

14. Sleep, lung function, and quality of life in patients with myasthenia gravis: A cross-sectional study / Oliveira E. F., Nacif S R., Urbano J. J., Silva A. S., Oliveira C. S., Perez E. A. et al. // Neuromuscular Disorders. 2017. Vol. 27, Issue 2. P. 120–127. doi: 10.1016/j.nmd.2016.11.015

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук Погорелов О. В.
Дата надходження рукопису 04.01.2018

Кальбус Олександр Іванович, кандидат медичних наук, асистент, кафедра неврології і офтальмології, ДЗ «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», вул. Володимира Вернадського, 9, м. Дніпро, Україна, 49044
E-mail: kalbus.dp@gmail.com

УДК 159.91:378.091.212

DOI: 10.15587/2519-4798.2018.124867

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ ПРИ ВИНИКНЕННІ ДЕЗАДАПТИВНИХ РЕАКЦІЙ ТА СТАНІВ

© М. М. Хаустов

В дослідженні проведена розробка системи медико-психологічної підтримки студентів медиків при виникненні в них дезадаптивних реакцій та станів

Встановлено, що доцільним є комплексне використання психотерапевтичних та психоосвітніх інтервенцій, спрямованих на купірування тривожно-депресивних реакцій, дезактуалізацію психотравмуючих ситуацій, відновлення психосоціальної активності та розумової працездатності, підвищення стресостійкості, формування продуктивних копінг-стратегій, активацію захисних психологічних механізмів, превенцію аддиктивної та залежної поведінки студентів та заходів первинної вторинної та третинної психопрофілактики

Ключові слова: студенти медики, розлади адаптації, медико-психологічна підтримка, психоосвіта, психотерапія, психопрофілактика

1. Вступ

Проблема здоров'я осіб молодого віку названа одним з пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ у ХХІ сторіччі. Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я студентської молоді обумовлені впливом медико-соціальних, генетичних, психологічних та інших чинників [1].

Навчальна діяльність студентів медиків потребує засвоєння великого обсягу інформації і формування широкого спектра професійних навичок і умінь. Цей процес, як правило, здійснюється в умовах дефіциту часу і супроводжується значними змінами з боку різних систем організму студентів, зокрема порушенням психічної та соціальної адаптації [2].

Поширеність дезадаптивних розладів в студентській популяції, за даними літератури коливається від 5,8 % до 61,35 %. Вони обумовлюють зниження працездатності, погіршення навчальної адаптації й академічної успішності, а також якості життя студентів [3, 4].

Дослідження механізму дезадаптації в сучасних умовах потребує з'ясування внутрішнього змісту, сутнісних ознак дезадаптивних станів, визначення психофізіологічних, психічних і соціально-психологічних проявів дезадаптації [5].

Потреба у розробленні нових підходів до діагностики і корекції дезадаптивних реакцій та станів, необхідність застосування системного підходу до

їх аналізу пояснюється тим, що стан дезадаптації охоплює не тільки окремі ланки функціонування людини, але й успішність діяльності особистості в цілому [6].

2. Обґрунтування дослідження

Активна інтеграція українського суспільства до Європейської співдружності визначили необхідність глибокого реформування системи освіти в цілому, і зокрема, галузі підготовки медичних кадрів, істотно змінився режим і підвищилася інтенсивність навчального процесу, а також збільшилися обсяги навчального навантаження. Розвиток станів дезадаптації студентів протягом професійного навчання є головною психологічною, медичною та соціально-економічною проблемою, що несприятливо позначається на ефективності майбутньої професійної діяльності студентів медиків [7, 8].

Студентський період, який характеризується максимальними диспропорціями в рівнях та темпах фізичного і психічного розвитку, вираженими соціальними протиріччями, є одним з найбільш сприятливих для маніфестації і розвитку станів дезадаптації, в клінічній картині якої домінує виражений і практично постійний страх суспільних ситуацій, що провокує розвиток внутрішньоособистісного конфлікту з виникненням почуття власної неповноцінності і приниження [9].

