющихся знаний	21,1% (8 чел.)	11,1% (2 чел.)

Интерны в «благополучном» первом кластере сохраняют интерес как к теоретическому, так и практическому аспектам деятельности. Они чувствуют себя уверенно в выбранной сфере профессиональной деятельности, и, хотя элементы формального контроля на данном уровне образования постепенно отходят на второй план, интерны со сформированным отношением к профессиональной ситуации относятся к экзаменам по-прежнему серьезно, как к способу оценки уровня их компетентности.

Интересно, что при проведении сравнительного анализа в группе интернов были также отмечены различия по демографическим характеристикам.

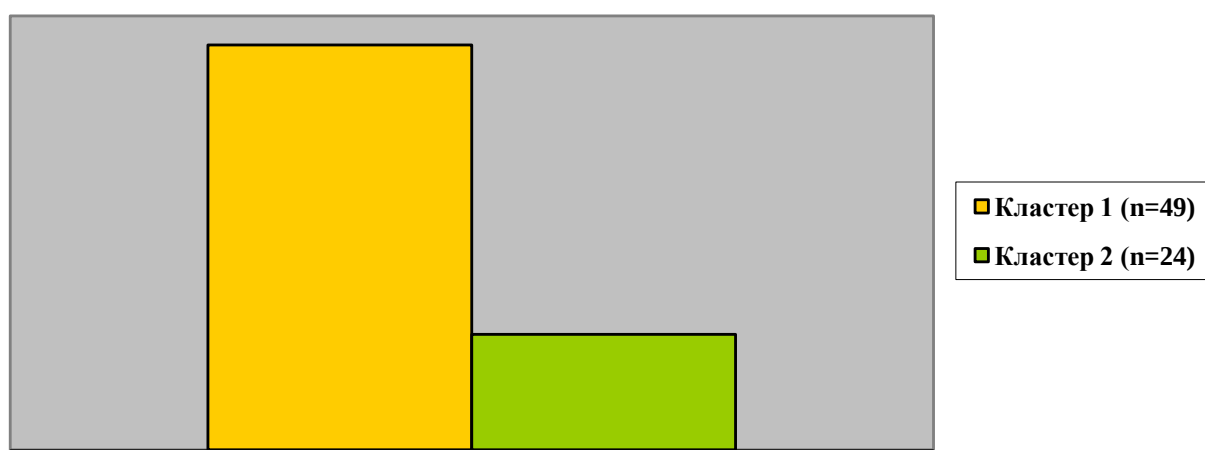


Рис. 16. Работа по специальности в группе интернов (по кластерам)

На рис. 16 видно, что только половина интернов из «неблагополучного» кластера работает по специальности, что объясняет и меньшее количество оценок по такому фактору напряженности как «Необходимость совмещать учебу и работу» (см. таблицу 39). Полученные данные косвенно подтверждают наше предположение о том, что интерны с несформированным субъективным отношением к учебно-профессиональной ситуации в меньшей степени уверены

в собственной компетентности, что ведет к негативной оценке результатов деятельности и снижению интереса к профессии.

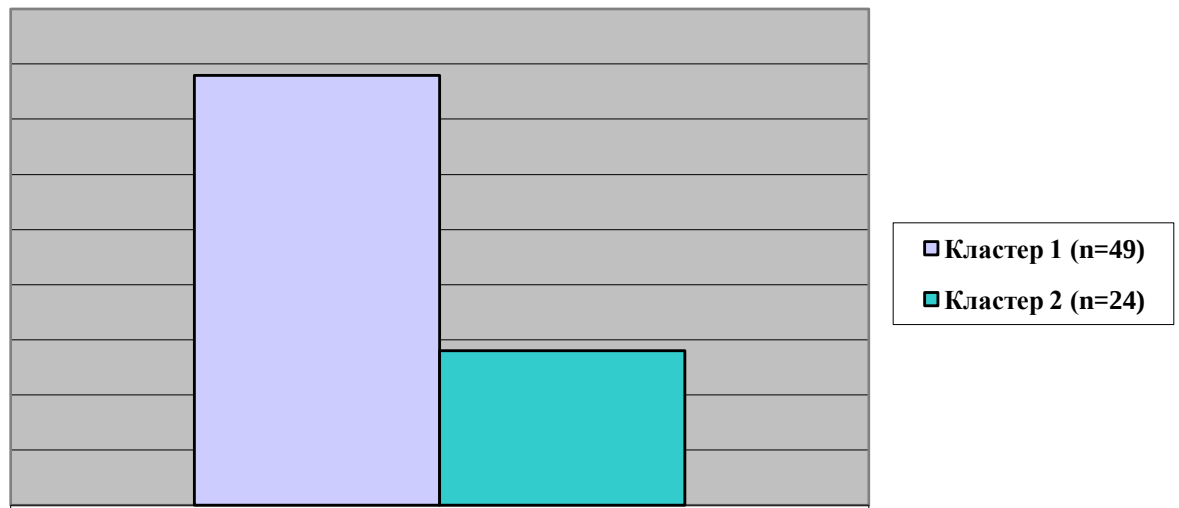


Рис. 17. Занятия спортом в группе интернов (по кластерам)

Отображенные на рис. 17 данные можно объяснить различиями в экономическом статусе интернов, входящих в «неблагополучный» и «благополучный» кластеры. Интерны со сформированным отношением к учебно-профессиональной ситуации, помимо «непрофильного» заработка, заняты также и работой по своей непосредственной специальности, что расширяет их финансовые возможности и позволяет выделить определенную сумму на занятия спортом. Интерны с несформированным субъективным отношением к учебно-профессиональной ситуации, преимущественно занятые «непрофильным» трудом, более ограничены в своих расходах. Возможно также, что интерны, входящие в «неблагополучный» кластер, реже уделяют время поддержанию оптимальной физической формы ввиду более выраженной стрессовой симптоматики.

Таким образом, на основании полученных эмпирических данных была выявлена структура субъективного отношения к учебно-профессиональной

ситуации. Первостепенное значение в данной структуре приобретает мотивационная включенность в деятельность, которую можно рассматривать в качестве косвенного признака высокой степени удовлетворенности студентов сделанным профессиональным выбором, а также соответствия формирующихся у студентов субъективных представлений о специфике профессиональной деятельности объективному содержанию трудовой активности. Степень дифференцированности данного образа и его эмоциональная окрашенность определяют наличие у студентов индивидуально-психологических ресурсов для формирования положительного отношения к деятельности, успешного решения как учебно-профессиональных, так и трудовых задач, и для преодоления возникающих в ходе обучения затруднений.

На основании результатов кластерного анализа выборка была разделена на два кластера: «неблагополучный» и «благополучный». Для испытуемых, входящих в «неблагополучный» кластер, характерны более выраженная стрессовая симптоматика и низкая дифференцированность субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации. У испытуемых «благополучного» кластера отмечаются менее выраженная стрессовая симптоматика и высокая дифференцированность субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации.

4.3. Предикторы, влияющие на развитие острых и хронических стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования

С целью установить основные предикторы, влияющие на развитие острых и хронических стрессовых состояний, в каждой из обследованных групп, а также применительно ко всей выборке в целом, был проведен регрессионный анализ (см. Приложения 4.1–4.8). Обработка полученных данных позволила вывести следующее уравнение:

Схема 1

$$\begin{aligned} \text{Острый стресс} = & 21,94 - (0,09 \times \text{Внеш. Обр. связь}) - (0,03 \times \text{Внутр. Обр.} \\ & \text{связь}) - (0,013 \times \text{Автономия}) - (0,040 \times \text{Значимость}) - (0,054 \times \text{Разнообразие}) \\ & + (0,17 \times \text{Тревож.-депр. Эм.}) - (0,19 \times \text{Поз. Эм.}) + (0,56 \times \text{Хрон. стресс}) \end{aligned}$$

Предикторы острого стресса для всей выборки (n=217)

В качестве ключевых предикторов, определяющих развитие острых стрессовых состояний, согласно приведенной выше формуле, выступают недостаточная сформированность субъективного образа учебно-профессиональной ситуации, а также негативный эмоциональный фон, сопровождающий учебно-профессиональную деятельность студентов. Ухудшение эмоционального фона, как и низкая степень удовлетворенности результатами собственной деятельности, в значительной степени обуславливаются такими факторами, как низкий уровень самостоятельности при выборе оптимальной, с точки зрения индивида, стратегии поведения и при принятии решений, отсутствие навыков самостоятельной оценки своих достижений, нестабильная обратная связь, монотонность выполняемых действий и слабое представление о ценности достигаемых результатов. Совокупность перечисленных факторов определяет ускорение процесса хронизации стрессовой симптоматики.

Анализ приведенного ниже уравнения отражает высокую значимость субъективных представлений студентов об учебно-профессиональной деятельности в качестве ресурса совладания с ключевыми стрессорами.

Схема 2

$$\begin{aligned} \text{Острый стресс} = & 15,786 - (0,122 \times \text{Внеш. Обр. связь}) + (0,156 \times \text{Сложность}) + \\ & (0,065 \times \text{Разнообразие}) - (0,11 \times \text{ИПМ}) + (0,274 \times \text{Нег. Эм.}) \\ & + (0,208 \times \text{Хрон. стресс}) \end{aligned}$$

Предикторы острого стресса у студентов младших курсов (n=70)

Первостепенную значимость приобретает вклад такого предиктора острых стрессовых состояний, как наличие положительной обратной связи от преподавательского состава и сокурсников относительно успешности осуществляемой учебно-профессиональной деятельности; следующими по значимости выступают сложность и разнообразие выполняемых задач. Вследствие недостаточной сформированности системы объективных критериев оценки собственных достижений в первые годы обучения, будущие врачи испытывают существенную потребность в поддержке и руководстве. Снижение уровня мотивационной включенности, обусловленное резким повышением объемов информационной нагрузки, связанной с необходимостью оперативного усвоения больших массивов теоретического материала, наряду с появлением квазипрофессиональных элементов в учебно-профессиональной деятельности, особенно выражено в ситуации отсутствия поддержки со стороны коллектива. Это также способствует ускорению процесса хронизации стрессовой симптоматики.

На схеме 3 представлена линейная модель, по которой можно отследить взаимовлияние эмоциональной оценки учебно-профессиональной деятельности и мотивационной включенности в группе студентов старших курсов.

Схема 3

$$\begin{aligned} \text{Острый стресс} = & 20,82 - (0,15 \times \text{Внеш. Обр. связь}) + \\ & (0,05 \times \text{Внутр. Обр. связь}) - (0,03 \times \text{Значимость}) - (0,20 \times \text{Разнообразие}) + \\ & (0,21 \times \text{ИПМ}) + (0,05 \times \text{Нег. Эм.}) - (0,10 \times \text{Поз. Эм.}) + (0,75 \times \text{Хрон. стресс}) \end{aligned}$$

Предикторы острого стресса у студентов старших курсов (n=74)

В значительной степени удовлетворенность содержанием учебно-профессиональной деятельности определяется наличием возможности производить самостоятельную оценку успешности ее результатов. Однако сосредоточенность на личностных переживаниях способствует снижению частотности коммуникативных взаимодействий как в студенческом коллективе,

так и с профессорско-преподавательским составом. В результате дефицит положительной обратной связи приводит к снижению приоритета таких субъективно значимых компонентов деятельности, как разнообразие ее форм и ценность осуществляемых обучающимися задач. Как следствие, наблюдается смещение эмоциональных переживаний в негативный спектр, в результате чего снижается резистентность студентов старших курсов к воздействию факторов повышенной напряженности и ускоряется процесс хронизации симптомов стресса.

Группа интернов, в отличие от студентов старших курсов, характеризуется выраженной ориентацией на внешние компоненты учебно-профессиональной деятельности.

Схема 4

$$\begin{aligned} \text{Острый стресс} = & 2,997 + (0,027 \times \text{Внеш. Обр. связь}) \\ & - (0,034 \times \text{Внутр. Обр. связь}) - (0,029 \times \text{Значимость}) - (0,069 \times \text{ИПМ}) \\ & + (0,460 \times \text{Тревож.-депр. Эм.}) - (0,268 \times \text{Поз. Эм.}) + (0,480 \times \text{Хрон. стресс}) \end{aligned}$$

Предикторы острого стресса у интернов (n=73)

Специфической особенностью, характеризующей данный уровень образования, является смещение приоритетов в сторону практического аспекта, что связано с вхождением в профессиональное сообщество. Одним из факторов неудовлетворенности содержанием учебно-профессиональной деятельности может выступать снижение мотивационной включенности, которому способствует отсутствие возможности самостоятельной оценки собственных достижений и представления об их ценности с точки зрения общества, даже при наличии устойчивой обратной связи от профессионального окружения. Хронизация симптоматики стрессовых состояний сопровождается формированием выраженно-негативной эмоциональной оценки деятельности

на фоне неуверенности в уровне своей компетентности и опасения за жизнь пациента.

Следует отметить, что для всей обследованной выборки ключевым фактором, определяющим развитие синдромов хронического стресса, является взаимовлияние эмоциональной оценки учебно-профессиональной деятельности и субъективных представлений студентов о ней.

Схема 5

$$\text{Хрон. стресс} = 20,97 - (0,102 \times \text{Значимость}) + (0,133 \times \text{Тревожно-депр. Эм.}) + (0,112 \times \text{Нег. Эм.}) + (0,550 \times \text{Острый стресс})$$

**Предикторы хронических стрессовых состояний для всей выборки
(n=217)**

Студенты-медики принимают во внимание гуманистический аспект будущей профессии. Они готовы принять на себя ответственность за жизнь пациентов, гордятся выбранной специальностью. Однако если через содержание учебно-профессиональной деятельности студенты не ощущают ее социальной значимости, их отношение к деятельности меняется. Они испытывают разочарование в выбранном направлении профессионального самоопределения. Субъективная неудовлетворенность повышает их восприимчивость к стресс-факторам объективной и субъективной природы.

Для студентов младших курсов ключевой предиктор, определяющий развитие хронических стрессовых состояний – доминирование тревожно-депрессивных эмоций.

Схема 6

$$\text{Хрон. стресс} = 26,94 + (0,224 \times \text{Тревожно-депр. Эм.}) + (0,444 \times \text{Острый стресс})$$

Предикторы хронических стрессовых состояний у студентов младших курсов (n=70)

Хронизация стрессовой симптоматики в группе студентов старших курсов обуславливается субъективным отношением к учебно-профессиональной ситуации. Дефицит автономии, невозможность самостоятельно оценить собственную успешность, неуверенность в социальной значимости выполняемых задач ведут к снижению удовлетворенности содержанием учебно-профессиональной деятельности и мотивационной включенности в нее. Наблюдается смещение спектра эмоциональных переживаний в тревожно-депрессивную модальность; обучающимися подвергается сомнению правильность сделанного профессионального выбора.

Схема 7

$$\begin{aligned} \text{Хрон. стресс} = & 13,77 + (0,179 \times \text{Внеш. Обр. связь}) - \\ & (1,141 \times \text{Внутр. Обр. связь}) - (0,176 \times \text{Автономия}) - (0,073 \times \text{Значимость}) + \\ & (0,051 \times \text{Сложность}) + (0,086 \times \text{Разнообразие}) + (0,005 \times \text{ИПМ}) + \\ & (0,248 \times \text{Трев.-депр. Эм.}) - (0,105 \times \text{Поз. Эм.}) + (0,626 \times \text{Острый стресс}) \end{aligned}$$

Предикторы хронических стрессовых состояний у студентов старших курсов (n=70)

Выведенное для интернов уравнение линейной регрессии показывает высокую заинтересованность обучающихся в успешной реализации в профессиональной сфере. Полученные в результате анализа «Анкеты для оценки субъективно важных характеристик деятельности» данные свидетельствуют о значимости для обследованной группы такого компонента учебно-профессиональной ситуации, как многообразие ее форм. Для данного уровня образования характерно приведение специализированных знаний и навыков обучающихся в соответствие с объективными особенностями трудовой деятельности.

$$\text{Хрон. стресс} = 39,539 - (0,377 \times \text{Автономия}) - (0,274 \times \text{Разнообразие}) \\ + (0,245 \times \text{Нег. Эм.}) + (0,526 \times \text{Острый стресс})$$

Предикторы хронических стрессовых состояний у интернов (n=73)

Молодые специалисты должны быть ориентированы на продуктивную профессиональную деятельность в широком диапазоне ситуаций. При этом монотонность выполняемых профессиональных задач наряду с ограниченной вариативностью оптимальных стратегий их решения и жесткой регламентацией действий способствует формированию негативно окрашенной эмоциональной оценки содержания и условий конкретной трудовой ситуации.

