

Л. М. Юр'єва, Т. Й. Шустерман, Л. В. Подольська

СИТУАТИВНА ТРИВОГА ТА ОСОБИСТІСНА ТРИВОЖНІСТЬ У ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ

L. M. Yuryeva, T. Y. Shusterman, L. V. Podolska

SITUATIONAL AND PERSONAL ANXIETY AMONG FOREIGN APPLICANTS OF MEDICAL EDUCATION AT DIFFERENT STAGES OF EDUCATION

Ключові слова: іноземні здобувачі, ситуативна тривога, особистісна тривожність, розлади адаптації, психометрія

Key words: foreign applicants, situational anxiety, personal anxiety, adjustment disorders, psychometrics

Цю статтю присвячено виявленню особливостей ситуативної тривоги та особистісної тривожності у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Обстежено 154 іноземних здобувача Дніпровського державного медичного університету, які залежно від етапу навчання були поділені на дві групи: іноземні слухачі підготовчого відділення (група 1) та іноземні здобувачі 1—2 курсу (група 2). У роботі використовували методіку напівструктурованого клінічного інтерв'ю зі спеціально розробленою нами анкетой та «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ) за Бізюк А. П та співавт. Встановлено, що найпоширенішим діагнозом у досліджених групи 1 був Z73.2 «Недостатність відпочинку та розслаблення» (36 %), тоді як у групі 2 — F43.22 «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція» (30 %) та R53 «Недомагання та втома» (30 %), тобто при переході на наступний етап навчання спостерігалась тенденція до поступового поглиблення психопатологічного процесу у бік порушень адаптації. Аналіз даних ІТТ підтвердив отримані результати. Зокрема, найвищий рівень тривоги спостерігався у здобувачів групи 2, водночас у групі 1 частіше переважала її фізіологічна форма, а у групі 2 — патологічна. Детальне вивчення складників шкали ситуативної тривоги показало, що досліджувані групи 1 у 1,7 раза частіше відчували низьку соціальну захищеність, тоді як досліджувані групи 2 — у 3,9 раза частіше мали астеничний компонент тривоги. Оцінка загального показника особистісної тривоги не показала достовірної різниці за всіма його рівнями. Лише за астеничним складником у здобувачів групи 2 були відзначені у 3,2 раза вищі показники, ніж у групі 1. Отримані результати наголошують на потребі подальшої розробки диференційованих заходів корекції та превенції психопатологічних порушень, завдяки зниженню рівня ситуативної тривоги та особистісної тривожності у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання.

This article is devoted to identifying of the features of situational and personal anxiety among foreign applicants of medical education at different stages of education. 154 foreign applicants of the Dnipro State Medical University were examined, that, depending on the stage of studying, have been divided into two groups: foreign students of the preparatory department (group 1) and foreign applicants of 1—2 courses (group 2). In the work we have used the method of semi-structured clinical interview with a questionnaire that was specially developed by us and The Integrative Anxiety Test (IAT) according to Bizyuk A. P. et al. It has been found that the most common diagnosis in the group 1 was Z73.2 "Lack of rest and relaxation" (36 %), in group 2 — F43.22 "Adjustment disorders, mixed anxiety-depressive reaction" (30 %) and R53 "Sickness and fatigue" (30 %). There was a tendency of a gradual deepening of the psychopathological process towards adjustment disorders during moving to the next stage of training. The analysis of IAT data has confirmed the obtained results. Thus, the highest level of anxiety has been observed in the applicants of group 2, physiological form prevailed more often in group 1, pathological — in group 2. A detailed research of the components of situational anxiety has shown that the studied ones from group 1 experienced low social security in 1.7 times more often, the studied ones from groups 2 had an asthenic component of anxiety in 3.9 times more often. The assessment of the general indicator of personal anxiety has not shown a significant difference in all levels. It has been found that only the asthenic component in group 2 was in 3.2 times higher than in group 1. The obtained results have indicated the need for further development of differentiated measures of the correction and prevention of psychopathological disorders by reducing the level of situational and personal anxiety among foreign applicants at different stages of studying.