Прояви соціально-психологічної дезадаптації характеризуються порушенням міжособистісних відносин, посиленням внутрішньоособистісної конфліктності, незадоволеністю обраною професією, труднощами в оволодінні програмами навчання, емоційним дискомфортом, внутрішньої дисгармонією, емоційною лабільністю [10, 11].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

3. Мета дослідження

Розробити систему медико-психологічної підтримки студентів медиків при виникненні в них дезадаптивних реакцій та станів.

4. Матеріал та методи

Для вирішення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики і деонтології було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 412 студентів Харківського національного медичного університету у віці 17–22 років (середній вік $18,0 \pm 2,0$ роки). 52,2 % студентів (215 осіб) склали I групу обстежених – студенти мешканці східної України; 21,1 % (87 студентів) – II групу – мешканці Луганської та Донецької областей, які поступили до навчання у ХНМУ до початку АТО; 26,7 % (110 осіб) склали III групу – вимушені переселенці 52,4 % обстежених склали дівчата, 47,6 % хлопці.

У роботі були використані наступні методи обстеження: клініко-анамнестичний, з використанням опитувальника «Виявлення факторів ризику виникнення психоневрологічних захворювань» (Рацпропозиція ХНМУ № 207(11), 2002).

Клініко-психопатологічний – вивчення скарг, оцінку психічного і соматоневрологічного статусу студентів, виділення основних психопатологічних синдромів, їх динаміки. Як діагностичні критерії використовувалися критерії МКХ – 10.

Психодіагностичний з використанням використанням клінічних шкал тривоги та депресії Гамільтона (M. Hamilton, 1967), шкали оцінки професійної дезадаптації О. Н. Родіної в адаптації М. А. Дмитрієвої (2003).

Математико-статистична обробка результатів дослідження проводилась з використанням пакетів спеціалізованого програмного забезпечення (Statistica 6.0, MS Excel) з використанням методики t-критерію Ст'юдента.

5. Результати дослідження

Адаптацію студентів до навчання у вищому навчальному закладі необхідно розглядати як динамічний, багатосторонній і комплексний процес до показників якого необхідно віднести: успішність та стабільність у процесі навчання, відсутність психофізіологічних порушень, відчуття психологічного комфорту у процесі навчання.

Стосовно отриманих даних одним з провідних чинників ризику розвитку порушень адаптації

студентів є зміна соціальної ситуації, необхідність освоєння нової соціальної ролі – студента медичного університету. При цьому як показали результати дослідження $29,8 \pm 1,0$ % з усіх опитаних студентів категорично заперечують необхідність психологічної допомоги, $26,1 \pm 1,0$ % студентів вагалися з відповіддю, $44,1 \pm 1,0$ % опитуваних вважають, що психологічна допомога їм потрібна в першу чергу при вирішенні таких проблем як: подолання інформаційного стресу, адаптація до нових умов навчання, входження в новий колектив, згуртування навчальної групи; рішення особистісних проблем.

Як показали результати дослідження $73,0 \pm 2,0$ % обстежених студентів I групи, $63,6 \pm 5,0$ % студентів II та $8,1 \pm 3,0$ % III групи не проявляли ознак дезадаптації, у ряді випадків вони пред'являли лише поодинокі скарги, в основному на загальне самопочуття при напруженому навчанні.

У $27,0 \pm 3,0$ % обстежених студентів I групи, $36,8 \pm 5,0$ % – II та $92,0 \pm 1,0$ % – III груп психічний стан можна було класифікувати в рамках клінічно оформлених станів психічної дезадаптації, проявами яких були емоційні порушення: зниження настрою, поява пов'язаних із цим думок про свою невисоку значимість, нездатність справитися з навчальним навантаженням

У дослідженні розроблено систему медико-психологічної підтримки студентів-медиків, яка складалася із трьох послідовних етапів:

I етап – Діагностичний: виявлення дезадаптивних реакцій та станів, визначення мішеней, розробка алгоритму медико-психологічного втручання.

II етап – Психотерапевтичної інтервенції.

III етап – Психопрофілактичний.

Діагностичний етап включав психодіагностику та аналіз отриманих даних, на основі чого було визначено мішені та підбрано комплекс психотерапевтичних заходів.