4.4. Практические рекомендации по составлению программ профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на работу с проявлениями психологического стресса у студентов медицинских специальностей

Проведенный анализ полученных эмпирических данных позволил установить, что студенты медицинских специальностей относятся к группам повышенного риска развития негативных последствий переживания стрессовых состояний, как в отношении деструктивных синдромов стресса, проявляющихся в острой и хронической форме, так и со стороны объективных и субъективных затруднений, возникающих в учебно-профессиональной деятельности. На каждом этапе формирования обучающихся как будущих профессионалов на первый план выходят специфические факторы риска, требующие различных подходов к профилактическим и коррекционным мероприятиям.

1. Студенты младших курсов. Данный уровень образования характеризуется устойчивыми позитивными и негативными эмоциональными

переживаниями. Руководство и поддержка со стороны преподавательского состава приобретает первостепенную значимость для первичной адаптации будущих специалистов к изменяющимся условиям учебно-профессиональной деятельности.

2. Студенты старших курсов. Обследованная группа характеризуется выраженной симптоматикой эмоционального и физиологического истощения. Интенсивное переживание эмоций остро негативного спектра может быть связано с «пресыщением» учебно-профессиональной деятельностью, а также необходимостью выбора направления будущей профессиональной деятельности.

3. Интерны. На данном уровне образования процесс хронизации симптоматики стресса происходит наиболее интенсивно. Значительные перестройки в структуре осуществляемой практической деятельности обуславливают возникновение эмоциональных переживаний тревожно-депрессивного спектра.

Таким образом, часть стресс-факторов непосредственно связана со спецификой учебно-профессиональной деятельности в вузах в целом. К таким объективным факторам относятся, например, необходимость совмещать учебную и трудовую деятельность, дефицит времени на личные нужды, информационные перегрузки, необходимость посвящать обучению вечерние и ночные часы.

С другой стороны, специфика учебного процесса у студентов медицинских специальностей, подразумевающая вхождение в профессию с первых лет обучения и постоянное соотнесение теоретических знаний с практическими навыками, проявляется в том, что вне зависимости от уровня образования, учащиеся относятся к группе риска по формированию и хронизации стресса.

Процесс обучения в медицинском вузе и приспособление к новым условиям деятельности представляет собой многоплановый и трудоемкий

процесс, чья успешность находится в тесной зависимости от целой совокупности субъективных и объективных факторов. Выявление предикторов развития стрессовых состояний может упростить процесс разработки программ оказания квалифицированной психологической помощи обучающимся и оптимизации учебного процесса. Создание программ профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на работу с проявлениями психологического стресса в учебно-профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей должно быть ориентировано на совладание с затруднениями, возникающими у обучающихся в процессе подготовки, а также конструирование психологически комфортной среды и может проводиться по двум основным направлениям:

1. коррекционные мероприятия, направленные на преодоление негативных последствий переживания острого и хронического стресса;
2. профилактические мероприятия, имеющие целью обучение приемам и способам совладания со стрессом на конкретных уровнях образования.

Блок *коррекционных* мероприятий может включать следующие элементы:

1. оказание квалифицированной психологической помощи студентам на разных уровнях образования:
 - в соответствии с полученными эмпирическими данными, для студентов младших курсов наиболее актуальными являются тренинги и консультации, направленные на снятие эмоционального напряжения, в частности, техники снижения стресса на основе осознанности, предполагающие комбинирование медитативных практик, групповых дискуссий и лекционных материалов [193];
 - психологическая помощь студентам старших курсов должна быть ориентирована на профилактику профессионального выгорания и включать в себя элементы профориентирования (арт-терапевтические техники, предполагающие визуализацию текущего эмоционального состояния или

субъективно значимых личностных качеств; аутогенные тренировки, позволяющие отследить и проконтролировать соматические реакции на ситуации повышенной напряжённости; выработка конструктивных стратегий совладания с субъективными стрессорами);

- психологические консультации для интернов могут быть направлены на изменение отношения к существующим на данном уровне образования факторам напряженности и облегчение процесса вхождения в самостоятельную профессиональную деятельность (техники когнитивно-поведенческой терапии, подразумевающие, в том числе, ведение личного дневника с целью выявления модели реагирования на ситуации повышенной напряженности, отслеживание деструктивных тенденций в мышлении; развитие навыков позитивного мышления; мозговой штурм, предполагающий составление списка потенциальных путей разрешения ситуаций, вызывающих субъективные затруднения).

2. Проведение тренингов общения, охватывающих все этапы подготовки студентов-медиков и направленных на формирование навыков коммуникации в рамках будущей профессиональной деятельности.

3. Обучение студентов приемам психологической релаксации для снятия симптомов острых и хронических стрессовых состояний.

В качестве основных элементов блока *профилактических* мероприятий могут быть обозначены:

1. организация факультативных занятий по обучению основам тайм-менеджмента и эффективной организации деятельности. Навык рационального распределения времени особенно важен для студентов медицинских специальностей в связи с высокой учебной нагрузкой и необходимостью совмещать учебную и трудовую деятельность.

2. Проведение психологических тренингов, направленных на формирование у студентов-медиков навыков профессиональной рефлексии. Выступая в качестве одного из факторов успешной профессионализации,

данный вид рефлексии способствует формированию навыка адекватной оценки студентами себя как представителей профессионального сообщества, а также позволяет критично оценивать условия и содержание профессиональной ситуации.

3. Проведение факультативных лекций с целью формирования у обучающихся базовых представлений о причинах, проявлениях и негативных последствиях профессионального стресса;

4. Работа с преподавательским составом медицинских образовательных учреждений (лекции, семинары). Преподаватели должны осознавать особенности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации у студентов на разных уровнях образования и принимать эти сведения во внимание в учебном процессе, наряду с индивидуальными и групповыми особенностями обучающихся.

5. Возрождение института кураторства с целью консультирования и сопровождения учебного процесса, минимизации психического напряжения и оказания педагогической поддержки студентам, которая подразумевает, в том числе, помощь в первичной адаптации к условиям обучения в медицинском вузе и профессиональном самоопределении.

6. Разработка системы психологического сопровождения, направленной на облегчение формирования у обучающихся навыков, способствующих эффективному совладанию с первичными трудностями, возникающими на этапе знакомства с объективным содержанием трудовой деятельности по выбранному направлению специализации.

7. Формирование в рамках специализированных обучающих курсов у обучающихся специфических личностных качеств врача, таких, как стабильность психоэмоциональной сферы, «клиническое» мышление, навыки эффективной межличностной коммуникации.

Реализация комплекса психологических мероприятий, предложенных выше, требует мобилизации всех имеющихся в распоряжении высших учебных заведений

возможностей и ресурсов, например внесение в учебный план факультативных занятий по ряду указанных дисциплин, или формирование на их базе специализированных научных кружков. Трудностям, возникающим у студентов на разных уровнях образования, а также способам их преодоления, могут быть посвящены студенческие научные конференции. Отдельные стороны студенческой жизни могут быть исследованы обучающимися самостоятельно, полученные при этом результаты могут освещаться в рамках курсовых и выпускных квалификационных работ. Перспективно выглядит возможность формирования психологической службы поддержки либо центров психологической помощи при высших учебных заведениях. Желающие из числа выпускников вуза или студентов старших курсов могли бы принимать участие в их работе, где они могли бы рассказывать о собственных способах преодоления затруднений, возникающих в учебно-профессиональной деятельности.

Выводы по Главе IV

Обобщение эмпирических данных, рассмотренных в данной главе, и их интерпретация с учетом компонентов интегральной модели развития стресса, разработанной в рамках данного исследования, позволили прийти к следующим выводам:

1. Субъективные представления студентов младших курсов об условиях и содержании учебно-профессиональной деятельности отражают их осведомленность о потенциальных рисках и затруднениях, сопряженных с освоением выбранной профессии. Субъективное отношение к учебно-профессиональной ситуации находится в процессе структуризации, в связи с чем высокую субъективную значимость приобретают конкретные его компоненты, такие как ориентация на наращивание практического опыта, решение сложных учебно-профессиональных задач и получение положительной оценки собственной успешности. Диффузность субъективного

образа учебно-профессиональной ситуации обуславливает развитие специфических симптомов стресса, таких как ухудшение самочувствия, тревожность, астенизация, агрессивность. В условиях повышенной напряженности учебно-профессиональной деятельности это может привести к сомнениям в сделанном профессиональном выборе, соматизации стрессовой симптоматики и снижению психологической устойчивости обучающихся.

2. Студенты старших курсов критически оценивают условия и содержание учебно-профессиональной деятельности ввиду необходимости выбора дальнейшей специализации. Их субъективное отношение к учебно-профессиональной ситуации характеризуется большей упорядоченностью, ценность приобретают не только объективные критерии оценки успешности усвоения учебного материала и сформированности ключевых компетенций, но и возможность ориентироваться на самостоятельно выработанные, внутренние критерии успешности, а также потенциал для большей самостоятельности и реализации творческого подхода к решению учебно-профессиональных задач. Неудовлетворенность представленностью этих субъективно значимых аспектов приводит к развитию как когнитивной, так и эмоциональной напряженности, а также психофизиологическому истощению, агрессивности в поведении, негативной эмоциональной оценке условий и содержания учебно-профессиональной деятельности. Длительное воздействие факторов повышенной напряженности приводит к соматизации симптомов стресса, эмоциональному выгоранию, обесцениванию собственных достижений.

3. Группа интернов характеризуется наиболее целостными субъективными представлениями о будущей профессии. В их субъективном отношении к учебно-профессиональной ситуации каждый из составляющих его компонентов приобретает равную ценность. Обучающиеся становятся практически полноценными членами своего профессионального сообщества, а потому ориентированы на продуктивную работу и профессиональное развитие в выбранной сфере, располагая всеми необходимыми для этого ресурсами. При

ограничении возможностей самореализации и демонстрации своей готовности к решению учебно-профессиональных задач происходит ухудшение как общего самочувствия, так и эмоционального фона учебно-профессиональной деятельности. Субъективная неудовлетворенность способствует более интенсивной хронизации стрессовой симптоматики, что проявляется в соматизации психологического напряжения, нарушениях цикла сна и бодрствования, психофизиологической истощённости.

4. Субъективно значимые компоненты, связанные с характерными особенностями учебно-профессиональной деятельности на каждом уровне образования, специфичны для каждой из обследованных групп студентов; при этом интеграция этих компонентов в целостный образ будущей профессии начинается с момента поступления в высшее учебное заведение и продолжается вплоть до завершения обучения. Данный процесс может разворачиваться как спонтанно, так и целенаправленно.

5. Несформированность субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации и неблагоприятный эмоциональный фон деятельности являются основными предикторами развития острых и хронических стрессовых состояний.

Общими предикторами развития острых стрессовых состояний для всех обследованных групп студентов являются негативный эмоциональный фон деятельности, низкая мотивационная включенность в деятельность, и оперативность обратной связи о результатах выполняемой деятельности от сокурсников и преподавателей. Помимо этого, для студентов младших и старших курсов высока роль разнообразия и чередования форм деятельности в процессе обучения, а для студентов старших курсов и интернов — возможность самостоятельно оценить успешность осуществляемой деятельности по субъективным критериям и ценность результатов учебно-профессиональной деятельности. Также важным предиктором развития острых стрессовых состояний в группе студентов младших курсов выступает сложность выполняемых задач.

Важнейшим предиктором формирования хронических стрессовых состояний для всех изученных групп студентов является негативный эмоциональный фон деятельности. Для студентов старших курсов и интернов важную роль играют разнообразие и чередование форм осуществляемой деятельности, а также независимость в выборе способов решения учебно-профессиональных задач. Стоит обратить внимание на высокую значимость в формировании хронических стрессовых состояний в группе студентов старших курсов таких предикторов, как мотивационная включенность в деятельность, ценность результатов учебно-профессиональной деятельности, а также сложность выполняемых задач и оперативная обратная связь от сокурсников и преподавателей о результатах выполняемой деятельности наряду с возможностью самостоятельно оценивать свою успешность.

6. Предикторы развития острых и хронических стрессовых состояний, выведенные в уравнениях линейной регрессии, совпадают с обозначенным в литературе факторами развития профессионального выгорания [18, 28, 35]. Это позволяет сделать вывод о том, что предпосылки к развитию данного синдрома могут проявляться уже на этапе профессиональной подготовки. Одной из таких предпосылок является несоответствие формирующегося у обучающихся субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации и объективных условий учебно-профессиональной деятельности [35].

7. В рамках данного исследования были обозначены перспективные векторы разработки комплекса профилактических и коррекционных мероприятий, направленных на работу с состояниями повышенной напряженности у студентов медицинских специальностей с учетом уровня образования. Данные рекомендации носят общий характер. С целью выявления наиболее эффективных методов и техник профилактики и коррекции негативных последствий переживания состояний повышенной напряженности требуется создание специализированной программы по обозначенным выше направлениям и их практическая реализация в рамках экспериментальной группы.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Поиск эффективного решения проблемы профессионализации студентов в высших учебных заведениях имеет большую социальную и педагогическую значимость. Изменение требований, предъявляемых современным обществом к качеству подготовки обучающихся в высших учебных заведениях, обуславливает возрастающий интерес исследователей к проблеме профессионального становления будущих специалистов. Выбор определенной профессии, её освоение и профессиональное саморазвитие приводят к трансформациям в структуре личности: обогащению направленности, накоплению опыта, развитию компетенций и профессионально важных качеств.

Одним из перспективных путей решения данной задачи является проведение комплексных исследований учебно-профессиональной деятельности обучающихся на разных уровнях образования, которые охватывают как теоретические, так и практические аспекты. В этой связи особый интерес приобретают исследования, направленные на изучение субъективного отношения к будущей профессии. Целостность, дифференцированность представлений индивида о содержании профессиональных ситуаций обеспечивает также более успешное совладание с факторами повышенной напряженности и позволяет овладеть способами саморегуляции и эффективно применять их в процессе профессионализации.

В рамках проведенного эмпирического исследования были выявлены особенности субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации и установлена их роль в развитии стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных уровнях образования и осуществлялся их систематический анализ. Субъективные представления о будущей профессии и позитивное отношение к учебно-профессиональной деятельности являются не менее значимыми компонентами профессионализации студентов-медиков, чем качество их подготовки в медицинских вузах и успешное освоение профессионально значимых знаний, умений и навыков.

Проведенный анализ научной отечественной и зарубежной литературы позволил предложить интегральную модель развития стресса у студентов медицинских специальностей как методологическую базу для интерпретации полученных эмпирических данных и последующей разработки практических рекомендаций по эффективному совладанию с факторами повышенной напряженности деятельности, адекватных особенностям субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации на каждом уровне образования.

Полученные с применением специализированного психодиагностического инструментария эмпирические данные подвергались статистической обработке и качественной интерпретации с целью оценки и сопоставления специфических различий в проявлении симптоматики стресса у студентов медицинских специальностей с учетом уровня образования, а также изучения влияния их субъективных представлений о будущей профессиональной деятельности на процесс переживания и совладания с ситуациями повышенной напряженности в учебно-профессиональной деятельности.

Обобщение результатов эмпирических данных позволило сформулировать следующие общие выводы:

1. субъективные представления студентов младших курсов об условиях и содержании учебно-профессиональной деятельности отражают их осведомленность о потенциальных рисках и затруднениях, сопряженных с освоением выбранной профессии. Субъективное отношение к учебно-профессиональной ситуации находится в процессе структуризации, в связи с чем высокую субъективную значимость приобретают конкретные его компоненты, такие как ориентация на наращивание практического опыта, решение сложных учебно-профессиональных задач и получение положительной оценки собственной успешности. Диффузность субъективного образа учебно-профессиональной ситуации обуславливает развитие

специфических симптомов стресса, таких как ухудшение самочувствия, тревожность, астенизация, агрессивность. В условиях повышенной напряженности учебно-профессиональной деятельности это может привести к сомнениям в сделанном профессиональном выборе, соматизации стрессовой симптоматики и снижению психологической устойчивости обучающихся.