Процес адаптації здобувачів вищої освіти — одна з найактуальніших проблем сучасного суспільства, бо саме від цього напряду залежить успішність у навчанні, особистісний розвиток та формування позитивного ставлення до вибраної професії майбутнього фахівця. Слід також зазначити, що період навчання у закладі вищої освіти збігається з періо-

дом 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 у представників медичних закладів у перші роки навчання [2; 3]. Саме у цей період відбуваються зміни їх звичного укладу життя, ставлення до себе як особистості, пристосування та налагодження дружніх відносин 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 несприятливих психічних розладів [5]. Також слід сказати про великий ризик розвитку розладів адаптації у іноземних здобувачів [6; 7]. До зазначеного вище переліку факторів в них приєднується ще мовний бар'єр, потреба пристосування до соціокультуральних 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 — тривожного спектра.

Отже, метою цієї роботи було виявлення клініко-психометричних особливостей ситуативної тривоги та особистісної тривожності у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання.

Обстежено 154 іноземних здобувача, що проходили навчання на базі Дніпровського державного медичного університету. Дослідження проводили з суворим дотриманням принципів біоетики, відповідно до Гельсінської декларації «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей» та «Загальної декларації про біоетику та права людини» (ЮНЕСКО).

Залежно від етапу навчання, всі досліджувані були поділені на дві групи: до групи 1 увійшли 110 слухачів підготовчого відділення, тривалість навчання яких на момент участі у дослідженні становила від одного до двох місяців; до групи 2 — 44 здобувача 1 та 2 курсу (тривалість навчання від шести місяців до двох років).

Середній вік досліджуваних групи 1 становив $(19,05 \pm 0,2)$ роки, групи 2 — $(20,7 \pm 0,3)$ роки.

Критеріями включення у роботу були: термін навчання у форматі *offline* тривалістю від одного місяця до двох років; відсутність психічних та поведінкових розладів у анамнезі; відсутність важкої соматоневрологічної патології; отримання усної та письмової згоди на проведення дослідження і корекційних заходів (якщо буде потреба).

У дослідженні не брали участь іноземні здобувачі, що проходили *online* навчання, старше першого курсу (мова навчання — українська, російська),

старше другого курсу (мова викладання — англійська). Це пов'язано з тим, що досліджувані, які навчалися українською чи російською мовами, попередньо були слухачами підготовчого відділення, а тих, хто навчались англійською — відразу зараховували на першій курс. З дослідження також було виключено здобувачів, що мали в анамнезі психічні та поведінкові розлади, важку соматоневрологічну патологію, та тих, хто не надав письмову згоду на проведення дослідження чи виявив бажання припинити його на будь-якому етапі.

У процесі роботи використаний метод напівструктурованого клінічного інтерв'ю, що включав спеціально розроблену нами анкету для аналізу скарг та анамнезу [9]. Для психометричної оцінки рівня ситуативної тривоги та особистісної тривожності використовували «Інтегративний тест тривожності» (ІТТ), розроблений Бізюк А. П та співавт. [10]. Ця методика включала у себе дві рівнозначні шкали (ситуативної тривоги та особистісної тривожності), кожна з яких складалась з п'яти компонентів, за якими нараховували «сирі» бали з наступною конвертацією їх у станайни. Зокрема, оцінка балів у станайнах від 1 до 3 відповідає низькому рівню тривоги, 4—6 — нормі та 7—9 — високому рівню. Для зіставлення отриманих даних з клінічною картиною рівні ситуативної тривоги ми умовно розподілили ось так: низький рівень відповідає нормі, нормальний рівень — фізіологічній тривозі, високий рівень — патологічній.

Статистичне оброблення результатів проводили за допомогою ліцензійного пакету програм Statistica v.6.1 (StatSoftInc., серійний номер AGAR909E415822FA).