Етап психотерапевтичної інтервенції був спрямований на корекцію емоційного стану, дезактуалізацію психотравмуючих ситуацій, нормалізацію фону настрою, відновлення психосоціальної активності та розумової працездатності, підвищення стресостійкості, формування продуктивних копінг-стратегій, засвоєння адаптивних форм поведінки та мотивування до їх реалізації.

При цьому для студентів III групи, враховуючи специфіку їх психотравмуючих обставин та необхідність адаптуватися не лише до вимог навчання але і до нового соціального статусу – вимушено переселеної особи, більша вираженість тривозможно-депресивних проявів: у $46,3 \pm 5,0$ % студентів III групи відмічалися клінічні прояви тривоги (по клінічній шкалі тривоги і депресії), у порівнянні з $4,2 \pm 2,0$ % студентів I та $7,0 \pm 3,0$ % II груп. Субклінічні прояви тривоги виявлені у $40,2 \pm 1,0$ % студентів I, $12,5 \pm 4,0$ % – II та $8,4 \pm 3,0$ % – III груп. Клінічні прояви депресії характерні для $32,7 \pm 4,0$ % студентів III групи, $18,4 \pm 4,0$ % студентів II групи та $2,4 \pm 1,0$ % – I групи, а

субклінічні прояви депресії для $32,7 \pm 4,0$ %, $16,0 \pm 4,0$ % та $4,7 \pm 1,0$ % відповідно. Вышезазначене обумовлювало диференціювання психотерапевтичної програми в бік збільшення об'єму та тривалості психотерапевтичних інтервенцій.

У роботі використовувались наступні психотерапевтичні методики:

Раціональна психотерапія (класичний варіант Дюбуа), спрямована на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск реакції дезадаптації, корекцію тривожно-депресивних реакцій, активацію позитивних особливостей особистості, переробку патологічного стереотипу поведінки

Аутогенне тренування (психотонічний варіант Шогама-Мировського), спрямоване на підвищення самооцінки й адекватного сприйняття навколишнього, купірування тривожної симптоматики, активацію захисних психологічних механізмів, формування навичок саморегуляції психічного стану.

Когнітивно-поведінкова терапія Бека, спрямована на модифікацію поведінкової сфери, розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту, формування тенденції до використання конструктивних форм копіngu.

Арт-терапія. використанням малюнкових технік («Малюнок себе», «Зірка почуттів»), спрямований на формування адекватної самосвідомості, купірування тривожно-депресивної симптоматики.

Психоосвіта, з використанням інформаційних модулів, тренінгу позитивного самосприйняття, тренінгу формування комунікативних вмінь і навичок та вирішення проблем міжособистісної взаємодії.

У ході психотерапевтичних інтервенції особлива увага надавалася корекції схильності до аддиктивної та залежної поведінки, як важливої психопатогенетичної складової у розвитку та перебігу дезадаптивних станів. Модифікація поведінки та способу життя виступала стержневим компонентом медико-психологічної підтримки.

Необхідно відзначити, що ефективність психотерапевтичного впливу можлива лише в поєднанні із заходами організаційного та педагогічного плану.

Психопрофілактичний етап включав у себе:

Первинну психопрофілактику – розробку і впровадження програми медико-психологічної підтримки, оцінку особистісних особливостей студентів і прогнозування їхніх поведінкових реакцій, зниження рівня емоційної напруженості.

Вторинну – ранню діагностику дезадаптивних реакцій та станів, своєчасну й адекватну їх корекцію.

Третинну – профілактику рецидиву дезадаптивних станів, контроль за групою ризику розвитку розладів адаптації.

Результати дворічного катамнестичного дослідження довели ефективність запропонованої системи психотерапевтичної корекції розладів адаптації у студентів, на тлі її проведення відмічалась

позитивна динаміка психічного стану, дезадаптивні стани редукувалися; у $92,6$ % обстежених рецидивів порушень адаптації не наставало.

При цьому у всіх групах тривалість останнього етапу була однаковою, та виразної різниці у строках редукції дезадаптивних станів у групах не було.

