

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ПОДОЛЬСЬКА ЛЮДМИЛА ВОЛОДИМИРІВНА

УДК:616.89-008:159.922.4:614.253.4-054.6:616-08

ДИСЕРТАЦІЯ

**ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В
ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ
ЕТАПАХ НАВЧАННЯ**

222 – медицина

22 – охорона здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

Людмила ПОДОЛЬСЬКА

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: к.мед.н., доцент Шустерман Тамара Йосипівна

Дніпро – 2023

АНОТАЦІЯ

Подольська Л.В. Профілактика та корекція розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за спеціальністю 222 «Медицина», галузь знань 22 «Охорона здоров'я». – Дніпровський державний медичний університет МОЗ України, м. Дніпро.

Гіпотезою даної роботи стало твердження, що іноземні здобувачі освіти на різних етапах навчання (слухачі підготовчого відділення та здобувачі перших курсів) мають різні чинники, які сприяють виникненню труднощів підтримання нормального способу життя та розладів адаптації. У першому випадку – це «культурний шок» (соціальна ізоляція, зіткнення з чужою культурою, новим соціальним середовищем та радикальна зміна умов життя), у другому – значне навчальне перенавантаження у сукупності з недостатнім володінням мовою, на якій здобувачі навчаються.

Так, розлади адаптації в іноземних здобувачів можуть проявлятися у вигляді культурного шоку. Відповідно до визначення ВООЗ, культурний шок — це стан соціальної ізоляції, тривоги, депресії, що розвивається при потраплянні індивідуума в умови чужої культури у відповідь на радикальну зміну умов життя в суспільстві. Відповідно до цього вони потребують особливого підходу до розробки заходів щодо профілактики та корекції цих порушень з урахуванням відповідних чинників та клініко-психопатологічних особливостей.

Результати базуються на даних комплексного обстеження 154 іноземних здобувачів, що проходили навчання на базі Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ).

У дослідженні використовувались соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (доповнений психометричними шкалами), психодіагностичний та статистичний методи.

У ході роботи досліджено особливості клініко-психопатологічної симптоматики, вивчено вираженість проявів астенії, тривоги та депресії, проведено оцінку якості життя, проаналізовано особисті особливості досліджених та варіанти їхньої стрес-долаючої поведінки.

Дослідження складалось з чотирьох етапів:

- На першому етапі було проведено підготовку до дослідження, формування його методології, розробку індивідуальної анкети та програми обстеження, а також набір осіб, які склали контингент дослідження.
- На другому етапі проведено клініко-діагностичне обстеження, яке включало: клінічну бесіду, організовану за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю за спеціально розробленою анкетною для збору анамнезу, об'єктивізації психологічного та психопатологічного стану. Також проводилася оцінка наявності та вираженості психопатологічної симптоматики за допомогою шкали «Суб'єктивна оцінки астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20 (1994)); методики «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ), розроблений Бізюк А.П. та співавт. (2005); шкали «Самооцінка депресії» (Zung W.W., 1965); методики оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001); методики «Акцентуації характеру та темпераменту особистості» Леонгарда-Шмишека (1970) та методики Е. Хеймса «Діагностика копінг-механізмів» (1978). На цьому етапі був здійснений розподіл на групи. До 1-ї увійшли слухачі підготовчого відділення, до 2-ї – здобувачі вищої медичної освіти I-II курсів.
- Третій етап полягав у розробці системи заходів ранньої діагностики, профілактики та корекції з урахуванням провідних чинників, що викликали розлади адаптації, та характеристик психоемоційних порушень. На цьому етапі був проведений комплекс психоосвітніх лекцій та тренінги з

оволодіння практичними навичками для роботи зі стресом, тривогою та агресією. Для досліджених з такими психологічними станами, як «Психічна норма» та Z73.2 – «Недостатність відпочинку та розслаблення» (з рубрики Z73 – «Проблеми, пов'язані з труднощами підтримання нормального способу життя»), цей етап був завершальним, для інших (R53 та F43) проводилися заходи як профілактики, так і корекції. Так, у групу втручання (корекція) входило 75 осіб (як досліджених групи 1, так і групи 2) з такими психічними феноменами, як R53 («Нездужання та втома, що включала хронічну невротичну слабкість») та F43. Для осіб з R53 була проведена лише психотерапевтична корекція, для F43 як психотерапевтична, так і медикаментозна, зокрема з використанням антидепресантів (за потребою), згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР», затвердженим наказом МОЗ України №121 від 23.02.2016. Контроль ефективності проводився через 6 міс. після проведення заходів корекції та профілактики.

- На четвертому етапі було проведено порівняльний аналіз результатів використання запропонованої нами комплексної системи персоніфікованих корекційних заходів в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

За результатами клініко-психопатологічного дослідження було виявлено тенденцію до поступового поглиблення дезадаптивного стану при переході на наступний етап навчання з виявленням астеничної, тривожної та депресивної симптоматики.

Установлений та доказово обґрунтований вплив несприятливих зовнішніх факторів за наявності неадекватних варіантів копінг-стратегій на формування психопатологічних порушень.

Були виявлені категорії досліджених, що потребували проведення профілактичних та корекційних заходів, направлених на зміну неадаптивних варіантів копінг-поведінки та нівелювання психопатологічних феноменів.

Отримані нами дані доводять необхідність розробки і впровадження системи ранньої діагностики, профілактики та корекції розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання, враховуючи тяжкість психопатологічної симптоматики.

Аналіз та структуризація скарг, групування їх у провідні психопатологічні симптоми, враховуючи такі психометричні шкали (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20 за E.M. Smets et al. (1994), «Інтегративний тест тривожності», розроблений А.П. Бізюк та співавт. (2005), та «Самооцінка депресії» за Zung W.W. (1965)), дозволили виділити такі психічні стани, як стани без психічних порушень («Психічна норма»); граничні стани, що не досягають рівня психічних та поведінкових розладів, або Z73.2 – «Недостатність відпочинку та розслаблення», R53 – «Нездужання та втома, що включає хронічну невротичну слабкість», та F43 – «Розлади адаптації» (F43.22 – «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція» й F43.23 – «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій»).

Серед досліджених групи 2, на відміну від досліджених групи 1, достовірно частіше зустрічались такі клініко-психопатологічні компоненти розладів адаптації, як астения, тривога та депресія ($p < 0,05$), що свідчить про тенденцію до поступового поглиблення психопатологічного стану при переході на наступний етап навчання.

Виявлено наявність більшої клінічної вираженості астеничних симптомів у досліджених групи 2 ($p < 0,05$).

Серед досліджених групи 2 достовірно частіше реалізовувався вищий за норму рівень СТ у порівнянні з групою 1 ($p = 0,02$). Щодо складових СТ

досліджені групи 1 частіше відчували соціальну незахищеність ($p=0,02$), у той час як здобувачі групи 2 - мали достовірно вищу частоту астенічного компоненту ($p<0,001$); серед складових ОТ було знайдено достовірно вищі значення у досліджених групи 2 лише за астенічним компонентом ($p<0,001$).

Достовірно вищий рівень депресії виявлений у досліджених групи 2. При цьому усі випадки депресії в обох групах відповідали легкому рівню, що говорить саме про депресивний стан у рамках розладу адаптації.

Встановлено, що провідними акцентуаціями особистості у досліджених обох груп були «Гіпертимність», «Афективність» та «Емотивність». За всіма типами акцентуацій особистості встановлена статистична однорідність у всіх досліджених, що свідчило про більш виражений вплив саме зовнішніх факторів (культурний шок, значне недостатнім володінням мовою, на якій здобувачі навчаються) у генезі формування психопатологічних порушень.

Встановлено, що у досліджених групи 1 переважали адаптивні варіанти копінг-стратегій, у той час як серед досліджених групи 2 – неадаптивні варіанти, що може бути розцінено, як підґрунтя до формування розладів адаптації.

У досліджених обох груп з психічною нормою та Z73.2 (підгрупи 1) у більшості випадків копінг-механізми виявились адаптивними, у підгрупах 2 (R53 та F43) – неадаптивними. Встановлено, що досліджені з підгруп 2 потребували проведення профілактичних та корекційних заходів, направлених на зміну неадаптивних варіантів копінг-поведінки, у той час, як досліджені з підгруп 1 - лише профілактичних.

Виявлено, що ризики виникнення симптомів розладів адаптації у досліджених групи 2 перевищував такі у групи 1: для астенії - у 2,4 рази, для тривоги - у 2,3 рази та для депресії у 2,6 рази, що підтверджує гіпотезу про

вплив зовнішніх факторів на формування розладів адаптації (культурний шок, навчальне перенавантаження та незнання мови).

Досліджена якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації на різних етапах навчання та її взаємозв'язок з феноменологічними компонентами розладів адаптації.

Виявлені статистично нижчі результати у досліджених групи 2, на відміну від досліджених групи 1, за шкалами «Психічного благополуччя», «Працевдатність», «Міжособистісна реалізація», «Загальне сприйняття життя» та за інтегративним показником.

Встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку між високим рівнем астенії, тривоги та депресії у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та зниженням інтегративного показника якості життя.

Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я комплексну, поетапну, персоналізовану систему профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. Подано характеристику змісту й наповнення етапів системи: підготовчого, психодіагностичного, профілактичного та корекційного. Заходи профілактики були розроблені з акцентуванням на пом'якшення наслідків культурний шоку для досліджених групи 1 та навчального перевантаження у досліджених групи 2.

Заходи корекції містили у собі засоби психотерапії, звукотерапії, арт-терапії, елементи технік НЛП та медикаментозну терапію (за потреби), з урахуванням верифікованих діагностичних таксонів.

Проведена оцінка та статистично доведена ефективність запропонованої комплексної, поетапної, персоналізованої системи профілактики та корекції

розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Наукова новизна роботи:

1. Уперше були проаналізовані клініко-анамнестичні дані та досліджені соціо-демографічні характеристики іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації на різних етапах навчання з урахуванням чинників, що призвели до цих станів.
2. Уперше було досліджено клініко-психопатологічні особливості розладів адаптації, в залежності від провідного фактору, у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
3. Уперше було визначено індивідуально-психологічні особливості іноземних здобувачів вищої медичної освіти в залежності від етапу навчання.
4. Уперше було оцінено ризики виникнення клініко-психопатологічних компонентів розладів адаптації іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
5. Уперше було досліджено якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти в залежності від етапу навчання та виявлені її кореляційні зв'язки з компонентами розладів адаптації.
6. Уперше було розроблено комплексну, поетапну, персоніфіковану систему профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та оцінена її ефективність.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробці профілактичних, ранніх діагностичних та корекційних заходів у здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації, які мають як універсальну, так і специфічну таргетну спрямованість та підтверджену ефективність. При несвоєчасному проведенні заходів профілактики, ранньої діагностики та

корекції психопатологічних порушень у 2,7 рази зростає ризик трансформації донозологічних станів психічної дезадаптації в клінічно окреслені прояви психопатологічних порушень.

Ключові слова: розлади адаптації, іноземні здобувачі, вища медична освіта, астения, тривога, депресія, профілактика, корекція.

ABSTRACT

Podolskaya L. V. Prevention and correction of adaptation disorders in foreign applicants for higher medical education at different stages of training.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in specialty 222 "Medicine", branch of knowledge 22 "Healthcare". - Dnipro State Medical University of the Ministry of health of Ukraine, Dnipro.

The hypothesis of this work was the statement that foreign applicants for education at different stages of training (students of the preparatory department and first-year applicants) have different factors that contribute to the emergence of difficulties in maintaining the normal lifestyle and adaptation disorders. In the first case, it is the "culture shock" (social isolation, contact with the foreign culture, the new social environment and the radical change in living conditions), in the second case it is the significant educational overload combined with insufficient knowledge of the language in which applicants study.

Thus, adaptation disorders in foreign applicants can manifest themselves in the form of culture shock. According to the WHO definition, culture shock is the state of social isolation, anxiety, and depression. It develops when the individual finds himself/herself in the foreign culture environment. It occurs in response to the radical changing in living conditions in society. In accordance with this, they require the special approach to the development of measures for the prevention and correction of

these disorders, taking into account the relevant factors and clinical and psychopathological features.

The results are based on the comprehensive survey of 154 foreign applicants who were trained at Dnipro State Medical University (DSMU).

Socio-demographic, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psychodiagnostic (supplemented with psychometric scales), psychodiagnostic and statistical methods have been used in this research work.

The particularities of clinical and psychopathological symptoms were investigated. The severity of manifestations of asthenia, anxiety and depression were studied in the course of the work. The quality of life was assessed; the personal characteristics of the subjects and their variants of stress-overcoming behavior were analyzed.

The investigation consisted of four stages:

- The preparation for the investigation, formation of its methodology, development of an individual questionnaire and survey program, as well as recruitment of persons who made up the study contingent were carried out at the first stage
- At the second stage, the clinical and diagnostic examination was conducted. It included: the clinical conversation organized on the principle of the semi-structured clinical interview based on the specially developed questionnaire for taking anamnesis, objectifying the psychological and psychopathological state. The presence and severity of psychopathological symptoms were also assessed. It was conducted with using the "Subjective assessment of asthenia" scale (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20 (1994) [146]; methods "Integrative anxiety test "(ITT), developed by Bizyuk A. P. and co-auth. (2005) [148]; scales "Self-assessment of depression" (Zung W.W., 1965) [148]; methods for assessing the quality of life Mezzich and co-auth. (1999) in the adaptation of N. O. Maruta (2001) [149]; methods of "accentuating the character and

temperament of the individual" by Leonhard-Shmishek (1970) [150] and methods by E. Heimes "Diagnostics of coping mechanisms" (1978) [151]. At this stage, the division into groups was carried out. The first category includes students of the preparatory department, and the second category includes applicants for higher medical education of I-II courses.

- The third stage concerned the development of the system of measures for early diagnosis, prevention and correction, taking into account the leading factors that caused adaptation disorders and the characteristics of psychoemotional disorders. At this stage, the set of psychoeducational lectures and trainings on mastering practical skills for working with stress, anxiety and aggression was held.

This stage was the final one for the subjects with such psychological conditions as "Mental norm" and Z73.2 – "Lack of rest and relaxation" (from the heading Z73 – "Problems associated with difficulties in maintaining a normal lifestyle"). For the rest (R53 and F43), both prevention and correction measures were carried out. Thus, the intervention group (correction) included 75 people (both Group 1 and Group 2 studied) with such mental phenomena as R53 ("Malaise and fatigue, including chronic neurotic weakness") and F43. For individuals with R53, only psychotherapy correction was performed, for F43, both psychotherapy and medication, in particular with the use of antidepressants (if necessary), according to the unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care "Response to severe stress and adaptation disorders. PTSD. It was approved by the order of the Ministry of health of Ukraine No. 121 of 23.02.2016. Efficiency control was conducted after carrying out correction and prevention measures within 6 months.

- At the fourth stage, the comparative analysis of the results of using the comprehensive system of personalized correctional measures proposed by us for

foreign applicants for higher medical education at different stages of training was carried out.

According to the results of the clinical and psychopathological study, the tendency to gradually deepening the maladaptive state during the transition to the next stage of training with the detection of asthenic, anxiety and depressive symptoms was revealed.

The influence of unfavorable external factors in the presence of inadequate coping strategies on the formation of psychopathological disorders has been established and proved.

Categories of subjects were identified. They required preventive and corrective measures aimed at changing maladaptive variants of coping behavior and leveling psychopathological phenomena.

The data obtained by us prove the need to develop and implement the system of measures for early diagnosis, prevention and correction of adaptation disorders in foreign applicants for higher medical education at different stages of training, taking into account the severity of all pathological symptoms.

Analysis and structuring of complaints, grouping them into leading psychopathological symptoms, taking into account the following psychometric scales (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20 according to E.M. Smets co-auth. (1994), "Integrative anxiety test", developed by A. P. Bizyuk co-auth. (2005), and "Self-assessment of depression " by Zung W.W. (1965)), allowed us to distinguish such mental states as states without mental disorders ("Mental norm"); limit states that do not reach the level of mental and behavioral disorders, or Z73.2 – "Lack of rest and relaxation", R53 – "Malaise and fatigue, including chronic neurotic weakness", and F43 – "Adaptation disorders" (F43.22 – "Adaptation disorders, mixed anxiety-depressive reaction" and F43.23 – "Adaptation disorders with the predominance of disorders of other emotions").

Among the studied Group 2, in contrast to the studied Group 1, such clinical and psychopathological components of adaptation disorders as asthenia, anxiety and depression ($p < 0.05$) were significantly more common. It testifies the tendency to gradually deepening the psychopathological state during the transition to the next stage of training.

The presence of greater clinical severity of asthenic symptoms was revealed in the studied Group 2 ($p < 0.05$).

Among the studied Group 2, the higher-than-normal CT level was significantly more often realized compared to Group 1 ($p = 0.02$). In relation to the components of CT, the studied groups 1 were more likely to experience social insecurity ($p = 0.02$), while the applicants of Group 2 - had the significantly higher frequency of the asthenic component ($p < 0.001$); among the components of OT, significantly higher values were found in the studied Group 2 only for the asthenic component ($p < 0.001$).

The significantly higher level of depression was found in the studied Group 2. At the same time, all cases of depression in both groups corresponded to the mild level. It indicates the depressive state within the framework of adaptation disorder.

It was found that the leading personality accentuations in both groups studied were "Hyperthymicity", "Affectivity" and "Emotionality". For all types of personality accentuations, statistical uniformity was established in all the studied ones. It indicated the more pronounced influence of external factors (culture shock, significant lack of knowledge of the language in which applicants study) in the genesis of the formation of psychopathological disorders.

It was found that adaptive variants of coping strategies prevailed in the studied Group 1, while maladaptive variants prevailed among the studied Group 2, which can be regarded as the basis for the formation of adaptation disorders.

In both groups with the mental norm and Z73.2 (subgroups 1), coping mechanisms were adaptive in most cases, and maladaptive in subgroups 2 (R53 and

F43). It was found that those studied from subgroups № 2 needed preventive and corrective measures aimed at changing maladaptive coping behavior variants, while those studied from subgroups 1 needed only preventive ones.

It was found that the risks of symptoms of adaptation disorders in the studied Group 2 exceeded those in Group 1: for asthenia - by 2.4 times, for anxiety - by 2.3 times and for depression-by 2.6 times, which confirms the hypothesis about the influence of external factors on the formation of adaptation disorders (culture shock, learning overload and ignorance of the language).

Quality of life of foreign applicants for higher medical education with adaptation disorders at different stages of training and its relationship with phenomenological components of adaptation disorders was researched.

Statistically lower results were found in the studied Group 2, in contrast to the studied Group 1, on the scales of "Mental well-being", "Employability", "Interpersonal realization", "General perception of life" and on the integrative indicator.

There was the direct correlation between the high level of asthenia, anxiety and depression in foreign applicants for higher medical education at different stages of training and the decrease in the integrative indicator of quality of life.

The comprehensive, systematic, personalized system of measures for the prevention and correction of adaptation disorders in foreign applicants for higher medical education at various stages of training was scientifically substantiated, developed and implemented in healthcare practice. The substance and contents of the system stages were proposed: preparatory, psychodiagnostic, preventive and correctional. Preventive measures were developed with the emphasis on mitigating the effects of culture shock in the studied Group 1 and learning overload in the studied Group 2.

Correction measures included means of psychotherapy, sound therapy, art therapy; elements of NLP techniques and drug therapy (if necessary), taking into account verified diagnostic taxons.

The effectiveness of the proposed comprehensive, systematic, personalized system of measures for the prevention and correction of adaptation disorders in foreign applicants for higher medical education at different stages of training was evaluated and statistically proven.

Scientific novelty of the work:

1. Firstly clinical and anamnestic data were analyzed and socio-demographic characteristics of foreign applicants for higher medical education with adaptation disorders at different stages of training were studied, taking into account the factors that led to these conditions.

2. Firstly, clinical and psychopathological features of adaptation disorders, depending on the leading factor, were studied in foreign applicants for higher medical education at different stages of training.

3. Firstly, individual psychological characteristics of foreign applicants for higher medical education were determined, depending on the stage of training.

4. Firstly, the risks of clinical and psychopathological components of adaptation disorders of foreign applicants for higher medical education at different stages of training were assessed.

5. Firstly, the quality of life of foreign applicants for higher medical education was studied depending on the stage of training and its correlations with the components of adaptation disorders were identified.

6. Firstly, the comprehensive, systematic, personalized system of measures for the prevention and correction of adaptation disorders in foreign applicants for higher medical education at different stages of training was developed and its effectiveness was evaluated.

The practical significance of the results obtained is the development of preventive, early diagnostic and corrective measures for applicants of higher medical education with adaptation disorders, which have both the universal and specific target orientation and proven effectiveness. In case of untimely implementation of preventive measures, early diagnosis and correction of psychopathological disorders, the risk of transformation of pre-nosological states of mental maladaptation into clinically defined manifestations of psychopathological disorders increases by 2.7 times [141].

Keywords: adaptation disorders, foreign applicants, higher medical education, asthenia, anxiety, depression, prevention, correction.

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Ситуаційна тривога та особистісна тривожність у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Український вісник психоневрології. 2022;30(3):127-32. DOI: 10.36927/2079-0325-V30-is3-2022-95
2. Yuryeva LM, Shusterman TY, Podolska LV. Depression in the structure of adjustment disorders in foreign applicants for higher education at different stages of studying. Вісник проблем біології і медицини. 2022;3(166):287-295. DOI: 10.29254/2077-4214-2022-3-166-287-295
3. Podolska LV, Shusterman TY, Yuryeva LM. Quality of life of foreign students of higher medical education with adjustment disorders. Вісник проблем біології і медицини. 2022;4(167):204-7. DOI: 10.29254/2077-4214-2022-4-167-204-209
4. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Клініко-психометричне дослідження астенії у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Медичні перспективи. 2022;27(4):136-43. DOI: 10.26641/2307-0404.2022.4.271189
5. Подольська ЛВ, Юр'єва ЛМ. Особливості особистості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та їх вплив на формування розладів адаптації. Український вісник психоневрології. 2023;31(114)(1):92-6. DOI: 10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-13
6. Подольська ЛВ, Юр'єва ЛМ. Роль копінг-стратегій у формуванні розладів адаптації іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. Вісник морської медицини. 2023;2(99):50-56. DOI: 10.5281/zenodo.8171274

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи:

1. Подольська ЛВ. Гендерні особливості астенії у студентів – громадян іноземних країн. В: Наук.-практ. конф. з міжнар. участю. Якість медичних послуг у сфері психічного здоров'я [Інтернет]; 2021 Трав 20-21; Харків; 2021.
2. Юр'єва ЛМ, Подольська ЛВ. Клініко-психопатологічні особливості астенії у здобувачів медичної освіти з іноземних країн. В: Наук. симпозиум з міжнар. участю. Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги [Інтернет]; 2021 Жовт 7-8; Харків; 2021.
3. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Дослідження ситуаційної тривоги та особистісної тривожності у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. В: 4-й нац. конгрес неврологів та психіатрів України. Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку [Інтернет]; 2022 Жовт 6-7; Харків; 2022.
4. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Клініко-психопатологічні та соматопсихічні прояви розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої освіти на різних етапах навчання. В: 3-й конгрес з міжнар. участю. Психосоматична медицина 20 століття: реалії та перспективи [Інтернет]; 2022 Листоп 4-6; Київ; 2022
5. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Освітні заходи у структурі психопрофілактики розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти. В: Інноваційні технології в науці та освіті. Європейський досвід. V Міжнар. конф.; 2022 Листоп 29; Дніпро. Дніпро: Журфонд; 2022, с. 119-23.

6. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Вплив особливостей адаптації на показники якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. В: Наук.-практ. конф. у формі онлайн-трансляції. Організація амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги під час війни [Інтернет]; 2023 Січ 26-27; 2023

ЗМІСТ

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА.....	17
ЗМІСТ.....	20
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І ТЕРМІНІВ.....	22
ВСТУП.....	23
РОЗДІЛ 1. СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ Й КОРЕЦІЇ.....	29
1.1. Адаптація іноземних здобувачів вищої медичної освіти в межах міжнародної освітньої міграції.....	29
1.2. Розлади адаптації в іноземних здобувачів на різних етапах соціокультурного пристосування.....	37
1.3. Сучасні погляди на профілактику та корекцію розладів адаптації іноземних здобувачів.....	49
Висновки до розділу 1	56
РОЗДІЛ 2. ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ	57
2.1. Характеристика досліджуваної вибірки та дизайн роботи.....	57
2.2. Методи дослідження.....	61
Висновки до розділу 2.....	66
РОЗДІЛ 3. КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА, ПСИХОМЕТРИЧНА, ПАТОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ.....	67
3.1. Клініко-діагностичне обстеження іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації залежно від етапу	

навчання.....	67
3.2. Оцінка ризиків виникнення компонентів розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти залежно від етапу навчання.....	86
3.3. Психометрична характеристика якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації залежно від етапу навчання та її взаємозв'язок з компонентами розладів адаптації.....	88
Висновки до розділу 3.....	92
РОЗДІЛ 4. ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ.....	98
4.1. Етап (профілактичний).....	103
4.2 Етап (корекційний).....	108
4.3. Оцінка ефективності.....	113
4.4. Ілюстрація клінічних випадків серед іноземних здобувачів вищої медичної освіти.....	119
РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	129
ВИСНОВКИ.....	135
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	138
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	139
ДОДАТОК А.....	161
ДОДАТОК Б.....	163
ДОДАТОК В.....	165

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ, СИМВОЛІВ, ОДИНИЦЬ, СКОРОЧЕНЬ І
ТЕРМІНІВ

РА	–	розлади адаптації
АС	–	астенічний синдром
СТ	–	ситуативна тривога
ОТ	–	особистісна тривожність
АО	–	акцентуації особистості
ЯЖ	–	якість життя

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Процес адаптації здобувачів вищої освіти — одна з найактуальніших проблем сучасного суспільства, бо саме від цього напряму залежить успішність у навчанні, особистісний розвиток та формування позитивного ставлення до вибраної професії майбутнього фахівця. Слід також зазначити, що період навчання в закладі вищої освіти збігається з періодом маніфестації багатьох психічних розладів, які зумовлені не тільки біологічними факторами, але й великим психоемоційним перевантаженням, з яким стикаються здобувачі освіти на всіх етапах навчання [1]. Найбільш яскраво це помітно в представників медичних закладів у перші роки навчання [2; 3]. Саме в цей період відбуваються зміни їхнього звичного укладу життя, ставлення до себе як до особистості, пристосування та налагодження дружніх стосунків у новому колективі і, найголовніше, з'являється нагальна потреба засвоювати великі обсяги нової інформації в найкоротший термін [4]. Усе це сприяє підвищенню рівня тривоги та виснаженню захисних систем, що при несприятливих умовах призводить до зриву компенсаторних механізмів з подальшим формуванням непсихотичних психічних розладів [5]. Також слід сказати про великий ризик розвитку розладів адаптації в іноземних здобувачів [6; 7]. До зазначеного вище переліку факторів додаються ще й мовний бар'єр, потреба пристосування до соціокультурних особливостей нової країни, її кліматичних умов, нової їжі та, досить важливо, — відбувається соціальне дистанціювання з рідними та друзями [8]. Все це є додатковим підґрунтям для формування психопатологічних порушень, насамперед — проблем, пов'язаних з труднощами підтримання нормального способу життя, та розладів адаптації.

Тому є необхідність розробки та впровадження заходів корекції ранньої діагностики та профілактики розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Робота виконується в рамках НДР кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету «Розробка системи діагностичних, психокорекційних, лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для хворих з неспсихотичними психічними розладами та членів їх родини», № держреєстрації 0118U001281, термін виконання 01.01.2019 р.- 30.11.2021 р., що підтверджує актуальність та цінність її напрацювань.

Мета роботи – На основі аналізу клініко-психопатологічних особливостей розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання і оцінки їх клініко-анамнестичних, соціально-демографічних й індивідуально-психологічних характеристик розробити систему заходів ранньої діагностики, профілактики та корекції цих розладів.

Для досягнення поставленої мети були виділені такі **задачі**:

1. Проаналізувати клініко-анамнестичні дані та дослідити соціально-демографічні характеристики іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
2. Дослідити клініко-психопатологічні особливості розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
3. Визначити індивідуально-психологічні особливості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
4. Оцінити ризики виникнення клініко-психопатологічних компонентів розладів адаптації іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

5. Дослідити якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти в залежності від етапу навчання та виявити її кореляційні зв'язки з феноменологічними компонентами розладів адаптації.
6. Розробити комплексну, поетапну, персоніфіковану систему заходів профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та оцінити її ефективність..

Об'єкт дослідження – розлади адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Предмет дослідження: клініко-психопатологічні, психометричні й патопсихологічні особливості розладів адаптації іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та їх профілактика й корекція

Методи дослідження: соціально-демографічний, клініко-анаамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний (доповнений психометричними шкалами), біостатистичний.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- Вперше були проаналізовані клініко-анамнестичні дані та досліджені соціо-демографічні характеристики іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації на різних етапах навчання з урахуванням чинників, що призвели до цих станів.
- Вперше було досліджено клініко-психопатологічні особливості розладів адаптації, в залежності від провідного фактору, у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
- Вперше було визначено індивідуально-психологічні особливості іноземних здобувачів вищої медичної освіти в залежності від етапу навчання.

- Вперше було оцінено ризики виникнення клініко-психопатологічних компонентів розладів адаптації іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
- Вперше було досліджено якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти в залежності від етапу навчання та виявлені її кореляційні зв'язки з компонентами розладів адаптації.
- Вперше було розроблено комплексну, поетапну, персоніфіковану систему заходів профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та оцінена її ефективність.

Практичне значення одержаних результатів полягає в розробці заходів профілактики, ранньої діагностики та корекції розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання, які мають як універсальну, так і специфічну таргетну спрямованість та підтверджену ефективність.

Вищевказані заходи впроваджено в практику роботи Дніпровського державного медичного університету – у навчальний процес кафедр психіатрії, наркології та медичної психології; мовної підготовки та гуманітарних наук та лабораторії психофізіологічного розвантаження; Одеського державного медичного університету – кафедри психіатрії, наркології та медичної психології, Вінницького державного медичного університету – кафедри медичної психології та психіатрії та Харківського державного медичного університету – кафедри психіатрії, наркології та медичної психології.

Особистий внесок здобувача. Дисертантом власноруч заплановані та здійснені дослідження, результати яких наведено в рукопису. Усі ідеї та розробки, використані в цьому дослідженні, належать особисто автору. Самостійно проведено інформаційно-патентний пошук і планування роботи.

Виконано аналітичний огляд джерел науково-методичної інформації відповідно до вибраної теми. Особисто розроблено відповідний інструментарій дослідження, сформовано базу даних, проведено її аналіз та інтерпретацію. Власне автором здійснено соціально-демографічне, клініко-психопатологічне, психометричне й психодіагностичне дослідження. Проведено ґрунтовний системний, теоретичний, науковий аналіз та інтерпретацію отриманих результатів, на основі чого сформульовані висновки дослідження. Розроблено, запропоновано та впроваджено персоніфіковані заходи профілактики та корекції розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Матеріали дисертації доповідались та обговорювались на науково-практичних конференціях, у тому числі, з міжнародною участю: науково-практичній конференції з міжнародною участю «Якість медичних послуг у сфері психічного здоров'я» (20-21 травня 2021 р., м. Харків); науковому симпозіумі з міжнародною участю «Персоніфіковані підходи щодо неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги» (7-8 жовтня 2021 р., м. Харків); IV національному конгресі неврологів та психіатрів України «Неврологія, психіатрія та наркологія у сучасному світі: глобальні виклики та шляхи розвитку» (6-7 жовтня 2022 р., м. Харків); III конгресі з міжнародною участю «Психосоматична медицина 20 століття: реалії та перспективи» (4-6 листопада 2022 р., м. Київ); V Міжнародній конференції «Інноваційні технології в науці та освіті. Європейський досвід» (29 листопада 2022 р., м. Дніпро); науково-практичній конференції у формі онлайн-трансляції «Організація амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги під час війни» (26-27 січня 2023 р., м. Дніпро).

Публікації. За матеріалами дисертації опубліковано 6 наукових статей, з яких 1 стаття у фаховому науковому виданні, затвердженому МОН України класу «А» та 5 статей – у фахових наукових виданнях, затверджених МОН України класу «Б», представлено 6 тез в матеріалах вітчизняних та закордонних конференцій.

Структура та обсяг дисертації. Дисертаційна робота складається з анотації, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів досліджень, розділів власних досліджень, узагальнення та аналізу отриманих результатів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел, що містить 165 джерела, з яких 54 – кирилицею, та 111 – латиницею, також 3 додатки. Робота викладена на 171 сторінках комп'ютерного тексту, ілюстрована 21 таблицею та 12 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ПРОБЛЕМУ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ТА ШЛЯХИ ЇХ ПРОФІЛАКТИКИ Й КОРЕКЦІЇ

1.1. Адаптація іноземних здобувачів вищої медичної освіти в межах міжнародної освітньої міграції

Вища освіта – одна з найважливіших соціальних структур, що багато в чому визначає середовище взаємодії представників різних етнічних (національних), расових та конфесійних груп.

Після здобуття статусу незалежності в Україні відбулися політичні, соціально-економічні та організаційні зміни, що привели до змін у системі вищої освіти, з'явилися нові стратегічні напрямки перебудови освітнього процесу задля високої якості надання вищої освіти іноземними здобувачами [9].

Ключовою тенденцією стала міжнародна освітня міграція, що являє собою міждержавне переміщення населення з метою отримання якісної освіти різних кваліфікаційних рівнів [10].

Якісна підготовка фахівців і доступність вищої освіти приваблює іноземних громадян до навчання в закладах вищої освіти нашої держави. Тому Україна посідає гідне місце серед європейських країн за загальною чисельністю студентів. Найпопулярнішими в іноземних громадян є медичні, економічні та інженерні спеціальності [11].

Оскільки освіта є однією з найбільших сфер світової економіки та одним з секторів світової торгівлі, що найбільш швидко розвиваються, і багато в чому визначає економічний розвиток країни та її конкурентоспроможність у

світовому масштабі, багато країн почали розглядати освітню міграцію як значущу складову своєї зовнішньої політики, спрямовану на зміцнення економічного та політичного впливу у світі [12].

У Державній національній доктрині розвитку освіти в Україні у XXI столітті визначено пріоритети розвитку вітчизняної освіти, одним з яких є інтеграція освіти в європейський і світовий освітній простір. У ст. 76 Закону України «Про вищу освіту» зазначено, що «основним напрямом зовнішньоекономічної діяльності закладу вищої освіти є організація підготовки осіб із числа іноземних громадян до вступу у вищі навчальні заклади України».

За період з 1999 до 2020 рр. Болонська реформа привела до створення загальноєвропейської зони вищої освіти, коли відсоток іноземних здобувачів значно зріс в усіх країнах, і інтернаціоналізація вищої освіти стала розглядатися як перехідний етап, що може вплинути на освітню систему, зробивши її повністю інтернаціональною [13].

Нині в умовах гострої конкурентної боротьби на світовому ринку освітніх послуг Україна дедалі більше стає його активним учасником, залучаючи іноземних громадян з метою надання їм вищої освіти [14,15].

За даними Національного центру міжнародної освіти України, у нашій державі навчається 80470 іноземних студентів зі 158 країн світу, з яких 87,85% вже є студентами, 8,64% проходять мовну підготовку, а решта є аспірантами або навчаються за програмами академічної мобільності, і їх кількість зростає з року в рік [16]. Згідно з останніми відомостями, в Україні у 2019–2020 навчальному році в закладах вищої освіти навчається 63820 іноземних студентів. Серед них 14860 студентів з Індії, 6026 студентів з Марокко, 4858 студентів з Азербайджану та 4541 з Туркменістану [17].