2. Студенты старших курсов критически оценивают условия и содержание учебно-профессиональной деятельности ввиду необходимости выбора дальнейшей специализации. Их субъективное отношение к учебно-профессиональной ситуации характеризуется большей упорядоченностью, ценность приобретают не только объективные критерии оценки успешности усвоения учебного материала и сформированности ключевых компетенций, но и возможность ориентироваться на самостоятельно выработанные, внутренние критерии успешности, а также потенциал для большей самостоятельности и реализации творческого подхода к решению учебно-профессиональных задач. Неудовлетворенность представленностью этих субъективно значимых аспектов приводит к развитию как когнитивной, так и эмоциональной напряженности, а также психофизиологическому истощению, агрессивности в поведении, негативной эмоциональной оценке условий и содержания учебно-профессиональной деятельности. Длительное воздействие факторов повышенной напряженности приводит к соматизации симптомов стресса, эмоциональному выгоранию, обесцениванию собственных достижений.

3. Группа интернов характеризуется наиболее целостными субъективными представлениями о будущей профессии. В их субъективном отношении к учебно-профессиональной ситуации каждый из составляющих его компонентов приобретает равную ценность. Обучающиеся становятся практически полноценными членами своего профессионального сообщества, а потому ориентированы на продуктивную работу и профессиональное развитие в выбранной сфере, располагая всеми необходимыми для этого ресурсами. При ограничении возможностей самореализации и демонстрации своей готовности

к решению учебно-профессиональных задач происходит ухудшение как общего самочувствия, так и эмоционального фона учебно-профессиональной деятельности. Субъективная неудовлетворенность способствует более интенсивной хронизации стрессовой симптоматики, что проявляется в соматизации психологического напряжения, нарушениях цикла сна и бодрствования, психофизиологической истощённости.

4. Субъективно значимые компоненты, связанные с характерными особенностями учебно-профессиональной деятельности на каждом уровне образования, специфичны для каждой из обследованных групп студентов; при этом интеграция обозначенных компонентов в целостный образ будущей профессии начинается с момента поступления в высшее учебное заведение и продолжается вплоть до завершения обучения. Данный процесс может разворачиваться как спонтанно, так и целенаправленно.

5. Несформированность субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации и неблагоприятный эмоциональный фон деятельности являются основными предикторами развития острых и хронических стрессовых состояний.

Общими предикторами развития острых стрессовых состояний для всех обследованных групп студентов являются негативный эмоциональный фон деятельности, низкая мотивационная включенность в деятельность, и оперативность обратной связи о результатах выполняемой деятельности от сокурсников и преподавателей. Помимо этого, для студентов младших и старших курсов высока роль разнообразия и чередования форм деятельности в процессе обучения, а для студентов старших курсов и интернов – возможность самостоятельно оценить успешность осуществляемой деятельности по субъективным критериям и ценность результатов учебно-профессиональной деятельности. Также важным предиктором развития острых стрессовых состояний в группе студентов младших курсов выступает сложность выполняемых задач.

Важнейшим предиктором формирования хронических стрессовых

состояний для всех изученных групп студентов является негативный эмоциональный фон деятельности. Для студентов старших курсов и интернов важную роль играют разнообразие и чередование форм осуществляемой деятельности, а также независимость в выборе способов решения учебно-профессиональных задач. Стоит обратить внимание на высокую значимость в формировании хронических стрессовых состояний в группе студентов старших курсов таких предикторов, как мотивационная включенность в деятельность, ценность результатов учебно-профессиональной деятельности, а также сложность выполняемых задач и оперативная обратная связь от сокурсников и преподавателей о результатах выполняемой деятельности наряду с возможностью самостоятельно оценивать свою успешность.

Выявленные предикторы развития острых и хронических стрессовых состояний совпадают с обозначенными в литературе факторами развития профессионального выгорания. Предпосылки к развитию данного синдрома могут проявляться уже на этапе профессиональной подготовки. Одной из таких предпосылок является несоответствие формирующегося у обучающихся субъективного отношения к учебно-профессиональной ситуации и объективных условий учебно-профессиональной деятельности

Исходя из полученных в ходе эмпирического исследования данных могут быть сформулированы следующие практические рекомендации, направленные на коррекцию и превенцию проявлений симптоматики стресса в учебно-профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей с учетом специфики каждого уровня образования, которые могут быть реализованы по принципу модулей:

1. мероприятия профилактического характера, направленные на формирование у обучающихся практических навыков и приемов совладания со стрессом (факультативы и тренинги, лекции и семинары, возрождение института кураторства, разработка системы психологического сопровождения, работа с профессорско-преподавательским составом);

2. мероприятия коррекционного характера, направленные на работу с неблагоприятными последствиями переживания состояний острого и хронического стресса в форме психологической помощи (социально-психологические тренинги, психотерапевтические сеансы, обучение техникам саморегуляции).

Обозначенная система мероприятий предполагает комплексный подход к совладанию с затруднениями, возникающими у обучающихся в процессе подготовки, и ориентирована на формирование психологически благоприятной среды.

Полученные в ходе проведенного исследования результаты подтверждают выдвинутые гипотезы о том, что особенности развития и переживания стресса у студентов медицинских специальностей обусловлены субъективным отношением к учебно-профессиональной ситуации, при этом на каждом уровне образования для студентов медицинских специальностей характерны специфические симптомы острых и хронических стрессовых состояний, а также их негативные последствия. Высокую значимость для формирования адекватных представлений у обучающихся о потенциальных факторах повышенной напряженности и субъективных затруднениях, связанных с освоением профессии в процессе обучения, имеет мотивационная включенность в учебно-профессиональную деятельность и степень сформированности образа учебно-профессиональной ситуации.

Перспективным представляется систематическое изучение процесса формирования субъективного отношения к будущей профессиональной деятельности на каждом уровне образования. Также научную ценность представляет дальнейшее развитие интегрального подхода к исследованию факторов, определяющих формирование стрессовых состояний у будущих специалистов различного профиля и оптимальных стратегий совладания с ситуациями повышенной напряженности, реализованного в настоящем диссертационном исследовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – специалитет по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» (с изменениями и дополнениями) – 2020.
2. Абдуллаева, М. М. Семантика представлений о работе и отдыхе в образе мира профессионалов / М. М. Абдуллаева // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. – 2014. – № 16 (702). – С. 180–195.
3. Аксенова, Е. И. Профессиональный стресс медицинских работников; обзор зарубежных практик / Е. И. Аксенова, Н. Н. Камынина, П. С. Турзин. – Текст: электронный. – М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. – URL: <https://niioz.ru/moskovskayameditsina/izdaniya-nii/obzory/> – Загл. с экрана. – 48 с.
4. Алексеева, А. Ю. Медицинское образование в период пандемии COVID-19: проблемы и пути решения / А. Ю. Алексеева, З. З. Балкизов // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11. – Медицинское образование в период пандемии COVID-19. – № 2 (38). – С. 8–24.
5. Арипова, Г. С. Особенности самосознания субъекта учебной деятельности как фактор профессионального становления (на примере учащихся медицинского колледжа) / Г. С. Арипова. – 2004. – С. 25.
6. Арутюнов, А. В. Изучение синдрома эмоционального выгорания у врачей–стоматологов и методы его профилактики / А. В. Арутюнов. – 2004. – С. 151.
7. Багрий, М. А. Особенности развития профессионального стресса у врачей разных специализаций / М. А. Багрий. – 2009. – С. 162.
8. Березин, Ф. Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека: монография / Ф. Б. Березин; АН СССР, Дальневост. отделение, Ин-т биол. проблем Севера, М-во здравоохранения СССР, 1-й Моск. мед. ин-т им. И. М. Сеченова. – Л.: Наука, 1988. – 270 с.

9. Березина, Т. Н. Психические образы в структуре образной формы / Т. Н. Березина // Психология и психотехника. – 2012. – № 1. – С. 13–25.
10. Бодров, В. А. Информационный стресс: Учебное пособие для вузов / В. А. Бодров. – М. – ПЕР СЭ, 2000. – 352 с.
11. Бодров, В. А. Психология профессиональной пригодности: учеб. для вузов / В. А. Бодров. – М. – ПЕР СЭ, 2001. – 511 с.
12. Бодров, В. А. Психологический стресс: развитие учения и современное состояние проблемы / В. А. Бодров. – М. – ИПРАН, 1995. – 136 с.
13. Большакова, Т. В. Личностные детерминанты и организационные факторы возникновения психического выгорания у медицинских работников / Т. В. Большакова. – 2004. – С. 187.
14. Бортнюк (Мандрова), О. А. Свобода выбора медицинской профессии: социологический анализ / О. А. Бортнюк (Мандрова) // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал). – 2015. – Свобода выбора медицинской профессии. – № 6. – С. 3–10.
15. Веккер, Л. М. О чувственном образе как изображении / Л. М. Веккер, Б. Ф. Ломов // Вопросы философии. – 1961. – № 4. – С. 47–59.
16. Веккер, Л. М. Психика и реальность: единая теория психических процессов: учеб. пособие / Л. М. Веккер. – М. – Смысл, 1998. – 685 с.
17. Величковская, С. Б. Влияние сформированности субъективного образа трудовой ситуации на переживание психологического стресса (на примере студентов медицинских специальностей) / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. Образование и педагогические науки. – 2016. – № 8 (747). – С. 35–44.
18. Величковская, С. Б. Зависимость возникновения и развития стресса от факторов профессиональной деятельности педагогов / С. Б. Величковская. – 2005. – С. 171.

19. Величковская, С. Б. Образ мира профессионала как смыслообразующий компонент профессионального становления / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Психологический институт Российской академии образования, 2018. – С. 136–140. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_35074236_36391580.pdf.

20. Величковская, С. Б. Образ трудовой ситуации как фактор развития стресса на разных этапах профессионального обучения (на примере студентов медицинских специальностей) / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова // Профессиональные представления. – 2017. – № 1 (9). – С. 61–69.

21. Величковская, С. Б. Основные предикторы развития стрессовых состояний у студентов медицинских специальностей на разных этапах обучения / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2018. – С. 111–114. – URL: https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/150522/ps2018_111_114.pdf.

22. Величковская, С. Б. Особенности образа трудовой ситуации на ранних этапах профессионального становления (на примере студентов медицинских специальностей) / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. – 2015. – № 8 (719). – С. 57–71.

23. Величковская, С. Б. Особенности образа трудовой ситуации студентов медицинских специальностей на разных этапах обучения / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Общество с ограниченной ответственностью «Нестор-История», 2015. – С. 85–87. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_24195971_44797494.pdf.

24. Величковская, С. Б. Особенности проявлений стресса в период сессии у студентов с разным уровнем личностной тревожности / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. Образование и педагогические науки. – 2018. – № 3 (802). – С. 150–165.

25. Величковская, С. Б. Особенности развития и переживания негативных последствий стресса у студентов медицинских специальностей на разных этапах обучения / С. Б. Величковская // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. – 2014. – № 7 (683). – С. 33-45.
26. Величковская, С. Б. Особенности развития учебного стресса у студентов разных специальностей в сессионный период / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. – 2015. – № 18 (729). – С. 39–49.
27. Величковская, С. Б. Оценка проявлений стресса у врачей–интернов и слушателей второго высшего образования / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Костромской государственный университет им. Н. А. Некрасова, 2016. – С. 133–134. – URL: https://www.coping-kostroma.com/images/files/tom2_2016.pdf.
28. Величковская, С. Б. Проблема развития профессионального «выгорания». Синдром «выгорания» у преподавателей иностранного языка / С. Б. Величковская // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. – 2004. – № 484. – С. 3–14.
29. Величковская, С. Б. Психологические трудности, возникающие у студентов при прохождении учебно-производственной практики / С. Б. Величковская // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. – 2011. – № 622. – С. 90–98.
30. Величковская, С. Б. Роль эмоционального фона деятельности в развитии и преодолении стрессовых состояний (на примере студентов психологических направлений подготовки) / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Издательство «Перо», 2017. – С. 116–121. – URL: https://pirao.ru/upload/iblock/1bc/god_ekologii.pdf.
31. Величковская, С. Б. Факторы напряжённости в учебной и практической деятельности студентов медицинских специальностей на разных

этапах обучения / С. Б. Величковская, Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2016. – С. 72–77. – URL: https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/109972/yush2016_72_77.pdf.

32. Винокур В. А. Профессиональный стресс у медицинских работников и его предупреждение / В. А. Винокур // Медицинское обозрение. – 2004. – № 11. – С. 28.

33. Власова, Е. М. Влияние психоэмоциональных факторов на здоровье медицинских работников / Е. М. Власова, В. Б. Алексеев // медицина труда и промышленная экология. – 2019. – Т. 59. – № 9. – С. 588.

34. Влияние стресса на эффективность труда и возможность возникновения чрезвычайных ситуаций на производстве / Н. В. Семенова (Дедюлина), Е. А. Логинова, И. В. Ашвиц [и др.] // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2023. – № 2. – С. 67–72.

35. Водопьянова Н. Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика: практ. пособие / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб.: Питер. – 2008. – 258 с.

36. Войтехович (Калачникова), Т. С. Личностный ресурс и субъектная позиция профессионала в условиях вахтовой формы организации труда на крайнем севере / Т. С. Войтехович (Калачникова), Н. Н. Симонова. – Текст: электронный. – ООО «НАУЧНЫЙ МИР», 2018. – С. 56–61.

37. Высшее медицинское образование в условиях пандемии COVID-19: проблемы и их решение, первые обобщения / Г. Н. Шеметова, А. И. Рябошапко, Ю. Н. Беляева (Сафонова), Г. В. Губанова // Современные проблемы науки и образования. – 2021. – Высшее медицинское образование в условиях пандемии COVID-19. – № 5. – С. 40.

38. Главные вызовы пандемии COVID-19 с точки зрения медицинского образования в Российской Федерации / И. Н. Каграманян, И. А. Купеева, А. И. Тарасенко, А. О. Ефимова (Лебедева) // Национальное здравоохранение. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 9–15.

39. Глушко А. Н. Психолого–эргономические условия и средства профессионализации студентов медицинских вузов / А. Н. Глушко. – 2006. – С. 395.
40. Гостев, А. А. Психология вторичного образа (субъект, феноменология, функции) / А. А. Гостев. – 2001. – С. 396.
41. Гребенникова, Т. О. Исследование эмоционального фона как ресурса преодоления стресса в учебно-практической деятельности студентов медицинских специальностей / Т. О. Гребенникова // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. Образование и педагогические науки. – 2020. – № 3 (836). – С. 192–205.
42. Гребенникова, Т. О. Особенности образа трудовой ситуации на ранних этапах профессионального становления (на примере студентов медицинских специальностей) / Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Казанский (Приволжский) федеральный университет, 2015. – С. 55-58. – URL: https://libweb.kpfu.ru/publication/papers/pps/2015/PPS_2015-55-58.pdf.
43. Гребенникова, Т. О. Особенности организации учебной и трудовой деятельности как фактор формирования личностных деформаций у студентов медицинских специальностей / Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – 2020. – С. 183–185. – URL: https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/160040/F_bispl_2020_183_185.pdf.
44. Гребенникова, Т. О. Особенности переживания стресса в сессионный период у студентов с разным уровнем личностной тревожности / Т. О. Гребенникова. – 2019. – С. 348–352.
45. Гребенникова, Т. О. Особенности развития и переживания негативных последствий стресса у студентов медицинских специальностей на разных этапах обучения / Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Институт психологии РАН, 2013. – С. 158–160.
46. Гребенникова, Т. О. Оценка проявлений стресса у студентов социономических специальностей на разных этапах обучения /

Т. О. Гребенникова // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. Образование и педагогические науки. – 2022. – № 2 (843). – С. 123–129.

47. Гребенникова Т. О. Развитие психологического стресса у студентов медицинских специальностей на разных этапах профессионального становления / Т. О. Гребенникова. – М., МГЛУ. – 2014. – 68 с.

