



УДК 613.956-616.89:001.5

В. В. Беспалько

## МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДЕЗАДАПТАЦІЇ СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ

Кам'янець-Подільський державний університет

Державна політика у сфері охорони здоров'я спрямовується на підвищення рівня здоров'я, поліпшення якості життя і збереження генофонду української нації.

І серед найпріоритетніших проблем сучасної профілактичної медицини, що потребують нагального та всебічного розв'язання, провідне місце посідають проблеми, пов'язані зі збереженням та покращанням здоров'я підростаючого покоління, підвищенням рівня його соціальної та професійної дієздатності [1; 3; 6].

Тому створення належних умов для формування повноцінної та здорової особистості потребує вдосконалення, а в деяких аспектах і перегляду медико-профілактичної діяльності не тільки в системі охорони здоров'я, а й у системі освіти, пошуків концептуально нових, адекватних вимогам сьогодення шляхів, високо-ефективного медичного супроводження навчального процесу.

В умовах значного, переважно необґрунтованого підвищення рівня інтенсифікації процесів навчальної діяльності, розбалансованості рівня розумового і фізичного навантаження, недостатньої, а часом і відсутньої, професійної придатності до певних фахів, на фоні наявності у більшості представників учнівської та студентської молоді низки психічних і соматичних порушень, які можуть по-

тенціюватися негативним впливом неадекватного навчального навантаження, підростаюче покоління зазнає великого ризику щодо формування здоров'я, що є підґрунтям невисокого рівня успішності в їх подальшій професійній діяльності [2; 4; 7; 8].

Таке положення зумовлює необхідність пошуку нових, більш ефективних гігієнічних методів та методологічних підходів, базисом яких повинен стати комплексний системоутворюючий принцип формування провідних професійно-значущих функцій та підвищення рівня адаптаційних можливостей ще неповністю сформованого організму, що може стати запорукою високого рівня професійної успішності учнівської та студентської молоді [1; 2].

Одним із найбільш репрезентативних індикативних показників, що вказує на незадовільний стан психічного і фізичного здоров'я в учнівському та студентському середовищі, є наявність у більшості представників цієї когорти популяційного середовища нестійких та стійких форм порушень загальної адаптації або її окремих типів, що в більшості випадків є наслідком розумового та фізичного перевантаження на фоні некоректного, а часом і відсутнього професійного відбору, недосконалої системи вивчення й оцінки індивідуальних особливостей і наявності у більшості учнів і студентів у пре-

морбідному стані психічних і соматичних порушень [4].

Незважаючи на те, що існуюча в Україні система професійної орієнтації, яка формувалася впродовж багатьох років і ґрунтується на фундаментальних дослідженнях із різних галузей науки (медицина, психологія, педагогіка, математика, соціологія, демографія тощо), декларує головні стратегічні напрямки її здійснення в загальній структурі медичних, психологічних, педагогічних досліджень та визначає основні шляхи реалізації цих напрямків (професійна інформація, визначення та подальший розвиток нахилів, інтересів, здібностей, а при їх певній недостатності можливі шляхи корекційного впливу у різних випадках професійної діяльності, професійна консультація тощо), з появою нових форм навчання більшість навчальних закладів відводять їй другорядне місце. Проте й сама система професійної орієнтації з огляду на сучасні тенденції в освіті потребує певного перегляду й удосконалення, особливо це є актуальним при професійному відборі щодо оволодіння новими «модними» професіями (фізична реабілітація, менеджмент, інформатика, медична психологія тощо), які потребують значного інтелектуального потенціалу, а з урахуванням більшості контрактних форм навчання при оволодінні цими спеціальностями цей потенціал



практично не враховується, що є причиною не тільки професійної неуспішності, а в деяких випадках і виникнення проявів девіантності переважно у вигляді адитивної реалізації [5].

Більшість досліджень, присвячених цій проблемі, наголошує, що в умовах інтенсифікації науково-технічного прогресу навчання у вищому навчальному закладі потребує значної мобілізації та напруження всіх систем життєдіяльності організму [2–4; 7; 8].

Інтенсивна розумова діяльність студентів, яка пов'язана із залученням усіх механізмів адаптації, високий, а іноді критичний рівень емоційного напруження значною мірою позначається на рівні працездатності та потребує надзвичайних зусиль з боку таких найважливіших складових вищої нервової діяльності, як пам'ять, увага, процеси мислення. Під час проведення семестрових форм контролю (іспит) у студентів часто спостерігається стан екзаменаційного стресу, що призводить до перевантаження всіх систем життєдіяльності, особливо центральної нервової, ендокринної, серцево-судинної тощо, що в свою чергу може підсилювати або викликати нові форми розладів психічного і соматичного здоров'я.