Міжнародна освітня міграція стала об'єктом пильної уваги вчених. Цій темі присвячено чимало робіт західних дослідників, серед яких Ф.Альтбах, Д.Масей, Р.Епплярд, А.Фіндлі, Б.Ліндсі Лоувелл, К.Озден, О.Старк, К.Тремблей та інші.

В Україні цими дослідженнями займалися такі вчені, як: О.Біляковська, О.Жилінська, Г.Згуровський, В.Куценко, О.Малінівська, Л.Семів, І.Прокопенко, О.Хомра та інші.

Ми живемо в епоху глобальних змін, що відбуваються як у межах окремої держави, так і у світі загалом. Інформаційне суспільство змінює систему цінностей, образ освіченої людини та освіту в цілому й одночасно сприяє виникненню стресових ситуацій [18].

Стрес є базисним патогенетичним фактором багатьох соматичних та психічних захворювань, а також маркером фізичного, морального та духовного здоров'я.

В останні роки значна частка населення України переживає стрес, що викликає різноманітні психоемоційні порушення та розлади різних органів та систем, де адаптація до стресу виявляється в досягненні рівноваги між стресором та захисними механізмами [19]. Особливо гостро ця проблема постає серед студентської молоді.

Якісна професійна підготовка майбутніх спеціалістів залежить від успішності адаптації студентів до мінливих умов навчально-виховного процесу.

Процес адаптації є складним та багатограним. Адаптація людини залежить від її генетичних, фізіологічних, поведінкових й особистісних особливостей.

Термін «адаптація» походить від латинського слова «adaptio», що в перекладі означає «пристосування». Але широкого застосування цей термін набув лише в 1865 р., коли був уведений Г. Аубертом, та вживався виключно в

медичній та психологічній літературі як зміна чутливості аналізаторів під впливом пристосування органів чуття до діючих подразників [20].

Нині процес адаптації визначається як процес пристосування індивіда до умов соціального середовища, а також зустрічної дії особистості й середовища, що полягає в тенденції до встановлення ними гармонійної рівноваги на основі узгодженості вимог і соціальних очікувань [21]. Тобто це пристосування організму до обставин та умов мінливого оточуючого світу.

Проблема процесу адаптації досліджується багатьма вченими досить широко. До теперішнього часу накопичена значна теоретична та емпірична база досліджень, присвячених процесу соціально-психологічної адаптації особистості. В іноземній літературі це роботи таких науковців, як Е. Еріксон, Д. Клаузен, З. Фройд, П. Адлер, А. Маслоу, Т. Льюїс та інші.

В Україні питанням адаптації студентів були присвячені роботи таких вчених, як О. Юрценюк, А. Кожина, О. Хаустова [22].

У сучасній літературі зазначено, що адаптація до навчального процесу складається з декількох етапів:

- фізіологічна адаптація до навчального процесу (триває до двох тижнів);
- психологічна адаптація (триває до двох місяців);
- соціально-психологічна (триває до трьох років) [23].

Крім того, адаптація поділяється на форми залежно від сфери людського існування: фізіологічна, психологічна, культурна та соціальна [24,25].

Фізіологічну адаптацію трактують як зміну біологічних механізмів регуляції життєдіяльності задля збереження сприятливого фізичного самопочуття [26, 27, 28].

З позиції фізіології розрізняють строкову й довгострокову адаптації, які відображають різні хронологічні межі та періоди, впродовж яких особистість

або організм змінюються та пристосовуються до нових умов або середовища [29].

Строкова адаптація включає в себе активну реакцію на конкретний стимул або подію з метою забезпечити оптимальне функціонування в теперішній час.

Довгострокова адаптація, на відміну від строкової, передбачає більш тривалий процес змін, який може тривати довгий період часу, можливо, навіть роки. Це пов'язано з абсорбцією та інтеграцією нових знань, навичок, цінностей або поведінкових патернів, що дозволяють особистості адаптуватися до більш глибоких та сталих змін у житті. Тобто у випадку адаптації іноземних студентів ми говоримо саме про довгострокову адаптацію.

У контексті психологічної адаптації основними показниками можуть бути визнані підвищений рівень самооцінки, низький рівень тривожності, наявність позитивного емоційного настрою та стабільний душевний стан [30,31,32,33]. Крім того, високий рівень самооцінки вказує на особливість людини оцінювати себе позитивно, що може впливати на її загальну здатність адаптуватися до викликів та змін у навколишньому середовищі, у той час як низький рівень тривожності дозволяє контролювати ступінь занепокоєння та стресових реакцій у різних ситуаціях.

Одним з найважливіших фактором успішної адаптації іноземного здобувачає мовна адаптація. Володіння мовою дозволяє розуміти лекції, спілкуватися з оточенням, а також здійснювати наукові дослідження та писати академічні роботи [34,35].

Культурна адаптація може бути визначена як процес освоєння та інтеграції культурних цінностей, норм, традицій та способу життя, що домінують у конкретному соціокультурному середовищі, з метою досягнення комфортного рівня життя. Цей процес включає в себе вивчення культурних звичаїв, мовних особливостей, соціальних норм, релігійних аспектів та інших аспектів культури,

що дозволяє особі більш ефективно та успішно взаємодіяти з навколишнім середовищем [36,37].

Крім того, під час навчання в чужій країні до вищезгаданого додається адаптація до освітнього процесу, тобто перебудова особистості в рамках включення іноземного студента в нову соціальну роль [38,3]. При цьому постає необхідність не тільки освоїти культурні цінності та звичаї нового соціокультурного середовища, але й перебудувати свою особистість та роль у суспільстві з метою включення в академічну спільноту та успішного здобуття освіти.

У процесі соціальної адаптації відбувається узгодження умов соціального середовища й можливостей людини, її очікувань і потреб [39]. У зв'язку з тим, що навчання студентів відбувається в групах, їхня особистісна адаптація (звикання до нових умов зовнішнього середовища) безпосередньо пов'язана з їхнім становищем у колективі, причому особистість, група й середовище активно впливають одне на одного.

Чернякова А.В. у своїй роботі писала, що соціальна адаптація тісно пов'язана з процесом соціалізації, інтеріоризації норм та цінностей нового соціального середовища, способами предметної діяльності, формами соціальної взаємодії [40]. Тобто, перш за все, під поняттям адаптації ми розуміємо саме соціальну адаптацію.

Згідно з даними Енциклопедії сучасної України 2022 р., адаптацію визначають як пристосування індивіда до групових норм і власне соціальної групи [41]. Вона полягає в пристосуванні особи чи суспільної групи до різних вимог середовища (економічних, соціальних і фізичних) без відчуття внутрішнього дискомфорту.

Дослідження останніх років показують, що специфіка соціальної адаптації особистості студентів-іноземців полягає в багатоаспектності, що включає

адаптацію до нових умов життя в іншій країні, пристосування до її традицій і норм суспільної поведінки, а також нового соціально-економічного, міжетнічного й соціокультурного оточення [42].

Складність процесу соціокультурної адаптації полягає в тому, що в студента відбувається перебудова всієї системи ціннісно-пізнавальних орієнтацій, засвоюються нові способи пізнавальної діяльності й формуються певні типи та форми міжособистісних стосунків [43]. У зв'язку з тим, що навчання студентів відбувається в групах, їхня особистісна адаптація безпосередньо пов'язана з їхнім становищем у колективі, причому особистість, група й середовище активно впливають одне на одного [44,45].

Процес адаптації може відбуватися швидше або повільніше, що відбивається і на якості життя іноземних здобувачів, і на їхніх навчальних успіхах.

У той же час поняття “адаптація” ще й досі не посіло належного місця серед фундаментальних наукових понять, оскільки сьогодні відсутнє загальновизнане тлумачення не лише самого терміна “адаптація”, а й похідних від нього понять: “адаптація іноземних студентів до умов країни навчання”, “психологічна адаптація”, “соціокультурна адаптація”, “лінгвістична адаптація”, “лінгвометодична адаптація” тощо [46].

Отже, процес адаптації є загальнонауковою проблемою, що охоплює вивчення всіх аспектів життєдіяльності людини.

Підсумовуючи проаналізовані дані, можемо зазначити, що адаптація іноземних студентів – це складний, динамічний, багаторівневий процес, складовими якого є біологічний (фізіологічний), психологічний, соціокультурний, міжкультурний рівні. Результатом соціальної адаптації є адаптованість особистості – ступінь її пристосування до умов життя, діяльності. Крім того, зрив компенсаторних механізмів може спричинити виникнення

розладів адаптації, які впливають як на якість життя, так й успішність навчання.
Саме тому ця тема є досить актуальною для вивчення.

1.2. Розлади адаптації в іноземних здобувчів на різних етапах культурного пристосування

Питання пристосування іноземних студентів до освітнього простору в закладах вищої освіти та їх адаптації до нової соціокультурного середовища актуальне для всього світу в умовах інтенсивного розвитку та зміцнення міждержавних контактів.

Аналіз наукових досліджень показує, що інтерес до проблеми міжкультурної адаптації виник у психології напочатку ХХ ст. Її досліджували Р. Редфілд, Р. Лінтон та М. Херсковіц, визначивши поняття акультурації як результат тривалого безпосереднього контакту груп з різними культурами. При цьому відбувається процес зміни патернів культурних даних груп. Вони розглядали психологічну акультурацію як входження індивіда в іншу культуру, що супроводжується зміною ціннісних орієнтацій, рольової поведінки, соціальних установок особистості [47].

У другій половині ХХ століття були сформовані дві основні концепції, що розглядають адаптаційні стратегії людини, яка потрапила в нову соціокультурну реальність, – концепція культурного шоку й концепція, що описує основні фази адаптації в новій культурі (оптимізм, фрустрація, задоволення).

Дослідники зазначають, що поняття культурного шоку визначив у 1960 році американський антрополог К. Оберг. Воно пов'язане з несподіваною (часто неприємною або шоковою) зустріччю з новою культурою [48].

З цього періоду дослідження адаптації почало набувати практичної спрямованості – розроблялися спеціальні програми, націлені на послаблення культурного шоку й допомогу в ухваленні нової культури. У цей же період було окреслено основні параметри адаптації: ступінь володіння мовою країни, яка приймає, вік, стать, очікування, характер первинних контактів із місцевим населенням та попередній досвід перебування в іншій культурі. У цьому

контексті також необхідно згадати дослідження, присвячені акультурації, – поняттю, близькому до соціокультурної адаптації (Р. Редфілд, Р. Лінтон, Дж. Беррі, С. Бочнер та ін.) [24].

Дж.Е. і Дж.Т. Гуллахорни дослідили соціокультурну адаптацію студентів-мігрантів з різних країн. Ними було розподілено динаміку розладів адаптації на п'ять етапів: 1) медовий місяць; 2) культурний шок; 3) основна адаптація; 4) ментальна ізоляція; 5) прийняття й інтеграція [49,50]. Автори довели, що весь процес адаптації являє собою хвилеподібну криву, де другий та четвертий етап є переломними.

Так, другий етап культурного шоку пов'язується із зіткненням з реальними подіями та невиправданими очікуваннями. Він супроводжується ваганнями, чи правильним було рішення мігрувати, та ідеями щодо можливого залишення цієї країни.

Це період краху надій, планів та сподівань, коли позитивний емоційний настрій змінюється депресією, непорозумінням та ворожістю. Шок виникає насамперед в емоційній сфері, проте важливу роль відіграють також такі соціальні фактори, як непристосованість, неприйнятність нових звичаїв, стилю поведінки та спілкування, темпу життя, матеріальних та моральних цінностей [51].

Четвертий етап ментальної ізоляції характеризується відчуттям амбівалентності: з одного боку, студент-мігрант відчуває себе дещо адаптованим до зовнішніх умов існування завдяки включенню в активну діяльність у різних сферах життя, а з іншого – він замислюється над дистанцією між власними цінностями й цінностями місцевої культури, котрі здаються йому недосяжними. Цей етап супроводжується самоідентифікацією студента-мігранта як «чужого серед чужих», що може підсилюватись у випадку повернення або відвідування

ним батьківщини. Тобто саме ці періоди можуть бути сприятливі для розвитку розладів адаптації.

П. Адлер у своєму дослідженні також зазначав, що успішна адаптація мігрантів залежить від того, наскільки мігранти здатні пережити досвід нових емоційних, поведінкових і соціальних станів [52].

Т. Льюїс і Р. Юнгман звертають особливу увагу на феномен зміни ідентичності мігранта впродовж періоду адаптації та аналізують те, наскільки він відчувається своїм чи чужим у новому середовищі [53].

Р. Кольз зауважував, що «динаміка процесу адаптації залежить не лише від тривалості перебування мігранта в іншопольтурному середовищі, але й від його особистісних намірів та характеристик» [54].

У вітчизняній літературі адаптація іноземних студентів розглядається переважно в контексті труднощів включення іноземних студентів у навчальний процес на різних стадіях навчання, можливостей оптимізації психолого-педагогічної й дидактичної адаптації [24].

Я.С. Лукацька писала, що труднощі адаптації іноземних студентів взаємозумовлені і являють собою психологічний бар'єр, подолання якого пов'язане з особистісними, емоційними, інтелектуальними та фізичними навантаженнями [55].

Тобто кожен етап адаптації мігрант може пережити з різним ступенем тяжкості або тривалості, що залежить від низки чинників, таких як: тривалість перебування в іншій країні, рівень пасивної та активної інклюзії, наявність необхідного соціального капіталу, попередній досвід міграції до країни перебування, ступінь схильності до адаптації та встановлення реалістичних адаптаційних цілей [49].

Поширеність дезадаптивних розладів у студентській популяції, за даними літератури, коливається від 5,8% до 61,35% [1]. При цьому найбільший їх відсоток виявляється саме в іноземних студентів.

Колишній школяр після вступу до вищого навчального закладу стикається з рядом труднощів. По-перше, різко знижується рівень зовнішнього контролю над діяльністю студента. По-друге, змінюється структура самої навчальної діяльності: мотиви навчання доповнюються й тісно переплітаються із професійними мотивами [56]. До цього додається підвищена інтенсивність психологічного навантаження.

Ще одним важливим фактором виступає необхідність опрацювати та засвоювати великий обсяг нової, досить складної інформації, яка значно перевищує об'єми шкільного матеріалу [57].

Так, розумова праця супроводжується нервово-емоційним напруженням, при якому збільшуються енерговитрати й кровообіг мозку, виникає перерозподіл мозкового кровотоку в бік його підвищення на 50% у лобових частках, підвищується амплітуда й частота біопотенціалів. Паралельно зростає робота серця, артеріальний тиск, глибина дихання, змінюється м'язовий тонус [58] що є значним навантаженням для непідготовлених осіб.

До проблем адаптації студентів першого року навчання також належать: хибні, неадекватні очікування; невизначеність життєвих планів і цілей; невизначеність власної стратегії навчання; зовнішня мотивація навчання («для батьків», «щоб отримати диплом»); необізнаність із поведінковими нормами та стандартами студентського середовища [59].

Окрім усього зазначеного, що притаманно всій популяції студентів, іноземні студенти мають ряд додаткових особливостей, пов'язаних з кардинальною зміною їхнього життя.

Проживання та навчання в іншій країні має як позитивні аспекти (розширення світогляду, можливість знайти цікаву й добре оплачувану роботу, пізнання іншої мови та культури), так і негативні сторони, серед яких ностальгія та зменшення контактів з друзями та родичами, відсутність можливості навчатися рідною мовою, що спричиняє розвиток емоційних і поведінкових проблем [60].

Вступ до закордонного закладу вищої освіти передбачає не тільки зміну навколишнього середовища проживання студента, але й пристосування до умов та форм організації освітнього процесу. Головними його аспектами є соціокультурна й академічна адаптація [61].

Серед основних проблем іноземних студентів виділяють:

1) психологічні (зумовлюють перебудову індивіда, його входження в новий навчальний процес та налагодження дружніх стосунків у власному інтернаціональному колективі) [62];

2) навчально-пізнавальні (пов'язані з мовними труднощами, мовним бар'єром, відмінними рисами в системі освіти; зіткнення з незвичними, більш складними вимогами нового навчального закладу та організацією навчального процесу) [63];

3) соціокультурні (пов'язані з освоєнням нового соціокультурного середовища, подолання комунікативного бар'єру при вирішенні мовних проблем у процесі вербального спілкування з місцевим населенням, а також міжконфесійні труднощі при спілкуванні у власному інтернаціональному колективі) [64];

4) географічні (включають пристосування студентів до особливостей місцевості країни, яка приймає, та знайомство з місцем проживання та навчальним закладом) [8].

Окрім вищезазначеного, Д. Дочинець та співавт. додатково виділяють такі значущі для психологічної адаптації іноземців проблеми:

- Можливі прояви етнокультурних стереотипів та упереджень, побутового націоналізму та расизму в регіоні навчання.
- Важкопрогнозовані ситуації соціокультурного, навчального та побутового характеру, які породжують соціальні та психологічні труднощі та призводять до неможливості реалізації особистісних актуальних мотивів [4].

Усе вищезазначене за певних несприятливих обставин може призвести до зриву компенсаторних механізмів з формуванням психопатологічних порушень у вигляді розладів адаптації [65,66].

Однією з найскладніших проблем, розв'язання яких значно поліпшує якість навчального процесу та загальне перебування іноземного студента в реаліях життя в Україні, є мовна адаптація та подолання мовного бар'єру [67, 68, 69, 70].

Учені довели, що труднощі залучення іноземних студентів насамперед виникають через незнання мови [71]. Саме через це в багатьох країнах, зокрема й в Україні, запроваджується викладання англійською мовою.

У той самий час науковці визначають навчання англомовних студентів одним з найскладніших напрямів підготовки іноземних здобувачів. Це пов'язано з тим, що робота з англомовними студентами передбачає, «по-перше, високий професіоналізм, по-друге, міцне здоров'я, витримку та толерантність, по-третє, достатнє володіння англійською мовою, по-четверте – високу загальну культуру, різнобічні наукові знання. При цьому ставлення англомовних студентів до вивчення мови неоднозначне. Одна група студентів може бути зацікавлена у вивченні мови приймаючої країни, інша навпаки – може

наголошувати на тому, що вони приїхали навчатися «лише англійською мовою» [72].

Під час вивчення іноземних мов важливу роль відіграє методика їх викладання. Від правильно вибраних форм, методів та засобів навчання залежить рівень мовної підготовки.

Традиційні методи навчання української мови передбачають засвоєння нової лексики в штучних умовах. Частіше за все такий підхід зводиться до механічного запам'ятовування. Тобто навички безпосереднього спілкування іноземною мовою залишаються поза увагою [73]. Це значний мінус, оскільки для іноземних студентів навички спілкування хоча б на побутовому рівні важливі вже з перших днів перебування в іншій країні [74].

Крім того, значний вплив на процес адаптації чинять комунікативні труднощі з адміністрацією закладу освіти, викладачами, одногрупниками й навіть з незнайомими людьми в магазинах та транспорті [75].

Як комунікативні труднощі в літературі використовується поняття комунікативної компетентності як здатності встановлювати і підтримувати необхідні контакти з оточуючими людьми, певної сукупності знань, умінь та навичок, що забезпечують ефективне спілкування, передбачають уміння змінювати глибину й коло спілкування, розуміти й бути зрозумілим для партнера в процесі спілкування, що дуже важливо на початкових етапах [76,77].

Крім того, студенту-іноземцю потрібно не лише вміти спілкуватися, він повинен знати та поважати традиції, історію та культуру країни, у якій здобуває фахову освіту, щоб знати, як себе поводити з метою уникнення конфліктних ситуацій [78].

До вищезазначеного можна додати релігійні відмінності, що суттєво визначають стиль життя, поведінки, комунікації в суспільстві. Так, у більшості випадків формування групи на підготовчих факультетах/відділеннях залежить

від термінів прибуття іноземних громадян в Україну й зарахування їх на навчання. Як наслідок, в одній групі можуть опинитися студенти, які належать до різних релігійних конфесій, мають різні рівні базової підготовки із загальноосвітніх дисциплін та різний рівень умотивованості до навчання [79].

Кліматичні умови відіграють суттєву роль у процесі адаптації, зокрема, велика кількість іноземних студентів прибуває до України з районів іншого кліматичного поясу (наприклад, Індія, Марокко, Туніс, Нігерія, Єгипет, Туреччина, Ізраїль, Китай) [80].

Вони стикаються з необхідністю пристосуватися до низьких температур та обмеженого життєвого простору під час зимового періоду. Відмінності в одязі можуть спричиняти психологічні труднощі, оскільки деякі студенти звикли до більш закритого одягу, чи навпаки – виникає дискомфорт через відсутність зимового одягу в їхньому рідному середовищі.

Крім того, можливий збій біоритмів через зміни часових поясів, що також є несприятливими факторами [81].

Труднощі в організації побуту виникають через різні національні традиції життя і відпочинку, відсутність допомоги або контролю з боку родичів [82].

В іноземних студентів можуть виникнути проблеми з харчуванням через неможливість вживати звичну їм їжу за відсутності тих чи інших продуктів [83].

Зміна ритму й навантаження в житті студента порівняно з проживанням у родині на своїй території теж може призвести до психологічного напруження, до виникнення нових емоцій, до загострення міжособистісних стосунків усередині колективу, до зниження ефективності навчального процесу [84].

Тобто, кожний іноземний студент, що проходить підготовку до вступу в заклади вищої освіти України, постає перед необхідністю проходження складного процесу адаптації: до нового освітнього середовища; до нових для

себе соціокультурних особливостей країни; до умов спілкування з представниками різних національностей.

Крім того, в основі успішної міжкультурної адаптації лежать особистісні ресурси: здатність витримувати складні життєві ситуації, використовувати адаптивні варіанти копінг-долаючої поведінки, вміти активно взаємодіяти з новою ситуацією, її контролювати та пристосовуватись, а також вміти ухвалювати важливі рішення в умовах невизначеності чи непередбачуваності результатів [85,86].

Відсутність навичок етнічної толерантності, терпимості до чужих переконань і поведінки під час взаємодії між різними суб'єктами навчання призводять до виникнення конфліктних ситуацій, внутрішньої напруги і як наслідок – до розвитку хронічного стресу, що призводить до формування розладів адаптації.

У наукових дослідженнях процесів міжкультурної комунікації та міжкультурної адаптації доведено, що навіть сприятливе поєднання зовнішніх і внутрішніх факторів адаптації може призвести до культурного шоку [87].

Серед усіх іноземних студентів найбільш уразливим контингентом є студенти медичних закладів. Вони зазнають надзвичайного емоційного навантаження, що часом призводить до зриву компенсаторних механізмів та виникнення дистресу [2,3,6]. Під час навчання збільшується тривожність, дратівливість та знижується працездатність, що може призвести до розладів адаптації та інших стрес-індукованих розладів, які можуть потребувати навіть консультації лікаря-психіатра [88,89,90].

Згідно з даними, невротичні розлади, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади виявляються в студентів частіше порівняно з іншими непсихотичними психічними розладами, становлять 58,99% [91]. При цьому найбільший відсоток таких розладів діагностується в перший рік навчання – 67,12% [92].

До того ж іноземні студенти з низьким рівнем адаптивності характеризуються високим рівнем тривожності, що є проявом страху перед новими умовами навколишнього середовища [93]. У літературі частота виявлення високого рівня тривоги коливається від 40% до 72% [94,5].

Поширеність депресії серед іноземних студентів, за даними огляду літератури закордонних джерел, становить від 22,6% до 45,3% [95,7]. При цьому поширеність депресії серед вітчизняних здобувачів нижча, ніж серед іноземних [96,97].

А.О. Міхеєв та співавт. у своїй роботі стверджували, що 76,66% іноземних студентів, які навчаються на початкових курсах навчання, мають низький або недостатній рівень толерантності до психічних і фізичних навантажень. При цьому спостерігається низький рівень здатності до комунікації, що може вказувати на труднощі в побудові стосунків, конфліктність та завищену самооцінку [98,19,99].

Це призводить до того, що іноземні студенти стають більш замкненими, втрачають бажання самому виходити із оселі, стають схильні до усамітнення чи спілкування в закритих організаціях, посилюється релігійність та прагнення до захисту. У свою чергу, це сприяє зверненню до нікотину, алкоголю, кофеїну, канабіноїдів та виникненню нехімічної залежності [95].

Тяжкість адаптації в іноземному соціумі значно впливає на повсякденне життя і, відповідно, на навчальний процес. Постійний стрес, що при цьому виникає, є підґрунтям для формування психопатологічних порушень, у тому числі розладів адаптації.

Ситуація дезадаптації супроводжується неприйняттям норм і цінностей соціального середовища, змішанням цілей і видів діяльності людини, звуженням кола її спілкування й відмовою від розв'язання проблем [100,101]. Це, у свою чергу, призводить до зниження успішності та неможливості опанування

вибраної професії і як наслідок – неможливості продовжувати своє подальше навчання.

У той же час РА належать до розряду найбільш складних і контроверсійних порушень у спектрі невротичних станів, що знаходяться на етапі вивчення. Сучасні визначення цього поняття є неоднозначними, дещо абстрактними з повною відсутністю специфічності та перетинанням з критеріями інших діагностичних одиниць [102,103]. Особливо важливим фактором є те, що діагностичні критерії РА вказують на їхній характер як на легкі або тимчасові непсихотичні розлади, тривалість яких перевищує період гострої реакції на стресову ситуацію в осіб будь-якого віку. Водночас важливою частиною визначення є виключення наявності попереднього психічного розладу. Слід підкреслити, що навіть ступінь вираженості психічних порушень та тривалість РА не мають чіткого визначення в наявних дефініціях, визначенні вираженості психічних порушень та тривалості цих розладів [104].

Неоднозначність щодо конкретних критеріїв діагностики РА спричинила ситуацію, унаслідок якої протягом усього періоду від часу визначення цього захворювання не було розроблено адекватного інструментарію психопатологічної діагностики та оцінки ступеня тяжкості стану пацієнтів, які підлягали обстеженню. Міжнародні клінічні інтерв'ю, такі як "Структуроване міжнародне діагностичне інтерв'ю" та "Коротке міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю", які часто використовуються в клінічній практиці, не забезпечували можливість належної оцінки інтенсивності психопатологічних симптомів [105].

Крім того, у МКХ-10 відсутні чітко прописані діагностичні критерії для більш легких проявів РА, таких як Z73.2 – «Недостатність відпочинку та розслаблення» (з рубрики Z73 – «Проблеми, пов'язані з труднощами підтримання нормального способу життя») та R53 – «Нездужання та втома», що

призводить до відсутності комплексу інструментів їх ранньої діагностики, своєчасного виявлення та відсутності алгоритму надання допомоги при них.

Більшість студентів з доклінічними або навіть уже клінічно окресленими психічними розладами невротичного регістру проявляють тенденцію утримуватися від власної ініціативи звернутися за медичною допомогою до фахівців, таких як психологи, лікарі-психотерапевти або психіатри. Переважний вплив на самостійне рішення студентів щодо медичної підтримки чинить явище стигматизації, а також поширений страх перед проведенням психіатричного обстеження та встановленням психіатричного діагнозу [106].

При несвоєчасному проведенні заходів профілактики, ранньої діагностики та корекції психопатологічних порушень у 2,7 раза зростає ризик трансформації донозологічних станів психічної дезадаптації в клінічно окреслені прояви психопатологічних порушень [156].

Тому вкрай важливо розробити систему діагностичних, профілактичних та корекційних заходів, що зможуть попередити, вчасно виявити, розпізнати та скорегувати ці порушення на ранніх етапах їх розвитку.

1.3. Сучасні погляди на профілактику та корекцію розладів адаптації іноземних здобувачів

За даними літературних джерел, профілактика та корекція РА в студентської молоді базуються на принципах комплексності, своєчасності, поетапності та системності підходу [107,108,109,110,111].

Загальні принципи надання допомоги при РА згідно з уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР», затверджений наказом МОЗ України №121 від 23.02.2016., включають такі етапи [112]:

1. Профілактичний.
2. Діагностичний.
3. Лікувальний:
 - немедикаментозний;
 - медикаментозний.

Ефективне проведення профілактичних та терапевтичних інтервенцій спрямоване на сприяння запобіганню негативним наслідкам для психічного здоров'я студентів [60]. У літературі значна увага приділяється заходам регуляції балансу між працею та відпочинком, нормалізації режиму сну та достатній фізичній активності [113,114,115]. Для досягнення максимальної ефективності подібних зусиль рекомендується використання комплексного підходу до психопрофілактики, що включає елементи психотерапії та психоосвіти [116,117].

Вагоме дослідження було проведено Khawaja Nigar [118]. У ньому було проаналізовано рекомендації, які засновані на власному досвіді іноземних здобувачів для майбутніх абітурієнтів. Основні акценти робились на важливості проведення підготовчих заходів перед початком навчання в закордонних

навчальних закладах. У сформульованих порадах наголошено на необхідності поінформованості про університетську інфраструктуру, освітню систему, а також про місцеве суспільство та культурні особливості, у тому числі важливим пунктом була рекомендація щодо покращення мовних навичок, особливо англійської мови, через попереднє навчання до приїзду в іншу державу.

Спираючись на власний досвід іноземних студентів, підкреслювалась необхідність готовності до самостійного життя та вирішення повсякденних завдань. Ефективне використання сучасних технологій, таких як мобільні телефони, інтернет, електронна пошта, соціальні мережі (наприклад, Facebook, Skype) та навігаційні системи GPS, рекомендувалося задля отримання інформації про нове середовище, підтримки зв'язку з близькими та забезпечення особистої безпеки.

За даними літератури, основними завданнями в роботі з іноземними студентами, які щойно приїхали та проживають у гуртожитку, є:

1. Рання діагностика розладів адаптації та своєчасна корекція цих станів.
2. Залучення іноземних здобувачів в органи студентського самоврядування з метою розвитку їхньої особистості та внутрішнього потенціалу.

Для отримання дійсно фундаментальної освіти, що містить усі необхідні загальнонаукові та загальнокультурні елементи, важливим є своєчасне включення іноземних здобувачів у студентське середовище, отримання знань, розвиток умінь, формування установок, інтересів, соціальних навичок, які можливо використовувати в конкретних життєвих ситуаціях, що може допомогти їм стати більш успішними в реалізації життєвих цілей [34,119,120].

3. Індивідуальна робота з іноземними студентам, зокрема обговорення індивідуальних труднощів.

4. Організація низки заходів, які допомагають розвитку взаєморозуміння.

5. Створення доброзичливого, сприятливого середовища, що сприяє розвитку внутрішніх якостей студента. Надзвичайно важливу роль у захисті від психологічного стресу може відігравати соціальна підтримка здобувачів, у якій виділено три елементи: емоційна підтримка; допомога у вирішенні проблем; соціальна підтримка [121,122,123].

6. Проведення виховних бесід зі студентами-іноземцями про особливості національної культури та ментальності українців. Одним з варіантів вирішення цієї проблеми може стати вивчення української мови як іноземної в поєднанні з вивченням основних фактів з історії її становлення [124,84].

7. Подолання методичного та мовного бар'єрів можна забезпечити такими дієвими навчально-методичними заходами: застосування новітніх інтерактивних технологій та методик вивчення мов, які розраховані на конкретний контингент іноземних слухачів («монотехнології»), урахування та зіставлення лінгвометодичних особливостей української та рідної мов слухача, вирішення проблем міжнаціональної комунікації та засобів її забезпечення, урахування національно-культурних та релігійних особливостей іноземців, що допоможе формуванню оптимального рівня ціннісного ставлення до української мови [101,120].

За даними літератури, основні принципи вивчення нового матеріалу повинні базуватись на:

- глибокому розумінні теми;
- зацікавленості у вивченні нового матеріалу;
- отриманні додаткової інформації з метою поглиблення знань;
- розвитку й застосуванні аналітичного й стратегічного мислення задля вирішування проблем та формування раціональних висновків;
- опануванні комунікаційних навичок;

— поєднанні теоретичних знань з реаліями життя, перетворенні абстрактних знань у цінності й уміння студента [125].

8. Засоби, орієнтовані на ефективне зростання ресурсів індивідуальної, особистісної та суб'єктивної самореалізації особи, що сприяють підвищенню рівня стресостійкості та адаптивності особистості [126,127,128].

Так, методи регулювання психофізіологічного тону (включно з дихальною та серцево-судинною системами) та їх вплив на цілісний стан відповідно до принципів системності сприяють підвищенню рівня нервово-психічної стійкості особи. Техніки розвитку характерологічних та мотиваційних потенціалів особистості, такі як тренінги особистісного росту та підвищення самовпевненості, мають вплив на особистісний рівень, а тренінги, спрямовані на підвищення професійної компетентності, сприяють розширенню ресурсів особистості як суб'єкта активності.

Психотерапевтичний етап зосереджено на зменшенні патологічного психоемоційного стану, зниженні проявів дезадаптації, виправленні неадекватних емоційних реакцій, сприянні активізації позитивних аспектів особистості, переробленні негативного стереотипу поведінки та відновленні нормальної динаміки емоційно-вольового реагування. Психотерапевтична інтервенція передбачає послідовне введення різних психотерапевтичних методик відповідно до індивідуальних особливостей студентів та контекстуальної суті психотерапії [129,130].

Початковим етапом при корекції негативних психічних станів є процес об'єктивації суб'єктивного психічного стану, емоцій, переживань, почуттів, думок, тобто виокремлення психічного стану як окремого об'єкта та винесення його в зовнішнє середовище. Об'єктивація негативних психічних станів дозволяє усвідомлювати та розглядати їх у більш широкому контексті, з різних боків, та свідомо змінювати власну позицію [131].

Вплив на емоційно-вольову сферу передбачає зняття внутрішнього напруження, виявлення домінуючих емоцій (негативних чи позитивних), власних психічних станів, прийняття почуттів, розуміння емоцій інших, вільне їх вираження, усвідомлення проблем та неконструктивності деяких емоційних реакцій, їх впливу на оточення, розширення діапазону позитивних психічних станів [132,133].

З цією метою доцільно використовувати методи танцювальної, зображувальної, музичної терапії, вправи на розвиток експресивних засобів посилення та послаблення психічних станів, спостережливості до експресивних проявів інших, ігрові методи, психогімнастичні вправи, сенсорну репродукцію.

Визначено цілий ряд психотерапевтичних, фізіологічних, психологічних та соціотерапевтичних методик, що довели свою ефективність у студентів: раціональна психотерапія, автогенне тренування, гіпнотерапія, методи поведінкової, особистісно орієнтованої терапії, аналіз взаємовідносин, психодрама, нейролінгвістичне програмування, гештальт-терапія, еріксонівський гіпноз, розумова гімнастика, культ-терапія, музикотерапія, данс-терапія, арт-терапія, техніка релаксації, дихальна гімнастика, оптимізація рухового режиму, фізіотерапевтичні заходи, розвантажувальна дієтотерапія [134].

Одним з основних показань до призначення антидепресантів є достатня вираженість тривожно-депресивних або власне депресивних симптомів у клінічній картині РА. Деякі клінічні ознаки дозволяють уточнити показання для застосування антидепресантів, зокрема тривалий характер РА з депресивною симптоматикою, поглиблення депресивних симптомів з виникненням автотонної гіпотимії, проявів соматизації афекту, а також посилення мотиваційно-вольових та афектогенних когнітивних порушень [135].

У разі РА із симптомами депресії допускається використання короткого курсу антидепресантів у разі стабілізації психосоціальних показників, на відміну від рекомендацій відносно лікування пацієнтів з депресивним епізодом [136,137]. Серед них препаратами вибору є селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну або селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну та норадреналіну. Слід зазначити, що ці препарати починають діяти тільки через 2 тижні після початку їх використання, і в цей період може зростати рівень тривоги. У таких випадках доцільно призначати анксиолітики коротким курсом.

При короткочасних (до 3 місяців) проявах РА, клінічна картина яких в основному визначається легкою і/або помірно вираженою тривожністю, психовегетативною і астеничною симптоматикою, цілком досить також доповнити психотерапію застосуванням анксиолітичних засобів [135].