48. Гребенникова, Т. О. Специфика проявления и переживания психологического стресса студентами социномических специальностей в зависимости от этапа обучения / Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Костромской государственный университет, 2022. – С. 230–233. – URL: https://elibrary.ru/download/elibrary_49916132_18935677.pdf.

49. Гребенникова, Т. О. Субъективные факторы, влияющие на развитие стресса и благополучие студентов медицинских специальностей / Т. О. Гребенникова. – Текст: электронный. – Издательство федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Казанский (Приволжский) федеральный университет», 2023. – С. 210–214. – URL: https://dspace.kpfu.ru/xmlui/bitstream/handle/net/177742/Psikhologiya_sostoyanij_removed_210_214.pdf.

50. Гребенникова, Т. О. Факторы напряженности в учебной деятельности студентов социномических специальностей на разных этапах обучения / Т. О. Гребенникова // Вестник Московского Государственного Лингвистического Университета. Образование и педагогические науки. – 2022. – № 1 (842). – С. 107–114.

51. Денисова, О. В. Особенности эмоционально-ценностного отношения студентов-медиков к своей будущей профессии / О. В. Денисова // Известия Российского Государственного Педагогического Университета Им. А. И. Герцена. – 2008. – № 76–2. – С. 89–92.

52. Дикая (Кухтина), Л. Г. Современное состояние и перспективы исследований адаптации и реализации профессионала в условиях непрерывных социально-экономических изменений / Л. Г. Дикая (Кухтина), А. Л. Журавлев, А. Н. Занковский // Институт психологии российской академии наук. Организационная психология и психология труда. – 2016. – Т. 1. – № 1. – С. 7–48.
53. Дикая (Кухтина), Л. Г. Становление новой системы психической регуляции в экстремальных условиях деятельности / Л. Г. Дикая (Кухтина) // Институт Психологии Российской Академии Наук. Организационная психология и психология труда. – 2019. – Т. 4. – № 1. – С. 199–221.
54. Доценко, О. Н. Эмоциональная направленность представителей социально-экономических профессий с различным уровнем выгорания / О. Н. Доценко. – 2008. – С. 171.
55. Дьячкова (Голованова), С. Ю. Социально-экономические детерминанты развития донологических состояний у студентов медицинского вуза / С. Ю. Дьячкова (Голованова). – 2010. – С. 154.
56. Жучкова Л. Ю. Особенности становления профессиональной идентичности у студентов-психологов разных курсов / Л. Ю. Жучкова. – М., МГУ. – 2012. – 53 с.
57. Зеер Э. Ф. Психология профессионального развития: учеб. пособие / Э. Ф. Зеер. – М.: Академия, 2006. – 240 с.
58. Зеер Э. Ф. Психология становления личности инженера-педагога: текст лекций / Э. Ф. Зеер. – Свердлов.: СИПИ, 1987. – 55 с.
59. Знаков В. В. Исследование профессионально важных качеств у мед. работников / В. В. Знаков // Психологический журнал – М.: ИП РАН, 2004. – Вып. 3. – С. 71–81.
60. Исследование хронического профессионального стресса у врачей скорой медицинской помощи Невского района Санкт-Петербурга / В. М. Лымаренко, В. Я. Апчел, О. В. Леонтьев, А. В. Дергунов // Вестник Российской Военно-Медицинской Академии. – 2012. – № 3 (39). – С. 39–45.

61. Кайбышев, В. Т. Профессионально детерминированный образ жизни и здоровье врачей в условиях современной России / В. Т. Кайбышев // медицина труда и промышленная экология. – 2006. – № 12. – С. 21–26.
62. Карпова Н. Л. Мотивационная включённость в деятельность: структура, механизмы, условия формирования / Н. Л. Карпова. – М. – 1998. – 396 с.
63. Качество жизни студентов-медиков и клинических ординаторов / Г. А. Зелезинская, П. Н. Коренько, М. А. Кравченко, А. И. Саллум // Медицинский журнал. – 2006. – № 4 (18). – С. 53–55.
64. Качина, А. А. Психологическая структура профессионального стресса у менеджеров разного должностного статуса / А. А. Качина. – 2006. – С. 163.
65. Китаев-Смык Л. А. Психология стресса: психологическая антропология стресса: монография / Л. А. Китаев-Смык. – М.: Академический проект, 2009. – 943 с.
66. Климов Е. А. Образ мира в разнотипных профессиях: учеб. пособие / Е. А. Климов. – М.: МГУ, 1995. – 224 с.
67. Климов Е. А. Психология профессионала: избранные психологические труды / Е. А. Климов. – Вор.: МОДЭК, 2003. – 456 с.
68. Клоктунова, Н. А. Динамика детерминирующих мотивов выбора профессии врача студентами медицинского вуза / Н. А. Клоктунова // Саратовский Научно-Медицинский Журнал. – 2013. – Т. 9. – № 2. – С. 333–337.
69. Ковалёва Л. М. Исследование особенностей проявления стрессовых состояний студентов медицинских колледжей в период их профессиональной подготовки / Л. М. Ковалёва // Вісник СевНТУ. Педагогіка: зб. наук. пр. – Сев.: СевНТУ, 2010. – вип. 104 – С. 103–106.
70. Кокс Т. Стресс: монография / Т. Кокс. – М.: Медицина, 1981. – 216 с.

71. Кокс Т. Трансактный подход к изучению производственного стресса / Т. Кокс, К. Маккей // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: хрестоматия / Сост. А. Б. Леонова, О. Н. Чернышева. – М.: Изд-во Радикс, 1995. – 448 с.

72. Корнеева, С. А. Особенности профессиональной направленности студентов медицинского института / С. А. Корнеева, А. В. Локтева (Афанасьева) // Научный результат. Педагогика и психология образования. – 2016. – Т. 2. – № 2. – С. 15–19.

73. Красовский, В. О. Профессиональные риски здоровью персонала выездных бригад службы скорой медицинской помощи / В. О. Красовский, Л. М. Карамова, Г. Р. Башарова (Закирова) // Скорая медицинская помощь. – 2020. – Т. 21. – № 4. – С. 17–23.

74. Кудрина, И. И. Особенности индивидуальной устойчивости к стрессу и совладающего поведения у медицинских специалистов / И. И. Кудрина, А. Б. Леонова. – Текст: электронный. – Институт психологии РАН, 2019. – С. 214–218.

75. Кудрина, И. И. Специфика профессионального стресса, индивидуальной стресс-резистентности и копинг-поведения у медицинских работников / И. И. Кудрина, А. Б. Леонова. – Текст: электронный. – Костромской государственный университет, 2019. – С. 210–214.

76. Кузнецова, О. А. Психологические особенности развития и коррекции синдрома профессионального выгорания у врачей анестезиологов–реаниматологов / О. А. Кузнецова. – 2012. – С. 177.

77. Куликов Л. В. Стресс и стрессоустойчивость личности / Л. В. Куликов // Теоретические и прикладные вопросы психологии. – СПб.: СПбУ, 1995. – Вып. 1. – Ч. 1 – С. 123–132.

78. Кульбах, О. С. Единство формирования общекультурных и профессиональных компетенций в подготовке будущего врача / О. С. Кульбах,

В. А. Аверин, Е. Р. Зинкевич (Цыбина) // Педиатр. – 2012. – Т. 3. – № 4. – С. 105–110.

79. Кунц (Тимченко), Л. И. Профессиональная направленность как фактор формирования образа будущей профессиональной деятельности личности (на материале студентов–психологов) / Л. И. Кунц (Тимченко). – 2005. – С. 216.

80. Леонова, А. Б. Комплексная стратегия анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции / А. Б. Леонова // Психологический Журнал. – 2004. – Т. 25. – Комплексная стратегия анализа профессионального стресса. – № 2. – С. 75–85.

81. Леонова, А. Б. Методы субъективной оценки функциональных состояний человека / А. Б. Леонова, М. С. Капица // Практикум по инженерной психологии и эргономике / Под ред. Ю. К. Стрелкова. – М.: Изд-во Академия, 2003. – С. 136–167.

82. Леонова, А. Б. Основные подходы к изучению профессионального стресса / А. Б. Леонова // Вестник МГУ. Сер. 14 Психология. – М.: МГУ, 2000. – Вып. 3. – С. 62–68.

83. Леонова, А. Б. Синдромы профессионального стресса у врачей разных специализаций / А. Б. Леонова, М. А. Багрий // Вестник Московского Университета. Серия 14: Психология. – 2009. – № 3. – С. 44–53.

84. Леонова, А. Б. Стресс и психическое здоровье профессионалов // Руководство по психологии здоровья / Под ред. А. Ш. Тхостова, Е. И. Рассказовой. – М.: Издательство Московского Университета, 2019. – 840 с. – С. 638–690.

85. Леонова, А. Б. Структурно-интегративный подход к анализу функциональных состояний человека / А. Б. Леонова // Вестник Московского Университета. Серия 14: Психология. – 2007. – № 1. – С. 87–104.

86. Леонова, А. Б. Субъективный образ профессиональной среды как регулятор развития стресса / А. Б. Леонова, С. Б. Величковская. – Текст: электронный. – Экопсицентр РОСС, 2000. – С. 228–229.
87. Леонова, А. Б. Функциональные состояния человека в трудовой деятельности: учеб. пособие / А. Б. Леонова, В. И. Медведев. – М.: МГУ, 1981. – 109 с.
88. Леонтьев, А. Н. Образ мира / А. Н. Леонтьев // Избр. психологические произведения. – М.: Педагогика, 1983. – С. 251–261.
89. Леонтьев, А. Н. Психология образа / А. Н. Леонтьев // Вестник МГУ. Сер. 14. – 1979. – № 2. – С. 3–14.
90. Люкшина (Корнилова), Д. С. Отношение студентов медицинского вуза к профессиональной деятельности / Д. С. Люкшина (Корнилова), Ю. И. Петрова // Тихоокеанский медицинский журнал. – 2016. – № 3 (65). – С. 96–98.
91. Макмихаэл, Э. Дж. Личность, поведение и ситуационные изменения при адаптации к профессиональным стрессам / Э. Дж. Макмихаэл // Психология труда и организационная психология: современное состояние и перспективы развития: хрестоматия / Сост. А. Б. Леонова, О. Н. Чернышева. – М.: Радикс, 1995. – 448 с.
92. Медицинское образование в России: векторы перезагрузки в условиях пандемии / Т. М. Литвинова (Наливайко), И. И. Галузина, Л. В. Засова (Жихарева), Н. В. Присяжная (Прусова) // Национальное Здравоохранение. – 2021. – Т. 2. – Медицинское образование в России. – № 1. – С. 12–20.
93. Миронова, О. И. Подходы к изучению экзаменационного стресса у студентов / О. И. Миронова // Педагогика и психология образования. – 2021. – № 1. – С. 159–170.
94. Моросанова, В. И. Осознанная саморегуляция как метаресурс достижения целей и разрешения проблем жизнедеятельности /

В. И. Моросанова // Вестник Московского Университета. Серия 14: Психология. – 2021. – № 1. – С. 4–37.

95. Моросанова, В. И. Саморегуляция и индивидуальность человека / В. И. Моросанова. – Федеральное государственное унитарное предприятие Академический научно-издательский, производственно-полиграфический и книгораспространительский центр «Наука». – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20109382>. – Текст: электронный.

96. Немчин, Т. А. Состояния нервно-психического напряжения / Т. А. Немчин // Психические состояния. Хрестоматия. – СПб.: Питер-Пресс, 2000. – 167 с.

97. Нечаев, Н. Н. Профессионализм как основа профессиональной мобильности / Н. Н. Нечаев. – 2-е изд., доп.: материалы к пятому заседанию методологического семинара 8 февраля 2005 г. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2005. – 254 с.

98. Нечаев, Н. Н. Психология: Избранные психологические труды / Н. Н. Нечаев. – М.: НОУ ВПО МПСУ; Воронеж.: МОДЭК, 2014. – 400 с.

99. Нечаев, Н. Н. Психолого-педагогические основы формирования профессиональной деятельности: учеб. пособие / Н. Н. Нечаев. – М.: МГУ, 1988. – 165 с.

100. Нигматзянова, Г. Х. Структура и содержание общекультурных компетенций студента / Г. Х. Нигматзянова // Гуманитарные научные исследования. – 2014. – № 2 (30). – С. 19.

101. Нуримбетова, Э. Д. Социально-психологические особенности профессионального становления сотрудников ОВД: монография / Э. Д. Нуримбетова. – Т.: Изд-во «Фан технология», 2015. – 128 с.

102. Обознов, А. А. Эмоциональная направленность как универсальный фактор выгорания / А. А. Обознов, О. Н. Доценко. – 2013. – С. 165–178.

103. Особенности взаимосвязи эмоционального выгорания и переживания психологического стресса с социально-психологическими

факторами, тревожно–депрессивными и астеническими проявлениями у медицинских работников в период пандемии COVID-19 / Р. И. Антохина (Гайсина), А. В. Васильева, Е. Ю. Антохин [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2022. – Т. 56. – № 4. – С. 18–30.

104. О формировании профессионального самоопределения будущих врачей / Г. Л. Микиртичан, В. А. Чулкова, Е. В. Пестерева (Агеенкова) [и др.] // Педиатр. – 2014. – Т. 5. – № 2. – С. 95–101.

105. Оценка профессионального выгорания у медицинских работников / В. И. Евдокимов, И. Э. Есауленко, А. И. Губин, В. И. Попов. – Издательство «Политехника». – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24241096>. – Текст: электронный.

106. Ошанин, Д. А. Концепция оперативности отражения в инженерной и общей психологии / Д. А. Ошанин // Д. А. Ошанин и современная психология: к 100-летию со дня рождения Д. А. Ошанина / Под общ. ред. В. И. Панова и Н. Л. Мориной. – Обнинск; ИГ-СОЦИН Москва, 2008. – С. 7–28.

107. Ошанин, Д. А. Оперативность отражения в информационных процессах / Д. А. Ошанин // Методологические проблемы кибернетики: материалы к Всероссийской конференции. – М.: Ч.1, 2000. – С.27–31.

108. Ошанин Д. А. Предметное действие и оперативный образ: Избр. психол. тр. / Д. А. Ошанин. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т; Воронеж: Изд.-во НПО «МОДЭК», 1999. – 508 с.

109. Пац, Н. В. Влияние изменений состояния здоровья на стрессоустойчивость у студенческой молодежи / Н. В. Пац, И. П. Грабовская, О. П. Нестерович // Здоровье человека, теория и методика физической культуры и спорта. – 2020. – № 2 (18). – С. 209–215.

110. Поваренков, Ю. П. Психологические основы целостного подхода к процессу профессионализации личности / Ю. П. Поваренков //

Психологические исследования проблемы формирования личности профессионала: сб. науч. работ. – М.: ИП РАН, 1997. – С. 67–83.

111. Погодаева, М. В. Факторы профессионального стресса врачей и возможности повышения адаптивности к ним на этапе обучения в вузе / М. В. Погодаева, Ю. В. Чепурко (Соколенко), О. А. Молокова // Вестник Кемеровского Государственного Университета. – 2019. – Т. 21. – № 4 (80). – С. 1005–1013.

112. Профессиональный стресс и профессиональное выгорание у медицинских работников / Е. Я. Матюшкина, А. П. Рой, А. А. Рахманина, А. Б. Холмогорова (Скобина) // Современная зарубежная психология. – 2020. – Т. 9. – № 1. – С. 39–49.

113. Профессиональный стресс у педагогических и медицинских работников и его профилактика / Е. А. Баймаков, И. А. Мишкич, С. А. Еременко [и др.] // Медицина труда и промышленная экология. – 2023. – Т. 63. – № 2. – С. 122–128.

114. Прохоров, А. О. Смысловая регуляция психических состояний / А. О. Прохоров // Психологический журнал. – 2009. – Т. 30. – № 2. – С. 5–17.

115. Пряжникова, Е. Ю. Проблема профессионального становления личности / Е. Ю. Пряжникова, Т. А. Егоренко // Современная зарубежная психология. – 2012. – Т. 1. – № 2. – С. 111–122.

116. Психология саморегуляции: эволюция подходов и вызовы времени / под ред. Ю. П. Зинченко, В. И. Моросановой. – М.; СПб.: Нестор-История, 2019. – 472 с.

