



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ**

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ЄФІМЕНКО СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ

УДК: 616.891.4:159.944.4]:61-057.875]-07-036-085.11

ДИСЕРТАЦІЯ

**КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО
ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ
(СЕМІОТИКА, МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ, ПРОФЕСІЙНО-
МОТИВАЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ)**

222 Медицина

22 Охорона здоров'я

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

С. О. Єфіменко

Науковий керівник – **Чугунов Вадим Віталійович**, доктор медичних наук,
професор

Запоріжжя – 2023

АНОТАЦІЯ

Єфіменко С. О. Клініко-психологічні особливості станів психічного виснаження у студентів-медиків (семіотика, механізми розвитку, професійно-мотиваційний тренінг). – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина» (22 Охорона здоров'я). – Запорізький державний медико-фармацевтичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2023.

Запорізький державний медико-фармацевтичний університет МОЗ України, Запоріжжя, 2023.

Мета роботи: підвищити ефективність психологічного супроводу студентів-медиків зі станами психічного виснаження ПВ шляхом визначення структурно-динамічних, клініко-анамнестичних, предиспозиційних особистісних особливостей та типології вказаних станів, а також розробки процедури і психотехнічного забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу їх корекції.

Протягом 2019-2021 рр. було проведено проспективне дослідження 770 студентів Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (м. Запоріжжя, Україна), що навчались на різних курсах та факультетах закладу, серед яких для подальшого клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження було відібрано 324 студентів. Загальну вибірку контингенту дослідження сформували 92 (28,4%) студенти першого курсу, 97 (29,9%) студентів– другого, 116 (35,8%) студентів – третього та 19 (5,9%) студентів – четвертого. Сформований контингент студентів було розподілено на дві групи за критерієм наявності ПВ: на групу дослідження (ГД), що налічувала 175 студентів із ознаками ПВ, та групу контролю (ГК), що складалась з 149 студентів без ознак ПВ.

В дослідженні використано клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний та статистичний методи.

Дослідження реалізовано у три етапи.

Перший етап – *попередній* – передбачав формування мети та задач дослідження, підбір конгруентних методів, обрання контингенту дослідження, формування критеріїв включення та виключення, планування та організація дослідження, розробка електронних форм бланків опитувальників.

Другий етап – *дослідницький* – передбачав проведення психодіагностичних, клініко-психопатологічних досліджень, статистичну обробку отриманих даних, їх аналіз, розробку типології станів ПВ та мотиваційного тренінгу їх корекції.

Третій етап – *корекційний* – передбачав проведення корекційних заходів в рамках розробленого мотиваційного тренінгу та оцінку їх ефективності.

Встановлено поширеність та клініко-психопатологічну структуру станів ПВ у студентів-медиків. Так, досліджувані явища були виявлені у 175 (54,0%) студентів, які мали середній або високий рівень емоційного вигоряння та демонстрували перевищення порогового значення показнику загального дистресу. Серед контингенту інших 149 (46,0%) студентів показники емоційного вигоряння не сягали клінічного рівня, а загальний рівень дистресу перевищував зазначену межу лише у 18 (12,1%) випадках.

За результатами аналізу клініко-психопатологічної структури станів ПВ у студентів ГД було встановлено 5 варіантів найбільш поширених комбіляцій психопатологічних феноменів різних спектрів: найбільшу представленість серед контингенту ГД мало поєднання психопатологічних симптомів депресивного та obsesивно-компульсивного спектрів – 46 (28,3%) студентів; трохи меншого поширення серед представників сформованого контингенту набула комбіляція проявів ворожості та психотизму – 41 (23,4%) студент; у 30 (17,1%) студентів було виявлено поєднання надпорогових показників психотизму та проявів інтерперсональної чутливості; у 29 (16,6%) студентів було виявлено комбіляцію надпорогових показників проявів інтерперсональної чутливості та тривоги; у 21 (12,0%) студента було

встановлено поєднання надпорогових показників соматичної заклопотаності та фобічних проявів.

Оцінено вплив двох груп анамнестичних факторів на виникнення станів ПВ у студентів-медиків: непов'язані та пов'язані з навчанням в університеті. Отримані дані засвідчують відсутність статистично значимих відмінностей між групами порівняння за усіма анамнестичними критеріями, що не пов'язані із навчанням в університеті. Відповідно до отриманих даних виявлена статистично значуща відмінність ($p=0,004$) між групами порівняння за критерієм курсу навчання, так було встановлено, що частка студентів третього курсу у ГД значно превалює над ГК – 75 студентів (42,9%) порівняно із 41 студентом (27,5%). Це пояснюється найвищим рівнем інтенсивності навчального процесу серед усіх досліджених курсів, що пов'язано із підготовкою більшості студентів до складання державних іспитів наприкінці саме третього курсу. Також, було встановлено, що студенти ГД частіше пропускали заняття з неповажної причини ($p=0,036$) та надавали нижчу суб'єктивну оцінку власної академічної успішності ($p=0,028$) аніж студенти ГК, не зважаючи на те, що статистично значимих відмінностей у показниках середнього балу між групами виявлено не було ($p=0,389$).

Виявлено предиспозиційні особистісні особливості студентів-медиків зі станами ПВ. Так, для студентів ГД були характерні більш високі показники за шкалами «Невротичність» ($p<0,001$, 142 студенти), «Спонтанна агресія» ($p<0,001$, 85 студентів), «Депресивність» ($p<0,001$, 110 студентів), «Роздратованість» ($p<0,001$, 114 студентів), «Реактивна агресивність» ($p=0,005$, 60 студентів), «Сором'язливість» ($p<0,001$, 89 студентів), «Відкритість» ($p<0,001$, 82 студенти), та «Емоційна лабільність» ($p<0,001$, 115 студентів); а також більш низькі показники за шкалами «Товариськість» ($p<0,001$, 41 студент) та «Врівноваженість» ($p<0,001$, 34 студентів). До предиспозиційні особистісні особливості студентів-медиків зі станами ПВ належать високі показники невротизації із психосоматичними порушеннями, наявність депресивного реагування, анксіогенні труднощі у встановленні соціальних контактів, і, як

наслідок, інтровертованість та уникання тривалої комунікації з оточуючими, невірноваженість емоційного стану зі зниженням порогу реагування.

Розроблено процедуру та психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції станів ПВ у студентів-медиків, що базується на принципах екзистенціальної психотерапії та передбачає підбір конгруентних методів психотерапевтичного впливу в залежності від типу виявленого варіанту стану ПВ. Психотерапевтична робота в рамках розробленого тренінгу проводилась у вигляді лекцій-семінарів із сформованими групами студентів чисельністю до 10 осіб, так і в індивідуальному форматі. Середня кількість терапевтичних зустрічей була на рівні $8,46 \pm 2,35$. З метою визначення ефективності розробленого тренінгу із контингенту ГД було сформовано три групи дослідження та три групи контролю. За результатами проведеного порівняння показників емоційного вигорання серед сформованих груп, як компоненту станів ПВ, було встановлено, що студенти ГД1 набагато рідше виявляли ознаки в рамках компонентів «Емоційне виснаження» ($p=0,003$) та «Деперсоналізація» ($p=0,04$) у порівнянні із їх однолітками ГК1. Аналогічна тенденція зберігалась і у студентів другого курсу (на рівні $p=0,002$ та $p=0,005$ відповідно). Трохи відрізнялись отримані результати при порівнянні показників студентів третього курсу: на фоні значної редукції вираженості емоційного виснаження ($p<0,001$) спостерігались статистично значимі нівелювання показників редукції особистісних досягнень ($p=0,03$). За результатами проведеного порівняння показників суб'єктивного самопочуття серед сформованих груп, як компоненту станів ПВ, було встановлено, що студенти ГД1 набагато рідше повідомляли про погане самопочуття ($p=0,02$) та мали значно вищий рівень активності ($p=0,04$) у порівнянні зі студентами ГК1. Студенти ГД2 набагато рідше ($p=0,006$) повідомляли про проблеми із самопочуттям у порівнянні із ГК2. Найбільш суттєва різниця була виявлена між отриманими результатами ГД3 та ГК3, так суттєві покращення були виявлено за показниками загального самопочуття ($p=0,03$), рівню активності ($p=0,03$) та настрою ($p=0,02$) серед студентів третього курсу навчання, що отримували вказаний

терапевтичний супровід, це можна пояснити найбільшою яскравістю клінічної картини станів ПВ, що була характерною саме для студентів цього курсу.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше встановлено клініко-психопатологічну структуру станів ПВ у студентів-медиків, зокрема визначено значну представленість поєднання депресивної та obsесивно-компульсивної симптоматики, проявів ворожості та психотизму, інтерперсональної чутливості та психотизму, інтерперсональної чутливості та тривоги, а також надмірної соматичної заклопотаності та фобічних проявів, що суттєво покращує розуміння патогенезу зазначених станів та формує підґрунтя для їх систематизації; вперше встановлено клініко-анамнестичні особливості станів ПВ у студентів-медиків, зокрема оцінено вплив анамнестичних факторів, які непов'язані та пов'язані з навчанням в університеті, на ризик виникнення досліджуваних явищ, що дозволило визначити третій рік навчання, часті пропуски занять з неповажних причин та низьку суб'єктивну оцінку власної академічної успішності як чинники, що такий ризик підвищують; вперше сформовано типологію станів ПВ у студентів-медиків, надано характеристику 5 варіантів досліджуваних явищ, що розширює уявлення щодо клінічної представленості дезадаптивних станів серед контингенту студентської молоді та покращує їх діагностику.

Практична значущість одержаних результатів полягає у тому, що були визначені диспозиційні особистісні особливості студентів-медиків зі станами ПВ, зокрема превалювання неврастенічних, дисфоричних депресивних, унікаючих, інтраверованих та емоційно лабільних патернів реагування у особистісному профілі цих студентів, дозволили розширити уявлення щодо психопатогенезу різних клінічних варіантів ПВ та оптимізувати арсенал психотехнік під час розробки мотиваційного тренінгу; на основі встановлених динамічних особливостей станів ПВ у студентів медиків, шляхом порівняння представленості варіантів ПВ серед студентів різних років навчання (превалювання дезадаптивного та гіперанксіозного варіантів на першому курсі, конфронтаційного та демотиваційного – на другому, а також дезадаптивного,

гіперанксіозного та демотиваційного – на третьому курсі) було сформовано базис для професійно-мотиваційного тренінгу корекції вказаних станів; розроблено процедуру та психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції станів ПВ у студентів-медиків, який базується на принципах екзистенціальної психотерапії та передбачає підбір конгруентних методів психотерапевтичного впливу в залежності від типу виявленого варіанту ПВ, що дозволило суттєво підвищити ефективність психологічного супроводу вказаного контингенту.

Публікації результатів дослідження. Результати відображено у 9 публікаціях, із них 6 статей, серед яких 4 статі – у фахових наукових виданнях України, а також 1 стаття – у закордонному виданні (Польща); 3 тези доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій, всі роботи без співавторів.

Ключові слова: *студенти, психічне виснаження, психотерапія, психокорекція, лікування, якість життя, психічні захворювання (розлади), соціальна дезадаптація, інтернет, прояви несприятливого впливу*

ANNOTATION

Yefimenko S. O. Clinical-psychological features of mental exhaustion states in medical students (semiotics, mechanisms of the development, professional motivational training). – Qualified scientific work as the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 222 «Medicine» (22 Health care). – Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, 2023.

Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhia, 2023.

Purpose of work is to increase the effectiveness of psychological support for medical students with states of mental exhaustion (ME) by determining structural-dynamic, clinical-anamnestic, predispositional personality characteristics and the typology of these states, as well as developing a procedure and psychotechnical support for professional-motivational training for their correction.

During 2019-2021, a prospective study of 770 students of Zaporizhzhia State Medical and Pharmaceutical University (Zaporizhzhia, Ukraine), who studied in different courses and faculties of the university, was conducted. Among them, 324 students were selected for further clinical-anamnestic, clinical-psychopathological and psychodiagnostic research. The total sample of the study population was formed by 92 (28.4%) first-year students, 97 (29.9%) second-year students, 116 (35.8%) third-year students and 19 (5.9%) fourth-year students. The formed contingent of students was divided into two groups according to the criterion of having PD: the study group (SG), which consisted of 175 students with signs of ME, and the control group (CG), which consisted of 149 students without signs of ME.

Clinical anamnestic, psychodiagnostic, clinical-psychopathological and statistical methods were used in the study.

The study was carried out in three stages.

The first stage – preliminary – involved the formation of goals and objectives of the study, selection of congruent methods, selection of the study population, formation

of inclusion and exclusion criteria, planning and organization of the study, development of electronic forms of questionnaires.

The second stage – research – involved conducting psychodiagnostic, clinical-psychopathological studies, statistical processing of the data obtained, their analysis, development of a typology of ME conditions and motivational training for their correction.

The third stage – correctional – involved the implementation of corrective measures within the framework of the developed motivational training and evaluation of their effectiveness.

The prevalence and clinical-psychopathological structure of ME conditions in medical students have been established. Thus, the studied phenomena were found in 175 (54.0%) students who had an average or high level of emotional burnout and demonstrated exceeding the threshold value of the indicator of general distress. Among the other 149 (46.0%) students, burnout indicators did not reach clinical levels, and the overall level of distress exceeded the specified limit only in 18 (12.1%) cases.

Based on the results of the analysis of the clinical-psychopathological structure of ME states among SG students, 5 variants of the most common compilations of psychopathological phenomena of different spectrums were identified: the most common among the SG contingent was a combination of psychopathological symptoms of the depressive and obsessive-compulsive spectrum – 46 (28.3%) students; a compilation of hostility and psychoticism was less common among representatives of this contingent – 41 (23.4%) students; in 30 (17.1%) students a combination of above-threshold indicators of psychoticism and manifestations of interpersonal sensitivity was found; in 29 (16.6%) students a compilation of above-threshold indicators of manifestations of interpersonal sensitivity and anxiety was found; 21 (12.0%) students had a combination of above-threshold indicators of somatic preoccupation and phobic manifestations.

The influence of two groups of anamnestic factors on the occurrence of ME conditions in medical students was assessed: unrelated and related to studying at the university. The data obtained indicate that there are no statistically significant

differences between the comparison groups in all anamnestic criteria unrelated to university studies. According to the data obtained, a statistically significant difference ($p=0.004$) was revealed between the comparison groups according to the criterion of the course of study, it was found that the proportion of third-year students in the SG significantly prevails over the CG – 75 students (42.9%) compared to 41 students (27.5%). This is explained by the high level of intensity of the educational process among all the courses studied, which is associated with the preparation of the majority of students to pass state exams at the end of the third year. It was also found that SG students were more likely to have unexcused absences from classes ($p=0.036$) and provided a lower subjective assessment of their own academic performance ($p=0.028$) than CG students.

Predispositional personal characteristics of medical students with ME conditions were identified. Thus, students with ME were characterized by higher scores on the scales «Neurotic» ($p<0.001$, 142 students), «Spontaneous aggressiveness» ($p<0.001$, 85 students), «Depression» ($p<0.001$, 110 students), «Irritability» ($p<0.001$, 114 students), «Reactive aggressiveness» ($p=0.005$, 60 students), «Shyness» ($p<0.001$, 89 students), «Openness» ($p<0.001$, 82 students), and «Emotional lability» ($p<0.001$, 115 students); as well as lower scores on the «Sociability» ($p<0.001$, 41 students) and «Balance» ($p<0.001$, 34 students) scales. The predispositional personal characteristics of medical students with ME conditions include high rates of neuroticism with psychosomatic disorders, the presence of depressive response, anxiogenic difficulties in establishing social contacts, and, as a result, introversion and avoidance of long-term communication with others, imbalance of the emotional state with a decrease in the response threshold.

The procedure and psychotechnical support of professional motivational training for the correction of ME conditions in medical students has been developed, which is based on the principles of existential psychotherapy and involves the selection of congruent methods of psychotherapeutic influence depending on the type of the identified variant of the ME condition. Psychotherapeutic work within the framework of the developed training was carried out in the form of lectures-seminars with formed

groups of students numbering up to 10 people, as well as in an individual format. The average number of therapeutic meetings was at the level of 8.46 ± 2.35 . In order to determine the effectiveness of the developed training, three research groups and three control groups were formed from the contingent of the SG.

According to the results of the comparison of the indicators of emotional burnout among the formed groups it was established that the students of SG1 much less often showed signs within the framework of the components «Emotional exhaustion» ($p=0.003$) and «Depersonalization» ($p=0.04$) in compared with their peers CG1. A similar trend was observed among second-year students (at the level of $p=0.002$ and $p=0.005$, respectively). The results obtained when comparing the indicators of third-year students were slightly different: against the background of a significant reduction in the severity of emotional exhaustion ($p<0.001$), statistically significant levels of indicators of the reduction of personal achievements were observed ($p=0.03$). According to the results of the comparison of the subjective well-being indicators among the formed groups it was established that the students of SG1 reported a bad feeling much less often ($p=0.02$) and had a significantly higher level of activity ($p=0.04$) in comparison with students of CG1. Students of SG2 were much less likely ($p=0.006$) to report problems with well-being compared to CG2. The most significant difference was found between the obtained results of SG3 and CG3, so significant improvements were found in the indicators of general well-being ($p=0.03$), activity level ($p=0.03$) and mood ($p=0.02$) among students of the third of the course of study who received the specified therapeutic support, this explained by the greatest brightness of the clinical picture of ME conditions, which was typical for the students of this course.

The scientific novelty of the obtained results lies in the fact that for the first time the clinical-psychopathological structure of ME conditions in medical students was established, in particular, a significant representation of a combination of depressive and obsessive-compulsive symptoms, manifestations of hostility and psychoticism, interpersonal sensitivity and psychoticism, interpersonal sensitivity and anxiety, and as well as excessive somatic preoccupation and phobic

manifestations was determined, which significantly improves the understanding of the pathogenesis of these conditions and forms the basis for their systematization; for the first time, clinical-anamnestic features of ME conditions in medical students were established, in particular, the influence of anamnestic factors that are unrelated and related to studying at the university on the risk of occurrence of the studied phenomena was assessed, which made it possible to determine the third year of study, frequent absences from classes due to non-respectable reasons and a low subjective assessment of one's own academic success as factors that increase such risk; for the first time, a typology of ME states in medical students was formed, 5 variants of the studied phenomena were characterized, which broadens the understanding of the clinical presentation of maladaptive states among the student youth contingent and improves their diagnosis.

The practical significance of the obtained results lies in the fact that the predisposing personal characteristics of medical students with ME conditions were determined, in particular, the prevalence of neurasthenic, dysphoric, depressive, avoidant, introverted and emotionally labile patterns of response in the personal profile of these students was established, which allowed to expand the understanding of the psychopathogenesis of various clinical variants of ME and optimize the arsenal of psychotechniques during the development of motivational training; dynamic features of ME states among medical students were established by comparing the presentation of ME variants among students of different years of study, in particular, the prevalence of maladaptive and hyperanxious variants in the first year, confrontational and demotivating in the second year, as well as maladaptive, hyperanxious and demotivating in the third year was determined, which formed the basis for professional motivational training for the correction of the specified conditions; the procedure and psychotechnical support of professional motivational training for the correction of mental health conditions in medical students was developed, which is based on the principles of existential psychotherapy and involves the selection of congruent methods of psychotherapeutic influence depending on the

type of ME variant detected, which made it possible to significantly increase the effectiveness of the psychological support of the specified contingent.

Publications. The results are reflected in 9 publications, including 6 articles, including 4 articles in specialized scientific publications of Ukraine, as well as 1 article in a foreign publication (Poland); 3 theses reports; all publications are without co-authors.

Key words: *students, mental exhaustion, psychotherapy, psychocorrection, treatment, quality of life, mental illnesses (disorders), social maladjustment, Internet, manifestations of adverse influence.*

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Єфіменко С. О. Представленість феномену психічного виснаження у сучасному психіатричному дискурсі. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2020. № 1-2. С. 32-38. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2020.1-2-03> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
2. Yefimenko S. O. Clinical-anamnestic features of mental exhaustion in medical university students. *Journal of education, health and sport*. 2021. № 11 (04). P. 51-57. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.04.006> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
3. Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-11> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
4. Єфіменко С. О. Система психотерапевтичної корекції станів психічного виснаження у студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2022. № 1-2 (14-15). С. 40-46. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2022.1-2-04> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
5. Єфіменко С. О. Типологія станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного закладу вищої освіти. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, Вип. 1 (114). С. 26-29. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-3> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
6. Єфіменко С. О. Структурно-динамічні особливості станів психічного виснаження у студентів медичного закладу вищої освіти. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, Вип. 3 (116). С. 74-77. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-12> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

7. Єфіменко С. О. Структура емоційного компонента станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного університету. *Актуальні питання клінічної медицини* : мат. XV Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. з міжн. уч. 19 листопада 2021 р., м. Запоріжжя. С. 91–92. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

8. Єфіменко С. О. Клініко-анамнестична характеристика феномену психічного виснаження серед студентів медичного університету. *YOUNG SCIENCE 3.0*: мат. наук.-практ. конф. з міжн. уч. 26 березня 2021р., м. Київ. С. 34–35. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

9. Єфіменко С. О. Особливості диссомнічного компоненту станів психічного виснаження у студентів медичного університету. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021* : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 15-16 квітня 2021 р., м. Запоріжжя. С. 55–56. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

10. Єфіменко С. О. Особистісний профіль студентів молодших курсів медичного університету зі станами психічного виснаження. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022* : Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та молод. вч., 4 лютого 2022 року, Запоріжжя. С. 20. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ І	
ТЕРМІНІВ	18
ВСТУП	19
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ, СЕМІОТИЧНОГО НАПОВНЕННЯ ТА ЗАХОДІВ КОРЕКЦІЇ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ	26
1.1 Актуальні уявлення щодо поширеності та семіотичного наповнення станів психічного виснаження у студентської молоді	26
1.2 Особливості станів психічного виснаження в учнів вищих медичних навчальних закладів	31
1.3 Сучасні методи корекції та профілактики станів психічного виснаження у студентської молоді	43
РОЗДІЛ 2 МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	51
РОЗДІЛ 3 ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	64
РОЗДІЛ 4 КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	76
РОЗДІЛ 5 ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТІСНОГО ПРОФІЛЮ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЗІ СТАНАМИ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ	84
РОЗДІЛ 6 ТИПОЛОГІЯ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ	90

РОЗДІЛ 7	ПРОФЕСІЙНО-МОТИВАЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ КОРЕКЦІЇ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ- МЕДИКІВ	97
РОЗДІЛ 8	АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	107
	ВИСНОВКИ	126
	ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	130
	СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	132
	ДОДАТОК А АКТИ ВПРОВАДЖЕННЯ	143
	ДОДАТОК Б СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ АВТОРОМ ПРАЦЬ НА ТЕМУ ДИСЕРТАЦІЇ	149
	ДОДАТОК В ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ	151

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, СКОРОЧЕНЬ
І ТЕРМІНІВ**

ГД	–	Група дослідження
ГД1	–	Група дослідження 1
ГД2	–	Група дослідження 2
ГД3	–	Група дослідження 3
ГК	–	Група контролю
ГК1	–	Група контролю 1
ГК2	–	Група контролю 2
ГК3	–	Група контролю 3
ПВ	–	Психічне виснаження

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Період професійного становлення ставав предметом дослідження великої кількості вітчизняних та зарубіжних досліджень. Саме період фахового навчання є кризовим етапом, протягом якого молодь схильна до впливу великої кількості психосоціальних факторів, що можуть негативно позначитись на їх психічному добробуті та майбутній професійній самореалізації. Останні дослідження виявили, що найбільш широкий спектр дезадаптованих факторів спостерігається на перших курсах навчання: зміна життєвого стереотипу (зміна місця проживання та навчання, новий колектив), труднощі в засвоєнні навчального матеріалу (значно більший обсяг навчального навантаження ніж у школі) та новий стереотип міжособистісних стосунків (із викладачами) – призводять до станів інформаційного та емоційного дистресу, значного психічного та фізичного виснаження [1, 6, 99].

Під визначенням «психічне виснаження» більшість дослідників розуміють процес поступової втрати інтелектуально-прозектиної, афективної та фізичної енергії, що призводить до стійкого стану виснаження усіх психічних функцій із соціальною дезадаптацією [9, 10]. Деякі автори засвідчують, що студенти вищих навчальних закладів медичного профілю більш схильні до розвитку станів психічного виснаження (ПВ), що пов'язують із порівняно більшою інтенсивністю навчального процесу та специфікою обраної спеціальності. Інші автори визначають стани ПВ у студентів-медиків, як особливу форму професійної деформації особистості, що зберігає субсиндромальний рівень вираженості протягом усього періоду навчання. Поширеність даних станів серед студентів медичної спеціальності досягає 50-55% [26, 59, 80, 96].

Дослідники розділяють чинники виникнення станів ПВ на зовнішні та внутрішні, підкреслюючи переважну роль останніх. Так, до зовнішніх відносять соціально-психологічні умови навчального процесу студентів:

недоліки організації (неконгрунтність вимог викладачів та чіткості викладення матеріалу, низька матеріальна база та недостатній рівень технічного забезпечення навчального процесу, тощо), несприятливий емоційний фон мікросоціального оточення (конфліктні стосунки з педагогами і студентами). Серед внутрішніх виділяють відсутність (неадекватний вибір майбутньої професії) або деформацію навчальної мотивації (орієнтацію на отримання стипендії або іншої перманентної вторинної вигоди від навчання), фрустровані стани спричинені надмірною навчальною амбіцією у поєднанні з неадекватною самооцінкою (в однаково мірі завищеною або заниженою), надмірно педантичне ставлення до навчання та, як результат, високі показники тривожності щодо результатів [3, 13, 34].

Окремими дослідниками були визначені динамічні характеристики станів ПВ у студентів-медиків. Так, емоційний компонент та міжособистісна адаптація поступово редукуються протягом перших двох років навчання, на третьому році завершується формування адаптаційних механізмів і рівень ПВ поступово знижується, повторно підвищуючись наприкінці випускного курсу. Крім того, доведений зв'язок між виникненням стану ПВ на молодших курсах навчання та розвитком депресії у зрілому віці, у сформованих лікарів-спеціалістів. Спільною особливістю станів ПВ для студентів-медиків та лікарів є негативістичне ставлення щодо звернення за медичною допомогою з приводу поведінкових та емоційних порушень, пов'язаних із стресогенними ситуаціями на навчанні / роботі, анозогнозія та намаганням скрити від оточуючих симптоми психічних порушень. Особливу роль у розвитку станів ПВ у студентів-медиків відводять стресогенним періодам під час сесій: несприятливі зрушення в емоційній сфері під час іспитів закріплюються з комплексом вегетативно-гуморальних перебудов, що в подальшому призводить до «соматизації» поведінкових розладів, появи скарг на психосоматичного характеру [52, 65].

Питання корекції станів ПВ залишається актуальним. Існує велика кількість рекомендацій щодо профілактики виникнення даних станів шляхом оптимізації навчальних програм основних дисциплін. Деякі дослідники акцентують увагу на ефективності зміни в навчальній програмі з введенням елементів параклінічних і клінічних досліджень (тобто адаптації програм до запитів студентів), що значно знижує прояв розладу, робить навчання більш привабливим, підвищує рівень відповідальності, зацікавленості в освоєнні матеріалу предмету [73].

Огляд спеціальної літератури дає уявлення про недостатній рівень технічного забезпечення психотерапевтичної корекції внутрішніх факторів виникнення станів ПВ, оскільки більшість існуючих методик у цій галузі направлені на формування інтрапсихічних механізмів опанування стресу. Існують окремі роботи, що підтверджують ефективність психотерапії станів ПВ шляхом творчої самореалізації [24, 83].

Таким чином, актуальним є визначення структурно-динамічних, клініко-анамнестичних, предиспозиційних особистісних особливостей станів ПВ у студентів-медиків, а також розробка ефективних інструментів їх психологічного супроводу.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано за планом НДР кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету МОЗ України «Коморбідність психічної та іншої патології» (№ держреєстрації 0117U006966).

Мета дослідження – підвищити ефективність психологічного супроводу студентів-медиків зі станами психічного виснаження шляхом визначення структурно-динамічних, клініко-анамнестичних, предиспозиційних особистісних особливостей та типології вказаних станів, а також розробки процедури і психотехнічного забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу їх корекції.

Для реалізації поставленої мети було сформовано такі **задачі**:

1. Встановити поширеність та клініко-психопатологічну структуру станів психічного виснаження у студентів-медиків;
2. Визначити клініко-анамнестичні особливості станів психічного виснаження у студентів-медиків;
3. Виявити предиспозиційні особистісні особливості студентів-медиків зі станами психічного виснаження;
4. Систематизувати стани психічного виснаження у студентів-медиків у контексті структурно-динамічних характеристик;
5. Розробити процедуру та психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції станів психічного виснаження у студентів-медиків.

Об'єкт дослідження – стани ПВ у студентів-медиків.

Предмет дослідження – структурно-динамічні особливості станів ПВ у студентів-медиків.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, психодіагностичний, клініко-психопатологічний та статистичний.

Наукова новизна одержаних результатів.

Вперше встановлено клініко-психопатологічну структуру станів ПВ у студентів-медиків, зокрема визначено значну представленість поєднання депресивної та obsesивно-компульсивної симптоматики, проявів ворожості та психотизму, інтерперсональної чутливості та психотизму, інтерперсональної чутливості та тривоги, а також надмірної соматичної заклопотаності та фобічних проявів, що суттєво покращує розуміння патогенезу зазначених станів та формує підґрунтя для їх систематизації.

Вперше встановлено клініко-анамнестичні особливості станів ПВ у студентів-медиків, зокрема оцінено вплив анамнестичних факторів, які непов'язані та пов'язані з навчанням в університеті, на ризик виникнення досліджуваних явищ, що дозволило визначити третій рік навчання, часті пропуски занять з неповажних причин та низьку суб'єктивну оцінку власної академічної успішності як чинники, що такий ризик підвищують.

Вперше сформовано типологію станів ПВ у студентів-медиків, надано характеристику 5 варіантів досліджуваних явищ, що розширює уявлення щодо клінічної представленості дезадаптивних станів серед контингенту студентської молоді та покращує їх діагностику.

Практична значущість одержаних результатів.

Визначені предиспозиційні особистісні особливості студентів-медиків зі станами ПВ, зокрема превалювання неврастенічних, дисфоричних депресивних, унікаючих, інтраверованих та емоційно лабільних патернів реагування у особистісному профілі цих студентів, дозволили розширити уявлення щодо психопатогенезу різних клінічних варіантів ПВ та оптимізувати арсенал психотехнік підчас розробки мотиваційного тренінгу.

На основі встановлених динамічних особливостей станів ПВ у студентів медиків, шляхом порівняння представленості варіантів ПВ серед студентів різних років навчання (превалювання дезадаптивного та гіперанксіозного варіантів на першому курсі, конфронтаційного та демотиваційного – на другому, а також дезадаптивного, гіперанксіозного та демотиваційного – на третьому курсі) було сформовано базис для професійно-мотиваційного тренінгу корекції вказаних станів.

Розроблено процедуру та психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції станів ПВ у студентів-медиків, який базується на принципах екзистенціальної психотерапії та передбачає підбір конгруентних методів психотерапевтичного впливу в залежності від типу виявленого варіанту ПВ, що дозволило суттєво підвищити ефективність психологічного супроводу вказаного контингенту.

Особистий внесок здобувача. Автором особисто проведено інформаційно-патентний пошук, аналіз та узагальнення даних спеціальної літератури, самостійно обстежено осіб з контингенту дослідження, організовано інтернет-анкетування, проведено усі клінічні та психодіагностичні дослідження. Первинний матеріал повністю зібраний автором, самостійно виконана його систематизація, статистичний та клініко-

інформаційний аналіз, узагальнено закономірності. Безпосередньо автором досліджень написані усі розділи дисертації, сформульовано висновки та практичні пропозиції. Здобувачем не були використані результати досліджень та ідеї співавторів публікацій.

Апробація результатів дисертації. Основні положення роботи доповідалися та обговорювалися на засіданнях кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ та Запорізького науково-медичного товариства психіатрів, психотерапевтів, психологів, наркологів та сексологів, а також науково-практичних конференціях:

– Науково-практична конференція з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 3.0», м. Київ, 26 березня 2021 р.

– Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021», м. Запоріжжя, 15-16 квітня 2021 р.

– Науково-практична конференція з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я», м. Харків, 20–21 травня 2021 р.

– XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р.

– Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022», м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р.

Апробація дисертаційної роботи проходила на міжкафедральному засіданні Запорізького державного медико-фармацевтичного університету МОЗ України 04 грудня 2023 р.