Бурчинський С.Г для корекції розладів адаптації в людей із соматичними розладами рекомендував використання засобів з таких груп [138]:

- 1) центральні адаптогени;
- 2) ноотропи;
- 3) анксиолітики.

До центральних адаптогенів належать засоби рослинного походження, такі як женьшень, родіола, аралія та ін., що за своєю суттю є психостимуляторами, які сприяють активації функцій ЦНС. Їх доцільно призначати при апатії, загальмованості, слабкості, оскільки вони можуть виявитися ефективним інструментом з метою корекції. На фоні тривожності та підвищеної збудженості ці засоби можуть, навпаки, істотно погіршити стан, посилити тривогу.

Призначення ноотропів для поліпшення когнітивного функціонування може бути доцільно для здобувачів, адже в них дуже часто спостерігаються порушення саме когнітивного функціонування.

Крім того, комплексне фармакотерапевтичне лікування розладів невротичного регістру може включати використання лікарських засобів з анксиолітичною, когнітивною, вегетостабілізуючою дією, що мають властивості центрального адаптогену. У літературних джерелах як оптимальну комбінацію пропонують використання мебікару та фенібуту [139].

Власне діагностика, корекція та профілактика станів дезадаптації, що впливає винятково на клінічно окреслені прояви розладів адаптації, не дозволяє здійснювати повноцінну реабілітацію осіб зі станами дезадаптації. Лише застосування системного диференційованого підходу, що враховує специфіку розвитку психосоціальної дезадаптації в кожному конкретному випадку, відповідає вимогам, котрі висуваються до сучасних реабілітаційних заходів.

Сучасні етапи реабілітації повинні охоплювати:

I – етап формування комплаєнсу, первинної адаптації до психотерапевтичного процесу;

II – етап психоосвітній, спрямований на нівелювання наявного в студентів дефіциту знань щодо механізмів формування та особливостей перебігу розладів адаптації;

III – етап корекційний, спрямований на стабілізацію емоційного стану, на формування адаптивних форм поведінки;

IV – закріплення й підтримки результатів [140,141].

Аналітичний перегляд різних літературних джерел свідчить про те, що, незважаючи на значний обсяг наукових досліджень, присвячених аспектам психічного благополуччя іноземних студентів, питання, пов'язані з раннім виявленням, профілактикою, корекцією та лікуванням АР, з використанням системного підходу, залишаються недостатньо розкритими й вимагають подальшого дослідження з питань поширеності, структури, специфіки клінічних проявів, що визначило вектор цього академічного дослідження.

Висновки до першого розділу

Огляд сучасної наукової літератури показав, що основні аспекти діагностики, психопрофілактики та корекції розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання залишаються недостатньо вивченими. Це відкриває широкі можливості для подальшого дослідження та розробки практичних підходів до вирішення цього питання.

Важливим завданням є розробка ефективної комплексної системи заходів діагностики і профілактики та корекції розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти залежно від етапу навчання, яке має значущість для наукового та практичного напрямків у галузі медицини.

Ключовим завданням цієї роботи є розробка системи заходів, направленої на вирішення цієї проблеми.

РОЗДІЛ 2

ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ

2.1. Характеристика вибірки та дизайну роботи

Відбір конгтингенту для дослідження (n=173), виключення з дослідження здобувачів, які не відповідають визначеним критеріям (n=24). Із відібраних до дослідження 159 здобувачів, 5 відмовились від участі на самому початку.

Отже, відповідно до мети й завдань дослідження було обстежено 154 іноземних здобувачі, що проходили навчання на базі Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ). Збір матеріалу проводився в період з 2019 до 2020 року. Усі етапи роботи були проведені з дотриманням принципів біоетики згідно із «Загальною декларацією про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)» та Гельсінською декларацією «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей».

Залежно від етапу навчання всі досліджені були розподілені на дві групи: до 1-ї увійшли 110 слухачів підготовчого відділення, тривалість навчання яких в ДДМУ на момент участі в дослідженні становила від 1-го до 2-х місяців; до групи 2 – 44 здобувачі I-II курсу (тривалість навчання від 6 місяців до 2 років).

Критеріями включення в дослідження були: іноземні здобувачі вищої медичної освіти, що проходили offline навчання на підготовчому відділенні (мова навчання – українська) або на 1-2 курсах (мова навчання – українська, російська, англійська); вік ≥ 18 років; відсутність психічних та поведінкових розладів у анамнезі; відсутність важкої сомато-неврологічної патології; отримання письмової згоди на проведення дослідження і корекційних заходів (за потреби).

У дослідженні не брали участь іноземні здобувачі, що проходили online навчання; іноземні здобувачі, що проходили offline навчання на 2-6 курсах (мови навчання українська або російська), 3-6 курсах (мова навчання – англійська); вік <18 років; наявність у анамнезі психічних та поведінкових розладів; наявність важкої сомато-неврологічну патології; відмова надати письмову згоду на проведення дослідження чи бажання припинити його на будь-якому етапі.

Відповідно до плану дослідження було проведено в чотири етапи.

На першому етапі було проведено підготовку до дослідження, формування його методології, розробку індивідуальної анкети та програми обстеження, а також набір осіб, які становили контингент дослідження.

На другому етапі було проведено клініко-діагностичне обстеження, яке включало клінічну бесіду, організовану за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю за спеціально розробленою анкетною для збору анамнезу та деталізації скарг щодо психоемоційної сфери.

Психодіагностичне обстеження включало використання шкали «Суб'єктивна оцінка астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20 E. Smets et al. (1994)); методики «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ), розробленої Бізюк А.П та співав.; шкали «Самооцінка депресії» Zung W.W. (1965); методики оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001); методики «Акцентуації характеру та темпераменту особистості» Леонгарда-Шмишека (1970); методики Е. Хеймса «Діагностика копінг-механізмів». Слід зазначити, що дослідженим особам надавався тестовий матеріал двома мовами: англійською та українською (російською), що підвищувало ефективність та точність при наданні відповідей. [142, 143,144,145,146,147].

Третій етап включав комплекс профілактичних заходів з урахуванням провідних чинників, що викликають розлади адаптації, та характеристик психоемоційних порушень. На цьому етапі було проведено комплекс психоосвітніх лекцій та тренінги з оволодіння практичними навичками для роботи зі стресом, тривогою та агресією. Для досліджених з такими психічними станами, як «Психічна норма» та Z73.2 («Умовна норма»), цей етап був завершальним. У групу втручання (корекція) входило 75 осіб (як досліджених групи 1, так і групи 2) з такими психічними станами, як R53 та F43. Для осіб з R53 було проведено лише психотерапевтичну корекцію, для F43 як психотерапевтичну, так і медикаментозну, у тому числі з використанням антидепресантів (за потребою).

На четвертому етапі було проведено порівняльний аналіз результатів використання запропонованої нами комплексної системи персоніфікованих корекційних заходів в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Контроль ефективності заходів профілактики та корекції здійснювався за допомогою комплексного клініко-психодіагностичного обстеження, яке включало клінічну бесіду з метою оцінки наявності психопатологічної симптоматики, та дослідження рівня астенії, тривоги та депресії за допомогою шкали «Суб'єктивна оцінка астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20 (1994)); методики «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ), розробленої Бізюк А.П. та співав. (2005); шкали «Самооцінка депресії» (Zung W.W., 1965); методики оцінки якості життя Mezzich et al. та оцінки якості життя за допомогою шкали якості життя Mezzich в адаптації Н.О. Марути. Оцінка результатів здійснювалась через 6 місяців після проведення заходів корекції.

Надання допомоги іноземним здобувачам вищої медичної освіти здійснювалось відповідно до уніфікованого клінічного протоколу первинної,

вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР», затвердженого наказом МОЗ України №121 від 23.02.2016.

У процесі роботи нами було проаналізовано соціально-демографічні характеристики учасників дослідження. Основні з них представлені в табл. 2.1.

Таблиця 2.1

Соціально-демографічна характеристика іноземних здобувачів групи

1 та 2

Ознаки		Групи досліджених	
		група 1 (n=110)	група 2 (n=44)
Стать	Жіноча, n (%)	45 (41%)	20 (45%)
	Чоловіча, n (%)	65 (59%)	24 (55%)
Вік, роки	Середній вік усіх здобувачів, M±m (SD)	19,05±0,16 (1,72)	20,70±0,28 (1,91)
Країна проживання	Марокко	98 (89%)	24 (55%)
	Індія	-	16 (37%)
	Італія	-	1 (2%)
	Узбекистан	-	1 (2%)
	Іспанія	-	1 (2%)
	Нігерія	2 (2%)	-
	Туніс	2 (2%)	1 (2%)
	Ізраїль	1 (1%)	-
	Сирія	2 (2%)	-
	Алжир	5 (4%)	-

Залежно від етапу навчання досліджені групи 1 у 100% випадків (n=110) були представлені слухачами підготовчого відділення, у той час, як 64% (n=28) досліджених групи 2 були здобувачами 1 курсу та 36% (n=16) – 2 курсу.

Переважає більшість досліджених групи 1 була з Марокко, групи 2 – з Марокко та Індії. Лише незначна кількість учнів в обох групах була з інших країн.

Порівняння досліджених за гендерним аспектом не показало достовірно значущої різниці між дослідженими групами за $\chi^2=0,27$ при двобічному $p=0,61$.

Середній вік досліджених групи 1 становив $19,05\pm 0,16$ року, досліджених групи 2 – $20,70\pm 0,28$, тобто вони були в одному віковому діапазоні.

2.2. Методи дослідження

У дослідженні використовували соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний методи (доповнений психометричними шкалами) та методи статистичної обробки даних дослідження (біостатистичний).

Соціально-демографічний метод включав збір даних про стать, вік та країну проживання.

Клініко-анамнестичний метод включав збір даних анамнезу стосовно наявних психічних та неврологічних розладів у родичів досліджених чи самих досліджених під час бесіди та за допомогою спеціально розробленої анкети.

Клініко-психопатологічне дослідження проводилося під час клінічної бесіди, організованої за схемою напівструктурованого клінічного інтерв'ю за спеціально розробленою нами анкетю. У процесі клінічного обстеження здійснювалася загальна оцінка психічного стану, ступеня вираженості астенії, тривоги, депресії та іншої психопатологічної симптоматики. Верифікація одержаних від здобувачів даних проводилася шляхом зіставлення їх з даними

об'єктивного обстеження, що передбачало оцінку загального вигляду досліджених, їхньої поведінки, рухів, міміки та пантоміміки, а також шляхом аналізу відомостей, одержаних від педагогічного колективу, що їх навчав.

Психодиагностичний методи дослідження включали такі шкали та методики:

Шкала «Суб'єктивна оцінки астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20) використовувалась для експрес-діагностики астеничного стану та його впливу на різні аспекти життя. Ця шкала містить 20 питань для оцінки власного самопочуття. Кожному твердженню відповідає оцінка від 1 до 5 балів залежно від ступеня застосовності до власного стану дослідженого. Якщо сумарний бал за шкалою не перевищував 20-30 – це вважалось нормою. Для визначення рівня астенії загальна сума балів умовно розподілялась таким чином: 30-40 відповідали помірному рівню, 41-60 – середньому, 61-80 – високому, 81-100 – дуже високому. Набір балів більше 12 хоча б за однією субшкалою був підставою для встановлення вже астеничного синдрому.

«Інтегративний тест тривожності» (ІТТ), розроблений Бізюк А.П та співав., був використаний для психометричної оцінки рівня ситуаційної тривоги та особистісної тривожності. Він дозволяє проаналізувати адаптогенну та патогенну роль тандему «тривога – тривожність», дозволяє уточнити механізми терапії та оцінити ефективність лікування психічної дезадаптації різного генезу. Ця методика містить дві рівнозначні шкали (ситуативної тривоги та особистісної тривожності), кожна з яких складається з 5 компонентів, за якими нараховуються «сирі» бали з наступною конвертацією їх у станайни. Так, набір балів у станайнах від 1-3 відповідав низькому рівню тривоги, 4-6 – нормі та 7-9 – високому. Для зіставлення отриманих даних з клінічною картиною рівні ситуативної тривоги нами були умовно розподілені таким чином: низький

рівень відповідав нормі, нормальний рівень – фізіологічній тривозі, високий рівень – патологічній.

Шкала «Самооцінка депресії» (Zung W.W., 1965) призначена для попередньої діагностики та скринінгу депресивного розладу. У тестуванні враховується 20 факторів, котрі визначають чотири рівні депресії, що дуже важливо для диференційованої діагностики між розладами адаптації та депресивними розладами. Вона включає 10 сформульованих позитивних питань та 10 негативних. Згідно з цією методикою, набір балів 20-49 відповідав нормі, 50-59 – легкому ступеню депресії, 60-69 – середньому ступеню, більше 70 – тяжкому. Слід зазначити, що в цій роботі набір балів від 45 до 49 нами розцінювався як субдепресивний стан.

Методика оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001) призначена для оцінки якості життя в різних сферах: фізичне благополуччя (відчуття енергійності, відсутність болю й фізичних проблем); психологічне (емоційне) благополуччя (гарне самопочуття, задоволеність собою); самообслуговування й незалежність дій (виконання повсякденних життєвих завдань, ухвалення власних рішень); працездатність (можливість виконувати робочі, шкільні чи домашні обов'язки); міжособистісна взаємодія (можливість відповідати й підтримувати гарні стосунки з родиною, друзями, групами); соціоемоційна підтримка (наявність людей, яким ви вірите і які можуть запропонувати допомогу й емоційну підтримку); громадська й службова підтримка (приємні й безпечні сусіди, доступ до фінансових, інформаційних та інших ресурсів); особистісна реалізація (наявність відчуття рівноваги, власної солідарності, одержання задоволення від сексу, мистецтва та іншого); духовна реалізація (відчуття віри, релігійність і вихід за межі звичайного матеріального життя); загальне сприйняття життя (відчуття задоволеності й щастя у вашому житті взагалі). Методика включає 10 запитань

та оцінюється за 10-бальною системою, де 1 бал – дуже погано, 10 балів – дуже добре. При оцінці інтегративного показника якості життя підсумовуються показники окремих шкал та обчислюється середнє арифметичне значення, що становить інтегративний показник якості життя. Методика охоплює три основних компоненти якості життя: суб'єктивне благополуччя (задоволеність), що включає шкали «Фізичне благополуччя», "Психологічне/емоційне благополуччя", "Загальне сприйняття життя"; виконання соціальних ролей, що включає шкали "Самообслуговування й незалежність дій", "Міжособистісна взаємодія", "Особистісна реалізація", "Працездатність"; та зовнішні життєві умови, що включають шкали "Соціоемоційна підтримка", "Цивільна і службова підтримка", "Духовна реалізація". Оцінка основних компонентів показника якості життя проводилася шляхом обчислення арифметичної суми показників тих шкал, які відображають той чи інший компонент якості життя.

Методика «Акцентуації характеру та темпераменту особистості» Леонгарда-Шмишека (1970) використовується для виявлення типів акцентуованих властивостей характеру та темпераменту. Усього в цій методиці їх представлено десять: «Демонстративний», «Застряглий», «Педантичний», «Неврівноважений», «Гіпертимний», «Дистимічний», «Тривожний», «Циклотимічний», «Афективний» та «Емотивний». Акцентуації характеру та темпераменту самі по собі не є психопатологією, а лише пограничними станами, однак при дії несприятливих зовнішніх факторів можуть спричиняти виникнення розладів адаптації. Їх наявність потрібно враховувати під час проведення персоніфікованих корекційних заходів. Також ця методика дозволяє проводити облік акцентуацій характеру під час навчання, консультування та профорієнтування, що дуже актуально в нашому випадку. Згідно з цією методикою, набір балів від 0 до 12 розцінювався як відсутність АО, 13-18 балів – тенденція до АО, 19 і більше балів – виражена АО.

Методика Е. Хеймса «Діагностика копінг-механізмів» дозволяє дослідити 26 ситуаційно-специфічних варіантів копінгу, розподілених відповідно до трьох основних сфер психічної діяльності на когнітивний, емоційний і поведінковий копінг-механізми. Використовувалась з метою вивчення неадаптивних форм копінг-стратегій в осіб, що перебувають у стресових ситуаціях, вивчення характеристик копінг-поведінки в пацієнтів з пограничними нервово-психічними розладами для уточнення їхньої ролі в генезі зазначеної патології для подальшого проведення корекції їхньої копінг-поведінки шляхом проведення групової або індивідуальної психотерапії. Також використовується задля складання психопрофілактичних програм з урахуванням формування адаптивних форм копінг-поведінки як для здорових осіб, які зазнають стресу, так і для хворих на пограничні нервово-психічні розлади.

Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою ліцензійного офісного пакета Microsoft Excel та програмного продукту STATISTICA v.6.1 (StatSoftInc, серійний номер AGAR909E415822FA).

Процедури статистичного аналізу виконувалися за допомогою статистичного пакету STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., Серійний № AGAR909E415822FA). Довірчі інтервали для коефіцієнтів кореляції було розраховано за допомогою онлайн-калькулятора Psychometrica.de.

Статистичний аналіз полягав у оцінці характеру розподілу ознак (міжгруповий та внутрішньогруповий), застосуванні методів описової й аналітичної статистики та графічному аналізу отриманих даних.

Перевірка на нормальність розподілу первинних даних проведена за допомогою критерію Шапіро-Уїлка. У процесі роботи були використані як параметричні, так і непараметричні методи дослідження.

Середні показники були представлені як середня арифметична зі стандартним відхиленням – $M (SD)$ або зі стандартною похибкою $M (m\pm)$, M_e з

верхнім та нижнім квантилем – Me (25%; 75 %), відносні – як абсолютна (n) і відносна кількість спостережень (екстенсивні та інтенсивні показники).

Порівняння показників у групах дослідження проводили за критерієм Пірсона (χ^2), у тому числі з поправкою Йейтса або за допомогою точного критерію Фішера. Аналіз розбіжностей для непов'язаних вибірок – за допомогою непараметричного критерію Манна-Уїтні та параметричного t-критерію Стьюдента, для пов'язаних – за рахунок парного T-критерію Вілкоксона (непараметричного) та парного критерію Стьюдента (параметричного).

Також проводився розрахунок відношення шансів (ВШ) та коефіцієнта кореляції зв'язку за Спірмена (r).

Критичне значення рівня статистичної значущості при перевірці усіх нульових гіпотез приймалося рівним 0,05. У разі перевищення досягнутого рівня значущості статистичного критерію цієї величини приймалася нульова гіпотеза.

Висновки до розділу 2

Групи досліджених були більшою мірою однорідними за основними соціально-демографічними показниками, що стало підставою для висновку про релевантність отриманих даних і репрезентативність результатів дослідження.

Використаний психодіагностичний інструментарій у цій дисертаційній роботі відповідає меті та завданням дослідження.

РОЗДІЛ 3

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНА, ПСИХОМЕТРИЧНА, ПАТОПСИХОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЗАЛЕЖНО ВІД ЕТАПУ НАВЧАННЯ

3.1 Клініко-діагностичне обстеження іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації на різних етапах навчання

За результатами дослідження згідно з розробленою нами анкетною були виявлені скарги на самопочуття, які представлені в табл. 3.1.

Таблиця 3.1

Частота виявлення скарг на самопочуття в іноземних здобувачів групи 1 та 2

Скарги	Групи досліджених		Відмінності між групами, $X^2(p)$ *
	група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Слабкість	47 (42,7%)	39 (88,6%)	<0,001
Втомленість, що минає після відпочинку	32 (29,1%)	12 (27,3%)	0,82
Втомленість, що не минає після тривалого відпочинку	47 (42,7%)	31 (70,5%)	0,002
Психічна втомленість	72 (65,5%)	37 (84,1%)	0,02
Фізична втомленість	43 (39,1%)	40 (90,9%)	<0,001
Зниження працездатності	47 (42,7%)	31 (70,5%)	0,002
Порушення сну	42 (38,2%)	34 (77,3%)	<0,001
Тривога	48 (43,6%)	22 (50,0%)	0,47
Метушливість	40 (36,4%)	31 (70,5%)	<0,001
Внутрішня напруга	58 (52,7%)	30 (68,2%)	0,08

Дратівливість	45 (40,9%)	30 (68,2%)	0,002
Плаксивість	30 (27,3%)	19 (43,2%)	0,06
Головний біль	23 (20,9%)	13 (29,5%)	0,25
Зниження настрою	14 (12,7%)	12 (27,3%)	0,03
Труднощі зосередження	39 (35,5%)	29 (65,9%)	<0,001
Зниження відчуття задоволення та радості	20 (18,2%)	9 (20,5%)	0,74
Пригніченість	15 (13,6%)	13 (29,5%)	0,02
М'язова напруга	11 (10,0%)	14 (31,8%)	<0,001
Порушення апетиту	46 (42,7%)	18 (40,9%)	0,92
Відчуття серцебиття	28 (25,5%)	25 (56,8%)	<0,001
Закрепи	24 (21,8%)	16 (36,4%)	0,06
Діарея	6 (5%)	5 (11,4%)	0,20

Так, у групі 1 провідними скаргами були психічна втомленість (65,5%), внутрішня напруга (52,7%) та тривога (43,6%), у групі 2 – фізична втомленість (90,9%), слабкість (88,6%) та психічна втомленість (84,1%). Хоча психічна втомленість посіла перше місце серед переліку скарг у досліджених групі 1, достовірно частіше вона зустрічалась у групі 2 ($p=0,02$). У цілому аналіз показав достовірно вищу частоту скарг, що зустрічаються, у групі 2, ніж у групі 1 (більше ніж за половиною всього переліку).

Детальне вивчення скарг, даних анамнезу та оцінки психічного статусу, що було доповнене даними психометричного дослідження (шкала «Суб'єктивна оцінка астенії» (MFI-20) за Е.М. Smets et al. (1994), «Інтегративний тест тривожності», розроблений А.П. Бізюк та співав. (2005) та «Самооцінка депресії» за Zung W.W. (1965)) дало змогу згрупувати отримані результати в симптоми, розподіл яких наведено в табл. 3.2.

Психічні та соматовегетативні симптоми в досліджених групи 1 та 2

Симптоми		Групи досліджених		Відмінності між групами, $\chi^2(p)^*$
		група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Психічні	Астенія	47 (42,7%)	31 (70,5%)	0,002
	Тривога	66 (60,0%)	30 (68,2%)	0,34
	Емоційна лабільність	45 (40,9%)	30 (68,2%)	0,002
	Метушливість	40 (36,4%)	31 (70,5%)	<0,001
	Зниження концентрації уваги	37 (33,6%)	29 (65,9%)	<0,001
	Гіпотимія	14 (12,7%)	12 (27,3%)	0,03
	Ангедонія	20 (18,2%)	9 (20,5%)	0,74
Соматовегетативні	Дисомнія	41 (37,3%)	34 (77,3%)	<0,001
	Тахікардія	28 (25,5)	25 (56,8%)	<0,001
	Порушення апетиту	47 (42,7)	18 (40,9)	0,84
	Порушення випорожнень	22 (20,0)	19 (43,2)	0,003

Примітка. *Відмінності достовірні при $p < 0,05$.

Провідним психічним симптомом у групі 1 була тривога (60,0%), а в групі 2 – астенія (70,5%) та метушливість (70,5%). Слід зазначити, що тривога з високою частотою зустрічалась в обох групах, однак статистичну різницю між ними виявлено не було ($p=0,34$). Астенія теж спостерігалась в обох групах, але з достовірно більшою частотою була виявлена в групі 2 – 70,5% проти 42,7% ($p=0,002$).

Оцінка соматовегетативних симптомів показала, що в групі 1 провідну позицію займає порушення апетиту (42,7%) у групі 2 – дисомнія (77,3%), при цьому вона має достовірно більшу частоту, ніж у групі 1 ($p < 0,001$).

Таким чином, порівняльний аналіз вищезазначених симптомів показав достовірно більшу частоту виявлення як психічних, так і соматовегетативних проявів у групі 2, ніж у групі 1.

Згідно з МКХ-10, психічний стан досліджених обох груп був представлений такими варіантами: без психічних розладів («Психічна норма»); пограничні стани, що не досягають рівня психічних та поведінкових розладів Z73.2 – «Недостатність відпочинку та розслаблення», R53 – «Нездужання та втома, що включає у себе хронічну невротичну слабкість та розлади адаптації», F43 – «Розлади адаптації» (F43.22 – «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція» й F43.23 – «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій»). Розподіл варіантів психічного стану в досліджених групах представлена на рис. 3.1.

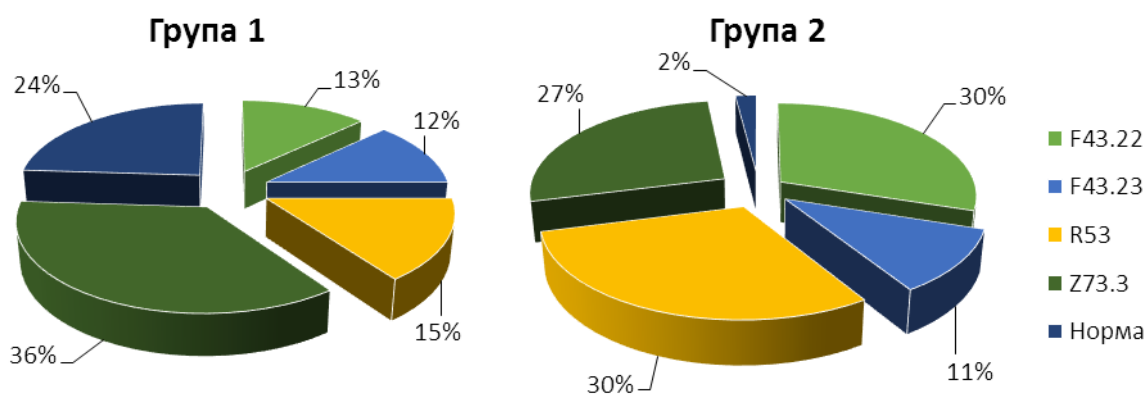


Рис 3.1 Розподіл психічних станів у досліджених групи 1 та 2

Примітка: *Z73.2 – «Недостатність відпочинку та розслаблення», R53 – «Нездужання та втома», F43.22 – «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція», F43.23 – «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій».

Аналізуючи отримані дані, було виявлено, що в досліджених групи 1 найбільша частка припадає на умовну норму – Z73.2 (36%) – «Недостатність відпочинку та розслаблення», у 24% осіб діагностовано норму, у 40% осіб, що залишились, клінічно встановлені такі психічні стани, як: R53 – «Нездужання та втома» (15%), F43.22 – «Розлади адаптації, змішана

тривожна та депресивна реакція» (13%) і F43.23 – «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій» (12%).

Слід зазначити, що Z73.2 виникає внаслідок недостатності відпочинку та перенапруження і вважається умовною нормою. Водночас досліджені з цим діагнозом нами були віднесені до групи ризику з розвитку розладів адаптації.

У групі 2 спостерігалась тенденція до поглиблення дезадаптивного процесу за рахунок зниження частоти випадків «психічної норми» до 2% ($p=0,004$) та пограничних станів (Z73.2) до 27% ($p=0,28$). Так, уже 71% досліджених мали діагностовані нозологічні форми (R53, F43.22, F43.23), що в 1,8 раза більше, ніж у групі 1 ($p<0,001$). Також відмічалось зростання випадків діагнозу R53 у 2 рази ($p=0,05$) та розладів адаптації (F43.22, F43.23) – в 1,6 раза ($p=0,06$) порівняно з групою 1. Причому серед розладів адаптації відмічається зростання випадків з тривожно-депресивним компонентом, що свідчить про тенденції до поступового зміщення дезадаптивного процесу в бік афективного регістру (за двобічним критерієм $\chi^2=6,15$, при $p=0,01$).

Таблиця 3.3

Рівні астенії в досліджених групі 1 та 2 за шкалою MFI-20

Рівень	Групи досліджених		Відмінності між групами, χ^2 (p)
	група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Норма	27 (24,5)	1 (2,3)	0,003
Помірний рівень	26 (23,6)	4 (9,1)	0,04
Середній рівень	44 (40,0)	25 (56,8)	0,06
Високий рівень	12 (10,9)	14 (31,8)	0,002
Дуже високий рівень	1 (0,9)	-	*0,63

Примітка. *За критерієм χ^2 з поправкою Сйтса.

Слід зазначити, що вищевказані дані були отримані до проведення психопрофілактичних та корекційних заходів.

Далі наводимо результати психометричного дослідження астенії за шкалою MFI-20. У табл. 3.3 представлені рівні прояву астенії на основі вираховування сумарного бала.

Установлено, що в групі 1 достовірно частіше зустрічається норма та помірний рівень астенії, у той час як у групі 2 – високий рівень, що знову свідчить про більш значущі прояви дезадаптивного процесу в цього контингенту осіб. Це наочно демонструє рис. 3.2.

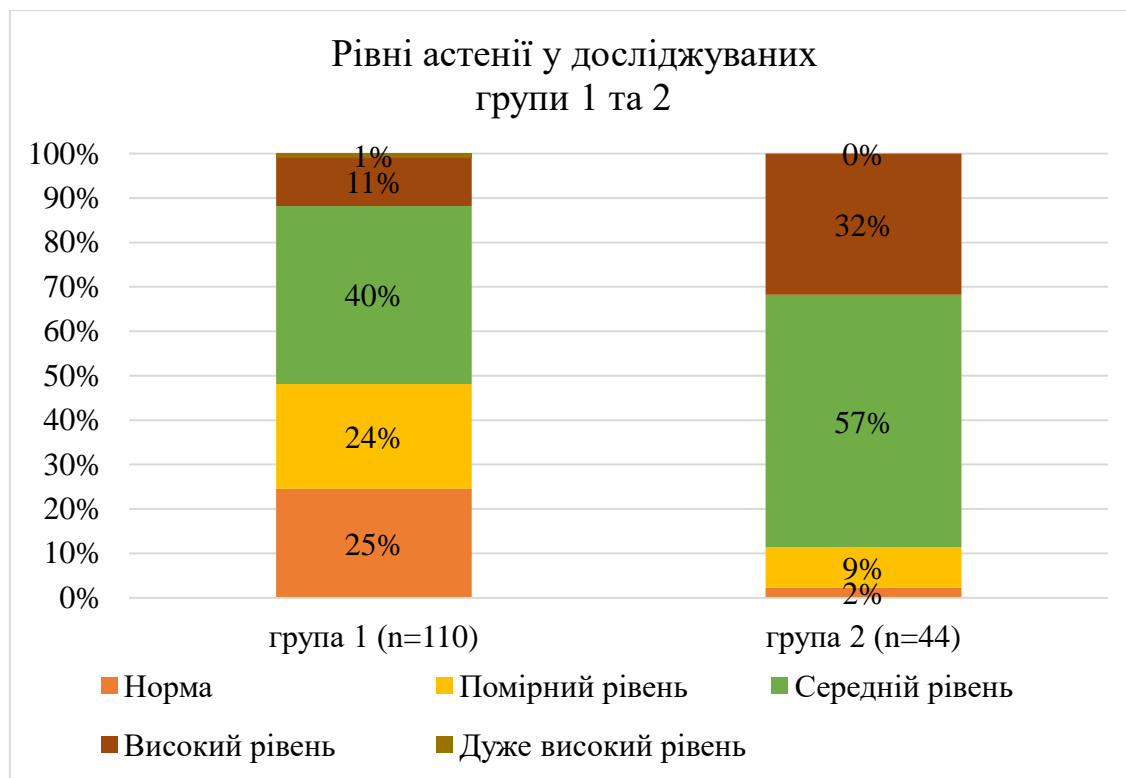


Рис 3.2 Розподіл рівнів астенії в досліджених групи 1 та 2

Нижче проаналізовані субшкали MFI-20 з позиції впливу астенії на різні аспекти життя (табл. 3.4). Слід зауважити, що відносні та абсолютні показники за кожною із субшкал характеризували тільки тих досліджених, що мали прояви не просто астенії, а вже астенічного синдрому, тобто набрали 12 балів та вище за складовими шкалами.

Частота виявлення астеничного синдрому за субшкалами MFI-20

Субшкали	Групи досліджених		Відмінності між групами, χ^2 (p) *
	група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Загальна астенія	24 (22%)	18 (41%)	0,02
Зниження активності	19 (17%)	11 (25%)	0,27
Зниження мотивації	8 (7%)	10 (23%)	0,007
Фізична астенія	13 (12%)	13 (30%)	0,008
Психічна астенія	17 (16%)	13 (30%)	0,046
Астеничний синдром загалом	44 (40%)	27 (61%)	0,02

Отримані результати показали, що досліджені групи 1 мали достовірно менші показники за 4-ма субшкалами, а саме: «Загальна астенія» ($p=0,02$), «Зниження мотивації» ($p=0,007$), «Фізична астенія» ($p=0,008$) та «Психічна астенія» ($p=0,02$).

Підсумок вищезазначених результатів показав, що 44 (40%) досліджених групи 1 та 27 (61%) групи 2 мали прояви астеничного синдрому ($p=0,02$). Ще 35% ($n=39$) групи 1 та 36% ($n=16$) групи 2 відмічали в себе ознаки астенії, що розцінювалось як недостатність відпочинку та розслаблення.

Для оцінки рівня ситуативної тривоги (СТ) й особистісної тривожності (ОТ) та якісної характеристики їх складових було проведене психометричне обстеження за допомогою ІТТ.

Рівні тривоги залежно від груп досліджених представлені у табл. 3.5.

Так, низький рівень тривоги (норма) в групі 1 за даними ІТТ зустрічався у 20% досліджених, нормальний рівень (фізіологічна тривога) – у 47%, високий рівень (патологічна) – у 33%, а в групі 2 в 11%, 37% та 52% відповідно.

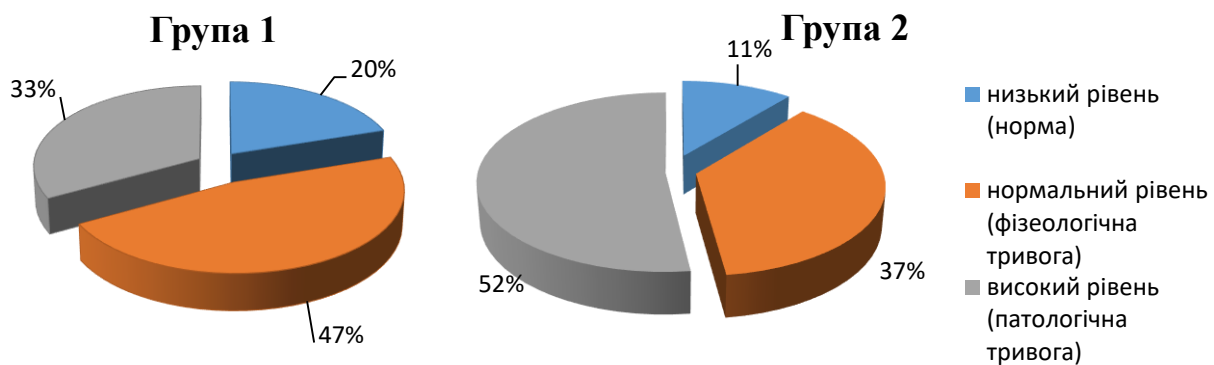
Рівні ситуативної тривоги та особистісної тривожності в досліджених групи 1 та 2

*Складові ІТТ		Група 1 (n=110)			Група 2 (n=44)			**Відмінності між групами, χ^2 (p)		
		Низький рівень	Нормальний рівень	Високий рівень	Низький Рівень	Нормальний Рівень	Високий рівень	Низький рівень	Нормальний рівень	Високий рівень
Ситуативна тривога	ЗР-СТ	22 (20%)	52 (47%)	36 (33%)	5 (11%)	16 (37%)	23 (52%)	*0,30	0,22	0,02
	ЕД-СТ	24 (22%)	48 (44%)	38 (35%)	10 (23%)	16 (37%)	18 (41%)	0,9	0,41	0,46
	АСТ-СТ	47 (43%)	33 (30%)	30 (27%)	9 (21%)	5 (11%)	30 (68%)	0,01	*0,03	<0,001
	ФОБ-СТ	55 (50%)	36 (33%)	19 (17%)	9 (20,5%)	24 (54,5%)	11 (25%)	<0,001	0,01	0,27
	ОП-СТ	24 (22%)	42 (38%)	44 (40%)	10 (23%)	12 (27%)	22 (50%)	0,90	0,20	0,26
	СЗ-СТ	19 (17%)	36 (33%)	55 (50%)	13 (29,5%)	18 (41%)	13 (29,5%)	0,09	0,34	0,02
Особистісна	ЗР-ОТ	22 (20%)	52 (47%)	36 (33%)	5 (11%)	19 (43%)	20 (46%)	*0,30	0,65	0,14
	ЕД-ОТ	14 (13%)	61 (55%)	35 (32%)	3 (7%)	21 (47%)	20 (46%)	*0,44	0,39	0,12
	АСТ-ОТ	37 (34%)	49 (44%)	24 (22%)	7 (16%)	6 (14%)	31 (70%)	0,03	<0,001	<0,001
	ФОБ-ОТ	41 (37%)	54 (49%)	15 (14%)	6 (13,5%)	28 (63,5%)	10 (23%)	0,004	0,10	0,17
	ОП-ОТ	28 (25%)	36 (33%)	46 (42%)	9 (21%)	16 (36%)	19 (43%)	0,51	0,67	0,88
	СЗ-ОТ	31 (28%)	29 (26%)	50 (46%)	16 (36%)	15 (34%)	13 (30%)	0,32	0,34	0,07

Примітка: Ситуативна тривога (СТ), особистісна тривожність (ОТ), загальний рівень (ЗР), емоційний дискомфорт (ЕД), астеничний компонент (АСТ), фобічний компонент (ФОБ), тривожна оцінка перспективи (ОП), соціальна захищеність (СЗ). * За критерієм χ^2 з поправкою Йейтса.