117. Психосоциальные производственные факторы и риск нарушений здоровья медицинских работников (тематический обзор) / Ю. Ю. Горблянский, Е. П. Конторович (Денисова), О. П. Понамарева (Сокиренко) [и др.] // Южно–Российский Журнал Терапевтической Практики. – 2020. – Т. 1. – № 3. – С. 27–36.

118. Рахматуллин, Л. Ю. Понятие образа / Л. Ю. Рахматуллин, Э. Р. Семенова, Д. З. Хамзина // Исторические, философские, политические и

юридические науки, культурология и искусствоведение. Вопросы теории и практики. – Тамбов: Грамота, 2012. – №12 Ч. 2. – С. 167–170.

119. Рогинская, Т. И. Синдром выгорания в социальных профессиях / Т. И. Рогинская // Психологический журнал. – М.: ИП РАН, 2002. – Вып. 3. – С. 85–95.

120. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии: учеб. пособие / С. Л. Рубинштейн. – 2-е изд. (1946г.) – СПб.: Питер, 2002. – 720 с.

121. Рыбина, О. В. Психологические характеристики врачей в состоянии профессионального стресса / О. В. Рыбина. – 2005. – С. 159.

122. Серкин, В. П. Влияние профессиональной специфики образа мира и образа жизни на восприятие / В. П. Серкин // Психология развития человека как субъекта труда. Развитие творческого наследия Е. А. Климова. Материалы Международной научно-практической конференции. Москва, 12-15 октября 2016 г. / Под ред. Ю. П. Зинченко, А. Б. Леоновой, О. Г. Носковой. – М.: ООО «Акрополь», 2016. – Электронное издание – 1 CD (17 Mb) – С. 68–78.

123. Сиваченко, О. Ю. Представления о роли врача у студентов медицинского университета / О. Ю. Сиваченко, Ю. А. Субеева // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 4. – С. 3.

124. Смит М. Дж. Профессиональный стресс / М. Дж. Смит // Человеческий фактор / Под ред. В. П. Зинченко, В. М. Мунипова. – Т.2. – М.: Мир, 1991. – С. 356–392.

125. Стресс: причины и последствия, лечение и профилактика. Клинические рекомендации / Е. С. Акарачкова, А. И. Байдаулетова, А. А. Беляев [и др.]. – СПб.: Скифия-принт, 2020. – 138 с.

126. Суннатова, Р. И. Особенности осознания себя в трудовой деятельности как фактор формирования профессионализма / Р. И. Суннатова. – Текст: электронный. – ООО «Акрополь», 2016. – С. 418–426.

127. Уайт, Г. К. Удовлетворенность трудом и мотивация – разработка практических подходов к их повышению / Г. К. Уайт // Психология труда и

организационная психология: современное состояние и перспективы развития. Хрестоматия / Сост. А. Б. Леонова, О. Н. Чернышева. – М.: Радикс, 1995. – 448 с.

128. Условия и факторы, влияющие на состояние здоровья медицинских работников–женщин / Л. А. Ходырева, П. С. Турзин, И. Б. Ушаков, В. Н. Комаревцев // Медицина экстремальных ситуаций. – 2019. – Т. 21. – № 2. – С. 250–257.

129. Федорченко, В. В. Исследование информационного стресса у студентов–психологов на различных этапах обучения: дипломная работа / В. В. Федорченко. – М., МГУ, 2000. – 84 с.

130. Фитьмова, А. А. Типологизация профессиональной мотивации будущих врачей на основе кластерного анализа / А. А. Фитьмова // Известия Российского Государственного Педагогического Университета им. А. И. Герцена. – 2011. – № 129. – С. 87–93.

131. Фонарев, А. Р. Развитие личности в процессе профессионализации / А. Р. Фонарев // Вопросы психологии. – М.: МГАФК, 2004. – Вып. 6. – С. 72–83.

132. Хетагурова, А. К. Социально-демографические и психологические факторы, влияющие на уход из профессии медицинских сестер на современном этапе / А. К. Хетагурова, Н. А. Касимовская // Сестринское дело. – 2006. – № 7. – С. 4–7.

133. Шагина, И. Р. Влияние учебного процесса на здоровье студентов / И. Р. Шагина // Астраханский Медицинский Журнал. – 2010. – Т. 5. – № 2. – С. 126–131.

134. Шадрина (Шараева), А. Ю. Стресс и стрессоустойчивость медицинских работников / А. Ю. Шадрина (Шараева), Н. Г. Иванова // Chronos. – 2019. – № 7 (34). – С. 25–28.

135. Шишкина, А. Р. Особенности проявления синдрома эмоционального выгорания медицинских работников с различным стажем профессиональной деятельности / А. Р. Шишкина // Вектор науки

Тольяттинского Государственного Университета. Серия: Педагогика, Психология. – 2019. – № 1 (36). – С. 75–81.

136. Штофф, В. А. Моделирование и философия: монография / В. А. Штофф. – М.: Л.: Наука, 1966. – 302 с.

137. Щербатых, Ю. В. Связь особенностей личности студентов–медиков с активностью вегетативной нервной системы / Ю. В. Щербатых // Психологический журнал. – М.: ИП РАН, 2002. – Вып. 1. – С. 118–122.

138. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А. В. Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат (Ефремова), А. О. Пятибрат // Вестник Санкт-Петербургского Университета. Медицина. – 2009. – № 3. – С. 57–71.

139. Ясько (Шабанова), Б. А. Психология личности и труда врача / Б. А. Ясько (Шабанова). – Издательство Феникс. – URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20727163>. – Текст: электронный.

140. An empirical study exploring the determinants of stress among medical healthcare professionals / A. Anjum, A. Anjum, U. Anjum, X. Ming // Afr Health Sci. – Vol. 19. – № 4. – P. 3091–3099.

141. Anxiety, stress perception, and coping strategies among students with COVID-19 Exposure / A. Shpakou, Krajewska–Kułak E., M. Cybulski [et al.] // Journal of Clinical Medicine. – 2023. – Vol. 12. – № 13. – P. 4404.

142. Assessing the stress level among medical students in Rwanda / L. Kubwimana, G. Mutatsineza, L. Tesi, R. Wong // Open Journal of Psychiatry. – 2022. – T. 12. – № 2. – С. 174–187.

143. Assessment of academic stress and its coping mechanisms among medical undergraduate students in a large Midwestern university / N. Joseph, A. Nallapati, M. X. Machado [et al.] // Current Psychology. – 2021. – Vol. 40. – № 6. – P. 2599–2609.

144. Backović, D. Gender differences in academic stress and burnout among medical students in final years of education / D. Backović [et al.] // *Psychiatra Danubina*. – 2012. – Vol. 24(2). – P. 175–181.
145. Bakker, A. B. Job demands and job resources as predictors of absence duration and frequency / A. B. Bakker [et al.] // *Journal of Vocational Behavior*. – 2003. – Vol. 62. – P. 341–356.
146. Bakker, A. B. Job resources buffer the impact of job demands on burnout / A. B. Bakker, E. Demerouti, M. C. Euwema // *Journal of Occupational Health Psychology*. – 2005. – Vol. 10. – P. 170–180.
147. Bergmann, C. Medical students' perceptions of stress due to academic studies and its interrelationships with other domains of life: a qualitative study / C. Bergmann, T. Muth, A. Loerbroks // *Med. Educ. Online*. – 2019. – Vol. 24(1).
148. Brazeau, C. M. Relationships between medical student burnout, empathy, and professionalism climate / C. M. Brazeau [et al.] // *Acad. Med.* – 2010. – Vol. 85 (10 Suppl.). – P. 33–36.
149. Campos, J. Burnout syndrome among dental students / J. Campos // *Rev. Bras. Epidemiol.* – 2012. – Vol. 15(1). – P. 155–165.
150. Compton, M. T. Stress and depressive symptoms/dysphoria among U.S. medical students: results from a large, nationally representative survey / M. T. Compton [et al.] // *J. Nerv. Ment. Dis.* – 2008. – Vol. 196(12). – P. 891–897.
151. Cooper, C. L. Organizational stress: a review and critique of theory, research, and applications / C. L. Cooper, P. J. Dewe, M. P. O'Driscoll. – Thousand Oaks, Calif.: Sage, 2001.
152. COVID-19 related disruptions to medical education and perceived clinical capability of new resident physicians: a nationwide study of over 1200 first-year residents / G. Guldner, J. Wells, N. Ayutyanont [et al.]. – Text: electronic // *Medical Education Online*. – 2023. – Vol. 28. – COVID-19 related disruptions to medical education and perceived clinical capability of new resident physicians. – № 1. – URL: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/10872981.2022.2143307>.

153. Donham, G. W. Personality correlates of health locus control with medical inpatients / G. W. Donham [et al.] // Psychological reports. – 1983.
154. Elman, N. S. Professional development: training for professionalism as a foundation for competent practice in psychology / N. S. Elman, J. Illfelder-Kaye, W. N. Robiner // Professional Psychology: Research and Practice. – 2005. – Vol. 36(4). – P. 367–375.
155. Firth, J. Levels and source of stress in medical students / J. Firth // Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.). – 1986. – Vol. 292(6529). – P. 1177–1180.
156. Friedman, D. The development of professional identity in psychotherapists: six stages in the supervision process / D. Friedman, N. J. Kaslow // The Clinical Supervisor. – 1986. – Vol. 4(1–2). – P. 29–50.
157. Guthrie, E. Psychological stress and burnout in medical students: a five-year prospective longitudinal study / E. Guthrie [et al.] // JR. Soc. Med. – 1998. – Vol. 91. – P. 237–243.
158. Headey, B. Personality, life events, and subjective well-being: toward a dynamic equilibrium model / B. Headey, A. Wearing // Journal of personality and social psychology. – 1989. – Vol. 57. – Personality, life events, and subjective well-being. – P. 731–739.
159. Hobfoll, S. E. The influence of culture, community, and the nested-self in the stress process: advancing conservation of resources theory / S. E. Hobfoll // Applied psychology: an international review. – 2001. – Vol. 50. – P. 337–421.
160. Hockey, G. R. J. Compensatory control in the regulation of human performance under stress and high workload: A cognitive-energetical framework / G. R. J. Hockey // Biological psychology. – 1997. – Vol. 45. – P. 73–93.
161. House, J. S. Occupational stress and heart coronary disease: a review and theoretical integration / J. S. House // Journal of health and social behavior. – 1974. – Vol. 15. – P. 12–26.

162. Impact of a mentorship program on medical student burnout / J. Jordan, D. Watcha, C. Cassella [et al.] // *AEM education and training*. – 2019. – Vol. 3(3). – P. 218–225.
163. Laux, L. Theoretical and methodological issues in achievement related stress and anxiety research / L. Laux, G. Vossel // *Achievement, stress and anxiety*. – 1982. – P. 3–18.
164. Lazarus, R. S. Psychological stress and the coping process / R. S. Lazarus. – N.Y. – McGraw–Hill Book, 1966. – 466 p.
165. Leonova, A. B. Complex strategy of stress management at the workplace: evaluation model and its empirical verification / A. B. Leonova // *Psychology in Russia: State of the Art*. – 2008. – Vol. 1. – P. 182–197.
166. Lloyd, C. Social work, stress and burnout: a review / C. Lloyd, R. King, L. Chenoweth // *Journal of Mental Health*. – 2002. – Vol. 11(3). – P. 255–265.
167. MacGeorge, E. L. Academic stress, supportive communication, and health / E. L. MacGeorge, W. Samter, S. J. Gillihan // *Communication Education*. – 2005. – Vol. 54. – P. 365–372.
168. Mastenbroek, N. J. J. M. The role of personal resources in explaining well-being and performance: A study among young veterinary professionals / N. J. J. M. Mastenbroek [et al.] // *European Journal of Work and Organizational Psychology*. – 2014. – Vol. 23(2). – P. 190–202.
169. Mcmanus, Ic. Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style: A twelve-year longitudinal study of UK medical graduates / McmanusIc., A. Keeling, E. Paice // *Bmc Medicine*. – 2004. – Vol. 2. – Stress, burnout and doctors' attitudes to work are determined by personality and learning style. – № 1. – P. 1–12.
170. Medical school strategies to address student well-being: a national survey / L. N. Dyrbye, A. F. Sciolla, M. Dekhtyar [et al.] // *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. – 2019. – Vol. 94 (6). – P. 861–868.

171. Medical students on the COVID-19 frontline: a qualitative investigation of experiences of relief, stress, and mental health / J. M. Klasen, A. Poljo, R. Sortino [et al.]. – Text: electronic // *Frontiers in Medicine*. – 2023. – Vol. 10. – Medical students on the COVID-19 frontline. – URL: <https://www.frontiersin.org/journals/medicine/articles/10.3389/fmed.2023.1249618/full>.
172. Miller, D. The role of medical students during the COVID-19 pandemic / D. Miller, L. Pierson, S. Doernberg // *Ann Intern Med*. – 2020. – Vol. 173. – P. 145–146.
173. Moos, R. H. Stressful life circumstances: concepts and measures. Special Issue: II–IV. Advances in measuring life stress / R. H. Moos, W. R. Swindle // *Stress Medicine*. – 2000. – Vol. 6(3). – P. 171–178.
174. Morrison, D. E. Psychological contracts and change / D. E. Morrison // *Human Resource Management*. – 1994. – Vol. 33(3). – P. 353–372.
175. Motowidlo, S. J. Evidence that task performance should be distinguished from contextual performance / S. J. Motowidlo, Van Scotter J. // *Journal of Applied Psychology*. – 1994. – Vol. 79. – № 4. – P. 475–480.
176. Ormel, J. Stability and change in psychological distress and their relationship with self-esteem and locus of control: a dynamic equilibrium model / J. Ormel, W. B. Schaufeli // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1991. – Vol. 60. – Stability and change in psychological distress and their relationship with self-esteem and locus of control. – P. 288–299.
177. Perceived stress and study-related behavior and experience patterns of medical students: a cross-sectional study / K. Afshar, B. Wiese, S. Stiel [et al.] // *Bmc Medical Education*. – 2022. – Vol. 22. – Perceived stress and study-related behavior and experience patterns of medical students. – № 1. – P. 1–9.
178. Professional burnout among medical students: Systematic literature review and meta-analysis / R. Erschens, K. E. Keifenheim, A. Herrmann-Werner [et al.] // *Med Teach*. – 2019. – Vol. 41(2). – P. 172–183.

179. Schaufeli, W. B. Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study / W. B. Schaufeli, A. B. Bakker // *Journal of Organizational Behavior*. – 2004. – Vol. 25. – P. 293–315.
180. Seppälä, P. Stability and change model of job resources and work engagement: A seven-year three-wave follow-up study / P. Seppälä [et al.] // *European Journal of Work and Organizational Psychology*. – 2015. – Vol. 24(3). – P. 360–375.
181. Stress and its correlates among medical students in six medical colleges: an attempt to understand the current situation / E. A. Ragab, M. A. Dafallah, M. H. Salih [et al.] // *Middle East Current Psychiatry*. – 2021. – Vol. 28. – Stress and its correlates among medical students in six medical colleges. – № 1. – P. 1–10.
182. The effect of COVID-19 on medical students' education and wellbeing: a cross-sectional survey / H. ElHawary, A. Salimi, N. Barone [et al.] // *Can Med Educ J*. – 2021. – Vol. 12. – P. 92–99.
183. The job demands-resources model of burnout / E. Demerouti, A. B. Bakker, F. Nachreiner, W. B. Schaufeli // *Journal of Applied Psychology*. – 2001. – Vol. 86. – № 3. – P. 499.
184. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of healthcare professionals / F. Ornell, S. Halpern, F. Kessler, J. M. de Narvaez // *Cad Saude Publica*. – 2020.
185. The measurement of engagement and burnout: a two sample confirmatory factor analytic approach / W. B. Schaufeli, M. Salanova, Gonzalez-Roma V., A. B. Bakker // *Journal of Happiness Studies*. – 2002. – Vol. 3. – The Measurement of Engagement and Burnout. – № 1. – P. 71–92.
186. The root of the problem: identifying major sources of stress in Brazilian medical students and developing the medical student stress factor scale / R. F. Damiano, I. N. Oliveira, O. S. Ezequiel [et al.] // *Braz. J. Psychiatry*. – 2021. – Vol. 43. – P. 35–42.