Високий рівень здоров'я студентської молоді є необхідною складовою успішності у навчанні та подальшій професійній діяльності. Проте рівень психічного і фізичного здоров'я сучасного студентства є вкрай незадовільним, що перш за все є наслідком недосконалості системи медичного супроводження навчального процесу як в самому вищому навчальному закладі, так і в закладах системи загальної середньої освіти [1; 4].

Слід зазначити, що в умовах реформи шкільної освіти та широкого використання в навчальній діяльності різноманітних інноваційних технологій дитячий та підлітковий організм

часто виявляється неадаптованим до психологічних і фізіологічних можливостей, тому суттєво збільшується інформаційне навантаження на не сформований організм, що негативно впливає на перебіг психічних, фізіологічних, біохімічних реакцій та вносить зміни до «екології дитинства» [5; 7; 8].

А на фоні недосконалості, а в деяких випадках і відсутності системи медичного супроводження навчального процесу це є підґрунтям того, що вже з першого дня перебування у вищому навчальному закладі студент знаходиться у стані дезадаптації, яка є продовженням шкільної дезадаптації та підсилена екзаменаційним стресом під час шкільних випускних та вступних іспитів, супроводжується різкими змінами соціального статусу (переїзд в інше місто, початок проживання в гуртожитку, нове соціальне оточення, зміна стереотипу життя).

Ще однією проблемою, яка досить часто не враховується, є те, що досить значна частина школярів та студентів не завжди коректно й адекватно уявляють собі сутність своєї майбутньої професії (особливо актуально це питання постало з появою нових навчальних спеціальностей).

Це у свою чергу може викликати в процесі навчання певне розчарування, яке може супроводжуватися виникненням депресивних станів [4].

Водночас, розглядаючи особливості провідних методик прогнозування професійної придатності, що використовуються у сучасній практиці гігієнічних досліджень, можна говорити про те, що прогноз являє собою науково обґрунтовану математичну оцінку ймовірного ризику виникнення дезадаптивних станів у суб'єкта в найближчому та віддаленому майбутньому. Проте досить часто при використанні сучасних дослідницьких методик прогнозування професійної придат-

ності не враховується ретроспективний аспект, зокрема, наявність шкільної дезадаптації, що призводить до певної некоректності в інтерпретації отриманих результатів. А з появою нових навчальних спеціальностей проблема прогнозування професійної придатності поглиблюється і недостатнім вивченням особливостей майбутньої професії.

Таким чином, умови існування та навчання більшості студентської молоді диктують нагальну потребу всебічного комплексного вивчення гігієнічних аспектів діагностики та своєчасної корекції дезадаптації, що виникає чи потенціюється під час навчального процесу, розробки нових методів її прогнозування з урахуванням соціальних, медичних, індивідуально-психологічних, біологічних та педагогічних факторів та адаптаційних можливостей організму.

Вищевказане дозволяє вважати науково-практичне обґрунтування, розробку та впровадження в закладах освіти високоефективної та перманентної системи професійної орієнтації, професійного відбору і сучасних методів та технологій медичного супроводження навчального процесу на всіх етапах навчання пріоритетним завданням сучасної профілактичної медицини, що і стало передумовою нашого наукового дослідження, яке виконано відповідно до Національної програми «Освіта» («Україна XXI століття»), Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації на 2002–2011 рр.», Національної доктрини розвитку освіти та інших нормативно-правових актів [6].

Основною метою роботи було вивчення найбільш індикативних чинників, що впливають на виникнення та особливості перебігу дезадаптаційних реакцій у студентської молоді, яка навчається у вищих навчальних закладах III–IV рівня акредитації за спеціальністю «Фізична



реабілітація», залежно від форми навчання (державне замовлення, контрактна форма), та наукове обґрунтування необхідності вдосконалення професійної орієнтації, професійного відбору та медичного супроводження навчального процесу на всіх етапах здобуття освіти з урахуванням соціальних, індивідуально-психологічних, біологічних, медичних факторів та гендерних особливостей кожного індивідуума.

### Матеріали та методи дослідження

Відповідно до поставленої мети обстежено 114 студентів, що навчаються за спеціальністю «Фізична реабілітація» I–III курсу навчання віком 17–19 років, за гендерною ознакою 70 юнаків, 44 дівчини.

За рахунок державного бюджету навчаються 68 респондентів, за контрактною формою — 46. Контрольну групу становили 110 респондентів відповідного віку та статі, які після закінчення школи подальше навчання припинили.