Тобто в групі 1 переважала фізіологічна тривога, у той час як у групі 2 – її патологічна форма. Це наочно демонструє рис. 3.3

Рис 3.3 Розподіл рівнів ситуативної тривоги та особистісної тривожності в досліджених групі 1 та 2



Слід також зазначити, що статистично вища різниця між групами (в 1,6 раза) визначена лише за високим рівнем у досліджених групі 2 (при двобічному $p=0,02$).

Нижче нами були розглянуті тільки високі рівні складових ІТТ, бо вони безпосередньо вказували на процес дезадаптації. Детальне вивчення складових СТ показало, що слухачі групи 1 в 1,7 раза частіше відчували соціальну незахищеність ($p=0,02$), у той час як здобувачі групи 2 мали більш високу (у 3,9 раза) частоту АСТ-компонента ($p<0,001$).

Наступним етапом роботи було вивчення ОТ. Так, низький рівень ОТ у групі 1 зустрічався у 20% досліджених, нормальний – у 47% та високий – у 33%, а в групі 2 в 11%, 43% та 46% відповідно. Водночас аналіз вищезазначених результатів у групах не показав достовірної різниці за всіма рівнями ОТ. Також було встановлено, що при порівнянні рівнів ОТ та СТ в групі 1 отримані ідентичні результати, у той час як у групі 2 спостерігалась тенденція до збільшення показників високого рівня СТ за рахунок зниження відсотка його нормального рівня.

Оцінка складових ОТ продемонструвала значущі відмінності тільки за АСТ-компонентом (група 2 мала в 3,2 раза вищу частоту, ніж досліджені групи 1, при $p < 0,001$).

Зважаючи на очевидні відмінності рівнів тривоги в групах, нами було розглянуто середні значення отриманих балів у станайнах з метою оцінки впливу дезадаптивного процесу на здобувачів на різних етапів навчання (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Середні значення (Me) складових компонентів шкали ІТТ у здобувачів групи 1 та 2 (у станайнах)

*Складові шкали ІТТ		Групи дослідження		Відмінності між групами за U-критерієм Манна-Уїтні (p)
		Група 1 (n=110)	Група 2 (n=44)	
Ситуаційна тривога	ЗП-СТ	5 (5;6)	7 (5;7)	0,01
	ЄД-СТ	5 (5;6)	6 (4;7)	0,66
	АСТ-СТ	5 (2;6)	7 (7;8)	<0,01
	ФОБ-СТ	2,5 (1;4)	6 (5;6)	0,0008
	ОП-СТ	6 (5;6)	6,5 (6;8)	0,21
	СЗ-СТ	7 (6;7)	5 (4;6)	0,04
Особистісна тривожність	ЗП-ОТ	5 (5;6)	6 (5;7)	0,006
	ЄД –ОТ	5 (5;6)	6 (5;7)	0,13
	АСТ-ОТ	5 (2;6)	7 (7;8)	<0,001
	ФОБ-ОТ	4 (4;5)	6 (6;6)	0,0002
	ОП-ОТ	6 (5;7)	6 (5;7)	0,77
	СЗ-ОТ	6 (5;7)	5 (3;6)	0,61

Примітка: Ситуаційна тривога (СТ), особистісна тривожність (ОТ), загальний рівень (ЗР), емоційний дискомфорт (ЄД), астеничний компонент (АСТ), фобічний компонент (ФОБ), тривожна оцінка перспективи (ОП), соціальна захищеність (СЗ).

Проаналізувавши середні значення в станайнах за ЗР-СТ, було знайдено статистично вищі показники в досліджених групи 2 ($p=0,01$), при цьому отримані дані відповідали високому рівню тривоги.

Детальне вивчення складових СТ показало достовірно вищі значення станайнів у випадку ФОБ-СТ (група 2), АСТ-СТ (група 2) та СЗ-СТ (група 1). Хоча ФОБ-СТ і мала вищі показники в групі 2 ($p=0,0008$), її середні значення не перевищували рівень норми, на відміну від АСТ-СТ та СЗ-СТ (середні значення відповідали високому рівню тривоги при $p<0,01$ та $p=0,04$ відповідно). Такий феномен пояснюється низьким рівнем тривоги за показниками M_e (для станайнів) у досліджених групи 1, що може свідчити про недостатність усвідомлення високої відповідальності на початковому етапі навчання.

Аналіз середніх значень станайнів ОТ за показником ЗР, як і у випадку з СТ, продемонстрував достовірно вищі результати в групі 2 при $p=0,006$ (високий рівень), однак, на відміну від СТ, його середні значення відповідали нормальному рівню тривожності.

При оцінці складових ОТ була знайдена достовірна різниця за показниками АСТ та ФОБ у досліджених групи 2, однак лише за АСТ отримані результати відповідали високому рівню, у випадку ФОБ – середні значення були в межах норми.

З метою оцінки впливу ОТ на СТ був проведений кореляційний аналіз з подальшим порівнянням отриманих результатів між дослідженими групами (табл. 3).

Таблиця 3.7

Кореляційний взаємозв'язок ситуаційної тривоги та особистісної тривожності за складовими шкали ІТТ у здобувачів групи 1 та 2

*Складові ІТТ	Групи досліджених				Відмінності між кореляціям за Z критерієм (p)
	Група 1		Група 2		
	r (95% ДІ)	p	r (95% ДІ)	p	
ЗР	0,69 (0,58-0,78)	<0,001	0,79 (0,65-0,88)	<0,001	0,22

ЕД	0,56 (0,41-0,67)	<0,001	0,83 (0,70-0,90)	<0,001	0,003
АСТ	0,62 (0,49-0,72)	<0,001	0,72 (0,54-0,84)	<0,001	0,32
ФОБ	0,51 (0,36-0,64)	<0,001	0,52 (0,27-0,71)	<0,001	0,94
ОП	0,67 (0,55-0,76)	<0,001	0,70 (0,51-0,83)	<0,001	0,76
СЗ	0,56 (0,41-0,67)	<0,001	0,61 (0,39-0,77)	<0,001	0,68

Примітка: *Ситуаційна тривога (СТ), особистісна тривожність (ОТ), загальний рівень (ЗР), емоційний дискомфорт (ЕД), астеничний компонент (АСТ), фобічний компонент (ФОБ), тривожна оцінка перспективи (ОП), соціальна захищеність (СЗ).

Підрахунок рангового коефіцієнту кореляції за Спірменом показав наявність помітного позитивного (за шкалою Чеддок) тісного зв'язку між рівнем ОТ та СТ у здобувачів групи 1 за всіма компонентами ІТТ (кореляція в межах 0,5-0,7), у той час як група 2 продемонструвала помітний тісний зв'язок за ФОБ та СЗ-компонентами і високий – за ЗР, ЕД та АСТ відповідно (кореляція в межах 0,7-0,9). Аналіз отриманих коефіцієнтів кореляції за всіма складовими ІТТ між групою 1 та 2 показав достовірну різницю лише за ЕД ($Z=(-3,02)$ при $p=0,003$), тобто при переході на наступний етап навчання в здобувачів відмічалась тенденція до збільшення впливу характерологічних особливостей на емоційний комфорт.

Для об'єктивізації рівня депресії та субдепресії була використана шкала «Самооцінка депресії». На рис.3.4 представлені отримані дані залежно від досліджених груп.

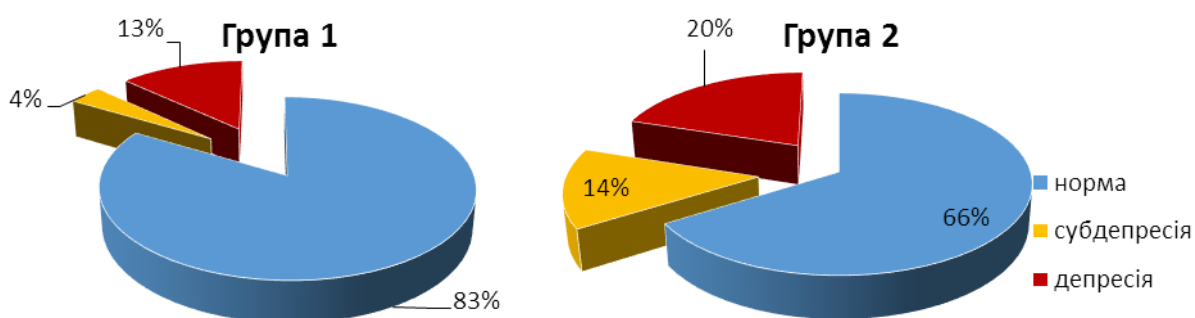


Рис.3.4 Поширеність депресії та субдепресії серед досліджених групи 1 та 2

Так, на частку депресії в групі 1 припадало 13% ($n=14$) досліджених, у групі 2 – 20% ($n=9$), на частку субдепресії – 4% ($n=4$) та 14% ($n=6$) відповідно.

Слід зазначити, що всі випадки депресії як у групі 1, так і в групі 2 відповідали легкому рівню при $M (\pm m) - 51,6 (\pm 0,4)$ і $52,3 (\pm 0,8)$ відповідно. Середнього та високого рівня зафіксовано не було. Тобто в цьому контексті можна говорити не про афективний розлад, а про депресивний стан у рамках розладу адаптації.

Порівняльний аналіз отриманих результатів показав наявність достовірної різниці в групі 2 щодо субдепресії, згідно з точним критерієм Фішера (при двобічному $p=0,03$). Для депресії цей показник становив $p=0,22$, що не є статистично достовірним.

Був також проведений розрахунок середніх значень у балах згідно зі шкалою «Самооцінка депресії». Для групи 1 $M(\pm m)$ становив $37,9(\pm 0,7)$, для групи 2 – $41,5(\pm 1,3)$. Аналіз отриманих даних демонстрував достовірно вищі показники в досліджених групі 2 за t-критерієм Стюдента ($2,61$ при двобічному $p=0,01$). Підвищення цього параметру можна розцінити як поглиблення психопатологічного стану з переходом на новий більш складний етап навчання.

З метою виявлення особливостей особистості досліджених груп 1 та 2, а також їх впливу на формування психопатологічних порушень, були детально проаналізовані дані, отримані в результаті проведення методики «Акцентуації характеру та темпераменту особистості» Леонгарда-Шмишека (табл. 3.8.).

Ступені вираженості типів акцентуацій особистості в досліджених групи 1 та 2

Типи акцентуацій особистості		Група 1 (n=110)			Група 2 (n=44)			Відмінності між групами X^2 (p)		
		в	ТАО	АО	ВАО	ТАО	АО	ВАО	ТАО	АО
Акцентуації характеру	Демонстративний	39 (35%)	60 (55%)	11 (10%)	12 (30%)	30 (68%)	2 (5%)	0,33	0,12	*0,44
	Застряглий	40 (36%)	63 (57%)	7 (6%)	14 (32%)	25 (57%)	5 (11%)	0,59	0,96	*0,48
	Педантичний	76 (69%)	29 (26%)	5 (5%)	28 (64%)	16 (36%)	-	0,43	0,22	*0,35
	Неврівноважений	81 (74%)	28 (25%)	1 (1%)	32 (74%)	11 (25%)	1 (2%)	0,91	0,95	*0,91
	Гіпертимний	38 (35%)	39 (35%)	33 (30%)	9 (20%)	21 (48%)	14 (32%)	0,09	0,16	0,83
Акцентуації темпераменту	Дистимічний	91 (82%)	16 (15%)	3 (3%)	40 (91%)	3 (7%)	1 (2%)	0,20	*0,30	*0,69
	Тривожний	79 (71%)	27 (25%)	4 (4%)	25 (57%)	15 (34%)	4 (9%)	0,07	0,23	*0,33
	Циклотимічний	48 (44%)	50 (45%)	12 (11%)	11 (25%)	24 (55%)	9 (20%)	0,03	0,31	0,12
	Афективний	60 (55%)	28 (25%)	22 (20%)	16 (36%)	18 (41%)	10 (23%)	0,04	0,06	0,71
	Емотивний	30 (27%)	60 (55%)	20 (18%)	13 (30%)	22 (50%)	9 (20%)	0,78	0,61	0,75

Примітка. ВАО – відсутність акцентуації особистості, тенденція до АО – тенденція до акцентуації особистості, АО – акцентуація особистості. *За критерієм X^2 з поправкою Йейтса.

Було встановлено, що найпоширенішими тенденціями до АО в досліджених групи 1 є «Демонстративність», «Застряглість» та «Емотивність»; серед АО: «Гіпертимність», «Афективність» та «Емотивність». Тобто серед тенденцій до АО в більшості випадків зустрічались акцентуації характеру («Демонстративність» та «Застряглість») і меншою мірою акцентуації темпераменту («Емотивність»). Натомість усі найпоширеніші АО були представлені лише у вигляді акцентуацій темпераменту. Це свідчить про переважання придбаних рис над генетично детермінованими серед тенденцій до АО і навпаки – серед АО.

У досліджених групи 2 провідними ТАО були «Демонстративність», «Застряглість» та «Циклотимність»; АО: «Гіпертимність», «Афективність» та «Емотивність» разом з «Циклотимністю». Як і у випадку з групою 1, серед ТАО переважали акцентуації характеру («Демонстративність» та «Застряглість») над акцентуаціями темпераменту («Циклотимність»). Аналогічно результатам групи 1 усі провідні АО групи 2 були представлені лише у вигляді акцентуацій темпераменту. Тобто в досліджених групи 2, як і в групи 1, серед ТАО переважають придбані риси, у той час як серед АО – вроджені.

Нами також був проведений порівняльний аналіз ступенів вираженості типів акцентуацій особистості між дослідженими групи 1 та 2. Хоча за такими провідними рисами, як «Емотивність» (ТАО) та «Циклотимність» (ТАО, АО) група 1 та 2 мали відмінності, порівняльний аналіз між ними не показав достовірно значущу різницю. Окрім того, статистично значуща різниця не була виявлена у випадку ТАО та АО за жодною з перерахованих у методиці типів акцентуацій. Лише за ВАО статистично вищі значення були знайдені в досліджених групи 2 у випадку «Циклотимності» та «Афективності».

Надалі нами були проаналізовані середні значення (Me) типів акцентуацій у досліджених обох груп (табл. 3.9)

Середні значення (Me) типів акцентуацій у досліджених групи 1 та 2

Типи акцентуацій особистості		Група 1 (n=110)	Група 2 (n=44)	Відмінності між групами U-критерій Манна-Уїтні (p)
Акцентуації характеру	Демонстративний	14 (12; 16)	16 (12; 18)	0,46
	Застряглий	14 (12; 16)	14 (12; 16)	0,94
	Педантичний	12 (10; 14)	12 (10; 14)	0,71
	Неврівноважений	9 (6; 15)	10,5 (9; 15)	0,48
	Гіпертимний	15 (12; 21)	18 (15; 21)	0,11
Акцентуації темпераменту	Дистимічний	9 (6; 12)	9 (6; 12)	0,26
	Тривожний	12 (6; 15)	12 (5,25; 15,75)	0,43
	Циклотимічний	15 (12; 18)	15 (14,25; 18)	0,09
	Афективний	12 (12; 18)	18 (12; 19,5)	0,07
	Емотивний	15 (12; 18)	15 (12; 18)	0,67

Примітка. *Достовірне значення при $p < 0,05$.

За результатами дослідження медіан достовірно значуща різниця не була виявлена за жодною зі складових шкал. Візуалізацію профілю акцентуацій особистості демонструє рис.3.9.

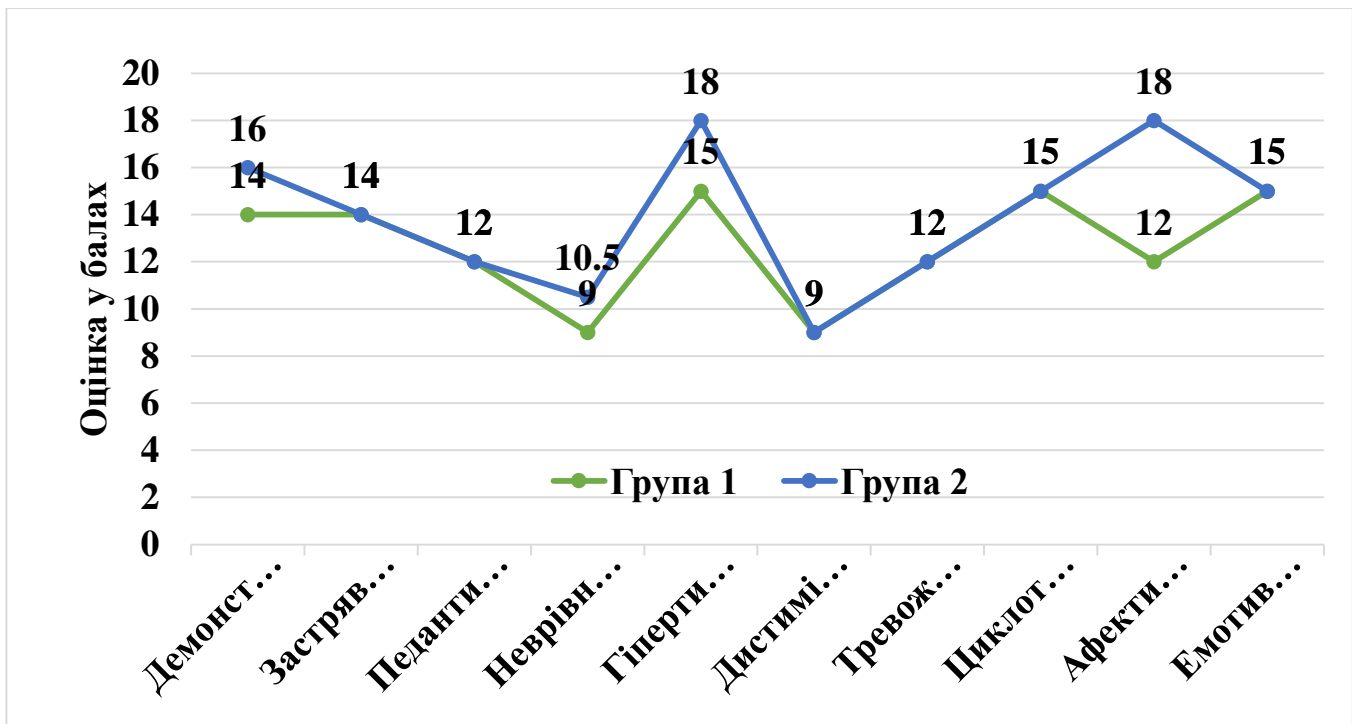


Рис 3.5 Профіль типів акцентуацій особистості за величинами (Me) в досліджених групи 1 та 2

Це дало змогу разом з попередніми даними зробити висновок про статистичну однорідність особистісних характеристик у досліджених обох груп.

З метою виявлення дезадаптивних варіантів копінг-поведінки була застосована методика Е. Хейма «Діагностика копінг-механізмів», табл. 3.10.

Таблиця 3.10

Варіанти копінг-стратегій досліджених групи 1 та 2

Варіанти копінг-стратегії	Група 1 (n=110)			Група 2 (n=44)			Відмінності між групами за χ^2 Пірсона (p)		
	КК	ЕК	ПК	КК	ЕК	ПК	КК	ЕК	ПК
Адаптивні	46 (42%)	55 (50%)	39 (35%)	13 (29%)	14 (32%)	9 (20%)	0,16	0,04	0,07
Неадаптивні	38 (34,5%)	28 (25%)	24 (22%)	21 (48%)	20 (45%)	14 (32%)	0,13	0,02	0,19
Відносно адаптивні	26 (23,5%)	27 (25%)	47 (43%)	10 (23%)	10 (23%)	21 (48%)	0,91	0,81	0,57

За результатами проведеної роботи було встановлено, що для досліджених групи 1 когнітивний копінг-механізм більшою мірою був представлений адаптивними варіантами, емоційний – адаптивним варіантами та поведінковий – відносно адаптивними варіантами.

У досліджених групи 2 серед когнітивного копінгу переважав неадаптивний варіант, серед емоційного – неадаптивний варіант та серед поведінкового – відносно адаптивний варіант.

Однак порівняльний аналіз між групами показав достовірно вищі показники за адаптивним варіантом у досліджених групи 1 та не адаптивним – у досліджених групи 2 лише за емоційним копінг-механізмом. Це частково пояснює наявність високої частоти виявлення розладів адаптації в досліджених групи 2.

Надалі нами був проведений аналіз варіантів копінг-механізмів у досліджених групи 1 та 2 залежно від нозологічних таксонів. Це наочно демонструє табл. 3.11.

Варіанти копінг-стратегій та копінг-механізмів залежно від діагностичних таксонів у досліджених групи 1

та 2

Копінг-механізми	Варіанти копінг-стратегій	Група 1 (n=110)			Група 2 (n=44)			Відмінності між групами за χ^2 Пірсона з поправкою Йейтса (p)		
		АД	НАД	ВАД	АД	НАД	ВАД			
Когнітивний	N	19 (73%)	4 (15%)	3 (12%)	1 (100%)	-	-	0,58	0,31	0,21
	Z73.2	22 (55%)	6 (15%)	12 (30%)	7 (58%)	3 (25%)	2 (17%)	0,90	0,71	0,59
	R53	3 (18%)	8 (47%)	6 (35%)	2 (15%)	8 (62%)	3 (23%)	0,74	0,68	0,75
	F43	2 (7%)	20 (74%)	5 (19%)	3 (17%)	10 (55%)	5 (28%)	0,63	0,33	0,64
	Сума	46 (42%)	38 (34,5%)	26 (23,5%)	13 (29%)	21 (48%)	10 (23%)	*0,16	*0,13	*0,91
Емоційний	N	23 (88%)	1 (4%)	2 (8%)	1 (100%)	-	-	0,21	0,82	0,10
	Z73.2	28 (70%)	3 (7,5%)	9 (22,5%)	10 (84%)	1 (8%)	1 (8%)	0,59	0,60	0,50
	R53	2 (12%)	8 (47%)	7 (41%)	2 (15%)	7 (54%)	4 (31%)	0,80	0,15	0,84
	F43	2 (8%)	16 (59%)	9 (33%)	1 (5,5%)	12 (67%)	5 (27,5%)	0,72	0,85	0,95
	Сума	55 (50%)	28 (25%)	27 (25%)	14 (32%)	20 (45%)	10 (23%)	*0,04	*0,02	*0,81
Поведінковий	N	14 (54%)	1 (4%)	11 (42%)	-	-	1 (100%)	0,97	0,82	0,91
	Z73.2	20 (50%)	3 (7,5%)	17 (42,5%)	6 (50%)	1 (8%)	5 (42%)	0,74	0,60	0,78
	R53	2 (12%)	6 (35%)	9 (53%)	2 (15%)	3 (23%)	8 (62%)	0,80	0,75	0,92
	F43	3 (11%)	14 (52%)	10 (37%)	1 (5,5%)	10 (55,5%)	7 (39%)	0,92	0,95	0,85
	Сума	39 (35%)	24 (22%)	47 (43%)	9 (20%)	14 (32%)	21 (48%)	*0,07	*0,19	*0,57

Примітка. *Розрахунок проводився за критерієм χ^2 Пірсона (p).

Перш за все було проаналізовано найбільшу частоту виявлення когнітивного копінг-механізму. Так, у досліджених групи 1 стан без психічних розладів (норма) та умовна норма (Z73.2) більшою мірою були представлені адаптивними варіантами копінг-стратегії, у той час як R53 та F43 – неадаптивними варіантами. У досліджених групи 2, як і в досліджених групи 1, у випадку норми та Z73.2 переважали адаптивні варіанти, а серед таких нозологічних таксонів, як R53 та F43 – неадаптивні варіанти копінг-стратегії.

Далі було проаналізовано емоційний копінг-механізм. Установлено, що в досліджених групи 1 у випадку норми та Z73.2 з більшою частотою зустрічались адаптивні варіанти копінгів, у той час як серед R53 та F43 – неадаптивні варіанти. У досліджених групи 2 аналогічно дослідженим групи 1 провідними варіантами копінг-стратегій виступали адаптивні варіанти (стан без психічних розладів та Z73.2) та неадаптивні (R53 та F43).

Останнім етапом цієї роботи був аналіз поведінкового копінг-механізму. У досліджених групи 1 серед такого нозологічного таксону, як Z73.2, з більшою частотою зустрічались адаптивні варіанти, у той час як серед норми та R53 – відносно адаптивні варіанти копінг-стратегій. Це суттєво відрізняло ці дані від даних, що були отримані в результаті дослідження когнітивного та емоційного копінг-механізмів. Аналіз F43 (група 1) показав переважання неадаптивних варіантів копінг-стратегій. У досліджених групи 2, аналогічно дослідженим групи 1, серед поведінкового компонента переважали у випадку норми та Z73.2 – адаптивні варіанти, у випадку R53 – відносно адаптивні та F43 – неадаптивні.

Слід також зазначити, що порівняльний аналіз усіх варіантів копінг-стратегій за встановленими нозологічними таксонами між дослідженими групами не показав достовірної різниці ні за одним із пунктів.

Отже, підсумовуючи отримані дані, можна сказати, що в досліджених групи 1 та 2 переважна більшість усіх копінг-механізмів була представлена у вигляді адаптивних варіантів (норма та Z73.2) та неадаптивних варіантів копінг-стратегій (R53 та F43). Тобто досліджені обох груп з такими нозологічними таксонами, як R53 та F43, потребували проведення

профілактичних та корекційних заходів, направлених на зміну неадаптивних варіантів копінг-поведінки, у той час як досліджені без психічних розладів та Z73.2 - лише психопрофілактичних.

Слід відмітити, що невеликий відсоток осіб без психічних розладів та Z73.2 в обох групах мав як не адаптивні, так і відносно адаптивні варіанти копінг-стратегій, однак клінічного прояву дезадаптивного процесу в них виявлено не було. Це вказує на наявність у таких осіб сприятливого варіанта «профілю акцентуаційної особистості». Тому таким особам були проведені лише роз'яснювальні бесіди стосовно їхнього стану без проведення психотерапевтичних заходів.

3.2. Оцінка ризиків виникнення компонентів розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання навчання.

У результаті дослідження виявлено тенденцію поступового поглиблення психопатологічного процесу при переході на наступний етап навчання:

- найвищий рівень астенії, тривоги та депресії спостерігався у здобувачів групи 2, відповідно вони мали більш важкі прояви розладів адаптації;
- у досліджених групи 2 з більшою частотою зустрічались неадаптивні варіанти копінг-стратегій, що нами розцінене як підґрунтя до формування розладів адаптації;
- в той же час, суттєвого впливу типів акцентуацій особистості на ризик виникнення розладів адаптації встановити не вдалося (статистична різниця виявлена не була).
- виходячи з цього, причинами виникнення психопатологічних порушень є вплив зовнішніх факторів, що при наявності неадекватних варіантів копінг-стратегій призвів до виникнення психопатологічних порушень;
- для досліджених групи 1 таким фактором виявився «культурний шок», у досліджуваних групи 2 – педагогічне перенавантаження з недостатнім володінням мовою на якій навчаються.

З метою підтвердження отриманих результатів нами була проведена оцінка ризиків виникнення клінічно окреслених проявів астенії (астенічного синдрому) в іноземних здобувачів вищої медичної освіти залежно від етапу навчання. В якості показника відносного ризику розраховувався показник відношення шансів. Установлено, що шанс виникнення проявів астенічного синдрому в досліджених групи 1 становив 0,667, у той час як у групі 2 – 1,588 при відношенні шансів 0,420 (ДІ від 0,205 до 0,860). Тобто в здобувачів групи 2 у 2,38 (раза більший ризик виникнення астенії, ніж у здобувачів групи 1. Тобто в здобувачів групи 2 у 2,4 рази більший ризик виникнення астенії, ніж у здобувачів групи 1 – відношення шансів 2,38 (95% ДІ: 1,16 – 4,88).

Наступним кроком було дослідження ризиків виникнення тривоги в іноземних здобувачів вищої медичної освіти залежно від етапу навчання. Як вхідні дані було взято рівень ситуативної тривоги. У досліджених групи 1 шанс її розвитку становив 0,486, у той час як у досліджених групи 2 – 1,095 при відношенні шансів 0,420 (ДІ від 0,205 до 0,860). Тобто в здобувачів групи 2 у 2,3 рази більший ризик виникнення тривоги, ніж у здобувачів групи 1 – ВШ= 2,25 (95% ДІ: 1,10 – 4,59).

Останнім кроком було дослідження ризиків виникнення депресії та субдепресії в досліджених обох груп. Для обчислення цього параметру були вибрані здобувачі групи 1 та 2, що мали за даними психометрії депресію та субдепресію, яких розцінювали як таких, що мають фактори ризику. У результаті проведеної роботи було виявлено, що шанс виникнення проявів депресії в майбутньому в групі 1 становив 0,196, у той час як у групі 2 – 0,517 при відношенні шансів – 2,64 (95% ДІ: 1,19 – 5,90). Тобто в здобувачів групи 2 у 2,6 рази більший ризик розвитку депресивних та субдепресивних станів, ніж у здобувачів групи 1.

Тобто, ризики виникнення симптомів розладів адаптації у досліджених групи 2 перевищував такі у групи 1: для астенії - у 2,4 рази, для тривоги - у 2,3 рази та для депресії у 2,6 рази, що підтверджує гіпотезу про вплив зовнішніх

факторів на формування розладів адаптації (культурний шок, навчальне перенавантаження та незнання мови).

3.3. Психометрична характеристика якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації залежно від етапу навчання та її взаємозв'язок з компонентами розладів адаптації

Для об'єктивізації змін у показниках якості життя на фоні впливу проявів розладів адаптації (астенії, тривоги, депресії) була проведена психометрична оцінка за методикою «Показник якості життя» за Mezzich в адаптації Н.А. Марути. У табл. 3.12 представлені дані середніх значень (Me) в досліджених обох груп.

Таблиця 3.12

Середні значення (Me) складових шкал якості життя в досліджених групи

1 та 2

Складові шкали ЯЖ	Me (0,25;0,75)		Відмінності між групами за U-критерієм Манна-Уїтні (*p)
	Група 1	Група 2	
Фізичне благополуччя	8 (7;9)	7 (6,75;9)	0,12
Психологічне/емоційне благополуччя	8 (7;9)	7 (5,75;8)	<0,001
Самообслуговування та незалежність дій	9 (8;10)	8 (6,75;9)	0,12
Працездатність	8 (6;9)	7 (5;8)	0,003
Міжособистісна реалізація	9 (7;10)	8 (6;9)	0,02
Соціально-емоційна підтримка	8 (6;9)	7 (5,75;8,25)	0,3
Громадська та службова підтримка	7,5 (7;8)	7 (5;9)	0,24
Особистісна реалізація	8 (6;9)	7 (5;8,25)	0,06

Духовна реалізація	8 (7;9)	7 (5;9)	0,08
Загальне сприйняття життя	8 (7;9)	7 (5,75;8)	<0,001
Інтегративний показник	7,9 (7;8,7)	7,3(5,98;7,98)	0,002

Примітка. * Значення достовірні при $p < 0,05$.

Було встановлено, що найвищі середні значення в групі 1 спостерігались за шкалами «Самообслуговування та незалежність дій» – 9 (8;10) і «Міжособистісна реалізація» – 9 (7;10), найменші – за шкалою «Громадська та службова підтримка» – 7,5 (7;8).

У досліджених групі 2 найвищі середні значення були виявлені за такими шкалами, як «Самообслуговування та незалежність дій» – 8 (6,75;9) і «Міжособистісна реалізація» – 8 (6;9), найменші були рівномірно розподілені між вісьмома шкалами, що залишились.

Отримані нами дані наочно демонструє рис. 3.5



Рис 3.6 Розподіл середніх значень (Me) за шкалою якості життя в досліджених групі 1 та 2

Порівняльний аналіз між групами показав, що статистично нижчі результати спостерігались у досліджених групі 2 за такими шкалами: «Психічне благополуччя», «Працездатність», «Міжособистісна реалізація» та «Загальне сприйняття життя». Також було виявлено, що за інтегративним показником ЯЖ група 2 теж мала достовірно гірші показники порівняно з

групою 1. Статистично вищі результати в досліджених групи 1 виявлено не було. Виходячи з цього, ми можемо зробити висновок про наявність значного зв'язку між показниками ЯЖ та вираженістю психопатологічних процесів.

З метою підтвердження цього твердження був проведений кореляційний аналіз (таблиця 3.13).

Таблиця 3.13

Взаємозв'язок інтегративного показника якості життя та основних проявів розладів адаптації в досліджених обох груп

Прояви розладів адаптації	*r (95% ДІ)		Відмінності між групами за Z-критерієм Фішера (**p)
	Група 1 (n=110)	Група 2 (n=44)	
Депресія	-0,57 (-0,68; -0,42)	-0,84 (-0,91; -0,73)	0,002
Ситуативна тривога	-0,48 (-0,61; -0,32)	-0,64 (-0,79; -0,43)	0,2
Астенія	-0,66 (-0,75; -0,54)	-0,57 (-0,68; -0,42)	0,4

Примітка. *r – коефіцієнт кореляції Спірмена при достовірності результатів $p < 0,001$, ** достовірність значень при $p < 0,05$.

У результаті проведеної роботи було встановлено, що в групі 1 за всіма проявами розладів адаптації спостерігався помірний кореляційний зв'язок, у той час, як у групі 2 з астенією та ситуативною тривогою було виявлено помірний, а з депресією – виражений кореляційний зв'язок.

Також слід зазначити, що за всіма проявами розладів адаптації був знайдений статистично достовірний (при двобічному $p < 0,001$) від'ємний кореляційний зв'язок з інтегративним показником ЯЖ. Він показав, що при зростанні проявів астенії, ситуативної тривоги та депресії відбувається зниження якості життя. Це наочно демонструють дані рисунків 3.6 – 3.8.