Публікації. Результати відображено у 10 публікаціях, із них 6 статей, серед яких 4 статі – у фахових наукових виданнях України, 1 стаття – у нефармацевтичному науковому виданні України, а також 1 стаття – у закордонному

виданні (Польща); 4 тези доповідей у матеріалах науково-практичних конференцій, всі роботи без співавторів.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота викладена на 151 сторінці друкованого тексту, складається із анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, 5 розділів власних досліджень, аналізу і узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури, що містить 104 джерела (47 кирилицею і 57 латиною) та додатків. Робота ілюстрована 9 таблицями і 4 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ЩОДО ПОШИРЕНOSTІ, СЕМІОТИЧНОГО НАПОВНЕННЯ ТА ЗАХОДІВ КОРЕКЦІЇ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

1.1 Актуальні уявлення щодо поширеності та семіотичного наповнення станів психічного виснаження у студентської молоді

Період професійного становлення ставав предметом дослідження великої кількості вітчизняних та зарубіжних досліджень. Саме період фахового навчання є кризовим етапом, протягом якого молодь схильна до впливу великої кількості психосоціальних факторів, що можуть негативно позначитись на їх психічному добробуті та майбутній професійній самореалізації. Останні дослідження виявили, що найбільш широкий спектр дезадаптованих факторів спостерігається на перших курсах навчання: зміна життєвого стереотипу (зміна місця проживання та навчання, новий колектив), труднощі в засвоєнні навчального матеріалу (значно більший обсяг навчального навантаження ніж у школі) та новий стереотип міжособистісних стосунків (із викладачами) – призводять до станів інформаційного та емоційного дистресу, значного психічного та фізичного виснаження [1, 6, 84, 99].

Під визначенням «психічне виснаження» більшість дослідників розуміють процес поступової втрати інтелектуально-прозектиної, афективної та фізичної енергії, що призводить до стійкого стану виснаження усіх психічних функцій із соціальною дезадаптацією [9, 10, 70, 100].

Дослідники розділяють чинники виникнення станів ПВ на зовнішні та внутрішні, підкреслюючи переважну роль останніх. Так, до зовнішніх відносять соціально-психологічні умови навчального процесу студентів: недоліки організації (неконгрунтність вимог викладачів та чіткості викладення матеріалу, низька матеріальна база та недостатній рівень

технічного забезпечення навчального процесу, тощо), несприятливий емоційний фон мікросоціального оточення (конфліктні стосунки з педагогами і студентами). Серед внутрішніх виділяють відсутність (неадекватний вибір майбутньої професії) або деформацію навчальної мотивації (орієнтацію на отримання стипендії або іншої перманентної вторинної вигоди від навчання), фрустровані стани спричинені надмірною навчальною амбіцією у поєднанні з неадекватною самооцінкою (в однаково мірі завищеною або заниженою), надмірно педантичне ставлення до навчання та, як результат, високі показники тривожності щодо результатів [3, 13, 34, 89, 102].

Закордонні науковці, досліджуючи питання психологічної адаптації студентів до навчання у вищій школі на початкових курсах, змогли структурувати стани дезадаптації за рівнем вираженості симптоматики на чотири етапи: до першого етапу було віднесено безпосередньо декомпенсацію механізмів адаптації, що акомпанує зниженню когнітивної функції з неможливістю засвоєння нового початкового матеріалу, зниженням концентраційної властивості уваги та превалювання негативного емоційного компоненту; до ознак другого етапу віднесено порушення соціального взаємозв'язку, що проявляються у вигляді агресивних тенденцій або в актах соціальної алієнації; у студентів на третьому етапі формування станів дезадаптації виявлялись психосоматичні та/або функціональні порушення, що набували форм стійкої астенизації з явищами ПВ; четвертому рівню дезадаптації у студентів був властивий клінічний рівень вираженості представленої симптоматики, стійке відчуття фрустрації, тривоги та емоційного напруження супроводжувались больовим синдромом. Також дослідники повідомляють про атиповість депресивної симптоматики серед студентської молоді, так для них є більш характерним перебіг у стертих та ларвованих формах [53, 85, 91].

Kaggwa M. M. разом із колективом авторів (2021) провели метааналіз актуальних літературних даних щодо поширеності станів ПВ серед

контингенту студентської молоді країн із низьким та середнім доходом. Проаналізувавши близько 100 наукових робіт, автори прийшли до висновку про значну представленість досліджуваних явищ серед названого контингенту – у середньому кожний третій учень вищої школи демонструє ті чи інші прояви ПВ. Крім цього автори зробили припущення, що поширеність станів ПВ знаходиться у протилежній залежності від рівня економічного добробуту країни. Проте, виявлені показники розповсюдженості ПВ не є цілком репрезентативними, оскільки під час їх розрахунку не враховувався фактор спеціальності навчання – самі автори вказують, що учні вищих медичних шкіл демонструють значно вищі показники дистресу у порівнянні із студентами немедичних спеціальностей [88].

Gusy В. із співавторами (2021) також присвятили своє дослідженню проблемі ПВ серед учнів вищих навчальних закладів. У ході свого дослідження автори прийшли до висновку, що жорсткі вимоги щодо навчання, зокрема обмеження термінів виконання завдань, достовірно пов'язано із виникненням станів ПВ, як посередніх перед стійкою втратою продуктивності через погіршення фізичного здоров'я. Дослідники роблять висновок про необхідність перегляду підходів до навчання у коледжах та інших вищих навчальних закладах з метою нівелювання фактору поспіху [71].

Значну кількість наукових робіт присвячено аналізу питання стресу у передсесійний період у студентів молодших курсів. В фокусі уваги більшості авторів перебував саме емоційний компонент феномену ПВ, вони підкреслюють, що серед першокурсників емоційні порушення зустрічаються набагато частіше, також цей показник зростає серед дівчат, що пов'язується дослідниками з більшою відкритістю останніх до скарг на свій психічний стан [29, 62, 91].

Окремі автори окремо виділяють перші роки навчання у виші як період адаптації, від його тривалості та успішності залежить ефективність оволодіння професійними знаннями та навичками у майбутньому.

Дослідниками неодноразово було проведено аналіз адаптаційних можливостей студентів залежно від преморбідних особистісних особливостей, так було встановлено, що для майбутніх спеціалістів з експлозивною, гіпотимічною та шизоїдною акцентуаціями є характерними депресивні ситуаційні реакції, а для студентів із психастенічною та гіпертимною акцентуаціями – стани ситуаційної тривожності, для учнів із дисоціативним та паранояльним типами акцентуацій – реакції тривожно-депресивного спектру. Також автори акцентують увагу, що саме для студентів із останнім варіантом реагування є більш характерні стани психосоціальної дезадаптації із виснаженням психічних функцій [1, 31, 39, 64, 90].

Окремої уваги дослідників заслуговував вплив мотиваційного компоненту на якість навчання та академічну успішність студентів. Окремими науковцями було встановлено, що преморбідні характерологічні особливості мають значно менший вплив на якість учбового процесу аніж мотиваційний профіль. Під цим терміном автори розуміють комплекс характеристик вольових якостей студентів, направлених на отримання нових знань, відчуття зростання своєї компетентності та задоволення від учбової діяльності. Поділяючи мотивацію студентів на внутрішню та зовнішню дослідники повідомляють, що остання більшою мірою асоційована з високою чутливістю до вимог щодо якості освіти навчального закладу, невдачами у навчанні та можливістю використання недоброчесних стратегій навчання, внутрішня, у свою чергу, характеризує поведінку студентів, що намагаються уникнути конфліктів, доброзичливі у спілкуванні з іншими, конформні, орієнтовані на отримання нових професійних знань. За думкою деяких авторів, саме формування конструктивного мотиваційного профілю визначає рівень академічної та професійної успішності майбутніх спеціалістів [43, 58, 92, 103].

Ряд дослідників, проаналізувавши особистісні якості студентів с точки зору формування емоційної дезадаптації, дійшли до висновку, що наявність

таких особистісних рис, як педантичність та ворожість ототожнюються із високим ризиком психоемоційного дистресу у студентів молодших курсів. За думкою авторів наявність виражених ананкстичних рис особистості, що асоційовані із завищеними сподіваннями та вимогами до себе й оточуючих, призводить до ворожих конкурентних відносин у студентському товаристві. Також дослідники підкреслюють значну роль у формуванні представленого варіанту особистісних якостей у студентів завищених вимог щодо якості освіти, які висуваються навчальним закладом, це призводить до формування дихотомічного патерну мислення та самосприйняття студентів [23, 32, 36, 38, 104].

Головська І. Г. та Далакова А. С. (2013) у своєму дослідженні займалися вирішенням питань визначення закономірностей формування синдрому виснаження на різних етапах професійного становлення особистості. Провівши метааналіз актуальних наукових джерел з цього приводу авторки прийшли до висновку, що досліджуване явище є показником етапу регресії на шляху формування особистості та може виникати у відповідь на внутрішньоособистісний конфлікт, який супроводжує перехід особи із однієї стадії професійного розвитку на іншу, як то відбувається під час зміни етапу навчання у школі на університетський період. Також автори визначили, що стан ПВ не обов'язково пов'язаний із професійною діяльністю безпосередньо, а може виникати ще на більш ранніх етапах становлення спеціаліста, що, на думку авторів, обумовлює зв'язок досліджуваних явищ із юнацьким віком [8].

Brunsbach S. разом із співавторами (2022) висвітлюють результати власного дослідження впливу дистанційного навчання на показники ПВ на контингенті студентів політологічного фаху. Автори засвідчують тенденцію до поширення прояві ПВ серед студентів під час переходу на онлайн форму навчання, що пояснюється знаним обмеженням соціальних контактів між однолітками, відсутністю дискусій під час семінарських занять та низьким рівнем залучення учнів протягом лекцій. Окремо дослідники наголошують,

що студенти, які навчаються за дистанційною формою та дають низьку загальну оцінку викладання навчального матеріалу, мають більший ризик формування станів ПВ [55].

Гапоненко Л. разом із співавторами (2023) присвятили своє дослідження аналізу психологічних передумов дезадаптивних станів у студентів молодших курсів. На контингенті у 145 учнів вищого навчального закладу дослідники підтвердили визначну роль предиспозиційних факторів, як то особливості особистісного реагування, у патогенезі досліджуваних станів. Автори виявили ряд особистісних якостей, що суттєво збільшують ризик дезадаптивних реакцій у студентської молоді, серед них: міжособистісна дисфункція, пасивні та уникаючі патерни поведінки в умовах групової взаємодії або підчас публічних виступів перед аудиторією слухачів, схильність до конфліктних ситуацій, ворожість до оточуючих, перфекціонізм та тривожність. На думку авторів вказані патерни реагування свідчать про брак адаптивних навичок подолання стресу, що не були їм передані їх батьками [34].

1.2 Особливості станів психічного виснаження в учнів вищих медичних навчальних закладів

Деякі автори засвідчують, що студенти вищих навчальних закладів медичного профілю більш схильні до розвитку станів ПВ, що пов'язують із порівняно більшою інтенсивністю навчального процесу та специфікою обраної спеціальності. Інші автори визначають стани ПВ у студентів-медиків, як особливу форму професійної деформації особистості, що зберігає субсиндромальний рівень вираженості протягом усього періоду навчання [47, 50, 80].

Поширеність станів, що можливо кваліфікувати як ПВ, серед студентів медичних спеціальностей досягає 50-55%. Окремими дослідниками були визначені динамічні характеристики станів ПВ у студентів-медиків. Так, емоційний компонент та міжособистісна адаптація поступово редукуються

протягом перших двох років навчання, на третьому році завершується формування адаптаційних механізмів і рівень ПВ поступово знижується, повторно підвищуючись наприкінці випускного курсу. Крім того, доведений зв'язок між виникненням стану ПВ на молодших курсах навчання та розвитком депресії у зрілому віці, у сформованих лікарів-спеціалістів [26, 56, 59].

На значну поширеність станів ПВ вказує і дослідження Thun-Hohenstein L. із співавторами (2021). Дослідники стверджують, що близько половини усіх учнів приватного медичного університету Зальцбурга, Австрія, виявляють клінічні ознаки типові для ПВ, а саме: емоційне виснаження, прояви деперсоналізації у формі цинізму, знецінення власних здобутків, відчуття значного навантаження, жорсткого контролю, недостатній рівень сатисфакції від виконаних завдань, відсутність почуття справедливості та низьку мотивацію. Крім цього автори встановили, що ПВ більш типове саме для жіночої частини досліджуваного контингенту, а інтенсивність досліджуваних проявів варіює протягом семестру, сягаючи свого максимуму наприкінці року, протягом сесійного періоду. Також автори стверджують, що прояви ПВ стають лише більш вираженими протягом навчання, вони найменше представлені серед учнів першого року навчання, найбільше – п'ятого. Вирішення проблеми ПВ серед студентів медичних шкіл автори бачать у зміні навчальних програмах з метою зменшення навчального навантаження [60].

Проблемі психічного дистресу присвятили своє дослідження Ibrahim M. B. з Abdelreheem M. H. (2015), автори порівняли поширеність тривожної та депресивної симптоматики клінічного рівня значимості серед студентів медичного та фармацевтичного факультетів. Провівши обстеження двох відповідних груп студентів, що були ідентичні за своїми кількісними, віковими та демографічними показниками та відрізнялись лише спеціальністю навчання, дослідники прийшли до висновку про більшу представленість саме тривожного та тривожно-депресивного

симптомокомплексів серед контингенту студентів медичного факультету, при цьому показники поширеності депресивних проявів не відрізнялись суттєво між сформованими групами. Також дослідники наголошують, що поширеність досліджуваних явищ значно більша серед студенток жіночої статі [74].

Santen S. A. разом із співавторами (2010) досліджували поширеність та причини виникнення станів ПВ серед контингенту студентів навчального закладу медичного профілю. За результатами дослідження 249 студентів із використанням Опитувальника емоційного вигорання за методикою К. Маслач авторами було встановлено, що представленість досліджуваних явищ у студентів першого курсу сягала близько 20%, другого та третього – трохи більше 40%, четвертого – біля 30%. На думку дослідників найбільшого значення у контексті формування ПВ мали низький рівень психоемоційної підтримки (від близького оточення, однолітків, викладачів), високі показники стресу та низький контроль за власним життям. Встановлена авторами динаміка поширеності станів ПВ протягом перших чотирьох років навчання свідчить про збільшення адаптаційного потенціалу студентів-медиків із часом [61].

Kilic R. разом із співавторами (2021) провели анонімне анкетування 342 студентів медичної школи з метою визначення поширеності та предикторів формування станів ПВ серед обраного контингенту. Авторами було встановлено, що досліджувані явища мали значну представленість серед студентів усіх років навчання, проте їх вираженість мала певну динаміку та варіювала в протягом семестру, демонструючи інтенсифікацію під кінець навчального року. Крім того автори наголошують, що жінки були схильні до більш виражених станів емоційного виснаження аніж чоловіки, а найбільше значення серед усіх предикторів формування ПВ має загальний рівень сприйняття стресу, при цьому надмірна емпатія чи брак соціальної підтримки, на думку авторів, не мали зазначеного впливу [49].

Спільною особливістю станів ПВ для студентів-медиків та лікарів є негативістичне ставлення щодо звернення за медичною допомогою з приводу поведінкових та емоційних порушень, пов'язаних із стресогенними ситуаціями на навчанні / роботі, анозогнозія та намаганням скрити від оточуючих симптоми психічних порушень. Особливу роль у розвитку станів ПВ у студентів-медиків відводять стресогенним періодам під час сесій: несприятливі зрушення в емоційній сфері під час іспитів закріплюються з комплексом вегетативно-гуморальних перебудов, що в подальшому призводить до «соматизації» поведінкових розладів, появи скарг на психосоматичного характеру [52, 65].

Проводячи аналіз взаємозв'язку рівня ситуаційної тривожності та показниками імунної адаптації у студентів ряд дослідників не виявили жодних кореляційних зав'язків між цими ознаками, однак окремими авторами було встановлено, що показники тривожності серед групи студентів медичного профілю майже вдвічі частіше досягають діагностично значимого рівня порівняно з учнями інших навчальних закладів. Також дослідники відзначають значний деструктивний вплив ситуаційної тривожності на стан психічної адаптації у студентів-медиків, особливо в сесійний період [67, 72, 77].

Іншими дослідниками було запропоновано використовувати комплекс психічних показників у якості ідентифікаційного маркера якості освітнього процесу учнів вищих медичних шкіл. Автори досліджують взаємозв'язок між соціально-демографічними особливостями, особливостями професійного самовизначення та особистісними особливостями студентів медичних вишів з якості освіти та академічною успішністю. Дослідниками було встановлено, що предикторами гарної успішності студента-медика можуть бути низький рівень тривожності, спроможність до планування свого часу, у той час, коли маркерами майбутнього відрахування можуть бути низький рівень самоконтролю, високі показники комунікативної, низька організованість та добросовісність [37, 79, 86].

Аналіз рівнів ситуаційної та особистісної тривожності у студентської молоді неодноразово ставали предметом наукових досліджень. Окремими авторами було встановлено на прикладі учнів лікувального факультету медичного університету, що на формування тривожних станів у студентів різних курсів впливає комплекс факторів особистісного спектру, такі як внутрішньосімейні конфлікти та негаразди, проблеми у мікросоціальному оточенні (поза межами сім'ї) та фінансові проблеми. Серед чинників із стресогенним впливом, асоційованих із начальним процесом, було виділено великий об'єм навчального матеріалу, низький рівень практичних навичок студентів, конфлікти із викладачами та однокурсниками. Іншими авторами проведено компаративний аналіз інтенсивності та факторів виникнення тривожних станів у студентів різних курсів, так для учнів першого та шостого років навчання були характерні низькі показники ситуаційної та високий рівень особистісної тривожності, у той час, коли студенти четвертого курсу демонстрували комбінацію високої ситуаційної та помірний рівень особистісної тривожності [41, 87].

Гусакова І. В. разом із співавторами (2017) досліджувала питання поширеності депресивної та тривожної симптоматики серед українських та іноземних студентів-медиків. Дослідивши 187 студентів медичного факультету Вінницького національного медичного університету із допомогою Шкали тривоги та депресії Голдберга автори прийшли до висновку щодо значної поширеності досліджуваних психопатологічних явищ клінічно значимого рівня серед іноземних англомовних студентів: кожен п'ятий обстежений виявляв ознаки тривожного розладу, а кожний шостий – депресивного, що статистично достовірно частіше ніж серед когорти вітчизняних студентів. Щодо структури виявлених розладів автори повідомляють, що частіше обстежені студенти-медики виявляли проблеми з концентрацією уваги, ранні пробудження, немотивовану втому, болісні відчуття у голові та шиї, іпохондричні переживання, відсутність впевненості у майбутньому та роздратування. Також автори наголошують, що не

дивлячись на те, що окремо виявлені психічні порушення сягають клінічного цензу, вони не потребують негайного вирішення шляхом фармакологічної чи психотерапевтичної підтримки, а лише вимагають динамічного моніторингу протягом наступних 3-9 місяців. Це вказує на значну динамічність зазначених станів та їх значну залежність від зовнішніх факторів, які у більшості випадків сформовані умовами навчання [44].

Huhn D. разом із співавторами (2018) також займалися дослідженням особливостей сприйняття стресу місцевих та іноземних студентів на контингенті учнів першого курсу медичної школи. Автори прийшли до висновку, що для місцевих студентів було характерно поступове збільшення показників стресу протягом навчального року, у той час як для іноземних учнів – навпаки зменшення. Крім цього було виявлено, що іноземці більш схильні до знецінення власних досягнень – вони давали значно нижчу оцінку власним професіональним компетенціям, а також демонстрували значну редукцію емпатії у порівнянні із місцевими студентами. Дослідники також провели ряд лабораторних досліджень, зокрема виявили концентрацію кортизолу, як біологічного маркера хронічного стресу, у волоссях представників двох досліджуваних груп. За результатами цих досліджень значущих відмінностей між місцевими та іноземними студентами також не було виявлено [48].

Малахов П. С. та співавтори (2016) досліджуючи проблему дезадаптації студентів вищих медичних шкіл обстежили 548 учнів першого курсу різних факультетах Одеського національного медичного університету із допомогою Тесту «Самооцінка конфліктності» та Клінічного опитувальника невротичних станів (за К. К. Яхіним, Д. М. Менделевичем). Автори встановили, що серед сформованого контингенту найбільшу представленість мали астеничні та тривожні прояви, трохи меншу вегетативні та депресивні порушення, у той час коли конверсійна та obsесивно-фобічні прояви мали найменшу представленість [33].

Amir M. та El Gillany A. H. (2010) досліджували поширеність та предиктори виникнення тривожних та депресивних проявів у студентів-медиків. На вибірці з 311 учнів авторами було встановлено значну представленість депресивної та тривожної симптоматики, що сягала близько 30% та 20% відповідно. Серед факторів виникнення депресивних проявів автори виділили гендер, високий рівень сприйняття стресу, низький рівень задоволеності відносинами з матір'ю у ранньому віці, у той час коли до факторів ризику формування тривожних проявів автори віднесли високий рівень сприйняття стресу, вираженість невротичних проявів та умови проживання (гуртожиток, із батьками чи друзями) [51].

Jiménez-Ortiz J. L. разом із співавторами (2019) провели дослідження поширеності дистресу та ПВ серед учнів стоматологічного факультету приватного університету в Мексиці. Дослідники виявили, що прояви ПВ мали значну представленість серед обраного контингенту (більше половини респондентів демонстрували клінічно значущі ознаки), а їх поширеність не залежала від віку або гендеру. Автори також зауважують, що пошук шляхів до вирішення проблеми ПВ серед студентів-медиків є надзвичайно актуальною, оскільки розглядають цей стан як донозологічний, такий на підґрунті якого можуть виникнути більш тяжчі психопатологічні стани [66].

Rosiek A. із колегами (2016) присвятили власне дослідження аналізу впливу стресу та тривоги на виникнення суїцидальні тенденції у студентів вищих медичних шкіл. Дослідники підтвердили, що хронічні тривоги та стрес чинять значний негативний вплив на загальний психічний добробут майбутніх лікарів, провокує виникнення симптоматики депресивного спектру та суїцидальних думок. Крім цього автори встановили, що студенти старших курсів на багато ефективніше долають стресові ситуації порівняно із учнями начальних курсів, оскільки вони мають більший арсенал механізмів подолання стресу, як то: прослуховування музики, пошук підтримки «ззовні» (спілкування із близькими та друзями), заняття спортом (їзда на велосипеді, біг та плавання) тощо [63].

Dyrbye L. N. та співавтори (2009) в рамках власного дослідження оцінили вплив середовища навчання, практичні навчання у клінічних умовах, загальне навантаження, демографічні та особистісні фактори впливають на формування ПВ у студентів-медиків. Дослідниками було встановлено на контингенті у 3080 студентів трьох університетів, що на розвиток станів ПВ найбільший вплив мають нічні зміни (в рамках клінічного етапу навчання) та низький рівень задоволеності середовищем навчання, при цьому набір демографічних факторів, особистісні особливості, наявність приємних / неприємних нещодавніх подій у особистому житті такого впливу не мають. Автори роблять висновок, що вирішення питання ПВ у студентів-медиків полягає у оптимізації середовища навчання, а не у вирішенні їх особистісних проблем [65].

Vaskovic' D. V. разом із співавторами (2012) досліджували залежність характеру впливу академічного стресу на розвиток станів ПВ у студентів медичного університету від фактору гендеру. З цією метою автори провели анонімне анкетування 755 студентів старших курсів із допомогою Загального опитувальника здоров'я та опитувальника емоційного вигорання Маслач. За результатами проведеного дослідження авторами було встановлено, що представники жіночої статі оцінювали стан свого фізичного здоров'я набагато гірше ніж чоловіки, також студентки відчували більший стрес через сесійні екзамени, взаємодію з пацієнтами та при виконання медичних процедур. Дослідники прийшло до висновку що студенти-медики жіночої статі більше схильні до виникнення станів ПВ пов'язаних із навчанням та професійною діяльністю, компенсувати це, на думку авторів, може проведення заходів профілактики дистресу із оптимізації навчального процесу, з особливим акцентом на представників жіночої статі [70].

Villwock J. A. разом із колегами (2016) досліджували зв'язок між проявом емоційного виснаження та так званим «синдромом самозванця» у студентів вищих медичних шкіл. Провівши пілотне дослідження на контингенті у 138 учнів автори прийшли до висновку, що характерні для

даного синдрому невпевненість у власних силах та проблеми з інтерналізією особистісних досягнень були асоційовані з такими компонентами ПВ як емоційне виснаження, деперсоналізація та цинізм у спілкуванні з хворими. Також автори наголошують, що серед учнів четвертого року навчання поширеність досліджуваних явищ була найбільша. Окремо дослідники наголошують на необхідності перегляді педагогічних підходів у вищих медичних школах аби покращити «клімат» у навчальному середовищі [75].

Teshome B. G. разом із співавторами (2022) досліджували взаємозв'язок між дискримінацією із жорстоким відношенням та показниками ПВ у студентів медичного профілю у США. На контингенті у більш ніж тридцять тисяч респондентів автори виявили, що темношкірі студенти та представники ЛГБТ спільноти значно частіше повідомляли про дискримінацію та жорстоке відношення зі сторони однолітків, а також мали вищі показники ПВ. Таким чином автори пов'язують виникнення ПВ у студентів-медиків із несприятливими мікросоціальними факторами, при цьому залишаючи поза увагою особистісні характеристики [81].

Silistraru I. та співавтори (2022) присвятили своє дослідження аналізу показників ПВ серед студентів медичних вищі Румунії під час пандемії COVID-19. Провівши обстеження 126 студентів автори встановили, що близько третини з них виявляють ознаки ПВ, які проявляються у формі емоційного спустошення та беземпатичному цинічному ставленні до хворих. Окремої уваги заслуговують виявлені авторами дані, що свідчать про наявність бажання у більше ніж третини обстежених респондентів змінити місце проживання та / або покинути навчання у медичній школі [57].

Проблемою впливу зміни очної форми навчання на дистанційну також займалася група авторів на чолі з Wang S. (2022). Дослідники встановили, що соціальна підтримка близького оточення формує ресурс для подолання станів ПВ. Серед особистісних якостей, що на думку авторів також мають перспективу попередити формування ПВ у студентів медичного профілю, є екстравертованість, сумлінність та поступливість [78].

Група авторів на чолі з Lin H. C. (2021) досліджували прояви самопошкодження та суїцидальну поведінку у студентів медичних коледжів США. На контингенті у більш ніж сорок дві тисячі студентів автори встановили взаємозв'язок між проявами ПВ та тенденціями до аутоагресивних дій. Крім цього автори зауважують, що темношкірі студенти частіше повідомляли про наміри вчинити самогубство або навіть досвід невдалої суїцидальної спроби. Дослідники наголошують на необхідності розробки сучасних моделей превенції та терапії психічних порушень серед різних категорій студентської молоді із врахуванням унікальних факторів ризику та потреб цього контингенту [93].

Fuller M. із співавторами (2020) провели проспективне дослідження предикторів виникнення станів ПВ та пов'язаної із цим відстороненості від навчання серед контингенту студентів фармацевтичного профілю. Провівши обстеження 360 учнів автори зробили висновок, що досліджувані явища мали значну представленість серед обраного контингенту осіб, при цьому вираженість психопатологічних проявів варіювала в залежності від року навчання – була найбільшою на першому та третьому роках навчання, сягала свого мінімуму на другому. Крім цього було встановлено залежність вираженості ПВ від сімейного статусу – учні, які перебували у шлюбі, виявляли значно меншу вираженість вказаних проявів, аніж самотні особи, що можливо пояснити достатнім рівнем соціальної підтримки як фактору компенсації нозогенного впливу [69].

Erschens R. разом із колегами (2018) займались дослідженням механізмів подолання стресу у учнів вищих медичних шкіл, що виявляють ознаки ПВ. Авторами було встановлено, що серед сформованого контингенту із майже 600 студентів більше третина має виражені ознаки ПВ. Серед адаптивних компінг стратегій найбільшого поширення набували пошук підтримки із-зовні (респонденти звертались до друзів, родичів та одногрупників), прослуховування музики, виконання фізичних вправ, заняття спортом; серед дезадаптивних стратегій значного поширення

набували прийом психоактивних речовин (транквілізаторів, психостимуляторів), гра у відеоігри. Дослідники наголошують на необхідності розробки заходів психологічного супроводу студентів-медиків, що дозволять представникам даного контингенту оволодіти більш адаптивними патернами подолання стресових ситуацій [54].

Група дослідників з Саудівської Аравії на чолі з Sani M. (2012) присвятили свою роботу проблемі пливу стресу на психічне благополуччя студентів медичного університету. Автори оцінили вплив різних анамнестичних факторів на розвиток дезадаптивних станів у студентської молоді: вік, стать, рік навчання, наявність та соціальний статус батьків, близьких родичів, особливості побутових умов проживання та ін. За результатами проведеного дослідження було встановлено поширеність нозогенного стресу серед обстежених студентів на рівня близько 72%. Серед факторів, що значимо впливали на рівень стресу у досліджуваного контингенту, автори виділили жіночу стать, диссомнічні прояви у формі незадоволеності якістю сну та довгих пробудження вранці, психологічні та внутрішньосімейні проблеми, низький рівень організації дозвілля, а також високе академічне навантаження (відносно довга тривалість щоденних занять та щільний графік іспитів протягом сесійного періоду). Також автори наголошують, що рівень освіти чи характер зайнятості батьків учнів, наявність чи відсутність у них сестер чи братів, особливості побутових умов, тривалість часу, що необхідна аби дістатися до місця навчання, та сімейний статус не впливають на розвиток дезадаптивних психопатологічних станів у студентів вищих навчальних медичних закладів [90].

Проблемі ПВ серед студентів-медиків присвятили роботу автори на чолі з Савкою Ю. М. (2021). В рамках власного дослідження науковці обстежили 100 студентів медичного університету у віці від до 18 до 21 року, які навчались на молодших курсах, із використанням Опитувальника для визначення емоційного вигорання за В. В. Бойко, Гісенівського опитувальника та опитувальника Спілбергера-Ханіна. За результатами

проведеного дослідження було визначено, що ознаки ПВ різного рівня вираженості демонструвала абсолютна більшість опитаних студентів; студенти третього курсу характеризувались більш вираженими проявами досліджуваних явищ, ширшим спектром психосоматичних проявів, високими показниками ситуаційної та особистісної тривожності [4].

Colbert-Getz J. M. разом із колегами (2013) провели дослідження впливу різних факторів на рівень академічної успішності у студентів медичного університету. Авторами було досліджено рівень тривоги та суб'єктивну оцінку власної академічної успішності у двохсот студентів четвертого курсу медичного факультету Університету Джона Гопкінса у сесійний період. За результатами проведеного дослідження було визначено залежність між гендером, тривожним реагуванням, самооцінкою та фактичною успішністю при складанні іспитів: дівчата із вираженими показникам тривожності були більш точні у самооцінці та отримували вищі фактичні бали порівняно із хлопцями, що також виявляли високі показники тривожного реагування; жодних розбіжностей між студентами різного гендеру з низьким та помірним рівнем тривоги за показником академічною успішності виявлено не було. Окремо автори підкреслюють вплив емоційного компонента на рівень самосприйняття учнів [73].

Група німецьких дослідників на чолі Wege N. (2016) також присвятили власне дослідження проблемі психічних розладів серед контингенту студентської молоді, що навчаються у медичній школі. На вибірці у майже шістсот учнів Дюссельдорфського медичного університету, які були опитані методом анкетування із використанням опитувальника PHQ (в рамках якого було оцінено наявність депресивних розладів різного рівня вираженості, тривожні прояви та панічні прояви, спектр психосоматичних розладів) та із додатковою оцінкою наркологічного статусу, автори встановили поширеність великого депресивного розладу на рівні близько 5%, при цьому депресивна симптоматика донозологічного рівня була виявлена ще у майже 6% опитаних; близько 4,5% респондентів виявляли ознаки тривожного

розладу, ще маже 2% – панічного; скарги психосоматичного кола демонстрували до 16% опитаних. Також було встановлено, що близько 11% респондентів систематично вживали психоактивні речовини: біля 5% вживали наркотичні речовини (або лікарські засоби без призначення лікаря) з метою релаксації, ще біля 5% – з метою покращення сну (в рамках самокурації наявних психічних розладів), біля 4,5% – з метою покращення настрою, трохи більше 3% – з метою покращення ефективності в рамках навчального процесу. Автори зауважують, що поширеність виявлених серед студентів медичного університету психічних порушень, значно відрізняється від загальнопопуляційних показників у більшу сторону. Крім цього, дослідниками була підтверджена закономірність між наявністю психічних порушень, вираженими психосоматичними проявами та систематичним вживанням психоактивних речовин та більш низькими показниками фінансового благополуччя. Підсумовуючи автори наголошують на значній актуальності наукового пошуку у сфері розробки способів корекції психічних порушень у студентів медичних університетів, як у чутливої верстви населення [84].