У процесі дослідження встановлено, що найчастішими скаргами у групі 1 були психічна стомлюваність (65,5 %), внутрішня напруга (52,7 %) та тривога (43,6 %), у групі 2 — фізична стомлюваність (90,9 %), слабкість (88,6 %) та психічна стомлюваність (84,1 %), тимчасом як провідним симптомом у групі 1 була тривога, а у групі 2 — астенія. Слід зазначити, що порівняльний аналіз поширеності симптомів тривоги в обох групах не показав достовірної різниці (при двобічному $p = 0,34$). Зокрема, для групи 1 вона становила 60,0 %, для групи 2 — 68,2 %.

З огляду на отримані результати, відповідно до критеріїв МКХ-10, ми верифікували такі діагнози (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл діагнозів у групах іноземних здобувачів залежно від етапу навчання

Групи досліджуваних	Діагнози, n (%)				
	Норма	Z73.2	R53	F43.22	F43.23
Група 1	26 (24 %)	40 (36 %)	17 (15 %)	14 (13 %)	13 (12 %)
Група 2	1 (2 %)	12 (27 %)	13 (30 %)	13 (30 %)	5 (11 %)

Примітки: n (%) — абсолютна та відносна кількість пацієнтів з цим діагнозом; Z73.2 — «Недостатність відпочинку та розслаблення», R53 — «Недомагання та втома», F43.22 — «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція», F43.23 — «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій»

Зокрема, перше місце у групі 1 займав Z73.2 «Недостатність відпочинку та розслаблення» (36 %), тоді як у групі 2 — F43.22 «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція» (30 %) та R53 «Недомагання та втома» (30 %). Також слід зазначити, що у групі 1 на частку норми та пограничних станів (Z73.2) припадало у 12 та 1,5 раза (відповідно) більше здобувачів, ніж у групі 2, що свідчить

про тенденцію до поступового поглиблення психопатологічного процесу при переході на наступний етап навчання.

Для оцінки рівня ситуативної тривоги (СТ) і особистісної тривожності (ОС) та якісної характеристики їх складників проведено психометричне обстеження за допомогою ІТТ. У таблиці 2 наведено розподіл рівнів тривоги за групами досліджених.

Таблиця 2. Рівні ситуативної тривоги та особистісної тривожності у досліджених груп 1 та 2

Складники ІТТ	Група 1 (n = 110)			Група 2 (n = 44)			*Відмінності між групами, $\chi^2 (p)$			
	низький	нормальний	високий	низький	нормальний	високий	низький	нормальний	високий	
Ситуативна тривога	ЗР — СТ	22 (20 %)	52 (47 %)	36 (33 %)	5 (11 %)	16 (37 %)	23 (52 %)	1,62 ($p = 0,20$)	1,52 ($p = 0,22$)	5,08 ($p = 0,02$)
	ЕД — СТ	24 (22 %)	48 (44 %)	38 (35 %)	10 (23 %)	16 (37 %)	18 (41 %)	0,02 ($p = 0,9$)	0,68 ($p = 0,41$)	0,55 ($p = 0,46$)
	АСТ — СТ	47 (43 %)	33 (30 %)	30 (27 %)	9 (21 %)	5 (11 %)	30 (68 %)	6,74 ($p = 0,01$)	5,87 ($p = 0,02$)	22,12 ($p < 0,001$)
	ФОБ — СТ	55 (50 %)	36 (33 %)	19 (17 %)	9 (20,5 %)	24 (54,5 %)	11 (25 %)	11,3 ($p < 0,001$)	6,29 ($p = 0,01$)	1,20 ($p = 0,27$)
	ОП — СТ	24 (22 %)	42 (38 %)	44 (40 %)	10 (23 %)	12 (27 %)	22 (50 %)	0,02 ($p = 0,90$)	1,64 ($p = 0,20$)	1,28 ($p = 0,26$)
	СЗ — СТ	19 (17 %)	36 (33 %)	55 (50 %)	13 (29,5 %)	18 (41 %)	13 (29,5 %)	2,88 ($p = 0,09$)	0,92 ($p = 0,34$)	5,33 ($p = 0,02$)
Особистісна тривожність	ЗР — ОТ	22 (20 %)	52 (47 %)	36 (33 %)	5 (11 %)	19 (43 %)	20 (46 %)	1,62 ($p = 0,20$)	0,21 ($p = 0,65$)	2,20 ($p = 0,14$)
	ЕД — ОТ	14 (13 %)	61 (55 %)	35 (32 %)	3 (7 %)	21 (47 %)	20 (46 %)	1,12 ($p = 0,29$)	0,75 ($p = 0,39$)	2,55 ($p = 0,12$)
	АСТ — ОТ	37 (34 %)	49 (44 %)	24 (22 %)	7 (16 %)	6 (14 %)	31 (70 %)	4,84 ($p = 0,03$)	13,08 ($p < 0,001$)	32,38 ($p < 0,001$)
	ФОБ — ОТ	41 (37 %)	54 (49 %)	15 (14 %)	6 (13,5 %)	28 (63,5 %)	10 (23 %)	8,28 ($p = 0,004$)	2,67 ($p = 0,10$)	1,91 ($p = 0,17$)
	ОП — ОТ	28 (25 %)	36 (33 %)	46 (42 %)	9 (21 %)	16 (36 %)	19 (43 %)	0,43 ($p = 0,51$)	0,19 ($p = 0,67$)	0,02 ($p = 0,88$)
	СЗ — ОТ	31 (28 %)	29 (26 %)	50 (46 %)	16 (36 %)	15 (34 %)	13 (30 %)	0,99 ($p = 0,32$)	0,92 ($p = 0,34$)	3,29 ($p = 0,07$)