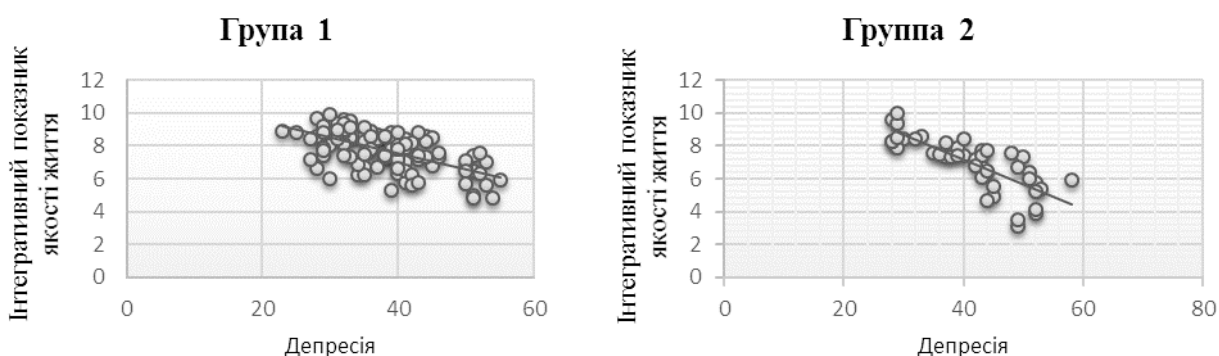


Рис 3.7 Кореляційний зв'язок між депресією та інтегративним показником якості життя в досліджених групи 1 та 2

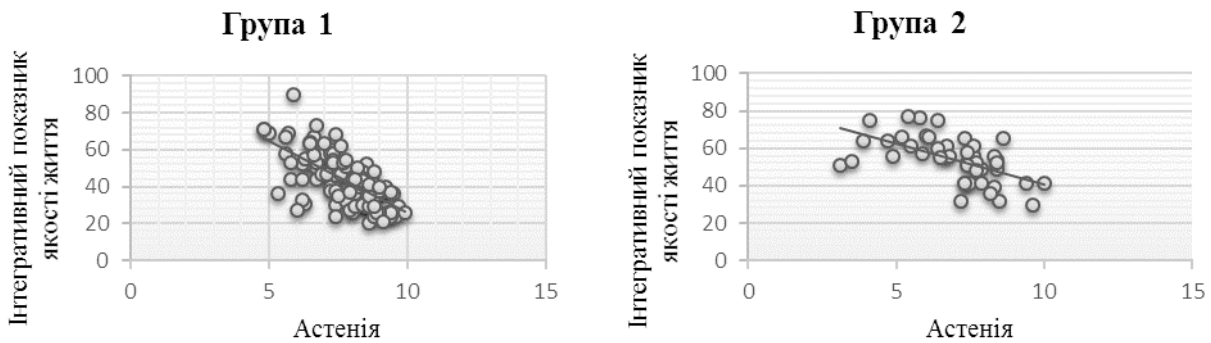


Рис 3.8 Кореляційний зв'язок між астенією та інтегративним показником якості життя в досліджених групи 1 та 2

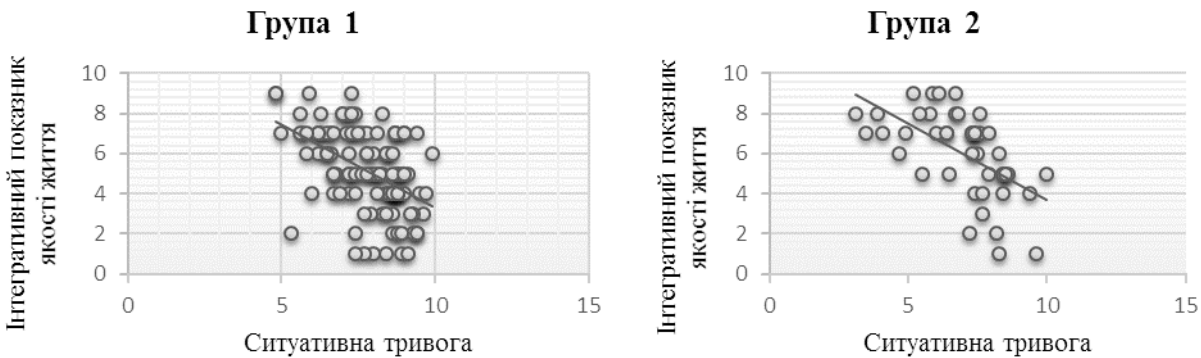


Рис 3.9 Кореляційний зв'язок між ситуативною тривогою та інтегративним показником якості життя в досліджених групи 1 та 2

Вивчення впливу окремих проявів розладів адаптації на ЯЖ показав, що в досліджених групи 1 найбільш виражений кореляційний зв'язок спостерігався з астенією (-0,66 (-0,75; -0,54)), у той час як у групі 2 – з депресією (-0,84 (-0,91; -0,73)). При порівняльному аналізі між групами було виявлено достовірно вищі показники лише у випадку депресії в досліджених групи 2 ($p=0,002$). Це свідчить про поглиблення патологічного процесу в бік афективного регістру з переходом на наступний етап навчання.

Висновки до розділу 3

У цьому розділі наведено результати аналізу клініко-психопатологічної, психометричної, патопсихологічної характеристик розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти залежно від етапу навчання.

У процесі клінічного дослідження було встановлено, що провідною скаргою в досліджених групи 1 була психічна втомленість (66%), у той час як у групі 2 – фізична втомленість (91%) та слабкість (89%). Серед виявлених психічних симптомів у групі 1 превалювала тривога (60%), у групі 2 – астенія (71%), а серед соматовегетативних – порушення апетиту (група 1) та дисомнія (група 2). У цілому частота виявлення скарг та симптомів у досліджених групи 2 достовірно вища, ніж у групі 1 ($p < 0,05$).

Серед психічних станів перше місце в групі 1 посідав Z73.2 – «Недостатність відпочинку та розслаблення» (36%), у групі 2 – F43.22 – «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція» (30%) та R53 – «Нездужання та втома» (30%). Установлено, що в групі 1 на частку норми та пограничних станів (Z73.2) припадало у 12 разів та в 1,6 раза більше (відповідно) здобувачів, ніж у групі 2, що свідчить про тенденцію до поступового поглиблення патологічного процесу при переході на наступний етап навчання.

Психометричне дослідження рівня астенії за допомогою шкали MFI-20 показало, що в групі 1 достовірно частіше спостерігається норма (25%) та помірний (24%) рівень астенії, у той час як у групі 2 – високий рівень астенії (32%), що підтверджує наявність прогресування дезадаптивного процесу ($p < 0,05$). Аналіз впливу астенії на різні аспекти життя показав, що досліджені групи 1 мали достовірно менші показники за 4-ма складовими шкали MFI-20, і, відповідно, меншу частоту виявлення астенічного синдрому (40,0) порівняно з дослідженими групи 2 (61%) при $p = 0,02$.

Низький рівень тривоги (норма) у групі 1 за даними ІТТ зустрічалась у 20% досліджених, нормальний рівень (фізіологічна тривога) – у 47%, високий рівень (патологічна) – у 33%, а у групі 2 у 11%, 37% та 52% відповідно. Тобто, у групі 1 переважала фізіологічна тривога, у групі 2 – її патологічна форма. Статистично вища різниця між групами (у 1,6 раза) визначена лише за високим рівнем у досліджених групи 2 (при двобічному $p=0,02$). За складовими СТ (високий рівень) досліджені групи 1 в 1,7 раза частіше відчували низьку соціальну захищеність, у той час як здобувачі групи 2 мали більш високу (у 3,9 раза) частоту АСТ-компонента ($p<0,001$).

При аналізі середніх значень у станайнах ЗР-СТ було виявлено статистично вищі показники в групі 2 порівняно з групою 1. Отримані дані відповідали високому рівню тривоги. Вивчення складових компонентів СТ показало наявність достовірно вищої різниці для ФОБ-СТ (група 2), АСТ-СТ (група 2), та СЗ-СТ (група 1). Хоча ФОБ-СТ і мала статистично вищі показники в групі 2, її середні значення (Me) не перевищували рівень норми (на відміну від АСТ-СТ та СЗ-СТ).

Установлено за даними ОТ, що низький рівень тривожності в групі 1 зустрічався у 20% досліджених, нормальний – у 47% та високий – у 33%, а в групі 2 в 11%, 43% та 46% відповідно. Аналіз у групах не показав достовірної різниці за всіма рівнями ОТ. При порівнянні рівнів ОТ та СТ, у групі 1 були ідентичні результати, у той час як у групі 2 спостерігалась тенденція до збільшення показників високого рівня СТ. Оцінка складових ОТ продемонструвала значущі відмінності тільки за АСТ-компонентом (група 2 мала в 3,2 раза вищу частоту, ніж досліджені групи 1 ($p<0,001$)). Аналіз середніх значень станайнів ОТ за показником ЗР продемонстрував статистично вищі результати в групі 2 при $p=0,006$ (високий рівень), однак його середні значення відповідали нормальному рівню тривожності. При оцінці складових ОТ була знайдена достовірна різниця за показниками АСТ та ФОБ у досліджених групи 2, однак лише за АСТ отримані результати відповідали високому рівню, у випадку ФОБ – середні значення були в межах норми.

Виявлено помітний кореляційний зв'язок за ранговим коефіцієнтом Спірмена між рівнем ОТ та СТ у здобувачів групи 1, за всіма складовими ІТТ, а в групі 2 помітний – за ФОБ і СЗ та високий – за ЗР, ЕД і АСТ. Аналіз отриманих коефіцієнтів кореляції за всіма складовими ІТТ між групою 1 та 2 показав достовірну різницю лише за ЕД (при $p=0,003$).

Аналіз рівня депресії за шкалою «Самооцінка депресії» показав, що частота її виявлення для досліджених групи 1 становила 13%, групи 2 – 20%, субдепресії – 4% та 14% відповідно. При цьому всі випадки депресії як у групі 1, так і в групі 2 відповідали легкому рівню. Середнього та високого рівня зафіксовано не було. Це свідчить про депресивний стан у рамках розладу адаптації. При цьому за даними середніх значень було встановлено, що досліджені групи 2 мають статистично гірші результати за t-критерієм Стюдента (2,61 при двобічному $p=0,01$). Відповідно, підвищення цього параметру можна розцінити як поглиблення психопатологічного стану з переходом на новий більш складний етап навчання.

Виявлено, що ризики виникнення компонентів розладів адаптації в досліджених групи 2 в майбутньому для астенії у 2,4 раза, для тривоги у 2,3 та для депресії у 2,6 раза перевищували такі в досліджених групи 1.

За методикою оцінки якості життя найвищі середні значення в групі 1 спостерігались за шкалами «Самообслуговування та незалежність дій» і «Міжособистісна реалізація», найменші – за шкалою «Громадська та службова підтримка». У досліджених групи 2 найвищі середні значення були виявлені за такими шкалами, як «Самообслуговування та незалежність дій» і «Міжособистісна реалізація», найменші були рівномірно розподілені між останніми 8 шкалами. Порівняльний аналіз між групами показав статистично нижчі результати в досліджених групи 2 за шкалами: «Психічне благополуччя», «Працездатність», «Міжособистісна реалізація», «Загальне сприйняття життя» та за інтегративним показником якості життя.

Установлено, що в групі 1 за всіма проявами розладів адаптації спостерігався помітний кореляційний зв'язок, у той час як у групі 2 з астеною

та ситуативною тривогою було виявлено помірний, а з депресією – виражений кореляційний зв'язок. Крім цього, за всіма проявами розладів адаптації був знайдений статистично достовірний ($p < 0,001$) від'ємний кореляційний зв'язок з інтегративним показником ЯЖ. Він показує, що при зростанні проявів астенії, ситуативної тривоги та депресії відбувається зниження якості життя.

Було встановлено, що найпоширенішими ТАО в досліджених групи 1 є «Демонстративність», «Застряглість» та «Емотивність»; серед АО: «Гіпертимність», «Афективність» та «Емотивність». У досліджених групи 2 провідними ТАО були «Демонстративність», «Застряглість» та «Циклотимність»; АО: «Гіпертимність», «Афективність» та «Емотивність» разом з «Циклотимністю». Тобто в досліджених обох груп серед ТАО та АО в більшості випадків зустрічались акцентуації характеру й меншою мірою – акцентуації темпераменту. Дослідження типів акцентуацій показало статистичну однорідність досліджених групи 1 та 2 стосовно типів особистості, що свідчило про більш виражений вплив саме зовнішніх факторів у генезі формування психопатологічних порушень.

Установлено, що в досліджених групи 1 когнітивний копінг-механізм більшою мірою був представлений адаптивними варіантами, емоційний – адаптивними варіантами та поведінковий – відносно адаптивними варіантами. У досліджених групи 2 серед когнітивного копінгу переважав неадаптивний варіант, серед емоційного – неадаптаційний варіант та серед поведінкового – відносно адаптивний варіант. Аналіз психічних станів досліджених обох груп показав, що для психічної норми та Z73.2 переважна більшість усіх копінг-механізмів була представлена адаптивними варіантами, R53 та F43 – неадаптивними варіантами копінг-стратегій, тобто досліджені обох груп з такими нозологічними таксонами, як R53 та F43, потребували проведення профілактичних та корекційних заходів, направлених на зміну неадаптивних варіантів копінг-поведінки, у той час як досліджені без психічних розладів та Z73.2 - лише психопрофілактичних.

Отримані нами результати підкреслюють необхідність розробки заходів профілактики, ранньої діагностики та корекції розладів адаптації іноземних здобувачів вищої освіти залежно від етапу навчання.

РОЗДІЛ 4

ПРОФІЛАКТИКА ТА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ В ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ

Виявлені в цьому дослідженні клініко-психопатологічні, психометричні та психодіагностичні особливості розладів адаптації дозволили нам науково обґрунтувати та розробити комплексну систему персоніфікованих заходів профілактики та корекції розладів адаптації в здобувачів вищої медичної освіти залежно від етапу їх навчання.

Базові принципи персоніфікованої системи профілактичних та корекційних заходів в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання полягають у такому:

1. Персоніфікований характер профілактичних та корекційних заходів, що передбачає врахування як індивідуально-типологічних й патохарактерологічних особливостей іноземних здобувачів з розладами адаптації, так і виявлені нами відмінності в психологічному й психопатологічному статусі, притаманні їм.

2. Комплексність та системність використаних заходів. Ці принципи передбачають застосування психопрофілактичних та психокорекційних заходів, різних форм і методів індивідуального втручання.

3. Чітка етапність та послідовність.

Мета профілактичних та корекційних заходів:

1. Запобігання психопатологічних порушень.
2. Усунення психопатологічних проявів, нормалізації психоемоційного стану, відновлення нормальної психічної діяльності.
3. Відновлення і покращення психосоціальної адаптації, здатності опиратися дистресу та нівелювання його наслідків.

Об'єктом втручання запропонованої системи профілактичних та корекційних заходів є психопатологічна симптоматика іноземних здобувачів з розладами адаптації на різних етапах навчання.

Ключовими мішенями профілактичних та корекційних заходів для іноземних здобувачів з розладами адаптації на різних етапах навчання є:

1. Психопатологічні симптоми астенії, тривоги та депресії.
2. Психосоціальна дезадаптація, порушення психосоціального функціонування іноземних здобувачів з розладами адаптації на різних етапах навчання.
3. Недостатня мікросоціальна підтримка й мікросоціальна взаємодія іноземних здобувачів з розладами адаптації на різних етапах навчання.
4. Низька поінформованість іноземних здобувачів про причини й психологічні механізми виникнення порушень адаптації та шляхи їх усунення й профілактики.
5. Неадаптивні та неконструктивні моделі поведінки, що посилюють прояви розладів адаптації.

Відповідно до цих принципів здійснено профілактичні та корекційні заходи в іноземних здобувачів з розладами адаптації залежно від етапу навчання. Було виділено 3 послідовні етапи (табл. 4.1).

КОМПЛЕКСНА, ПОЕТАПНА, ПЕРСОНІФІКОВАНА СИСТЕМА ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ

Етапи і заходи		Групи дослідження			
		Іноземні слухачі підготовчого відділення (група 1)		Іноземні здобувачі 1-2 курсів (група 2)	
		Підгрупа 1 (Норма/Z73.2)	Підгрупа 2 (R53 /F43)	Підгрупа 1 (Норма/Z73.2)	Підгрупа 2 (R53 /F43)
I етап (психодіагностичний)	Установлення терапевтичного комплаїнсу	Формування конструктивного ставлення до терапії, налагодження комплаєнтних відносин			
	Психодіагностика	1. Оцінка вираженості астенії (MFI-20) 2. Оцінка вираженості тривоги (ІТТ) 3. Оцінка вираженості депресії («Самооцінка депресії»); 4. Методика оцінки якості життя 5. Акцентуації характеру та темпераменту особистості; 6. Діагностика копінг-механізмів.			
II етап (профілактичний)	Психоосвіта	Психоосвітні лекції за темами:			
		1. «Особливості станів стресу, тривоги, агресії та методи самопомоги при них»			
	-	2. Розлади адаптації. Причини, наслідки та їх корекція»	-	2. Розлади адаптації. Причини, наслідки та їх корекція»	
	Навчання методам	Тренінг «Використання методів релаксації»			

	саморелаксації			
	Загальноосвітні та педагогічні заходи	Засоби що пом'якшують наслідки «культурного шоку»	Засоби, що пом'якшують наслідки навчального перенавантаження та незнання мови	
III етап (корекційний)	Етапи і заходи			
	Психічні стани групи 1 та 2	Психотерапія	Інші види терапії	Фармакотерапія
	F43.22	<ol style="list-style-type: none"> Елементи раціональної психотерапії КПТ: <ul style="list-style-type: none"> Когнітивна переоцінка; Навчання соціальним навичкам; Встановлення мети; Постановка задач; Метод «щоденника настрою». Розпізнавання позитивних моментів. Метод «повторення». 	<ul style="list-style-type: none"> елементи технік НЛП («чорно-білої фотокартки»); звукотерапія. арт-терапія 	<ul style="list-style-type: none"> Ноотропи; Анксиолітики; Антидепресанти із групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (за потребою).
	F43.23	<ol style="list-style-type: none"> Елементи раціональної психотерапії КПТ: <ul style="list-style-type: none"> Когнітивна переоцінка; Встановлення кордонів; Дистанціювання; Встановлення мети; Постановка задач; Навчання соціальним навичкам. 	<ul style="list-style-type: none"> елементи технік НЛП («чорно-білої фотокартки»); звукотерапія; арт-терапія. 	<ul style="list-style-type: none"> Ноотропи; Анксиолітики; Антидепресанти із групи селективних інгібіторів зворотнього захоплення серотоніну (за потребою).
R53	<ol style="list-style-type: none"> Елементи раціональної психотерапії КПТ: <ul style="list-style-type: none"> Когнітивна переоцінка; Навчання соціальним навичкам; Встановлення мети; Постановка завдань. 	<ul style="list-style-type: none"> елементи технік НЛП («чорно-білої фотокартки»); звукотерапія; 	Не проводилась	

I етап – психодіагностичний. Метою цього етапу є створення психологічних передумов для подальшого ефективного проведення профілактичних та корекційних заходів. Він передбачав встановлення довірчих, комплаєнтних відносин, формування прихильності до терапії, а також визначення актуальних психопатологічних проявів розладів адаптації. Структура заходів на цьому етапі включала проведення бесіди, організованої за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю з використанням спеціально розробленої нами анкети для деталізації скарг та даних анамнезу, та комплексне психодіагностичне обстеження.

II етап – профілактичний. Метою цього етапу є нівелювання психопатологічних проявів, попередження рецидивування психопатологічних порушень та збереження повноцінного психосоціального функціонування й профілактики дезадаптації. Виконання цього етапу до проведення корекційних заходів зумовлено великим комплексним пластом психоосвітньої роботи. Вона направлена на розуміння дослідженим власного емоційного та психічного стану, можливості власноруч описувати та диференціювати свої емоції та ті психопатологічні порушення, що з ним відбуваються, а також обґрунтовує раціональність та необхідність проведення подальших корекційних втручань. Також на цьому етапі розглядаються базові принципи самопомоги, що дозволить посилити дію наступних корекційних втручань. Для частини досліджених цей етап є першим та останнім.

III етап – корекційний. Метою цього етапу є усунення наявних психопатологічних проявів і ознак розладів адаптації шляхом використання комплексу психотерапевтичних, фармакотерапевтичних (за потребою) та інших немедикаментозних заходів, які диференціюються залежно від вхідного нозологічного таксону. Орієнтовна тривалість цього етапу – від 4 до 12 тижнів.

4.1. Етап (профілактичний). Після обробки отриманих результатів досліджених обох груп були розподілено на підгрупи залежно від установлених психічних станів. До підгрупи 1 увійшли досліджені без психічних розладів (норма) та з умовною нормою (Z73.2). До підгрупи 2 – з пограничними станами (R53) та розладами адаптації (F43).

Освітня програма включала власне психоосвіту, загальноосвітні та педагогічні заходи, а також навчання методам релаксації. Перелік їх наведений у таблиці 4.2. [149-150]:

Таблиця 4.2

Організаційні та змістовні аспекти психоосвітніх заходів в залежності від нозологічних таксонів у досліджуваних групи 1 та 2

Освітні заходи	Нозологічні таксони (група 1)		Нозологічні таксони (група 2)	
	норма, Z73.2 (підгрупа 1)	R53, F43 (підгрупа 2)	норма, Z73.2 (підгрупа 1)	R53, F43 (підгрупа 2)
Тривалість та частота проведення лекцій та практичних занять	1 лекція та 1 тренінг упродовж 1 години 20 хв. з інтервалом в 1 тиждень	2 лекцій та 1 тренінг упродовж 1 години 20 хв. з інтервалом в 1 тиждень	1 лекція та 1 тренінг упродовж 1 години 20 хв. з інтервалом в 1 тиждень	2 лекцій та 1 тренінг упродовж 1 години 20 хв. з інтервалом в 1 тиждень
Психоосвіта	стресу, тривоги, агресії та методи релаксації, що при цьому використовують вся	стресу, тривоги, агресії та розладів адаптації, субдепресії та депресії з донесенням необхідності проведення методів корекції даних	стресу, тривоги, агресії та методи релаксації, що при цьому використовують вся	стресу, тривоги, агресії та розладів адаптації, субдепресії та депресії з донесенням необхідності проведення методів корекції

		станів		даних станів
Навчання методам саморелаксації	Йога-нідра, дихання за «квадратом», методики заземлення	Міорелаксація за Джекобсоном, йога-нідра, дихання за «квадратом», методики заземлення	Йога-нідра, дихання за «квадратом», методики заземлення	Міорелаксація за Джекобсоном, йога-нідра, дихання за «квадратом», методики заземлення
Загальноосвітні та педагогічні заходи	Засоби пом'якшуючі наслідки «соціокультурального» шоку		Засоби пом'якшуючі наслідки педагогічне навантаження	

Теоретичний матеріал подавався у вигляді мультимедійних презентацій англійською мовою з перекладом на українську. Треба наголосити, що саме використання сучасних технологій візуалізації підвищує ефективність освітнього процесу у зв'язку з можливістю одночасності дії матеріалу на зоровий та слуховий аналізатори. Це покращує осмислення та запам'ятовування поданої інформації, особливо в іноземних здобувачів.

Так, для досліджених підгрупи 1 (група 1 та 2) було розроблено 1 лекція та 1 тренінг, для підгрупи 2 (група 1 та 2) – 2 лекції та 1 тренінг. Тривалість кожної лекції та тренінгу в середньому становила 1 годину 20 хвилин з 10-хвилинною перервою всередині. Після проведеної лекційної та практичної роботи давався 5-10-хвилинний проміжок для постановки запитань та уточнень.

Слід також зазначити, що зміст презентаційного матеріалу відрізнявся в досліджених підгрупи 1 та підгрупи 2 (групи 1 та 2). Якщо в підгрупі 1 переважно висвітлювались теми стресу, тривоги, агресії та астенії з подальшим відпрацюванням методів релаксації, то в підгрупі 2, додатково до вищевказаного, роз'яснювались теми розладів адаптації, субдепресії та депресії з донесенням необхідності проведення методів корекції таких станів.

Для всіх підгруп (група 1 та 2) використовувались загальноосвітні заходи, направлені на роз'яснення необхідності нормалізації режиму праці та відпочинку, важливості сну, фізичної активності та прогулянок на свіжому повітрі для боротьби з дистресом. Також освітня робота була направлена на: підтримку соціальної активності, збереження теплих стосунків з рідними та друзями, а також залучення в гуртки за інтересами. Це сприяло запобіганню самоізоляції досліджених та відчуттю «покинутості наодинці» із власними проблемами. Важлива роль у процесі спілкування також відводилась не тільки спілкуванню у власному інтернаціональному колективі, але й з місцевим населенням, що значно сприяло пом'якшенню процесу соціокультурної адаптації (особливо для здобувачів групи 1).

Також були використані додаткові педагогічні методи, які сприяють більш м'якому процесу адаптації.

Для групи 1 це було використання роз'яснювальних бесід разом з педагогами, спрямованих на підвищення навичок самостійного життя, у тому числі з використанням наочних джерел. Так, брошури з різних магазинів з продуктами харчування та побутовими товарами перекладались для здобувачів англійською мовою, розповідалось про можливості приготування їжі в домашніх умовах для запобігання розвитку порушень роботи шлунково-кишкового тракту. У процесі роботи разом з педагогічним колективом використовувались ігрові методи навчання задля підвищення мотивації та заохочення отримання нових знань.

Крім цього, для здобувачів групи 1 проводились роз'яснювальні бесіди стосовно соціокультурних особливостей нашої країни, у тому числі з використанням підручника проф., д.філол.н. Філат Т.В. та співавт. «Українська мова», де разом зі словником подаються короткі описи культурних особливостей України. [151]: Проводились роз'яснювальні бесіди стосовно нашого клімату та необхідності в теплих речах та їх купівлі заздалегідь, для запобігання майбутнім захворюванням. Ці прості поради сприяли відчуттю прийняття та потрібності з боку оточуючих.

Важливе значення також надавалось питанню раннього початку користування гаджетами та інтернетом у процесі навчання, у тому числі перегляду відео українською мовою із субтитрами, для більш швидкого запам'ятовування слів та вимови фраз (група 1) або збагачення словникового запасу (група 2).

Разом з тим усім здобувачам як групи 1, так і групи 2 були надані методики, направлені на покращення процесу уваги та запам'ятовування нової інформації. Так, для покращення концентрації уваги рекомендувалось:

- Планувати свій час шляхом створення розкладу та плану завдань.
- Оптимізувати своє робоче місце, створити зручне робоче середовище, вільне від факторів, що відволікають, таких як сторонній шум та світло.
- Виконувати вправи на сприйняття, тобто заняття, що сприяють покращенню сприйняття та уважності, такі як розгадування sudoku та кросвордів.
- Проводити самоконтроль думок та емоцій.

Також підкреслювалась важливість фізичної активності, сну та збалансованого харчування.

Для покращення пам'яті та запам'ятовування були представлені методики:

- Асоціативне запам'ятовування. Найбільш ефективним способом запам'ятовування є пов'язування нової інформації з уже добре відомою інформацією. Цього можна досягти шляхом створення зв'язків між термінами та поняттями в тексті та реальним життям чи особистим досвідом.
- Поділ матеріалу на частини. Поділ матеріалу на дрібніші частини допомагає покращити розуміння та запам'ятовування тексту, допомагає сконцентруватися на конкретних деталях, що може зробити вивчення більш ефективним.

- Повторення - це один з ключових способів покращення пам'яті. Регулярне повторення нової інформації допомагає закріпити її в пам'яті, що робить запам'ятовування ефективнішим. Рекомендувалось повторювати нову інформацію через різні проміжки часу: наприклад, через 10 хвилин, через годину, через день, через тиждень.
- Створення зведених записів. Допомагає покращити розуміння матеріалу, а також запам'ятати ключові терміни та концепції.
- Метод наметів - цей метод полягає у візуалізації інформації у фізичному просторі. Для запам'ятовування довгого списку пунктів можна уявити, що вони розміщені в різних кімнатах.
- Використання візуалізації. Рекомендувалось візуалізувати інформацію, яку потрібно запам'ятати, використовуючи малюнки, схеми або діаграми.

У досліджених групи 2 були використані методики, направлені на систематизацію великого об'єму інформації. Вони відповідали базовим принципам педагогіки та представляли собою таку схему: пошук нової інформації – її осмислення – запам'ятовування – оформлення власної думки – застосування знання на практиці. Важливе значення надавалося не тільки факту запам'ятовування окремих аспектів, але і встановлення між ними взаємозв'язку. Здобувачам рекомендувалось після перегляду або читання нової інформації намагатись відділяти головне від другорядного з подальшою можливістю зіставити отримані результати з матеріалами інших джерел. Також підкреслювалась необхідність у використанні наочних засобів, таких як атласи з ілюстраціями та підручники з різноманітними схемами для полегшення засвоювання складної інформації. Для закріплення отриманих знань рекомендувалось робити конспекти у вигляді схем, планів та тез задля можливості відтворення засвоюваного матеріалу за ними.

У процесі роботи також підкреслювалось необхідність старанного вивчення основних предметів, таких як анатомія, патанатомія, фізіологія та патофізіологія, а також фармакологія, які є базою для засвоєння подальших клінічних дисциплін.

Наголошувалось на необхідності регулярного відвідування занять задля попередження пропусків, а також зменшення самостійної роботи та розширення засвоєних знань і більш глибокої та детальної їх систематизації під час семінарських занять.

З метою переключення уваги та запобігання емоційному виснаженню здобувачам обох груп та підгруп радили знайти собі хобі за інтересами. Це дозволяє розширити коло знайомств, поговорити з однолітками на цікаву для здобувача тему та сприяє перерозподілу вільної енергії задля попередження конфліктів та агресивної поведінки.

4. 2. Етап корекційний

Для досліджених з R53 цей етап включав:

1. Використання елементів раціональної психотерапії [152,153];
2. Проведення когнітивно-поведінкової психотерапії, що передбачала використання таких методик [154]:
 - Когнітивна переоцінка;
 - Навчання соціальних навичок;
 - Установлення мети;
 - Постановка задач.

Це дозволяло змінити неадаптивні варіанти копінг-реагуючої поведінки залежно від індивідуальної потреби досліджених.

Методика когнітивної переоцінки, або когнітивне переструктурування, використовувалась для зміни негативних думок, таких як неправильні переконання, переживання і страхи, які підтримують небажану поведінку. Вона також дозволяє зменшити емоційний дискомфорт та напруження. Здобувачам рекомендувалось вести щоденник, куди записувати власні думки та самостійно

оцінювати їх реалістичність. Для цього потрібно було поставити собі питання: «Чи є ця думка реальною?» та «Чи є інші пояснення цій ситуації?». Надалі проводився пошук позитивних, реалістичних думок та переконань. Наприклад, необхідно було відповісти собі на такі питання: «Як я можу подивитись на цю ситуацію з іншої точки зору?» чи «Які позитивні аспекти можуть бути в цій ситуації?». Ця методика була ключовою для зміни когнітивного компонента копінг-поведінки. При цьому слід зазначити, що здобувачі, котрі оволоділи цією методикою, могли в подальшому самостійно використовувати її без залучення в процес психотерапевта.

Навчання соціальних навичок – це методика, спрямована на поліпшення соціальних навичок, необхідних для спілкування з іншими людьми. Це вкрай важливо як для слухачів підготовчого відділення (група 1), що тільки приїхали до іншої країни, задля встановлення дружніх стосунків з новим соціокультурним середовищем і у власному інтернаціональному колективі, так і для здобувачів 1-2 курсів (група 2) для налагодження конструктивних взаємин з викладачами та нівелювання конфліктів серед свого оточення. Головним принципом цієї методики був перегляд та переоцінка думок та переконань як щодо себе, так й інших з наступним проведенням тренінгу, що включав елементи рольової гри, імпровізації та симуляції ситуації. Здобувачі ставили себе на місце інших, слухали та відповідали на запитання, висловлювали свої думки та почуття, використовуючи відповідний тон та жести. Вони навчались розуміти та сприймати емоції інших людей, проявляти співчуття та розуміння чужих проблем, вчилися працювати в команді, взаємодіяти з іншими людьми, знаходити компроміси та досягати спільних цілей.

Установлення цілей – це методика, спрямована на визначення та досягнення цілей, які допоможуть особі змінити свою поведінку. Установлення цілей включає визначення конкретних, вимірних і досяжних цілей, розробку плану дій і систематичне відстеження прогресу. Навчання цієї методики обов'язково відбувалось паралельно методиці постановки завдань. Для цього здобувачу пропонувалось самостійно визначити свою мету, при цьому

зазначалось, що вона повинна бути конкретною, чітко сформульованою, позитивною, мати чітко окреслений термін виконання та обов'язково досяжною, щоб можливо було простежити прогрес та побачити результат. На початкових етапах ми просили вибрати просту мету для навчання на конкретному прикладі з наступним переносом на вже більш глобальні запити. Після цього дослідженим давалось домашнє завдання зробити список та прописати свої цілі відповідно до опрацьованого прикладу. Цей метод дозволяв дослідженим навчитись використовувати адаптивні варіанти копінг-стратегій.

Постановка завдань – це методика, спрямована на поліпшення організації та планування дій. Напочатку роботи визначалась кінцева мета, яку потрібно досягти з подальшим розробленням плану дій, який містить конкретні кроки та задачі, необхідні для її досягнення (вони повинні бути конкретними, обміркованими та досяжними).

Тривалість сеансу КПП становила 1 годину, кількістю 4-6 зустрічей, з частотою 1 раз на тиждень.

3. Крім цього, у роботі з дослідженими були використані елементи техніки НЛП, зокрема техніка «чорно-білої фотокартки». Вона дозволяла за допомогою візуалізації та трипозиційної моделі сприйняття зменшити вплив до повного нівелювання негативної ситуації. Особливістю цієї техніки була можливість її самостійного використання. [155,156]:
4. Звукотерапія. Рекомендувалось використовувати звуки «цілющих чаш» і природи для заспокоєння та медитації. [157,158,159,160]:

Для досліджених з діагнозом F43.23 рекомендувалось:

1. Використання елементів раціональної психотерапії.
2. Проведення когнітивно-поведінкової психотерапії з використанням таких технік:

- Когнітивна переоцінка;
- Установлення кордонів;
- Дистанціювання;
- Установлення мети;

- Постановка задач;
- Навчання соціальних навичок.

Окрім технік, що використовуються для корекції психічних станів для рубрики R53 (дивись вище), додатково використовувались техніки, націлені безпосередньо на зниження рівня тривоги та корекцію інших порушень емоційної сфери.

Так, техніка встановлення кордонів є однією з методик когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і спрямована на те, щоб допомогти людині визначити особисті межі та встановити їх, що дозволяє знизити рівень стресу та тривоги. Здобувачам пропонувалось скласти список ситуацій, у яких вони почували себе невпевнено чи ставали надмірно тривожними. Після цього потрібно було дослідити, які межі були порушені в цих ситуаціях і як це відображалось на емоційному стані та поведінці. Надалі складався план дій, направлений на встановлення кордонів у подібних ситуаціях для захисту себе від їх порушень, з наступною рефлексією над отриманими результатами та за потребою модифікуванням плану дії. Прикладом установлення кордонів було вираження своїх потреб та бажань у соціальній ситуації, де здобувач часто відчувається незручно, включаючи визначення особистих переваг, встановлення кордонів у стосунках з іншими людьми й управління ситуацією.

Паралельно техніці встановлення кордонів використовувалась техніка дистанціювання, що дозволяла навчити здобувачів відгороджуватись від негативних думок та емоцій, наприклад, розглядати їх як сторонні спостерігачі або використовувати уявний екран для відокремлення себе від них. Це теж один з інструментів, що дозволяє знизити рівень стресу та тривоги.

Тривалість сеансу КПТ становила 1 годину, кількістю 6-8 зустрічей, з частотою 1 раз на тиждень.

