

переміщеною особою та лікарем, який оформляє направлення на МСЕК, не потрібно, законодавчі підстави вимагати її відсутні. Також зазначено, що лікарі не мають права вимагати у пацієнтів прибути безпосередньо на повторний огляд під час дії воєнного стану для підтвердження стійкого порушення функцій організму, обумовлених захворюваннями, наслідками травм чи вродженими вадами, які спричиняють обмеження життєдіяльності людини.

Таким чином, нормативне врегулювання продовження дії інвалідності та спрощення процедури її встановлення під час військового стану в Україні значно полегшують становище інвалідів, даючи змогу і надалі отримувати виплати та пільги.

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ІЗ ДИССОМНІЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД РІВНЯ ПСИХОЛОГІЧНОГО СТРЕСУ

Животовська А.І.¹, Ісаков Р.І.¹, Рудь В.О.¹, Мартиненко Я.П.²

¹ Полтавський державний медичний університет, м. Полтава

² КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради»

Стрес і стресові події викликають складні зміни в біологічній системі, впливаючи на функціонування мозку, поведінку, сомато-вегетативну та нейроендокринну системи, та проявляються підвищенням або зниженням здатності організму справлятися зі стресорами. Зв'язок між центральною нервовою системою та реакціями організму відбувається через складну мережу двонаправлених сигналів у модуляції ефектів стресу. Тривога є поширеним корелятом різних стресогенних факторів, і як гострий, так і хронічний травматичний вплив може спричинити тривожні розлади. Тривала пандемія COVID-19 та війна в Україні – все це стресовий та небезпечний досвід, який став емоційно руйнівним для людей різного віку та соціальних рівнів.

Метою роботи було вивчення вираженості тривоги та диссомнічних порушень у пацієнтів з тривожними розладами з урахуванням рівня психологічного стресу.

Матеріали і методи. Із дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології було проведено обстеження 28 пацієнтів (19 жінок, 9 чоловіків) в умовах КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги Полтавської обласної ради». За МКХ-10 діагностовано розлади адаптації (F43.22, F43.23) – у 16 осіб, панічний розлад (F41.0) – у 2, змішаний тривожний і депресивний розлад (F41.2) – у 9, інший змішаний тривожний розлад (F41.3) – у 1. Тривалість захворювання становила від 1 до 6 місяців. Критеріями залучення до участі були: інформована згода на проведення клініко-психопатологічного та психодіагностичного обстеження, вік від 21 до 59 років, наявність в клінічній картині диссомнічних порушень, відсутність

соматичної та неврологічної патології в тяжкій формі або в стадії декомпенсації.

Обстеження проводилося з використанням клініко-психопатологічного, клініко-анамнестичного, психодіагностичного, статистичного методів дослідження. Було використано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HADS, 1983) для підтвердження переважання тривожної симптоматики над депресивною, шкалу Гамільтона (HAM-A, 1959) для оцінки тяжкості тривожних розладів пацієнта з інтерпретацією результатів (Matza L.S. [et al.], 2010): 0-7 балів – відсутність тривоги, 8-14 балів – легкі симптоми тривоги, 15-23 бали – помірні симптоми, 24 бали і більше – важкі; опитувальник PSM-25 (в адаптації Н.Є. Водоп'янової, 2009) для визначення рівня психологічного стресу, Пітсбургський опитувальник (Pittsburgh Sleep Quality Index – PSQI) для вивчення порушень якості сну, який складається із семи компонентів, кожен з яких оцінюється за шкалою від 0 до 3, де 3 бали відображає найбільший ступінь порушення окремого компонента. Всі пацієнти в залежності від показника психічної напруженості (ППН) за опитувальником PSM-25 були розподілені на 3 клінічні групи, репрезентативні за віком та статтю. В 1 групу включено 9 осіб з низьким рівнем стресу (ППН менше 100 балів), в 2 групу – 10 осіб з середнім рівнем (ППН 100-154 бали), в 3 групу – 9 осіб з високим рівнем (ППН більше 155 балів).

Аналіз за шкалою HADS показав, що у всіх обстежених тривожна симптоматика переважала над депресивною. В 1 групі у 4 (44,4%) осіб відмічалися клінічні (>11 балів) прояви тривоги, у 5 (55,6%) – субклінічні (8-10 балів) прояви, в 2 групі – у 9 (90,0%) та 1 (10,0%) відповідно, у пацієнтів 3 групи виявлялася клінічно виражена тривога.

