

## ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ СТУДЕНТІВ З УРАХУВАННЯМ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ УМОВ ПІДГОТОВКИ

*Вступ.* Сучасний розвиток освітніх технологій, подальше удосконалення навчального процесу відбувається на тлі реформування системи освіти та медичної освіти, зокрема у світлі запровадження елементів Болонського процесу, що вимагає вивчення впливу новітніх форм та методів навчання на якість освіти та здоров'я підростаючого покоління. Останні роки переважна більшість країн Європейського регіону розпочала використовувати принципи стратегії досягнення «Здоров'я для всіх» як основу політики в галузі суспільного здоров'я [14]. Результати першої оцінки загальних змін, що відбуваються у Регіоні у напрямку цілей сформульованих цією стратегією, показали, що важливою проблемою залишаються вегетативні соматоформні розлади (ВСФР), що слід розглядати з позицій загальної психології як маркер психологічних проблем особистості в залежності від виховання, умов навчання та педагогічних методик [8]. ВСФР – це особливості функціонально – психологічного стану, розвиток та формування яких може бути пов'язане з умовами навчальної діяльності. У системі ідентифікації ВСФР застосовують нейрофізіологічні методи [6, 7] та психологічні показники, а найбільш доступними та традиційно застосовуваними методами залишається метод психологічного дослідження, який дозволяє врахувати значну кількість порушень та шляхом логічного виключення диференціювати ВСФР [5, 11, 12]. Інструментом ефективного протистояння поширеності ВСФР є обґрунтування та впровадження системи психолого-педагогічного моніторингу, насамперед в організованих колективах з розробкою комплексних (інтегрованих) методів боротьби з ними [10] та методів оцінки результатів проведених заходів психокорекції [2, 3]. Насамперед, реалізація психопрофілактичного підходу пов'язана із розробкою критеріїв віднесення до груп динамічного спостереження, які слугують основою для індивідуалізації психологічної корекції. Потребує детального вивчення та аналізу поширеність ВСФР серед підлітків та осіб молодого віку з ранжуванням по силі

впливу з метою визначення пріоритетів у проведенні психокорекції. Вимагає подальшого вивчення та раціоналізації система надання психолого-педагогічної допомоги у аспекті орієнтації на підвищення якості освіти.

*Мета дослідження* полягала у вивченні потреби та напрямків психологічної корекції функціональних розладів (на прикладі ВСФР) серед студентів вищого навчального закладу I-II рівня акредитації.

*Матеріали та методи дослідження.* Вивчення потреби у видах та напрямках ПК виконано за результатами скринінгового обстеження студентів Харківського базового медичного училища № 1 у віці (15÷20) р., які навчались на очній формі в період 2004–2010 р. Обстеження виконано за стандартною програмою з накопиченням даних щодо проявів ВСФР, включаючи осіб з соматичною патологією. На першому етапі діагностики ВСФР основою скринінгової методики діагностики ознак вегетативних порушень був опитувальник, запропонований А. Вейном [1] та реалізована у нашому дослідженні у вигляді комп'ютерної версії. Вказаний опитувальник складався із 11 запитань, кількісну оцінку відповідей на які виконано за методикою А. Вейна. На другому етапі діагностики ВСФР застосовано методи психологічного обстеження осіб, які за результатами скринінгу (I етап) набрали понад 15 балів (згідно методики А. Вейна). Зокрема, тест диференціальної самооцінки функціонального стану, шкалу особистісної і реактивної тривожності С. D. Spielberger, оцінку рівня нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н. I. Eysenck [7], що дозволило забезпечити сучасний класифікаційний підхід до ідентифікації психологічного стану [8].

При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані статистичні методи: варіаційна статистика [4, 9], імовірнісний розподіл з оцінкою достовірності одержаних результатів [13].