Примітки. Тут і далі: Загальний рівень (ЗР), Емоційний дискомфорт (ЕД), Астенічний компонент (АСТ), Фобічний компонент (ФОБ), Тривожна оцінка перспективи (ОП), Соціальна захищеність (СЗ); * — відмінності достовірні при $p < 0,05$

Зокрема, низький рівень тривоги (норма) у групі 1 за даними ІТТ спостерігався 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, тоді як у групі 2 — її патологічна форма. Слід також зазначити, що статистично вища різниця між групами (у 1,6 раза) визначена лише за високим рівнем у досліджених групи 2 (при двобічному $p = 0,02$).

Ми проаналізували тільки високі рівні складників ІТТ, бо вони безпосередньо вказували на процес дезадаптації. Детальне вивчення складників СТ показало, що слухачі групи 1 у 1,7 раза частіше відчували соціальну незахищеність ($p = 0,02$), тоді як здобувачі групи 2 мали вищу (у 3,9 раза) частоту АСТ компонента ($p < 0,001$).

Наступним етапом роботи було вивчення особистісної тривожності. Зокрема, низький рівень ОТ у групі 1 спостерігався у 20 % досліджених, нормальний — у 47 % та високий — у 33 %, а у групі 2 — у 11 %, 43 % та 46 % відповідно. Водночас аналіз вищезазначених результатів у групах не показав достовірної різниці за всіма рівнями ОТ. Також встановлено, що з порівняння рівнів ОТ та СТ виходить, що у групі 1 отримані ідентичні результати, тоді як у групі 2 спостерігалась тенденція до збільшення показників високого рівня СТ через зменшення частки його нормального рівня.

Оцінка складників ОТ продемонструвала значущі відмінності тільки за АСТ компонентом (досліджувані групи 2 мали у 3,2 раза більшу частоту, ніж досліджувані групи 1, при $p < 0,001$).

Зважаючи на явні відмінності рівнів тривоги у групах, ми проаналізували середні значення отриманих балів у станайнах, з метою оцінки впливу дезадаптивного процесу на здобувачів на різних етапах навчання (табл. 3).

Проаналізувавши середні значення у станайнах за ЗР — СТ, ми виявили статистично вищі показники у досліджених групи 2 ($p = 0,01$), водночас, отримані дані відповідали високому рівню тривоги.