1.3 Сучасні методи корекції та профілактики станів психічного виснаження у студентської молоді

Питання корекції станів ПВ у студентів залишається актуальним. Існує велика кількість рекомендацій щодо профілактики виникнення даних станів шляхом оптимізації навчальних програм основних дисциплін. Деякі дослідники акцентують увагу на ефективності зміни в навчальній програмі з введенням елементів параклінічних і клінічних досліджень (тобто адаптації програм до запитів студентів), що значно знижує прояв розладу, робить навчання більш привабливим, підвищує рівень відповідальності, зацікавленості в освоєнні матеріалу предмету [7, 25, 73, 83].

Головська І. Г. та Далакова А. С. (2013) підтверджують, що проведення психотерапевтичних заходів, направлених на корекцію станів ПВ, є найбільш

ефективним у юнацькому віці (протягом періоду навчання на молодших курсах), оскільки саме у цей період відбувається інтенсифікація процесів формування світогляду та етичних норм, кристалізуються особливості самосприйняття та патерни взаємодії із оточуючим світом, починається період професійного становлення особистості. Авторки також висувують ряд вимог до проваджуваних психотерапевтичних заходів, зокрема наголошуючи на необхідності враховувати психологічні особливості даного віку [8].

Деякі автори в рамках своїх досліджень використовували тренінгові технології з метою підвищення адаптаційних можливостей у іноземних студентів. Окремі автори проводили аналогії між станами дезадаптації у молоді та посттравматичними стресовими розладами у військовослужбовців: у студентів були виявлені характерні для комбатантів ознаки психосоціальної травми, такі як втрата почуття захищеності, надійності, зневіра у власні сили, що супроводжувалось станами дезорієнтації. З огляду на це дослідниками пропонувалось застосовувати різні тренінгові методика подолання стресу, що розроблені Національним центром вивчення посттравматичних стресових розладів США. Авторами зазначається значна ефективність зазначеного підходу до вибору методики в рамках корекції станів дезадаптації серед представників студентської молоді [4, 40, 46].

Провівши метааналіз актуальних літературних джерел щодо заходів попередження виникнення станів ПВ у представників медичної спеціальностей West C. P. разом із співавторами (2016) зробили висновок, що існує два паралельні вектори заходів превенції виникнення психологічного дистресу у обраного контингенту: перший передбачає застосування організаційних стратегій із зміною режиму роботи, перегляду вимог до спеціалістів тощо, а другий – включає індивідуально орієнтовані практики із здобуття нових навичок подолання стресу, збільшення порогу чутливості у кризових ситуаціях тощо. Автори наголошують, що саме поєднання цих двох напрямків роботи, а не якийсь один з них окремо, є найбільш ефективним з точки зору попередження виникнення станів ПВ [76].

Предметом дослідження Кахно І. В. (2010) стали детермінанти становлення особистості студентів-медиків протягом етапу навчання у вищому навчальному закладі. Автор вбачає причину виникнення станів дистресу та ПВ у названого контингенту осіб у проблемі самоактуалізації, коли уявлення учня про себе не відповідають концепції обраної професії. Виходячи з цього дослідник наголошує на необхідності розробки професійно орієнтованих курсів та тренінгів для студентів медичних вишів, що направлені на формування адекватного явлення щодо себе у ролі спеціаліста, на усвідомлення етапності процесів особистісного та професійного становлення тощо. Крім цього автор підкреслює необхідність залучення нових та розширення існуючих навчальних дисциплін психолого-педагогічного профілю в рамках підготовки спеціалістів медичного профілю, на його думку це дозволить студентам оволодіти навичками ефективної комунікації в рамках професійного середовища та із хворими (у тому числі дітьми, особами літнього віку, хворими на невиліковні захворювання тощо), засвоїти нові конструктивні поведінкові патерни подолання стресу з метою попередження дистресу та формування станів ПВ [27].

Ключом до вирішення проблеми ПВ та пов'язаних з ним станами дезадаптації у студентів молодших курсів окремі дослідники вбачають в формуванні у майбутніх спеціалістів адекватного уявлення щодо обраної професії, її соціального значення, формуванні адекватної самооцінки в рамках майбутнього професійного середовища, оволодіння методами аутогенної психологічної компенсації та формуванні стаціонарної психологічної служби підтримки студентів [28, 30, 42].

Провівши обстеження майже трьох тисяч аспірантів та магістрантів група авторів на чолі з Allen Н. К. (2021) встановили закономірності між якістю сну та показниками ПВ. Не дивлячись на те, що дослідники сприймають диссомнічні прояви вторинними по відношенню до ПВ, вони наголошують, що покращення якості сну шляхом засвоєння нових навичок

засинання може значно знизити сприйняття обраного контингенту осіб до пов'язаного із навчанням / роботою стресу [95].

Tajalli P. та Ganbaripناه A. (2010) досліджуючи проблему порушень психічного здоров'я у студентів прийшли до висновку, що рівень психічного благополуччя учнів вищих шкіл знаходиться у прямій залежності від рівня соціальної підтримки, яку ті отримують від свого близького оточення, однолітків та викладачів. Виходячи зі отриманих даних автори наголошують, що покращити психічний стан представників студентської молоді можливо завдяки поглибленню їх знань щодо ролі соціальної підтримки, методів підтримки психічного здоров'я та ефективних методів подолання стресових ситуацій [97].

На важливе значення підтримки з боку близького оточення на психічне здоров'я студентів-медиків вказує також дослідження Gil-Calderón J. та співавторів (2021). Дослідники наголошують, що зі збільшенням кількості років проведених у навчанні медичній професії збільшується показники ПВ. Окремо автори підкреслюють, що достатній рівень підтримки з боку членів родини може суттєво знизити ризик виникнення станів ПВ, тому у вирішенні питання профілактики вказаних станів вони радять приділяти більше уваги психологічному супроводу студентів через сімейні моделі взаємодії [62].

Грицук О. В. (2013, 2014) присвятив свої роботи питанню попередження формування станів ПВ у представників студентської молоді. На думку автора превенція виникнення досліджуваних явищ повинна включати в себе три вектори: виявлення динаміки до формування станів ПВ, встановлення етіологічних факторів, що цього призводять, та дослідження умов нівелювання цих факторів.

Також автор наголошує, що через ряд причин у більшості випадків стани ПВ залишаються не діагностованими, саме через це надзвичайно важливим є здобуття студентами навичок самоаналізу, направлених на самостійне виявлення таких суб'єктивно відчутних ознак ПВ як: зниження показників академічної успішності через складнощі із концентрацією уваги,

проблеми у спілкуванні та непорозуміння із однолітками, що супроводжується агресивно-негативістичним настроєм, та втрата розуміння сенсу подальшого навчання та життя у цілому із широким спектром соматоформних проявів.

Також автор вбачає вирішення проблеми профілактики станів ПВ у оволодінні студентами навичок структуризації завдань та корування часом: він пропонує в рамках індивідуальних чи групових сесій навчати студентів формувати мету та задачі тої чи іншої діяльності, визначати їх послідовність та пріоритетність. Особливий акцент дослідник робить на необхідності навчити учнів вищих шкіл формувати явлення щодо їх власного успіху у професійній сфері, як компоненту позитивного підкріплення для продовження навчання.

Не останню роль у профілактиці станів ПВ автор віддає дотриманню принципів здорового життя: підтримання фізіологічного режиму сну-бадьорості, збереження режиму харчування, наявність достатнього відпочинку та регулярні фізичні вправи можуть, на думку дослідника, підвищити адаптаційний потенціал студентів, надати ресурси для подолання кризових етапів на шляху професійного становлення [9, 10, 11].

Slavin S. J. та Chibnall J. T. (2016) у своїй роботі діляться досвідом застосування заходів покращення психічного благополуччя студентів, інтернів та практикуючих лікарів, що були використанні у Медичній школі Сент-Луїса, США. Розроблені заходи були впроваджені поступово: спочатку мали місце зниження об'єму необхідного навчального матеріалу на 10%, заміна бальної системи оцінювання на залікову для молодших курсів, перенос ряду навчальних дисциплін у категорію факультативних, після чого було впроваджено короткий тренінг, направлений на здобуття студентами навичок до стійкої концентрації уваги, потім було модернізовано курс анатомії людини з метою мінімізації так званих «побічних наслідків» пов'язаних із ним (як то відчуття стресу через розтин трупного матеріалу), після цього було скорочено термін доклінічного навчання як найбільш

стресогенного для учнів (було встановлено, що найбільший дискомфорт студенти відчувають між третім – доклінічним, та четвертим – клінічним роками навчання), крім цього було впроваджено систему моніторингу психічного стану учнів із можливістю звернутися за анонімною психіатричною допомогою.

Ефективність запроваджених заходів була неодноразово доведена за допомогою анкетування учнів, які задоволені якістю роботи свого навчального закладу щодо створення сприятливих умов для розвитку їх особистості. Також автори наголошують, що рівень психічного благополуччя студентів, які проходять етап клінічного навчання, залежить від психічного здоров'я ординаторів відділень з якими ті взаємодіють. Окремо автори підкреслюють важливість логотерапевтичного підходу у роботі зі студентами-медиками, саме у здобутті навичок копіngu зі стресом та пошуку сенсу в навчанні та роботі дослідники бачать вирішення проблеми дистресу та ПВ у даної категорії учнів [94].

Можливість використання організаційного та академічного ресурсу в рамках заходів попередження та подолання станів ПВ серед студентів медичного університету розглядали також автори на чолі з Pereira M. A. (2015). Дослідниками було запропоновано впровадження факультативного освітнього курсу для учнів молодших курсів державного бразильського медичного університету в основі якого було покладено знання щодо ефективних способів подолання академічного стресу. Автори повідомляють, що за результатами опитування учнів, що пройшли розроблений курс, більшість респондентів відчули його позитивний вплив: біля 67% повідомили про зниження відчуття постійного стресу, близько 76% – про засвоєння нових конструктивних навичок подолання стресових ситуацій, майже всі учні контингенту дослідження (близько 90%) вважали, що пройдений курс був корисним у контексті здобуття навичок виявлення стресогенних факторів та отримали позитивний досвід від їх обговорення із іншими учнями в рамках групових занять [83].

Огляд спеціальної літератури дає уявлення про недостатній рівень технічного забезпечення психотерапевтичної корекції внутрішніх факторів виникнення станів ПВ, оскільки більшість існуючих методик у цій галузі направлені на формування інтрапсихічних механізмів опанування стресу. Існують окремі роботи, що підтверджують ефективність психотерапії станів ПВ шляхом творчої самореалізації [2, 35, 46, 83].

Таким чином, відповідно до сучасних уявлень про стрес-індуковані стани дезадаптації у студентської молоді психопатологічна структура феномену ПВ у даного контингенту вповнена нестійкими афективними порушеннями суб- та клінічного рівня, астеничними проявами зі зниженням психічної та фізичної енергії та, каузально пов'язаними з ними, нестійким інтелектуальним зниженням та трансформацією мотиваційного компоненту.

Особливості структури феномену ПВ у студентів медичного профілю вивчена недостатньо. Комплекс факторів, що впливають на його формування в умовах медичної школи, відрізняються за своєю інтенсивністю від інших спеціальностей.

Проблема корекції та профілактики станів ПВ у більшості випадків вичерпується заходами організаційного характеру (зміна та адаптація учбового матеріалу, збільшення частки практичних занять тощо). Перспективним вбачається розробка програм корекції станів ПВ, що мають персоналізований характер та таргетовані на виправлення та формування адекватного мотиваційного компоненту у студентської молоді.

Резюме

Аналіз актуальної наукової літератури дозволяє з'ясувати, що в сучасних умовах проблема психічного благополуччя студентської молоді не втрачає своєї актуальності. Такі фактори, як часте недосипання, виснаження, академічні заборгованості, труднощі самоорганізації та несформованість конструктивних копінгових стратегій, дефіцит соціальної підтримки, складні сімейні обставини, соціальні стреси, неможливість забезпечити своє життя та ін. часто стають

причинами емоційної дезадаптації та психічних розладів. Численні вітчизняні та закордонні автори погоджуються на думці, що перераховані фактори мають відносно більшу інтенсивність серед студентів, що навчаються саме у медичних закладах освіти. Вирішення даної проблеми має комплексний характер та повинно включати заходи як академічно-організаційного, так і індивідуально-психотерапевтичного. Огляд відповідних наукових даних засвідчив брак методологічного забезпечення відповідних заходів, що визначає актуальність проведеного дослідження.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Дизайн дослідження та загальна характеристика контингентів та методів

Протягом 2019-2021 рр. було проведено проспективне дослідження 770 студентів Запорізького державного медико-фармацевтичного університету (м. Запоріжжя, Україна), що навчались на різних курсах та факультетах закладу, серед яких для подальшого клініко-анамнестичного, клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження було відібрано 324 студентів. Загальну вибірку контингенту дослідження сформували 92 (28,4%) студенти першого курсу, 97 (29,9%) студентів – другого, 116 (35,8%) студентів – третього та 19 (5,9%) студентів – четвертого.

При формуванні контингенту дослідження було використано критерії включення та виключення.

Критерії включення:

- надання інформованої згоди на проходження дослідження;
- вік ≥ 16 років;
- отримання первинної вищої освіти;
- навчання на 1-4 курсах медичного університету.

Критерії виключення:

- відомості щодо психотичних епізодів в анамнезі;
- систематичний прийом психотропних медикаментів (призначених лікарем або самостійно);
- відомості щодо органічного ураження головного мозку травматичного, інфекційного або іншого генезу в анамнезі;
- наявність соматичної або неврологічної патології у стані декомпенсації.

У дослідженні використано наступні методи:

– клініко-анамнестичний, використовувався задля визначення анамнестичних даних, встановлення особливостей соціально-побутових умов та інших загальних характеристик сформованого контингенту та був реалізований шляхом анкетування та неструктурованого психодіагностичного інтерв'ю;

– психодіагностичний метод застосовувався для оцінки характеристик особистісного профілю обраного контингенту та визначення ефективності розробленого тренінгу – був реалізований за допомогою використання Фрайбурзького особистісного опитувальника (Freiburg Personality Inventory, FPI, за J. Fahrenberg та ін., 2001) [68] та Опитувальника «Самопочуття. Активність. Настрій» (САН, за М. Д. Вовканич, 2002) [5] відповідно. Психодіагностичні дослідження були проведені шляхом інтернет-анкетування.

Опитувальник FPI являє собою багатофакторний діагностичний інструмент, що сфокусовано на виявленні особистісних характеристик обстежених із фокусом на адаптаційні можливості індивіда – якнайкраще підходить для аналізу обраного контингенту. З метою оптимізації дослідження було використано коротку версію вказаного опитувальника, яка включає в себе 114 тверджень в рамках 12 субшкал. Перші дев'ять субшкал опитувальника вважаються базовими, а інші три – вторинними або допоміжними. Заповнюючи даний опитувальник обстежувана особа може погодитись або заперечити наведені твердження – можливі лише два варіанти відповіді: «так» або «ні». Перша субшкала опитувальника «Невротичність» характеризує вираженість неврастенічного компонента у особистісному реагуванні обстежуваної особи, що виражається у гіперсензитивності, схильності до емоційної лабільності, дисфоричних реакціях, відчутті стійкої втоми, схильності до соматоформних реакцій у вигляді вегетативних порушень та сенестопатичних проявів тощо.

Друга субшкала «Спонтанна агресія» характеризує наявність проблем із вольовим контролем, схильності до імпульсивних та інколи соціально неприйнятних вчинків за особистісними мотивами, низький рівень соціальної відповідальності та емпатичності тощо.

Третя субшкала «Депресивність» характеризує наявність дистимічний тип реагування, що передбачає зниження афективного фону, песимістичне сприйняття подій навколо, гіперболізація негативних наслідків та знецінення позитивних, зниження вольового компоненту, складнощі у прийнятті рішень, швидка втомлюваність, зануреність у власні переживання тощо.

Четверта субшкала «Роздратованість» характеризує наявність негавістичних рис особистості, що виражається у схильності до формування конфліктних ситуацій із зниженням вольового контролю та емоційною лабільністю, високим ризиком афективних реакцій із гетероагресивними проявами.

П'ята субшкала «Товариськість» виражає характер особистісного реагування обстежуваної особи у контексті взаємодії з іншими людьми: високі показники свідчать про екстравертованість, емоційність, легкість у роботі у команді (не на позиції лідера), схильність до підтримання широкого кола спілкування, відкритість (у деяких ситуаціях надмірну), довірливість, потребу у сторонній увазі; низькі показники навпаки свідчать про схильність до інтровертованості, усамітненості, небажання ділитися переживаннями із іншими, переживання емоційних реакцій без зовнішньої експресії.

Шоста субшкала «Врівноваженість» відображає адаптаційний потенціал обстежуваної особи: високі показники свідчать про відсутність внутрішніх конфліктів, задоволеність власним актуальним становищем, впевненість у собі, оптимістичний погляд на події тощо; низькі показники свідчать про низький поріг реагування на стресові ситуації та схильність до формування дезадаптивних станів.

Сьома субшкала «Реактивна агресивність» характеризує наявність психопатичних особистісних рис, так для осіб, що мають високі показники,

типовими є егоїстичність, неспроможність до емпатії, схильність до маніпулятивної поведінки, зневага до соціальних норм та правил, садистські тенденції; для особи з низькими показниками типовими є комформізм, нехтування власними переконаннями та інтересами заради інших, потреба у сторонньому авторитеті, безініціативність та анксіозне реагування.

Восьма субшкала «Сором'язливість» характеризує схильність обстежуваної особи до виявлення дезадаптивних реакцій, так, високі показники свідчать про готовність до тривожного або тривожно-депресивного реагування у відповідь на звичайні подразники низької інтенсивності, негативне ставлення до будь-яких змін, що виражається у відчутті скованості під час ситуацій, що вимагають швидкого вирішення, невпевненість у собі та, як результат, проблеми у міжособистісній взаємодії, у той час коли для осіб із низькими показниками типовими є надмірна рішучість та безґрунтова впевненість у власному виборі, схильність до ризикових вчинків та постійна потреба у отриманні нового досвіду.

Показник дев'ятої субшкали «Відкритість» відображає ставлення обстежуваної особи до власного оточення та до себе, так, для високих показників характерним є високий рівень критичності до себе у поєднанні з тенденцією до відкритих, відвертих та довірливих форм взаємодії з оточуючими; низькі показники навпаки свідчать про недовірливість до оточуючих та бажання продемонструвати себе з кращої сторони. Опосередковано високий показник за цією субшкалою вказує на те, що обстежувана особа відповідає на запитання опитувальника відверто, а низькі – навпаки.

Десята субшкала «Екстро/інтроверсія» надає додаткову характеристику особистісному реагуванню обстежуваної особи у призмі міжособистісної взаємодії: високі показники вказують на прагнення особи до перебування у компанії великої кількості людей, тенденцію до отримання задоволення від перебування у центрі уваги оточуючих, що не завжди може бути реалізована у соціально прийнятій манері; низькі показники вказують на тенденцію до

уникання уваги оточуючих, відчуття дискомфорту при перебуванні у компанії широкого кола людей, що поєднується із повагою до особистісних меж інших людей, сумлінному ставленні до роботи та навчання, незалежністю від думки оточуючих.

Одинадцята субшкала «Емоційна лабільність» надає додаткову характеристику афективній сфері реагування обстежуваної особи: високі показники вказують на емоційну нестабільність, що проявляється у частих змінах настрою та, відповідно, відношення до тих чи інших подій та явищ, що можуть бути спричинені незначними за своєю інтенсивністю подразниками, схильність до демонстративних реакцій; низькі показники свідчать про високий рівень емоційного контролю, прийняття рішень ґрунтуючись на раціональному компоненті, а не емоційному.

Дванадцята субшкала «Маскулінність/фемінність» надає додаткову характеристику типу особистісного реагування обстежуваної особи: високі показники відповідають поведінці за маскулінним типом, що передбачає прагматичне ставлення до подій та явищ, спроможність до швидких рішень з опорою на раціональні судження, відвертість та прямолінійність, низька схильність до рефлексії та дихотомічність мислення; низькі показники відповідають реагуванню за фемінним типом, що передбачає значний вплив емоційного компонента підчас формування ставлення до подій та явищ, труднощі у самостійному прийнятті рішень, схильність до рефлексії.

Обробка отриманих результатів відбувається у два етапи. Перший передбачає підрахунок «сирих» балів за кожною субшкалою окремо у діапазоні від 0 до 17 балів. На другому етапі відбувається переведення отриманих первинних балів у стандартизовані оцінки за дев'ятибальною системою. Інтерпретація отриманих результатів відбувається за кожним показником окремо: стандартизована оцінка у діапазоні між 1 та 3 балами вказує на низький показник, між 4 та 6 балами – посередній, а між 7 та 9 балами – високий. Оцінка за одинадцятою субшкалою «Емоційна

лабільність» має особливо важливе значення, оскільки за її показником можливо зробити висновок щодо достовірності отриманих відповідей.

Опитувальник САН розроблений для динамічної оцінки загального самопочуття, рівня активності та настрою обстежуваної особи під дією психоемоційних навантажень. Опитувальник виконаний у вигляді таблиці в якій наведено 30 пар характеристик, що виражають крайні варіанти їх вираженості. Підчас заповнення анкети опитувальника обстежувана особа визначає свій актуальний стан в рамках наведених континуумів характеристик та оцінює його за семибальною шкалою (від 1 до 7 балів). Оцінка отриманих результатів відбувається шляхом підрахунку суми балів за кожним з трьох показників окремо: «Самопочуття», «Активність» та «Настрій». Отримані бали за кожним з показників можуть варіювати від 10 до 70 балів: показник менше 30 свідчить про низьку оцінку (характерно для осіб у стані психоемоційного виснаження), від 30 до 50 – про посередню, а більше 50 – про високу (характерно для осіб після відпочинку / відпустки / канікул).

– клініко-психопатологічний метод застосовувався для дослідження інтенсивності та структурно-динамічних характеристик психопатологічних проявів в рамках станів ПВ та був реалізований шляхом використання трьох діагностичних інструментів: Опитувальника емоційного вигорання за методикою К. Масlach (Maslach Burnout Inventory, MBI, за С. Maslach та ін., 1997) [82], Симптоматичного опитувальника Леонарда Дерогатіса (Symptom Check List-90-Revised, SCL-90-R, за С. Дембіцьким та Ю. Середою, 2015) [12] та опитувальника для розрахунку Пітсбурзького індексу якості сну (Pittsburgh Sleep Quality Index, PSQI) (D. J. Buysse та ін., 1989) [98].

Опитувальник MBI призначений для визначення вираженості психосоціальної дезадаптації, що спричинена професійною (навчальною) діяльністю особи. Діагностичний інструмент включає в себе 22 твердження в рамках 3 шкал, кожна з яких відповідає одному компоненту ПВ: «Емоційне виснаження», «Деперсоналізація» та «Редукція особистісних досягнень».

Заповнюючи опитувальник обстежувана особа визначає міру своєї згоди із наведеними твердженням в рамках семибальної шкали, де найменший бал «0» відповідає варіанту відповіді «Ніколи», а найбільший «6» – «Кожен день».

Компонент «Емоційне виснаження» відображає рівень зниження загального життєвого тону, енергетичного потенціалу, що проявляється у швидкій психомоторній виснажливості, емоційній нестабільності, відчутті невдоволеності власним становищем (умовами навчання) та втраті зацікавленості у професійній (навчальній) діяльності. Оцінка за даним компонентом визначається за сумою балів 9 тверджень та максимум може сягати 54 бали. Сумарна оцінка у діапазоні між 0 та 15 балами за даним компонентом відповідає низькому рівню вираженості проявів, від 16 до 24 балів – середньому рівню, а від 25 балів і більше – високому.

Компонент «Деперсоналізація» відображає вираженість емоційної відстороненості від проваджуваної професійної (навчальної) діяльності, що виражається у цинічному та негативістичному ставленні до своєї обов'язків, використанні зневажливого професійного сленгу, саркастичного гумору та стигм. Деперсоналізаційні прояви в раках станів ПВ є відображенням деструктивного впливу професійної діяльності у площині міжособистісної взаємодії. Оцінка за даним компонентом визначається за сумою балів 5 тверджень та максимум може сягати 30 балів. Сумарна оцінка у діапазоні між 0 та 5 балами за даним компонентом відповідає низькому рівню вираженості проявів, від 6 до 10 балів – середньому рівню, а від 11 балів і більше – високому.

Компонент «Редукція особистих досягнень» характеризує рівень задоволеності робітника (студента) власними особистісними та професійними здобутками. Високі показники вказують на низьку оцінку власної компетентності, що виливається у втрату мотивації до подальшої діяльності, формування негативістичного відношення щодо професійних (навчальних) обов'язків, їх уникання та поєднується із соціальною

алієнацією. Оцінка за даним компонентом визначається за сумою балів 8 тверджень та максимум може сягати 48 балів. Сумарна оцінка у діапазоні від 37 балів і більше за даним компонентом відповідає низькому рівню вираженості проявів, від 31 до 36 балів – середньому рівню, а від 30 і менше – високому.

Симптоматичний опитувальник SCL-90-R був використаний для більш детального дослідження психопатологічної структури станів ПВ. Діагностичний інструмент включає в себе 90 тверджень в рамках 9 основних шкал та трьох додаткових індексів. Заповнюючи опитувальник обстежувана особа визначає міру своєї згоди із наведеними твердженням в рамках п'ятибальної шкали, де найменший бал «0» відповідає варіанту відповіді «Зовсім ні», а найбільший «4» – «Дуже сильно». Якщо середній показник за окремою шкалою перевищує значення 0,5 бали, це свідчить про клінічно значимий рівень вираженості психопатологічної симптоматики відповідного спектру.

Перша шкала – «Соматизація» (SOM) – відображає інтенсивність психопатологічних проявів соматоформного характеру: скарги на порушення функції кардіоваскулярної системи (біль в області серця, запаморочення, відчуття серцебиття тощо), гастроінтестинальної системи (диспепсичні прояви, нелокалізований біль у зонах проєкції органів травлення тощо), респіраторних органів (відчуття задишки, нехватки повітря тощо), нервової системи (крані- / цервікокраніалгії, міалгії та інші неспецифічні больові порушення у всьому тілі). Відсутність реального соматичного чи неврологічного субстрату вказаних проявів відносить їх у площину психічної патології.

Друга шкала – «Обсесивно-компульсивні прояви» (O-C) – присвячена виявленню та оцінці інтенсивності відповідної психопатологічної симптоматики в актуальній клінічній картині. Предметом аналізу в рамках даної шкали є нав'язливі думки, спогади або дії, що сприймаються обстежуваною особою як неприємні, неконтрольовані та непереборні.

Третя шкала – «Інтерперсональна чутливість» (INT) – визначає рівень актуальності переконань обстежуваної особи щодо власної неадекватності, обумовленою наявними психічними розладами. Предметом аналізу в рамках даної шкали є прояви самоприниження, що стають найбільш помітними в рамках міжособистісної взаємодії, коли через виключно песимістичні очікування від будь яких форм взаємодії з оточуючими виникають явища соціальної ізоляції. Показник за даною шкалою відображає міру стигматизації обстежуваної особи.

Четверта шкала – «Депресія» (DEP) – у своїй оцінці охоплює широкий спектр психопатологічних проявів депресивного спектру: дистимічні та дисфоричні прояви, апато-абулічна симптоматика, зниження моторного компонента, відчуття безнадії, ангедонія та суїцидальні тенденції.

П'ята шкала – «Тривога» (ANX) – присвячена оцінці усіх можливих проявів тривоги, у тому числі її когнітивного (відчуття небезпеки, страху із напливом панічних думок) та соматичного (відчуття напруги, тремор у тілі та інші соматичні еквіваленти тривоги) компонентів.

Шоста шкала – «Ворожість» (HOS) – присвячена оцінці думок та вчинків, що наповнені невиправданою агресією, відчуттям ненависті, розрахованістю, гнівливістю та обуренням.

Сьома шкала – «Фобічність» (PHOB) – присвячена виявленню та оцінці нав'язливих тривожних переживань, що мають монотематичне наповнення, стереотипні прояви у формі ірраціональних реакцій страху та пароксизмальні тривожних реакцій, що виникають за один і тих самих обставинах.

Восьма шкала – «Паранояльність» (PAR) – відображає наявність та інтенсивність специфічних форм порушень мислення із немотивованою ворожістю, прискіпливістю та недовірою до оточуючих, що ґрунтуються на системі паралогічних тверджень.

Дев'ята шкала – «Психотизм» (PSY) – присвячена виявленню та оцінці психотичних та парапсихотичних проявів у актуальній клінічній картині та сфокусована на виявленні психічних порушень у широкому спектрі від

проявів соціальної алієнтації до розгорнутою психотичної симптоматики із маячними ідеями та розладами сприйняття. Вказана шкала слугує додатковим індикатором сумлінності заповнення опитувальника обстежуваною особою та може допомогти виявити схильність до агравації.

Додатково розраховується загальний індекс дистресу (GSI) – інтегративний показник, що вказує на загальний рівень тяжкості актуального стану обстежуваної особи; для його визначення розраховується середнє арифметичне за усіма питаннями опитувальника.

Опитувальник для розрахунку Пітсбурзького індексу якості сну (PSQI) був використаний для визначення впливу станів ПВ на показники якості сну студентів протягом останнього місяця. Підчас заповнення бланку опитувальника обстежувана особа дає відповіді на запитання в раках окремих пунктів. В рамках першого пункту обстежувану особу просять вказати приблизну годину відходу до сну. Даючи відповідь на другий пункт опитувальника необхідно вказати середню тривалість часу, що є необхідним для засинання у хвилинах. Тертій пункт стосується просинання, досліджувану особу просять вказати середню годину просинання за останній місяць. В рамках четвертого пункту досліджувану особу просять вказати середню тривалість сну протягом досліджуваного періоду. П'ятий пункт присвячено аналізу представленості різних варіантів порушень сну: досліджуваній особі пропонується оцінити частоту тих чи інших порушень в рамках приведених підпунктів обираючи один із чотирьох варіантів відповіді («Жодного разу протягом останнього місяця», «Рідше, ніж один раз на тиждень», «Один чи два рази на тиждень» або «Три або більше разів на тиждень»). Зокрема визначається як часто обслуговувана особа не могла заснути протягом півгодини, прокидалась посеред ночі або рано в ранці, була вимушена вставати або скористатися вбиральнею, не могла вільно дихати, кашляла чи мала голосний храп, відчувала холод чи спеку, бачили кошмарні сновидіння, відчувала біль чи інші проблеми зі сном. В рамках шостого пункту обслуговуваній особі пропонується надати оцінку якості її сну

протягом останнього місяця, обираючи один із запропонованих варіантів відповіді («Дуже добрий», «Достатньо добрий», «Швидше поганий» або «Дуже поганий»). Відповідаючи на питання сьомого пункту респондент оцінює частоту прийому лікарських засобів зі снодійною дією, обираючи один із запропонованих варіантів відповіді: «Жодного разу протягом останнього місяця», «Рідше, ніж один раз на тиждень», «Один чи два рази на тиждень» або «Три або більше разів на тиждень». Серед аналогічних варіантів відповіді досліджувана особа обирає відповідаючи і на запитання наступного пункту, що стосується частоти відчуття втрати активності під час виконання повсякденних задач, як то керування авто, прийом їжі або спілкування з кимось. Дев'ятий пункт опитувальника присвячений визначенню того, на скільки складно було обстежуваній особі зберігати достатній рівень настрою для виконання своїх справ. Відповідаючи на це питання респондент обирає один з чотирьох запропонованих варіантів відповіді («Зовсім не складно», «Лише трохи складно», «Достатньо складно» або «Дуже складно»).

Наступні пункти бланку даного опитувальника присвячені оцінці якості сну з точки зору партнера або сусіда по кімнаті обстежуваної особи, зокрема визначається як часто протягом останнього тижня ця людина була свідком голосного храпу, тривалих періодів апное, пароксизмальних посмикувань ногами під час сну, епізодів дезорієнтації або якихось інших патологічних проявів у респондента. Відповідаючи на питання цього пункту обстежувана особа обирає один із чотирьох варіантів відповіді («Жодного разу протягом останнього місяця», «Рідше, ніж один раз на тиждень», «Один чи два рази на тиждень» або «Три або більше разів на тиждень»).

