

Шарун А. І.

Дніпровський державний медичний університет (м. Дніпро)

Особливості надання лікувально-реабілітаційної допомоги студентам з розладами адаптації, які зазнали психосоціального стресу

Українське суспільство сьогодні переживає черговий кризовий період, пов'язаний з багатьма чинниками. Найбільш руйнівною обставиною сьогодення є військовий конфлікт. Певну кризу переживає і професійне освітянське середовище — у зв'язку з вимушеним масовим переведенням студентів із закладів вищої освіти з окупованих територій потрібно глибоко і професійно розуміння психічного стану студентської молоді. Дослідження показали, що психологічні проблеми, пов'язані з руйнуванням колишнього звичного способу життя в рідному місті, раптовий розрив соціальних зв'язків зі своїми родичами, друзями, невизначеність свого майбутнього, занепокоєння за своїх родичів, які залишилися, пригнічують студентів з родин внутрішньо переміщених осіб.

Мета дослідження: розробка системи лікувально-реабілітаційних заходів для усунення психопатологічних проявів адаптаційних розладів у студентів, які зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту, нормалізація їх психоемоційного стану, покращення психосоціальної адаптації.

Методи досліджування: клініко-анамнестичний; клініко-психопатологічний; соціально-демографічний; психометричний; статистичний.

Під час дослідження були використані методи багатовимірної скринінгу і застосовано пакет, що включав шкалу психологічного благополуччя (К. Ріфф, 1989, адаптація Т. Д. Шевеленкової, П. П. Фесенко, 2005); опитувальник Леонгарда — Шмішека (Н. Schmieschek, 1970); опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised, L. R. Derogatis, в адаптації Н. В. Тарабріної, 2001); шкала астенічного стану (Л. Д. Малкова, за адаптацією Т. Г. Чертова на основі MMPI); шкала оцінки якості життя (Mezzich et al., 1999, адаптація Н. О. Марути, 2001); інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005); опитувальник опанування стресу COPE (Ч. Кавер, М. Шейер і Д. Вентрауб, 1989, в адаптації Т. О. Гордєєвої, Є. М. Осіна, О. І. Рассказової, О. А. Сичьова, В. Ю. Шевяхової, 2013).

Проведено обстеження 249 студентів обох статей Дніпровського державного медичного університету і Дніпровського базового медичного коледжу. Основну групу студентів ($n = 159$, 63,85 %), становили внутрішньо переміщені особи та діти воїнів — учасників антитерористичної операції. Студенти основної групи попередньо проживали: Донецька область — 52,83 % Луганська область — 10,69 %, Автономна Республіка Крим — 0,63 %, інші області — 35,85 % та були вимушені змінити місце проживання. Студенти контрольної групи ($n = 90$, 36,14 %) не мали в анамнезі значущого психоемоційного стресу.

Результати. Під час аналізу отриманих у процесі клініко-психопатологічного дослідження даних виявлено, що найчастіше у студентів відзначалися скарги на загальну стурбованість та нервозність (45,28 %), емоційну нестійкість (42,14 %), порушення сну (40,88 %), дратівливість (40,25 %), пригнічений настрій (35,22 %), нав'язливі уявлення, побоювання та хвилювання (27,67 %), погану концентрацію уваги (25,79 %), замкнутість, байдужість (6,92 %), нездатність розслабитись (3,14 %), при $p \leq 0,05$. В структурі виявленої клінічної симптоматики значну питому вагу у основній групі обстежених становили: тривога (45,28 %), нав'язливі думки чи дії (44,03 %), побоювання (42,14 %), порушення сну (40,88 %), пригнічений настрій (35,22 %), при $p \leq 0,05$.

З метою проведення комплексу індивідуально-орієнтованих заходів медико-психологічного супроводу б1 студент був рекомендований до динамічного спостереження.

Терапевтичні, корекційні і реабілітаційні заходи, застосовані до групи підвищеного ризику, включали встановлення продуктивного контакту із студентами, формування комплаєнсу, зниження емоційної напруги у процесі взаємодії з лікарем-психіатром, адаптацію до терапевтичного процесу; психоедукацію; психокорекцію в обсязі інформаційно-роз'яснювальної роботи, як в індивідуальному, так і в груповому режимі; індивідуальні сесії психотерапії з використанням різних методів; психофармакотерапію; контроль, підтримку і закріплення результатів.

Після завершення лікувально-реабілітаційної програми проводили аналіз її ефективності, оцінюючи редукцію клініко-психопатологічної симптоматики, аналізуючи стан психосоціальної дезадаптації, тяжкість її перебігу. Динаміку показників психосоціальної дезадаптації оцінювали за допомогою повторного анкетування, обстеження та психометрії. Отримані результати дослідження свідчать про високу ефективність втручання, найкраща динаміка спостерігалась через 6 місяців від початку терапії ($p < 0,001$). Підсумкову оцінку проводили через три роки, за результатами якої всіх студентів виведено з-під динамічного спостереження.

Висновки. Отже, аналізуючи вищевикладене, проведене дослідження комплексної програми діагностичних, терапевтичних та реабілітаційних заходів, спрямованих на превенцію несприятливих наслідків дезадаптивних розладів медичного та соціального характеру у студентів закладів вищої освіти, що перенесли психоемоційний стрес, надало переконливі докази ефективності, ці заходи цілком можуть бути використані в клінічній практиці.