187. Schleef, D. Identity transformation, hegemonic masculinity and research on professionalization / D. Schleef // *Sociology Compass*. – 2010. – Vol. 4(2). – P. 122–135.
188. Schoenpflug, W. / W. Schoenpflug // *Behavior economics as an approach to stress theory*. – N.Y., 1986. – P. 81–97.
189. Stachteas, P. Deploying Medical Students During the COVID-19 Pandemic / P. Stachteas, N. Vlachopoulos, E. Smyrnakis // *Medical Science Educator*. – 2021. – Vol. 31. – № 6. – P. 2049–2053.
190. Steiner-Hofbauer, V. How to cope with the challenges of the education? Stress, depression, and coping in undergraduate medical students / V. Steiner-Hofbauer, A. Holzinger // *Acad. Psychiatry*. – 2020. – Vol. 44(4). – P. 380–387.
191. Stress and behavior patterns throughout medical education – a six-year longitudinal study / E. Voltmer, Kösllich-Strumann S., VoltmerJa.b., T. Kötter // *Bmc Medical Education*. – 2021. – Vol. 21. – № 1. – P. 1–12.
192. Struthers, C. W. An examination of the relationship among academic stress, coping, motivation, and performance in college / C. W. Struthers, R. P. Perry, V. H. Menec // *Research in Higher Education*. – 2000. – Vol. 41. – № 5. – P. 581–592.
193. A systematic review of stress-management programs for medical students / M. T. Shiralkar, T. B. Harris, Eddins-Folensbee F. F., J. H. Coverdale // *Academic Psychiatry*. – 2013. – Vol. 37. – № 3. – P. 158–164.
194. Tims, M. Job crafting and job performance: a longitudinal study / M. Tims, A. B. Bakker, D. Derks // *European Journal of Work and Organizational Psychology*. – 2015. – Vol. 24(6). – P. 914–928.
195. Variation of stress levels, burnout, and resilience throughout the academic year in first-year medical students / R. K. Jordan, S. S. Shah, H. Desai [et al.] // *PLoS ONE*. – 2020. – Vol. 15(10).
196. Velichkovskaya, S. Personal empathy and social-psychological climate as factors of learning satisfaction in linguistic university students /

S. Velichkovskaya, T. Grebennikova. – Text: electronic. – Institute of Physics Publishing, 2020. – P. 012034. – URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=43245107>.

197. Wilks, S. Resilience amid academic stress: the moderating impact of social support among social work student / S. Wilks // *Advances in Social Work*. – 2008. – Vol. 9(2). – P. 106–125.

198. Wrzesniewski, A. Crafting a job: revisioning employees as active crafters of their work. / A. Wrzesniewski // *Academy of Management Review*. – 2001. – Vol. 26. – Crafting a Job. – № 2. – P. 179–201.

199. YusoffM.s.b. The roles of emotional intelligence, neuroticism, and academic stress on the relationship between psychological distress and burnout in medical students / YusoffM.s.b., HadieS.n.h., Yasin M.a.m. // *Bmc Medical Education*. – 2021. – Vol. 21. – № 1. – P. 1–10.

200. Zaleski, E. H. Coping mechanisms, stress, social support, and health problems in college students / E. H. Zaleski, C. Levey–Thors, K. M. Schiaffino // *Applied Developmental Science*. – 1998. – Vol. 2(3). – P. 127–137.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. МЕТОДИКИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Приложение 1.1. Анкета предварительного опроса студентов-медиков

Ваша фамилия _____ имя _____ отчество _____
(при желании, Вы можете назвать только свои инициалы _____)

Возраст _____

Пол

☐ Ж

☐ М

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ О ВАШЕЙ РАБОТЕ И ОБРАЗОВАНИИ

Место учебы _____ (№ курса) _____

Образование (подчеркните нужное):

- среднее
- среднее специальное
- незаконченное высшее
- высшее

Ваша специальность по образованию _____

Работаете ли Вы (в свободное от учебы время)?

☐ да

☐ нет

Работаете ли Вы по специальности?

☐ да

☐ нет

Собираетесь ли после окончания ВУЗа работать по специальности?

☐ да

☐ нет

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОСТОЯНИЯ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ

Были ли Вы серьезно больны в течение последних 6 месяцев:

☐ да

☐ нет

Обращались ли Вы в течение последних месяцев за медицинской помощью?

☐ да

☐ нет

Есть ли у Вас какие-либо хронические заболевания?

☐ да

☐ нет

СЕРЬЕЗНЫЕ СОБЫТИЯ И СТРЕССОВЫЕ СИТУАЦИИ В ВАШЕЙ ЖИЗНИ

11. Какие особенности Вашей деятельности/учебы вызывают у Вас особые сложности (подчеркните нужное):

1. Учёба практически не оставляет времени на отдых и личную жизнь;
2. Необходимость совмещать учебу и работу
3. Подготовка к «обязательным» предметам не позволяет заниматься тем, что действительно интересно;
4. Освоить все предметы за семестр не представляется возможным, и к сессии накапливается большой объём информации;
5. Трудно связать новый учебный материал со «старыми» предметами;
6. Из-за большого количества изучаемых предметов трудно как следует подготовиться к каждому занятию;
7. Приходится посвящать учебе вечерние и ночные часы;
8. У каждого преподавателя свой подход к построению занятия, что затрудняет понимание предмета и требований преподавателя;
9. Проведение практических работ затрудняется нехваткой умений и навыков;
10. Полученная на экзамене оценка может не зависеть от действительно имеющихся знаний;
11. Другое (напишите):

12. Какие серьезные события произошли в Вашей жизни в течение последних 6 месяцев (подчеркните нужное):

В профессиональной сфере

- Смена места работы/учебы
- Потеря работы/ места учебы
- Поощрения по службе/ в учебе
- Тяжелые конфликты с начальством/коллегами
- Серьезная неудача или провал на работе/ в учебе
- Финансовые трудности в организации/ крупные потери денег
- Реорганизация/инновации в организации

В личной жизни

- Переезд
- Начало совместной жизни /свадьба
- Прибавление семейства
- Серьезный конфликт в семье
- Развод / разрыв отношений
- Тяжелая болезнь / несчастный случай
- Смерть в кругу самых близких людей

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВАШЕГО ОБРАЗА ЖИЗНИ И ПРИВЫЧКИ

А. Курите ли Вы?

☐ да

☐ нет

Если да, то с какой интенсивностью (подчеркните нужное):

- Изредка
- 1-2 сигареты в день
- До 10 сигарет в день
- До 20 сигарет в день
- Более 20 сигарет в день

Б. Употребляете ли Вы алкоголь (вино, пиво, крепкие напитки)?

☐ да

☐ нет

Если да, то насколько часто (подчеркните нужное):

- Изредка, по особым случаям
- Не чаще, чем 1 раз в неделю
- 2-3 раза в неделю
- Каждый день

В. Когда в последний раз Вы полноценно отдыхали (были в отпуске или др.)? – подчеркните нужное:

- Несколько недель назад
- Несколько месяцев назад
- Около года назад
- Не отдыхал(а) в течение нескольких последних лет

Г. Занимаетесь ли Вы спортом или другими формами активного отдыха?

☐ да

☐ нет

Если да, то как часто (подчеркните нужное):

- Практически ежедневно
- Каждую неделю
- 1-2 раза в месяц

Приложение 1.2. Методика «Шкала дифференциальных эмоций»

«Шкала дифференциальных эмоций»

Инструкция: Перед Вами список прилагательных, которые характеризуют проявления различных чувств и эмоциональных переживаний. Справа от каждого прилагательного расположен ряд цифр от 1 до 5, соответствующий по нарастанию различной степени выраженности данного переживания. Мы просим Вас оценить, насколько каждое из перечисленных переживаний присуще Вам в данный момент времени, подчеркнув соответствующую цифру. Не задумывайтесь долго над выбором ответа: наиболее точным обычно оказывается Ваше первое ощущение!

Возможные оценки: 1 – переживание полностью отсутствует; 2 - переживание выражено незначительно; 3 - переживание выражено умеренно; 4 - переживание выражено сильно; 5 - переживание выражено в максимальной степени.

Утверждения	Оценка				
1. Внимательный	1	2	3	4	5
2. Сконцентрированный	1	2	3	4	5

<i>Утверждения</i>	<i>Оценка</i>				
3. Собранный	1	2	3	4	5
4. Наслаждающийся	1	2	3	4	5
5. Счастливый	1	2	3	4	5
6. Радостный	1	2	3	4	5
7. Удивленный	1	2	3	4	5
8. Изумленный	1	2	3	4	5
9. Пораженный	1	2	3	4	5
10. Унылый	1	2	3	4	5
11. Печальный	1	2	3	4	5
12. Сломленный	1	2	3	4	5
13. Взбешенный	1	2	3	4	5
14. Гневный	1	2	3	4	5
15. Яростный	1	2	3	4	5
16. Чувствующий неприязнь	1	2	3	4	5
17. Чувствующий отвращение	1	2	3	4	5
18. Чувствующий омерзение	1	2	3	4	5
19. Презрительный	1	2	3	4	5
20. Пренебрегающий	1	2	3	4	5
21. Надменный	1	2	3	4	5
22. Напуганный	1	2	3	4	5
23. Боязливый	1	2	3	4	5
24. Паникующий	1	2	3	4	5
25. Застенчивый	1	2	3	4	5
26. Робкий	1	2	3	4	5
27. Стыдливый	1	2	3	4	5
28. Сожалеющий	1	2	3	4	5
29. Виноватый	1	2	3	4	5
30. Раскаивающийся	1	2	3	4	5

Приложение 1.3. Методика «Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса»

Вам предлагается методика для оценки субъективных проявлений стрессовых состояний, переживаемых в формах как острого реагирования на затруднения («здесь и теперь»), так и хронического накопления негативных признаков («устойчивые эффекты»). Опросник состоит из двух частей, предназначенных для диагностики симптоматики: (а) «острого стресса» (часть 1) и (б) «хронического стресса» (часть 2). Внимательно прочитайте инструкции, предворяющие каждую из частей опросника, и дайте ответы в соответствии с предложенной шкалой оценок.

Часть 1.

Инструкция: В зависимости от того, как Вы чувствуете в **ДАННЫЙ МОМЕНТ** времени, оцените, насколько выражено у Вас каждое из приведенных ниже переживаний. Используйте для оценок 4-х балльную шкалу:

- «Нет, это совершенно не так» (1 балл)
- «Отчасти, так» (2 балла)
- «Верно» (3 балла)
- «Совершенно верно» (4 балла)

Утверждение	Нет, это совсем не так	Отчасти так	Верно	Совершенно верно
1. У меня хорошее самочувствие	1	2	3	4
2. Я возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
3. У меня дрожат руки	1	2	3	4
4. Окружающие предметы и лица кажутся мне расплывчатыми	1	2	3	4
5. Мне вдруг стало трудно говорить	1	2	3	4
6. Я никак не могу сосредоточиться на одном деле	1	2	3	4
7. Я нервничаю	1	2	3	4
8. Я покрываюсь испариной	1	2	3	4
9. Я с трудом понимаю, что говорят окружающие	1	2	3	4
10. Разговоры окружающих раздражают меня	1	2	3	4
11. У меня все валится из рук	1	2	3	4
12. Я чувствую себя сильным	1	2	3	4
13. Чувство беспокойства нарастает во мне	1	2	3	4
14. У меня пересохло во рту	1	2	3	4
15. Неожиданно стало трудно вспомнить даже самую простую и нужную информацию	1	2	3	4
16. Мне трудно включиться в общий разговор	1	2	3	4
17. Я начинаю делать “глупые” ошибки	1	2	3	4
18. Мне радостно	1	2	3	4
19. Я взвинчен и легко могу сорваться	1	2	3	4
20. Меня поташнивает	1	2	3	4
21. Мне трудно сосредоточить внимание на чем-то определенном	1	2	3	4
22. Я с трудом подбираю слова, чтобы	1	2	3	4

Утверждение	Нет, это совсем не так	Отчасти так	Верно	Совершенно верно
выразить даже простую мысль				
23. Выполнение привычных действий требует от меня дополнительного напряжения	1	2	3	4
24. Мне хочется действовать	1	2	3	4
25. Внутренняя напряженность сковывает мои мысли и чувства	1	2	3	4
26. В голове все шумит и отдаёт в висках	1	2	3	4
27. Все мысли перепутались и так и вертятся в голове	1	2	3	4
28. Смысл слов собеседника с трудом доходит до меня	1	2	3	4
29. Мои движения утратили точность и стали хаотичными	1	2	3	4
30. Я бодр и уверен в себе	1	2	3	4

Часть 2.

Инструкция: В зависимости от того, как Вы чувствуете себя на протяжении НЕСКОЛЬКИХ ПОСЛЕДНИХ МЕСЯЦЕВ, дайте оценку тому, насколько выражено у Вас каждое из приведенных ниже переживаний. Используйте для оценок 4-х балльную шкалу:

- «Почти никогда» (1 балл)
- «Редко / Иногда» (2 балла)
- «Часто» (3 балла)
- «Почти всегда» (4 балла)

Утверждение	Почти никогда	Редко/ Иногда	Часто	Почти всегда
31. Я с уверенностью смотрю в будущее	1	2	3	4
32. Во мне нарастает тревога, когда я начинаю думать о своих делах и заботах	1	2	3	4
33. Я разрешаю спорные вопросы без ссор и раздражения	1	2	3	4
34. Я испытываю грусть	1	2	3	4
35. Я чувствую себя вялым и плохо отдохнувшим	1	2	3	4
36. Меня мучают боли в висках и во лбу	1	2	3	4
37. Я могу начать злиться на себя и на себя и всех окружающих без особого повода	1	2	3	4
38. У меня бывает бессонница	1	2	3	4
39. Я долго переживаю любой свой промах или неудачный поступок	1	2	3	4

Утверждение	Почти никогда	Редко/ Иногда	Часто	Почти всегда
40. Я прихожу в бешенство, когда мне делают замечания	1	2	3	4
41. У меня бывает хандра	1	2	3	4
42. Едва начав работать, я чувствую, как наваливается усталость	1	2	3	4
43. У меня бывают приступы тошноты и головокружения	1	2	3	4
44. Если я просыпаюсь ночью, то потом засыпаю с трудом	1	2	3	4
45. Я волнуюсь по любому пустячному поводу	1	2	3	4
46. Если работа не клеится, то мне хочется все расшвырять или сделать что-нибудь подобное	1	2	3	4
47. У меня крепкий и здоровый сон	1	2	3	4
48. Меня подавляют мрачные предчувствия	1	2	3	4
49. Даже если меня никто не отвлекает, мне трудно полностью сосредоточиться на работе	1	2	3	4
50. Я чувствую, что у меня «сосет под ложечкой»	1	2	3	4
51. Я все время хочу спать днем, даже если выспался ночью	1	2	3	4
52. Мне трудно принимать решения из-за неуверенности в себе	1	2	3	4
53. Если кто-то пытается на меня надавить, то я начинаю ругаться	1	2	3	4
54. Мне все кажется безнадежным	1	2	3	4
55. Я полон сил и готов к работе	1	2	3	4
56. У меня бывают «провалы памяти», и я забываю сделать что-нибудь важное	1	2	3	4
57. У меня что-то сжимается в горле и трудно вздохнуть	1	2	3	4
58. Меня тревожат тяжелые сны и кошмары	1	2	3	4
59. Жизнь доставляет мне удовольствие	1	2	3	4
60. Я чувствую себя совершенно здоровым человеком	1	2	3	4

Прочитайте внимательно следующие вопросы и выберите тот ответ, который наиболее полно соответствует Вашей работе:	Совсем нет	Очень редко	Редко	Иногда	Часто	Очень часто	Всегда	Оценка	
6. Получаете ли Вы от начальника или коллег информацию о том, насколько успешно Вы справляетесь со своей работой?									