Детальне вивчення складників 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 мав вищі показники у групі 2 ($p = 0,0008$), його середні значення не перевищували рівень норми, на відміну від АСТ — СТ та СЗ — СТ (середні значення відповідали високому рівню тривоги при $p < 0,001$ та $p = 0,04$ відповідно). Цей феномен пояснюється низьким рівнем тривоги за показниками *Me* (для станайнів) у досліджуваних 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 разі з СТ, продемонстрував достовірно вищі результати у групі 2 при $p = 0,006$ (високий рівень), однак на відміну від СТ, його середні значення відповідали нормальному рівню тривожності.

Таблиця 3. Середні значення (*Me*) складників компонентів шкали ІТТ у здобувачів груп 1 та 2 (у станайнах)

Складники шкали ІТТ		Група 1 (n = 110)	Група 2 (n = 44)	Відмінності між групами (p)
Ситуативна тривога	ЗР — СТ	5 (5; 6)	7 (5; 7)	0,01
	ЕД — СТ	5 (5; 6)	6 (4; 7)	0,66
	АСТ — СТ	5 (2; 6)	7 (7; 8)	< 0,001
	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	ЗР — ОТ	5 (5; 6)	6 (5; 7)	0,006
	ЕД — 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: * — відмінності достовірні при $p < 0,05$ (за *U*-критерієм Манна — Уїтні)

Під час оцінювання складників ОТ виявлена достовірна різниця за показниками АСТ та ФОБ у досліджених групи 2, однак, лише за АСТ отримані результати відповідали високому рівню, щодо ФОБ — середні значення були у межах норми.

З метою оцінки впливу ОТ на СТ проведений кореляційний аналіз з подальшим порівнянням отриманих результатів між досліджуваними групами (табл. 4).

Таблиця 4. Кореляційний взаємозв'язок ситуативної тривоги та особистісної тривожності за складниками шкали ІТТ у здобувачів груп 1 та 2

Складники шкали ІТТ	r (95 % ДІ)		Відмінності між групами (Z)	*p
	Група 1	Група 2		
ЗР	0,69 (0,58; 0,78)	0,79 (0,65; 0,88)	-1,22	0,22
ЕД	0,56 (0,41; 0,67)	0,83 (0,70; 0,90)	-3,02	0,003
АСТ	0,62 (0,49; 0,72)	0,72 (0,54; 0,84)	-0,99	0,32
ФОБ	0,51 (0,36; 0,64)	0,52 (0,27; 0,71)	-0,07	0,94
ОП	0,67 (0,55; 0,76)	0,70 (0,51; 0,83)	-0,31	0,76
СЗ	0,56 (0,41; 0,67)	0,61 (0,39; 0,77)	-0,41	0,68

Примітка: r — ранговий коефіцієнт кореляції за Спірменом; (значущий при $p < 0,001$); Z — Z-критерій Фішера; * — відмінності достовірні при $p < 0,05$ між коефіцієнтами кореляції за Z-критерієм Фішера

Підрахунок рангового коефіцієнта кореляції за Спірменом показав достовірний ($p < 0,001$) прямий зв'язок помірної сили (за шкалою Чеддок) між рівнем ОТ та СТ у здобувачів групи 1 за всіма компонентами ІТТ (кореляція — в межах 0,5—0,7), тоді як група 2 продемонструвала помірний зв'язок за ФОБ та СЗ компонентами і сильний — за ЗР, ЕД та АСТ відповідно (кореляція — у межах 0,7—0,9). Порівняльний аналіз отриманих коефіцієнтів кореляції за всіма складниками ІТТ між групою 1 та 2 показав достовірну різницю лише за ЕД ($p = 0,003$), тобто, при переході на наступний етап навчання у здобувачів відзначалась тенденція до збільшення впливу характерологічних особливостей на емоційний комфорт.