3. Проведення арт-терапії. [161]:

Особливо вона була актуальна для людей з тривогою та депресією і дозволяла наочно виплеснути свої негативні емоції на папері з подальшою

можливістю прослідкувати динаміку роботи над собою і тих змін, що з ними траплялись на фоні проведеної терапії, та підвищити до неї прихильність та зацікавленість.

Для зниження рівня стресу також рекомендувалось використання розфарбовування різними яскравими кольорами мандали. Це дозволяло відволіктись від негативних думок та знизити рівень тривоги.

4. Техніки НЛП, зокрема техніка «чорно-білої фотокартки»:

5. Із засобів медикаментозної терапії за потребою рекомендувались:

- Ноотропи;
- Анксиолітики;
- Антидепресанти (за потребою).

Призначення антидепресантів було вибіркове, за потребою. Категорією їх призначення стали досліджені з дуже високим рівнем тривоги, у яких це перешкоджало проведенню психотерапевтичної корекції. Препаратами вибору були селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (СІЗЗ) з протитривожним ефектом.

Для досліджених з діагнозом F43.22 рекомендувалось проведення:

1 Використання елементів раціональної психотерапії;

2 Когнітивно-поведінкової психотерапії з використанням таких технік:

- Когнітивна переоцінка;
- Метод «щоденника настрою»;
- Розпізнавання позитивних моментів;
- Метод повторення;
- Дистанціювання;
- Установлення мети;
- Постановка задач;
- Навчання соціальних навичок.

Метод «щоденника настрою». Здобувачам пропонувалось вести щоденник настрою, у якому вони відзначали свої думки та почуття. Це

допомагало краще розуміти себе та свої емоції, а також виявити зв'язки між настроєм та подіями у власному житті.

Розпізнавання позитивних моментів. Ця методика дозволяла навчитись шукати та розпізнавати позитивні моменти в житті, які можуть покращити настрій та підвищити рівень задоволення.

Метод повторення доповнював методику когнітивної переоцінки, що дозволяло змінити негативні думки на позитивні. Ми рекомендували здобувачам повторювати позитивні думки, які допомагають їм почуватися краще, наприклад, повторювати фрази на кшталт «Я гідний любові та поваги» або «У мене все виходить добре» тощо.

Ці прості, але досить ефективні методики дозволяли покращити настрій та підвищити якість життя досліджених.

Окрім вищевказаних технік, використовувались КПП техніки:

3 Арт-терапії, зокрема:

- Зафарбування мандали.

4 Техніки НЛП, зокрема:

- «Чорно-білої фотокартки».

5 Музикотерапія («цілющі чаші»).

6 Медикаментозна терапія:

- Ноотропи;
- Анксиолітики (за потребою);
- Призначення антидепресантів (за потребою).

Препаратами вибору були селективні інгібітори зворотного захвату серотоніну (СІЗЗ) з протитривожним ефектом.

4.3. Оцінка ефективності

З метою об'єктивної оцінки ефективності запропонованої нами комплексної системи персоніфікованих профілактичних та корекційних заходів в іноземних здобувачів з розладами адаптації залежно від етапу навчання, через 6 міс. нами було проведено порівняльний аналіз результатів

випадок-контроль. Загалом була надана допомога 75 особам, з них 44 були дослідженими групи 1 та 31 – групи 2. Вони склали підгрупу 2.

Використовувались такі шкали та методики:

1. Шкала «Суб'єктивна оцінки астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20).
2. «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ), розроблений Бізюк А.П та співавт.
3. Шкала «Самооцінка депресії» (Zung W.W., 1965).
4. Методика оцінки якості життя Mezzich et al. (1999) в адаптації Н.О. Марути (2001) (Марута Н.О. та ін., 2001).

Динаміка проявів астенії наведена в таблі 4.3.

Таблиця 4.3

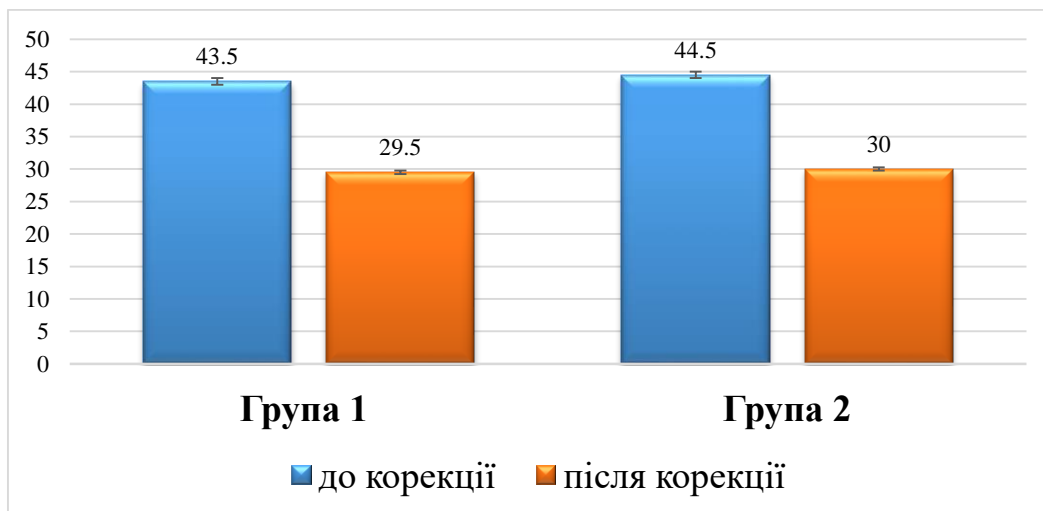
Оцінка астенії за шкалою MFI-20 до і після проведення профілактичних та корекційних заходів у досліджених групи 1 та 2 (підгрупи 2)

Субшкали	Досліджені групи 1 (n=44)		Досліджені групи 2 (n=31)		Відмінності між випадком-контролем у досліджених групах за Т-критерієм Вілкоксона (p)	
	До профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	Після профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	До профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	Після профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	для групи 1	для групи 2
Загальна астенія	13 (10;15)	8 (6,8;10)	13 (11;15)	8 (6;9)	<0,001	<0,001
Зниження активності	11 (10;14)	6 (5;8)	12 (10;13)	7 (5;8)	<0,001	<0,001
Зниження мотивації	10 (7,8;12)	6 (5;8)	12 (9;13)	7 (6;8)	<0,001	<0,001
Фізична астенія	11 (9;13,25)	7 (6; 8)	12 (10;13)	8 (6;9)	<0,001	<0,001
Психічна астенія	12 (10;13,25)	6 (4;7)	12 (10;14)	6 (5;8)	<0,001	<0,001
Сумарний бал	54 (50;63)	33,5 (28;40,25)	58 (54;64)	36 (30;41)	<0,001	<0,001

За результатами отриманих даних було встановлено достовірне зменшення проявів астенії в досліджених групи 1 та 2 (підгрупи 2) за Т-критерієм Вілкоксона при ($<0,001$) за всіма складовими субшкалами.

При цьому слід зазначити зниження рівня астенії за загальним показником, що в середньому не перевищує легкий рівень як для досліджених групи 1 – 33,5 (28;40,25), так і досліджених групи 2 – 36 (30;41). Аналіз складових субшкал показав відсутність клінічно окресленого астеничного синдрому та в середньому не перевищував 6-7 балів для досліджених як групи 1, так і групи 2 (підгрупи 2).

Наступним етапом роботи був аналіз динаміки рівня депресії (рис. 4.1).



4.1. Оцінка рівня депресії за шкалою «Самооцінка депресії» до і після проведення профілактичних та корекційних заходів у досліджених групи 1 та 2 (підгрупи 2)

Було встановлено, що в досліджених групи 1 та 2 за парним Т-критерієм Стьюдента спостерігалась позитивна динаміка та зниження рівня депресії при 12,4 $p<0,001$ (група 1, підгрупа 2) та 12,6 $p<0,001$ (група 2, підгрупа 2). При цьому середні значення зменшились з М (SD) 43,5 (6,7) до М (SD) 29,5 (5,4) у досліджених групи 1 та з М (SD) 44,5 (7,4) до М (SD) 30,1 (5,3) у досліджених групи 2. Тобто різниця для досліджених групи 1

(підгрупа 2) становила 14,5 бала, у досліджених групи 2 (підгрупа 2) – 14,4 бала, що дозволяє говорити про дуже суттєвий результат.

Нами також були проаналізовані в динаміці рівні тривоги. Отримані дані представлені в табл. 4.4.

Таблиця 4.4

Оцінка рівня тривоги за методикою ІТТ до та після проведення профілактичних та корекційних заходів у досліджених групи 2 (підгрупи 2)

Складові ІТТ		Досліджені групи 1 (n=44)		Досліджені групи 2 (n=31)		Відмінності між випадком-контролем у досліджених групах за Т-критерієм Вілкоксона (p)	
		До профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	Після профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	До профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	Після профілактичних та корекційних заходів Me (0,25;0,75)	для групи 1	для групи 2
Ситуативна тривога	ЗР-СТ	7 (5,8;8)	4 (3;5)	7 (5;8)	4 (2;5)	<0,001	<0,001
	ЕД-СТ	6 (4;7)	4 (3;5)	6 (4;8)	3 (1;4)	<0,001	<0,001
	АСТ-СТ	7 (6;7,3)	5,5 (5;6)	8 (7;8)	6 (6;7)	<0,001	<0,001
	ФОБ-СТ	6 (3,3;7)	4 (1;6)	6 (5;7)	4 (1;5)	0,002	0,001
	ОП-СТ	7 (5;8)	6 (3,1;6)	7 (5;8)	5 (3;5)	0,004	<0,001
	СЗ-СТ	7 (6;8)	4 (2;6)	5 (2;6)	2 (2;4)	<0,001	<0,001
Особистісна тривожність	ЗР-ОТ	6,5 (5;7)	5 (4;5)	7 (6;8)	5 (4;5)	<0,001	<0,001
	ЕД-ОТ	6 (5;7,3)	5 (4;6)	7 (5;7)	5 (3;5)	<0,001	<0,001
	АСТ-ОТ	6 (6;7)	6 (5;6)	8 (7;8)	6 (6;6)	291 (0,01)	<0,001
	ФОБ-ОТ	5 (3,3;6)	4 (1;5)	6 (6;7)	4 (4;6)	203 (0,002)	0,001
	ОП-ОТ	7 (5;8)	6 (5;7)	6 (5;7)	5 (3;6)	<0,001	<0,001
	СЗ-ОТ	7 (3;8)	4 (2;6)	5 (2;8)	2 (2;5)	<0,001	0,001

За результатами аналізу виявлена позитивна динаміка та зниження рівня тривоги після проведення профілактичних та корекційних заходів у

досліджених обох груп за Т-критерієм Вілкоксона за усіма вищевказаними пунктами.

Особливо слід відзначити зниження середніх значень (Me) з патологічного до фізіологічного рівня тривоги за такими складовими ІТТ, як ЗР, АСТ, ОП й СЗ у випадку ситуативної тривоги та ОП й СЗ у випадку особистісної тривоги серед досліджених групи 1 (підгрупи 2). Для досліджених групи 2 (підгрупи 2) спостерігалось зниження рівня тривоги з патологічного до фізіологічного за такими компонентами, як ЗР, АСТ та ОП за СТ та ЗР, ЕД, АСТ за ОТ. Отримані результати свідчать про ефективність комплексної, персоніфікованої системи засобів профілактики та корекції патологічних станів.

Оцінка ефективності цієї програми також наочно демонструє підвищення складових компонентів шкали якості життя (рис. 4,4 та 4.5).

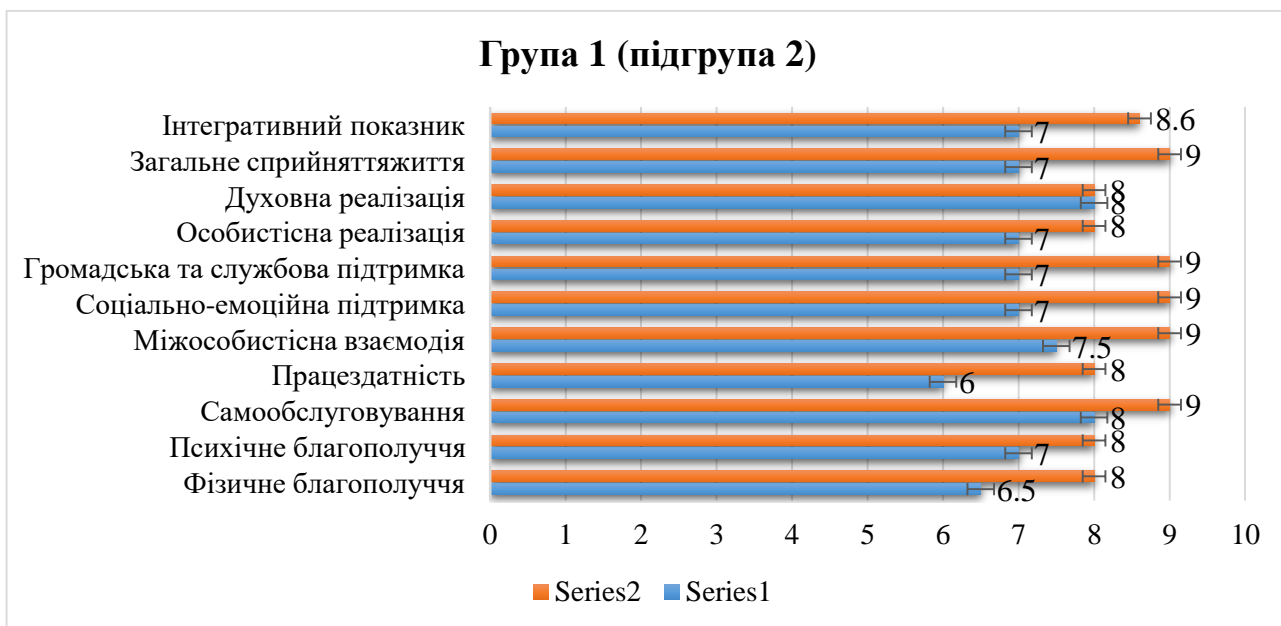


Рис. 4.4. Якість життя до та після проведення профілактичних та корекційних заходів у досліджених групи 1 (підгрупа 2)

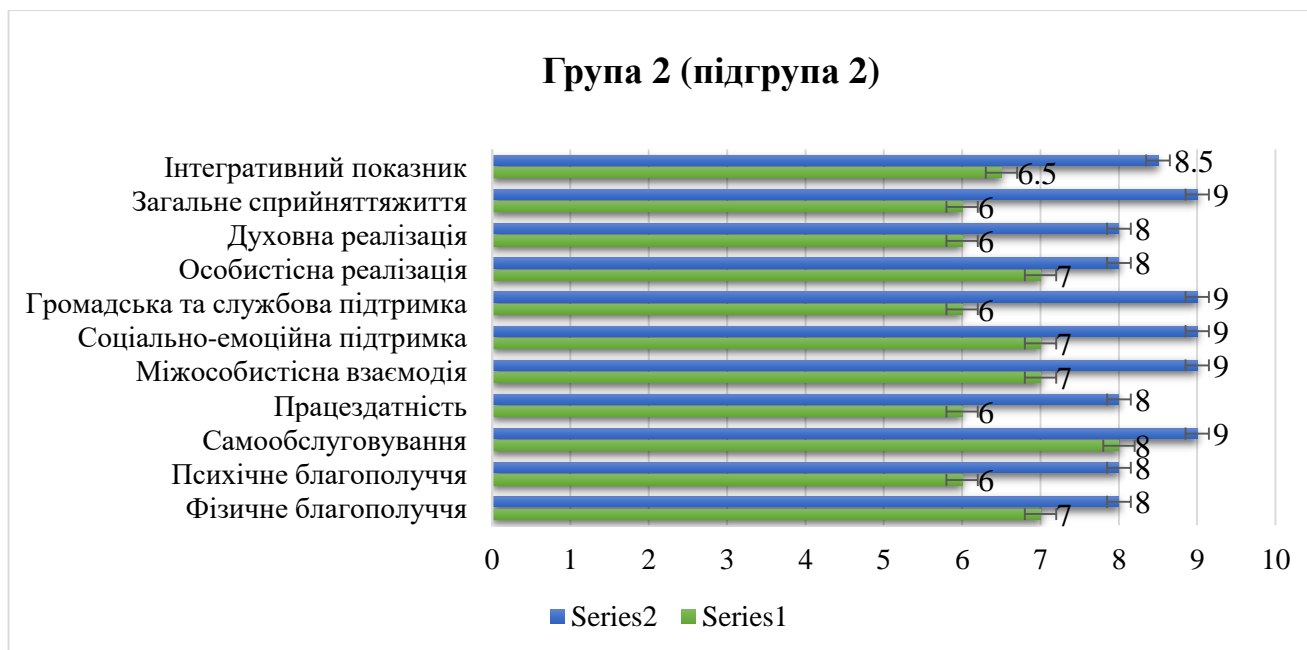


Рис. 4.5. Якість життя до та після проведення профілактичних та корекційних заходів у досліджених групи 2

На рис. 2 ми бачимо підвищення показника якості життя за всіма пунктами шкали в досліджених обох груп при достовірному значенні $p < 0,001$ за Т-критерієм Вілкокона.

Дослідження окремих складових показало, що серед досліджених групи 1. найбільше збільшення показників за такими шкалами методики оцінки якості життя, як «Працездатність», «Соціально-емоційна підтримка», «Громадська та службова підтримка», «Соціально-емоційна підтримка», «Громадська та службова підтримка» й «Загальне сприйняття життя».

У досліджених групи 2 найбільше збільшення показників визначалась за такими шкалами, як «Психологічне/емоційне благополуччя», «Працездатність», «Міжособистісна реалізація», «Соціально-емоційна підтримка», «Громадська та службова підтримка», «Особистісна реалізація» та «Загальне сприйняття життя».

Спираючись на результати дослідження, нами науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я комплексну систему персоналізованих профілактичних та корекційних заходів для іноземних

здобувачів вищої медичної освіти залежно від етапу навчання, яка ґрунтується на принципах індивідуальної орієнтованості, комплексності й системності, а також чіткої послідовності та етапності цих заходів. Подано характеристику змісту й наповнення етапів системи: психодіагностичного, профілактичного та корекційного.

Запропонована комплексна система профілактичних та корекційних заходів виявилася високоефективною при розладах адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Таким чином, застосування запропонованої комплексної персоніфікованої системи профілактичних та корекційних заходів в іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації на різних етапах навчання дозволило значуще покращити стан психоемоційної сфери, зменшити вираженість депресивних проявів, психопатологічної симптоматики та покращити якість життя такого контингенту осіб.

Усе це дає нам підстави рекомендувати запропоновану комплексну систему профілактичних та корекційних заходів для застосування на практиці у вищих навчальних закладах та сфері охорони здоров'я.

4.4. Ілюстрація клінічних випадків серед іноземних здобувачів вищої медичної освіти

Нижче наводяться приклади взаємодії з іноземними здобувачами з різним ступенем вираженості розладів адаптації для ілюстрації ефективності розроблених заходів профілактики та корекції.

Клінічне спостереження № 1

Досліджений В., 27 років.

Скарги:

Активно висловлює скарги на: слабкість, що не минає після тривалого відпочинку, швидку втомленість, зниження працездатності.

Пасивно: порушення сну, метушливість, дратівливість, порушення концентрації уваги.

Анамнез. Спадковість за психічними та неврологічними захворюваннями не обтяжена, ранній розвиток без особливостей. Закінчив школу, навчався задовільно. Неодружений. Дітей немає. Приїхав навчатись з Марокко. На момент дослідження є здобувачем 1 курсу Дніпровського державного медичного університету.

При огляді. Зовнішньо спокійний, дещо астенизований. Мовному контакту доступний, всебічно орієнтований правильно, у бесіду вступає охоче, на запитання відповідає в повному обсязі, зоровий контакт підтримує. Розповідає, що останнім часом став швидше втомлюватись, знизилась працездатність, постійно відчуває слабкість, що не минає після тривалого відпочинку, сон поверхневий, немає відчуття відпочинку зранку, тому постійно хочеться спати. Маячні ідеї та обмани сприйняття не виявляє. Вживання заспокійливих засобів, алкогольних напоїв заперечує.

Попередній діагноз: нездужання та втомленість (R53).

Процедура. Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень та психометричного обстеження (Табл. 4.5). По завершенню програми було проведено контроль вираженості психопатологічної симптоматики до та після проведених заходів.

Заходи:

1. Психопрофілактика полягала в проведенні:

- Психоосвітніх заходів стресу (1 лекція та 1 тренінг упродовж 1 години 20 хв. з інтервалом 1 тиждень щодо станів стресу, тривоги, агресії та методів релаксації);
- Навчання методам саморелаксації (йога-нідра за Журавльовим, дихання за «квадратом», методики заземлення);
- Загальноосвітніх та педагогічних заходів (засоби, що пом'якшують наслідки навчального навантаження).

2. Корекція включала:

- *Елементи когнітивно-поведінкової психотерапії:*

- Когнітивна переоцінка;
- Навчання соціальних навичок;
- Установлення мети;
- Постановка задач.

- *Елементи технік НЛП*, зокрема «Чорно-білої фотокартки»;
- *Музикотерапію* («цілющі чаші»).

Програма КПП складалася в середньому із сеансів тривалістю до 60 хв.

На початку роботи такі заняття проводились 1 раз на тиждень, а потім один раз на 2 тижні. Усього було проведено 5 сеансів в амбулаторному режимі.

Таблиця 4.5

Контроль вираженості психопатологічної симптоматики до та після проведення заходів профілактики та корекції

	До проведення профілактичних та корекційних заходів	Після проведення профілактичних та корекційних заходів
Шкала «Суб'єктивна оцінки астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20, 1995)	«Загальна астенія» –15, «Зниження активності» – 13, «Зниження мотивації» – 13, «Фізична астенія» – 12, «Психічна астенія» – 12, сумарний бал – 65	«Загальна астенія» – 6, «Зниження активності» – 5, «Зниження мотивації» – 7, «Фізична астенія» – 5, «Психічна астенія» – 6, сумарний бал – 29
Шкала «Самооцінка депресії» (Zung W.W., 1965)	До заходів: 33	Після заходів: 23
Інтегративний тест тривожності (Бірюк А. П., Вассерман Л. Й., Ювлев Б. В., 2005)	для СТ: загальний показник — 5, емоційний дискомфорт (ЕД) — 4, астеничний компонент (АСТ) — 7, фобічний компонент (ФОБ) — 6, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 7, соціальна захищеність (СЗ) — 2,; для ОТ: загальний показник — 5, ЕД — 4, АСТ — 7, ФОБ — 6, ОП — 7, СЗ — 1,	для СТ: загальний показник — 2, емоційний дискомфорт (ЕД) —1, астеничний компонент (АСТ) — 2, фобічний компонент (ФОБ) — 4, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 5, соціальна захищеність (СЗ) — 2,; для ОТ: загальний показник — 1, ЕД — 1, АСТ — 1, ФОБ — 4, ОП — 6, СЗ — 1,

<p>Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001)</p>	<p>«фізичне благополуччя» — 7 балів, «емоційне благополуччя» — 8 балів, «самообслуговування й незалежність дій» — 10 балів, «працездатність» — 8 балів, «міжособистісна взаємодія» — 10 балів, «соціоемоційна підтримка» — 6 бали, «суспільна і службова підтримка» — 7 балів, «особистісна реалізація» — 9 балів, «духовна реалізація» — 9 балів, «загальне сприйняття життя» — 10 балів, інтегративний показник – 8,6</p>	<p>«фізичне благополуччя» — 9 балів, «емоційне благополуччя» — 9 балів, «самообслуговування й незалежність дій» — 10 балів, «працездатність» — 9 балів, «міжособистісна взаємодія» — 10 балів, «соціоемоційна підтримка» — 10 балів, «суспільна і службова підтримка» — 10 балів, «особистісна реалізація» — 9 балів, «духовна реалізація» — 9 балів, «загальне сприйняття життя» — 10 балів, інтегративний показник – 9,5</p>
---	---	--

Результат. Після завершення інтеграційного втручання студент В. скарг не висловлює, активний, життєрадісний.

Клінічне спостереження № 2

Досліджена А., 20 років.

Скарги:

Активно висловлює скарги на: зниження настрою, слабкість, швидку втомленість, зниження працездатності, порушення сну, головний біль.

Пасивно: порушення концентрації уваги, зниження відчуття задоволення від того, що раніше його приносило, пригніченість, внутрішня напруга, тривога, подекуди неможливість всидіти на місці, дратівливість, періодично діарея та серцебиття.

Анамнез. Спадковість за психічними та неврологічними захворюваннями не обтяжена, ранній розвиток без особливостей. Закінчила школу, навчалась добре. Незаміжня. Дітей немає. Приїхала навчатись з Марокко. На момент обстеження є здобувачкою 1 курсу Дніпровського державного медичного університету.

При огляді. Виглядає дещо напруженою, понурою, втомленою. Неговірка, у бесіді неохоче розповідає про себе, свої переживання, зоровий

контакт підтримує зрідка. Розповідає, що приїхала навчатись, але не думала, що так буде важко, доводиться багато часу приділяти навчанню, від чого лягає спати дуже пізно. Говорить, що постійно відчуває втому, не встигає зробити нічого, тому хвилюється про майбутнє. Часто ставить собі питання: «Навіщо мені потрібно було сюди їхати навчатись?» та «Чи правильно я зробила?». На запитання щодо інших тем відповідає формально, фіксована на своїх переживаннях. Настрій знижений. Свідомість ясна. Маячні ідеї та обмани сприйняття не виявляються. Орієнтована всебічно правильно. Вживання заспокійливих засобів, алкогольних напоїв заперечує.

Попередній діагноз: розлад адаптації, змішана тривожна та депресивна реакція (F43.22.).

Процедура. Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень і психометричного обстеження (Таблиця 4.6). По завершенню програми проведено контроль вираженості психопатологічної симптоматики до та після проведених заходів.

Заходи:

1. Психопрофілактика полягала в проведенні:

- Психоосвітніх заходів стресу (2 лекції та 1 тренінг упродовж 1 години 20 хв. з інтервалом 1 тиждень щодо станів тривоги, агресії та розладів адаптації, субдепресії та депресії з донесенням необхідності проведення методів корекції цих станів);
- Навчання методам саморелаксації (міорелаксація за Джекобсоном, йога-нідра за Журавльовим, дихання за «квадратом», методики заземлення);
- Загальноосвітніх та педагогічних заходів (засоби, пом'якшують наслідки навчального навантаження).

2. Корекційні заходи:

- *Елементи когнітивно-поведінкової психотерапії:*
 - Когнітивна переоцінка;

- Метод «щоденника настрою»;
- Розпізнавання позитивних моментів;
- Метод повторення;
- Дистанціювання;
- Установлення мети;
- Постановка задач;
- Навчання соціальних навичок.
- *Арт-терапія, зокрема:*
 - Художня терапія;
 - Розфарбовування мандали.
- *Елементи технік НЛП, зокрема «Чорно-білої фотокартки»;*
- *Музикотерапія («цілющі чаші»);*
- *Медикаментозна терапія: мебікар по 300 мг 3 рази на добу, фенібут по 250 мг 3 рази на добу, вітаміни групи В.*

Програма КПП складалася в середньому із сеансів тривалістю до 60 хв. На початку роботи такі заняття проводились 1 раз на тиждень, а потім один раз на 2 тижні. Усього було проведено 10 сеансів в амбулаторному режимі.

Таблиця 4.6

Контроль вираженості психопатологічної симптоматики до та після проведення заходів профілактики та корекції

	До проведення профілактичних та корекційних заходів	Після проведення профілактичних та корекційних заходів
Шкала «Суб'єктивна оцінки астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20, 1995)	«Загальна астенія» –19, «Зниження активності» – 18, «Зниження мотивації» – 10, «Фізична астенія» – 16, «Психічна астенія» – 12, сумарний бал – 75	«Загальна астенія» – 9, «Зниження активності» – 5, «Зниження мотивації» – 6, «Фізична астенія» – 9, «Психічна астенія» – 6, сумарний бал – 35
Шкала «Самооцінка депресії» (Zung W.W., 1965)	До заходів: 51	Після заходів: 30
Інтегративний тест	для СТ: загальний показник — 7,	для СТ: загальний показник — 5,

тривожності (Бізюк А П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005)	емоційний дискомфорт (ЕД) — 6, астенічний компонент (АСТ) — 8, фобічний компонент (ФОБ) — 7, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 6, соціальна захищеність (СЗ) — 2,; для ОТ: загальний показник — 7, ЕД — 6, АСТ — 7, ФОБ — 7, ОП — 5, СЗ — 5,	емоційний дискомфорт (ЕД) —3, астенічний компонент (АСТ) — 6, фобічний компонент (ФОБ) — 6, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 5, соціальна захищеність (СЗ) — 2,; для ОТ: загальний показник — 4, ЕД — 5, АСТ — 6, ФОБ — 1, ОП — 3, СЗ — 2,
Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О. Марути, 2001)	«фізичне благополуччя» — 8 балів, «емоційне благополуччя» — 6 балів, «самообслуговування й незалежність дій» — 8 балів, «працездатність» — 4 бали, «міжособистісна взаємодія» — 7 балів, «соціоемоційна підтримка» — 6 балів, «суспільна і службова підтримка» — 4 бали, «особистісна реалізація» — 8 балів, «духовна реалізація» — 8 балів, «загальне сприйняття життя» — 5 балів	«фізичне благополуччя» — 10 балів, «емоційне благополуччя» — 8 балів, «самообслуговування й незалежність дій» — 9 балів, «працездатність» — 8 балів, «міжособистісна взаємодія» — 9 балів, «соціоемоційна підтримка» — 9 балів, «суспільна і службова підтримка» — 8 балів, «особистісна реалізація» — 9 балів, «духовна реалізація» — 9 балів, «загальне сприйняття життя» — 8 балів

Результат. Після завершення інтеграційного втручання студентка А. скарг не висловлює, активна, життєрадісна.

Клінічне спостереження № 3

Досліджена В, 18 років.

Скарги:

Активно висловлює скарги на: втому, тривогу, порушення апетиту.

Пасивно: слабкість, що не минає після тривалого відпочинку, швидка втомленість, зниження працездатності, порушення сну, внутрішня напруга, метушливість, плаксивість, дратівливість, порушення концентрації уваги, серцебиття.

Анамнез. Спадковість за психічними та неврологічними захворюваннями не обтяжена, ранній розвиток без особливостей. Закінчила школу, навчалась

добре. Незаміжня. Дітей немає. Приїхала навчатись з Марокко. На момент дослідження є слухачем підготовчого відділення Дніпровського державного медичного університету.

При огляді. Мовному контакту доступна, всебічно орієнтована правильно, у бесіду вступає охоче, дещо напружена. Напочатку розмови на запитання відповідала коротко, намагалась посміхатись, говорила, що в неї все добре, при цьому відводила очі вбік. Коли розмова торкнулась її родини та перебування в іншій країні, раптово почала плакати, розповідати, що їй дуже важко, що вдома в неї були друзі, біля неї була родина, а зараз нікого немає, вона зосталась наодинці із власними проблемами, які не може самотійно вирішити. До родичів за допомогою звертатись не бажає через страх, що за неї будуть ще більше хвилюватись, порівнювала себе зі стиснутою пружиною, яка не може розправитись. Розповіла, що останнім часом стала дуже дратівливою, постійно плаче, погано спить, бо постійно думає про свої проблеми. На запитання щодо інших тем відповідає формально, фіксована на своїх переживаннях. Маячні ідеї та обмани сприйняття не виявляються. Вживання заспокійливих засобів, алкогольних напоїв заперечує.

Попередній діагноз: розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій (F43.23).

Процедура. Попередня оцінка проводилася після вивчення симптомів, анамнезу, клінічних спостережень і психометричного обстеження (Таблиця 4.7). По завершенню програми проведено контроль вираженості психопатологічної симптоматики до та після проведених заходів.

Заходи:

1 Психопрофілактика полягала в проведенні:

- Психосвітніх заходів щодо стресу (2 лекції та 1 тренінг упродовж 1 години 20 хв. з інтервалом 1 тиждень щодо станів тривоги, агресії та розладів адаптації, субдепресії та депресії з донесенням необхідності проведення методів корекції цих станів);

- Навчання методам саморелаксації (міорелаксація за Джекобсоном, йога-нідра за Журавльовим, дихання за «квадратом», методики заземлення);
- Загальноосвітніх та педагогічних заходів (засоби, що пом'якшують наслідки соціокультурного шоку).

2 Корекція включала:

- *Елементи когнітивно-поведінкової психотерапії:*
 - Когнітивна переоцінка;
 - Установлення кордонів;
 - Дистанціювання;
 - Установлення мети;
 - Постановка задач;
 - Навчання соціальних навичок;
- *Арт-терапія:*
 - Художня терапія;
 - Розфарбовування мандали.
- *Елементи технік НЛП, зокрема «Чорно-білої фотокартки»;*
- *Музикотерапія («цілющі чаші»);*
- *Медикаментозна терапія:* сертролін 50 мг 1 раз на добу упродовж 3 міс., адаптол по 300 мг 3 рази на добу упродовж 14 дн., біфрен по 250 мг 3 рази на добу упродовж 10 дн, неуробекс по 2 табл. 3 рази на добу упродовж 14 дн.

Програма КПП складалася в середньому із сеансів тривалістю до 60 хв. На початку роботи такі заняття проводились 1 раз на тиждень, а потім один раз на 2 тиждені. Усього було проведено 8 сеансів в амбулаторному режимі.

Таблиця 4.7

Контроль вираженості психопатологічної симптоматики до та після проведення заходів профілактики та корекції

	До проведення профілактичних та	Після проведення профілактичних
--	---------------------------------	---------------------------------

	корекційних заходів	та корекційних заходів
Шкала «Суб'єктивна оцінки астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20, 1995)	«Загальна астенія» –15 , «Зниження активності» – 10, «Зниження мотивації» – 9, «Фізична астенія» – 12, «Психічна астенія» – 12, сумарний бал – 58	«Загальна астенія» – 9, «Зниження активності» – 7, «Зниження мотивації» – 5, «Фізична астенія» – 10, «Психічна астенія» – 5, сумарний бал – 36
Шкала «Самооцінка депресії» (Zung W.W., 1965)	До заходів: 41	Після заходів: 28
Інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005)	для СТ: загальний показник — 8, емоційний дискомфорт (ЕД) — 8, астеничний компонент (АСТ) — 7, фобічний компонент (ФОБ) — 6, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 9, соціальна захищеність (СЗ) — 4,; для ОТ: загальний показник — 9, ЕД — 8, АСТ — 9, ФОБ — 7, ОП — 9, СЗ — 6,	для СТ: загальний показник — 5, емоційний дискомфорт (ЕД) —5, астеничний компонент (АСТ) — 6, фобічний компонент (ФОБ) — 5, тривожна оцінка перспективи (ОП) — 6, соціальна захищеність (СЗ) — 4,; для ОТ: загальний показник — 4, ЕД — 5, АСТ — 6, ФОБ — 1, ОП — 3, СЗ — 2,
Оцінка якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н.О Марути, 2001)	«фізичне благополуччя» — 6 балів, «емоційне благополуччя» — 7 балів, «самообслуговування й незалежність дій» — 8 балів, «працездатність» — 6 балів, «міжособистісна взаємодія» — 7 балів, «соціоемоційна підтримка» — 7 балів, «суспільна і службова підтримка» — 7 балів, «особистісна реалізація» — 8 балів, «духовна реалізація» — 7 балів, «загальне сприйняття життя» — 7 балів, інтегративний показник – 7	«фізичне благополуччя» — 8 балів, «емоційне благополуччя» — 9 балів, «самообслуговування й незалежність дій» — 10 балів, «працездатність» — 8 балів, «міжособистісна взаємодія» — 8 балів, «соціоемоційна підтримка» — 9 балів, «суспільна і службова підтримка» — 9 балів, «особистісна реалізація» — 8 балів, «духовна реалізація» — 9 балів, «загальне сприйняття життя» — 8 балів, інтегративний показник – 8,6

Результат. Після завершення інтеграційного втручання студентка В. скарг не висловлює, активна, життєрадісна.