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. НОРМАТИВНЫЕ ДИАПАЗОНЫ ОЦЕНОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК

Приложение 2.1. Нормативные диапазоны оценок по методике «Шкала дифференциальных эмоций» К. Изарда

Таблица 38

Сводные показатели	Диагностические интервалы по степени выраженности оценок по каждому показателю (по абсолютным значениям в баллах)			
	Слабая	Умеренная	Выраженная	Сильная
ПЭМ (индекс позитивных эмоций)	≤ 19	от 20 до 28	от 29 до 35	≥ 36
НЭМ (индекс негативных эмоций)	≤ 14	от 15 до 24	от 25 до 31	≥ 35
ТДЭМ (индекс тревожно-депрессивных эмоций)	≤ 11	от 12 до 20	от 21 до 30	≥ 31

Приложение 2.2. «Анкета для оценки субъективно важных характеристик деятельности», нормативные диапазоны оценок

Таблица 39

Основные диагностические показатели	Степень выраженности оценок по каждому показателю, диагностический интервал (по абсолютным значениям в баллах)			
	Низкая	Умеренная	Относительно высокая	Высокая
Разнообразие	1–2	3–4	5–6	7
Сложность	1–2	3–4	5–6	7
Значимость	1–2	3–4	5–6	7
Автономия исполнения	1–2	3–4	5–6	7
Внешняя обратная связь	1–2	3–4	5–6	7
Внутренняя обратная связь	1–2	3–4	5–6	7
Интегральный показатель субъективной оценки трудовой/ учебной ситуации (мотивационная включенность)				
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	≤ 52	53–124	125–194	≥ 195

Приложение 2.3. «Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса», нормативные диапазоны оценки общего уровня выраженности острого стресса

Таблица 40

Основные показатели	Диагностические интервалы по уровню выраженности острого стресса по каждому показателю (по абсолютным значениям в баллах)				
	Низкий	Умеренный	Выраженный	Высокий	Очень высокий
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	≤ 38	39–51	52–73	74–86	≥ 87
Снижение общего самочувствия (OC-1)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Нарушения в поведении (OC-2)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Трудности в общении (OC-3)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Эмоциональное напряжение (OC-4)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Когнитивная напряженность (OC-5)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Физиологический дискомфорт (OC-6)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30

Приложение 2.4. «Опросник для оценки уровня переживаний острого и хронического стресса», нормативные диапазоны оценки общего уровня выраженности хронического стресса

Таблица 41

Основные показатели	Диагностические интервалы по уровню выраженности хронического стресса по каждому показателю (по абсолютным значениям в баллах)				
	Низкий	Умеренный	Выраженный	Высокий	Очень высокий
Общий индекс хронического стресса (Gen-XC)	≤ 40	41–53	54–72	73–84	≥ 85
Нарушения сна (XC-1)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Психосоматические реакции (XC-2)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Астенизация (XC-3)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Депрессивность (XC-4)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Агрессия (XC-5)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30
Тревога (XC-6)	5–10	11–15	16–20	21–25	26–30

ПРИЛОЖЕНИЕ 3. ОПИСАТЕЛЬНАЯ СТАТИСТИКА И ОЦЕНКА ДОСТОВЕРНОСТИ РАЗЛИЧИЙ ПО ДАННЫМ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ МЕТОДИК

Приложение 3.1. Факторы напряжённости в учебно-профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей («Стоматология общей практики»)

Таблица 42

Показатели	Вся выборка (n=75)	Группа 1 (n=26)	Группа 2 (n=20)	Группа 3 (n=29)
Учёба практически не оставляет времени на отдых и личную жизнь	32% (24 чел.)	34,6% (9 чел.)	35% (7 чел.)	27,6% (8 чел.)
Необходимость совмещать учёбу и работу	37,3% (28 чел.)	38,5% (10 чел.)	45% (9 чел.)	31% (9 чел.)
Подготовка к «обязательным» предметам не позволяет заниматься тем, что действительно интересно	12% (9 чел.)	23,1% (6 чел.)	10% (2 чел.)	3,4% (1 чел.)
Освоить все предметы за семестр не представляется возможным, и к сессии накапливается большой объём информации	22,7% (17 чел.)	46,2% (12 чел.)	20% (4 чел.)	3,4% (1 чел.)
Трудно связать новый учебный материал со «старыми» предметами	10,7% (8 чел.)	7,7% (2 чел.)	15% (3 чел.)	10,3% (3 чел.)
Из-за большого количества изучаемых предметов трудно как следует подготовиться к каждому занятию	21,3% (16 чел.)	53,8% (14 чел.)	10% (2 чел.)	-
Приходится посвящать учёбе вечерние и ночные часы	30,7% (23 чел.)	57,7% (15 чел.)	15% (7 чел.)	17,2% (5 чел.)
У каждого преподавателя	16%	15,4%	20%	13,8%

Показатели	Вся выборка (n=75)	Группа 1 (n=26)	Группа 2 (n=20)	Группа 3 (n=29)
свой подход к построению занятия, что затрудняет понимание предмета и требований преподавателя	(12 чел.)	(4 чел.)	(4 чел.)	(4 чел.)
Проведение практических работ затрудняется нехваткой умений и навыков	12% (9 чел.)	7,7% (2 чел.)	10% (2 чел.)	17,2% (5 чел.)
Полученная на экзамене оценка может не зависеть от действительно имеющихся знаний	25,3% (19 чел.)	30,8% (8 чел.)	30% (6 чел.)	17,2% (5 чел.)
Индивидуальный стресс-фактор	2,7% (1 чел.)	3,8% (1 чел.)	-	-

Приложение 3.2. Факторы напряжённости в учебно-профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей («Лечебное дело»)

Таблица 43

Показатели	Вся выборка (n=115)	Группа 1 (n=44)	Группа 2 (n=43)	Группа 3 (n=28)
Учёба практически не оставляет времени на отдых и личную жизнь	33% (38 чел.)	47,7% (21 чел.)	16,3% (7 чел.)	35,7% (10 чел.)
Необходимость совмещать учёбу и работу	20,9% (24 чел.)	6,8% (3 чел.)	27,9% (12 чел.)	32,1% (9 чел.)
Подготовка к «обязательным» предметам не позволяет заниматься тем, что действительно интересно	30,4% (35 чел.)	31,8% (14 чел.)	46,5% (20 чел.)	3,6% (1 чел.)
Освоить все предметы за семестр не представляется	19,1% (22 чел.)	27,3% (12 чел.)	16,3% (7 чел.)	10,7% (3 чел.)

Показатели	Вся выборка (n=115)	Группа 1 (n=44)	Группа 2 (n=43)	Группа 3 (n=28)
возможным, и к сессии накапливается большой объём информации				
Трудно связать новый учебный материал со «старыми» предметами	1,7% (2 чел.)	-	2,3% (1 чел.)	3,6% (1 чел.)
Из-за большого количества изучаемых предметов трудно как следует подготовиться к каждому занятию	27,8% (32 чел.)	54,5% (24 чел.)	18,6% (8 чел.)	-
Приходится посвящать учёбе вечерние и ночные часы	33% (38 чел.)	50% (22 чел.)	30,2% (13 чел.)	10,7% (3 чел.)
У каждого преподавателя свой подход к построению занятия, что затрудняет понимание предмета и требований преподавателя	11,3% (13 чел.)	6,8% (3 чел.)	23,3% (10 чел.)	-
Проведение практических работ затрудняется нехваткой умений и навыков	15,7% (18 чел.)	11,4% (5 чел.)	20,9% (9 чел.)	14,3% (4 чел.)
Полученная на экзамене оценка может не зависеть от действительно имеющихся знаний	38,3% (44 чел.)	40,9% (18 чел.)	44,2% (19 чел.)	25% (7 чел.)
Индивидуальный стресс-фактор	3,5% (4 чел.)	2,3% (1 чел.)	7% (3 чел.)	-

**Приложение 3.3. Данные описательной статистики по всему блоку
диагностических методик для всей выборки в целом (n=217)**

Таблица 44

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / Б	z-значение /Б	Интерпретация
Позитивные эмоции	25,7 / 6,59	0,00	умеренная
Острые негативные эмоции	19,4 / 7,92	0,00	умеренная
Тревожно- депрессивные эмоции	16,3 / 7,06	0,00	умеренная
Интерес	10,4 / 2.85	-0,22 / 1,04	выраженный
Радость	9,6 / 3,43	0,28 / 1,01	выраженный
Удивление	5,7 / 2,95	-0,06 / 1,04	умеренный
Горе	5,3 / 2,71	0,08 / 1,07	умеренный
Гнев	4,9 / 2,96	-0,04 / 0,83	умеренный
Отвращение	4,7 / 2,45	-0,12 / 0,96	низкий
Презрение	4,5 / 2.16	-0,07 / 0,93	низкий
Страх	4,7 / 2,49	0,16 / 1,06	низкий
Стыд	5,8 / 2,82	0,07 / 1,09	умеренный
Вина	5,7 / 3,02	-0,13 / 0,93	умеренный
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	34,72/ 7,86	0,00	низкий
Физиологический дискомфорт (OC-1)	5,82 / 1,68	0,00	низкий
Когнитивная напряженность (OC-2)	6,24 / 1,77	0,00	низкий
Эмоциональное напряжение (OC-3)	7,29 / 2,61	0,00	низкий
Трудности в общении (OC-4)	6,16 / 1.65	0,00	низкий
Нарушения в поведении (OC-5)	6,25 / 2,03	0,00	низкий
Общее самочувствие (OC-6)	11,40 / 3,61	0,00	умеренный

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / Б	z-значение /Б	Интерпретация
Общий индекс хронического стресса (Gen-XC)	44,43 / 11,25	0,00	умеренный
Тревога (XC-1)	10,77 / 3,21	0,00	умеренный
Агрессивность (XC-2)	9,53 / 2,86	0,00	умеренно- низкий (граница)
Депрессия (XC-3)	8,64 / 2,91	0,00	низкий
Астенизация (XC-4)	9,26 / 2,76	0,00	умеренно- низкий (граница)
Психосоматические реакции (XC-5)	7,37 / 2,30	0,00	низкий
Нарушения сна (XC-6)	8,64 / 2,94	0,00	низкий
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	108,84 / 64,76	0,00	умеренный
Разнообразие	4,70 / 1,46	0,00	умеренный
Сложность	4,51 / 1,35	0,00	умеренный
Значимость	5,06 / 1,52	0,00	отн. высокий (граница с умеренным)
Автономия исполнения	4,35 / 1,63	0,00	умеренный (граница с отн. высоким)
Внешняя обратная связь	4,91 / 1,47	0,00	умеренный (граница с отн. высоким)
Внутренняя обратная связь	4,89 / 4,98	0,00	умеренный (граница с отн. высоким)

**Приложение 3.4. Данные описательной статистики по всему блоку
диагностических методик для группы студентов младших курсов (n=70)**

Таблица 45

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / б	z-значение / б	Интерпретация
Позитивные эмоции	24,96 / 6,81	-0,13 / 0,92	умеренный
Острые негативные эмоции	19,06 / 7,14	-0,12 / 1,03	умеренный
Тревожно- депрессивные эмоции	16,10 / 7,16	-0,24 / 1,01	умеренный
Интерес	9,76 / 2,95	-0,22 / 2,95	выраженный (граница сумеренным)
Радость	9,71 / 3,44	0,028 / 1,00	выраженный (граница с умеренным)
Удивление	5,56 / 3,05	-0,61 / 1,04	умеренный (граница с низким)
Горе	5,50 / 2,91	0,08 / 1,07	низкий (граница с умеренным)
Гнев	4,76 / 2,48	-0,04 / 0,84	низкий
Отвращение	4,46 / 2,35	-0,12 / 0,96	низкий
Презрение	4,37 / 2,35	-0,07 / 0,93	низкий
Страх	4,80 / 2,65	0,02 / 1,06	низкий
Стыд	5,96 / 3,09	0,07 / 1,09	умеренный
Вина	5,31 / 2,81	-0,13 / 0,93	низкий
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	37,51 / 8,01	0,12 / 1,02	умеренный (на границе с низким)
Физиологический дискомфорт (OC-1)	10,60 / 1,36	0,46 / 1,24	умеренный
Когнитивная напряженность (OC-2)	6,53 / 2,15	0,16 / 1,22	низкий (на границе с умеренным)
Эмоциональное напряжение (OC-3)	9,47 / 2,65	0,27 / 1,01	низкий
Трудности в общении	6,21 / 1,68	0,04 / 1,02	низкий

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / Б	z-значение / Б	Интерпретация
(ОС-4)			
Нарушения в поведении (ОС-5)	6,84 / 2,18	0,21 / 1,19	низкий
Общее самочувствие (ОС-6)	11,74 / 3,64	0,49 / 1,31	Умеренный
Общий индекс хронического стресса	46, 33 / 9,87	0,16 / 0,88	умеренный
Тревога (ХС-1)	10,43 / 3,07	0,21 / 0,95	умеренный
Агрессия (ХС -2)	10,03 / 2,89	0,17 / 1,01	умеренный
Депрессивность (ХС-3)	9,08 / 3,01	0,15 / 1,03	низкий (на границе с умеренным)
Астенизация (ХС-4)	9,96 / 2,56	0,25 / 0,93	умеренный
Психосоматические реакции (ХС-5)	7,44 / 2,08	0,09 / 0,91	низкий
Нарушения сна (ХС-6)	9,81 / 2,70	0,16 / 0,92	умеренный
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	108,84 / 64,76	-0,05 / 1,07	умеренный
Разнообразие	4,70 / 1,46	-0,22 / 1,09	умеренный
Сложность	4,51 / 1,35	0,20 / 0,90	умеренный
Значимость	5,06 / 1,52	0, 02 / 1,16	отн. высокий (граница с умеренным)
Автономия исполнения	4,35 / 1,63	-0,09 / 1,09	умеренный (граница с отн. высоким)
Внешняя обратная связь	4,91 / 1,47	-0,05 / 0,89	умеренный (граница с отн. высоким)
Внутренняя обратная связь	4,89 / 4,98	-0, 03 / 1,01	умеренный (граница с отн. высоким)

**Приложение 3.5. Данные описательной статистики по всему блоку
диагностических методик для группы студентов старших курсов (n=74)**

Таблица 46

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / б	z-значение/ б	Интерпретация
Позитивные эмоции	25,67 / 6,60	-0,01 / 1,01	умеренный
Острые негативные эмоции	20,01 / 8,97	0,07 / 1,13	умеренный
Тревожно-депрессивные эмоции	16,53 / 7,37	0,05 / 0,96	умеренный
Интерес	10,45 / 2,85	0,02 / 1,01	выраженный
Радость	9,59 / 3,59	-0,01 / 1,05	выраженный
Удивление	5,62 / 2,79	-0,04 / 0,95	низкий (на границе с умеренным)
Горе	5,31 / 2,81	0,01 / 1,04	низкий
Гнев	4,81 / 3,08	-0,02 / 1,04	низкий
Отвращение	5,39 / 2,60	0,14 / 1,06	умеренный
Презрение	4,76 / 2,41	0,10 / 1,11	низкий
Страх	4,94 / 2,56	0,07 / 1,03	низкий (на границе с умеренным)
Стыд	5,68 / 2,63	-0,13 / 0,93	умеренный
Вина	5,90 / 3,19	0,09 / 1,06	умеренный
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	38,98 / 7,76	0,41 / 0,99	умеренный
Физиологический дискомфорт (OC-1)	6,08 / 1,93	-0,11 / 0,79	низкий
Когнитивная напряженность (OC-2)	6,26 / 1,54	0,07 / 0,87	низкий
Эмоциональное напряжение (OC-3)	9,69 / 2,23	-0,18 / 0,85	умеренный
Трудности в общении (OC-4)	8,37 / 1,84	0,14 / 1,11	низкий (на границе с умеренным)
Нарушения в поведении (OC-5)	9,68 / 2,16	0,19 / 1,07	умеренный
Общее самочувствие (OC-6)	12,31 / 3,55	-0,49 / 0,98	умеренный