Аналіз отриманих результатів відбувається шляхом підрахунку балів за 7 компонентами окремо (суб'єктивна якість сну, латентність сну, тривалість сну, ефективність сну, порушення сну, використання снодійних та денна дисфункція) та сумарно. Оцінка за кожним із компонентів варіює від 0 до 3 балів, а сумарна оцінка (безпосередньо індекс) може сягати 21 балу – більший

бал свідчить про тяжкі порушення та нижчу якість сну. Загальноприйнятим пороговим значенням для індексу PSQI є 5 та більше балів.

В рамках проведеного дослідження, з метою більш коректного зіставлення сформованих груп, окремо було оцінено ряд кількісних показників порушень сну, зокрема поширеність таких явищ, як: засинання пізніше 23.00, тривалість сну менше 6 годин на добу, період засинання довший за півгодини, часті пробудження протягом ночі, часті кошмарні сновидіння, низька суб'єктивна оцінка якості сну, частий прийом снодійних препаратів, постійне зниження активності та настрою протягом дня.

– клініко-статистичний метод, використовувався для обробки отриманих в ході дослідження даних та оцінки їх достовірності. Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за допомогою програми «Statistica 13.0» («StatSoft», США, № ліцензії AXXR712D833214FAN5).

Нормальність розподілу оцінювали за допомогою тесту Shapiro-Wilk. Відмінність розподілу від нормального вирішено використанням непараметричних методів статистичного аналізу. Якісні («бальні») дані, отримані з використанням наведених діагностичних інструментів було трансформовано у якісні дані на основі наведених порогових значень. Достовірність відмінностей якісних ознак оцінювали з використанням критерію χ^2 Пірсона; у малих групах дослідження, для розрахунку достовірності відмінностей якісних ознак використовували також точний метод Фішера. Для всіх видів аналізу, відмінності ознак вважали вірогідними при значенні $p < 0,05$.

Дисертаційне дослідження було проведено у три етапи.

Попередній етап – передбачав формування мети та задач дослідження, підбір конгруентних методів, обрання контингенту дослідження, формування критеріїв включення та виключення, планування та організацію дослідження, розробку електронних форм бланків опитувальників.

Дослідницький етап – передбачав проведення психодіагностичних, клініко-психопатологічних досліджень, статистичну обробку отриманих

даних, їх аналіз, розробку типології станів ПВ та мотиваційного тренінгу їх корекції. На цьому етапі з 770 студентів було відібрано 324 особи, яких було розподілено на дві групи за критерієм наявності ПВ: на групу дослідження (ГД), що налічувала 175 студентів із ознаками ПВ, та групу контролю (ГК), що складалась з 149 студентів без ознак ПВ.

Корекційний етап – передбачав проведення корекційних заходів в рамках розробленого мотиваційного тренінгу та оцінку їх ефективності. В рамках цього етапу із ГД було сформовано три групи дослідження та три групи контролю. До першої групи дослідження (ГД1) було включено 24 студенти першого курсу, до другої (ГД2) – 28 студентів другого курсу, до третьої (ГД3) – 30 студентів третього курсу; а також три групи контролю: до першої групи (ГК1) було включено 20 студентів першого курсу, до другої (ГК2) – 20 студентів другого курсу, до третьої (ГК3) – 30 студентів третього курсу.

РОЗДІЛ 3

ПОШИРЕНІСТЬ ТА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА СТРУКТУРА СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Представленість станів ПВ у сформованого контингенту студентів було встановлено із допомогою Опитувальника емоційного вигорання за опитувальниками МВІ та SCL-90-R. Поєднання використання цих діагностичних інструментів надає можливість визначити наявність дезадаптивний станів, що пов'язані із професійною діяльністю / навчанням. Таким чином, стан ПВ був встановлений у 175 (54,0%) студентів, які мали середній (50 – 75 балів) або високий (> 76 балів) рівень емоційного вигорання та демонстрували перевищення порогового значення показнику загального дистресу ($GSI > 0,5$ балів). Вказаний контингент студентів був включений до ГД. Серед контингенту інших 149 (46,0%) студентів показники емоційного вигорання не сягали клінічного рівня, а загальний рівень дистресу перевищував зазначену межу лише у 18 (12,1%) випадках, що свідчить про відсутність зв'язку між наявними порушеннями у вказаних студентів та навчальним процесом. Із зазначеного контингенту студентів було сформовано ГК.

Більш детальний аналіз поширеності компонентів емоційного вигорання представлено у табл. 3.1.

Поширеність компоненту «Емоційне виснаження», що сягає клінічно значимого рівня, у студентів ГД сягала 164 (93,7%) випадки, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно менший ($p < 0,05$) та склав лише 43 (28,9%) випадки. Для студентів ГД були більш характерні астено-апатичні явища з почуттям байдужості до навчального процесу та його успішності, стійке відчуття виснаження навіть після тривалого відпочинка / сну,

тенденції до соціального відгородження та розчарування у майбутній професії.

Таблиця 3.1 – Компаративний аналіз поширеності середніх та високих показників компонентів емоційного вигорання у студентів ГД та ГК (за МВІ)

Компонент	ГД (n = 175)		ГК (n = 149)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Емоційне виснаження	164	93,7	43	28,9
Деперсоналізація	98	56,0	5	3,3
Редукція особистих досягнень	116	66,3	25	16,8

Представленість компоненту «Деперсоналізація», що сягає клінічно значимого рівня, у студентів ГД сягала 98 (56,0%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно менший ($p < 0,05$) та склав лише 5 (3,3%) випадків. Студенти ГД набагато частіше повідомляли про суб'єктивно неприємне відчуття власної психічної метаморфози, що виражалась у появі емоційного відчуження від близьких / одногрупників, редукції спроможності до емпатії та ворожості до оточуючих.

Поширеність компоненту «Редукція особистих досягнень», що сягає клінічно значимого рівня, у студентів ГД сягала 116 (66,3%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно менший ($p < 0,05$) та склав лише 25 (16,8%) випадків. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше виявляли проблеми у вирішенні конфліктних ситуацій, що пов'язані із іншими студентами та викладачами, зневіру у здійсненні власних планів пов'язаних із здобуттям професії, відсутність впевненості щодо важливості обраної професії, що частково пов'язано з браком позитивного підкріплення від попередньо пройдених етапів навчання та знаходить своє відображенні у знеціненні отриманих знань та навичок.

Детальний аналіз клініко-психопатологічного наповнення явища ПВ проведено із використанням SCL-90-R. Представленість психопатологічної

симптоматики різних спектрів, що сягає клінічно значимого рівня вираженості, у студентів ГД та ГК наведено у табл. 3.2 та рис. 3.1.

Таблиця 3.2 – Порівняння представленості психопатологічних провів у студентів ГД та ГК (за SCL-90-R)

Спектр	ГД (n = 175)		ГК (n = 149)	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%
Соматизація (SOM)	25	14,3	5	3,3
Обсесивно-компульсивні прояви (О-С)	47	26,8	8	5,4
Інтерперсональна чутливість (INT)	61	34,8	7	4,7
Депресія (DEP)	49	28,0	11	7,4
Тривога (ANX)	31	17,7	10	6,7
Ворожість (HOS)	45	25,7	8	5,4
Фобічність (PHOB)	22	12,6	6	4,0
Паранояльність (PAR)	12	6,8	7	4,7
Психотизм (PSY)	73	41,7	9	6,0
Загальний індекс дистресу (GSI)	175	100,0	18	12,1

Поширеність психопатологічних проявів спектру соматизації, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 25 (14,3%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 5 (3,3%) випадків. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше повідомляли про соматоформні порушення невідомої етіології, як то алгічні прояви різної локалізації та інтенсивності (у голові, грудній клітині, в області серця, спини, у різних групах м'язів тощо), відчуття слабкості в тілі, оніміння та тяжкості в кінцівках, задишку та відчуття кому в горлі.

Представленість психопатологічних проявів обсесивно-компульсивного спектру, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 47 (26,8%) випадку, у той час коли аналогічний

показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 8 (5,4%) випадків. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше повідомляли про наявність нав'язливих думок, пов'язаних із навчанням, сильний страх припуститися помилки та проблеми із концентрацією уваги та пам'яттю, що суттєво заважають.

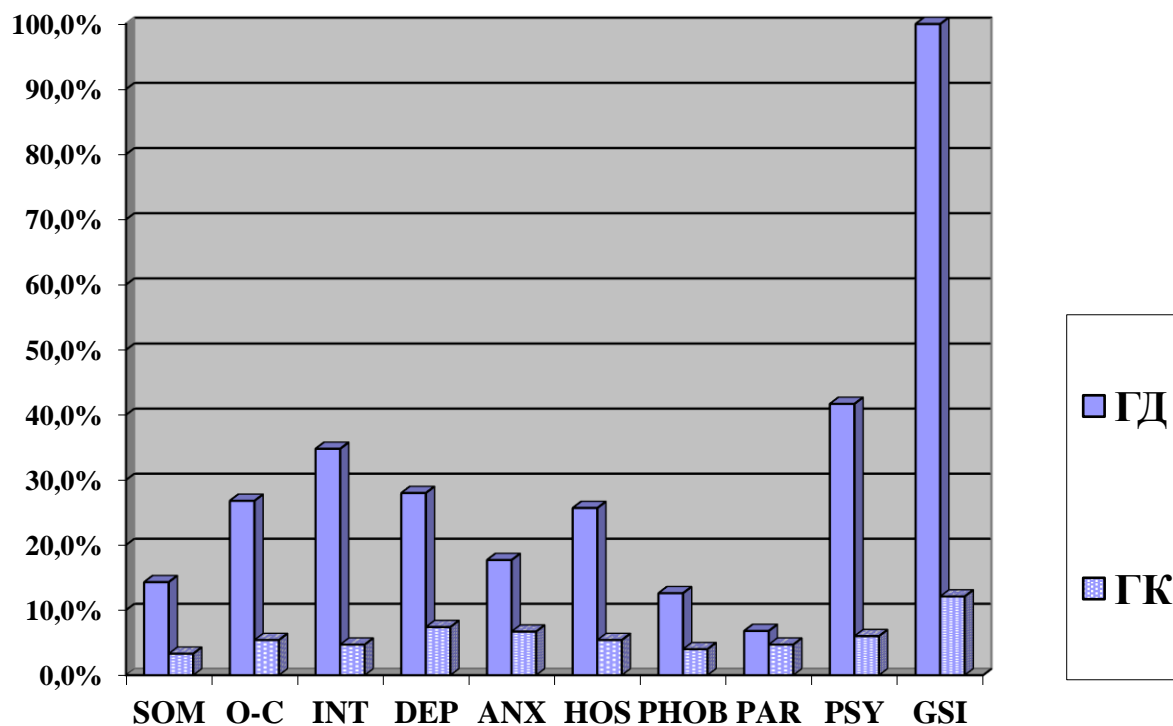


Рисунок 3.1 – Графічне зображення представленості психопатологічних провів у студентів ГД та ГК (за SCL-90-R).

Психопатологічні порушення, пов'язані із інтерперсональною чутливістю, сягали клінічно значимого рівня у 61 (34,8%) студента ГД, що статистично достовірно більше ніж у ГК, де аналогічний рівень вираженості даних проявів мали лише 7 (4,7%) студентів. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше повідомляли про відчуття невдоволення оточуючими та собою у спілкуванні з іншими людьми, надмірну сенситивність та конформізм.

Поширеність психопатологічних проявів депресивного спектру, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 49

(28,0%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 11 (7,4%) випадків. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше виявляли зниження загальних життєвих сил, сповільнення асоціативного процесу та пов'язане із цим зниження когнітивної продуктивності, зневіру у майбутнє, втрату розуміння мети подальшого навчання та звуження кола інтересів.

Представленість психопатологічних проявів тривожного спектру, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 31 (17,7%) випадку, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 10 (6,7%) випадків. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше демонстрували ірраціональні тривожні переживання та їх соматичні еквіваленти у формі тахікардії або тремору кінцівок, описані прояви пов'язані з усвідомленням марності подальшого навчання та страхом перед «дарма» витраченим часом.

Психопатологічні порушення, пов'язані із ворожістю до інших, сягали клінічно значимого рівня у 45 (25,7%) студента ГД, що статистично достовірно більше ніж у ГК, де аналогічний рівень вираженості даних проявів мали лише 8 (5,4%) студентів. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше ставали призвідниками конфліктних ситуацій із одногрупниками та викладачами, були менш спроможні до тримання афекту гніву, демонстрували імпульсивну поведінку.

Поширеність фобічних психопатологічних проявів, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 22 (12,6%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 6 (4,0%) випадків. Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше уникали ситуацій або місць, в яких вони відчувають дискомфорт та тривогу: зазвичай це місця, відвідування яких, на думку даної категорії студентів, пов'язане з ризиком для здоров'я (відділення клінічних лікарень, людні лекційні зали тощо).

Статистично значимих відмінностей між показниками поширеності психопатологічних проявів паранояльного спектру між сформованими групами виявлено не було ($p=0,4$): лише 12 (6,8%) студентів ГД та 7 (4,7%) студентів ГК виявляли дану ознаку. Клінічне наповнення вказаних феноменів у представників ГД було представлено негативізмом, звинуваченнями інших у власних проблемах та негараздах, недовірою до оточуючих, складнощами у розумінні переживань інших.

Психопатологічні порушення, пов'язані із проявами психотизму, сягали клінічно значимого рівня у 73 (41,7%) студентів ГД, що статистично достовірно ($p<0,05$) більше аніж у ГК, де аналогічний рівень вираженості даних проявів мали лише 9 (6,0%) студентів. Явища т.з. «психотизму» у студентів ГД вичерпувались відчуттям самотності, яке не залежало від того чи перебуває особа наодинці, чи у компанії близьких, крім цього мало місце суб'єктивно неприємне усвідомлення почуття відсутності щирої близькості з кимось (студенти повідомляли, що ніхто не може їх зрозуміти в повній мірі), також опитані студенти ГД частіше повідомляли про наявність відчуття, що з ними відбувається «щось недобре».

За результатами аналізу клініко-психопатологічної структури станів ПВ у студентів ГД було встановлено 5 варіантів найбільш поширених компіляцій психопатологічних феноменів різних спектрів.

Найбільшу представленість серед контингенту ГД мало поєднання психопатологічних симптомів депресивного та obsesивно-компульсивного спектрів: у 46 (28,3%) студентів вираженість цих показників сягала надпорогового рівня ($>0,5$ балів) та клінічно була представлена дихотомічним мисленням, перфекціонізмом, високими стандартами щодо себе та оточуючих, що виливалось у знецінення себе та власних досягнень, переконаннями щодо марності подальшого навчання.

Трохи меншого поширення серед представників сформованого контингенту набула компіляція проявів ворожості та психотизму: у 41 (23,4%) студента стан ПВ був виконаний негативізмом, конфронтаціями,

екстернальному типі реагування із звинуваченням оточуючих у власних негараздах та тенденцією до соціальної самоізоляції.

У 30 (17,1%) студентів ГД було виявлено поєднання надпорогових показників психотизму та проявів інтерперсональної чутливості, що клінічно було представлено станом ПВ із афектом роздратування на фоні зниження порогу чутливості до зовнішніх подразників із загальним невдоволенням рівнем соціальної комунікації із оточуючими та тенденцією до соціальної ізоляції.

У 29 (16,6%) студентів ГД було виявлено комбіляцію надпорогових (>0,5 балів) показників проявів інтерперсональної чутливості та тривоги, що клінічно було представлено широким спектром ірраціональних переживань, що тематично пов'язані з навчанням, тенденціями до уникаючих патернів поведінки, що поширюються на сферу міжособистісної взаємодії та набувають форми конформізму зі небажанням відстоювати власну точку зору та відчуттям фрустрації на фоні цього.

Також у 21 (12,0%) студента ГД було встановлено поєднання надпорогових (>0,5 балів) показників соматичної заклопотаності та фобічних проявів, що клінічно було представлено різними соматоформними порушеннями, що суб'єктивно сприймаються студентами як прояви тяжких соматичних захворювань, формуючи таким чином нав'язливі фобічні переживанням іпохондричного характеру.

Додатково було оцінено вплив станів ПВ на якість сну, з цією метою поведено порівняльний аналіз поширеність окремих показників у ГД та ГК згідно з опитувальником PSQI (табл. 3.3 та рис. 3.2).

Середній показник індексу PSQI у ГД склав $5,78 \pm 2,13$ балів, у той час коли аналогічних показник у ГК був значно меншим і становив $3,89 \pm 2,49$ балів. Було встановлено, що студенти ГД частіше мали проблеми із засинанням: 105 (48,0%) студентів цієї групи повідомили, що протягом останнього місяця не могли заснути протягом 30 хвилин, що значно більше ($p < 0,001$) у порівнянні із ГК, де про аналогічні проблеми повідомили лише 53 (33,6%) студенти.

Таблиця 3.3 – Поширеність компонентів порушення сну у студентів ГД та ГК (за PSQI)

Компонент	Група	ГД (n = 175)		ГК (n = 149)		хи- квадрат
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	
Пізнi засинання		144	82,3	123	82,6	0,95
Тривалість сну менше 6 годин		36	20,6	35	23,5	0,53
Тривалий період засинання		105	60,0	53	35,6	p<0,001*
Часті пробудження протягом ночі		84	48,0	50	33,6	0,008
Часті кошмарні сновидіння		69	39,4	35	23,5	0,002
Низька суб'єктивна оцінка якості сну		85	48,6	48	32,2	0,002
Частий прийом снодійних препаратів		11	6,3	6	4,0	0,36
Постійне зниження активності протягом дня		76	43,4	24	16,1	p<0,001
Зниження настрою протягом дня		113	64,6	48	32,2	p<0,001

*Примітка: сірим кольором помічено статистично достовірні розбіжності за досліджуваними ознаками на рівні p<0,05

Крім цього студенти ГД значно частіше (p=0,008) скаржились на часті пробудження протягом ночі – 84 (48,0%) студенти проти 50 (33,6%) студентів ГК. Для студентів ГД були також більш типові (p=0,002) часті нічні кошмари: 69 (39,4%) студентів цієї групи повідомили, що спостерігають неприємні сновидіння частіше аніж один або два рази на тиждень, у ГК про порушення сну, спричинене кошмарними сновидіннями, повідомили 35 (23,5%) студентів.

Студенти ГД частіше (p=0,002) надавали більш низьку суб'єктивну оцінку якості свого сну порівняно зі студентами ГК: 85 (48,6%) проти 48 (32,2%) студентів відповідно. Також студенти ГД набагато частіше (p<0,001) відчували зниження активності під час управління автомобіля, прийому їжі

або під час соціальної взаємодії, яке вони пов'язували із низькою якістю сну, порівняно із студентами ГК: 76 (43,4%) проти 24 (16,1%) студентів відповідно. Крім цього, статистично значимі ($p < 0,001$) відмінності були виявлені між ГД та ГК за показником відчуття зниженого настрою, що позначалось на продуктивності та було пов'язано із зниженням якості сну: 113 (64,6%) проти 48 (32,2%) студентів відповідно.

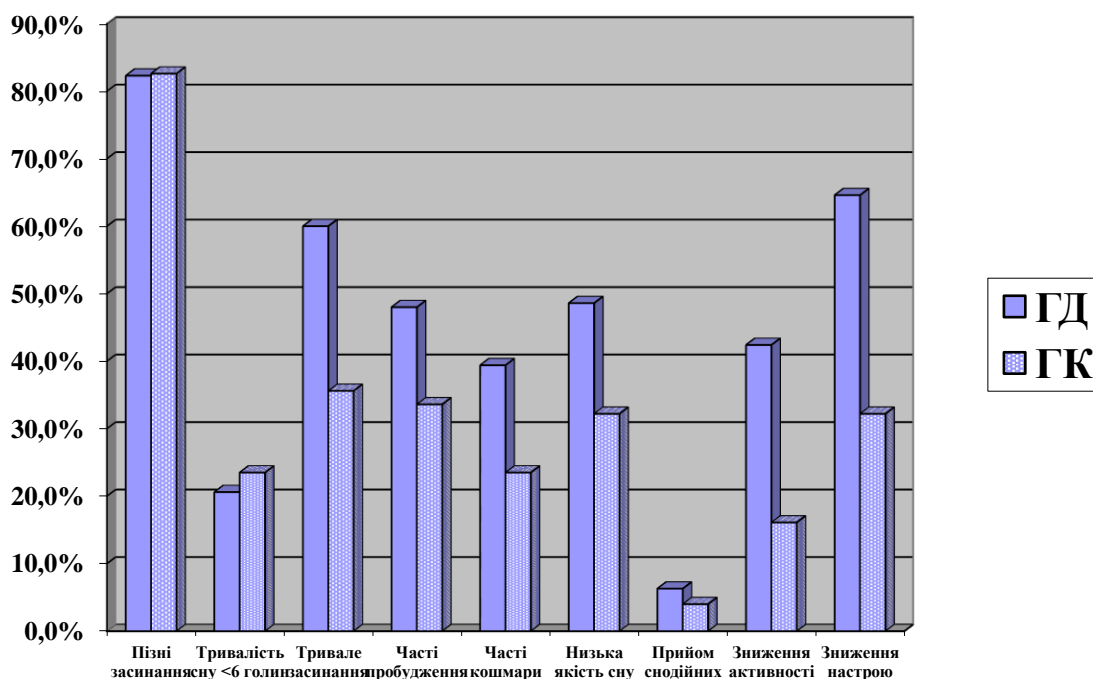


Рисунок 3.2 – Графічне зображення поширеності компонентів порушення сну у студентів ГД та ГК (за PSQI).

Не було виявлено статистично значимих відмінностей ($p = 0,95$) між сформованими групами за поширеністю такого прояву як пізнє засинання, абсолютна більшість студентів обох груп лягали спати пізніше 23:00: 144 (82,3%) студенти ГД та 123 (82,6%) студентів ГК. Не було також встановлено значимих ($p = 0,53$) відмінностей між сформованими групами за показником тривалості сну: лише 36 (20,6%) студентів ГД та 35 (23,5%) студентів ГК повідомляли про зниження загальної тривалості сну менше 6 годин на добу. Сформовані групи також не відрізнялися ($p = 0,36$) за показником частоти прийому сондійних препаратів: 11 (6,3%) студентів ГД та 6 (4,0%) студентів

ГК повідомили, що приймають лікарські засоби для сну частіше аніж один або декілька разів на тиждень.

Резюме

Представленість станів ПВ у сформованого контингенту студентів було встановлено із допомогою Опитувальника емоційного вигорання за опитувальниками МВІ та SCL-90-R. Поєднання використання цих діагностичних інструментів надає можливість визначити наявність дезадаптивний станів, що пов'язані із професійною діяльністю / навчанням. Таким чином, стан ПВ був встановлений у 175 (54,0%) студентів, які мали середній (50 – 75 балів) або високий (> 76 балів) рівень емоційного вигорання та демонстрували перевищення порогового значення показнику загального дистресу (GSI > 0,5 балів). Вказаний контингент студентів був включений до ГД. Серед контингенту інших 149 (46,0%) студентів показники емоційного вигорання не сягали клінічного рівня – із зазначеного контингенту було сформовано ГК.

Поширеність усіх компонентів ПВ, які сягають клінічно значимого рівня, у студентів ГД була достовірно більша за ГК. Клінічно вказана різниця виражалась у тому, що для студентів ГД були більш характерні астено-апатичні явища з почуттям байдужості до навчального процесу та його успішності, стійке відчуття виснаження навіть після тривалого відпочинка / сну, тенденції до соціального відгородження та розчарування у майбутній професії, суб'єктивно неприємне відчуття власної психічної метаморфози, що виражалась у появі емоційного відчуження від близьких / одногрупників, редукції спроможності до емпатії та ворожості до оточуючих, а також проблеми у вирішенні конфліктних ситуацій, що пов'язані із іншими студентами та викладачами, зневіру у здійсненні власних планів пов'язаних із здобуттям професії та відсутність впевненості щодо важливості обраної професії.

Детальний аналіз клініко-психопатологічного наповнення явища ПВ проведено із використанням SCL-90-R. Клінічно виявлена різниця між сформованими групами виражалась у тому, що студенти ГД частіше повідомляли про такі прояви як: соматоформні порушення невідомої етіології, як то алгічні прояви різної локалізації та інтенсивності, відчуття слабкості в тілі, оніміння та тяжкості в кінцівках, задишку та відчуття кому в горлі; нав'язливі думки, пов'язані із навчанням, сильний страх припуститися помилки та проблеми із концентрацією уваги та пам'яттю, що суттєво заважають; відчуття невдоволення оточуючими та собою у спілкуванні з іншими людьми, надмірну сенситивність та конформізм; зниження загальних життєвих сил, сповільнення асоціативного процесу та пов'язане із цим зниження когнітивної продуктивності, зневіру у майбутнє, втрату розуміння мети подальшого навчання та звуження кола інтересів; ірраціональні тривожні переживання та їх соматичні еквіваленти у формі тахікардії або тремору кінцівок, що пов'язані страхом перед «дарма» витраченим часом на навчання; конфліктні ситуації із одногрупниками та викладачами, нетримання афекту гніву та імпульсивна поведінка; униканні ситуацій або місць, в яких студенти ГД відчували дискомфорт та тривогу; негативізм, звинувачення інших у власних проблемах та негараздах, недовіра до оточуючих, складнощі у розумінні переживань інших; стійке відчуття самотності, суб'єктивно неприємне усвідомлення почуття відсутності щирої близькості з кимось наявність відчуття, що з ними відбувається «щось недобре».

За результатами аналізу клініко-психопатологічної структури станів ПВ у студентів ГД було встановлено 5 варіантів найбільш поширених компліацій психопатологічних феноменів різних спектрів: поєднання психопатологічних симптомів депресивного та obsesивно-компульсивного спектрів було виявлено у 46 (28,3%) студентів; компліація проявів ворожості та психотизму – у 41 (23,4%) студента; у 30 (17,1%) студентів було виявлено поєднання надпорогових показників психотизму та проявів

інтерперсональної чутливості; у 29 (16,6%) студентів було виявлено компіляцію надпорогових показників проявів інтерперсональної чутливості та тривоги; у 21 (12,0%) студента було встановлено поєднання надпорогових показників соматичної заклопотаності та фобічних проявів.

Додатково було оцінено вплив станів ПВ на якість сну. Так, встановлено, що студенти ГД частіше мали проблеми із засинанням: 105 (48,0%) студентів цієї групи повідомили, що протягом останнього місяця не могли заснути протягом 30 хвилин, що значно більше ($p < 0,001$) у порівнянні із ГК, де про аналогічні проблеми повідомили лише 53 (33,6%) студенти. Крім цього студенти ГД значно частіше ($p = 0,008$) скаржились на часті пробудження протягом ночі – 84 (48,0%) студенти проти 50 (33,6%) студентів ГК. Для студентів ГД були також більш типові ($p = 0,002$) часті нічні кошмари: 69 (39,4%) студентів цієї групи повідомили, що спостерігають неприємні сновидіння частіше ніж один або два рази на тиждень, у ГК про порушення сну, спричинене кошмарними сновидіннями, повідомили 35 (23,5%) студентів. Студенти ГД частіше ($p = 0,002$) надавали більш низьку суб'єктивну оцінку якості свого сну порівняно зі студентами ГК: 85 (48,6%) проти 48 (32,2%) студентів відповідно. Також студенти ГД набагато частіше ($p < 0,001$) відчували зниження активності під час управління автомобіля, прийому їжі або під час соціальної взаємодії, яке вони пов'язували із низькою якістю сну, порівняно із студентами ГК: 76 (43,4%) проти 24 (16,1%) студентів відповідно. Крім цього, статистично значимі ($p < 0,001$) відмінності були виявлені між ГД та ГК за показником відчуття зниженого настрою, що позначалось на продуктивності та було пов'язано із зниженням якості сну: 113 (64,6%) проти 48 (32,2%) студентів відповідно.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [16, 17, 20].

РОЗДІЛ 4

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

Шляхом дослідження анамнестичних особливостей в ГД та ГК було встановлено анамнестичні кореляти станів ПВ. Анамнестичні критерії були структуровані за походженням на дві групи: непов'язані та пов'язані з навчанням в університеті. У табл. 4.1 представлено порівняння анамнестичних критеріїв непов'язаних із навчанням у ГД та ГК.

Таблиця 4.1 – Порівняльний аналіз представленості анамнестичних корелятив у студентів ГД та ГК, що непов'язані із навчанням

Група критеріїв	Критерій	ГД (175 студентів)	ГК (149 студентів)	хи- квадрат
1	2	3	4	5
Вік (роки)	16-17	26 (14,9%)	33 (22,1%)	0,09
	18-19	112 (64,0%)	81 (54,4%)	0,078
	20-21	30 (17,1%)	28 (18,8%)	0,7
	22-23	7 (4,0%)	5 (3,4%)	0,76
	≥24	0	2 (1,3%)	0,124
Стать	чоловіча	41 (23,4%)	43 (28,9%)	0,266
	жіноча	134 (76,6%)	106 (71,1%)	

Продовження таблиці 4.1

1	2	3	4	5
Трудова діяльність у позанавчальний час (години/тиждень)	0 (не працює)	139 (79,4%)	122 (81,9%)	0,579
	1-20	22 (12,6%)	13 (8,7%)	0,266
	21-40	10 (5,7%)	13 (8,7%)	0,293
	41-60	3 (1,7%)	4 (2,7%)	0,549
Соціально-побутові умови	проживання із сім'єю	52 (29,7%)	47 (31,5%)	0,722
	проживання у гуртожитку університету	74 (42,3%)	59 (39,6%)	0,624
	самостійне проживання	22 (12,6%)	25 (16,8%)	0,284
	наявність романтичних відносин	82 (46,9%)	67 (45,0%)	0,734
Віросповідання	жодного (атеїзм)	55 (31,4%)	35 (23,5%)	0,112
	православне	110 (62,9%)	103 (69,1%)	0,236
	католицьке	4 (2,3%)	4 (2,7%)	0,818
	іслам	2 (1,1%)	3 (2,0%)	0,526
	інше	4 (2,3%)	4 (2,7%)	0,818
	активна участь у діяльності релігійної спільноти	13 (7,4%)	10 (6,7%)	0,803

Отримані дані засвідчують відсутність статистично значимих відмінностей між групами порівняння за усіма анамнестичними критеріями, що не пов'язані із навчанням в університеті, що свідчить про структурну однорідність ГД та ГК та підвищувати значущість розбіжностей, які будуть виявлені між цими групами у подальшому.

За віковою структурою сформовані групи є однорідними. Частка студентів у віці від 16 та 17 років у ГД склала 14,9%, у ГК 22,1% ($p=0,09$); у віці 18 та 19 років – 64,0% у ГД та 54,4% у ГК ($p=0,078$); у віці 20 та 21 рік – 17,1% у ГД та 18,8% у ГК ($p=0,7$); у віці 22 та 23 роки – 4% у ГД та 3,4% у ГК ($p=0,76$); осіб у віці 24 роки та старше не було представлено у ГД, у ГК їх частка склала 1,3% ($p=0,124$).

За гендерною структурою сформовані групи були також подібні: ГД складалась з 41 (23,4%) хлопця та 134 (76,6%) дівчат, а ГК з 43 (28,9%) хлопців та 106 (71,1%) дівчат ($p=0,266$).

Наявність трудової діяльності у позанавчальний час та її інтенсивність жодним чином не впливали ($p=0,579$) на виникнення станів психічного виснаження у студентів-медиків: частка студентів ГД та ГК, що не працювали, була досить високою та складала 79,4% та 81,9% відповідно. Кількість студентів ГД та ГК, що мали додаткову роботу, яка займала до 20 годин на тиждень, сягала 12,6% та 8,7% відповідно; від 21 до 40 годин на тиждень – 5,7% та 8,7% відповідно; більше 41 години на тиждень – 1,7% та 2,7% відповідно. Не зважаючи на високу інтенсивність навчального процесу, супутня трудова діяльність не погіршувала психічний стан студентів.