6. Обговорення результатів дослідження

Таким чином, система медико-психологічної підтримки студентів-медиків повинна складатися із діагностичного, психотерапевтичного та психопрофілактичного етапів.

Доцільним є комплексне використання раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкової терапії Бека, арт-терапії та психоосвітніх тренінгів спрямованих на купірування тривожно-депресивних реакцій, дезактуалізацію психотравмуючих ситуацій, підвищення самооцінки, відновлення психосоціальної активності та розумової працездатності, підвищення стресостійкості, формування продуктивних копіng-стратегій, активацію захисних психологічних механізмів, превенцію аддиктивної та залежної поведінки.

Отримані дані, щодо розробки комплексної системи корекції та профілактики розладів адаптації корелюють з даними вітчизняних дослідників [1, 4], проте новим є розробка системи психотерапевтичних інтервенцій з використанням психоосвітніх тренінгів, розробка заходів психотерапії та психопрофілактики для студентів пререселенців. За результатами дослідження було розширено та доповнено існуючі наукові уявлення про методологію. Психотерапії та психопрофілактики розладів адаптації в сучасних умовах.

Розроблена система медико-психологічної підтримки студентів-медиків із станами дезадаптації є підґрунтям для розробки концепції медико-психологічної служби ВУЗу в сучасних умовах, що визначає напрямок подальших наукових досліджень.

7. Висновки

1. В системі психотерапевтичної корекції розладів адаптації у студентів-медиків доцільним є комплексне використання раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкова терапія Бека, арт-терапії та психоосвітніх тренінгів.

2. Система психопрофілактики розвитку станів дезадаптації повинна включати заходи первинної (розробку і впровадження програми медико-психологічної підтримки, оцінку особистісних особливостей студентів і прогнозування їхніх поведінкових реакцій, зниження рівня емоційної напруженості), вторинної (ранню діагностику дезадаптивних реакцій та станів, своєчасну й адекватну їх корекцію) та третинної (профілактику рецидиву дезадаптивних станів, контроль за групою ризику розвитку розладів адаптації) психопрофілактики.

Література

1. Юрьева Л. Н. Кризисы профессиональной деятельности врача и пути их преодоления // Здоров'я України. 2017. № 2 (41). С. 23–24.
2. Аймедов К. В., Стрельбицька С. М. Професійна мобільність майбутніх фахівців у процесі навчання у ВНЗ: компетентнісний підхід // Наукові праці. Серія: Педагогіка. 2014. Т. 251, № 239. С. 49–52.
3. Чабан О. С., Хаустова О. О., Трачук Л. Є. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія» // Медична психологія. 2016. № 1. С. 3–8.
4. Слободянюк Д. П. Загальні положення психокорекції та психопрофілактики соціальної дезадаптації у молоді // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. 2015. Т. 8, № 3 (29). С. 79–85.
5. Малахов П. С., Асеева Ю. О., Харітонова А. С. Проблемність адаптації студентів-медиків // Медична психологія. 2016. № 2. С. 3–5.
6. Пшук Н. Г., Слободянюк Д. П. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, № 2 (83). С. 86–91.
7. Юр'єва Л. М. Образовательные программы профилактики синдрома выгорания у специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, № 4 (93). С. 11–14.
8. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III-IV уровней аккредитации / Кожина Г. М., Маркова М. В., Гриневич Е. Г., Зеленська К. О. // Архів психіатрії. 2011. Т. 17, № 4 (67). С. 32–35.
9. Кіосєва О. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, № 1 (86). С. 60–63.
10. Коваленко М. В. Структурний аналіз перфекціонізму у студентів вищих навчальних медичних закладів // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, № 3 (80). С. 65–68.
11. Лобунець Г. Ю. Проблема розладів психічної сфери студентів, які мають інвалідність // Медична психологія. 2012. № 4. С. 48–50.

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Кожина Г. М.
Дата надходження рукопису 25.01.2018*

Хаустов Максим Миколайович, кандидат медичних наук, доцент, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, Харківський національний медичний університет, пр. Науки, 4, м. Харків, Україна, 61022
E-mail: haustov217@gmail.com