РОЗДІЛ 5

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

З метою ідентифікації клініко-психопатологічних, психометричних, патопсихологічних характеристик розладів адаптації в іноземних здобувачів вищої медичної освіти та розробки заходів їх профілактики й корекції було обстежено 154 особи, що навчались у Дніпровському державному медичному університеті, використовуючи соціально-демографічний, клініко-анамнестичний клініко-психопатологічний, психодіагностичний (доповнений психометричними шкалами), біостатистичний методи. Залежно від етапу навчання їх було розподілено на дві групи: іноземні слухачі підготовчого відділення (група 1) та іноземні здобувачі 1-2 курсу (група 2).

Гіпотезою даної роботи стало твердження, що іноземні здобувачі освіти на різних етапах навчання (слухачі підготовчого відділення та здобувачі перших курсів) мають різні чинники, які сприяють виникненню труднощів підтримання нормального способу життя та розладів адаптації. У першому випадку – це «культурний шок» (соціальна ізоляція, зіткнення з чужою культурою, новим соціальним середовищем та радикальна зміна умов життя), у другому – значне навчальне перенавантаження у сукупності з недостатнім володінням мовою, на якій здобувачі навчаються.

Так, розлади адаптації в іноземних здобувачів можуть проявлятися у вигляді культурного шоку. Відповідно до визначення ВООЗ, культурний шок — це стан соціальної ізоляції, тривоги, депресії, що розвивається при потраплянні індивідуума в умови чужої культури у відповідь на радикальну зміну умов життя в суспільстві. Відповідно до цього, вони потребують особливого підходу в розробці заходів щодо профілактики та корекції цих порушень, з урахуванням відповідних чинників та клініко-психопатологічних феноменів.

Дослідження мало чотириетапну структуру:

1. На першому етапі було проведено підготовку до дослідження, формування його методології, розробку карти й програми обстеження, а також відбір осіб, які становили контингент дослідження.
2. На другому етапі проведено клініко-діагностичне обстеження, яке включало клінічну бесіду, організовану за принципом напівструктурованого клінічного інтерв'ю за спеціально розробленою анкетною, під час якого з'ясовувалися й деталізувалися скарги щодо психоемоційної сфери, а також проводилася оцінка наявності та вираженості психопатологічної симптоматики, а саме астенії, тривоги та депресії, оцінювалися характерологічні особливості особистості, копінг-стратегій та якість життя обстежених.
3. Третій етап складався з комплексу профілактичних заходів з урахуванням провідних чинників, що викликають розлади адаптації, та характеристик психоемоційних порушень. На цьому етапі було проведено комплекс психоосвітніх лекцій та тренінги з оволодіння практичними навичками для роботи зі стресом, тривогою та агресією. Для досліджених з такими психічними станами, як «Психічна норма» та Z73.2 (умовна норма), цей етап був завершальним. У групу втручання (корекція) входило 75 осіб (як досліджених групи 1, так і групи 2) з такими психічними станами, як R53 та F43. Для осіб з R53 було проведено лише психотерапевтичну корекцію, для F43 як психотерапевтичну, так і медикаментозну, у тому числі з використанням антидепресантів (за потребою).
4. На четвертому етапі було проведено порівняльний аналіз результатів використання запропонованої нами комплексної системи персоніфікованих корекційних заходів в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

Отримані результати показали, що найбільш високий рівень астенії, тривоги та депресії спостерігався в здобувачів групи 2. Тобто досліджені групи 2 мали статистично більш тяжкі прояви розладів адаптації, ніж досліджені

групи 1. Слід зауважити, що в цьому випадку ми говоримо саме про розлади адаптації:

- по-перше, серед дослідженого контингенту осіб не було виявлено середнього та високого рівня депресії, що вказує на доафективний рівень порушень;
- по-друге, спостерігався весь набір симптомів, що відповідає прояву розладу адаптації;
- по-третє, в обох групах були наявні анамнестичні дані про зміну звичного укладу життя, що відбулася у зв'язку зі вступом на навчання до вищого медичного закладу.

Тобто очевидно окреслилась тенденція до поступового поглиблення психопатологічного процесу при переході на наступний етап навчання.

Аналіз причин, що призвели до виникнення високої частоти випадків РА в досліджених групи 2, показав наявність неадаптивних варіантів копінг-стратегій, що може бути розцінено як підґрунтя до формування РА. Згідно з даними, отриманими нами під час проведення методики Леонгарда-Шмишека «Акцентуації характеру та темпераменту особистості», ні за одним з 10 типів акцентуацій не було знайдено достовірно вищої різниці між групами 1 та 2. Тобто обидві вибірки були статистично однорідними, і з цієї точки зору не можна пояснити більш високу частоту виникнення розладів адаптації в досліджених групи 2. Виходячи з цього, причинами виникнення психопатологічних порушень є вплив зовнішніх факторів, що при наявності неадекватних варіантів копінг-стратегій призвели до виникнення психопатологічних порушень.

Для досліджених групи 1 таким провідним фактором, на нашу думку, виступав культурний шок, у той час як у досліджених групи 2 – навчальне перенавантаження з низьким рівнем володіння мовою на якій навчаються.

Так, слухачі підготовчого відділення мали дозований рівень навантаження, їх навчання проходило в комфортних умовах, поряд з місцем проживання, одним і тим же викладачем, що пом'якшувало процес адаптації до

нових умов. Здобувачі 1-2 курсу навпаки – були змушені засвоювати величезні об'єми нової складної інформації чужою мовою, а разом з тим більше часу приділяти навчанню. Це, у свою чергу, призвело до скорочення часу на відпочинок та сон і, як наслідок, стало тригером для зриву захисних компенсаторних механізмів з подальшим формуванням розладів адаптації, що демонструє клінічна картина та дані, отримані в результаті проведення тестування. Крім того, до вищеперерахованого додалися туга за домівкою, соціокультурний бар'єр та зміна харчової поведінки, а подекуди й кліматичних умов. Хоча ці фактори не такі виражені, як у досліджених групи 1, загалом вони стали додатковим підґрунтям для формування психопатологічних порушень.

Правильність цих висновків підтверджує наявність у 2,4 раза вищого ризику формування астенії, у 2,3 – тривоги та у 2,6 – депресії в майбутньому в досліджених групи 2, на відміну від досліджених групи 1.

Нами також був проведений порівняльний аналіз отриманих результатів з даними літератури.

Так, у дослідженні Zdun-Ryżewska A. et. al. щодо астенії у іноземних здобувачів вищої медичної освіти другого курсу навчання було діагностовано астенію, безсоння, тривогу, головний біль та депресію, що співпадає з даними нашого дослідження і відповідає клініці дезадаптивного процесу [162]. Автори також зазначали, що серед найбільш важливих причин виникнення астенії є стресогенні фактори, надмірне педагогічне навантаження та недостатність відпочинку, що теж корелює з нашими результатами.

Проводився аналіз літературних джерел, присвячених безпосередньо проблемі дезадаптації у студентів, однак більша їх частина стосувалась загальних питань та її рівня порушення, без визначення клінічного діагнозу «Розлади адаптації» та аналізу поширеності.

У той же час, нам вдалось провести паралель з роботою Хаустова М.М., в якій було досліджено компоненти розладів адаптації та виявлено депресивний, неврастенічний та тривожний синдромокомплекс, що знову ж таки корелює з отриманими даними [163]

У роботі С.О. Білодід та спів.(Суми, 2020), серед вітчизняних здобувачів-психологів 1-3 курсу (за даними шкали HADS) у 28% досліджуваних було діагностовано субклінічні прояви депресії, ще у 4% – депресію. [164] Порівняльний аналіз з нашими результатами показав, що досліджувані групи 1 мали статистично вищі показники по критерію депресії ($p=0,03$) та достовірно нижчі показники по субдепресії ($p<0,001$). Досліджувані групи 2 теж мали достовірно вищі показники по критерію депресії ($p=0,002$) та не мали достовірну різницю по субдепресії, згідно точного критерія Фішера ($p=0,06$) Це свідчить про те, що іноземні здобувачі медичної освіти мають більш виражені прояви розладів адаптації, ніж вітчизняні студенти іншої галузі.

Була проаналізована робота І.В. Гусакової (Вінниця, 2018) та спів., у якій досліджувались вітчизняні та іноземні здобувачі вищої медичної освіти 2 курсу. [165] За даними цих авторів, симптоми депресії були виявлені у 16% іноземних та у 10% вітчизняних здобувачів за шкалою GAD5. Як і у попередньому випадку, порівняльний аналіз показників був проведений точним критерієм Фішера, в результаті чого, достовірної різниці не було знайдено при порівнянні групи 1 та 2 з вітчизняними та іноземними здобувачами ($p>0,05$), що свідчить про велике психоемоційне перенавантаження здобувачів медичного закладу.

Проводилось зіставлення отриманих нами даних за методикою «якість життя» з даними інших джерел. Насамперед першочерговий інтерес приділявся нормі. Згідно досліджень Н.О Марути, (2004), проведених в популяції населення Харківської області, середній рівень (М) інтегративного показника ЯЖ у здорових людей за методикою «Показник якості життя» складав 8,1 бали. [145] У досліджених групи 1 М (SD) складало 7,8 (1,2) при значенні Ме (0,25;0,75) – 7,9 (7;8,7), у той час, як для досліджених групи 2 М (SD) складало 6,9 (1,6) при рівні Ме (0,25;0,75) – 7,3 (5,98;7,98). Отримані дані наочно демонструють різницю між показниками іноземних здобувачів та здорових осіб (особливо це помітно у випадку досліджених групи 2) і підкреслюють важливість доцільність розробленої нами системи профілактики та корекції

розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти для покращення їх якості життя.

На підставі аналізу та узагальнення отриманих даних, гіпотеза, покладена в основу роботи, була підтверджена. Базуючись на отриманих даних науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я комплексну, поетапну, персоніфіковану систему профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. Подано характеристику змісту й наповнення етапів системи: підготовчого, психодіагностичного, профілактичного та корекційного. Заходи профілактики були розроблені з акцентуванням на пом'якшення наслідків культурний шоку для досліджених групи 1 та навчального перевантаження у досліджених групи 2. Заходи корекції містили у собі засоби психотерапії, звукотерапії, арт-терапії, елементи технік НЛП та медикаментозну терапію (за потреби), з урахуванням верифікованих діагностичних таксонів.

Проведена оцінка та статистично доведена ефективність запропонованої комплексної, поетапної, персоніфікованої системи профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні здійснено теоретичне обґрунтування й наведено розв'язання актуальної наукової задачі в галузі медицини (психіатрії), що полягає у розробці комплексної, поетапної, персоніфікованої системи профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання, на підставі їх клініко-психопатологічних особливостей, клініко-анамнестичних, соціально-демографічних та індивідуально-психологічних характеристик, з урахуванням провідного фактору психічної дезадаптації (культурний шок та значне навчальне перевантаження разом з недостатнім володінням мовою на якій навчаються).

1.1. Серед психічних станів у досліджених обох груп були верифіковані: «Психічна норма», «Недостатність відпочинку та розслаблення» – Z73.2, «Недомагання та втома» – R53, «Розлади адаптації, змішана тривожна та депресивна реакція» – F43.22 та «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій» – F43.23. Провідний психічний стан у досліджуваних групи 1 – «Недостатність відпочинку та розслаблення» (Z73.2), групи 2 – «Недомагання та втома» (R53).

1.2. Встановлено, що частота діагнованих нозологічних форми (R53, F43.22, F43.23) у досліджених групи 2 у 1,8 раза була більшою ніж у досліджених групі 1 ($p < 0,001$), що свідчило про тенденцію до поступового поглиблення патологічного процесу при переході на наступний етап навчання.

2. Визначені індивідуально-психологічні особливості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

2.1. Виявлено наявність вищої клінічної виразності астеничних симптомів у досліджених групи 2 ($p < 0,05$).

2.2. Серед досліджених групи 2 достовірно частіше реалізовувався вищий за норму рівень СТ у порівнянні з групою 1 ($p = 0,02$). Щодо складових СТ досліджені групи 1 частіше відчували соціальну незахищеність ($p = 0,02$), у той

час як здобувачі групи 2 - мали достовірно вищу частоту астенічного компонента ($p < 0,001$); серед складових ОТ було знайдено достовірно вищі значення у досліджених групи 2 лише за астенічним компонентом ($p < 0,001$).

2.3. Достовірно вищий рівень депресії виявлений у досліджених групи 2 ($p = 0,03$). При цьому усі випадки депресії в обох групах відповідали легкому рівню, що говорить саме про депресивний стан у рамках розладу адаптації.

2.4. Встановлено, що провідними акцентуаціями особистості у досліджених обох груп були «Гіпертимність», «Афективність» та «Емотивність». За всіма типами акцентуацій особистості встановлена статистична однорідність у всіх досліджених ($p < 0,05$), що свідчило про більш виражений вплив саме зовнішніх факторів (культурний шок, значне недостатнім володінням мовою, на якій здобувачі навчаються) у генезі формування психопатологічних порушень.

2.5. Встановлено, що у досліджених групи 1 переважали адаптивні варіанти копінг-стратегій, у той час як серед досліджених групи 2 – неадаптивні варіанти, що може бути розцінено, як підґрунтя до формування розладів адаптації.

2.6. У досліджених обох груп з психічною нормою та Z73.2 (підгрупи 1) у більшості випадків копінг-механізми виявились адаптивними, у підгрупах 2 (R53 та F43) – неадаптивними. Встановлено, що досліджені з підгруп 2 потребували проведення профілактичних та корекційних заходів, направлених на зміну неадаптивних варіантів копінг-поведінки, у той час, як досліджені з підгруп 1 - лише профілактичних.

Виявлено, що ризики виникнення симптомів розладів адаптації у досліджених групи 2 перевищував такі у групи 1: для астенії - у 2,4 рази (95% ДІ: 1,16 – 4,88), для тривоги - у 2,3 рази (95% ДІ: 1,10 – 4,59). та для депресії у 2,6 рази (95% ДІ: 1,19 – 5,90), що підтверджує гіпотезу про вплив зовнішніх факторів на формування розладів адаптації (культурний шок, навчальне перенавантаження та незнання мови).

4. Досліджена якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації на різних етапах навчання та її взаємозв'язок з феноменологічними компонентами розладів адаптації.

4.1. Виявлені статистично нижчі результати у досліджених групи 2, на відміну від досліджених групи 1, за шкалами «Психічного благополуччя», «Працездатність», «Міжособистісна реалізація», «Загальне сприйняття життя» та за інтегративним показником.

4.2. Встановлено наявність прямого кореляційного зв'язку між високим рівнем астенії, тривоги та депресії у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та зниженням інтегративного показника якості життя.

5. Науково обґрунтовано, розроблено і впроваджено в практику охорони здоров'я комплексну, поетапну, персоніфіковану систему профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. Подано характеристику змісту й наповнення етапів системи: підготовчого, психодіагностичного, профілактичного та корекційного. Заходи профілактики були розроблені з акцентуванням на пом'якшення наслідків культурний шоку для досліджених групи 1 та навчального перевантаження у досліджених групи 2. Заходи корекції містили у собі засоби психотерапії, звукотерапії, арт-терапії, елементи технік НЛП та медикаментозну терапію (за потреби), з урахуванням верифікованих діагностичних таксонів.

6. Проведена оцінка та статистично доведена ефективність запропонованої комплексної, поетапної, персоніфікованої системи профілактики та корекції розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Доцільно проводити скринінгове обстеження іноземних здобувачів вищої медичної освіти, з метою виявлення потенційного контингенту для подальшого раннього та поглибленого клініко-психопатологічного обстеження з подальшим проведенням профілактичних та корекційних заходів.
2. При проведенні обстеження іноземних здобувачів вищої медичної освіти, враховувати наявність і виразність психопатологічної симптоматики, патопсихологічних характеристик особистості, копінг-стратегій та рівня якості життя.
3. Проводити заходи ранньої, персоніфікованої системи профілактики усім іноземним здобувачам вищої медичної освіти з урахуванням етапу навчання з акцентом на засоби, що пом'якшують наслідки «культурного шоку», та засоби, що пом'якшують наслідки навчального перенавантаження та незнання мови.
4. Під час надання медичної допомоги іноземним здобувачам вищої медичної освіти з розладами адаптації, використовувати запропоновану комплексну систему персоніфікованих корекційних заходів, що базуються на принципах індивідуальної орієнтованості, комплексності й системності, чіткої послідовності та етапності цих заходів, з урахуванням етапу навчання.
5. У практичній діяльності лікарів-психіатрів, лікарів-психологів, а також лікарів загальної практики-сімейної медицини доцільно використання розробленої системи профілактичних та корекційних, спрямованої на підвищення рівня психічного здоров'я та своєчасне раннє виявлення розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та поліпшення якості життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Khaustov M. Psychodiagnostic features of young agents with disorders of adaptation. *Science Rise*. 2019;1(28):45-7. DOI: 10.15587/2519-4798.2019.155462
2. Закусилова ТО, Різник ОІ. Методичний супровід моделювання освітнього середовища для професійної підготовки іноземних студентів у закладах вищої медичної освіти України. В: Інноваційні ініціативи організації навчання іноземних здобувачів вищої освіти. Міжнар. наук.-практ. конференція. Тези доп. [Інтернет]; 2020 Квіт 1; Харків. Харків: Видавництво ХНУМГ ім. О.М. Бекетова; 2020 [цитовано 2023 Жовт 4]; с. 52-5.
Доступно: https://science.kname.edu.ua/images/dok/konferentsii/2020konf/_04.20.pdf#page=52
3. Іванченко ЛІ, Білик ОА. Особливості адаптації іноземних студентів до освітнього середовища України (на прикладі ЧДТУ). *Вісн. Черкас. нац. ун-ту ім. Богдана Хмельницького. Сер.: Педагогічні науки*. [Інтернет]. 2021 [цитовано 2023 Жовт 6];2. Доступно: <https://ped-ejournal.cdu.edu.ua/article/view/4268> DOI: 10.31651/2524-2660-2021-2-79-85
4. Жунсі Х. Реалізація програми адаптації іноземних студентів до освітнього середовища університетів України. *Наука і освіта. Педагогіка*. 2017;5(158):86-92. DOI: 10.24195/2414-4665-2017-5-15
5. Глазков Е. Специфіка адаптаційних реакцій іноземних студентів першого року навчання. *Наук. зап. ТНПУ* [Інтернет]. 2013 [цитовано 2023 Жовт 12];55(2).
Доступно: <http://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/5336/1/Glazkov.pdf>
6. Древицька О, Коляденко Н, Копчак О, Пострелко В. Дослідження проблеми психологічної адаптації студентів-іноземців. *Psych-health*

- [Інтернет]. 2020 [цитовано 2023 Жовт 12];2(5):18-39. Доступно: <http://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/120>
7. Saravanan C, Subhashini G. A systematic review of the prevalence of depression and its associated factors among international University students. *Curr Psychiatry Res Rev* [Internet]. 2021 [cited 2023 Oct 12];17(1):13-25. Available from: <https://www.eurekaselect.com/article/115468> DOI: 10.2174/2666082217666210426110208
 8. Клыпаченко ІV, Левков АА. Adaptation among foreign students in Ukraine. *Акт. пробл. сучас. медицини*. 2021;21(2):195-8. DOI: 10.31718/2077-1096.21.2.195
 9. Шевченко ОМ. Інноваційні методи та сучасні інформаційні технології у навчанні української мови іноземних студентів. В: Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика. Матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. участю; 2020 Берез 19 ; Полтава. Полтава: Українська медична стоматологічна академія; 2020, с. 256-8.
 10. Олешко АА, Ровнягін ОВ. Сучасні тенденції міжнародної освітньої еміграції з України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2020;3:21-5. DOI: 10.32702/2306-6814.2020.3.21
 11. Деякі питання організації набору та навчання (стажування) іноземців та осіб без громадянства. Наказ Міністерства освіти і науки України від 1 листопада 2013 року № 1541 [Інтернет]. [цитовано 2023 Жовт 25]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z2004-13#Text>
 12. Мосьпан Н. Вища освіта та ринок праці в Україні: десятиліття взаємодії. *Освітол. дискурс* [Інтернет]. 2021 [цитовано 2023 Жовт 4];32(1):20-38. Доступно: <https://od.kubg.edu.ua/index.php/journal/article/view/814> DOI: 10.28925/2312-5829.2021.1.2
 13. Myhovych I. International mobility as a means of ensuring inclusive global higher education space. *Adv Educ* [Інтернет]. 2019 [cited 2023 Oct 4];6(12):80-6. Available from: <https://137813-ArticleText-381303-1-10-20190704.pdf> DOI: 10.20535/2410-8286.137813

14. Жураковская Л. Образовательная (учебная) миграция в Украину: состояние, проблемы и перспективы. *Moldoscopie*. 2017;79(4):127-43.
15. Сулова ВО. Крос-культурна адаптація студентів-іноземців в українському середовищі. *Психологія та соціальна робота*. 2019;2(50):163-70. DOI: 10.18524/2707-0409.2019.2(50).185837
16. Borysiuk I, Fizer N, Zamkovaja A, Molodan Y, Valivodz I, Akisheva A. Factors of adaptation of foreign higher education acquires. *Sworld Us Conf Proc [Internet]*. 2020 [cited 2023 Oct 4];(Usc17-01):100-5. Available from: <https://journals.indexcopernicus.com/search/article?articleId=3586601> DOI: 10.30888/2709-2267.2023-17-01-025
17. Зленко АО. Чому іноземні студенти повинні вивчати українську мову? В: Інноваційні ініціативи організації навчання іноземних здобувачів вищої освіти. Міжнар. наук.-практ. конференція. Тези доп. [Інтернет]; 2020 Квіт 1; Харків. Харків: Видавництво ХНУМГ ім. О.М. Бекетова; 2020 [цитовано 2023 Жовт 4]; с. 60-1. Доступно: https://science.kname.edu.ua/images/dok/konferentsii/2020konf/_04.20.pdf
18. Боровік ЛВ, Карнаушенко АС, Петренко ВС. Роль інформації у формуванні глобальної економіки та економічного розвитку суспільства. *Вісн. Херсон. нац. техн. ун-ту [Інтернет]*. 2021 [цитовано 2023 Верес 29];76(1):192-7. DOI: 10.35546/kntu2078-4481.2021.1.24
19. Bishevets N, Byshevets G. Psychological adaptation of foreign students. *Sci J National Pedagog Dragomanov Univ Ser 15 Sci Pedagog Probl Phys Cult (Physical Cult Sports)*. 2023;2(160):61-4. DOI: 10.31392/npu-nc.series15.2023.02(160).13
20. Березяк К, Накорчевська О, Васильєва О. Психологічні особливості адаптації студентів до навчання в умовах війни. *Перспективи та інновації науки*. 2022;10(15):401-11. DOI: 10.52058/2786-4952-2022-10(15)-401-411

- 21.Замашкіна ОД. Деякі особливості соціально-психологічної адаптації студентів-першокурсників. В: Dynamics of the development of world science. Abstracts of the 2nd International scientific and practical conference; 2019 Oct 23-25. Vancouver, Canada: Perfect Publishing; 2019, p. 183-9.
- 22.Шеленкова Н. Дослідження копінг-стратегій в процесі адаптації студентів першого року навчання. Наук. вісн. ХДУ. Сер.: Психол. науки [Інтернет]. 2019 Квіт [цитовано 2023 Верес 29];1:72-7. Доступно: <https://pj.journal.kspu.edu/index.php/pj/article/view/11/11> DOI: 10.32999/ksu2312-3206/2019-1-11
- 23.Didukh M. Problems and basic directions of adaptation of students to the conditions of training in higher education institutions. Uridicna Psihol. 2019;25(2):61-9. DOI: 10.33270/03192502.61
- 24.Юфименко ВГ. Особливості соціально-культурної адаптації індійських студентів. В: Реалії, проблеми та перспективи вищої медичної освіти [Інтернет]. 2021 [цитовано 2023 Жовт 4]; с. 297-300. Доступно: http://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/15657/1/Ufimenko_Osoblivosti.pdf
- 25.Новікова Ж. Превалювання емоцій у психологічній адаптації студентів першого курсу. В: Man and environment, trends and prospects. The 3th Int scientific and practical conference; 2020 Feb 10-11; Tokyo, Japan. Tokyo; 2020, p. 209-213.
- 26.Гулька ОВ. Фізіологічна адаптація організму студенток з різними типами вегетативної регуляції. Наук. зап. Терноп. нац. пед. ун-ту ім. Володимира Гнатюка. Сер.: Біологія. 2017;70(3):185-91.
- 27.Гнатюк ОВ. Проблема адаптації та адаптаційних розладів в учнів початкової школи в сучасних умовах навчання. В: Психологічні виміри особистісної взаємодії суб'єктів освітнього простору. Зб. матеріалів наук. доп. круглого столу з міжнар. участю, присв. творчій спадщині І.О. Синиці; 2021 Листоп 4; Київ. Київ: Інститут психології ім. Г.С. Костюка НАПН України; 2021, с. 16-20.

- 28.Форостянов ОІ. Професійно-прикладна фізична підготовка студентів вищих навчальних закладів. В: Science, society, education: topical issues and development prospects. Abstracts of VIII International Scientific and Practical Conference; 2020 Jul 5-7; Kharkiv; Kharkiv: Sci-conf.com.ua; 2020, p. 175-81.
- 29.Zautra AJ, Hall JS, Reich JW. Handbook of adult resilience. Guilford Publications; 2012. 540 с.
- 30.Ткачишина ОР. Особливості соціально-психологічної адаптації особистості в умовах кризових ситуацій. Вчені зап. Тавр. нац. ун-ту ім. В.І. Вернадського. 2021;32(71)(3):93-8. DOI: 10.32838/2709-3093/2021.3/15
- 31.Nazmiev A. Socio-psychological adaptation to conditions of higher education institutions by means of students' self-government. Educ Pedagog Sci. 2019;2(171):53-9. DOI: 10.12958/2227-2747-2019-2(171)-53-59
- 32.Стець В. Специфіка соціально-психологічної адаптації мігрантів в приймаючому полікультурному суспільстві. Молодь і ринок. 2020;2(181):133-9. DOI: 10.24919/2308-4634.2020.211940
- 33.Онопченко І. Psychological validation and cultural interpretation of the questionnaire “the workaholism facet-based scale” (wfbs). Sci Notes Ostroh Acad National Univ. 2019;1(9):92-6. DOI: 10.25264/2415-7384-2019-9-92-96
- 34.Звонок ОА. Організаційно-методичні засади адаптації іноземних студентів до освітнього середовища університетів України. В: Діалог культур у Європейському освітньому просторі. Матеріали III Міжнар. конф. для інозем. студ.; 2018 Трав 15; Київ. Київ: КНУТД; 2018, с. 155-61.
- 35.Репетун АК. Проблема мовної адаптації іноземних студентів в українських ЗВО. В: Міжкультурна комунікація в контексті глобалізаційного діалогу: стратегії розвитку. II Міжнар. наук.-практ.

- конф. Ч. 1; 2022 Листоп 25-26; Одеса. Львів-Торунь: Liha-Pres; 2022, с. 332-4. DOI: 10.36059/978-966-397-279-4-91
- 36.Савка СД. Особливості адаптації іноземних студентів вищих навчальних закладів. В: Global science and education in the modern realities; 2021 Aug 8-18; Seattle, Washington, USA. Seattle, Washington: «ISE&E» & SWorld in conjunction with KindleDP; 2021, с. 55-7. DOI: 10.30888/2709-2267.2021-7
- 37.Вечерок ОМ, Максименко НВ, Скальська СА. Крос-культурна адаптація іноземних студентів як складова навчально-виховного процесу. В: Сучасна медична освіта: методологія, теорія, практика [Інтернет]; 2020 Берез 19; Полтава. Полтава: Українська медична стоматологічна академія; 2020 [цитовано 2023 Жовт 10]; с. 34-6. Доступно: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/13495>
- 38.Дубовенко ЗО, Лехніцька СІ. Індивідуальна освітня траєкторія студентів іноземців медичного факультету. В: Implementation of modern science and practice. The XXV International Science Conference; 2021 May 11-14; Varna, Bulgaria. Varna: Isg-konf.com; 2021, р. 350-3. DOI: 10.46299/ISG.2021.I.XXV
- 39.Філюк Я, Наконечний М, Котик М. Соціальна адаптація іноземних студентів в технічному університеті. В: V Міжнар. наук.-метод. конф. Актуальні питання організації навчання іноземних студентів в Україні. Адаптація іноземних студентів; 2020 Жовт 14-16; Тернопіль. Тернопіль: Тернопільський національний технічний університет ім. Івана Пулюя; 2020, с. 125-7.
- 40.Чернякова АВ, Пилипенко-Фріцак НА. Особливості адаптації турецьких студентів до соціокультурного та освітнього середовища під час навчання в Україні. Наук. зап. ВДПУ ім. М. Коцюбинського. Сер.: Педагогіка і психологія. 2020;63:184-9. DOI: 10.31652/2415-7872-2020-63-184-189

- 41.Дзюба ІМ, Жуковський АІ, Железняк МГ. Енциклопедія сучасної України [Інтернет]. Київ: Інститут енциклопедичних досліджень НАН України; 2014 [цитовано 2023 Жовт 4]. Доступно: <https://esu.com.ua>
- 42.Пилипенко-Фріцак Н. Педагогічна підтримка іноземних студентів у процесі адаптації до соціально-освітнього середовища під час навчання в Україні: напрями, форми, методи. Акт. питання гуманітар. наук. 2022;2(57):264-9. DOI: 10.24919/2308-4863/57-2-41
- 43.Моргунова НР. Форми та засоби соціокультурної адаптації іноземних студентів до умов навчання в Україні: практичний аспект реалізації. Новий Колегіум. 2014;4:35-9.
- 44.Лещенко ТО, Юфименко ВГ. Здобувачі освіти з Індії: особливості соціально-культурної адаптації в Україні. В: Новітні педагогічні технології у викладанні мов іноземним студентам. Матеріали Міжнар. наук.-метод. семінару; 2021 Лют 25; Харків. Харків: ХНАДУ; 2021, с. 91-101.
- 45.Кожина Г, Зеленська К, Гайчук Л, Хаустов М, Зеленська Г. Медико-психологічний погляд на проблему адаптації англомовних студентів молодших курсів до навчальної діяльності. В: Англomовне навчання в ХНМУ: сучасний стан, проблеми та перспективи. Матеріали ІІ метод. конф.; 2018 Січ 31; Харків. Харків: ХНМУ; 2018, с. 154-6.
- 46.Бондаренко ЛМ, Артёмова ОІ. Складності адаптації іноземних студентів до навчання в українських закладах вищої освіти. Наук. часоп. НПУ ім. М.П. Драгоманова. Сер. 5: Педагогічні науки: реалії та перспективи. 2019;5(67):33-7.
- 47.Severyn N, Cherniavska S. Conditions for successful adaptation of foreign students in Ukraine. New Coll. 2021;1(103):114-8. DOI: 10.30837/nc.2021.1.114
- 48.Bogardus ES. Social distance. Los Angeles; 1959. 104 с.
- 49.Gullahorn JT, Gullahorn JE. An extension of the u-curve hypothesis. J Soc Issues [Internet]. 1963 [cited 2023 Oct 4];19(3):33-47. Available from:

<https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1540-4560.1963.tb00447.x> DOI: 10.1111/j.1540-4560.1963.tb00447.x

- 50.Плющ ВА. Соціокультурна адаптація мігрантів: концептуалізація, етапи та їхня динаміка. *Акт. проблеми філософії та соціології*. 2021;31:59-68. DOI: 10.32837/apfs.v0i31.1004
- 51.Лаптієва МВ. Використання електронної підтримки на адаптаційному етапі навчання іноземних студентів у педагогічних ВНЗ України. *Ukr J Educ Stud Inf Technol*. 2015;2(2):45-51. DOI: 10.32919/10.32919/uesit.2015.02.45-51
- 52.Adler P. The transitional experience: an alternative view of culture shock. *J Humanist Psychol*. 1975;15(4):13-23. DOI: 10.1177/002216787501500403
- 53.Lewis TJ. On being foreign: culture shock in short fiction, an international anthology. *Intercultural Pr*; 1986. 294 p.
- 54.Kohls RL. *Survival kit for overseas living: for americans planning to live and work abroad*. 4th ed. Nicholas Brealey Publishing; 2001. 197 p.
- 55.Лукацька ЯС. Особливості навчання іноземних студентів у закладах вищої освіти України. *Bull Alfred Nobel Univ Ser Pedagog Psychol*. 2020;1(19):211-7. DOI: 10.32342/2522-4115-2020-1-19-25
- 56.Шугайло Я. Мотивація до навчальної діяльності у процесі вивчення фахових дисциплін [дипломна магістерська робота]. Київ: Київ. нац. ун-т технологій та дизайну; 2021. 125 с.
- 57.Левківський М, Обозний В, Лісова С. Актуальні проблеми професійно-педагогічної освіти та стратегії розвитку. В: *Тенденції розвитку професійно-педагогічної освіти в Україні і за кордоном*. Зб. наук. праць. Житомир: Вид-во ЖДУ; 2006, 220 с.
Доступно: <https://core.ac.uk/download/pdf/42971724.pdf>
- 58.Корчан НО. Роль викладача у професійній адаптації студентів-першокурсників. В: *Проблеми відтворення та охорони біорізноманіття України : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. [Інтернет]*; 2017 Жовт 12; Полтава. Полтава: Полтав. нац. пед. ун-т ім. ВГ. Короленка, ВДНЗУ

- "Українська медична стоматологічна академія", Полтав. обл. ін-т післядиплом. пед. освіти ім. МВ. Остроградського, Полтав. держ. аграрна академія; 2017 [цитовано 2023 Верес 29]; с. 17-9. Доступно: <http://repository.pdmu.edu.ua/handle/123456789/9874>
59. Дідух М. Проблеми й основні напрями адаптації студентів до умов навчання в закладах вищої освіти. Юрид. психологія [Інтернет]. 2019 [цитовано 2023 Верес 29]; 25(2):61-9. Доступно: <https://psychped.naiu.kiev.ua/index.php/psychped/article/view/1122/1127> DOI: 10.33270/03192502.61
60. Древицька О, Коляденко Н, Копчак О, Пострелко В. Дослідження проблеми психологічної адаптації студентів-іноземців. Psych-health [Інтернет]. 2020 [цитовано 2023 Жовт 6]; 2(5):18-39. Доступно: <http://journals.maup.com.ua/index.php/psych-health/article/view/120>
61. Смолікевич Н, Муқан Н, Левицька Л, Шумська О. Соціокультурний та академічний аспекти адаптації іноземних студентів в університетах України. Молодь і ринок. 2020 Верес 14; 2(181):65-70. DOI: 10.24919/2308-4634.2020.208170
62. Дочинець Д, Чорна Ю. Психологічна адаптація іноземних студентів. В: Актуальні питання організації навчання іноземних студентів в Україні. IV міжнар. наук.-метод. конф.; 2018 Трав 2-4; Тернопіль. Тернопіль: ТНТУ; 2018, с. 119-21.
63. Зінонос НО. Використання моделі адаптації студентів для навчання іноземних студентів у ВНЗ України. New Comput Technol. 2017; 15:42-6. DOI: 10.55056/nocote.v15i0.593
64. Мен Ян. Сутність поняття «соціокультурна адаптація» та специфіка її прояву в іноземних магістрантів – майбутніх викладачів вокалу. World Sci. 2018; 1(7,35):26-30. DOI: 10.31435/rsglobal_ws/12072018/6001
65. Ruzhenkova VV. The prevalence and clinical structure of mental disorders in medical students (problems of primary and secondary psychoprophylaxis).