Визначено, що сформовані групи не відрізнялись і за показниками соціального-побутових умови життя, а саме: частка студентів ГД та ГК, які проживали із батьками на момент дослідження, сягала 26,7% та 31,5% відповідно ($p=0,722$); у гуртожитку університету проживало 42,3% та 39,6% відповідно ($p=0,624$); проживали самотійно 12,6% та 16,8% відповідно ($p=0,284$). Про наявність романтичних відносин повідомило 46,9% студентів ГД та 45,0% ГК ($p=0,734$). Встановлено відсутність залежності станів психічного виснаження у дослідженого контингенту студентів від соціально-побутових умов ($p>0,05$), що не відповідає деяким науковим дослідженням, які були присвячені даній темі, це пояснюється особливостями конкретного університету (опитані студенти взагалі оцінювали свої умови проживання як задовільні та високі) та тим, що підчас заповнення анамнестичних анкет,

обстежені студенти перебували на дистанційному навчанні у зв'язку із карантинними обмеженнями.

Звертає на себе увагу і відсутність залежності між станами психічного виснаження та групою релігійних факторів, як то конкретне віросповідання ($p > 0,05$) чи активна участь у діяльності якоїсь релігійної спільноти ($p = 0,803$). До атеїстів себе відносять 31,4% ГД та 23,5% ГК ($p = 0,112$); до православних християн – 62,9% та 69,1% відповідно ($p = 0,236$); до католиків 2,3% та 2,7% відповідно ($p = 0,818$); 1,1% студентів ГД та 2,7% студентів ГК були послідовниками ісламу ($p = 0,526$); 2,3% студентів ГД та 2,7% студентів ГК мали інші віросповідання; 7,4% студентів ГД та 6,7% ГК брали активну участь у діяльності релігійної організації або спільноти. Вказані закономірності свідчать про відсутність у досліджуваного контингенту студентів патерну подолання стресу шляхом використання релігійних вірувань та практик.

У табл. 4.2 представлено порівняння анамнестичних критеріїв пов'язаних із навчанням у ГД та ГК.

Таблиця 4.2 – Порівняльний аналіз представленості анамнестичних корелятивів у студентів ГД та ГК, що пов'язані із навчанням

Група критеріїв	Критерій	ГД (175 студентів)	ГК (149 студентів)	хи- квадрат
1	2	3	4	5
Курс	1й	44 (25,1%)	48 (32,2%)	0,159
	2й	48 (27,4%)	49 (32,9%)	0,285
	3й	75 (42,9%)	41 (27,5%)	0,004
	4-6й	8 (4,6%)	11 (7,4%)	0,283

Продовження таблиці 4.2

1	2	3	4	5
Спеціальність	Медицина	105 (60,0%)	90 (60,4%)	0,941
	Фармація	32 (18,3%)	23 (15,4%)	0,496
	Лабораторна діагностика	10 (5,7%)	7 (4,7%)	0,683
	Стоматологія	24 (13,7%)	21 (14,1%)	0,922
	Фізична терапія та ерготерапія	4 (2,3%)	8 (5,4%)	0,143
Академічна успішність	Високий середній бал (≥ 4)	107 (61,1%)	98 (65,8%)	0,389
	Пропуск занять з неповажних причин не частіше 1 раз в місяць	143 (81,7%)	134 (89,9%)	0,036
	Висока суб'єктивна оцінка власної академічної успішності	17 (9,7%)	27 (18,1%)	0,028

*Примітка: сірим кольором помічено статистично достовірні розбіжності за досліджуваними ознаками на рівні $p < 0,05$

Відповідно до отриманих даних виявлена статистично значуща відмінність ($p=0,004$) між групами порівняння за критерієм курсу навчання, так було встановлено, що частка студентів третього курсу у ГД значно превалює над ГК – 75 студентів (42,9%) проти 41 студента (27,5%) відповідно. При цьому частка студентів інших курсів у ГД та ГК суттєвих розбіжностей не мала: на першому році навчання у ГД було 44 (25,1%) студенти, у ГК – 48 (32,2%) студентів ($p=0,159$), на другому році навчання – 48 (27,4%) та 49 (32,9%) студентів відповідно ($p=0,285$), на більш старших

курсах – 8 (4,6%) та 11 (7,4%) студентів відповідно. Це пояснюється найвищим рівнем інтенсивності навчального процесу серед усіх досліджених курсів, що пов'язано із підготовкою більшості студентів до складання державних іспитів наприкінці саме третього курсу.

Жодного впливу на виникнення стану психічного виснаження у обстеженого контингенту студентів не мала і спеціальність, за якою вони навчалися у медичному університеті – не було виявлено відмінностей між показниками поширеності досліджуваних психічних феноменів серед студентів медичного (60,0% ГД та 60,4% ГК, $p=0,941$), стоматологічного (13,7% ГД та 14,1% ГК, $p=0,922$), фармацевтичного (18,3% ГД та 15,4% ГК, $p=0,496$) та інших факультетів.

Також, було встановлено, що студенти ГД частіше пропускали заняття з неповажної причини (81,7% ГД та 89,9% ГК, $p=0,036$) та надавали нижчу суб'єктивну оцінку власної академічної успішності (90,3% ГД та 81,9% ГК, $p=0,028$) аніж студенти ГК, не зважаючи на те, що статистично значимих відмінностей у показниках середнього балу між групами виявлено не було (61,1% ГД та 65,8% ГК, $p=0,389$). Отримані результати можуть свідчити про знецінення власного успіху студентами, як один із проявів ПВ.

Резюме

Встановлено анамнестичні кореляції станів ПВ шляхом дослідження анамнестичних особливостей в ГД та ГК. Анамнестичні критерії були структуровані за походженням на дві групи: непов'язані та пов'язані з навчанням в університеті.

Отримані дані засвідчують відсутність статистично значимих відмінностей між групами порівняння за усіма анамнестичними критеріями, що не пов'язані із навчанням в університеті, що свідчить про структурну однорідність ГД та ГК та підвищувати значущість розбіжностей, які будуть виявлені між цими групами у подальшому.

Наявність трудової діяльності у позанавчальний час та її інтенсивність жодним чином не впливають ($p=0,579$) на виникнення станів психічного виснаження у студентів-медиків. Не зважаючи на високу інтенсивність навчального процесу, супутня трудова діяльність не погіршує психічний стан студентів.

Відсутність залежності станів психічного виснаження у дослідженого контингенту студентів від соціально-побутових умов ($p>0,05$) не відповідає деяким науковим дослідженням, що були присвячені даній темі, це пояснюється особливостями конкретного університету (опитані студенти взагалі оцінювали свої умови проживання як задовільні та високі) та тим, що під час заповнення анамнестичних анкет, обстежені студенти перебували на дистанційному навчанні у зв'язку із карантинними обмеженнями.

Звертає на себе увагу і відсутність залежності між станами психічного виснаження та групою релігійних факторів, як то конкретне віросповідання ($p>0,05$) чи активна участь у діяльності якоїсь релігійної спільноти ($p=0,803$). Це свідчить про відсутність у досліджуваного контингенту студентів патерну подолання стресу шляхом використання релігійних вірувань та практик.

Відповідно до отриманих даних виявлена статистично значуща відмінність ($p=0,004$) між групами порівняння за критерієм курсу навчання, так було встановлено, що частка студентів третього курсу у ГД значно превалює над ГК – 75 студентів (42,9%) порівняно із 41 студентом (27,5%). Це пояснюється найвищим рівнем інтенсивності навчального процесу серед усіх досліджених курсів, що пов'язано із підготовкою більшості студентів до складання державних іспитів наприкінці саме третього курсу.

Жодного впливу на виникнення стану психічного виснаження у обстеженого контингенту студентів не мала і спеціальність, за якою вони навчалися у медичному університеті – не було виявлено відмінностей між показниками поширеності досліджуваних психічних феноменів серед студентів медичного ($p=0,941$), стоматологічного ($p=0,922$), фармацевтичного ($p=0,496$) та інших факультетів.

Також, було встановлено, що студенти ГД частіше пропускали заняття з неповажної причини ($p=0,036$) та надавали нижчу суб'єктивну оцінку власної академічної успішності ($p=0,028$) аніж студенти ГК, не зважаючи на те, що статистично значимих відмінностей у показниках середнього балу між групами виявлено не було ($p=0,389$). Отримані результати свідчать про тенденцію до знецінення власного успіху студентами ГД, як один із проявів ПВ.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [14, 101].

РОЗДІЛ 5

ХАРАКТЕРИСТИКИ ОСОБИСТІСНОГО ПРОФІЛЮ СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ ЗІ СТАНАМИ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ

Проведено аналіз особистісного профілю студентів ГД та ГК шляхом порівняння представленості предиспозиційних особистісних особливостей за субшкалами опитувальника FPI (табл. 5.1).

Таблиця 5.1 – Компаративний аналіз представленості особистісних рис у ГД та ГК (за показниками FPI)

№	Субшкали	ГД (n=175)	хі-квадрат	ГК (n=149)
I	Невротичність	142 (81,1%)*	<0,001	68 (45,6%)
II	Спонтанна агресія	85 (48,6%)	<0,001	37 (24,8%)
III	Депресивність	110 (62,8%)	<0,001	33 (18,9%)
IV	Роздратованість	114 (65,1%)	<0,001	55 (36,9%)
V	Товариськість	41 (23,4%)	<0,001	88 (59,1%)
VI	Врівноваженість	34 (19,4%)	<0,001	55 (36,9%)
VII	Реактивна агресивність	60 (34,3%)	0,005	30 (20,1%)
VIII	Сором'язливість	89 (50,9%)	<0,001	35 (23,5%)
IX	Відкритість	82 (46,9%)	<0,001	43 (28,9%)
X	Екстро/інтроверсія	24 (13,7%)	0,09	31 (20,8%)
XI	Емоційна лабільність	115 (65,7%)	<0,001	39 (26,2%)
XII	Маскулінність/фемінність	9 (5,1%)	0,06	16 (10,7%)

*Примітка: сірим кольором помічено статистично достовірні розбіжності за досліджуваними ознаками на рівні $p < 0,05$

Високі показники за субшкалою «Невротичність» були виявлені у 142 (81,1%) студентів ГД, що статистично достовірніше ($p < 0,001$) аніж у ГК,

де крайній ступінь виразності цієї ознаки мав місце лише у 68 (45,6%) студентів. Саме студенти ГД частіше повідомляли про наявність широкого спектру вегетативних порушень невротичного генезу у вигляді головного болю, відчуття запаморочення або нестачі кисню, гіпергідрозу та парестезій у кінцівках, що поєднувались із кардіофобічними переживаннями, зниженням апетиту та зниженням сенсорного порогу. Студенти повідомляли, що найчастіше зазначені стани виникали у момент високого психоемоційного навантаження,

Високі показники за субшкалою «Спонтанна агресія» також частіше виявлялась у студентів ГД – 85 (48,6%) студентів, що достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГК, де високий рівень вираженості цієї ознаки мали лише 37 (24,8%) студентів. Для студентів ГД більш характерними були низький рівень емпатії, негативістичний настрій, що призводило до частих конфліктних ситуацій із іншими студентами чи навіть викладачами, тенденції до аутодеструктивної поведінки. Крім того, студенти цієї групи частіше повідомляли про епізоди завдання немотивованої шкоди тваринам, що мали місце у їх житті.

Високі показники за субшкалою «Депресивність» продемонстрували 110 (62,8%) студентів ГД, що достовірно більше ($p < 0,001$) аніж ГК, де даний рівень вираженості цієї ознаки мали 33 (18,9%) студентів. Студенти ГД частіше аніж ГК демонстрували ознаки депресивного спектру, зокрема повідомляли про наявність думок самоприниження, стійкого пригнічення настрою, висловлювали невдоволення життям та зневіру у власних силах, крім того студенти цієї групи частіше виявляли труднощі у спілкуванні із своїми близькими через лабільність афективного фону, знецінення своєї ролі у цьому спілкуванні та відчуття браку розуміння з боку оточуючих.

Абсолютна більшість студентів ГД (114 (65,1%) студентів) мали високі показники за шкалою «Роздратованості», що статистично достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГК, де високий рівень вираженості даної ознаки мали 55 (36,9%) студентів. Для студентів ГД більш характерні експлозивні

емоційні реакції, що швидко згасають, – студенти цієї групи частіше повідомляли про епізоди завдання шкоди іншим, про які вони дуже сильно шкодують.

Статистично значущі розбіжності між сформованими групами також було виявлено за показником субшкали «Товариськість»; так, частка студентів ГК, що демонстрували високі показники за цим критерієм, статистично достовірно перевищувала аналогічну у ГД: 88 (59,1%) студентів та 41 (23,4%) студент відповідно. Для студентів ГД був менш характерний високий рівень соціалізації, екстровертваність емоційних реакцій у спілкуванні та відкритість до нових знайомств.

Високі показники за субшкалою «Врівноваженість» також частіше виявлялися у студентів ГК – її демонстрували 55 (36,9%) студентів цієї групи, що достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГД, де високий рівень вираженості цієї ознаки мали лише 34 (19,4%) студентів. Для студентів ГД також були менш типовими такі риси як альтруїзм, оптимізм, асертивність, впевненість у собі та високий поріг емоційного відгуку на зовнішні чинники.

Значна вираженість показників за субшкалою «Реактивна агресивність» була більш характерна для ГД – тут вона була верифікована у 60 (34,3%) студентів, що достовірно більше ($p = 0,005$) порівняно із ГК, де частка студентів, які демонстрували дану ознаку, сягала 20,1% (30 студентів). Студенти ГД частіше демонстрували схильність до ретенції афективних реакцій, виявляли недовіру до оточуючих, з легкістю йшли на відвертий конфлікт, у міжособистісних стосунках вони демонстрували тенденції до маніпулятивної поведінки.

Високі показники за субшкалою «Сором'язливість» були виявлені у 89 (50,9%) студентів ГД, представленість даного показника у цій групі достовірно більша ($p < 0,001$) аніж у ГК, де вона становила 23,5% (35 студентів). Саме студенти ГД частіше виявляли ознаки соціальної алієнації, інтровертованість та не впевненість у собі, вони уникали ситуацій, в рамках

яких вони були центрі уваги, та підтримували соціальні контакти із дуже вузьким колом людей.

Розподіл між групами дослідження за даними субшкали «Відкритість» мав аналогічний характер: частка студентів, що мали високий ступінь вираженості за даним критерієм, становила 46,9% (82 студенти) та 28,9% (43 студентів) у ГД та ГК відповідно. Відповіді студентів ГД були більш відверті порівняно із ГК, вони частіше виявляли ознаки самокритичності, схильність до рефлексії із фоном самоприниження, наприклад, повідомляли, що можуть використати брехню або поводити себе егоїстично для досягнення своєї мети, розцінюючи свої дії як суто негативні та відчуваючи сором за них. Високі показники відвертості серед студентів ГД свідчать про виснаження їх механізмів психологічного захисту.

За даними субшкали «Екстро/інтроверсія» статистично значущих відмінностей між групами дослідження виявлено не було, частка студентів з високими показниками за даною субшкалою, що відповідає екстравертованості, становила 13,7% (24 студенти) у ГД та 20,8% (31 студент) у ГК.

Високі показники за субшкалою «Емоційна лабільність» були виявлені у 115 (65,7%) студентів ГД, що статистично достовірно більше ($p < 0,001$), порівняно із ГК, де крайній ступінь виразності цієї ознаки мав місце лише у 39 (26,2%) студентів. Нестійкий емоційний фон також був більш типовим для студентів ГД, вони частіше повідомляли про епізоди немотивованої зміни настрою із гіпо/гіпербулічними проявами, стійке відчуття напруги та відрази до оточуючих.

За показниками субшкали «Маскулінність/фемінність» статистично значущих відмінностей між групами дослідження не було виявлено, частка студентів з високими показниками за даною ознакою, що відповідає маскулінному типу реагування, становила 5,1% (9 студентів) у ГД та 10,7% (16 студентів) у ГК.

Резюме

Встановлено характеристики особистісного профілю студентів-медиків зі станами ПВ шляхом порівняння представленості предиспозиційних особистісних особливостей за субшкалами опитувальника FPI. Високі показники за субшкалою «Невротичність» були виявлені у 142 (81,1%) студентів ГД, що статистично достовірно більше ($p < 0,001$) аніж у ГК, де крайній ступінь виразності цієї ознаки мав місце лише у 68 (45,6%) студентів.

Високі показники за субшкалою «Спонтанна агресія» також частіше виявлялась у студентів ГД – 85 (48,6%) студентів, що достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГК, де високий рівень вираженості цієї ознаки мали лише 37 (24,8%) студентів. Високі показники за субшкалою «Депресивність» продемонстрували 110 (62,8%) студентів ГД, що достовірно більше ($p < 0,001$) аніж ГК, де даний рівень вираженості цієї ознаки мали 33 (18,9%) студентів. Абсолютна більшість студентів ГД (114 (65,1%) студентів) мали високі показники за шкалою «Роздратованості», що статистично достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГК, де високий рівень вираженості даної ознаки мали 55 (36,9%) студентів. Статистично значущі розбіжності між сформованими групами також було виявлено за показником субшкали «Товариськість»; так, частка студентів ГК, що демонстрували високі показники за цим критерієм, статистично достовірно перевищувала аналогічну у ГД: 88 (59,1%) студентів та 41 (23,4%) студент відповідно. Високі показники за субшкалою «Врівноваженість» також частіше виявлялися у студентів ГК – її демонстрували 55 (36,9%) студентів цієї групи, що достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГД, де високий рівень вираженості цієї ознаки мали лише 34 (19,4%) студентів. Значна вираженість показників за субшкалою «Реактивна агресивність» була більш характерна для ГД – тут вона була верифікована у 60 (34,3%) студентів, що достовірно більше ($p = 0,005$) порівняно із ГК, де частка студентів, які демонстрували дану ознаку, сягала 20,1% (30 студентів). Високі показники за субшкалою «Сором'язливість» були виявлені у 89 (50,9%) студентів ГД, представленість даного показника

у цій групі достовірно більша ($p < 0,001$) аніж у ГК, де вона становила 23,5% (35 студентів). Розподіл між групами дослідження за даними субшкали «Відкритість» мав аналогічний характер: частка студентів, що мали високий ступінь вираженості за даним критерієм, становила 46,9% (82 студенти) та 28,9% (43 студентів) у ГД та ГК відповідно. Високі показники за субшкалою «Емоційна лабільність» були виявлені у 115 (65,7%) студентів ГД, що статистично достовірно більше ($p < 0,001$), порівняно із ГК, де крайній ступінь виразності цієї ознаки мав місце лише у 39 (26,2%) студентів.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [15, 22].

РОЗДІЛ 6

ТИПОЛОГІЯ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

За результатами проведеного клініко-психопатологічного аналізу станів ПВ у представників сформованого контингенту студентів-медиків було визначено декілька клінічних варіантів досліджуваного явища. Зокрема було виділено дезадаптивний, конфронтаційний, демотиваційний, гіперанксіозний та соматоформний варіанти стану ПВ. Для коректної оцінки структурно-динамічних характеристик станів ПВ контингент ГД був поділений на три групи за критерієм року навчання: 44 студенти-першокурсники були включені до першої групи (Г1), 48 студентів другого року навчання – до другої групи (Г2), 75 студентів третього курсу – до третьої групи (Г3). Дані контингенту студентів четвертого курсу не були враховані, через їх низьку представленість у ГД. Поширеність визначених варіантів між студентами різних років навчання представлено у табл. 6.1 та рис. 6.1.

Дезадаптивний варіант ПВ – для якого характерно виснаження психічного потенціалу, відчуженості від інших, тенденцією до соціальної алієнації, як результат, відчуття самотності, втрата розуміння сенсу навчання у навчальному закладі. Нозогенними факторами формування даного клінічного варіанту ПВ слід вважати зміну умов проживання, виснажливий ритм навчання, високі стандарти оцінки знань (у порівнянні із шкільним періодом навчання). Дезадаптивний варіант ПВ був характерним для студентів із низьким адаптаційним потенціалом, незрілістю механізмів психологічного захисту. Частіше за все зустрічався серед представників Г1 – 15 (31,1%) студентів, набагато рідше серед контингенту Г2 – 7 (14,6%) студентів, та Г3 – 8 (10,7%) студентів. Зазначена тенденція пояснюється тим, що вплив основних факторів формування даного варіанту ПВ поступово з часом зменшувався.

Таблиця 6.1 – Порівняння поширеності клінічних варіантів станів ПВ між контингентами студентів різних років навчання

Варіант ПВ	Г1 (n=44)	Г2 (n=48)	Г3 (n=75)	Г1		Г2
				Г2	Г3	Г3
Дезадаптивний	15 (31,1%)	7 (14,6%)	8 (10,7%)	0,03	0,002	0,52
Конфронтаційний	5 (11,4%)	16 (33,3%)	20 (26,7%)	0,01	0,04	0,43
Демотиваційний	7 (15,9%)	14 (29,2%)	25 (33,3%)	0,13	0,03	0,63
Гіперанксіозний	11 (25,0%)	3 (6,2%)	15 (20,0%)	0,01	0,52	0,04
Соматоформний	6 (13,6%)	8 (16,7%)	7 (9,3%)	0,68	0,47	0,23

*Примітка: сірим кольором помічено статистично достовірні розбіжності за досліджуваними ознаками на рівні $p < 0,05$

Для конфронтаційного варіанту ПВ характерні конфліктні ситуації у спільноті студентів або між студентами та викладачами, що спричинені міжособистісними непорозуміннями або невідповідністю між фактичним темпом навчального процесу та уявленню студента щодо цього, викликаними на цьому фоні стани фрустрації, що призводять до перенапруження психічних функцій та, як результат, їх виснаження. Конфліктні ситуації із викладачами не можуть бути вирішені студентами, через бідність арсеналу доступних їм методів подолання конфліктних ситуацій, в яких їх опонент знаходиться вище за рангом (в рамках системи міжособистісних відносин «учень → викладач»). Частіше за все зазначений варіант ПВ зустрічається серед представників Г2 та Г3 – 16 (33,3%) та 20 (26,7%) студентів відповідно, набагато рідше у Г1, де даний показник був статистично достовірно ($p < 0,05$) менший та сягав рівня 5 (11,4%) студентів.

Демотиваційний варіант ПВ – невдоволення отриманими результатами тривалого кропіткого навчання призводить до виснаження психічного потенціалу, знецінення досягнутих особистих результатів та втрати мотивації

продовжувати професійну освіту. Найчастіше даний варіант ПВ був виявлений у представників Г3 – 25 (33,3%) студентів, вони скаржились на відсутність суттєвого результату їх навчання, відсутність почуття сатисфакції від подолання усіх труднощів протягом перших років навчання в університеті. Частими тригерами формування даного варіанту ПВ у студентів були порівняння себе із однолітками. Частота виявлення даного клінічного варіанту ПВ у представників Г1 була найменшою та сягала 7 (15,9%) випадків, у Г2 даний варіант був діагностований у 14 (29,2%) студентів.

Гіперанксіозний варіант ПВ – високий рівень тривоги щодо навчального процесу, що зберігався протягом тривалого часу, призводив до психічного перенапруження та формування стійкого стану виснаження. Спектр тривожних переживань студентів різних груп відрізнялися: для студентів Г1, де представленість даного варіанта була виявлена на рівні 11 (25,0%) випадків, були більш типові переживання у центрі яких, окрім проблем освітнього характеру, велику частку займали питання соціальної взаємодії (тривога через спілкування із колегами по групі, викладачами, сусідами у гуртожитку тощо); для студентів Г2, де описаний варіант мав значно меншу представленість та сягав рівня 3 (6,2%) випадків, питання соціалізації були менш актуальними, через успішну адаптацію до їх нового мікросоціального середовища протягом першого року навчання, на перші план виходили тривожні переживання, пов'язані із навчанням та широким спектром особистих проблем; у Г3, де даний варіант ПВ був виявлений у 15 (20,0%) студентів, тривожні переживання, пов'язані з навчанням, були найсильнішими, що пояснюється різким підвищенням навчального навантаження, початком вивчення клінічних дисциплін та необхідністю підготовки до складання ліцензійного екзамену наприкінці року.

Соматоформний варіант ПВ – стани психічного виснаження, що виникають як результат дії постійно персистуючих стресових ситуацій під час навчання, наповнюються широким спектром скарг соматичного характеру («блукаючі» болі невизначеної етіології, головний біль, запаморочення або відчуття нестачі кисню, різні вегетативні прояви, гіпергідроз, парестезії тощо),

що зустрічались ізольовано або супроводжувались фобічними переживаннями іпохондричного характеру. Даний варіант ПВ мав однакову поширеність серед студентів трьох груп: 6 (13,6%) студентів Г1, 8 (16,7%) студентів Г2 та 7 (9,3%) студентів Г3. Не зважаючи на відсутність значимої різниці у представленості даного варіанту ПВ між студентами сформованих груп, його клінічне наповнення мало свої особливості серед представників Г3: наявні соматоформні прояви вони розцінювали як беззаперечні симптоми конкретних соматичних захворювань, у той час коли студенти інших двох груп такої іпохондричної фіксації на певних нозологічних формах не мали. Це пояснюється відносно низькою освіченістю більш юних студентів у питаннях клінічної медицини.

Графічне зображення поширеності виявлених клінічних варіантів станів ПВ у Г1, Г2 та Г3 представлено на рис. 6.1.

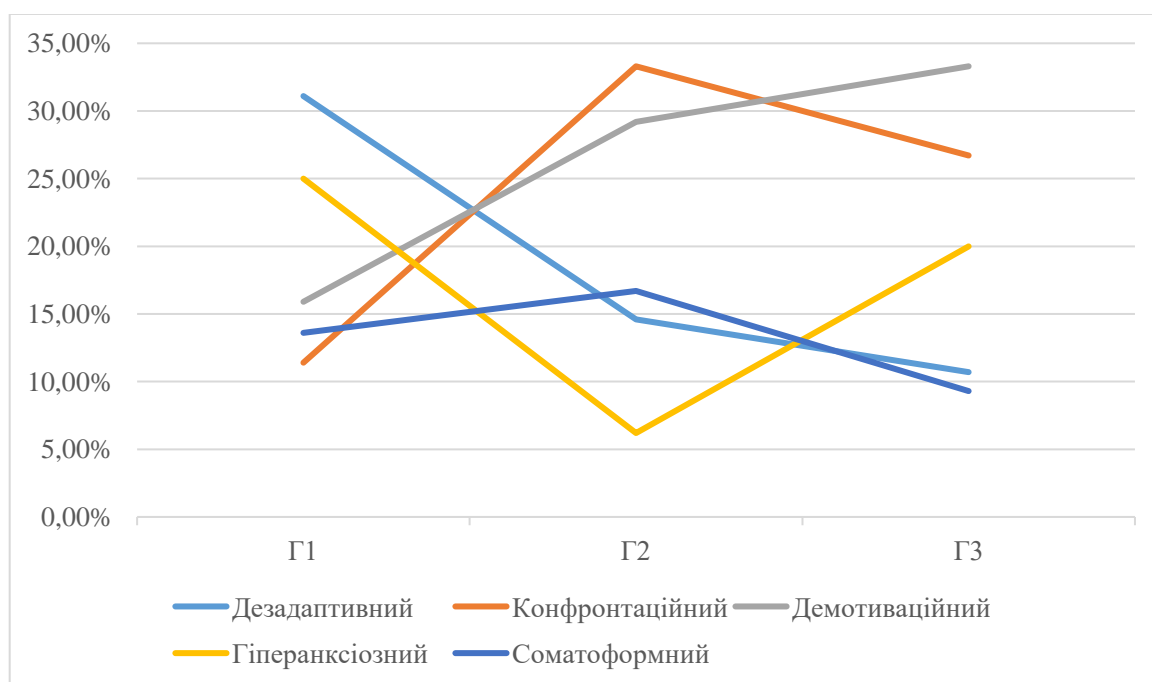


Рисунок 6.1 – Поширеність виявлених клінічних варіантів станів ПВ у Г1, Г2 та Г3.

Шляхом аналізу розподілу виявлених варіантів станів ПВ серед контингентів студентів різних років навчання можливо встановити структурно-динамічні особливості досліджуваних явищ. Так, поширеність дезадаптивного варіанту ПВ була найвищою серед контингенту студентів першого року навчання (Г1) та поступово знижувалась кожного року, що пояснюється

формуванню адаптивних механізмів реагування у студентської молоді протягом навчання на другому (Г2) та третьому (Г3) курсах.

Динаміка поширеності гіперанксіозного варіанту ПВ також мала свої особливості: найчастіше він виявлявся у студентів першого та третього років навчання, із значим зниженням представленості серед студентів другого року. Зазначений розподіл поширеності даного клінічного варіанту обумовлений поєднанням накоплення адаптаційного потенціалу студентами із значим зниженням кількості анксіогенних факторів саме на другому році навчання (вже звичні умови навчання, проживання та соціальне оточення, відсутність необхідності готуватись до ліцензійного іспиту наприкінці року тощо).

Демотиваційний клінічний варіант ПВ мав найменшу представленість серед студентів першого року навчання, поступово збільшуючи її протягом двох наступних років. Зазначена динаміка пояснюється почуттям відсутності суб'єктивно значимих результатів навчання, що закономірно збільшується з часом та охоплює більше студентів, за своєю поширеністю займаючи перше місце у структурі ПВ у студентів третього курсу.

Конфронтаційний варіант ПВ мав дуже низьку представленість серед студентів першого року навчання, значно збільшуючись протягом другого року та знову дещо знижуючись на третьому. Встановлена закономірність взаєморозподілу гіперанксіозного та конфронтаційного варіантів ПВ: із зниженням представленості першого відзначається пропорційне збільшення другого, що свідчить про стримуючу роль анксіогенних факторів у патогенезі конфронтаційного варіанту ПВ.

Соматоформний варіант ПВ мав відносно однакову представленість серед студентів усіх досліджених років навчання та був відображенням механізму особистісного захисту «втеча у хворобу», коли фокус уваги особи зміщується з зовнішніх проблем (у даному випадку пов'язаних із навчанням) на внутрішні (широкий спектр тілесних відчуттів, що сприймаються як симптоми соматичних захворювань).

Резюме

За результатами проведеного клініко-психопатологічного аналізу станів ПВ у представників сформованого контингенту студентів-медиків було визначено декілька клінічних варіантів досліджуваного явища. Зокрема було виділено дезадаптивний, конфронтаційний, демотиваційний, гіперанксіозний та соматоформний варіанти стану ПВ. Для коректної оцінки структурно-динамічних характеристик станів ПВ контингент ГД був поділений на три групи за критерієм року навчання: 44 студенти-першокурсники були включені до першої групи (Г1), 48 студентів другого року навчання – до другої групи (Г2), 75 студентів третього курсу – до третьої групи (Г3). Дані контингенту студентів четвертого курсу не були враховані, через їх низьку представленість у ГД.

Дезадаптивний варіант ПВ був характерним для студентів із низьким адаптаційним потенціалом, незрілістю механізмів психологічного захисту. Частіше за все зустрічався серед представників Г1 – 15 (31,1%) студентів, набагато рідше серед контингенту Г2 – 7 (14,6%) студентів, та Г3 – 8 (10,7%) студентів. Зазначена тенденція пояснюється тим, що вплив основних факторів формування даного варіанту ПВ поступово з часом зменшувався.

Для конфронтаційного варіанту ПВ характерні конфліктні ситуації у спільноті студентів або між студентами та викладачами. Частіше за все зазначений варіант ПВ зустрічається серед представників Г2 та Г3 – 16 (33,3%) та 20 (26,7%) студентів відповідно, набагато рідше у Г1, де даний показник був статистично достовірно ($p < 0,05$) менший та сягав рівня 5 (11,4%) студентів.

Демотиваційний варіант ПВ – наповнений невдоволенням отриманими результатами тривалого кропіткого навчання, що призводить до виснаження психічного потенціалу – частіше був виявлений у студентів Г3 – 25 (33,3%) студентів, вони скаржились на відсутність суттєвого результату їх навчання, відсутність почуття сатисфакції від подолання усіх труднощів протягом перших років навчання в університеті; у студентів Г1 була найменшою та сягала 7 (15,9%) випадків, у Г2 даний варіант був діагностований у 14 (29,2%) студентів.

Гіперанксіозний варіант ПВ – наповнений високим рівнем тривоги щодо навчального процесу, що призводив до психічного перенапруження та формування стійкого стану виснаження. Представленість даного варіанта у Г1 була виявлена на рівні 11 (25,0%) випадків; для студентів Г2, де описаний варіант мав значно меншу представленість та сягав рівня 3 (6,2%) випадків; у Г3 даний варіант ПВ був виявлений у 15 (20,0%) студентів.

Соматоформний варіант ПВ – виконаний станами виснаження, що виникають як результат дії постійно персистуючих стресових ситуацій під час навчання, наповненими широким спектром скарг соматичного характеру. Даний варіант ПВ мав однакову поширеність серед студентів трьох груп: 6 (13,6%) студентів Г1, 8 (16,7%) студентів Г2 та 7 (9,3%) студентів Г3.