Підсумовуючи отримані результати, можна сказати, що найвищий рівень тривоги спостерігався у здобувачів групи 2. Цей феномен можна пояснити декількома факторами, насамперед, принципом нарахування «сирих» балів та їх конвертацію у станайни. Слід також зазначити різницю впливу умов навчання та обсягу педагогічного навантаження між групами. Зокрема, слухачі підготовчого відділення мали дозваний рівень навантаження, їх навчання проходило у комфортних умовах, біля місця проживання, тим самим викладачем, що пом'яксувало становлення процесу адаптації до нових умов. Здобувачі 1 та 2 курсів навпаки змушені були засвоювати величезні обсяги інформації чужою мовою, а водночас — більше часу приділяти навчанням та пізніше лягати спати. У сукупності це призвело до більшої астенизації, що підтвердили як клінічні дані, так і показники ІТТ. Також важливу роль у процесі підвищення рівня СТ відіграла ОТ. У здобувачів медичної освіти була виявлена тенденція до збільшення впливу характерологічних особливостей на емоційний комфорт при переході на наступний етап навчання. Водночас загалом говорити, що слухачі підготовчого відділення не мали тривоги — неможливо. Про це свідчать клінічні дані, які показали, що 60 % досліджених цієї групи мали СТ, водночас у 32,7 % випадків спосте-

рігалась її патологічна форма (в структурі розладів адаптації). Слід зазначити, що порушення процесу адаптації у досліджуваних групи 1 більшою мірою були пов'язані не з великим педагогічним перенавантаженням, як у досліджуваних групи 2, а з переїздом до іншої країни, соціальним дистанціюванням з родичами та близькими, а також змінами звичного укладу життя.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Встановлено, що найчастішими скаргами у групі 1 були психічна стомлюваність (65,5%), внутрішня напруга (52,7%) та тривога (43,6%), у групі 2 — фізична стомлюваність (90,9%), слабкість (88,6%) та психічна стомлюваність (84,1%). Провідним симптомом у групі 1 була тривога, у групі 2 — астенія. Порівняльний аналіз поширеності симптомів тривоги у обох групах не показав достовірної різниці (для групи 1 вона становила 60,0%, для групи 2 — 68,2%).

Серед верифікованих діагнозів перше місце у групі 1 займав Z73.2 «Недостатність відпочинку та розслаблення» (36%), у групі 2 — F43.22 «Розлади адаптації, змішана тривожно-депресивна реакція» (30%) та R53 «Недомагання та втома» (30%). Встановлено, що у групі 1 на частку норми та пограничних станів (Z73.2), припадало у 12 разів та у 1,5 раза (відповідно) більше здобувачів, ніж у групі 2, що свідчить про тенденцію до поступового поглиблення патологічного процесу при переході на наступний етап навчання.

За даними ЗР — СТ на частку норми (низький рівень тривоги) у групі 1 припадало 20% досліджених, на частку фізіологічної тривоги (нормальний рівень) — 47%, та на частку патологічної тривоги (високий рівень) — 33%, у групі 2: 11%, 37% та 52% відповідно. Достовірно більша різниця (у 1,6 раза) була виявлена лише за високим рівнем у досліджених групі 2 (при $p = 0,02$). За складниками СТ досліджувані групи 1 у 1,7 раза частіше відчували низьку соціальну захищеність, тоді як здобувачі групі 2 — мали більшу (у 3,9 раза) частоту АСТ компонента ($p < 0,001$).

Встановлено, що низький рівень особистісної тривожності у групі 1 спостерігався у 20% досліджених, нормальний — у 47% та високий — у 33%, а у групі 2 — у 11%, 43% та 46% відповідно. Аналіз у групах не показав достовірної різниці за всіма рівнями ОТ. Як порівняти рівні ОТ та СТ, у групі 1 були ідентичні результати, тоді як у групі 2 спостерігалась тенденція до збільшення показників високого рівня СТ. Оцінка складників ОТ продемонструвала значущі відмінності ($p < 0,001$) тільки за АСТ компонентом (досліджувані групи 2 мали у 3,2 раза більшу частоту, ніж досліджувані групи 1).