При дослідженні використовувалися соціально-гігієнічні методи дослідження: анкетування закритими та відкритими анкетами, методи фокусних та номінальних груп, структурованих та напівструктурованих інтерв'ю. Для визначення психоемоційного стану, фізичного самопочуття та рівня тривожності респондентів використовувалися методи психодіагностичних досліджень [9]. Для оцінки самопочуття, активності та емоційного стану — тест «САН» («Методика діагностики оперативної оцінки самопочуття, активності, настрою»), який складався із 30 біполярних шкал — ознак стану організму на даний момент часу.

Здатність особистості до самостійної поведінки та прийняття рішень вивчалася за допомогою тесту «Рівень суб'єктивного контролю» Дж. Роттера.

Рівень емоційної мобільності та реактивності вивчався нами

за допомогою тематичного анерцептивного тесту (ТАТ).

Рівень ситуаційної та особистісної тривожності вивчався за допомогою «Шкали самооцінки» Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна та «Особистісної шкали проявів тривоги» (J. Teylor, 1953) в адаптації Т. А. Немчина (1966). Наявність акцентуації характеру вивчалася за допомогою «Психохарактерологічного діагностичного опитувальника» О. Є. Лічка та тестів Шмишека і Леонгарда.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалася за допомогою пакета прикладних програм "Statistica for Windows" та "SPSS".

### Результати дослідження та їх обговорення

Спеціальність «Фізична реабілітація» належить до відносно нових професій, тому особливого значення набуває система визначення професійної придатності молоді до роботи в даній галузі. Проте методолого-теоретичний статус фізичної реабілітації як професійної дисципліни, за винятком деяких досліджень кінезіологічного аспекту та вивчення деяких часткових методико-практичних підходів, остаточно ще не склався.

І хоча відомо, що основним завданням фізичної реабілітації є сприяння здоров'ю населення з особливими потребами, слід зазначити, що і самі студенти, які засвоюють фах фізичного реабілітолога, часто потребують психологічної та медичної допомоги, оскільки в умовах відсутності системи професійної орієнтації, консультації та професійного відбору більшість представників студентської молоді не відповідають вимогам та завданням майбутньої професійної дійсності в означеній галузі. Про це свідчать результати наших досліджень.

Так, встановлено, що (65,8±1,5) % студентів при вступі до навчального закладу мали со-

матичну патологію, найчастіше зустрічалися патологічні зміни в діяльності шлунково-кишкового тракту (хронічні гастрити, холецистити, панкреатити), патологія ендокринної системи — переважно щитоподібної залози, а у респондентів жіночої статі патологія репродуктивної системи, в основному за рахунок порушень менструального циклу (гіпоменструальний синдром, аменорея, альгоменорея) та запальних захворювань сечостатевої системи (кольпіти, аднексити).

Наявність соматичної патології в умовах інтенсивного навчального навантаження є одним із факторів порушень механізмів адаптації та виникнення дезадаптаційних реакцій з порушеннями рівня психічного здоров'я.

Слід зазначити, що порушення соціально-психологічної адаптації спостерігається з перших днів навчання у вищому навчальному закладі і за своєю природою має багатовекторну основу.

Так, респонденти основної групи мали показники реактивної тривожності в 1,8 рази вищі порівняно з респондентами контрольної групи — відповідно (28,3±1,9) та (15,7±1,0) балу. Рівень особистісної тривоги у студентів основної групи був вищим у 1,5 рази порівняно з групою контролю.

Рівень нейротизму серед респондентів основної групи мав такі показники: у юнаків (16,0±1,5) балу, у дівчат — (18,0 ±1,0), що достовірно вище вікової норми ( $P < 0,01$ ). Рівень витривалості за шкалою Teylor серед респондентів основної групи в середньому становив 23–24 бали у юнаків та 24–25 балів у дівчат основної групи. При цьому збільшення його спостерігалось під час семестрових екзаменів відповідно в юнаків у середньому на 1 бал, у дівчат — на 2–3 бали. Для порівняння, у студентів аналогічного віку та статі, що навчаються за спеціальністю





«Фізична культура», ці показники були достовірно нижчими ( $P < 0,01$ ) і дорівнювали у юнаків 17–18, а у дівчат 19–20 балів під час навчального семестру, збільшуючись на 1 бал під час сесійного періоду. При цьому у студентів, що навчаються за контрактною формою, вони залишилися практично незмінними як під час міжсесійного навчання, так і під час семестрових екзаменів.