Шляхом аналізу розподілу виявлених варіантів станів ПВ серед контингентів студентів різних років навчання визначено структурно-динамічні особливості досліджуваних явищ. Так, поширеність дезадаптивного варіанту ПВ була найвищою серед контингенту студентів першого року навчання та поступово знижувалась кожного року, гіперанксіозний варіант найчастіше виявлявся у студентів першого та третього років навчання, значно менше у студентів другого року, демотиваційний варіант мав найменшу представленість серед студентів першого року навчання, поступово збільшуючи її протягом двох наступних років, конфронтаційний варіант мав дуже низьку представленість серед студентів першого року навчання, значно збільшуючись протягом другого року та знову дещо знижуючись на третьому, а соматоформний варіант ПВ мав відносно однакову представленість серед студентів усіх досліджених курсів.

Також було встановлено, що патогенез виявлених варіантів ПВ знаходить своє відображення у їх клінічному наповненні та тісно пов'язаний із особистісними характеристиками студентів.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [19, 21].

РОЗДІЛ 7

ПРОФЕСІЙНО-МОТИВАЦІЙНИЙ ТРЕНІНГ КОРЕКЦІЇ СТАНІВ ПСИХІЧНОГО ВИСНАЖЕННЯ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

На основі проведеного клініко-анамнестичного, психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження явища ПВ на контингенті студентів-медиків було розроблено процедуру і психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції зазначених станів, що базується на принципах екзистенціальної психотерапії. Розроблений тренінг передбачає підбір конгруентних методів психотерапевтичного впливу в залежності від типу виявленого варіанту стану ПВ.

Так, підчас психотерапевтичної роботи зі студентами, що мали дезадаптивний варіант ПВ, була використана комбінація методів, зокрема: раціоналізації та апелювання до адаптаційних форм поведінки, що мали місце підчас навчання студента у школі, – робота в рамках цього методу велася у сфері пошуку тих рис особистості студента, що дозволяла йому уникати формування станів ПВ під дією стресових ситуацій підчас навчання у середній школі або медичному коледжі. Наприклад, студентам, що мали схильність до лідерських якостей, знаходили себе в організації дозвілля своїх однокласників, пропонувалось взяти на себе обов'язки старости групи або його помічника, влаштувати розважальний захід чи прийняти участь в роботі якогось наукового товариства. Студентам, що займалися спортивними дисциплінами, пропонувалось продовжувати свою діяльність в рамках спортивних команд університету, приймати участь у локальних спортивних заходах. Стаючи учасником невеликої соціальної групи чи навіть формуючи її (колективу студентів академічної групи, молодих науковців, спортивної команди тощо), студенти, що мали ПВ, на прикладі інших студентів отримували розуміння, що їх рівень стресу є цілком нормальний, кожен студент проходить подібні

переживання, що вони не самотні у цьому стані. Залучення до соціальної роботи дає можливість відволіктися від навчального процесу не погіршуючи його якість, та навпаки, покращуючи. Завдання спеціаліста під час роботи із студентами, що мають дезадаптивний варіант ПВ, полягала у виявленні адаптивних патернів поведінки кожного окремого студента та допомозі у їх ремодельованні, підлатуванні під умови навчання у вищому навчальному закладі.

Психотерапевтична робота із студентами, що мали конфронтаційний варіант ПВ, була пов'язана із труднощами подолання терапевтичного бар'єру, що був виконаний із негативізму, як складової даного варіанту досліджуваного явища. Для подолання даної перепони надзвичайно важливим було формування сприятливих терапевтичних відносин із першого контакту спеціаліста зі студентом. З цією метою під час перших зустрічей терапевт відкрито демонстрував студентам із даним варіантом ПВ, що у конфлікті, через який сформувався цей стан, він займає якщо не проучнівську, то нейтральну позицію. Після формування комлаєнтних терапевтичних відносин, відбувався аналіз суті конфлікту, в рамках якого терапевт починав вести «Сократівський діалог» зі студентом, головний вектор якого можна відобразити у запитанні «Що ти можеш з цим зробити?». Наприклад, студентам, що були невдоволені системою навчання в університеті, висловлювали думки про даремність прослуховування лекцій та відвідування окремих практичних занять, через, на їх думку, низьку якість матеріалу, що там надавався, в ході терапевтичної дискусії пропонувалось підготувати доповідь або презентацію в рамках теми якогось окремого практичного заняття, таким чином на деякий час змінити свою роль «студента» на «викладача», своїм прикладом продемонструвати як саме повинен бути поданий навчальний матеріал.

У терапевтичній роботі зі студентами, що мали демотиваційний варіант ПВ, використовувалися методи раціоналізації їх переживань та дереклексії із реструктуризацією мети. Наприклад, якщо студент третього курсу висловлював переконання у даремності продовження навчання у медичному університеті або відчував недосяжність тої мети, що привела його до здобуття цієї освіти,

терапевт наголошував на тому, що найважчу частину шляху по отриманню освіти вже подолано, нагадував студенту його первинну мету, що мотивувала його до здобуття освіти лікаря, та пропонував провести її реструктуризацію: поділити первинну мету (наприклад, стати успішним лікарем оміряної спеціальності) на велику кількість вторинних, послідовних, більш досяжних завдань (наприклад, позбутися академічної заборгованості, закінчити поточний курс, здати вихідні або ліцензійні іспити тощо). Такий поділ на менші завдання дозволяв змістити фокус уваги з «великої» мети, що у сприйнятті студента у стані ПВ є цілком недосяжною, на менші задачі, що цілком йому під силу. Крім цього паралельно відбувалась трансформація завищених очікувань від себе, що виражалось у формуванні свідомо нереалістичної мети. Таким чином нівелювались явища фрустрації через усвідомлення неможливості її досягнення.

Для подолання гіперанксіозного варіанту ПВ у терапевтичній роботі використовувалось поєднання методів парадоксальної інтенції та дерефлексії. Сутність застосування першого прийому на контингенті студентів-медиків полягала у пропозиції досліджуваним сформулювати навичку самостійно викликати тривогу надзвичайно високої інтенсивності не очікуючи зовнішніх тригерів, наприклад безпосередньо перед початком іспиту (чи інших суб'єктивно значимих анксіогенного подій) або, найкраще, в умовах, які максимально віддалені від тривожних. Ця навичка надавала змогу студентам відчувати, що тривога може бути їм підвладна та зовсім не залежати від зовнішніх обставин, що, у свою чергу, знижує її загальний вплив психічні функції та ліквідує патологічний субстрат формування стану ПВ. Застосування дерефлексії у роботі зі студентами, що мали гіперанксіозний варіант ПВ, надавало можливість знизити рівень тривоги у студентів щодо різних аспектів навчання. Наприклад, студента, що мав виснажливий рівень тривоги через іспити з якоїсь окремої дисципліни, просили оцінити зв'язок між рівнем його знань з цього предмету та вірогідною досягнення поставленої мети.

У терапевтичній роботі зі студентами, що мали соматоформним варіант ПВ, були використані методи раціоналізації та парадоксальної інтенції. Сутність

використаних прийомів в рамках супроводу студентів із переважанням соматоформних проявів у клінічній картині станів ПВ первинно полягала у поясненні психогенної природи вказаних проявів, формування стійкого переконання щодо відсутності об'єктивного субстрату висловлюваних скарг та підтримці високого рівня мотивації для продовження виконання повсякденних учбових задач не дивлячись на вказані прояви. Окремо було розширено уявлення студентів щодо можливих соматичних еквівалентів тривоги, варіантів унікаючої поведінки та особливостей перебігу іпохондричних розладів. Вторинно терапевтична робота із даним контингентом студентів полягала у здобутті навички викликати ті чи інші соматоформні відчуття у тілі поза межами стресових ситуацій, це дозволило студентам здобути позитивний терапевтичний досвід, що ставав об'єктивним підтвердженням психогенної природи вказаних відчуттів та ставав елементом позитивного підкріплення до продовження продуктивного навчання надалі.

Психотерапевтична робота в рамках розробленого тренінгу корекції станів ПВ у студентів-медиків проводилась у вигляді лекцій-семінарів із сформованими групами студентів чисельністю до 10 осіб, так і в індивідуальному форматі. Середня кількість терапевтичних зустрічей була на рівні $8,46 \pm 2,35$. З метою виявлення ефективності розробленого тренінгу із загального контингенту студентів, що виявляли ознаки ПВ, було сформовано три групи дослідження та три групи контролю. До першої групи дослідження (ГД1) було включено 24 студенти першого курсу, до другої (ГД2) – 28 студентів другого курсу, до третьої (ГД3) – 30 студентів третього курсу. Також було сформовано три групи контролю: до першої групи (ГК1) було включено 20 студентів першого курсу, до другої (ГК2) – 20 студентів другого курсу, до третьої (ГК3) – 30 студентів третього курсу. Оцінка ефективності розробленого тренінгу відбувалась наприкінці навчального року та здійснювалась за допомогою опитувальників МВІ та САН. Порівняння показників емоційного вигорання у студентів сформованих груп представлено у табл. 7.1 та рис. 7.1.

Таблиця 7.1 – Компаративний аналіз поширеності середніх та високих показників компонентів емоційного вигорання у студентів ГД1, ГД2, ГД3, ГК1, ГК2 та ГК3 (за МВІ)

Компонент \ Група	1 курс		2 курс			3 курс			
	ГД1 (n=24)	р	ГК1 (n=20)	ГД2 (n=28)	р	ГК2 (n=20)	ГД3 (n=30)	р	ГК3 (n=30)
Емоційна виснаженість	6	0,003	14	10	0,002	16	15	<0,001	28
Деперсоналізація	7	0,04*	12	7	0,005	13	15	0,11	21
Редукція особистих досягнень	5	0,29	7	6	0,16	8	7	0,03	15

*Примітка: сірим кольором відмічені статистично значимі розбіжності між досліджуваними явищами на рівні $p < 0,05$

За результатами проведеного порівняння показників емоційного вигорання серед сформованих груп, як компоненту станів ПВ, було встановлено, що студенти першого курсу, які пройшли курс психотерапевтичного супроводу в рамках розробленого тренінгу, набагато рідше виявляли ознаки в рамках компонентів «Емоційне виснаження» та «Деперсоналізація» у порівнянні із їх однолітками, що такого супроводу не отримували.

Не зважаючи на відсутність статистично значимої різниці у рівні поширення значної вираженості проявів в рамках компоненту «Редукція особистих досягнень» між ГД1 та ГК1, для перших студентів був більш характерний середній рівень вираженості даної ознаки, на відміну від ГК1, де превалювали її високі показники. Аналогічна тенденція зберігалась і у студентів другого курсу, що були включені у ГД2 та ГК2.

Трохи відрізнялись отримані результати при порівнянні показників студентів третього курсу: на фоні значної редукції вираженості емоційного виснаження спостерігались статистично значимі нівелювання показників редукції особистісних досягнень та відсутність різниці за компонентом «Деперсоналізація», що пояснюється особливостями станів ПВ, що

представлені серед студентів саме цього курсу та комплексом психотерапевтичних заходів, що був відповідно до цього застосований.

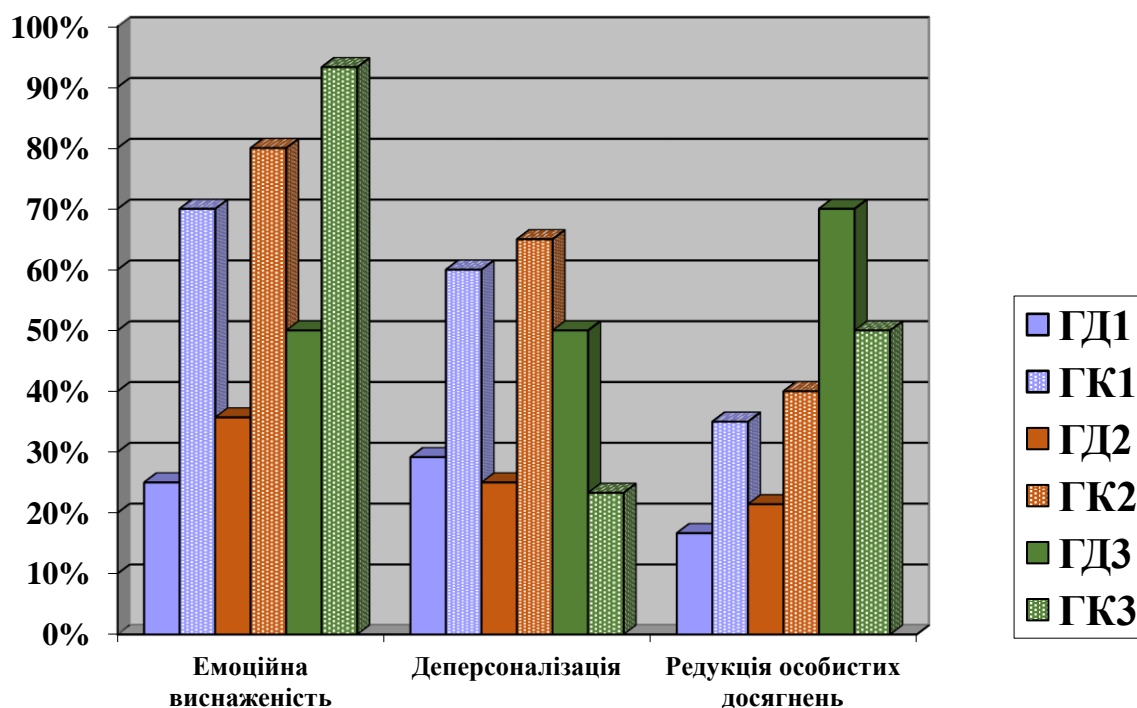


Рисунок 7.1 – Графічне зображення поширеності середніх та високих показників компонентів емоційного вигорання у студентів ГД1, ГД2, ГД3, ГК1, ГК2 та ГК3 (за МВІ).

Порівняння суб'єктивних показників самопочуття, активності та настрою у студентів сформованих груп представлено у табл. 7.2. та рис. 7.2.

Таблиця 7.2 – Компаративний аналіз поширеності низьких та дуже низьких показників суб'єктивного самопочуття у студентів ГД1, ГД2, ГД3, ГК1, ГК2 та ГК3 (за САН)

Показник \ Група	1 курс			2 курс			3 курс		
	ГД1 (n=24)	p	ГК1 (n=20)	ГД2 (n=28)	p	ГК2 (n=20)	ГД3 (n=30)	p	ГК3 (n=30)
Самопочуття	8	0,02*	14	6	0,006	12	6	0,03	14
Активність	7	0,04	12	9	0,11	11	7	0,03	15
Настрій	5	0,16	8	4	0,18	6	5	0,02	13

*Примітка: сірим кольором відмічені статистично значимі розбіжності між досліджуваними явищами на рівні $p < 0,05$

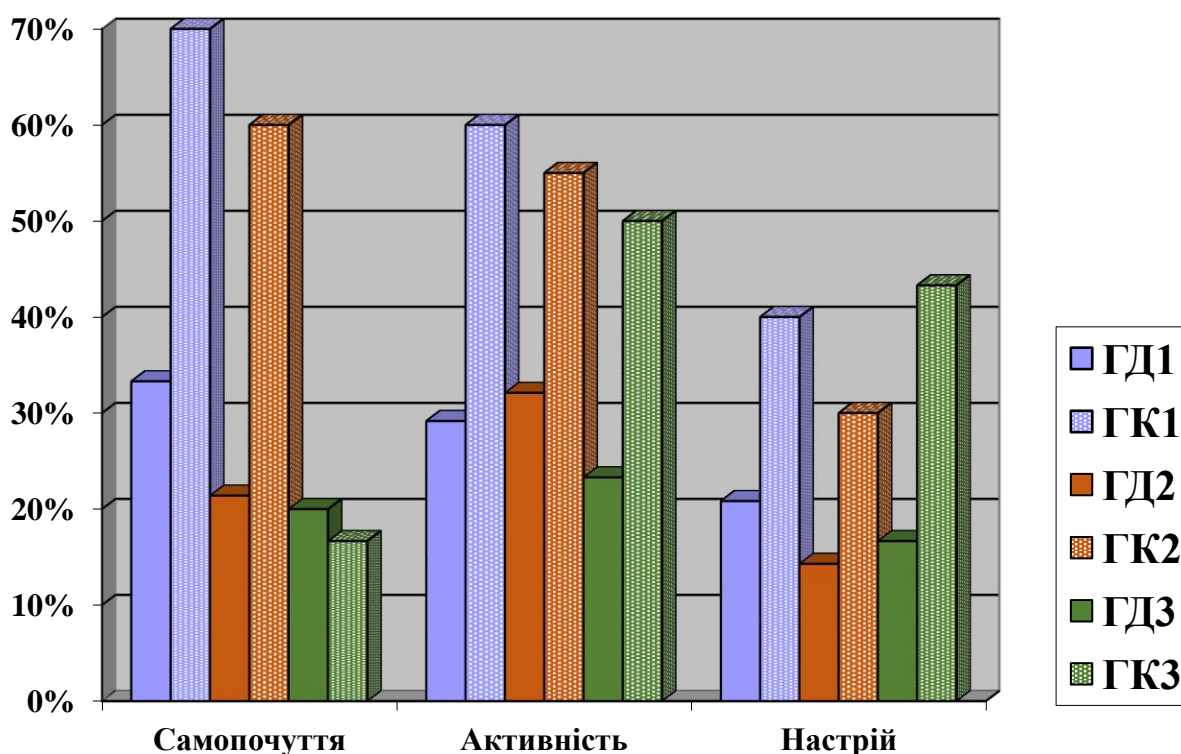


Рисунок 7.2 – Графічне зображення поширеності низьких та дуже низьких показників суб'єктивного самопочуття у студентів ГД1, ГД2, ГД3, ГК1, ГК2 та ГК3 (за САН).

За результатами проведеного порівняння показників суб'єктивного самопочуття серед сформованих груп, як компоненту станів ПВ, було встановлено, що студенти першого курсу, які пройшли курс психотерапевтичного супроводу в рамках розробленого тренінгу, набагато рідше повідомляли про погане самопочуття та мали значно вищий рівень активності у порівнянні зі студентами, що такий супровід не отримували. Студенти другого курсу, що також отримували психотерапевтичні втручання в рамках розробленого тренінгу, набагато рідше повідомляли про проблеми із самопочуттям у порівнянні із контрольною групою їх однолітків. Найбільш суттєва різниця була виявлена між отриманими результатами ГД3 та ГК3, так суттєві покращення були виявлені за показниками загального самопочуття, рівню активності та настрою серед студентів третього курсу навчання, що

отримували вказаний терапевтичний супровід, це можна пояснити найбільшою яскравістю клінічної картини станів ПВ, що була характерною саме для студентів цього курсу.

Резюме

На основі проведеного клініко-анамнестичного, психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження явища ПВ на контингенті студентів-медиків було розроблено процедуру і психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції зазначених станів, що базується на принципах екзистенціальної психотерапії. Розроблений тренінг передбачає підбір конгруентних методів психотерапевтичного впливу в залежності від типу виявленого варіанту стану ПВ.

Так, підчас психотерапевтичної роботи зі студентами, що мали дезадаптивний варіант ПВ, була використана комбінація методів, зокрема: апелювання до адаптаційних форм поведінки, що мали місце підчас навчання студента у школі, – робота в рамках цього методу велася у сфері пошуку тих рис особистості студента, що дозволяла йому уникати формування станів ПВ під дією стресових ситуацій підчас навчання у середній школі або медичному коледжі. Завдання спеціаліста підчас роботи із студентами, що мають дезадаптивний варіант ПВ, полягала у виявленні адаптивних патернів поведінки кожного окремого студента та допомозі у їх ремодельованні, підлатуванні під умови навчання у вищому навчальному закладі.

Психотерапевтична робота із студентами, що мали конфронтаційний варіант ПВ, була пов'язана із труднощами подолання терапевтичного бар'єру, що був виконаний із негативізму, як складової даного варіанту досліджуваного явища. Для подолання даної перепони надзвичайно важливим було формування сприятливих терапевтичних відносин із першого контакту спеціаліста зі студентом. Після формування комлаєнтних терапевтичних відносин, відбувався аналіз суті конфлікту, в рамках якого терапевт починав вести «Сократівський діалог» зі студентом.

У терапевтичній роботі зі студентами, що мали демотиваційний варіант ПВ, використовувалися методи раціоналізації їх переживань та дерефлексії із реструктуризацією мети. У роботі з такими студентами терапевт наголошував, що найважчу частину шляху по отриманню освіти вже подолано, нагадував студенту його первинну мету, що мотивувала його до здобуття освіти лікаря, та пропонував провести її реструктуризацію. Крім цього паралельно відбувалась трансформація завищених очікувань від себе, що виражалось у формуванні свідомо нереалістичної мети; таким чином нівелювались явища фрустрації через усвідомлення неможливості її досягнення.

Для подолання гіперанксіозного варіанту ПВ у терапевтичній роботі використовувалось поєднання методів парадоксальної інтенції та дерефлексії. Сутність застосування першого прийому на контингенті студентів-медиків полягала у пропозиції досліджуваним сформувати навичку самостійно викликати тривогу надзвичайно високої інтенсивності не очікуючи зовнішніх тригерів, наприклад безпосередньо перед початком іспиту або, найкраще, в умовах, які максимально віддалені від тривожних. Застосування дерефлексії у роботі зі студентами, що мали гіперанксіозний варіант ПВ, надавало можливість знизити рівень тривоги у студентів щодо різних аспектів навчання.

У терапевтичній роботі зі студентами, що мали соматоформним варіант ПВ, були використані методи раціоналізації та парадоксальної інтенції. Сутність використаних прийомів в рамках супроводу студентів із переважанням соматоформних проявів у клінічній картині станів ПВ первинно полягала у поясненні психогенної природи вказаних проявів, формування стійкого переконання щодо відсутності об'єктивного субстрату висловлюваних скарг та підтримці високого рівня мотивації для продовження виконання повсякденних учбових задач не дивлячись на вказані прояви. Вторинно терапевтична робота із даним контингентом студентів полягала у здобутті навички викликати ті чи інші соматоформні відчуття у тілі поза межами стресових ситуацій.

Психотерапевтична робота в рамках розробленого тренінгу корекції станів ПВ у студентів-медиків проводилась у вигляді лекцій-семінарів із сформованими

групами студентів чисельністю до 10 осіб, так і в індивідуальному форматі. Середня кількість терапевтичних зустрічей була на рівні $8,46 \pm 2,35$.

З метою виявлення ефективності розробленого тренінгу із загального контингенту студентів, що виявляли ознаки ПВ, було сформовано три групи дослідження та три групи контролю за критерієм курсу навчання та бажання пройти розроблений професійно-мотиваційний тренінг. Застосування розробленого тренінгу для студентів першого року навчання призвело до зниження показників за шкалами «Емоційне виснаження» на 50,0% та «Деперсоналізація» на 30,8%, покращення показників самопочуття на 36,7% та настрою на 30,8%; для студентів другого року навчання – зниження показників за шкалами «Емоційне виснаження» на 44,3% та «Деперсоналізація» на 40,0%, покращення показників самопочуття на 38,6%; для студентів третього курсу – зниження показників за шкалами «Емоційне виснаження» на 43,3% та «Редукція особистісних досягнень» на 26,7%, покращення показників самопочуття, активності та настрою на 26,7%.

Основні результати, що викладені у поточному розділі, оприлюднені у наступних публікаціях: [18].

РОЗДІЛ 8

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Представленість станів ПВ у сформованого контингенту студентів було встановлено із допомогою Опитувальника емоційного вигорання за опитувальниками МВІ та SCL-90-R. Поєднання використання цих діагностичних інструментів надає можливість визначити наявність дезадаптивний станів, що пов'язані із професійною діяльністю / навчанням. Таким чином, стан ПВ був встановлений у 175 (54,0%) студентів, які мали середній (50 – 75 балів) або високий (> 76 балів) рівень емоційного вигорання та демонстрували перевищення порогового значення показнику загального дистресу ($GSI > 0,5$ балів). Вказаний контингент студентів був включений до ГД. Серед контингенту інших 149 (46,0%) студентів показники емоційного вигорання не сягали клінічного рівня – із зазначеного контингенту було сформовано ГК.

Отримані дані щодо значної поширеності досліджуваних психічних порушень серед обраного контингенту повністю відповідають даним, що були отримані групою британських дослідників на чолі з Farrell S. M. (2019). У своїй роботі автори висвітлюють результати дослідження психічного благополуччя у студентів медичних коледжів, що було проведено під егідою Британської медичної асоціації. Так, було встановлено, що біля 85% опитаних студентів виявляли ознаки психічного виснаження (за показниками Шкали вигорання Ольденбурга). Автори окремо підкреслюють нагальність розробки програм профілактики, виявлення та терапії психічних розладів, пов'язаних із академічним стресом, для студентів медичних навчальних закладів [100].

Отримані дані також підтверджуються дослідженням Macilwraith P. та Bennett D. (2018). Автори, провівши аналіз взаємозв'язку вираженості ПВ та фізичної активності у 383 студентів медичного університету, що навчались на різних курсах, встановили, що близько 45% студентів виявляли

надпороговий рівень компоненту «Емоційне виснаження», до 26% – високі показники за компонентом «Деперсоналізація» та трохи більше 51% опитаних учнів демонстрували виражені ознаки за компонентом «Редукція особистих досягнень». Також автори встановили, що ризик формування станів виснаження залежить від багатьох факторів. Так, низький рівень фізичної активності (заняття спортом, участь у різноманітних заходах), жіноча стать, приналежність до азійської чи європейської національностей (дослідження проводилось на багатонаціональній вибірці студентів), третій та четвертий рік навчання (загальна тривалість навчання складає п'ять років) асоціюються із високим ризиком формування виснаження, що, у цілому, відповідає отриманим в ході виконання дисертаційного дослідження даним. Також автори встановили, що показники виснаження набагато вищі серед тих учнів, які ще не мали досвіду невдалого складання іспитів, у той час коли студенти, які вже перескладали екзамени, демонстрували меншу схильність до виникнення дезадаптивних станів, пов'язаних із академічним навантаженням в університеті [80].

Поширеність усіх компонентів ПВ, які сягають клінічно значимого рівня, у студентів ГД була достовірно більша за ГК. Клінічно вказана різниця виражалась у тому, що для студентів ГД були більш характерні астено-апатичні явища з почуттям байдужості до навчального процесу та його успішності, стійке відчуття виснаження навіть після тривалого відпочинка / сну, тенденції до соціального відгородження та розчарування у майбутній професії, суб'єктивно неприємне відчуття власної психічної метаморфози, що виражалась у появі емоційного відчуження від близьких / одногрупників, редукції спроможності до емпатії та ворожості до оточуючих, а також проблеми у вирішенні конфліктних ситуацій, що пов'язані із іншими студентами та викладачами, зневіру у здійсненні власних планів пов'язаних із здобуттям професії та відсутність впевненості щодо важливості обраної професії.

Детальний аналіз клініко-психопатологічного наповнення явища ПВ проведено із використанням SCL-90-R. Поширеність психопатологічних проявів спектру соматизації, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 25 (14,3%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 5 (3,3%) випадків. Представленість психопатологічних проявів обсессивно-компульсивного спектру, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 47 (26,8%) випадку, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 8 (5,4%) випадків. Психопатологічні порушення, пов'язані із інтерперсональною чутливістю, сягали клінічно значимого рівня у 61 (34,8%) студента ГД, що статистично достовірно більше ніж у ГК, де аналогічний рівень вираженості даних проявів мали лише 7 (4,7%) студентів. Поширеність психопатологічних проявів депресивного спектру, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 49 (28,0%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 11 (7,4%) випадків. Представленість психопатологічних проявів тривожного спектру, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 31 (17,7%) випадку, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 10 (6,7%) випадків. Психопатологічні порушення, пов'язані із ворожістю до інших, сягали клінічно значимого рівня у 45 (25,7%) студента ГД, що статистично достовірно більше ніж у ГК, де аналогічний рівень вираженості даних проявів мали лише 8 (5,4%) студентів. Поширеність фобічних психопатологічних проявів, що сягали клінічно значимого рівня, у студентів ГД була виявлена на рівні 22 (12,6%) випадків, у той час коли аналогічний показник у ГК був достовірно ($p < 0,05$) менший та склав лише 6 (4,0%) випадків. Статистично значимих відмінностей між показниками поширеності психопатологічних проявів паранояльного спектру між сформованими групами виявлено не було ($p = 0,4$): лише 12 (6,8%) студентів ГД та 7 (4,7%)

студентів ГК виявляли дану ознаку. Психопатологічні порушення, пов'язані із проявами психотизму, сягали клінічно значимого рівня у 73 (41,7%) студентів ГД, що статистично достовірно ($p < 0,05$) більше ніж у ГК, де аналогічний рівень вираженості даних проявів мали лише 9 (6,0%) студентів.

Клінічно ця різниця виражалась у тому, що студенти ГД частіше повідомляли про такі прояви як: соматоформні порушення невідомої етіології, як то алгічні прояви різної локалізації та інтенсивності, відчуття слабкості в тілі, оніміння та тяжкості в кінцівках, задишку та відчуття кому в горлі; нав'язливі думки, пов'язані із навчанням, сильний страх припуститися помилки та проблеми із концентрацією уваги та пам'яттю, що суттєво заважають; відчуття невдоволення оточуючими та собою у спілкуванні з іншими людьми, надмірну сенситивність та конформізм; зниження загальних життєвих сил, сповільнення асоціативного процесу та пов'язане із цим зниження когнітивної продуктивності, зневіру у майбутнє, втрату розуміння мети подальшого навчання та звуження кола інтересів; ірраціональні тривожні переживання та їх соматичні еквіваленти у формі тахікардії або тремору кінцівок, що пов'язані страхом перед «дарма» витраченим часом на навчання; конфліктні ситуації із одногрупниками та викладачами, нетримання афекту гніву та імпульсивна поведінка; униканні ситуацій або місць, в яких студенти ГД відчували дискомфорт та тривогу; негативізм, звинувачення інших у власних проблемах та негараздах, недовіра до оточуючих, складнощі у розумінні переживань інших; стійке відчуття самотності, суб'єктивно неприємне усвідомлення почуття відсутності щирої близькості з кимось наявність відчуття, що з ними відбувається «щось недобре».

Отримані дані щодо клініко-психопатологічної структури дезадаптивних станів у студентів медичного університету, що пов'язані із академічним стресом, підтверджуються численними даними інших дослідників. Зокрема Хаустов М. М. (2019), провівши аналіз більше чотирьохсот студентів другого, третього та четвертого курсів Харківського

національного медичного університету із використанням опитувальника SCL-90-R встановив, що підґрунтям для формування дезадаптивних форм реагування у досліджуваного контингенту є високі показники за шкалами «Соматизація», «Депресія» та «Тривога», що свідчить про центрованість переживань студентів навколо соматичного стану із тривожно-депресивним афектом на фоні та екстенсивною нервово-психічною напругою [46].

За результатами аналізу клініко-психопатологічної структури станів ПВ у студентів ГД було встановлено 5 варіантів найбільш поширених компіляцій психопатологічних феноменів різних спектрів: найбільшу представленість серед контингенту ГД мало поєднання психопатологічних симптомів депресивного та obsесивно-компульсивного спектрів – 46 (28,3%) студентів; трохи меншого поширення серед представників сформованого контингенту набула компіляція проявів ворожості та психотизму – 41 (23,4%) студент; у 30 (17,1%) студентів було виявлено поєднання надпорогових показників психотизму та проявів інтерперсональної чутливості; у 29 (16,6%) студентів було виявлено компіляцію надпорогових показників проявів інтерперсональної чутливості та тривоги; у 21 (12,0%) студента було встановлено поєднання надпорогових показників соматичної заклопотаності та фобічних проявів.

Отримані відомості щодо структурно-динамічних особливостей станів ПВ у студентів-медиків дають краще розуміння патогенезу зазначених станів та формують підґрунтя для їх систематизації.