*Результати та їх обговорення.* Виявлено, що потреба у психокорекції визначається загальною розповсюдженістю ВСФР, яка в середньому становить  $(433,0 \pm 6,0) \%$ , коливаючись залежно від віку та статі у межах від  $(226,0 \pm 43,0) \%$  до  $(556,0 \pm 74,0) \%$ , що підтверджує вплив віку та статі ( $t=3,86$ ;  $p<0,05$ ) на розповсюдженість ВСФР. Слід зазначити, що ВСФР серед студентів чоловічої статі достовірно ( $t=3,01$ ;  $p<0,001$ ) менш розповсюджені, ніж у студенток (відповідно,  $(369,0 \pm 19,0) \%$  та  $(460,0 \pm 7,0) \%$ ). Вод-

ночас, аналіз отриманих даних свідчить на користь більшої розповсюдженості, як ізольованих (відповідно  $(228,0 \pm 6,0) \%$  та  $(178,0 \pm 15,0) \%$ ;  $t=3,1$ ;  $p<0,001$ ), так і поєднаних з хронічними соматичними захворюваннями (ХСЗ) проявів ВСФР (відповідно  $(232,0 \pm 6,0) \%$  та  $(192,0 \pm 16,0) \%$ ;  $t=2,3$ ;  $p<0,05$ ) серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої. У цілому, поєднання ВСФР з різними клінічними варіантами ХСЗ (питома вага сВСФР) виявлено у  $(51,9 \pm 3,2) \%$  осіб чоловічої статі та  $(50,4 \pm 1,0) \%$  – жіночої ( $p>0,05$ ).

Нами виконано стратифікацію обстежених студентів та аналіз розповсюдженості ВСФР в стратифікованих віко-статевих групах. Так, серед 625 студентів віком до 15 років розповсюдженість ВСФР становила  $(300,0 \pm 18,0) \%$  та достовірно ( $t=1,98$ ;  $p<0,05$ ) відрізнялась залежно від їх статі: була більшою у осіб жіночої статі –  $(318,0 \pm 20,0) \%$ , ніж чоловічої –  $(226,0 \pm 42,0) \%$ . Окрім того, виявлено, що у цій віковій групі частота іВСФР була достовірно ( $t=2,0$ ;  $p<0,05$ ) вищою серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої (відповідно  $(197,0 \pm 17,0) \%$  та  $(129,0 \pm 29,0) \%$ ), а частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з ХСЗ була однаковою (відповідно  $(121,0 \pm 14,0) \%$  та  $(97,0 \pm 31,0) \%$ ). У цілому, поєднання ВСФР з різними ХСЗ виявлено у  $(57,1 \pm 10,8) \%$  осіб чоловічої статі та  $(61,9 \pm 3,7) \%$  – жіночої ( $p>0,05$ ).

Серед 913 студентів віком до 16 років розповсюдженість ВСФР становила  $(391,0 \pm 13,0) \%$  та достовірно ( $t=3,0$ ;  $p<0,001$ ) відрізнялась залежно від статі: була більшою у осіб жіночої статі –  $(342,0 \pm 17,0) \%$ , ніж чоловічої –  $(230,0 \pm 33,0) \%$ . Окрім того, виявлено, що у цій віковій групі частота іВСФР була достовірно ( $t=4,9$ ;  $p<0,0001$ ) вищою серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої (відповідно  $(205,0 \pm 15,0) \%$  та  $(149,0 \pm 28,0) \%$ ), а частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з ХСЗ була також достовірно ( $t=2,2$ ;  $p<0,05$ ) вищою серед осіб жіночої статі (відповідно  $(137,0 \pm 13,0) \%$  та  $(81,0 \pm 21,0) \%$ ). У цілому, поєднання ВСФР з різними ХСЗ виявлено у  $(35,1 \pm 7,8) \%$  осіб чоловічої статі та  $(12,0 \pm 1,1) \%$  – жіночої ( $t=2,9$ ;  $p<0,001$ ).