- Res Results Biomed. 2020;6(1):135-53. DOI: 10.18413/2658-6533-2020-6-1-0-12
66. Truskauskaite-Kuneviciene I, Kazlauskas E, Ostreikaite-Jurevice R, Brailovskaia J, Margraf J. Positive mental health and adjustment following life-stressors among young adults. *Curr Psychol*. [Internet]. 2020 [cited 2023 Oct 12]. Available from: <https://fbz-bochum.de/files/fbz/content/dokumente/PDF-Sammlung%20J.Margraf/Journals%20with%20Peer-Review/2020/Truskauskaite-Kuneviciene%202020%2C%20Positive%20Mental%20Health%20And%20Adjustment.pdf> DOI: 10.1007/s12144-020-00714-3
67. Федько ОМ, Заваруєва І, Бондаренко ЛІ. Психологічна адаптація студентів-іноземців у процесі комплексного вивчення української мови та історії її становлення. *Наук. зап. Нац. ун-ту Острозька акад.* 2021;11(79):240-4. DOI: 10.25264/2519-2558-2021-11(79)-240-244
68. Хрипунова А, Заверющенко М, Рязанова-Хитровська Н, Доброжан А. *Університетська освіта в Україні*. Харків: НТУ «ХПІ»; 2021. 237 с.
69. Лещенко ТО. Соціально-культурна адаптація іноземних студентів англomовної форми навчання у процесі навчання української мови як іноземної на початковому етапі. В: *Інновації та традиції у мовній підготовці іноземних студентів*. Тези доп. міжнар. наук.-практ. семінару; Харків. Харків: Видавництво Іванченка І.С.; 2018, с. 140-3.
70. Кочарова ТР. Особливості психології спілкування у багатонаціональному контингенті студентів ХНМУ. *ΛΟΓΟΣ art scientific mind*. 2019;3:76-8.
71. Шейко АО. Психологічні аспекти адаптації студентів-іноземців до навчання в Україні. *Акт. проблеми психології* *Методологія і теорія психології*. 2019;14(2):437-43.

- 72.Лаврик М. Проблема мовної підготовки іноземних громадян на підготовчих відділеннях університетів у вітчизняній науковій думці. Пед. науки. 2018;4(88):63-76. DOI: 10.24139/2312-5993/2019.04/063-076
- 73.Довбня ЛЕ. Українська мова як дидактична основа формування іншомовних компетентностей. В: Сучасні методики навчання іноземних мов і перекладу в Україні та за її межами [Інтернет]; Переяслав. Переяслав: Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет ім. Григорія Сковороди; 2019 [цитовано 2023 Жовт 12]. Доступно: http://ephsheir.phdpu.edu.ua/bitstream/handle/8989898989/4394/Довбня%20Л.Е._Тези.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- 74.Лаврик МП. Мовна підготовка іноземних студентів як наукова проблема. В: Академічна культура дослідника в освітньому просторі: європейський та національний досвід. Зб. матеріалів II Міжнар. наук.-практ. конф. Суми: Видавництво СумДПУ ім. А.С.Макаренка; 2019.
- 75.Манаєва Г, Новікова І. Формування комунікативних потреб іноземних студентів при навчанні мови спеціальності. В: Teaching and learning of international students in Ukraine. Challenges and perspectives. IV International scientific conference; 2018 May 2-4; Ternopil. Тернопіль: Запорізький державний медичний університет; 2018, с. 80-2.
- 76.Вдовіна О. Особливості формування комунікативної компетенції іноземних студентів. Young Scientist [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 12];5.1(69.1):47-50. Available from: <http://molodyvcheny.in.ua/files/journal/2019/5.1/15.pdf>
- 77.Тумчук ІМ, Pohorila SH. Formation of communicative activity of foreign students in Ukrainian as a foreign language classes. High Educ Ukr Context Integr Eur Educ Space [Internet]. 2022 [cited 2023 Oct 12];89(II, 1):255-67. Available from: <https://doi.org/10.38014/osvita.2022.89.23>
- 78.Качинський О. Соціально-культурна адаптація іноземних студентів (медичних спеціальностей) у процесі дистанційного навчання як наукова

- проблема. Пед. науки. 2018;5(79):99-111. DOI: 10.24139/2312-5993/2018.05/099-111
79. Роман ЛА. Вивчення української мови на матеріалах культурної спадщини України як потужний чинник у збагаченні світогляду та покращенні адаптації іноземних студентів. В: II Міжнар. наук.-практ. конференція. Мовна освіта в сучасних ЗВО: тенденції, виклики, перспективи [Інтернет]. Біла Церква: БНАУ; 2021 [цитовано 2023 Жовт 4]; с. 65-7. Доступно: https://science.btsau.edu.ua/sites/default/files/tezy/zbirnik_tez_movna_osvita_v_such_zvo.pdf DOI: 10.33245/20-05-2021-65-67
80. Белоусова СМ, Шевченко ДО. Проблеми адаптації іноземних студентів у сучасному ВНЗ. Гуманітар. вісн. НУК [Інтернет]. 2013 [цитовано 2023 Жовт 12];6:86-7. Доступно: <http://eir.nuos.edu.ua/handle/123456789/1498>
81. Горобей МП, Зайцев ВО, Печко ОМ, Самохін МК. Вплив режиму дня на стан здоров'я студентів: навч. посіб. [Інтернет]. Чернігів: ЧНТУ; 2019 [цитовано 2023 Жовт 8]; 128 с. Доступно: http://ir.stu.cn.ua/bitstream/handle/123456789/23920/Вплив%20р еж.%20дня_макет.pdf?sequence=1&isAllowed=y
82. Волошин ПВ. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика). Харків; 2016. 335 с.
83. Charles AC, Holubhycha H, Maliarova L. Hygienic features of the diet of foreign medical students considering their national cultures. Акт. пробл. сучас. медицини. 2019;3:36-2. DOI: 10.26565/2617-409X-2019-3-05
84. Іотова ІМ. Особливості формування психологічного клімату в групах іноземних студентів підготовчого відділення. В: Актуальні проблеми сучасної вищої медичної освіти в Україні. Матеріали навч.-наук. конф. з міжнар. участю; 2019 Берез 21; Полтава. Полтава; 2019, с. 91-2.
85. Qi W, Wang KT, Pincus AL, Wu LZ. Interpersonal problems and acculturative stress over time among chinese international students from

- mainland China and Taiwan. *Asian Am J Psychol.* 2018;9(3):237-46. DOI: 10.1037/aap0000119
86. Синявська НЯ. Визначення типу особистості студентів-медиків як адаптаційного потенціалу для формування майбутніх лікарів. В: *Наук. зап. міжнар. гуманітар. ун-ту.* 2022, с. 213-33.
87. Богиня ЛВ, Колечкіна ІВ. Міжкультурна адаптація як домінанта формування сприятливого клімату в навчальній групі іноземних студентів. В: *Актуальні проблеми реформування системи виховання та освіти в Україні. Зб. тез наук. робіт учасників міжнар. наук.-практ. конф.; 2021 Квіт 23-24; Львів. Львів: ГО "Львівська педагогічна спільнота"; 2021, с. 17-20.*
88. Шарун АІ. Особливості психосоціальної адаптації студентів медичного коледжу, що перенесли психоемоційний стрес. *Ukr Med J.* 2021;143:1-4. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.143.208967
89. Cheung DK, Tam DK, Tsang MH, Zhang DL, Lit DS. Depression, anxiety and stress in different subgroups of first-year university students from 4-year cohort data. *J Affect Disord.* 2020;274:305-14. DOI: 10.1016/j.jad.2020.05.041
90. Gold JA, Hu X, Huang G, Trockel M, Li W, Wu Y, et al. Medical student depression and its correlates across three international medical schools. *World J Psychiatr.* 2019;9(4):65-77. DOI: 10.5498/wjpv9.i4.65
91. Юрценюк ОС. Особливості непсихотичних психічних розладів у студентів залежно від спеціальності навчання. *Укр. вісн. психоневрології.* 2020;28(2):52-4.
92. Юрценюк ОС. Occurrence and comprehensive treatment of stress-related neurotic and somatoform disorders in students of different years and specialties. *Psychiatry Neurol Med Psychol.* 2020;13:49-54. DOI: 10.26565/2312-5675-2020-13-07

93. Suslova VA. Adaptive opportunities of foreign students studying in a new social-cultural environment. *Theory Pract Mod Psychol.* 2019;4(1):147-52. DOI: 10.32840/2663-6026.2019.4-1.27
94. Геруш І, Дікал МВ, Білоус ТМ. Оцінка рівня тривожності іноземних студентів першого курсу медичного університету. *Наука і освіта.* 2018;1:124-30. DOI: 10.24195/2414-4665-2018-1-17
95. Коровіна Л, Кондратенко А. Особливості депресивних розладів у англійськомовних студентів. В: *Актуальні питання нейронаук. Зб. тез Всеукр. конф. молодих вчених та студентів; 2018 Квіт 27; Харків. Харків: Харківський національний медичний університет; 2018, с. 23-24.*
96. Гусакова И, Омельченко О, Николаенко О, Богомаз О. Уровень депрессии и тревоги среди студентов, обучающихся в медицинском университете Украины. *Juvenis Sci [Интернет].* 2017 [цитировано 2023 Окт 12];(2):13-5. Доступно: <https://jscientia.org/index.php/js/article/view/72>
97. Пшук Н, Коваленко М, Коваленко І. Щодо проблеми формування копінг-стратегій у студентів з перфекціонізмом у медичних вищих навчальних закладах. *Мед. психологія.* 2014;1(76):107-9..
98. Зливков В, Лукомська С, Федан О. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ: Педагогічна думка; 2016. 218 с. \
99. Tran A, Tran L, Geghre N, Darmon D, Rampal M, Brandone D, et al. Health assessment of French university students and risk factors associated with mental health disorders. *Plos One.* 2017;12(11):e0188187. DOI: 10.1371/journal.pone.0188187
100. Grant JE, Potenza MN, Weinstein A, Gorelick DA. Introduction to behavioral addictions. *Am J Drug Alcohol Abus.* 2010;36(5):233-41. DOI: 10.3109/00952990.2010.491884
101. Каленик ОО, Цареградська ТЛ. Соціально-психологічна адаптація іноземних слухачів підготовчих відділень закладів вищої освіти України. *Bull Alfred Nobel Univ Ser Pedagog Psychol.* 2020;1(19):52-7. DOI: 10.32342/2522-4115-2020-1-19-6

102. Strain JJ, Diefenbacher A. The adjustment disorders: the conundrums of the diagnoses. *Compr Psychiatry*. 2008;49(2):121-30. DOI: 10.1016/j.comppsy.2007.10.002
103. Casey P, Dowrick C, Wilkinson G. Adjustment disorders: fault line in the psychiatric glossary. *Br J Psychiatry*. 2001;179(6):479-81. DOI: 10.1192/bjp.179.6.479
104. Casey P, Bailey S. Adjustment disorders: the state of the art. *World Psychiatry*. 2011;10(1):11-8. DOI: 10.1002/j.2051-5545.2011.tb00003.x
105. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry*. 1998;59:22-57.
106. Gaebel W, Zäske H, Cleveland HR, Zielasek J, Stuart H, Arboleda-Florez J, et al. Measuring the stigma of psychiatry and psychiatrists: development of a questionnaire. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261(S2):119-23. DOI: 10.1007/s00406-011-0252-0
107. Вьюн ВВ. Принципи та алгоритми психотерапевтичної корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів. *Укр. вісн. психоневрології*. 2017;25(3,92):26-8.
108. Соколова ИМ. Психофизиологические механизмы адаптации студентов. Харьков: ХГМУ; 2007. 364 с.
109. Rasing SP, Creemers DH, Janssens JM, Scholte RH. Depression and anxiety prevention based on cognitive behavioral therapy for at-risk adolescents: a meta-analytic review. *Front Psychol*. [Internet]. 2017 [cited 2023 Oct 9];8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5487592/> DOI: 10.3389/fpsyg.2017.01066
110. Брагина КР. Тревожная и депрессивная симптоматика в рамках невротических и адаптационных расстройств у студентов-медиков на

- различных этапах обучения. Вісн. Вінниц. держ. мед. університету. 2003;7(2-2):849-51.
111. Коваленко НВ. Клініко-психопатологічні особливості психічних та поведінкових порушень у тимчасово переміщених осіб (діагностика, клініка, психопрофілактика, лікування). Київ: Державна установа «Науково-дослідний інститут психіатрії Міністерства охорони здоров'я України»; 2021. 173 с.
112. Реакція на важкий стрес та розлади адаптації. ПТСР, уніфікованим клінічним протоколом первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги, 23 лют. 2016 (Україна)
113. Сабліна НВ. Особистісні чинники адаптації до навчання студентів медичного коледжу [Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата психологічних наук]. Київ: Національна академія педагогічних наук України інститут психології імені Г.С. Костюка; 2019. 220 с.
114. Кожина АМ, Гайчук ЛМ, Шикова ВВ. Ефективність психоосвітніх програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події. Укр. вісн. психоневрології. 2015;23(2):109-10.
115. Kötter T, Tautphäus Y, Obst KU, Voltmer E, Scherer M. Health-promoting factors in the freshman year of medical school: a longitudinal study. Med Educ. 2016;50(6):646-56. DOI: 10.1111/medu.12987
116. Підлубний ВЛ. Медико-психосоціальна допомога при психічних розладах. Запоріжжя: Запорізький державний медичний університет; 2017. 77 с.
117. Ігумнова ОБ. Напрями психокорекції негативних психічних станів студентів. Наук. зап. Нац. ун-ту Острозька академія. Сер.: Психологія і педагогіка. 2014;30:64-8.

118. Khawaja NG, Stallman HM. Understanding the coping strategies of international students: a qualitative approach. *Aust J Guid Couns.* 2011;21(2):203-24. DOI: 10.1375/ajgc.21.2.203
119. Оліяр М, Фомін К. Комунікативна компетентність як засіб соціальної адаптації студентів в освітньому середовищі закладу вищої освіти. *Освітні обрії [Інтернет].* 17 берез. 2023 [цитовано 10 листоп. 2023];55(2):17-22. Доступно на: <https://doi.org/10.15330/obrii.55.2.17-22>
120. Назиров ЗФ. Про створення лінгвосоціокультурного адаптаційного центру для іноземних громадян. В: *Зб. наук. пр. Викладання мов у ВНЗ освіти на сучасному етапі. Міжпредм. зв'язки. Наук. дослідження. Досвід Пошуки.* Вип. 12. 2008, с. 176-86.
121. Юрценюк О, Карвацька Н, Савка С, Ротар С, Курик В. Психопрофілактика та психокорекція несприятливих психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів (огляд літератури). *Буков. мед. вісник.* 2017;21(1,81):235-8.
122. Марковський ВД, Маракушин ДІ, Олійник МО, Васильєва ОВ, Пешенко ІВ, Олійник АО. Питання адаптації іноземних студентів до проживання в Україні та навчання в університеті. В: *Англomовне навчання в ХНМУ: сучасний стан, проблеми та перспективи. Матеріали 51 навч.-метод. конф.; 2018 Січ 31; Харків. Харків: ХНМУ; 2018, с. 88-91.*
123. Віхрова ОВ, Зінонос НО. Адаптація іноземних студентів до вивчення природничо-математичних дисциплін у вітчизняних ВНЗ. *Theory Methods Learn Fundam Discip High Sch* 2017;7:34-9. DOI: 10.55056/fund.v7i1.589
124. Московчук Н. Чинники позитивної адаптації студентів-іноземців в україномовному освітньому просторі України. *Наук. вісн. Південноукр. нац. пед. ун-ту ім. К Д Уш. Пед. науки.* 2018;(6 (125)):18-24.

125. Чабан ОС, Хаустова ОО, Трачук ЛЄ. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю "Медична психологія". Мед. психологія. 2016;11(1):3-8.
126. Tran A, Tran L, Geghre N, Darmon D, Rampal M, Brandone D, et al. Health assessment of French university students and risk factors associated with mental health disorders. Plos One. 2017;12(11):e0188187. DOI: 10.1371/journal.pone.0188187
127. Швидкий ОВ. Гігієнічна оптимізація навчання і заходи щодо охорони здоров'я студентів медичних училищ в умовах реформованої освіти [автореферат дисертації]. Донецьк; 2003. 18 с.
128. Юрценюк ОС, Поліщук ОЮ, Ротар СС. Соціально-психологічні фактори, що впливають на розвиток неспихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. В: Матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф. Медична психологія: здобутки, розвиток та перспективи; 2015 Жовт 22-24; Київ. Київ; 2015, с. 82-83.
129. de Arellano MA, Lyman DR, Jobe-Shields L, George P, Dougherty RH, Daniels AS, et al. Trauma-Focused cognitive-behavioral therapy for children and adolescents: assessing the evidence. Psychiatr Serv. 2014;65(5):591-602. DOI: 10.1176/appi.ps.201300255
130. Cohen JA, Mannarino AP, Berliner L, Deblinger E. Trauma-Focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. J Interpers Violence. 2000;15(11):1202-23. DOI: 10.1177/088626000015011007
131. Ігумнова ОБ. Генеза негативних психічних станів студентів та їх психокорекція [дисертація]. Хмельницький: Хмельниц. нац. ун-т; 2014. 275 с.
132. Бондаренко І. Розвиток емоційного інтелекту у процесі здобуття професійної освіти у соціономічній сфері [автореферат дисертації]. Чернівці: Чернів. нац. ун-т ім. Юрія Федьковича; 2022. 125 с.
133. Nakonechna L. Specifics of acculturation of foreign students. Eur Humanit Stud. 2020;3(II):179-92. DOI: 10.38014/ehs-ss.2020.3-2.13

134. Юрценюк ОС. Значення рівня нейротизму у діагностиці неспихотичних психічних розладів у студентів вищих навчальних закладів. Мед. психологія. 2019;14(3,55):45-8.
135. Шарун АІ. Профілактика та корекція розладів адаптації у студентів, що перенесли психоемоційний стрес [дисертація]. Дніпро: Дніпров. держ. мед. ун-т; 2023. 250 с.
136. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Panic Disorder. Second Edition [Internet]. Am J Psychiatry. 2009 Jan [cited 2023 Oct 9]:1-90. Available from: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf
137. Рахман ЛВ. Концептуальні чинники розвитку та принципи лікування терапевтично резистентних депресій. Укр. вісн. психоневрології. 2016;24,1(86):104-10.
138. Burchynskyi SH. Correction of adjustment disorders in psychosomatic pathology: the problem and its solutions. Int Neurol J. 2019;3(105):58-64. DOI: 10.22141/2224-0713.3.105.2019.169920
139. Бурчинський С. Можливості комплексної патогенетичної корекції основних клінічних синдромів при невротичних розладах. Ukr Med J. 2023;1(153,2):33-7. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.153.239541
140. Khaustov M. Methodology and efficiency of the psychotherapeutic correction system of adaptation disorders of students. Science Rise. 2018;6(26):54-8. DOI: 10.15587/2519-4798.2018.143068
141. Khaustov MM. Механізми формування та система психотерапевтичної корекції станів дезадаптації у студентів медичного закладу вищої освіти. Експерим. і клін. медицина. 2020;83(2):43-9. DOI: 10.35339/ekm.2019.83.02.06
142. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess

- fatigue. *J Psychosom Res.* 1995;39(3):315-25. DOI: 10.1016/0022-3999(94)00125-o
143. Бизюк А, Вассерман Л, Иовлев Б. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ). *Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева*; 2005. 23 с.
144. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry.* 1965;12(1):63. DOI: 10.1001/archpsyc.1965.01720310065008
145. Марута НА. Критерій якості життя у психіатричній практиці. Харків: Арсіс; 2004. 240 с.
146. Schmieschek H. Fragebogen zur Ermittlung akzentuierter Persönlichkeiten. *Psychiatr Neurol Und Med Psychol.* 1970;22(10):378-81.
147. Heim E, Moser A, Adler R. Defense mechanisms and coping behavior in terminal illness: an overview. *Psychother Psychosom.* 1978;30(1):1-17.
148. Перцева ТО, Куюмчян МС, Юр'єва ЛМ, Дукельський ОО. Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу: навч. посіб. Дніпро; 2018. 170 с.
149. Cahyanto EB, Suratih K. Effect of progressive muscle relaxation on anxiety. *PLACENTUM [Internet].* 2021 [cited 2023 Nov 3];9(3):38. Available from: <https://jurnal.uns.ac.id/placentum/article/view/54783> DOI: 10.20961/placentum.v9i3.54783
150. Ranjita L, Sarada N. Progressive muscle relaxation therapy in anxiety: a neurophysiological study. *IOSR J Dent Med Sci.* 2014;13(2):25-8. DOI: 10.9790/0853-13212528
151. Барінова ОВ, Константиновська ВМ, Кузнецова НВ, Кузьменко АО, Литвиненко АО, Мельник СН, та ін. Українська мова для студентів-іноземців початкового й основного періодів навчання (медико-біологічний профіль). 2-ге вид. Дніпро: Дніпро - VAL; 2019. 624 с.
152. David D, Lynn SJ, Ellis A. Rational and irrational beliefs: research, theory, and clinical practice. USA: Oxford University Press; 2010. 360 с.

153. Still A, Dryden W. Historical and philosophical context of rational psychotherapy: the legacy of epictetus: Taylor & Francis Group; 2018. 266 p.
154. Джудіт СБ. Когнітивно-поведінкова терапія: основи та практика. Україна: Науковий Світ; 2023. 460 с.
155. Перцева ТО, Куюмчян МС, Юр'єва ЛМ, Дукельський ОО. Діагностика, терапія та реабілітація осіб, що перенесли психосоціальні стреси, та хворих на депресії в медичних установах, що надають первинну медичну допомогу: навч. посіб. Дніпро; 2018. 170 с. Доступно: <https://repo.dma.dp.ua/id/eprint/4058>
156. Болотова ОМ. Types of memorial perspectives in autobiographical memory. Psychol Soc Work. 2019;24(2,50). DOI: 10.18524/2707-0409.2019.2(50).1858
157. Bolotova OM. The Types of internal autobiographical memories characteristics and their influence on the individual experience. Theory Pract Mod Psychol. 2019;2(6):159-66. DOI: 10.32840/2663-6026.2019.6-2.28
158. Shrestha S. How to heal with singing bowls: traditional tibetan healing methods. Third edition. Sentient Publications; 2018. 125 с.
159. Vibrations A. Sound healing for beginners: sonic medicine for the body, chakra rituals and what they didn't tell you about vibrational energy (sound healing and somatic mindfulness). Bowker; 2021. 238 с.
160. Lobody A. Crystal singing bowls: the angelic sound of healing, relaxation and spiritual awakening: Deep Pacific Press; 2023. 160 с.
161. Vilhena Da M. Meditation bowls: science-based sound therapies. Independently published ;2022 .160 с.
162. Даммани Г. Дзеркальні процеси в психотерапії та арт-терапії. Менґ Т, редактор. Харків: Factor; 2015. 312 с.
163. Zdun-Ryżewska A, et al. Who is a tired student? Fatigue and its predictors from a gender perspective. Journal of university teaching & learning practice. 2021;18(6):139-54. DOI: 10.53761/1.18.6.10

164. Хаустов ММ. Медико-психологічний погляд на проблему розладів адаптації у студентів. Медицина сьогодні і завтра. 2020;83(2):53-8. DOI: 10.35339/msz.2019.83.02.06
165. Білодід СО. Суїцидальна ідеяція у студентів з різним рівнем тривоги та депресії. Суми: Сумський державний університет; 2020. 54 с.
166. Гусакова ІВ, Омельченко ОД, Николаенко ОА, Богомаз ОВ. Уровень депресії і тривоги серед студентів, що навчаються в медичному університеті України. *Juvenis Scientia*. 2017;2:13-5

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА

Праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

7. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Ситуаційна тривога та особистісна тривожність у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Український вісник психоневрології. 2022;30(3):127-32. DOI: 10.36927/2079-0325-V30-is3-2022-95
8. Yuryeva LM, Shusterman TY, Podolska LV. Depression in the structure of adjustment disorders in foreign applicants for higher education at different stages of studying. Вісник проблем біології і медицини. 2022;3(166):287-295. DOI: 10.29254/2077-4214-2022-3-166-287-295
9. Podolska LV, Shusterman TY, Yuryeva LM. Quality of life of foreign students of higher medical education with adjustment disorders. Вісник проблем біології і медицини. 2022;4(167):204-7. DOI: 10.29254/2077-4214-2022-4-167-204-209
10. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Клініко-психометричне дослідження астенії у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Медичні перспективи. 2022;27(4):136-43. DOI: 10.26641/2307-0404.2022.4.271189
11. Подольська ЛВ, Юр'єва ЛМ. Особливості особистості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та їх вплив на формування розладів адаптації. Український вісник психоневрології. 2023;31(114)(1):92-6. DOI: 10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-13
12. Подольська ЛВ, Юр'єва ЛМ. Роль копінг-стратегій у формуванні розладів адаптації іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. Вісник морської медицини. 2023;2(99):50-56. DOI: 10.5281/zenodo.8171274

Праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертаційної роботи:

1. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Ситуаційна тривога та особистісна тривожність у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Український вісник психоневрології. 2022;30(3):127-32. DOI: 10.36927/2079-0325-V30-is3-2022-95
2. Yuryeva LM, Shusterman TY, Podolska LV. Depression in the structure of adjustment disorders in foreign applicants for higher education at different stages of studying. Вісник проблем біології і медицини. 2022;3(166):287-295. DOI: 10.29254/2077-4214-2022-3-166-287-295
3. Podolska LV, Shusterman TY, Yuryeva LM. Quality of life of foreign students of higher medical education with adjustment disorders. Вісник проблем біології і медицини. 2022;4(167):204-7. DOI: 10.29254/2077-4214-2022-4-167-204-209
4. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Подольська ЛВ. Клініко-психометричне дослідження астенії у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Медичні перспективи. 2022;27(4):136-43. DOI: 10.26641/2307-0404.2022.4.271189
5. Подольська ЛВ, Юр'єва ЛМ. Особливості особистості іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання та їх вплив на формування розладів адаптації. Український вісник психоневрології. 2023;31(114)(1):92-6. DOI: 10.36927/2079-0325-V31-is1-2023-13
6. Подольська ЛВ, Юр'єва ЛМ. Роль копінг-стратегій у формуванні розладів адаптації іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. Вісник морської медицини. 2023;2(99):50-56. DOI: 10.5281/zenodo.8171274

1. Прізвище, ім'я, по батькові:
2. Дата народження: _____
3. Стать: _____
4. Країна проживання _____
5. Етап навчання:
 - підготовче відділення
 - 1 курс
 - 2 курс
6. Мова навчання:
 - українська
 - російська
 - англійська
7. Чи знаходитесь на обліку у невролога?
 - так
 - ні
8. Чи є у вас загострення неврологічного розладу на даний час?
 - так
 - ні
9. Чи є у вас хронічні соматичні захворювання у стадії загострення?
 - так
 - ні
10. Чи зверталися раніше за психіатричною допомогою?
 - так
 - ні
11. Чи є у вас загострення соматичного захворювання на теперішній час?
12. Чи вживаєте наркотичні речовини:
 - так
 - ні
13. Скарги на самопочуття:
 - слабкість
 - втомленість
 - минає після тривалого відпочинку
 - не проходить після тривалого відпочинку

- психічна
- фізична
- зниження працездатності
- порушення сну
- тривога
- метушливість
- внутрішня напруга
- дратівливість
- плаксивість
- головний біль
- зниження настрою
- труднощі при зосередженні уваги
- зниження відчуття задоволення та радості
- пригніченість
- м'язова напруга
- порушення апетиту
- відчуття серцебиття
- закрепи
- діарея
- інші скарги _____

14. Чи вживаєте для покращення самопочуття заспокійливі препарати?

- так
- ні

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач навчальної лабораторії
психофізіологічного розвантаження
Дніпровського державного
медичного університету
Світлана ПАВЛЕНКО

від 8.05.23 року



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** «Поліпшення якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації».
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет. М. Дніпро, вул. Вернадського, 9, автори: Л.В. Подольська, Л.М. Юр'єва.
Джерело інформації: Подольська Л.В. «Якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації», «Вісник проблем біології і медицини» 4 випуск (167) 2022 р., стр. 204-207.
3. **Де впроваджено:** в лабораторію психофізіологічного розвантаження Дніпровського державного медичного університету.
4. **Термін впровадження:** з грудня 2022 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в практику охорони здоров'я запропонованої інформації, що дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв розладів адаптації у іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання.
6. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

Завідувач навчальної лабораторії психофізіологічного
розвантаження Світлана ПАВЛЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач кафедри психіатрії,
наркології і медичної психології

Дніпровського державного
медичного університету

д.мед.н., проф. Вікторія ОГОРЕНКО.

від 8.05.23 року



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

- Назва пропозиції:** «Поліпшення якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації».
- Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, автори: Л. В. Подольська, Л. М. Юр'єва.
Джерело інформації: Подольська Л. В. «Якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації» // «Вісник проблем біології і медицини». Випуск 4 (167) 2022 р., с. 204-207.
- Де впроваджено:** У педагогічний процес кафедри психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету.
- Термін впровадження:** з грудня 2022 року по теперішній час.
- Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при підготовці і проведенні лекцій та практичних занять із іноземними здобувачами вищої медичної освіти, що дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв розладів адаптації для покращення якості життя даного контингенту осіб.
- Зауваження, пропозиції:.

Доцент кафедри психіатрії, наркології і
медичної психології к.мед.н, Сергій НОСОВ.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувачка кафедри мовної
підготовки та гуманітарних наук
Дніпровського державного
медичного університету



фідел'єн, проф. Тетяна ФІЛАТ

від 08.05.23 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** «Поліпшення якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації».
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, автори: Л. В. Подольська, Л. М. Юр'єва.
Джерело інформації: Подольська Л. В. «Якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації» // «Вісник проблем біології і медицини». Випуск 4 (167) 2022 р., с. 204-207.
3. **Де впроваджено:** У педагогічний процес кафедри мовної підготовки та гуманітарних наук Дніпровського державного медичного університету.
4. **Термін впровадження:** з грудня 2022 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при підготовці і проведенні лекцій та практичних занять із іноземними здобувачами вищої медичної освіти, що дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв розладів адаптації для покращення якості життя даного контингенту осіб.
6. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

Старша викладачка кафедри мовної підготовки
та гуманітарних наук к.філол.н. Інна АПОНЕНКО

«ЗАТВЕРДЖУЮ»



Проректор з навчально-педагогічної (наукової)
роботи Вінницького національного медичного
університету ім.М.І.Пирогова
д.мед.наук, професор Олег ВЛАСЕНКО

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції:** «Поліпшення якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації».
2. **Установа-розробник:** Дніпровський державний медичний університет. М. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, автори: Л.В. Подольська, Л.М. Юр'єва.
Джерело інформації: Подольська Л.В. «Якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації» // «Вісник проблем біології і медицини" 4 випуск (167) 2022 р., ст. 204-207.
3. **Де впроваджено:** У педагогічний процес кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету.
4. **Термін впровадження:** з грудня 2022 року по теперішній час.
5. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при підготовці і проведенні лекцій та практичних занять із іноземними здобувачами вищої медичної освіти, дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв розладів адаптації з метою покращення якості життя даного контингенту осіб.
6. **Пропозиція щодо впровадження та її результативність обговорена на засіданні кафедри від 22.05 2023 р. (протокол №11)**
7. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає.

Завідувач навчальною частиною, кафедри медичної психології та психіатрії, доктор.мед.н, доцент Олександр БЕЛОВ

Одеський національний медичний університет
65082, Одеса, пров. Валіховський, 2.

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Перший проректор, д.мед.н., професор

Валерія МАРЧЕНЕДА

«13» квітня 2023 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Поліпшення якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації».
2. **Установа, яка пропонує впровадження, ПІБ авторів:** Дніпровський державний медичний університет, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, автори: Л.В. Подольська, Л.М. Юр'єва.
3. **Джерело інформації:** Подольська Л.В. «Якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації» // «Вісник проблем біології і медицини» 4 випуск (167) 2022 р., стр. 204-207.
4. **Впроваджено:** Одеський національний медичний університет 65082, Одеса, пров. Валіховський, 2, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології.
5. **Термін впровадження:** з грудня 2022 року по травень 2023 року.
6. **Ефективність впровадження:** дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв розладів адаптації для покращення якості життя даного контингенту осіб.
7. **Зауваження, пропозиції:** зауважень немає; пропозиція продовжити використовувати дані матеріали у навчальному процесі на кафедрі психіатрії, наркології та медичної психології ОНМедУ.
8. **Відповідальний за впровадження:** в.о. завідувача кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ОНМедУ проф. Євген Опря.
9. **Обговорено на засіданні кафедри,** протокол від 30.05.2023 р., № 21

Відповідальний за впровадження

в.о. завідувача кафедри
психіатрії, наркології
та медичної психології
проф., д.мед.н.

Євген ОПРЯ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

В.о. першого проректора
Дніпровського медичного
інституту традиційної і
нетрадиційної медицини
д.мед.н., професор



« 03 »


2023р.

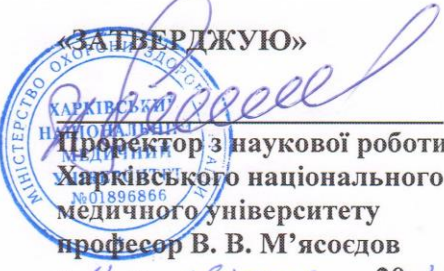
АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Найменування пропозиції для впровадження:** «Поліпшення якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації».
2. **Ким запропоновано, адреса, виконавці:** кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету (49044, м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, буд. 9); Л.В. Подольська, Л.М. Юр'єва.
3. **Джерело інформації:** Подольська Л.В. «Якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації», «Вісник проблем біології і медицини» 4 випуск (167) 2022 р., стр. 204-207.
4. **Де впроваджено:** кафедра внутрішньої медицини
5. **Термін впровадження:** з грудня 2022 року по теперішній час.
6. **Форма впровадження:** у навчально-педагогічний процес.
7. **Ефективність впровадження:** Впровадження в освітній процес запропонованої інформації при проведенні практичних занять із іноземними здобувачами вищої медичної освіти, що дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв розладів адаптації для покращення якості життя даного контингенту осіб.
8. **Зауваження, пропозиції:** не вносились.

Відповідальний за впровадження

Асистент кафедри
внутрішньої медицини
к.мед.н.

 Олександр ШИРОКОВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи
Харківського національного
медичного університету
професор В. В. М'ясоєдов
« 13 » *квітня* 20 *23*р.


АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Найменування пропозиції для впровадження (метод профілактики, лікування, пристрій, форма організаційної праці, тощо). Поліпшення якості життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації.
2. Ким запропоновано: Дніпровський державний медичний університет. м. Дніпро, вул. Володимира Вернадського, 9, автори: Л.В. Подольська, Л.М. Юр'єва.
3. Джерело інформації (методичні рекомендації, інформаційний лист, звіт про НДР, дисертації, монографії, матеріали з'їздів, наукових конференцій, семінарів та ін.). Подольська Л.В. Якість життя іноземних здобувачів вищої медичної освіти з розладами адаптації // Вісник проблем біології і медицини. 2022. № 4 (167). С. 204-207.
4. Де та коли впроваджено. В науково-навчальний процес кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи ХНМУ.
5. Термін впровадження: з грудня 2022 року по теперішній час.
6. Ефективність впровадження: впровадження у науково-навчальний процес запропонованої інформації при підготовці і проведенні лекцій та практичних занять із іноземними здобувачами вищої медичної освіти, що дозволило підвищити рівень теоретичних уявлень щодо виявлення критеріїв розладів адаптації для покращення якості життя даного контингенту осіб.
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.

13. 04. 23

(дата)



(підпис)