Додатково було оцінено вплив станів ПВ на якість сну. Так, встановлено, що студенти ГД частіше мали проблеми із засинанням: 105 (48,0%) студентів цієї групи повідомили, що протягом останнього місяця не могли заснути протягом 30 хвилин, що значно більше ($p < 0,001$) у порівнянні із ГК, де про аналогічні проблеми повідомили лише 53 (33,6%) студенти. Крім цього студенти ГД значно частіше ($p = 0,008$) скаржились на часті пробудження протягом ночі – 84 (48,0%) студенти проти 50 (33,6%) студентів ГК. Для студентів ГД були також більш типові ($p = 0,002$) часті нічні кошмари:

69 (39,4%) студентів цієї групи повідомили, що спостерігають неприємні сновидіння частіше аніж один або два рази на тиждень, у ГК про порушення сну, спричинене кошмарними сновидіннями, повідомили 35 (23,5%) студентів. Студенти ГД частіше ($p=0,002$) надавали більш низьку суб'єктивну оцінку якості свого сну порівняно зі студентами ГК: 85 (48,6%) проти 48 (32,2%) студентів відповідно. Також студенти ГД набагато частіше ($p<0,001$) відчували зниження активності підчас управління автомобіля, прийому їжі або підчас соціальної взаємодії, яке вони пов'язували із низькою якістю сну, порівняно із студентами ГК: 76 (43,4%) проти 24 (16,1%) студентів відповідно. Крім цього, статистично значимі ($p<0,001$) відмінності були виявлені між ГД та ГК за показником відчуття зниженого настрою, що позначалось на продуктивності та було пов'язано із зниженням якості сну: 113 (64,6%) проти 48 (32,2%) студентів відповідно.

Встановлено анамнестичні кореляції станів ПВ шляхом дослідження анамнестичних особливостей в ГД та ГК. Анамнестичні критерії були структуровані за походженням на дві групи: непов'язані та пов'язані з навчанням в університеті.

Отримані дані засвідчують відсутність статистично значимих відмінностей між групами порівняння за усіма анамнестичними критеріями, що не пов'язані із навчанням в університеті, що свідчить про структурну однорідність ГД та ГК та підвищує значущість розбіжностей, які будуть виявлені між цими групами у подальшому.

Наявність трудової діяльності у позанавчальний час та її інтенсивність жодним чином не впливають ($p=0,579$) на виникнення станів психічного виснаження у студенті-медиків. Не зважаючи на високу інтенсивність навчального процесу, супутня трудова діяльність не погіршує психічний стан студентів.

Відсутність залежності станів психічного виснаження у дослідженого контингенту студентів від соціально-побутових умов ($p>0,05$) не відповідає

деяким науковим дослідженням, що були присвячені даній темі, це пояснюється особливостями конкретного університету (опитані студенти взагалі оцінювали свої умови проживання як задовільні та високі) та тим, що під час заповнення анамнестичних анкет, обстежені студенти перебували на дистанційному навчанні у зв'язку із карантинними обмеженнями.

Звертає на себе увагу і відсутність залежності між станами психічного виснаження та групою релігійних факторів, як то конкретне віросповідання ($p > 0,05$) чи активна участь у діяльності якоїсь релігійної спільноти ($p = 0,803$). Це свідчить про відсутність у досліджуваного контингенту студентів патерну подолання стресу шляхом використання релігійних вірувань та практик.

Відповідно до отриманих даних виявлена статистично значуща відмінність ($p = 0,004$) між групами порівняння за критерієм курсу навчання, так було встановлено, що частка студентів третього курсу у ГД значно превалює над ГК – 75 студентів (42,9%) порівняно із 41 студентом (27,5%). Це пояснюється найвищим рівнем інтенсивності навчального процесу серед усіх досліджених курсів, що пов'язано із підготовкою більшості студентів до складання державних іспитів наприкінці саме третього курсу.

Група китайських авторів на чолі з Wang Q. (2022) присвятили власне дослідження питанню емоційного виснаження, що пов'язане із навчанням, та рівню задоволеності життям у студентів медичного навчального закладу. У якості діагностичного інструментарію авторами було використано Опитувальник академічного (психічного) виснаження для студентів-медиків, Шкалу психічної витривалості Коннора-Девідсона та Шкалу задоволеності життя SWLS. Авторами було проведено три етапи дослідження, протягом яких стало можливим встановити, що рівень якості життя обстежених студентів знаходився у прямій залежності від рівня їх психічної витривалості, протилежну закономірність було виявлено між показниками задоволеності від життя та рівнем академічного виснаження. Окремо дослідники наголошують на тому, що характер взаємозв'язку виснаження та психічної витривалості змінювався протягом часу: рівень виснаження був

найнижчим підчас третього етапу дослідження, що відповідає даним, що були виявлені підчас проведеного дисертаційного дослідження, а саме найнижчий показник поширеності станів психічного виснаження серед контингенту студентів другого року навчання, коли адаптаційні механізми випереджають зростання академічного навантаження, як нозогенного фактору [99].

Жодного впливу на виникнення стану психічного виснаження у обстеженого контингенту студентів не мала і спеціальність, за якою вони навчалися у медичному університеті – не було виявлено відмінностей між показниками поширеності досліджуваних психічних феноменів серед студентів медичного ($p=0,941$), стоматологічного ($p=0,922$), фармацевтичного ($p=0,496$) та інших факультетів.

Також, було встановлено, що студенти ГД частіше пропускали заняття з неповажної причини ($p=0,036$) та надавали нижчу суб'єктивну оцінку власної академічної успішності ($p=0,028$) аніж студенти ГК, не зважаючи на те, що статистично значимих відмінностей у показниках середнього балу між групами виявлено не було ($p=0,389$). Отримані результати свідчити про знецінення власного успіху студентами, як один із проявів ПВ.

Отримані дані частково відповідають результатам дослідження інших дослідників [40, 53, 9758, 97]. Невідповідність отриманих висновків літературним даним відзначається лише у аспекті впливу додаткової трудової діяльності на розвиток станів ПВ у студентської молоді [38, 80, 99].

Група дослідників із Індії на чолі з Iqbal S. (2015) досліджуючи поширеність психічних порушень серед студентів медичного університету встановили представленість на синдромальному рівні депресивних проявів на рівні близько 50%, а тривоги – близько 70% опитаних респондентів. Також автори встановили ряд факторів, які підвищують ризик виникнення дезадаптивних станів у досліджуваного контингенту, зокрема: жіноча стать та третій курс навчання (п'ятий семестр), що цілком відповідає висновкам отриманим в ході дисертаційної роботи [77].

Встановлено характеристики особистісного профілю студентів- медиків зі станами ПВ шляхом порівняння представленості предиспозиційних особистісних особливостей за субшкалами опитувальника FPI. Високі показники за субшкалою «Невротичність» були виявлені у 142 (81,1%) студентів ГД, що статистично достовірно більше ($p < 0,001$) аніж у ГК, де крайній ступінь виразності цієї ознаки мав місце лише у 68 (45,6%) студентів. Студенти ГД частіше повідомляли про наявність широкого спектру вегетативних порушень невротичного генезу у вигляді головного болю, відчуття запаморочення або нестачі кисню, гіпергідрозу та парестезій у кінцівках, що поєднувались із кардіофобічними переживаннями, зниженням апетиту та зниженням сенсорного порогу; зазначені стани виникали у момент високого психоемоційного навантаження.

Високі показники за субшкалою «Спонтанна агресія» також частіше виявлялась у студентів ГД – 85 (48,6%) студентів, що достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГК, де високий рівень вираженості цієї ознаки мали лише 37 (24,8%) студентів. Для студентів ГД більш характерними були низький рівень емпатії, негативістичний настрій, що призводить до частих конфліктних ситуацій із іншими студентами чи навіть викладачами, тенденції до аутодеструктивної поведінки; вони частіше повідомляли про епізоди завдання немотивованої шкоди тваринам, що мали місце у їх житті.

Високі показники за субшкалою «Депресивність» продемонстрували 110 (62,8%) студентів ГД, що достовірно більше ($p < 0,001$) аніж ГК, де даний рівень вираженості цієї ознаки мали 33 (18,9%) студентів. Студенти ГД частіше аніж ГК демонстрували ознаки депресивного спектру, зокрема повідомляли про наявність думок самоприниження, стійкого пригнічення настрою, висловлювали невдоволення життям та зневіру у власних силах, крім того студенти цієї групи частіше виявляли труднощі у спілкуванні із своїми близькими через лабільність афективного фону, знецінення своєї ролі у цьому спілкуванні та відчуття браку розуміння з боку оточуючих.

Абсолютна більшість студентів ГД (114 (65,1%) студентів) мали високі показники за шкалою «Роздратованості», що статистично достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГК, де високий рівень вираженості даної ознаки мали 55 (36,9%) студентів. Для студентів ГД більш характерні експлозивні емоційні реакції, що швидко згасають; вони частіше повідомляли про епізоди завдання шкоди іншим, про які вони дуже сильно шкодують.

Статистично значущі розбіжності між сформованими групами також було виявлено за показником субшкали «Товариськість»; так, частка студентів ГК, що демонстрували високі показники за цим критерієм, статистично достовірно перевищувала аналогічну у ГД: 88 (59,1%) студентів та 41 (23,4%) студент відповідно. Для студентів ГД був менш характерний високий рівень соціалізації, екстрорвертованість емоційних реакцій у спілкуванні та відкритість до нових знайомств.

Високі показники за субшкалою «Врівноваженість» також частіше виявлялися у студентів ГК – її демонстрували 55 (36,9%) студентів цієї групи, що достовірно більше ($p < 0,001$) порівняно із ГД, де високий рівень вираженості цієї ознаки мали лише 34 (19,4%) студентів. Для студентів ГД також були менш типовими такі риси як альтруїзм, оптимізм, асертивність, впевненість у собі та високий поріг емоційного відгуку на зовнішні чинники.

Значна вираженість показників за субшкалою «Реактивна агресивність» була більш характерна для ГД – тут вона була верифікована у 60 (34,3%) студентів, що достовірно більше ($p = 0,005$) порівняно із ГК, де частка студентів, які демонстрували дану ознаку, сягала 20,1% (30 студентів). Студенти ГД частіше демонстрували схильність до ретенції афективних реакцій, виявляли недовіру до оточуючих, з легкістю йшли на відвертий конфлікт, у міжособистісних стосунках вони демонстрували тенденції до маніпулятивної поведінки.

Високі показники за субшкалою «Сором'язливість» були виявлені у 89 (50,9%) студентів ГД, представленість даного показника у цій групі достовірно більша ($p < 0,001$) аніж у ГК, де вона становила 23,5% (35

студентів). Саме студенти ГД частіше виявляли ознаки соціальної алієнації, інтровертованість та невпевненість у собі, вони уникали ситуацій, в рамках яких вони були центри уваги, та підтримували соціальні контакти із дуже вузьким колом людей.

Розподіл між групами дослідження за даними субшкали «Відкритість» мав аналогічний характер: частка студентів, що мали високий ступінь вираженості за даним критерієм, становила 46,9% (82 студенти) та 28,9% (43 студентів) у ГД та ГК відповідно. Відповіді студентів ГД були більш відверті порівняно із ГК, вони частіше виявляли ознаки самокритичності, схильність до рефлексії із фоном самоприниження, наприклад, повідомляли, що можуть використати брехню або поводити себе егоїстично для досягнення своєї мети, розцінюючи свої дії як суто негативні та відчуваючи сором за них. Високі показники відвертості серед студентів ГД свідчать про виснаження їх механізмів психологічного захисту.

Високі показники за субшкалою «Емоційна лабільність» були виявлені у 115 (65,7%) студентів ГД, що статистично достовірно більше ($p < 0,001$), порівняно із ГК, де крайній ступінь виразності цієї ознаки мав місце лише у 39 (26,2%) студентів. Нестійкий емоційний фон також був більш типовим для студентів ГД, вони частіше повідомляли про епізоди немотивованої зміни настрою із гіпо/гіпербулічними проявами, стійке відчуття напруги та відрази до оточуючих.

Дослідження Хаустова М. М. (2019), що присвячено аналізу клініко-патопсихологічних характеристик студентів медичного університету, як предиспозиційних до виникнення дезадаптивних станів, за своїми результатами відповідає отриманим в ході дисертаційної роботи даним. Зокрема автор наголошує на значному нозогенному впливі особистісних характеристик учнів вищих медичних шкіл, виділяючи серед них надмірну збудливість (ексклюзивність) із низьким рівнем контролю вольових потягів та саморегуляції, конфліктність по відношенню до однолітків та викладачів, високий рівень базової тривожності та недовірливість до оточуючих,

дезорганізацію поведінки, обмежений набір конструктивних копінг стратегій, загальну ригідність та зстрягання на травматичних і суб'єктивно неприємних переживаннях [46].

Дані отримані професором Кожиною Г. М. разом із колегами (2016) в рамках власного дослідження, що присвячено аналізу персонологічних особливостей у студентів медичного університету зі станами психоемоційної дезадаптації, підтверджують отримані в ході дисертаційної роботи результати. Провівши комплексне дослідження майже тисячі учнів молодших курсів медичного університету Харківського національного медичного університету у віці від 17 до 24 років із використанням Скороченого багатофакторного опитувальника для дослідження особистості, автори встановили гендерні розбіжності в особистісному профілі студентів, які демонстрували ознаки дезадаптивних станів. Зокрема визначено, що для дівчат більш типовими є значні відхилення за такими шкалами як «Депресія», «Іпохондрія», «Істерія», «Психопатія» та «Психастенія», у той час як для хлопців аналогічні прояви були виявлені за шкалами «Іпохондрія», «Депресія», «Гіпоманія» та «Шизофренія». Сприятливими у контексті попередження виникнення дезадаптивних станів для дівчат були встановлення відхилення у шкалах «Гіпоманія» у поєднанні з «Іпохондрія» [28].

Група авторів на чолі з Viniam M. (2016) провели власне дослідження з метою виявлення психічних розладів, що пов'язані зі навчанням. На контингенті у 240 учнів молодших курсів медичного університету авторами було встановлено, що майже кожен третій опитаний студент мав ознаки психічних порушень. Авторами не був проведений більш детальний аналіз структури виявлених психічних розладів, вони обмежились визначенням «психічний дистрес». Щодо факторів ризику виникнення вказаних порушень автори виділили більш молодший вік – серед категорії учнів молодше 22 років психічні порушення були найбільш поширеними; несприятливі побутові умови – що суперечить даним отриманим підчас виконання

дисертаційної роботи; навчання на медичному факультеті. Отримані авторами результати у цілому не суперечать даним дисертаційної роботи, наявні розбіжності не є концептуальними та обумовлені етно-культуральними особливостями досліджуваних контингентів [89].

За результатами проведеного клініко-психопатологічного аналізу станів ПВ у представників сформованого контингенту студентів-медиків було визначено декілька клінічних варіантів досліджуваного явища. Зокрема було виділено дезадаптивний, конфронтаційний, демотиваційний, гіперанксіозний та соматоформний варіанти стану ПВ. Для коректної оцінки структурно-динамічних характеристик станів ПВ контингент ГД був поділений на три групи за критерієм року навчання: 44 студенти-першокурсники були включені до першої групи (Г1), 48 студентів другого року навчання – до другої групи (Г2), 75 студентів третього курсу – до третьої групи (Г3). Дані контингенту студентів четвертого курсу не були враховані, через їх низьку представленість у ГД.

Дезадаптивний варіант ПВ був характерним для студентів із низьким адаптаційним потенціалом, незрілістю механізмів психологічного захисту. Частіше за все зустрічався серед представників Г1 – 15 (31,1%) студентів, набагато рідше серед контингенту Г2 – 7 (14,6%) студентів, та Г3 – 8 (10,7%) студентів. Зазначена тенденція пояснюється тим, що вплив основних факторів формування даного варіанту ПВ поступово з часом зменшувався.

Для конфронтаційного варіанту ПВ характерні конфліктні ситуації у спільноті студентів або між студентами та викладачами. Частіше за все зазначений варіант ПВ зустрічається серед представників Г2 та Г3 – 16 (33,3%) та 20 (26,7%) студентів відповідно, набагато рідше у Г1, де даний показник був статистично достовірно ($p < 0,05$) менший та сягав рівня 5 (11,4%) студентів.

Демотиваційний варіант ПВ – наповнений невдоволенням отриманими результатами тривалого кропіткого навчання, що призводить до виснаження

психічного потенціалу – частіше був виявлений у студентів Г3 – 25 (33,3%) студентів, вони скаржились на відсутність суттєвого результату їх навчання, відсутність почуття сатисфакції від подолання усіх труднощів протягом перших років навчання в університеті; у студентів Г1 була найменшою та сягала 7 (15,9%) випадків, у Г2 даний варіант був діагностований у 14 (29,2%) студентів.

Гіперанксіозний варіант ПВ – наповнений високим рівнем тривоги щодо навчального процесу, що призводив до психічного перенапруження та формування стійкого стану виснаження. Представленість даного варіанта у Г1 була виявлена на рівні 11 (25,0%) випадків; для студентів Г2, де описаний варіант мав значно меншу представленість та сягав рівня 3 (6,2%) випадків; у Г3 даний варіант ПВ був виявлений у 15 (20,0%) студентів.

Соматоформний варіант ПВ – виконаний станами виснаження, що виникають як результат дії постійно персистуючих стресових ситуацій під час навчання, наповненими широким спектром скарг соматичного характеру. Даний варіант ПВ мав однакову поширеність серед студентів трьох груп: 6 (13,6%) студентів Г1, 8 (16,7%) студентів Г2 та 7 (9,3%) студентів Г3.

Шляхом аналізу розподілу виявлених варіантів станів ПВ серед контингентів студентів різних років навчання визначено структурно-динамічні особливості досліджуваних явищ. Так, поширеність дезадаптивного варіанту ПВ була найвищою серед контингенту студентів першого року навчання та поступово знижувалась кожного року, гіперанксіозний варіант найчастіше виявлявся у студентів першого та третього років навчання, значно менше у студентів другого року, демотиваційний варіант мав найменшу представленість серед студентів першого року навчання, поступово збільшуючи її протягом двох наступних років, конфронтаційний варіант мав дуже низьку представленість серед студентів першого року навчання, значно збільшуючись протягом другого року та знову дещо знижуючись на третьому, а соматоформний варіант ПВ

мав відносно однакову представленість серед студентів усіх досліджених курсів.

Також було встановлено, що патогенез виявлених варіантів ПВ знаходить своє відображення у їх клінічному наповненні та тісно пов'язаний із особистісними характеристиками студентів, що повністю відповідає актуальним літературним даним [10, 27, 37, 47, 61, 78].

На основі проведеного клініко-анамнестичного, психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження явища ПВ на контингенті студентів-медиків було розроблено процедуру і психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції зазначених станів, що базується на принципах екзистенціальної психотерапії. Розроблений тренінг передбачає підбір конгруентних методів психотерапевтичного впливу в залежності від типу виявленого варіанту стану ПВ.

Так, під час психотерапевтичної роботи зі студентами, що мали дезадаптивний варіант ПВ, була використана комбінація методів, зокрема: апелювання до адаптаційних форм поведінки, що мали місце під час навчання студента у школі, – робота в рамках цього методу велася у сфері пошуку тих рис особистості студента, що дозволяла йому уникати формування станів ПВ під дією стресових ситуацій під час навчання у середній школі або медичному коледжі. Завдання спеціаліста під час роботи із студентами, що мають дезадаптивний варіант ПВ, полягала у виявленні адаптивних патернів поведінки кожного окремого студента та допомозі у їх ремодельованні, підлатуванні під умови навчання у вищому навчальному закладі.

Психотерапевтична робота із студентами, що мали конфронтаційний варіант ПВ, була пов'язана із труднощами подолання терапевтичного бар'єру, що був виконаний із негативізму, як складової даного варіанту досліджуваного явища. Для подолання даної перепони надзвичайно важливим було формування сприятливих терапевтичних відносин із першого контакту спеціаліста зі студентом. Після формування комлаєнтних

терапевтичних відносин, відбувався аналіз суті конфлікту, в рамках якого терапевт починав вести «Сократівський діалог» зі студентом.

У терапевтичній роботі зі студентами, що мали демотиваційний варіант ПВ, використовувалися методи раціоналізації їх переживань та дерефлексії із реструктуризацією мети. У роботі з такими студентами терапевт наголошував, що найважчу частину шляху по отриманню освіти вже подолано, нагадував студенту його первинну мету, що мотивувала його до здобуття освіти лікаря, та пропонував провести її реструктуризацію. Крім цього паралельно відбувалась трансформація завищених очікувань від себе, що виражалось у формуванні свідомо нереалістичної мети; таким чином нівелювались явища фрустрації через усвідомлення неможливості її досягнення.

Для подолання гіперанксіозного варіанту ПВ у терапевтичній роботі використовувалось поєднання методів парадоксальної інтенції та дерефлексії. Сутність застосування першого прийому на контингенті студентів-медиків полягала у пропозиції досліджуваним сформуванню навичку самостійно викликати тривогу надзвичайно високої інтенсивності не очікуючи зовнішніх тригерів, наприклад безпосередньо перед початком іспиту або, найкраще, в умовах, які максимально віддалені від тривожних. Застосування дерефлексії у роботі зі студентами, що мали гіперанксіозний варіант ПВ, надавало можливість знизити рівень тривоги у студентів щодо різних аспектів навчання.

У терапевтичній роботі зі студентами, що мали соматоформним варіант ПВ, були використані методи раціоналізації та парадоксальної інтенції. Сутність використаних прийомів в рамках супроводу студентів із переважанням соматоформних проявів у клінічній картині станів ПВ первинно полягала у поясненні психогенної природи вказаних проявів, формування стійкого переконання щодо відсутності об'єктивного субстрату висловлюваних скарг та підтримці високого рівня мотивації для продовження виконання повсякденних учбових задач не дивлячись на вказані

прояви. Вторинно терапевтична робота із даним контингентом студентів полягала у здобутті навички викликати ті чи інші соматоформні відчуття у тілі поза межами стресових ситуацій.

Психотерапевтична робота в рамках розробленого тренінгу корекції станів ПВ у студентів-медиків проводилась у вигляді лекцій-семінарів із сформованими групами студентів чисельністю до 10 осіб, так і в індивідуальному форматі. Середня кількість терапевтичних зустрічей була на рівні $8,46 \pm 2,35$.

З метою виявлення ефективності розробленого тренінгу із загального контингенту студентів, що виявляли ознаки ПВ, було сформовано три групи дослідження та три групи контролю. До першої ГД1 було включено 24 студенти першого курсу, до ГД2 – 28 студентів другого курсу, до ГД3 – 30 студентів третього курсу. Також було сформовано три групи контролю: до першої ГК1 було включено 20 студентів першого курсу, до ГК2 – 20 студентів другого курсу, до ГК3 – 30 студентів третього курсу. Оцінка ефективності розробленого тренінгу відбувалась наприкінці навчального року та здійснювалась за допомогою опитувальників МВІ та САН.

За результатами проведеного порівняння показників емоційного вигорання серед сформованих груп, як компоненту станів ПВ, було встановлено, що студенти ГД1 набагато рідше виявляли ознаки в рамках компонентів «Емоційне виснаження» та «Деперсоналізація» у порівнянні із їх однолітками ГК1. Не зважаючи на відсутність статистично значимої різниці у рівні поширення значної вираженості проявів в рамках компоненту «Редукція особистих досягнень» між ГД1 та ГК1, для перших студентів був більш характерний середній рівень вираженості даної ознаки, на відміну від ГК1, де превальовали її високі показники. Аналогічна тенденція зберігалась і у студентів другого курсу, що були включені у ГД2 та ГК2. Трохи відрізнялись отримані результати при порівнянні показників студентів третього курсу: на фоні значної редукції вираженості емоційного виснаження спостерігались статистично значимі нівелювання показників редукції

особистісних досягнень та відсутність різниці за компонентом «Деперсоналізація», що пояснюється особливостями станів ПВ, що представлені серед студентів саме цього курсу та комплексом психотерапевтичних заходів, що був відповідно до цього застосований

За результатами проведеного порівняння показників суб'єктивного самопочуття серед сформованих груп, як компоненту станів ПВ, було встановлено, що студенти ГД1 набагато рідше повідомляли про погане самопочуття та мали значно вищий рівень активності у порівнянні зі студентами ГК1. Студенти ГД2 набагато рідше повідомляли про проблеми із самопочуттям у порівнянні із ГК2. Найбільш суттєва різниця була виявлена між отриманими результатами ГД3 та ГК3, так суттєві покращення були виявлено за показниками загального самопочуття, рівню активності та настрою серед студентів третього курсу навчання, що отримували вказаний терапевтичний супровід, це можна пояснити найбільшою яскравістю клінічної картини станів ПВ, що була характерною саме для студентів цього курсу.

Отримані дані, щодо ефективного застосування методів психотерапевтичного впливу в рамках психологічного супроводу студентів, які виявляють ознаки ПВ, повністю відповідають даним вітчизняних та закордонних дослідників [2, 7, 25, 28, 83, 94].

Згадані раніше автори на чолі з Wang Q. (2022) підкреслюють високу ефективність методів психотерапевтичного впливу в рамках системи психологічного супроводу студентів медичних фахових шкіл, що направлені на підвищення їх психічної витривалості, що повністю відповідає концепції розробленого в рамках дисертаційного дослідження високоефективного професійно-мотиваційного тренінгу [99].

Про високу ефективність методів психологічного супроводу студентів медичного університету у контексті попередження та лікування дезадаптивних станів, що асоціюються із академічним навантаженням також повідомляє Хаустов М. М. (2019). Автором було розроблено система психокорекції, що

складається із чотирьох послідовних етапів. В рамках першого етапу, метою якого є подолання явищ стигматизації по відношенню до психотерапевтичної допомоги, пов'язаного із цим внутрішнього супротиву та низької комплаєнтності, автор пропонує сформувати міцний терапевтичний альянс та допомогти студенту адаптуватися до вказаного патерну взаємодії зі спеціалістом. В рамках другого етапу розробленої системи дослідник пропонує використовувати психоедукацію з метою підвищення рівня обізнаності студентів щодо механізмів формування та подолання дезадаптивних станів, що пов'язані із академічним стресом. Третій етап присвячений безпосередньо корекції та передбачає використання потенціювання вже існуючих у студента механізмів адаптивної поведінки для нормалізації системи емоційно-вольового контролю та здобуття навичок самостійного регулювання психічного стану. В рамках четвертого етапу автор пропонує здійснювати заходи направлені на попередження виникнення дезадаптивних станів у майбутньому. Окремо дослідником наголошено, що найбільш доцільним є застосування розробленої схеми психокорекції дезадаптивних станів у студентської молоді у якості акомпанементу до заходів організаційного та педагогічного характеру [46].

ВИСНОВКИ

Навчання у вищому закладі освіти – один із найважливіших етапів життя сучасної молоді людини, він поєднується із періодом особистісного становлення та формування професійних якостей. Спроможність успішно адаптуватись до умов навчання у вищі, долати труднощі, знайти своє місце у життєвому просторі, збереження мотивації для подальшої діяльності та розвитку є вирішальними чинниками успішного становлення молоді людини – майбутнього фахівця. Ці твердження набувають особливого значення у контексті студентів медичного профілю, для яких типова більш висока інтенсивність та тривалість навчання, значно вищій професійний ценз, порівняно із іншими спеціальностями, та широкий спектр специфічних для даної категорії студентів психогенних факторів. Все це обумовлює необхідність розробки сучасних професійно-орієнтованих заходів психотерапевтичного впливу, що мають високу ефективність подолання проявів станів ПВ у студентів медичного університету та можуть бути використані в рамках служби психологічної підтримки закладу.

1. У дослідженні вирішено актуальну задачу в галузі психіатрії – шляхом виявлення структурно-динамічних, клініко-анамнестичних, предиспозиційно особистісних особливостей та визначення типології станів ПВ у студентів-медиків було розроблено процедуру і психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу корекції вказаних станів, що дозволило суттєво підвищено ефективність психологічного супроводу даного контингенту.

2. Встановлено поширеність та клініко-психопатологічну структуру станів ПВ у студентів-медиків. Так, досліджувані явища були виявлені у 175 (54,0%) студентів, які мали середній або високий рівень емоційного вигорання та демонстрували перевищення порогового значення показнику загального дистресу – вказаний контингент студентів був включений до ГД. Серед контингенту інших 149 (46,0%) студентів показники емоційного вигорання не

сягали клінічного рівня, а загальний рівень дистресу перевищував зазначену межу лише у 18 (12,1%) випадках.

За результатами аналізу клініко-психопатологічної структури станів ПВ у студентів ГД було встановлено 5 варіантів найбільш поширених компіляцій психопатологічних феноменів різних спектрів: найбільшу представленість серед контингенту ГД мало поєднання психопатологічних симптомів депресивного та обсесивно-компульсивного спектрів – 46 (28,3%) студентів; трохи меншого поширення серед представників сформованого контингенту набула компіляція проявів ворожості та психотизму – 41 (23,4%) студент; у 30 (17,1%) студентів було виявлено поєднання надпорогових показників психотизму та проявів інтерперсональної чутливості; у 29 (16,6%) студентів було виявлено компіляцію надпорогових показників проявів інтерперсональної чутливості та тривоги; у 21 (12,0%) студента було встановлено поєднання надпорогових показників соматичної заклопотаності та фобічних проявів.

3. Визначено клініко-анамнестичні особливості станів ПВ у студентів-медиків. Так, було оцінено вплив анамнестичних факторів, які непов'язані та пов'язані з навчанням в університеті, на ризик виникнення досліджуваних явищ. Отримані дані засвідчують відсутність статистично значимих відмінностей між групами порівняння за усіма анамнестичними критеріями, що не пов'язані із навчанням в університеті. Було встановлено, що частка студентів третього курсу у ГД значно ($p=0,004$) превалює над ГК – 75 студентів (42,9%) порівняно із 41 студентом (27,5%). Це пояснюється найвищим рівнем інтенсивності навчального процесу серед усіх досліджених курсів, що пов'язано із підготовкою більшості студентів до складання державних іспитів наприкінці саме третього курсу. Також, було встановлено, що студенти ГД частіше пропускали заняття з неповажної причини ($p=0,036$) та надавали нижчу суб'єктивну оцінку власної академічної успішності ($p=0,028$) аніж студенти ГК, не зважаючи на те, що статистично значимих відмінностей у показниках середнього балу між групами виявлено не було ($p=0,389$).

4. Виявлено предиспозиційні особистісні особливості студентів-медиків зі станами ПВ. Так, для студентів ГД були характерні більш високі показники за шкалами «Невротичність» ($p < 0,001$, 142 студенти), «Спонтанна агресія» ($p < 0,001$, 85 студентів), «Депресивність» ($p < 0,001$, 110 студентів), «Роздратованість» ($p < 0,001$, 114 студентів), «Реактивна агресивність» ($p = 0,005$, 60 студентів), «Сором'язливість» ($p < 0,001$, 89 студентів), «Відкритість» ($p < 0,001$, 82 студенти), та «Емоційна лабільність» ($p < 0,001$, 115 студентів); а також більш низькі показники за шкалами «Товариськість» ($p < 0,001$, 41 студент) та «Врівноваженість» ($p < 0,001$, 34 студентів). До предиспозиційні особистісні особливості студентів-медиків зі станами ПВ належать високі показники невротизації із психосоматичними порушеннями, наявність депресивного реагування, анкіогенні труднощі у встановленні соціальних контактів, і, як наслідок, інтровертованість та уникання тривалої комунікації з оточуючими, невірноваженість емоційного стану зі зниженням порогу реагування.

5. За результатами проведеного клініко-психопатологічного аналізу було систематизовано стани ПВ у студентів-медиків: виділено та описано 5 клінічних варіантів досліджуваних явищ: дезадаптивний, конфронтаційний, демотиваційний, гіперанкіозний та соматоформний. Шляхом аналізу розподілу виявлених варіантів станів ПВ серед контингентів студентів різних років навчання визначено структурно-динамічні особливості досліджуваних явищ. Так, поширеність дезадаптивного варіанту була найвищою серед контингенту студентів першого року навчання та поступово знижувалась кожного року, гіперанкіозний варіант найчастіше виявлявся у студентів першого та третього років навчання, значно менше у студентів другого року, демотиваційний варіант мав найменшу представленість серед студентів першого року навчання, поступово збільшуючи її протягом двох наступних років, конфронтаційний варіант мав дуже низьку представленість серед студентів першого року навчання, значно збільшуючись протягом другого року та знову дещо знижуючись на третьому, а соматоформний варіант ПВ мав відносно однакову представленість серед студентів усіх досліджених курсів.

6. Розроблено процедуру та психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції станів ПВ у студентів-медиків, що базується на принципах екзистенціальної психотерапії та передбачає підбір конгруентних методів психотерапевтичного впливу в залежності від типу виявленого варіанту стану ПВ. Психотерапевтична робота в рамках розробленого тренінгу проводилась у вигляді лекцій-семінарів із сформованими групами студентів чисельністю до 10 осіб, так і в індивідуальному форматі. Середня кількість терапевтичних зустрічей була на рівні $8,46 \pm 2,35$.