У обстежених всіх клінічних груп за шкалою HAM-A переважали помірні та важкі клінічні симптоми тривоги. Середній бал в 1 групі був $17,6 \pm 1,9$, водночас середній показник психічної тривоги переважав над соматичною ($9,6 \pm 1,05$ та $8,0 \pm 1,17$ відповідно). В 2 групі середній бал складав $24,0 \pm 2,23$, показник психічної тривоги – $12,3 \pm 0,92$, соматичної – $11,7 \pm 1,47$. В 3 групі загальний рівень тривоги становив $27,0 \pm 1,7$ балів, а середній показник соматичної тривоги переважав над психічною ($14,22 \pm 1,0$ та $12,8 \pm 1,2$ відповідно). У пацієнтів 3 групи реєструвалося значне підвищення показників, що відображали соматичні прояви тривоги в порівнянні з 1 групою ($p=0,001$). Загальна оцінка тривоги в 1 групі була достовірно нижче порівняно з 2 групою ($p=0,042$) та 3 групою ($p=0,002$).

За опитувальником PSQI загальний бал в 3 групі ($15,9 \pm 0,69$) був значуще вище, ніж в 1 групі ($11,0 \pm 1,62$, $p=0,014$) та 2 групі ($11,1 \pm 1,14$, $p=0,001$). У обстежених усіх груп переважно оцінки у «2» і «3» бали отримали такі компоненти якості сну як латентність сну (78,6%), необхідність використання снодійних (64,3%) та ефективність сну (50,0%). У хворих 3 групи на відміну від 1 групи були отримані значно гірші показники за компонентами: латентність сну ($2,4 \pm 0,1$ та $1,8 \pm 0,2$ відповідно, $p=0,047$),

ефективність сну ($2,3 \pm 0,3$ та $1,2 \pm 0,4$, $p=0,039$) та необхідність використання снодійних ($3,0$ та $1,2 \pm 0,5$, відповідно $p=0,0037$).

Таким чином, у пацієнтів з тривожними розладами та диссомнічними порушеннями переважали помірні та важкі симптоми тривоги, водночас у пацієнтів з високим рівнем психологічного стресу реєструвалося значне підвищення показників, що відображали соматичні прояви тривоги, в порівнянні з пацієнтами з низьким показником психічної напруженості ($p=0,001$). Загальний ступінь вираженості тривоги в 1 групі був достовірно нижче порівняно з 2 ($p=0,042$) та 3 групою ($p=0,002$). У пацієнтів з високим рівнем психологічного стресу в порівнянні з низьким рівнем були гірші показники за такими компонентами якості сну як латентність ($p<0,05$), ефективність сну ($p<0,05$) та необхідність використання снодійних ($p<0,01$). Загальний бал порушення якості сну був значуще вище, ніж у осіб з середнім ($p=0,001$) та низьким рівнем ($p=0,014$).

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА АДАПТАЦІЯ СТУДЕНТІВ В ПЕРІОД ОТРИМАННЯ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ЯК ЗАПОРУКА ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

Коршенко В.О., Самолеліс Л.М., Катрушова Л.О

Полтавський державний медичний університет

Останнім часом інтерес до проблеми міграції взагалі, і міждержавної освітянської міграції молоді, як одного з векторів міграції, зокрема, опинився в центрі уваги психологічної науки. Освітньою міграцією називають переважно тимчасове переселення, що триває від кількох місяців до кількох років та має на меті навчання за межами адміністративно-територіальної одиниці постійного проживання. Один з наслідків процесу глобалізації - міграційні потоки, що є реальністю не лише для України, але і для всього світу. Міграція стає фактором, що значно впливає на всі сфери життєдіяльності суспільства. Зміни, які відбулись і відбуваються в світі, спонукали вчених з нової точки зору розглянути міграційну проблему і оцінити її різні аспекти. Освітні міграції зустрічаються в багатьох селах, містах, країнах, здійснюючи вплив на соціально - економічний і культурний розвиток країни в цілому, та окремих регіонів, зокрема. Разом з тим, міграція з метою освіти - один з найбільш прогресивних і вигідних для країни видів міграційного руху з точки зору якості трудових ресурсів, інтеграції і внеску мігрантів в економіку.

Складні соціальні умови, викликані військовими діями на Україні, на Близькому Сході (Сирія), не сприяють розвитку масштабної освітньої міграції студентів із зарубіжних країн для отримання вищої освіти в ЗВО України. З великою часткою ймовірності це твердження справедливе також для медичних вузів. Статистика руху студентів-іноземців, які навчаються в Українській медичній стоматологічній академії, свідчить, що в 2013 році загальна кількість їх склала 822 особи, в 2017 році – 645, в 2021 році - 1500.