При дослідженні за допомогою опитувальника САН у основній групі спостерігалися низькі показники за значенням «самопочуття», що свідчить про знижену суб'єктивну оцінку загального стану і значну втому. Фактор «активність» у студентів основної групи був достовірно нижчим ( $P < 0,001$ ) порівняно з групою контролю, що свідчить про істотне зниження швидкості й темпу фізичних функцій.

При аналізі залежності особистісної тривожності від етапів навчальної діяльності, форми навчання та гендерних особливостей встановлено, що найбільш суттєві негативні тенденції щодо цього показника спостерігалися під час екзаменаційного періоду. При цьому у студентів, що навчаються за рахунок державних коштів, показники рівня особистісної тривожності були достовірно ( $P < 0,001$ ) вищими порівняно з студентами-контрактниками. Тобто можна зазначити актуалізацію соціальних аспектів сучасної вищої освіти. Загроза бути виключеними за неуспішність з навчального закладу значно вища серед студентів, що навчаються за рахунок державних коштів, і досить низька, а в деяких навчальних закладах практично відсутня серед студентів-контрактників.

При дослідженні впливу гендерних особливостей на процес виникнення та перебігу соціально-психологічної дезадаптації можна констатувати, що серед осіб жіночої статі цей ризик вище у 2,4 рази порівняно з юнаками ( $P < 0,05$ ).

Особливо це стосується дівчат з патологією репродуктивної системи. Порушення адаптаційних механізмів пов'язано у них переважно із соціально-психологічними моментами (страхом розголошення), що є причиною низького рівня звернень за медичною допомогою та зростання в періоді часу патологічних проявів як соматичного, так і психологічного характеру, що значно підсилюється в умовах інтенсивного навчального навантаження.

Ще одним важливим фактором, що служить причиною дезадаптаційних проявів, є низький рівень інформованості абітурієнтів та студентів про сутність професії фізичного реабілітолога. Так, за даними наших соціально-гігієнічних досліджень, тільки 10 % респондентів адекватно уявляють своє професійне майбутнє. При цьому 55,5 % студентів I–III курсів вважають, що основною сутністю професійної діяльності в галузі фізичної реабілітації є лікування хворих, що в подальшому при з'ясуванні дійсних професійних обов'язків призводить до розчарування, а в деяких випадках (за нашими дослідженнями, у  $15 \pm 1,5$  % студентів) — до проявів дезадаптації з вираженими ознаками депресії і, як наслідок, адитивної реалізації (алкоголізація, наркотизація тощо). Особливо це притаманно особам із певними типами акцентуацій характеру (нестійкий, епілептоїдний). Все це свідчить про недосконалість системи професійної орієнтації як у галузі фізичної реабілітації, так і в деяких інших, оскільки повне незнання сутності своєї професійної діяльності нами виявлялося при дослідженні контингенту студентської молоді, що навчається за спеціальністю «Практична психологія», де більшість респондентів ( $58,0 \pm 1,8$  %) також вважали, що основна їх майбутня професійна діяльність буде пов'язана з лікуванням хворих.

## Висновки

1. В умовах навчання у вищому навчальному закладі у студентської молоді, що за своєю спеціальністю «Фізична реабілітація», на фоні недосконалої системи професійної орієнтації та професійного відбору спостерігаються негативні тенденції щодо процесів адаптації: високі показники особистісної та ситуаційної тривожності, високий рівень нейротизму, поступове зростання ступеня інтернальних проявів з боку показників суб'єктивного контролю, виражене поширення явищ дезадаптаційного змісту з боку властивостей характеру та показників нервово-психічного стану.

2. Індикативність проявів дезадаптаційних реакцій залежить від форми навчання (контрактна, державна) та гендерних особливостей, рівня психічного і соматичного здоров'я в преморбідному стані та інформованості щодо сутності майбутньої професії.

В подальших наукових дослідженнях вважаємо доцільним удосконалення системи професійної орієнтації та професійного відбору, що носитиме перманентний і комплексний характер з використанням ефективної адаптивної діагностики, прогнозування професійної придатності студентів, що засвоюють спеціальність «Фізична реабілітація», з урахуванням аналізу особливостей формування психофізичних функцій, імовірного прогнозування змін та порушень у стані психічного і соматичного здоров'я, що можуть мати місце в процесі навчальної діяльності. В цьому контексті необхідне також удосконалення системи медичного супроводження навчального процесу як невід'ємної складової збереження та покращання здоров'я молоді.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Бекас О. О. Рівень фізичного стану молоді 12–24 років і його за-



лежність від фізичної активності // Фізіологічний журнал. — 2002. — Т. 48, № 2. — С. 170.

2. Березин Ф. Б. Психическая и психофизическая адаптация человека. — Л.: Наука, 1988. — 270 с.