З метою визначення ефективності розробленого тренінгу із контингенту ГД було сформовано три групи дослідження та три групи контролю за критерієм курсу навчання та бажання пройти розроблений професійно-мотиваційний тренінг. Застосування розробленого тренінгу для студентів першого року навчання призвело до зниження показників за шкалами «Емоційне виснаження» на 50,0% та «Деперсоналізація» на 30,8%, покращення показників самопочуття на 36,7% та настрою на 30,8%; для студентів другого року навчання – зниження показників за шкалами «Емоційне виснаження» на 44,3% та «Деперсоналізація» на 40,0%, покращення показників самопочуття на 38,6%; для студентів третього курсу – зниження показників за шкалами «Емоційне виснаження» на 43,3% та «Редукція особистісних досягнень» на 26,7%, покращення показників самопочуття, активності та настрою на 26,7%.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Розроблені процедура та психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу для корекції станів ПВ – є універсальним інструментом для покращення психологічного супроводу та корекції вказаних станів не лише у контингенту студентів медичного профілю, а й інших спеціальностей, що мають високий рівень академічного навантаження.

2. Використовувати організаційний ресурс для попередження виникнення та подолання вже виниклих станів ПВ у студентів-медиків, а саме розробку навчальних програм до дисциплін, що будуть враховувати схильність даного контингенту до формування дезадаптивних станів: зменшення загального матеріалу, необхідного до вивчення; перерозподіл навантаження на більш старші курси, коли особа має більший адаптаційний потенціал та набір «інструментів» подолання стресу; зміна бальної системи оцінювання на залікову (там де можливо) тощо.

3. Доцільним є впровадження у закладі вищої медичної освіти нової або модернізація вже існуючої системи психологічного супроводу студентів-медиків, головним завданням якої повинно бути виявлення осіб, що належать до групи ризику по виникненню станів ПВ (в першу чергу студенти третього курсу, що часто пропускають заняття з неповажних причин) або іншої психічної патології, організація проведення психотерапевтичних заходів для них, на кшталт розробленого професійно-мотиваційного тренінгу, здійснення просвітньої роботи у сфері психологічного здоров'я (з метою зниження стигматизації), ознайомлення із факторами ризику формування дезадаптивних станів та надання інформації щодо ефективних способів самостійного подолання стресу.

4. Використовувати розроблену типологію станів ПВ для прогнозування динаміки психічного стану студента протягом подальших років навчання у медичному університеті та коректного підбору методів психотерапевтичного впливу.

5. Використовувати розроблений професійно-мотиваційний тренінг для подолання станів ПВ в рамках кризового консультування для тої категорії учнів вищих навчальних закладів, які мають низьку академічну успішність та мають ризик відрахування.

6. Застосовувати психотехнічне забезпечення професійно-мотиваційного тренінгу серед студентів старших курсів медичного університету, які не мають ознаки дезадаптації, з метою профілактики формування станів ПВ у майбутньому, протягом етапу післядипломної освіти та трудової діяльності безпосередньо.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бабатіна С. І. Особливості сприйняття та переживання часу у студентів на етапі адаптації та ідентифікації. *Наука і освіта*. 2013. № 7. С. 120-125.
2. Бурдун Н. М. Психокорекція емоційної напруженості у студентів спеціалізованих медичних навчальних закладів. *Медична психологія*. 2017. Т. 12, № 4. С. 41-44.
3. Васильєва О. В. Специфіка психологічної дезадаптації іноземних студентів англomовної форми навчання. *Медицина сьогодні і завтра*. 2020. № 89 (4). С. 59-65.
4. Взаємозв'язок синдрому емоційного вигорання та психофізіологічного стану студентів медичного факультету / Ю. М. Савка та ін. *Проблеми клінічної педіатрії*. 2021. № 1 (51). С. 80-85.
5. Вовканич М. Д. Технології соціально-психологічної роботи з клієнтами, які схильні до суїциду : навч.-метод.посібник. Ужгород, 2002. 65 с.
6. Воробйов А. М., Демчук О. О. Умови адаптації та фактори дезадаптації студентів до навчання у вищому навчальному закладі. *Психологія: реальність і перспективи*. 2015. № 4. С. 52-55.
7. Гавенко В. Л., Лещина І. В., Мозгова Т. П. Підходи до психопрофілактики непсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. *Таврический журнал психиатрии*. 2012. Т. 16, № 2. С. 14-15.
8. Головская И. Г., Далакова А. С. Возникновение синдрома выгорания на ранних этапах профессионального становления личности. *Наука і освіта*. 2013. № 7. С. 224-229.
9. Грицук О. В. Емоційні стани студентів як метакогнітивне утворення. *Наука і освіта*. 2014. № 6. С. 30-34
10. Грицук О. В. Проблема зв'язку когнітивних процесів та емоційних станів студентів. *Наука і освіта*. 2013. № 7. С. 138-141.

11. Грицук О. В. Психологічна профілактика розумової втоми студентів педагогічного вузу. *Вісник Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди. Психологія*. 2012. Вип. 42 (2). С. 5-9.

12. Дембіцький С., Серeda Ю. Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідизація в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*. 2015. № 4. С. 40-71.

13. Дороніна Т., Поляковська О. Професійне вигорання в адміністрації зво: робота з іноземними студентами як управлінська проблема. *Перспективи та інновації науки*. 2023. Т. 11, № 29. С. 93-102.

14. Єфіменко С. О. Клініко-анамнестична характеристика феномену психічного виснаження серед студентів медичного університету. *YOUNG SCIENCE 3.0: мат. наук.-практ. конф. з міжн. уч. 26 березня 2021р., м. Київ*. С. 34–35.

15. Єфіменко С. О. Особистісний профіль студентів молодших курсів медичного університету зі станами психічного виснаження. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022 : Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та молод. вч., 4 лютого 2022 року, Запоріжжя*. С. 20.

16. Єфіменко С. О. Особливості диссомнічного компоненту станів психічного виснаження у студентів медичного університету. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021: мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 15-16 квітня 2021 р., м. Запоріжжя*. С. 55–56.

17. Єфіменко С. О. Представленість феномену психічного виснаження у сучасному психіатричному дискурсі. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2020. № 1-2. С. 32-38. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2020.1-2-03>

18. Єфіменко С. О. Система психотерапевтичної корекції станів психічного виснаження у студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2022. № 1-2 (14-15). С. 40-46. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2022.1-2-04>

19. Єфіменко С. О. Структура емоційного компонента станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного університету. *Актуальні питання клінічної медицини* : мат. XV Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. з міжн. уч. 19 листопада 2021 р., м. Запоріжжя. С. 91–92.
20. Єфіменко С. О. Структурно-динамічні особливості станів психічного виснаження у студентів медичного закладу вищої освіти. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, Вип. 3 (116). С. 74-77. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is3-2023-12>
21. Єфіменко С. О. Типологія станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного закладу вищої освіти. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, Вип. 1 (114). С. 26-29. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-3>
22. Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-11>
23. Зданевич Л. В. Деякі аспекти студентської дезадаптації в процесі навчання. *Педагогічний дискурс*. 2011. Вип. 9. С. 125-128.
24. Иващенко В. В., Иващенко А. В. Синдром емоціонального вигорання у студентів медичного вуза на клінічній кафедрі (о вероятности возникновения и мерах профилактики). *Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*. 2013. Т. 13, Вип. 1 (41). С. 269-299.
25. Калька Н. М. Профілактика і подолання синдрому хронічної втоми у працівників ОВС : навч.-метод. посібник. Львів : ЛьвДУВС, 2015. 84 с.
26. Каткова Т. А., Песоцька К. Г. Дезадаптація студентів в умовах навчання у вищій школі як фактор прояву стресу. *Проблеми сучасної педагогічної освіти. Педагогіка і психологія*. 2013. Вип. 40 (1). С. 190-194.
27. Кахно І. В. Детермінанти особистісного становлення студентів-медиків на етапі професійного навчання. *Проблеми сучасної психології*. 2010. № 8. С. 418-429.

28. Комплексна система психопрофілактики розвитку станів дезадаптації у студентів перших років навчання / Г. М.Кожина та ін. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 4. С. 51-54.

29. Коць М., Цвігун О. Психологічний аналіз емоційного вигорання у студентської молоді. *Психологія: реальність і перспективи*. 2020. № 14. С. 125-129.

30. Морочило Н. М., Серeda Г. В. Дослідження та профілактика емоційного вигорання у студентів університету. *Вісник студентського наукового товариства ДонНУ імені Василя Стуса*. 2020. № 1 (12). С. 237-241.

31. Оліфіра С. О. Криза адаптації студентів як перехідне явище. *Вісник післядипломної освіти*. 2011. № 3. С. 406-410.

32. Порушення адаптації студентів першого курсу до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі / В. М. Лісовий та ін. *Медична освіта*. 2013. № 2. С. 78-79.

33. Проблемність адаптації студентів-медиків / П. С. Малахов та ін. *Медична психологія*. 2016. № 2. С. 3-5.

34. Психологічні передумови емоційної дезадаптації сучасних студентів / Л. Гапоненко та ін., *Наукові перспективи*. 2023, № 5 (35). С. 749-763.

35. Психофізіологічні особливості станів дезадаптації у студентів-медиків в сучасних умовах / Г. М. Кожина та ін. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2017. № (1). 91-95.

36. Пшук Н. Г., Коваленко М. В., Коваленко І. В. Щодо проблеми формування копінг-стратегій у студентів з перфекціонізмом у медичних вищих навчальних закладах. *Архів психіатрії*. 2014. Т. 20, № 1. С. 107-109.

37. Пшук Н. Г., Слободянюк Д. П. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. *Український вісник психоневрології*. 2015. № 23 (2). С. 83.

38. Ризики виникнення синдромів хронічної втоми та емоційного вигорання у студентів-медиків в процесі навчання у ВНЗ залежно від

індивідуального психологічного профілю / І. О. Якубовська та ін. *Галицький лікарський вісник*. 2013. Т. 20, № 4. С. 60-63.

39. Синдром емоційного вигорання на етапах навчання у лікарів з фаху" загальна практика-сімейна медицина / В. Єхалов та ін. *Věda a perspektivy*. 2021. № 1. С. 186-199

40. Сінайко В. М. Стани психічної дезадаптації у студентів (клініка, динаміка, принципи корекції та профілактики) : автореф. дис. ... д. мед. наук: 14.01.16. Харків, 2005. 35 с.

41. Сінайко В. М., Хаустов М. М. Комплексна оцінка динаміки станів психічної дезадаптації у студентів медичного вищого навчального закладу. *Архів психіатрії*. 2018. Т. 24, № 4. С. 212-215.

42. Сорочинська В. Є. Адаптація студентів вищих навчальних закладів: зарубіжна і вітчизняна практика. *Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: педагогіка і психологія*. 2013. № 40. С. 383-386.

43. Сошенко С. М. Позитивна мотивація до професійної діяльності— умова успішної адаптації майбутнього фахівця. *Інженерні та освітні технології*. 2015. № 3. С. 48-50.

44. Уровень депрессии и тревоги среди студентов, обучающихся в медицинском университете Украины / И. В. Гусакова и др. *Juvenis scientia*. 2017. № 2. С. 13-15.

45. Федотова З., Абдряхімова Ц., Клебан К. Психічне здоров'я студентів-медиків під час пандемії COVID-19: літературний огляд. *Psychosomatic Medicine and General Practice*. 2023. № 8 (1). DOI: 10.26766/pmgrp.v8i1.415

46. Хаустов М. М. Механізми формування та система психотерапевтичної корекції станів дезадаптації у студентів медичного закладу вищої освіти. *Експериментальна і клінічна медицина*. 2019. № 83 (2). С. 43-49.

47. Хаустов М. М. Систематизація чинників ризику формування станів дезадаптації у студентів в сучасних умовах. *ScienceRise. Medical science*. 2017. № 10. С. 44-48.
48. A Comparison of Stress Perception in International and Local First Semester Medical Students Using Psychometric, Psychophysiological, and Humoral Methods / D. Huhn et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2018. № 15 (12). doi:10.3390/ijerph15122820
49. Academic burnout among medical students: respective importance of risk and protective factors / R. Kilic et al. *Public Health*. 2021. № 198. P. 187-195. doi:10.1016/j.puhe.2021.07.025
50. Alsharif A. The Protective Role of Resilience in Emotional Exhaustion Among Dental Students at Clinical Levels. *Psychol Res Behav Manag*. 2020. № 13. P. 989-995. doi:10.2147/PRBM.S281580
51. Amir M., El Gillany A. H. Self-reported depression and anxiety by students at an Egyptian Medical School. *J. Pakist. Psych. Soc*. 2010. № 2. P. 71.
52. Barclay L. Burnout in Medical Students Linked to Self-Reported Unprofessional Conduct. *JAMA*. 2010. № 304. P. 1173-1180.
53. Bayram N., Bilgel N. The prevalence and sociodemographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. *Social Psychiat. Psychiat. Epidemiol*. 2008. № 43 (8). P. 667-672.
54. Behaviour-based functional and dysfunctional strategies of medical students to cope with burnout / R. Erschens et al. *Med Educ Online*. 2018. № 23 (1). doi:10.1080/10872981.2018.1535738
55. Brunsbach S., Kattenbach R., Weber I. Keep on Learning: Academic exhaustion and teaching evaluation in digital times [Keep on Learning]. *Zeitschrift für Politikwissenschaft*. 2022. № 32 (3). P. 717-737.
56. Buchanan J.L. Prevention of depression in the college student Population: a review of the literature. *Arch. Psychiatric. Nurs*. 2012. № 26 (1). P. 21-42.

57. Burnout and Online Medical Education: Romanian Students in Lockdown and Their Residency Choices / Silistraru I. et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. № 19 (9). doi:10.3390/ijerph19095449
58. Burnout in Israeli medical students: a national survey / P. Gilbey et al. *BMC Med Educ*. 2023. № 23 (1). P. 55. doi:10.1186/s12909-023-04037-2
59. Burnout in medical students before residency: A systematic review and meta-analysis / A. Frajerman et al. *Eur Psychiatry*. 2019. № 55. P. 36-42. doi:10.1016/j.eurpsy.2018.08.006
60. Burnout in medical students. Burnout bei Medizinstudentinnen / L. Thun-Hohenstein et al. *Neuropsychiatr*. 2021. № 35 (1). P. 17-27. doi:10.1007/s40211-020-00359-5
61. Burnout in Medical Students: Examining the Prevalence and Associated Factors / S.A. Santen et al. *Southern Medical Journal*. 2010. Vol. 103, № 8. P. 758-763.
62. Burnout syndrome in Spanish medical students / J. Gil-Calderón et al. *BMC Med Educ*. 2021. № 21 (1). P. 231. doi:10.1186/s12909-021-02661-4
63. Chronic stress and suicidal thinking among medical students / Rosiek A. et al. *Int. J. Environ. Res. Public. Health*. 2016. Vol. 13 (2). P. 212.
64. Distinct Patterns of University Students Study Crafting and the Relationships to Exhaustion, Well-Being, and Engagement / L. M. Mülder et al. *Front Psychol*. 2022. № 13. doi:10.3389/fpsyg.2022.895930
65. Dyrbye L. N., Thomas M. R., Harper W. The learning environment and medical student burnout: a multicentre study. *Med Educ*. 2009. № 43 (3). P. 274-282
66. Emotional exhaustion, burnout, and perceived stress in dental students / J. L. Jiménez-Ortiz et al. *J Int Med Res*. 2019. № 47 (9). P. 4251-4259. doi:10.1177/0300060519859145
67. Factors associated to depression and anxiety in medical students: a multicenter study / F. Brenneisen Mayer et al. *BMC Med. Educ*. 2016. Vol. 16. P. 282.
68. Fahrenberg J., Hampel R., Selg H. Freiburger Persönlichkeitsinventar: FPI-R : ed. 7. Hogrefe, 2001. 149 p.

69. Fuller M., Schadler A., Cain J. An Investigation of Prevalence and Predictors of Disengagement and Exhaustion in Pharmacy Students. *Am J Pharm Educ.* 2020. № 84 (10). doi:10.5688/ajpe7945
70. Gender difference in academic stress and burnout among medical students in final years of education / D. V. Backovic' et al. *Psychiat. Danubina.* 2012. № 24 (2). P. 175-181.
71. Gusy B., Lesener T., Wolter C. Time Pressure and Health-Related Loss of Productivity in University Students: The Mediating Role of Exhaustion. *Front Public Health.* 2021. № 9. doi:10.3389/fpubh.2021.653440
72. Hope V., Henderson M. Medical student depression, anxiety and distress outside North America: a systematic review / *Med. Educ.* 2014. № 48 (10). P. 963-979.
73. How do gender and anxiety affect students' self-assessment and actual performance on a highstakes clinical skills examination? / J. M. Colbert-Getz et al. *Acad. Med.* 2013. № 88. P. 44-48.
74. Ibrahim M. B., Abdelreheem M. H. Prevalence of anxiety and depression among medical and pharmaceutical students in Alexandria/University Faculty of Medicine, Alexandria University / *Alexandria J. Med.* 2015. № 51. P. 167-173.
75. Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study / J. A. Villwock et al. *Int J Med Educ.* 2016. № 7. P. 364-369. doi:10.5116/ijme.5801.eac4
76. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis / C. P. West et al. *Lancet.* 2016. № 388 (10057). P. 2272-2281. doi:10.1016/S0140-6736(16)31279-X
77. Iqbal S., Gupta S., Venkatarao E. Stress, anxiety & depression among medical undergraduate students and their socio-demographic correlates / *Indian J. Med. Res.* 2015. № 141 (3). P. 354-357.
78. Learning burnout and its association with perceived stress, social support, and the Big Five personality traits in Chinese medical students during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study / S. Wang et al. *BMC Psychiatry.* 2022. № 22 (1). P. 785.

79. Liu Y., Cao Z. The impact of social support and stress on academic burnout among medical students in online learning: The mediating role of resilience. *Front Public Health*. 2022. № 10. doi:10.3389/fpubh.2022.938132
80. Macilwraith P., Bennett D. Burnout and Physical Activity in Medical Students. *Ir Med J*. 2018. № 111 (3). P. 707.
81. Marginalized identities, mistreatment, discrimination, and burnout among US medical students: cross sectional survey and retrospective cohort study / B. G. Teshome et al. *BMJ*. 2022. № 376. doi:10.1136/bmj-2021-065984
82. Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory: Third edition / *Evaluating stress* : ed. by C. P. Zalaquett, R. J. Wood. Lanham, US : Scarecrow Press Inc, 1997. P. 191-218.
83. Medical student stress: An elective course as a possibility of help / M. A. Pereira, M. A. Barbosa, J. C. de Rezende et al. *BMC Res. Notes*. 2015. № 8. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4566435/>
84. Mental health among currently enrolled medical students in Germany / N. Wege et al. *Public Health*. 2016. № 132. P. 92-100.
85. Perceived stress and associated factors among medical students / A. A. Saeed et al. *Journal of Family and Community Medicine*. 2016. Vol. 23 (3). P. 166-171.
86. Prevalence and Associated Factors of Psychological Distress and Burnout among Medical Students: Findings from Two Campuses / N. M. N. A. Arif et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2021. № 18 (16). doi:10.3390/ijerph18168446
87. Prevalence and associated factors of stress, anxiety and depression among prospective medical students / M. S. Yusoff et al. *Asian Journal of Psychiatry*. 2013. Vol. 6 (2). P. 128-133.
88. Prevalence of burnout among university students in low- and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis / M. M. Kaggwa et al. *PLoS One*. 2021. № 16 (8). doi:10.1371/journal.pone.0256402

89. Prevalence of mental distress and associated factors among Hawassa University medical students, Southern Ethiopia: a cross-sectional study / Biniam M. et al. *BMC Research Notes*. 2016. № 9. P. 485.
90. Prevalence of stress among medical students in Jizan University, Kingdom of Saudi Arabia / Sani M. et al. *Gulf. Med. J.* 2012. № 1 (1). P. 19-25.
91. Psychological Distress, Burnout, and Academic Performance in First Year College Students / J. M. March-Amengual et al. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. № 19 (6). doi:10.3390/ijerph19063356
92. Qamar K., Khan N.S., Bashir Kiani M.R. Factors associated with stress among medical students / *J. Pak. Med. Assoc.* 2015. Vol. 65 (7). P. 753-755.
93. Self-Harm and Suicidality in US College Students: Associations with Emotional Exhaustion versus Multiple Psychiatric Symptoms / H. C. Lin et al. *J Affect Disord*. 2021. № 280 (Pt A). P. 345-353. doi:10.1016/j.jad.2020.11.014
94. Slavin S. J., Chibnall J. T. Finding the Why, Changing the How: Improving the Mental Health of Medical Students, Residents, and Physicians / *Acad. Med.* 2016. № 91 (9). P. 1194-1196.
95. Stress and Burnout Among Graduate Students: Moderation by Sleep Duration and Quality / H. K. Allen et al. *Int J Behav Med*. 2021. № 28 (1). P. 21-28. doi:10.1007/s12529-020-09867-8
96. Stress and its effects on medical students. A crosssectional study at a College of Medicine in Saudi Arabia / H. Abdulghani et al. *J Health Popul Nutr*. 2011. № 29 (5). P. 516-522.
97. Tajalli P., Ganbaripناه A. The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Social and Behavioral Science*. 2010. Vol. 5. P. 99-103.
98. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research / D. J. Buysse et al. *Psychiatry Res*. 1989. № 28 (2). P. 193-213. doi:10.1016/0165-1781(89)90047-4

99. Wang Q., Sun W., Wu H. Associations between academic burnout, resilience and life satisfaction among medical students: a three-wave longitudinal study. *BMC Med Educ.* 2022. № 22 (1). P. 248. doi:10.1186/s12909-022-03326-6

100. Wellbeing and burnout amongst medical students in England / S. M. Farrell et al. *Int Rev Psychiatry.* 2019. № 31 (7-8). P. 579-583. doi:10.1080/09540261.2019.1675960


101. Yefimenko S. O. Clinical-anamnestic features of mental exhaustion in medical university students. *Journal of education, health and sport.* 2021. № 11 (04). P. 51-57. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.04.006>

102. Yin Y., Toom A., Parpala A. International students' study-related burnout: Associations with perceptions of the teaching-learning environment and approaches to learning. *Front Psychol.* 2022. № 13. doi:10.3389/fpsyg.2022.941024

103. Yusoff M. S. B., Hadie S. N. H., Yasin M. A. M. The roles of emotional intelligence, neuroticism, and academic stress on the relationship between psychological distress and burnout in medical students. *BMC Med Educ.* 2021. № 21 (1). P. 293. doi:10.1186/s12909-021-02733-5

104. Zhou X. Mental health self-efficacy as a moderator between the relationship of emotional exhaustion and knowledge hiding: Evidence from music educational students. *Front Psychol.* 2022. № 13. doi:10.3389/fpsyg.2022.979037

ДОДАТОК А1


«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Харківський національний медичний університет
 Проректор з наукової роботи
 Харківського національного
 медичного університету
 професор В. В. М'ясоєдов
 « 16 » _____ 06 _____ 20 23 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Комплекс психотерапевтичних заходів превенції виникнення станів психічного виснаження у студентів молодших курсів вищих навчальних закладів.
2. Ким запропоновано: Єфіменко Сергій Олегович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMN.2021.1-2-11>.
4. Де та коли впроваджено. В науково-педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ.
5. Термін впровадження: з 2021 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження: впровадження у науково-навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень студентів та лікарів-курсантів циклів ТУ, щодо сучасних методів психотерапевтичного впливу на представників студентської молоді, що мають ознаки психічного виснаження.
7. Зауваження, пропозиції: немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри психіатрії, наркології,
 медичної психології та соціальної роботи
 Харківського національного медичного
 університету, д.мед.н., проф. Кожина Г.М.

_____ (дата)

_____ (підпис)

ДОДАТОК А2



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Перший проректор
Запорізького державного
медичного університету
кандидат фарм. наук, доцент
М.О. Авраменко
« 26 » 06 20 23 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № ____

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Спосіб виявлення предрисповиційних особистісних характеристик формування станів психічного виснаження у студентів медичних навчальних закладів.
2. **Ким запропоновано:** Єфіменко Сергій Олегович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMN.2021.1-2-11>
4. **Де та коли впроваджено.** В педагогічний процес кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ щодо сучасних методів раннього виявлення станів психічного виснаження серед студентів молодших курсів вищих навчальних закладів.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

В.о. зав. кафедри психіатрії, психотерапії,
загальної та медичної психології,
наркології та сексології
д. мед. н., професор

В.О. Курило

ДОДАТОК АЗ



«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Сергій проректор
 Національного університету охорони
 здоров'я імені П. Л. Шупика,
 д. мед. н., професор
 Ю. П. Вдовиченко

29 » 2023 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Метод виявлення особистісних характеристик студентів медичних навчальних закладів, як предикторів формування станів психічного виснаження.
2. **Ким запропоновано:** Єфіменко Сергій Олегович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-11>
4. **Де та коли впроваджено.** В педагогічний процес психіатрії, психотерапії і медичної психології ДУ «Національна медична академія післядипломної освіти ім. Шупика» МОЗ України.
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження:** Впровадження у навчальний процес запропонованої інформації дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень лікарів-інтернів та слухачів циклів ТУ та ПАЦ щодо сучасних методів донозологічної діагностики станів дезадаптації серед студентів молодших курсів вищих навчальних закладів.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри психіатрії,
 психотерапії і медичної психології
 Національного університету
 охорони здоров'я імені П. Л. Шупика,
 д. мед. н., професор

Г.Я. Пилягіна

ДОДАТОК А4

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор КНП «Обласний
клінічний заклад з надання
психіатричної допомоги» ЗОР
Ф.В. Паталах
20 л.р.



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ №

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Метод диференційної діагностики станів психічного виснаження у студентської молоді.
2. **Ким запропоновано:** Єфіменко Сергій Олегович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-11>.
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КНП «Обласний клінічний заклад з надання психіатричної допомоги» Запорізької обласної ради.
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів диференційної діагностики станів психічного виснаження серед студентів молодших курсів вищих навчальних закладів.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор КНП «Обласний
клінічний заклад з надання психіатричної
допомоги» ЗОР



Т. Г. Судовська

ДОДАТОК А5

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор
КП «Криворізька багатопрофільна лікарня
з надання психіатричної допомоги» ДОР

В. М. Солонський

« 15 » 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ № _____

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Метод психотерапевтичної корекції станів психічного виснаження у представників студентської молоді.
2. **Ким запропоновано:** Єфіменко Сергій Олегович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMN.2021.1-2-11>.
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КП «Криворізька багатопрофільна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради.
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних методів психотерапевтичної корекції станів психічного виснаження серед студентів молодших курсів вищих навчальних закладів.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор КП «Криворізька
багатопрофільна лікарня
з надання психіатричної допомоги» ДОР



ДОДАТОК А6

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
КП «Дніпропетровська багатoproфільна
клінічна лікарня з надання психіатричної
допомоги ДОР», професор
С.М. Мороз

« 21 » 09 2023р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо).** Метод диференційної діагностики станів психічної дезадаптації у представників студентської молоді.
2. **Ким запропоновано:** Єфіменко Сергій Олегович, здобувач кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології ЗДМУ МОЗ України.
3. **Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.).** Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMN.2021.1-2-11>.
4. **Де та коли впроваджено.** В лікувально-профілактичну роботу КП «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги ДОР».
5. **Термін впровадження:** з 2021 року по теперішній час.
6. **Ефективність впровадження.** Використання запропонованої інформації дозволило підвищити рівень знань лікарів щодо сучасних альтернативних методів терапевтичного супроводу станів дезадаптації у представників студентської молоді.
7. **Зауваження, пропозиції:** немає.

Відповідальний за впровадження:

Медичний директор КП «Дніпропетровська багатoproфільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги ДОР»

Галицька-Пасічник Наталія

ДОДАТОК Б

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Єфіменко С. О. Представленість феномену психічного виснаження у сучасному психіатричному дискурсі. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2020. № 1-2. С. 32-38. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2020.1-2-03> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
2. Yefimenko S. O. Clinical-anamnestic features of mental exhaustion in medical university students. *Journal of education, health and sport*. 2021. № 11 (04). P. 51-57. <https://doi.org/10.12775/JEHS.2021.11.04.006> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
3. Єфіменко С. О. Характеристики особистісного профілю студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу зі станами психічного виснаження. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2021. № 1-2. С. 90-95 <https://doi.org/10.37321/UJMH.2021.1-2-11> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
4. Єфіменко С. О. Система психотерапевтичної корекції станів психічного виснаження у студентів 1-3 курсів вищого навчального медичного закладу. *Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина*. 2022. № 1-2 (14-15). С. 40-46. <https://doi.org/10.37321/UJMH.2022.1-2-04> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
5. Єфіменко С. О. Типологія станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного закладу вищої освіти. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, Вип. 1 (114). С. 26-29. <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-3> (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)
6. Єфіменко С. О. Структурно-динамічні особливості станів психічного виснаження у студентів медичного закладу вищої освіти. *Український вісник психоневрології*. 2023. Т. 31, Вип. 3 (116). С. 74-77. <https://doi.org/10.36927/2079->

[0325-V31-is3-2023-12](#) (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

7. Єфіменко С. О. Структура емоційного компонента станів психічного виснаження у студентів молодших курсів медичного університету. *Актуальні питання клінічної медицини* : мат. XV Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. з міжн. уч. 19 листопада 2021 р., м. Запоріжжя. С. 91–92. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

8. Єфіменко С. О. Клініко-анамнестична характеристика феномену психічного виснаження серед студентів медичного університету. *YOUNG SCIENCE 3.0*: мат. наук.-практ. конф. з міжн. уч. 26 березня 2021р., м. Київ. С. 34–35. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

9. Єфіменко С. О. Особливості диссомнічного компоненту станів психічного виснаження у студентів медичного університету. *Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021* : мат. Всеукр. наук.-практ. конф. молод. вч. та студ. з міжн. уч. 15-16 квітня 2021 р., м. Запоріжжя. С. 55–56. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

10. Єфіменко С. О. Особистісний профіль студентів молодших курсів медичного університету зі станами психічного виснаження. *Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022* : Всеукр. наук.-практ. конф. студ. та молод. вч., 4 лютого 2022 року, Запоріжжя. С. 20. (Здобувачем проведено збір клінічного матеріалу, його аналіз та статистична обробка)

ДОДАТОК В

ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

1. Науково-практична конференція з міжнародною участю «YOUNG SCIENCE 3.0», м. Київ, 26 березня 2021 р. (публікація тез, усна доповідь).
2. Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених та студентів з міжнародною участю «Актуальні питання сучасної медицини і фармації – 2021», м. Запоріжжя, 15-16 квітня 2021 р. (публікація тез, усна доповідь).
3. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Якість медичних послуг в сфері психічного здоров'я», м. Харків, 20–21 травня 2021 р. (усна доповідь).
4. XV Всеукраїнська науково-практична конференція молодих вчених з міжнародною участю «Актуальні питання клінічної медицини», м. Запоріжжя, 19 листопада 2021 р. (публікація тез, усна доповідь).
5. Всеукраїнська науково-практична конференція студентів та молодих вчених «Досягнення сучасної медичної та фармацевтичної науки – 2022», м. Запоріжжя, 4 лютого 2022 р. (публікація тез, усна доповідь).

На електронний документ накладено: 1 (Один) підписи чи печатки:
На момент друку копії, підписи чи печатки перевірено:
Програмний комплекс: eSign v. 2.3.0;
Засіб кваліфікованого електронного підпису чи печатки: ПТ Користувач ЦСК-1
Експертний висновок: №05/02/02-1424 від 05.04.2016;
Цілісність даних: не порушена;



Підпис № 1 (реквізити підписувача та дані сертифіката)
Підписувач: ЄФІМЕНКО СЕРГІЙ ОЛЕГОВИЧ 3055418359;
Належність до Юридічної особи: ФІЗИЧНА ОСОБА;
Код юридичної особи в ЄДР: 3055418359;
Серійний номер кваліфікованого сертифіката: 248197DDFAB977E5040000002E7116012E545504;
Видавець кваліфікованого сертифіката: АЦСК АТ КБ «ПРИВАТБАНК»;
Тип носія особистого ключа: Незахищений;
Тип підпису: Удосконалений;
Сертифікат: Кваліфікований;
Час та дата підпису (позначка часу для підпису): 13:53 13.12.2023;
Чинний на момент підпису. Підтверджено позначкою часу для підпису від АЦСК (кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг)
Час та дата підпису (позначка часу для даних): 13:53 13.12.2023;
Чинний на момент підпису. Підтверджено позначкою часу для даних від АЦСК (кваліфікованого надавача електронних довірчих послуг)