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / б	z-значение/ б	Интерпретация
Общий индекс хронического стресса	39,98 / 7,76	0,27 / 1,28	умеренный
Тревога (ХС-1)	11,15 / 3,32	0,32 / 1,03	умеренный
Агрессия (ХС -2)	9,87 / 2,92	0,21 / 1,12	умеренный
Депрессивность (ХС-3)	8,95 / 2,87	0,19 / 0,99	низкий (на границе с умеренным)
Астенизация (ХС-4)	9,29 / 2,91	-0,25 / 1,05	умеренный
Психосоматические реакции (ХС-5)	8,58 / 2,49	0,18 / 1,08	низкий (близкий к границе умеренного)
Нарушения сна (ХС-6)	9,06 / 3,36	0,23 / 1,14	умеренный
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	105,87 / 56,77	-0,05 / 0,95	умеренный
Разнообразие	4,68 / 1,39	-0,01 / 0,95	умеренный (близкий к границе относительно высокого)
Сложность	4,45 / 1,37	-0,05 / 1,01	умеренный
Значимость	5,11 / 1,40	0,38 / 0,92	относительно высокая
Автономия исполнения	4,43 / 1,53	0,04 / 0,93	умеренный
Внешняя обратная связь	4,70 / 1,67	-0,14 / 1,04	умеренный (близкий к границе относительно высокого)
Внутренняя обратная связь	4.80 / 1,45	-0,15 / 1,19	умеренный (близкий к границе относительно высокого)

**Приложение 3.6. Данные описательной статистики по всему блоку
диагностических методик для группы интернов(n=73)**

Таблица 47

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / Б	z-значение/ Б	Интерпретация
Позитивные эмоции	28,52 / 6,37	0,12 / 0,97	умеренный
Острые негативные эмоции	19,19 / 7,56	-0,03 / 0,95	умеренный
Тревожно- депрессивные эмоции	16, 18 / 6,71	-0,01 / 0,95	умеренный
Интерес	12, 95 / 2,65	0,19 / 0,93	выраженный
Радость	9,55 / 3,30	-0,02 / 0,96	выраженный
Удивление	6,03 / 3,01	0,10 / 1,02	умеренный
Горе	5,04 / 2,43	-0,09 / 0,90	относительно высокий (на границе с умеренным)
Гнев	5,01 / 3,27	0,06 / 1,10	относительно высокий (на границе с умеренным)
Отвращение	4,56 / 2,38	-0,034 / 0,97	умеренный
Презрение	4,47 / 2,08	-0,032 / 0,95	умеренный
Страх	4,53 / 2,29	-0,09 / 0,92	умеренный
Стыд	5,68 / 2,77	-0,03 / 0,98	относительно высокий
Вина	5,92 / 3,04	0,07 / 1,01	относительно высокий
Общий индекс острого стресса (Gen-OC)	33,69 / 7,79	-0,13 / 0,99	низкий
Физиологический дискомфорт (OC-1)	7,07 / 1,69	-0,32 / 0,46	низкий
Когнитивная напряженность (OC-2)	5,96 / 1,55	-0,16 / 0,88	низкий

Основные показатели/ субшкалы	Среднее (в абс. оценках) / Б	z-значение/ Б	Интерпретация
Эмоциональное напряжение (ОС-3)	7,33 / 2,93	0,01 / 1,13	низкий
Трудности в общении (ОС-4)	5,88 / 1,39	-0,17 / 0,84	низкий
Нарушения в поведении (ОС-5)	6,04 / 1,65	-0,24 / 0,81	низкий
Общее самочувствие (ОС-6)	11,16 / 3,65	-0,07 / 1,01	умеренный
Общий индекс хронического стресса	41,80 / 11,16	-0,23 / 0,99	умеренный
Тревога (ХС-1)	9,66 / 3,23	-0,29 / 1,01	умеренный
Агрессия (ХС -2)	8,79 / 2,66	-0,23 / 0,93	низкий (на границе с умеренным)
Депрессивность (ХС-3)	7,95 / 2,74	-0,21 / 0,94	низкий
Астенизация (ХС-4)	9,63 / 2,66	-0,28 / 0,96	умеренный
Психосоматические реакции (ХС-5)	7,10 / 2,30	-0,12 / 1,00	низкий
Нарушения сна (ХС-6)	9,23 / 2,69	-0,25 / 0,92	умеренный
Индекс потенциальной мотивации (ИПМ)	124,77 / 63,38	0,09 / 0,98	относительно высокая
Разнообразие	5,01 / 1,35	0,21 / 0,92	относительно высокая
Сложность	5,31 / 1,42	-0,15 / 1,06	относительно высокая
Значимость	5,49 / 1,23	0,28 / 0,81	относительно высокая
Автономия исполнения	4,30 / 1,60	-0,03 / 0,98	умеренная
Внешняя обратная связь	5,19 / 1,35	0,19 / 0,92	относительно высокая
Внутренняя обратная связь	5,16 / 1,24	0,13 / 0,91	относительно высокая

ПРИЛОЖЕНИЕ 4. РЕЗУЛЬТАТЫ ФАКТОРНОГО И РЕГРЕССИОННОГО АНАЛИЗА

Приложение 4.1. Предикторы развития острого стресса по всей выборке обследованных (n=217)

Таблица 48. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-OC

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсона
•Pos_Em •Neg_Em •Anx_Depr_Em •ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	Принудительное включение	0,731	0,534	5,504	1,899

Таблица 49. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	7123,62	647,60	21,37	0,000***
Остаток	6212,44	30,31		

Таблица 50. Содержательная характеристика модели. Выделение значимых предикторов острого стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по всей выборке обследованных)

Модель	Нестандандартиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	B	б	Бета (β)		
Константа	21,944	4,944	-	4,438	0,000***
• Gen_XC	0,388	0,041	0,556	9,503	0,000***
• Poz_Em	-0,230	0,065	-0,193	- 3,519	0,001***
• Neg_Em	0,052	0,068	0,053	0,897	0,372
• Anx_Depr_Em	0,186	0,068	0,167	2,730	0,007**
• ИПМ	0,012	0,020	0,01	0,621	0,535
- разнообразие	-0,228	0,346	-0,054	- 1,832	0,046*
- сложность	0,049	0,338	0,008	0,145	0,885
- значимость	-0,185	0,307	-0,036	- 3,603	0,005***
- автономия	-0,063	0,520	-0,013	2,421	0,009**
- внутренняя обратная связь	0,159	0,412	-0,028	- 1,997	0,044*
- внешняя обратная связь	-0,484	0,362	-0,090	- 3,338	0,002**

Приложение 4.2. Предикторы развития острого стресса в группе студентов младших курсов (n=70)

Таблица 51. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-OC

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсона
• Pos_Em • Neg_Em • Anx_Depr_Em • ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	Принудительное включение	0,731	0,535	5,964	2,280

Таблица 52. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	2368,91	215,36	6,055	0,000***
Остаток	2063,02	35,57		

Таблица 53. Выделение значимых предикторов острого стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по группе студентов 1–3 курсов)

Модель	Нестандартиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	B	Б	Бета (β)		
Константа	15,786	9,66	-	2,024	0,040*
• Gen_XC	-0,355	0,96	0,208	-3,737	0,000***
• Poz_Em	-0,208	0,131	-0,107	-1,568	0,118
• Neg_Em	0,308	0,124	0,274	2,475	0,016**
• Anx_Depr_Em	0,069	0,124	0,062	-0,108	0,578
• ИПМ	-0,012	0,039	-0,118	-3,322	0,007**
- разнообразие	0,326	0,682	0,065	2,078	0,037*
- сложность	1,030	0,700	0,156	2,671	0,009**
- значимость	-0,170	0,584	-0,037	-0,291	0,772
- автономия	0,115	1,029	0,026	0,112	0,911
- внутренняя обратная связь	0,063	0,851	0,011	0,074	0,941
- внешняя обратная связь	-0,744	0,840	-0,122	-1,986	0,048*

Приложение 4.3. Предикторы развития острого стресса в группе студентов старших курсов (n=74)

Таблица 54. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-ОС

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсон
• Pos_Em • Neg_Em • Anx_Depr_Em • ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	Принудительное включение	0,785	0,617	5,214	1,666

Таблица 55. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	2715,22	246,84	9,078	0,000***
Остаток	1685,76	27,19		

Таблица 56. Выделение значимых предикторов острого стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по группе студентов 4–6 курсов)

Модель	Нестандандартиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	В	Б	Бета (В)		
Константа	20,82	7,45	-	2,794	0,007**
• Gen_XC	0,475	0,064	0,746	7,371	0,000***
• Poz_Em	-0,122	0,108	-0,104	-3,134	0,006**
• Neg_Em	0,042	0,090	0,048	2,606	0,027*
• Anx_Depr_Em	-0,008	0,130	-0,007	-0,060	0,952
• ИПМ	0,026	0,030	0,204	2,855	0,034*
- разнообразие	-1,116	0,575	-0,200	-1,116	0,051*
- сложность	-0,193	0,560	-0,034	-0,345	0,732
- значимость	0,163	0,514	0,029	2,163	0,037*
- автономия	-0,069	0,790	-0,014	-0,088	0,930
- внутренняя обратная связь	0,252	0,631	0,047	-2,100	0,039*
- внешняя обратная связь	-0,702	0,561	-0,151	2,039	0,044*

Приложение 4.4. Предикторы развития острого стресса в группе интернов (n=73)

Таблица 57. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-OC

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсон
• Pos_Em • Neg_Em • Anx_Depr_Em • ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	Принудительное включение	0,796	0,633	5,716	1,854

Таблица 58. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	2777,06	251,82	9,563	0,000***
Остаток	1606,32	26,33		

Таблица 59. Выделение значимых предикторов острого стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по группе Интернов)

Модель	Нестандандартиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	B	б	Бета (β)		
Константа	20,997	11,17		1.788	0,052*
• Gen_XC	0,335	0,074	0,480	4,537	0,000***
• Poz_Em	-0,328	0,111	-0,268	- 2,956	0,004**
• Neg_Em	-0,88	0,112	-0,086	- 0,793	0,431
• Anx_Depr_Em	0,534	0,116	0,460	4,612	0,000***
• ИПМ	-0,008	0,042	-0,069	- 2,201	0.032*
- разнообразие	0,343	0,674	0,059	0,509	0,613
- сложность	-0,399	0,680	-0,073	- 0,586	0,560
- значимость	-0,186	0,732	-0,029	- 2,083	0,008**
- автономия	0,636	1,096	0,130	0,580	0,564
- внутренняя обратная связь	-0,217	0,795	-0,034	- 2,273	0,028*
- внешняя обратная связь	0,156	0,656	0,027	1,637	0,052*

Приложение 4.5. Предикторы развития хронического стресса по всей выборке обследованных (n=217)

Таблица 60. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-XC

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсона
•Pos_Em •Neg_Em •Anx_Depr_Em •ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	Принудительное включение	0,734	0,539	7,845	1,947

Таблица 61. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	14730,38	1339,13	21,75	0,000***
Остаток	12620,72	61,57		

Таблица 62. Выделение значимых предикторов хронического стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по всей выборке обследованных)

Модель	Нестанданدارтиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	В	Б	Бета (В)		
Константа	20,970	7,231		2,900	0,004**
• Gen_OC	0,788	0,083	0,550	9,503	0,000***
• Poz_Em	-0,150	0,095	0,088	-1,568	0,118
• Neg_Em	0,160	0,083	0,112	1,929	0,052*
• Anx_Depr_Em	0,212	0,098	0,133	2,177	0,031**
• ИПМ	0,006	0,028	0,034	0,212	0,832
- разнообразие	-0,177	0,494	-0,023	-0,358	0,721
- сложность	0,392	0,481	0,047	0,815	0,416
- значимость	-0,757	0,434	-0,102	-1,744	0,083*
- автономия	-0,804	0,739	-0,117	-1,088	0,278
- внутренняя обратная связь	-0,438	0,586	-0,053	-0,784	0,456
- внешняя обратная связь	0,269	0,517	0,035	0,520	0,603

Приложение 4.6. Предикторы развития хронического стресса по группе студентов младших курсов (n=70)

Таблица 63. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-XC

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсона
• Pos_Em • Neg_Em • Anx_Depr_Em • ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	Принудительное включение	0,726	0,527	7,402	2,085

Таблица 64. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	3546,75	322,43	5,885	0,000***
Остаток	3177,79	54,79		

Таблица 65. Выделение значимых предикторов хронического стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по группе студентов 1–3 курсов)

Модель	Нестандандартиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	В	Б	Бета (В)		
Константа	26,939	11,74	-	2,295	0,025*
• Gen_OC	0,547	0,146	0,444	3,737	0,000***
• Poz_Em	-0,127	0,165	0,087	-0,767	0,446
• Neg_Em	0,124	0,161	0,89	0,765	0,447
• Anx_Depr_Em	0,309	0,149	0,224	2,069	0,043*
• ИПМ	0,015	0,048	0,105	0,310	0,757
- разнообразие	0,549	0,845	0,088	0,649	0,519
- сложность	0,244	0,884	0,030	0,275	0,784
- значимость	-0,946	0,714	-0,169	-1,325	0,190
- автономия	-0,188	1,277	-0,034	-0,147	0,884
- внутренняя обратная связь	0,360	1,055	0,050	0,342	0,734
- внешняя обратная связь	-1,241	1,036	-0,166	-1,198	0,236

Приложение 4.7. Предикторы развития хронического стресса по группе студентов старших курсов (n=74)

Таблица 66. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-XC

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсон
• Pos_Em • Neg_Em • Anx_Depr_Em • ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	Принудительное включение	0,824	0,678	7,500	1,842

Таблица 67. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	7359,82	669,08	11,894	0,000***
Остаток	3487,76	56,25		

Таблица 68. Выделение значимых предикторов хронического стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по группе студентов 4–6 курсов)

Модель	Нестанданدارтиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	В	Б	Бета (В)		
<i>Константа</i>	13,776	11,273		2,197	0,037**
• Gen_OC	0,923	0,133	0,626	7,371	0,000***
• Poz_Em	-0,194	0,155	-0,105	-2,254	0,015*
• Neg_Em	-0,068	0,130	-0,050	-0,524	0,602
• Anx_Depr_Em	0,411	0,179	0,248	2,232	0,025*
• ИПМ	0,321	0,043	0,005	0,624	0,038*
- разнообразие	0,756	0,847	0,086	0,892	0,007**
- сложность	0,451	0,805	0,051	0,561	0,067*
- значимость	-0,639	0,736	-0,073	-0,869	0,008**
- автономия	-1,407	1,122	-0,176	-2,533	0,015**
- внутренняя обратная связь	-1.184	0,897	-1,141	-1,820	0,092*
- внешняя обратная связь	1,309	0,779	0,179	3,637	0,017**

Приложение 4.8. Предикторы развития хронического стресса по группе интернов (n=73)

Таблица 69. Сводная характеристика модели, независимая переменная Gen-OC

Включенные переменные	Метод	R	R-квадрат	Стд. ошибка	Критерий Дурбин-Уотсон
• Pos_Em • Neg_Em • Anx_Depr_Em • ИПМ - разнообразие - сложность - значимость - автономия - внутренняя обратная связь - внешняя обратная связь	<u>Принудительное включение</u>	0,773	0,598	7,691	1,978

Таблица 70. Дисперсионный анализ

Модель	Сумма квадратов	Средний квадрат	F	Значимость (p)
Регрессия	5366,00	487,82	8,248	0,000***
Остаток	3607,87	59,16		

Таблица 71. Выделение значимых предикторов хронического стресса со стороны основных показателей других диагностических методик (по группе Интернов)

Модель	Нестандандартиз. коэффициенты		Стандартиз. коэффициенты	<i>t</i>	Значимость (<i>p</i>)
	В	Б	Бета (В)		
Константа	39,539	16,461	-	2,402	0,019**
• Gen_OC	0,753	0,166	0,526	4,537	0,000***
• Poz_Em	-0,159	0,177	-0,091	-0,903	0,370
• Neg_Em	0,362	0,161	0,245	2,245	0,028**
• Anx_Depr_Em	-0,138	0,201	-0,083	-0,686	0,495
• ИПМ	0,044	0,063	0,250	0,699	0,487
- разнообразие	-2,270	0,970	-0,274	-2,340	0,023**
- сложность	0,844	1,017	0,108	0,830	0,410
- значимость	-0,708	1,094	-0,780	-0,647	0,520
- автономия	-2,640	1,612	-0,377	-1,638	0,102*
- внутренняя обратная связь	-0,806	1,187	-0,089	-0,679	0,499
- внешняя обратная связь	-0,287	0,987	-0,035	-0,291	0,772