Під час аналізу середніх значень у станах ЗР — СТ виявлено статистично вищі показники у групі 2, порівняно з групою 1. Отримані дані відповідали високому рівню тривоги. Вивчення складників компонентів СТ показало достовірно вищу різницю для ФОБ — СТ (група 2), АСТ — СТ (група 2), та СЗ —

СТ (група 1). Хоча ФОБ — СТ і мав статистично вищі показники у групі 2, його середні значення (Me) не перевищували рівень норми (на відміну від АСТ — СТ та СЗ — СТ).

Аналіз середніх значень станів ОТ за показником ЗР продемонстрував статистично вищі результати у групі 2 при $p = 0,006$ (високий рівень), однак його середні значення відповідали нормальному рівню тривожності. Під час оцінювання складників ОТ виявлена достовірна різниця за показниками АСТ та ФОБ у досліджених групі 2, однак, лише за АСТ отримані результати відповідали високому рівню, щодо ФОБ — середні значення були у межах норми.

Виявлено помітний кореляційний зв'язок за ранговим коефіцієнтом Спірмена між рівнем ОТ та СТ у здобувачів групі 1 за всіма складниками ІТТ, а у групі 2 — помітний за ФОБ і СЗ та високий — за ЗР, ЕД і АСТ. Аналіз отриманих коефіцієнтів кореляції за всіма складниками ІТТ між групою 1 та 2 показав достовірну різницю лише за ЕД ($Z = -3,02$) при $p = 0,003$).

Отримані результати підтверджують нагальну потребу подальшого розроблення диференційованих заходів корекції та превенції психопатологічних порушень задля зниження рівня ситуативної тривоги та особистісної тривожності у іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання.

Список літератури

1. Уровень депрессии и тревоги среди студентов, обучающихся в медицинском университете Украины / [Гусакова И. В., Омельченко О. Д., Николаенко О. А., Богомаз О. В.] // *Juvenis scientia*. 2017. № 2. С. 13—15. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uroven-depressii-itrevogi-sredi-studentov-obuchayuschih-sya-v-meditsinskom-universitete-ukrainy>.
2. Герасимова О. Ю. Тревожные расстройства у студентов медицинского университета / О. Ю. Герасимова, Л. Н. Семченко // *Психология. Психофизиология*. 2020. Т. 13, № 4. С. 30—38.
3. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) / колективна монографія за ред. проф. П. В. Волошина, проф. Н. О. Марути. Харків: Строков Д. В., 2016. 335 с.
4. Кочергина К. Н. Анализ уровня личностной и ситуативной тревожности у студентов медицинского университета / К. Н. Кочергина, Р. А. Кочергина // *Международный студенческий научный вестник*. 2017. № 6. URL: <https://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=17877>.
5. Юрценюк О. С. Особливості неспихотичних психічних розладів у студентів залежно від спеціальності навчання // *Український вісник психоневрології*. 2021. Т. 28, вип. 2 (103). С. 52—54. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-9>.
6. Positive mental health and adjustment following life-stressors among young adults / Inga Truskauskaitė-Kuneviciene, Evaldas Kazlauskas, Ruta Ostreikaite-Jureviciene [et al.] // *Current Psychology*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00714-3>.
7. Who is a tired student? Fatigue and its predictors from a gender perspective / Agata Zdun-Ryżewska, Natalia Nadrowska, Krzysztof Basiński [et al.] // *Journal of University Teaching &*

Learning Practice. 2021. Vol. 18(6). P. 139—154. DOI: <https://doi.org/10.53761/1.18.6.10>.

8. Состояние тревожности и мотивация к учебной деятельности иностранных и российских студентов в медицинском вузе / I. В. Старикова [и др.] // Научное обозрение. Педагогические науки. 2018. № 3. С. 58—61.

9. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 — Clinician Version (SCID-5-CV) / Flávia L. Osório, Sonia Regina Loureiro, Jaime Eduardo C. Hallak [et al.] // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019. Vol. 73, no. 12. P. 754—760. DOI: <https://doi.org/10.1111/pcn.12931>.