Серед 1410 студентів віком 17 років розповсюдженість ВСФР становила  $(441,0 \pm 14,0) \%$  та достовірно не відрізнялась ( $t<1,96$ ;  $p>0,05$ ) залежно від статі: у осіб жіночої статі –  $(447,0 \pm 12,0) \%$ , чоловічої –  $(401,0 \pm 37,0) \%$ . У цій віковій групі, як і в попередніх, частота іВСФР була достовірно ( $t=2,9$ ;  $p<0,001$ ) вищою серед осіб жіночої статі, ніж чоловічої (відповідно  $(267,0 \pm 12,0) \%$  та  $(175,0 \pm 29,0) \%$ ), а частота поєднаних варіантів ВСФР з

ХСЗ була однаковою (відповідно  $(230,0 \pm 12,0) \%$  та  $(226,0 \pm 31,0) \%$ ). Уцілому, поєднання ВСФР з різними ХСЗ виявлено у  $(56,3 \pm 5,9) \%$  осіб чоловічої статі та  $(51,5 \pm 2,1) \%$  – жіночої ( $t < 1,96$ ;  $p > 0,05$ ).

Серед 1267 студентів віком 18 років розповсюдженість ВСФР становила  $(496,0 \pm 14,0) \%$  та достовірно не відрізнялась ( $t < 1,96$ ;  $p > 0,05$ ) залежно від статі: у осіб жіночої статі –  $(496,0 \pm 15,0) \%$ , ніж чоловічої –  $(500,0 \pm 38,0) \%$ . Нею виявлено, також і достовірних відмінностей у розповсюдженості і ВСФР ( $t < 1,96$ ;  $p > 0,05$ ) залежно від статі (у жінок –  $(259,0 \pm 13,0) \%$ ; серед осіб чоловічої статі –  $(216,0 \pm 32,0) \%$ ), тоді як частота поєднаних клінічних варіантів ВСФР з ХСЗ була однаковою у осіб чоловічої та осіб жіночої статі (відповідно  $(281,0 \pm 3,5) \%$  та  $(261,0 \pm 13,0) \%$ ). Уцілому, поєднання ВСФР з різними ХСЗ виявлено у  $(56,6 \pm 5,4) \%$  осіб чоловічої статі та  $(52,6 \pm 2,1) \%$  – жіночої ( $p > 0,05$ ).

Основні закономірності розповсюдженості ВСФР серед осіб чоловічої статі у визначених вікових групах характеризуються зростанням, найбільш виразним у віковому інтервалі 16–18 років. Окрім того, якщо у віці до 17 років в структурі розладів переважають і ВСФР, то в старших вікових групах осіб чоловічої статі – поєднані клінічні варіанти ВСФР з ХСЗ. На відміну від осіб чоловічої статі, у жінок, на тлі достовірно більшої розповсюдженості ВСФР практично у всіх досліджуваних вікових групах, має місце формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з ХСЗ (ефект «віддаленої соматизації»). Кількісні моделі розповсюдженості ВСФР дозволяють, маючи відповідну демографічну характеристику стратифікованих груп, визначати ймовірну розповсюдженість розладів, що є значимим для планування змістовної структури медико-психологічного моніторингу.

Індексний аналіз ізольованих та поєднаних ВСФР виконано з використанням запропонованих узагальнюючих показників, зокрема статевого індексу соматизації ( $S_{CI}$ ; співвідношення поєднаних та ізольованих клінічних варіантів СВФР у статевих групах відповідного віку) і вікового індексу соматизації ( $S_{VI}$ ; співвідношення поєднаних та ізольованих клінічних варіантів СВФР у вікових групах відповідної статі). Вказані індекси відображають процес зростання ризику формування поєднаних клінічних варіантів ВСФР з хронічними соматичними захворюваннями та можуть бути використані в системі психологічного моніторингу в комплексі з іншими факторами.

Саме тому, використовуючи когортний метод проспективного спостереження, нами виконано вивчення розповсюдженості ВСФР з поглибленим клініко – психологічним обстеженням для верифікації психологічного стану. З цією метою сформовано чотири когорти студентів, які впродовж трьох років навчання були задіяні у психологічному моніторингу. Це дозволило, з одного боку отримати відтворювані дані щодо частоти ВСФР, з іншого – забезпечити етапність моніторингу впродовж навчання з урахуванням психологічних, педагогічних та організаційних умов запровадження сучасних стандартів освітньої підготовки.

*Висновки.* 1. Виконання дослідження у стратифікованих віко – статевих групах студентів дозволило виявити базові закономірності щодо поширеності ВСФР, взаємозв'язків між поширеністю та віком і статтю, а також отримати дані щодо структури розладів у різних вікових та статевих групах з визначенням узагальнених індексів. 2. Загальна розповсюдженість ВСФР в середньому становить  $(433,0 \pm 6,0) \%$ , коливаючись залежно від віку та статі у межах від  $(226,0 \pm 43,0) \%$  до  $(556,0 \pm 74,0) \%$ , що демонструє потребу у виконанні психологічного моніторингу з урахуванням умов навчальної діяльності. 3. Доведено, що розповсюдженість ВСФР та фактична структура їх варіантів визначається віком та статтю, тоді як вплив інших факторів потребує проведення проспективного аналізу поширеності ВСФР у взаємозв'язку з аналізом факторів та умов навчальної діяльності студента, насамперед у віковому інтервалі 15–17 років (I курс коледжу). 4. Серед осіб чоловічої статі у досліджуваних вікових групах має місце зростання поширеності ВСФР, найбільш виразне у віковому інтервалі 16–18 років: у віці до 17 років в структурі розладів переважають іВСФР, то в старших вікових групах осіб чоловічої статі – поєднані клінічні варіанти ВСФР. На відміну від осіб чоловічої статі, у жінок, на тлі достовірно більшої розповсюдженості ВСФР має місце формування поєднаних варіантів ВСФР. Цю закономірність слід враховувати при проведенні індивідуальної психокорекції.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з вивченням впливу факторів та педагогічних і організаційних умов навчального процесу шляхом проведення психолого-педагогічного моніторингу студентів.

**Список літератури:** 1. Вегетативные расстройства: клиника, диагностика, лечение / под ред. А. М. Вейна. – Москва: МИА, 2000. – С. 54–55.

2. Личко А. Е. Личностный опросник Бехтеревского института / А. Е. Личко // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – С. 102–115. 3. Лучканова Н. Г. Пути психологической коррекции аномалий развития личности // Здоровье, развитие, личность / Под ред. Г. Н. Сердюковской, Д. Н. Крылова. – Москва, 1990. – 231 с. 4. Лищук В. А. Информатизация в клинической медицине / Клиническая информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7–13. 5. Максимова Н. Ю. Диагностика и коррекция поведения трудных подростков // Вопросы психологии, 1988. – № 3. – С. 43–47. 6. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации / ред. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б. – Ленинград, 1987. – 27 с. 7. Михайлов Б. В., Табачников С. И., Витенко И. С., Чугунов В. В. Психотерапия: Учебник для высших учебных заведений III–IV уровней аккредитации. – Харьков: Око, 2002. – 768 с. 8. Общая психокоррекция / под ред. А. А. Осиповой. – Москва: Творческий центр, 2000. – 510 с. 9. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я / Заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. / Підручник. – Тернопіль, 2002. – С. 50–75. 10. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. – М.: Медицина, 1987. – 304 с. 11. Country profiles on mental health in Europa / WHO. Regional Office for Europa. – Copenhagen: WHO. Regional Office for Europa. 2006. – 118 p. 12. Health for all in the twenty-first century / WHO.-Geneva: WHO, 1998. – 231 p. 13. Poque J. Y. Overcaming the limitation of currents meta-analysis of randomized controlled trials // Lancet. – 1998. – Vol.351, N7240. – P. 971–975. 14. Technical definition and commentary for use at the International Conference on Populations and Development / WHO. Regional Office for Europa, Copenhagen: WHO. Regional Office for Europa. 1994. – 117 p.

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ МОНІТОРИНГ СТУДЕНТІВ З УРАХУВАННЯМ ОРГАНІЗАЦІЙНИХ УМОВ ПІДГОТОВКИ**

Панченко М. С.

Харківський базовий медичний коледж № 1

За результатами п'ятирічного моніторингу, на прикладі окремого класу функціональних психологічних розладів, узагальнено закономірності поширеності та їх структури. Визначені частота і характер ізольованих та