3. Даценко І. І., Габович Р. Д. Профілактична медицина: загальна гігієна з основами екології. — К.: Здоров'я, 1999. — 632 с.

4. Зорина І. Г. Состояние здоровья учащихся на современном этапе

при разных формах обучения // Современный подросток. — М., 2001. — С. 140-141.

5. Лебедев М. А., Полатов С. Ю., Фадеев А. С. Девиации поведения как прогностический фактор развития психических расстройств у подростков. — М., 2001. — С. 217-220.

6. Національна доктрина розвитку освіти. Затверджено Указом Президента України від 17 квітня 2002 року № 347/2002. — 20 с.

7. Новикова И. А., Сидоров П. И. Соловьев А. Т. Познавательные психические процессы и личностные характеристики социально-дезадаптированных студентов // Гигиена и санитария. — 2002. — № 4. — С. 24-27.

8. Штомпка П. Социология социальных изменений: Пер. с англ. / Под ред. В. А. Ярова. — М.: Аспект-Пресс, 1996. — 416 с.

9. Энциклопедия психологических тестов. — М.: ТЕРРА — Книжный клуб, 1999. — 400 с.

УДК 616.13.002-07:612.15

П. А. Мартинець

## ДІАГНОСТИКА РІВНЯ І СТУПЕНІВ ПОРУШЕННЯ МІКРОГЕМОЦИРКУЛЯЦІЙНОГО ГОМЕОСТАЗУ В НИЖНІХ КІНЦІВКАХ ПРИ ОБЛІТЕРУЮЧОМУ ЕНДАРТЕРІЇТІ

Український науково-дослідний інститут промислової медицини

Проблемі порушення мікроциркуляції надається виключно важливе значення усіма спеціалістами наукової та практичної медицини [1; 2; 9]. Відомо, що в системі кровообігу особлива роль належить мікрогемосудинному відділу як спеціалізованому ефектору, завдання якого полягає у забезпеченні реалізації функціональних можливостей крові: власне трофічної (нутритивна), регуляторно-інтегративної та захисної [2]. В основі функції мікрогемосудинної одиниці, або відділу, лежить принцип авторегуляції.

Будь-яке локальне ушкодження стінки артерії призводить до її спазму внаслідок місцевого подразнення адренергічних волокон активними амінами та загальних нейрогуморальних дій (екстремий викид пресорних речовин гіпоталамусом і наднирковою залозою). Крім того, спазм артеріол, метартеріол підвищує осмотичний тиск і порушує обмін речовин у системі капіляри — клітини. В цьому і полягають труднощі у проведенні регулювання капілярного кровотоку,

особливо у діагностиці його порушення, що ще далека від досконалості [3; 4].

Мета роботи — вивчити рівень та ступінь порушення мікрогемосудинного гомеостазу нижніх кінцівок у хворих на облітеруючий ендартеріїт.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 79 хворих на облітеруючий ендартеріїт (шхатарів забійної групи — 70 чоловік і допоміжної служби — 9). У всіх хворих вивчали ступінь порушення мікрогемосудинної (ПМЦ) у нижніх кінцівках і залежність його від кількості перепон (стенозів, облітерацій) на шляху кровотоку (у магістральних артеріях) та показників регіонального артеріального тиску (РАТ), обумовлених цими перепонами.

Ступінь та рівень ПМЦ визначали методом венної оклюзійної плетизмометрії з урахуванням ступеня регіонарної артеріальної гіпертензії [5] та пульсаційного кровонаповнення гомілок методом реовазографії (декларацийний патент

на винахід, Україна (19) ИА № 34836 А від 15.03.2001 р. Бюл. № 2) і місцевого дермографізму за пробою Козаческо [6]. Додатково визначали швидкість кровотоку в тильній та задній тибіальній артеріях.

Визначення ступеня та рівня порушення мікрогемосудинної проводили після штрихового подразнення шкіри вздовж нижньої кінцівки за допомогою пружного дермографа (сила натискання 3 кг). Через 5–15 натискань (можна ручкою перкусійного молоточка) на місці подразнення з'являлася червона шкірна реакція. Здорова кінцівка реагує спочатку блідою, а потім червоною рівномірною смугою [7]. На ураженій кінцівці червона смуга обривається на тому рівні, на якому проявляється виражена недостатність кровопостачання: у цьому місці бліда смуга тримається набагато довше, ніж на шкірі кінцівки з частиною її нормального кровопостачання.

Перепони визначали при вивченні регіонарного артеріального тиску в магістральних артеріях підколінних ямок, біля