10. Бизюк А. П. Применение интегративного теста тревожности (ИТТ) / А. П. Бизюк. СПб. : Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. 22 с.

References

1. Gusakova I. V., Omel'chenko O. D., Nikolaenko O. A., Bogomaz O. V. Uroven' depressii i trevogi sredi studentov, obuchayushhixsya v medicinskom universitete Ukrainy'. *Juvenis scientia*. 2017. no. 2. S. 13—15. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/uroven-depressii-itrevogi-sredi-studentov-obuchayuschihhsya-vmeditsinskom-universitete-ukrainy>.

2. Gerasimova O. Yu., Semchenko L. N. Trevozhny'e rasstrojstva u studentov medicinskogo universiteta. *Psixologiya. Psixofiziologiya*. 2020. T. 13, no. 4. S. 30—38.

3. *Sotsialno-ctpecovi rozlady (klinika, diahnozyka, profilaktyka)* : kolektyvna monohrafiia za red. Prof. P. V. Voloshyna, Prof. N. O. Maruty. Kharkiv : Strokov D. V., 2016. 335 s.

4. Kochergina K. N., Kochergina R. A. Analiz urovnya lichnostnoj i situativnoj trevozhnosti u studentov medicinskogo universiteta. *Mezhdunarodny'j studencheskij nauchny'j vestnik*. 2017. No. 6. URL: <https://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=17877>.

5. Yurtseniuk O. S. Osoblyvosti nepsykhotychnykh psykhichnykh rozladiv u studentiv zalezno vid spetsialnosti navchannia. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohii*. 2021. T. 28, vyp. 2 (103). S. 52—54. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V29-is2-2021-9>.

6. Truskauskaitė-Kunevičienė, I., Kazlauskas, E., Ostreikaite-Jureviciene, R., Brailovskaia, J., & Margraf, J. (2020). Positive mental health and adjustment following life-stressors among young adults. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00714-3>.

7. Zdun-Ryżewska, A., Nadrowska, N., Basiński, K., Walkiewicz, M., & Błażek, M. (2021). Who is a tired student? Fatigue

and its predictors from a gender perspective. *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 18(6), 139–154. <https://doi.org/10.53761/1.18.6.10>.

8. Starikova I. V. i dr. Sostoyanie trevozhnosti i motivaciya k uchebnoj deyatelnosti inostranny'x i rossijskix studentov v medicinskom vuze. *Nauchnoe obozrenie. Pedagogicheskie nauki*. 2018. no. 3. S. 58—61.

9. Osório, F. L., Loureiro, S. R., Hallak, J. E. C., Machado-de-Sousa, J. P., Ushirohira, J. M., Baes, C. V. W., Apolinario, T. D., Donadon, M. F., Bolsoni, L. M., Guimarães, T., Fracon, V. S., Silva-Rodrigues, A. P. C., Pizeta, F. A., Souza, R. M., Sanches, R. F., dos Santos, R. G., Martin-Santos, R., & Crippa, J. A. S. (2019). Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 — Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(12), 754–760. <https://doi.org/10.1111/pcn.12931>.

10. Bizyuk A. P. *Primenenie integrativnogo testa trevozhnosti (ITT)*. SPb. : Sankt-Peterburgskij nauchno-issledovatel'skij psixonevrologicheskij institut im. V. M. Bextereva, 2005. 22 s.

Надійшла до редакції 10.09.2022

Відомості про авторів:

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри*; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

ШУСТЕРМАН Тамара Йосипівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; e-mail: finiks2@gmail.com

ПОДОЛЬСЬКА Людмила Володимирівна, аспірант кафедри*; e-mail: ludmilapodolska1@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна

Information about authors:

YURYEVA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department**; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com,

SHUSTERMAN Tamara, MD, PhD, Associate Professor of Department**; <https://orcid.org/0000-0001-5422-1624>; e-mail: finiks2@gmail.com

PODOLSKA Liudmyla, Postgraduate student of the Department**; e-mail: ludmilapodolska1@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine