

**Михайлишин У. Б.**

*доктор психологічних наук, професор,  
завідувач кафедри психології  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Сухан В. С.**

*кандидат медичних наук, доцент,  
завідувач кафедри громадського здоров'я  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

**Анталовці О. В.**

*кандидат юридичних наук,  
доцент кафедри громадського здоров'я  
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»*

## **ПСИХОЛОГІЧНИЙ СТАН ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ ОСВІТИ В ПЕРІОД ВОЄННОГО СТАНУ**

### **THE PSYCHOLOGICAL STATE OF HIGHER EDUCATION STUDENTS DURING THE PERIOD OF MILITARY STATUS**

У статті проаналізовано психологічний стан здобувачів вищої освіти у період воєнного стану.

З'ясовано, що стрес визначається як взаємодія між особистістю та навколишнім середовищем [1]. З точки зору психології, стрес – феномен усвідомлення, що виникає між вимогою, що висувається до особистості і її можливістю впоратись з цією вимогою. Відсутність рівноваги в цьому процесі активізує реакцію-відповідь на стрес [6].

Відзначено, що тригерами розвитку стресу можуть виступати такі емоційні стани як страх, тривога, песимізм, депресія, агресивність [11]. Окрім того, стрес виникає від дії сильного подразника і виконує захисну функцію на органи і системи організму та на психіку людини.

Вказано, що тривалий карантин через COVID – 19, і як наслідок тривалий (хронічний) стрес, спричинив комунікативну депривацію, а на фоні цього і початок воєнної агресії призвів до погіршення психоемоційного стану, що зумовило психологічний дисбаланс [1].

Особливу увагу за цих умов необхідно звернути на психологічний стан студентів. У студентів навчальний стрес розвивається через значний потік інформації, зміни умов і формату навчання, стрес під час іспитів. Невдачі в особистому житті призводять до стану тривожності та емоційної напруженості.

У статті здійснено аналіз розвитку стресу студентів-медиків у різні періоди введення воєнного стану. Аналіз ознак стресу стосувався його інтелектуальної складової, поведінкового чинника, емоційного фактору та фізіологічних змін. Для аналізу складових стресу використано тест за В.Ю. Щербатих.

У результаті дослідження встановлено, що в перші три місяці війни особи зазнають сильного стресу. У цей період зафіксовано високий рівень тривожності, занепокоєння, незадоволення життям, труднощі у прийнятті рішень, неувважність. Також, турбували безсоння, кошмари, порушення короткочасної пам'яті. У більшості студентів-медиків була змінена харчова поведінка. Констатувалися симптоми порушення системи травлення, підвищена пітливість. Через 9 місяців від початку війни у студентів-медиків порівняно з контролем дослідження показало зменшення ознак інтелектуальної, поведінкової, емоційної та фізіологічної складової стресу. Якщо у перші місяці війни впливав, в основному, фактор несподіваності, руйнування сталого устрою життя, страх за своє життя, відчуття провини, не усвідомлення свого місця в даній ситуації, то через 9 місяців вплив діючого стресового чинника на організм опитаних не зменшився, а ще додалися нові стресові фактори.

Відзначено, що незважаючи на додаткові стресові чинники у даний період часу, показники ознак стресу у студентів-медиків були на порядок нижчими ніж у контролі. Період 9 місяців найбільш небезпечний у розвитку стресової ситуації. Вона може або залишитися на етапі дистресу з переходом у важчі деструктивні порушення психіки, або перейти на етап плато з активацією адаптаційної системи антистресу. Частими залишалися нав'язливість думок, важкість зосередження, погані сні, кошмари.

Зроблено висновок, що перспективу подальших досліджень ми вбачаємо у дослідженнях депресії у студентів різного фаху, а також, більш детальне вивчення антистресової системи адаптації з метою глибшого аналізу порушеної проблематики.

**Ключові слова:** стрес, інтелектуальна ознака, поведінкова ознака, емоційний симптом, фізіологічний симптом.

The article analyzes the psychological state of higher education students during martial law.

It was found that stress is defined as the interaction between the individual and the environment [1]. From the point of view of psychology, stress is a phenomenon of awareness that arises between a demand placed on an individual and his ability to cope with this demand. The lack of balance in this process activates the reaction-response to stress [6].

It is noted that such emotional states as fear, anxiety, pessimism, depression, aggressiveness can act as triggers for the development of stress [11]. In addition, stress arises from the action of a strong stimulus and performs a protective function on the organs and systems of the body and on the human psyche.

It is indicated that the long quarantine due to COVID-19, and as a result long-term (chronic) stress, caused communicative deprivation, and against this background, the beginning of military aggression led to a deterioration of the psycho-emotional state, which led to a psychological imbalance [1].

Under these conditions, special attention should be paid to the psychological state of students. Academic stress develops among students due to a significant flow of information, due to changes in the conditions and format of education, stress during exams. Failures in personal life lead to a state of anxiety and emotional tension.

The article analyzes the development of stress in medical students during different periods of the introduction of martial law. The analysis of the signs of stress related to its intellectual component, behavioral factor, emotional factor and physiological changes. To analyze the components of stress, the test according to V.Yu. Scherbatykh.

As a result of the research, it was established that in the first three months of the war, individuals experience severe stress. During this period, a high level of anxiety, worry, dissatisfaction with life, difficulties in making decisions, and inattention were recorded. Insomnia, nightmares, short-term memory disorders were also a concern. Most of the medical students had a change in eating behavior. Symptoms of a digestive system disorder, increased sweating were noted. 9 months after the start of the war, medical students compared to controls showed a decrease in signs of intellectual, behavioral, emotional and physiological components of stress. If in the first months of the war the factor of unexpectedness, destruction of a stable life structure, fear for one's life, feeling of guilt, not realizing one's place in a given situation influenced mainly, then after 9 months the influence of the active stress factor on the body of the interviewees did not decrease, and added new stress factors.

It was noted that despite additional stress factors in this period of time, the indicators of stress signs in medical students were an order of magnitude lower than in controls. The period of 9 months is the most dangerous in the development of a stressful situation. It can either remain at the distress stage with the transition to more severe destructive mental disorders, or move to the plateau stage with the activation of the adaptive anti-stress system. Intrusive thoughts, difficulty concentrating, bad dreams, and nightmares remained frequent.

It was concluded that we see the prospect of further research in studies of depression in students of various specialties, as well as a more detailed study of the anti-stress adaptation system for the purpose of a deeper analysis of the problem.

**Key words:** stress, intellectual symptom, behavioral symptom, emotional symptom, physiological symptom.

**Вступ.** З 2020 року Україна перебуває у складних умовах, які суттєво впливають як на психологічний стан людини в цілому, так і на навчальний процес зокрема. Спочатку локдаун з приводу COVID-19, потім повномасштабні бойові дії на території України, прискорили процес переходу навчальних закладів з традиційної форми навчання до навчання з використанням різних новітніх інформаційних технологій. Сам перехід на дистанційні форми навчання несе за собою певний вид стресу. Окрім того, вихід з пандемії не був психологічно легким. У багатьох людей, незалежно від тяжкості перенесеного COVID-19, відмічались постковідні ускладнення. Це і погане запам'ятовування, погіршення концентрації уваги, важкість у формулюванні думки, апатія, тривожність. Всі ці стани подібні до змін в головному мозку під дією хронічного стресу. Так у стані хронічного стресу ми зазнали нового стресу, який був пов'язаний з початком повномасштабної війни і введенням воєнного стану. Навчальний процес в період воєнного стану став новим викликом як для системи освіти в цілому, так і для психологічного стану студентів, викладачів, курсантів післядипломної освіти.

Термін «стрес» у психологію ввів Уолтер Кеннон у своїх роботах про універсальну реакцію «бийся або тікай». Фізіолог Ганс Сальє використовував термін «стрес» для характеристики адаптаційної напруги [4].

З точки зору психології, стрес – феномен усвідомлення, що виникає між вимогою, що висувається до особистості і її можливістю впоратись з цією вимогою. Відсутність рівноваги в цьому процесі активізує реакцію-відповідь на стрес [6]. Виділяють позитивний (еустрес) та негативний (дистрес). Реакція на стрес у кожної особистості буде різною і залежить від індивідуальних особливостей та рівня стресостійкості [5].

Стрес визначається як взаємодія між особистістю та навколишнім середовищем [1]. Тригерами розвит-

ку стресу можуть виступати такі емоційні стани як страх, тривога, песимізм, депресія, агресивність [11]. Окрім того стрес виникає від дії сильного подразника і виконує захисну функцію на органи і системи організму, та на психіку людини. Емоційний стрес через поведінкові реакції є результатом впливу біологічного та соціального середовища й відповідних фізіологічних змін в організмі [8]. Серед психофізіологічних детермінантів стресових ситуацій виділяють монотонію, стан втоми, надмірні шумові, інформаційні навантаження, порушення сну, високу тривогу, яка виникає і пов'язана з подіями війни. Сам стрес є адаптаційною можливістю організму, що призводить до неспецифічних реакцій, які індивідуальні для кожної людини [2]. Тривалий карантин через COVID-19, і як наслідок тривалий (хронічний) стрес, спричинив комунікативну депривацію, а на фоні цього і початок воєнної агресії призвів до погіршення психо-емоційного стану, що призвело до психологічного дисбалансу [1].

Особливу увагу за цих умов необхідно звернути на психологічний стан студентів, оскільки базисний психологічно-емоційний стан за мирних умов викликає занепокоєння. У студентів навчальний стрес розвивається через значний потік інформації, через зміни умов і формату навчання, стрес під час іспитів, невдачі в особистому житті призводять до стану тривожності та емоційної напруженості. В результаті навчального стресу, коли виснажуються фізіологічні ресурси організму, можуть розвинути функціональні захворювання нервової системи [3;6;9]. За дослідженнями Лазаренко В. під час війни у студентів вищів спостерігався високий рівень агресивності, занепокоєння, розпачу, апатії [7].

Студенти-медики відносяться до особливої категорії, оскільки від засвоєння ними нових знань залежить їх компетентність, професіоналізм у майбутньому. Rotenstein L.S. з співавторами [14] провели

системний мета-аналіз 195 досліджень за участю 129 123 студентів-медиків у 147 країнах показали, що у 27,2% (діапазон від 9, 3% до 55,9%) студентів-медиків були виявлені ознаки депресії, а 11,1% (діапазон від 7,4% до 24,1%) респондентів повідомили про наявність суїцидальних думок [10; 12; 13; 14; 15]. Саме тому психо-емоційний стан студентів-медиків під час навчання в період війни може вплинути як на подальшу професійну діяльність лікаря так і на його психологічний стан загалом.

**Мета статті** – проаналізувати психологічний стан студентів-медиків під час воєнного стану.

**Виклад основного матеріалу.** Для вирішення поставленої мети в нашому дослідженні для аналізу психологічного стану студентів-медиків у різні періоди воєнного стану, використовувався тест на визначення рівня стресу за В.Ю. Щербатих. Опитувальник містив чотири блоки по 12 запитань у кожному. Кожний блок відповідав певним ознакам стресу – інтелектуальним, поведінковим, емоційним та фізіологічним. За наявності однієї ознаки в інтелектуальному та поведінковому блоці ставився 1 бал, в емоційному блоці – 1,5 бали і в фізіологічному – 2 бали. Таким чином сума за всім списком теоретично може досягти 66 балів.

0–5 балів вказує на відсутність стресу.

6–12 балів означає, що особа відчуває помірний стрес, який може бути компенсований.

13–24 балів вказує на виражене напруженість емоційних і фізіологічних систем організму, який не вдається компенсувати.

25–40 балів вказує на стан сильного стресу, для успішного подолання якого необхідна допомога спеціаліста.

Більше 40 балів свідчить про небезпечну стадію стресу – виснаження енергетичних запасів адаптаційного захисту.

Репрезентативну вибірку становили 115 здобувачів різної форми освіти – вищої та післядипломної. Серед респондентів було 75 студентів-медиків 6 курсу медичного факультету УжНУ та 40 курсантів курсу спеціалізації «Організація охорони здоров'я» факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки УжНУ.

Всі 75 студентів-медиків 6 курсу були поділені на дві групи. До І-С групи увійшло 18 студентів, які взяли участь в опитуванні через 3 місяця, а до ІІ-С – 57 студентів, яких опитували через 9 місяців після початку повномасштабної війни.

Всі 40 курсантів циклу спеціалізації також були також поділені на дві групи. До І-К увійшло 24 курсантів, які проходили опитування через 3 місяця, а до ІІ-К – 16 курсантів, які через 9 місяців після початку повномасштабної війни.

Вік студентів-медиків становив  $23 \pm 1,05$  років. Вік курсантів післядипломної освіти становив  $44 \pm 3,74$  років. За гендерною ознакою жінок серед студентів-медиків було 51 (68%), чоловіків – 24 (32%). Серед курсантів було 18 (45%) жінок і 22 (55%) чоловіків.

В дослідження були обрані студенти-медики 6 курсу, оскільки, це останній курс навчання перед

вибором вузької спеціалізації майбутньої професії в інтернатурі. Психо-емоційний стан випускників вузів зазнає високого навантаження, а можливість стресостійкості в період воєнного стану викликає багато питань.

Група курсантів циклу спеціалізації в дослідженні була представлена як контрольна група. Це група лікарів середнього віку, мотивованих професіоналів, які проходять спеціалізацію «Організація охорони здоров'я» перед призначенням на посаду директора медичного закладу.

Аналізуючи інтелектуальну складову стресу у респондентів після 3 місяців з дня запровадження воєнного стану, звертає на себе увагу, що у групі І-С найбільше балів 14 (77,8%) набрала ознака: погані сни, кошмари; по 13 (72,2%): труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі та часті помилки, невірність в обчисленнях. Поширеними були також такі ознаки як – підвищене відволікання у 12 (66,7%) студентів, переважання негативних думок та постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми у 11 (61,1%) респондентів. У половини респондентів констатувалися такі ознаки як: пасивність, бажання перекласти відповідальність на когось іншого, труднощі зосередження та звуження «поля зору», коли «бачиться» менше важливих варіантів дій. Незважаючи на вік, найнижче поширення у студентів мала ознака: імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення – всього у 3 (16,7%) респондентів.

Показники інтелектуальних ознак у курсантів І-К групи за поширеністю були тотожні показникам групи студентів, хоча відсоток був дещо вищим. У 22 (91,7%) випадків реєструвались три ознаки: переважання негативних думок, постійне і безплідне обертання думок навколо однієї проблеми, підвищення відволікання. Також високою була поширеність таких ознак як: труднощі прийняття рішень, тривалі коливання при виборі – 21 (87,5%) випадків; погані сни, кошмари та часті помилки, збої в обчисленнях по 20 (83,4%) випадків. Найменш поширеною була така ознака, як імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення.

Через 9 місяців після введення воєнного стану в Україні анкетування виявило, що поширеність інтелектуальних ознак стресу у студентів-медиків ІІ-С групи була значно меншою, ніж через три місяці після початку війни. Найбільш поширеною було тільки переважання негативних думок у 43 (75,4%) випадків та труднощі зосередження – у 38 (66,7%) випадків. Більш ніж у 50% випадків констатувались такі ознаки як: підвищене відволікання; погані сни і кошмари; часті помилки та збої в обчисленнях. Найнижчим показником поширення знов виявилась імпульсивність мислення, поспішні і необґрунтовані рішення – у 5 (8,8%) випадків. Анкетування через 9 місяців після початку війни серед курсантів ІІ-К групи вказало на високий рівень поширеності поганих снів та кошмарів – у 14 (87,5%) респондентів; частих помилок та збоїв в обчисленнях – у 13 (81,3%) випадків та постійне і безплідне обертання думок

навколо однієї проблеми – у 11(68,8%) респондентів. Найрідше зустрічається ознака звуження «поля зору», коли «бачиться» менше можливих варіантів дій.

Середній показник інтелектуальної ознаки стресу становив у I-С групі – 6,4 балів, у II-С групі – 5,2 балів, у I-К групі – 7,1 балів, у II-К групі – 5,8 балів. Враховуючи, що найбільший показник для блоку інтелектуальних ознак стресу складає 12 балів можна констатувати високий рівень поширеності симптомів інтелектуальних ознак стресу у всіх групах респондентів. Незважаючи на вік респондентів у перші три місяці після початку війни, у I-С та I-К групах були поширені такі інтелектуальні ознаки стресу, як: труднощі в прийнятті рішень, деяка пасивність, загальмованість, погане зосередження і підвищене відволікання в процесі навчання, погані сні, кошмари, переважання негативних думок. Через 9 місяців від початку війни показники поширеності інтелектуальних ознак стресу в групах II-С та II-К зменшились, але різнилися у відсотковому значенні. Так в II-С групі всі групи ознак були менш поширеними. Це свідчить про швидку адаптацію нервової системи, значну стресостійкість інтелектуальних чинників стресу у студентів-медиків до стресових ситуацій викликаних подіями війни. Інша ситуація стосувалася II-К групи, де частота поширюваності деяких ознак інтелектуального стресу залишалася на тому ж рівні, що і в I-К групі. Очевидно, це свідчить про до знижену стресостійкість по відношенню до інтелектуальних ознак стресу у людей середнього віку, і певну хронізацію стресу.

Аналізуючи поведінковий блок показників стресу, звертає на себе увагу високий рівень поширеності ознак у I-С та I-К групах. Зміну харчової поведінки відмічали 16 (88,9%) студентів I-С групи та 20 (83,3%) курсантів I-К групи; порушення сну або безсоння – 14 (77,8%) студентів та 21 (87,7%) курсантів; зростання помилок при виконанні значних дій – 11 (61,1%) студентів та 18 (75%) кур-

сантів; зменшення часу, що приділяється на спілкування з близькими та друзями – 12 (66,7%) студентів та 21 (87,9%) курсантів; низьку продуктивність праці – 12 (67,7%) студентів та 20 (83,3%) курсантів; хронічну нестачу часу – 10 (55,6%) студентів та 20 (83,3%) курсантів відповідно. Тоді як антисоціальну, конфліктну поведінку не відмічав жодний респондент з кожної групи.

Через 9 місяців після початку введення воєнного стану виявлення ознак поведінкового спектру стресу значно зменшилось як у II-С групі, так і у II-К групі, хоча відсоток був різний. Це стосувалось всіх поведінкових ознак крім однієї – збільшення конфліктних ситуацій на роботі або в сім'ї у 34 (56,6%) випадків у II-С групі та 11 (68,8%) випадків у II-К групі. Збільшення конфліктності респондентів пояснюється «розторможеністю» нервової системи через 9 місяців після перенесеного гострого стресу і підключення адаптаційних механізмів стресостійкості.

Середній показник поведінкових ознак стресу становив в I-С групі – 6 балів, в I-К групі – 6,8 балів, в II-С групі – 4,3 балів, в II-К групі – 5,9 балів. Найбільш можлива кількість балів в блоці поведінкових ознак стресу становить 12 балів. Показники в усіх групах окрім II-С значні, що вказує на вираженість поведінкових ознак стресу під дією надзвичайних чинників воєнного стану.

Найцікавішим був аналіз емоційних симптомів стресу. Всі респонденти I-С та I-К груп відмічали зменшення задоволеності життям. В цих групах опитуваних спостерігалась висока поширеність (від 66,7% до 95,8%) таких емоційних симптомів як: занепокоєння, підвищення тривожності; похмурий настрій; підозрілість; зменшення почуття впевненості в собі; почуття відчуженості; втрата інтересу до життя та зниження самооцінки, поява почуття провини. Найрідше в I-С та I-К групах (11,1% та 8,3% відповідно) зустрічався симптом цинічного, недоречного гумору.

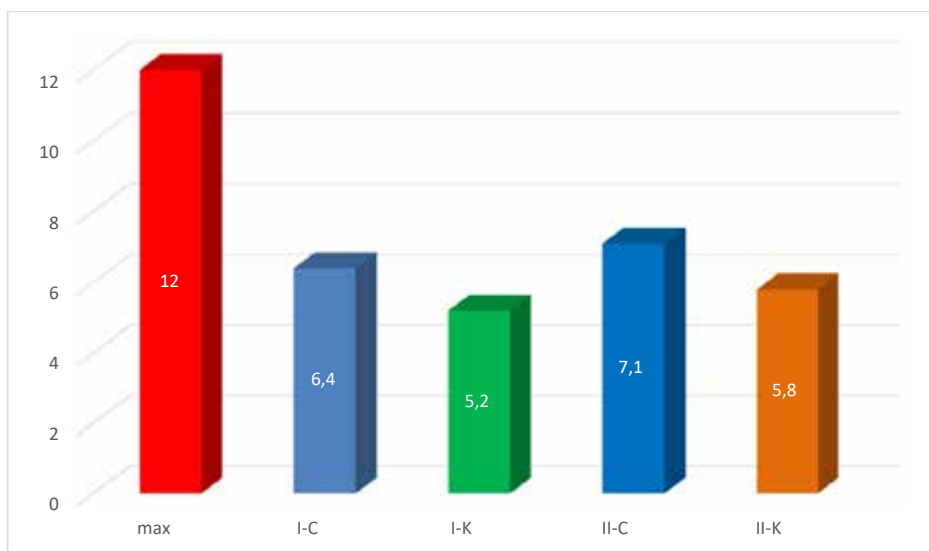


Рис. 1. Рівень інтелектуальної складової стресу

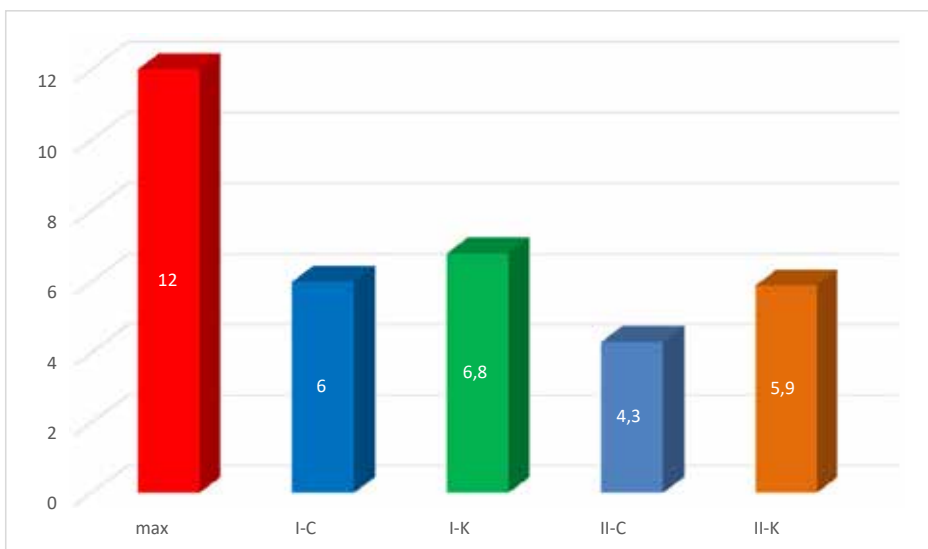


Рис. 2. Рівень поведінкової складової стресу

В II-C та II-K групах найчастішим виявився симптом зменшення задоволеності життям у 54 (94,7%) випадків та 15 (93,8%) випадків відповідно. Часто в обох групах також зустрічалися симптоми почуття відчуженості; занепокоєння, підвищення тривожності (у 77,2% та 75% випадків); почуття відчуженості, самотності (87,9% та 75% випадків) в II-C та II-K відповідно. Інші симптоми зустрічались від 25% до 50,9% випадків. Найрідкіснішим також виявився симптом цинічного та недоречного гумору у 4 (7%) студентів II-C групи та 2 (12,5%) курсантів II-K групи.

Середній бал емоційних симптомів стресу в I-C групі склав 13,3 балів, у I-K групі – 13,2 балів, у II-C групі – 10,7 балів і в II-K групі – 8,5 балів при максимально можливих 18 балів. Що свідчить про високий рівень поширеності емоційних симптомів стресу в обох групах респондентів через три місяці після початку війни і був майже однаковим у різних вікових категоріях з різним життєвим досвідом та різним рівнем мотивації та стресостійкості. Через 9 місяців реєструвалось зниження поширеності емо-

ційних симптомів стресу в обох групах, але в II-K групі різниця показників була більш суттєвою (від 13,2 балів у I-K до 8,5 балів у II-K). Дана позитивна динаміка показників у групі осіб середнього віку з високою мотивацією та великим професійним досвідом лікаря свідчить про можливість кращої корекції емоційних симптомів стресу.

Четвертий блок питань стосувався фізіологічних симптомів стресу, скоріше патофізіологічних чинників. У всіх чотирьох групах респондентів турбували болі в різних частинах тіла та головні болі. Поширеність симптомів підвищення або зниження артеріального тиску в обох групах студентів була незначна 11,1% в I-C групі та 7,0% в II-C групі. А от для групи курсантів поширеність артеріального тиску була значна і становила у I-K групі – 41,7%, а у II-K групі зросла до 75%. Значною у всіх групах була поширеність симптомів підвищеної стомлюваності та тахікардії і становили у I-C групі – 12 (66,7%) та 6 (33,3%), у I-K групі – 21 (87,5%) та 12 (50%), у II-C групі – 40 (70%) та 22 (38,6%)

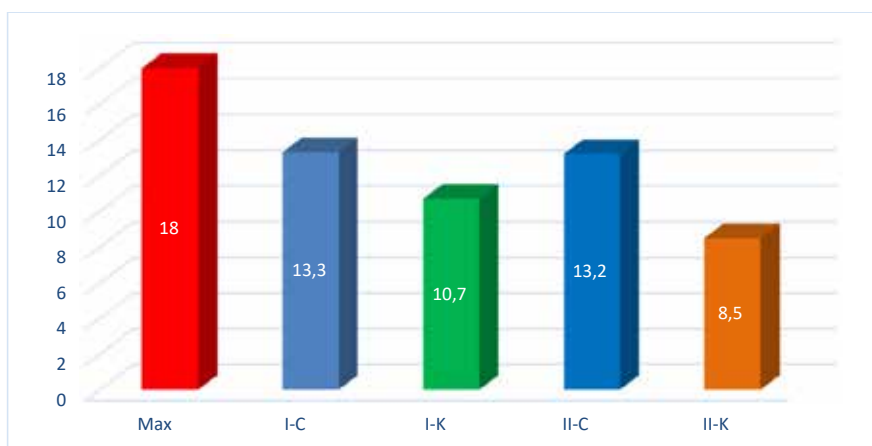


Рис. 3. Рівень емоційної складової стресу

у II-K групі – 10 (62,5%) та 7 (43,8%) випадків відповідно. Значну поширеність у всіх групах респондентів мали симптоми порушення функції системи травлення та пітливості і коливались від 42,1% до 50% в різних групах. Майже у половини опитаних в кожній з чотирьох груп, зустрічався симптом зниження імунітету і часті нездужання. Симптоми порушення свободи дихання, відчуття напруги в м'язах, тремор рук, судороги зустрічались не часто, а в деяких групах взагалі не фіксувалися.

**Висновки.** Підсумовуючи вищесказане, ми дійшли висновку, що всі групи респондентів зазнали значного стресу з моменту запровадження воєнного стану. При чому, майже однакового рівня стресу у всіх чотирьох його ознаках (інтелектуальні, поведінкові, емоційні, фізіологічні) зазнали як студенти, так і курсанти в перші 3 місяці початку війни. Оче-

видно, це пояснюється тим, що респонденти обох груп знаходились в стадії виснаження або дистресу (від 3 тижнів до 6 місяців), коли чинник стресу сильний і він не зникає і не зменшується. У цей період були зафіксовані високі рівні тривожності, занепокоєння, незадоволеністю життям, неувважності, труднощі в прийнятті рішень (від 66,7% до 95%). Часто турбували безсоння, кошмари, порушення короткочасної пам'яті (від 61,1% до 87,7%). У 88,9% студентів і 83,3% курсантів була змінена харчова поведінка. В обох категоріях респондентів спостерігалась висока поширеність таких фізіологічних симптомів як порушення системи травлення, пітливість, підвищена втомлюваність. Фізіологічний стан різнився тільки відносно симптому гіпо- і гіпертонії: у студентів він зустрічався рідко, тоді як у курсантів був доволі поширеним.



Рис. 4. Рівень фізіологічної складової стресу



Рис. 5. Загальна картина стресу

Через 9 місяців після початку повномасштабної війни гострий стрес перейшов у фазу перманентного стресу, який постійно змінювався в залежності від чинників стресового фактору. Якщо у перші місяці війни впливав, в основному, фактор несподіваності, руйнування сталого устрою життя, страх за своє життя, відчуття провини, не усвідомлення свого місця в даній ситуації. То через 9 місяців вплив діючого стресового чинника на організм опитаних не зменшився, а додалась стресова ситуація з блекаутом: відімкненням світла, перебої з інтернетом та зв'язком. До стресового фактору у цей період додалися ще і постійні повітряні тривоги та переривання роботи і навчання на час повітряної тривоги. Однак, незважаючи на додаткові стресові чинники у даний період часу, показники ознак стресу у респондентів II-груп були на порядок нижчими ніж у опитуваних I-груп. Очевидно, це пов'язано з тим, що усі системи організму пристосовуються до функціонування в умовах перманентного стресу. Цей період (9 місяців) найбільш небезпечним у розвитку стресової ситуації. Вона може або залишитися на етапі дистресу з переходом у важчі деструктивні порушення психіки, або перейти на етап плато з активацією адаптаційної системи антистресу. Умови переходу стресу на етап плато залежить

від багатьох умов: вік, спадкова стресостійкість, набутий рівень стресостійкості, наявні соматичні захворювання, підтримка близьких і друзів. Так у II-групах респондентів порівняно з I-групами інтелектуальні ознаки стресу на порядок були рідшими. Частими залишалися нав'язливість думок, важкість зосередження, погані сни, кошмари, часті помилки (від 50% до 75%). В порівнянні з двома I-групами у обох II-групах також низьким був показник поведінкових ознак стресу, крім одного – збільшення конфліктних ситуацій (56,6% та 68,8% у II-C та II-K відповідно). Це, очевидно, пояснювалось «розторможеністю» нервової системи і включенням адаптаційних механізмів антистресу. Емоційна складова стресу у курсантів II-групи була значно меншою ніж у студентів II-групи. У обох II-групах респондентів низьким був і фізіологічний чинник стресу, окрім гіпертонії, тахікардії, порушення травлення та пітливість, які були вищими у II-K групі, хоча і нижчими ніж у I-C та I-K групах. Отже, психологічний стан студентів-медиків краще адаптується до функціонування в перманентному стресі.

Перспективи подальших досліджень ми вбачаємо у вивченні депресії у студентів різного фаху а також, більш детальне вивчення антистрес системи з метою глибшого аналізу порушеної проблематики.

#### СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Грузинська І. Проблема емоційного реагування на стресові ситуації в умовах воєнного стану. *Вісник НАУ. Серія : Педагогіка. Психологія*. 2022. 2(21). С. 97–107.
2. Грузинська І.М. Комунікативна депривація в умовах дистанційного навчання студентів. *Вісник Львівського університету. Серія психологічні науки*. 2022. 12. С. 31–39.
3. Дубчак Г. Особливості проявів стресових станів сучасних студентів вищої та професійної освіти. *Збірник наукових праць: психологія*. 2019. Вип. 23. С. 78–85.
4. Ігумнова Г.Б. Генеза негативних психічних станів студентів та їх психокорекція : дис. на здоб. наук. ступ. канд. психол. наук : спец. 19.00.07. Хмельницький національний університет. Хмельницький, 2014. 275 с.
5. Крайнюк В. М. Психологія стресостійкості : монографія. К. : Ніка-Центр, 2007. 432 с.
6. Кузнєцов М. А., Фоменко К. І., Кузнєцов О. І. Психічні стани студентів у процесі навчально-пізнавальної діяльності : монографія. Харків : Діса плюс, 2015. 338 с.
7. Лазаренко В., Саніна Н. психологічний стан студентів закладів вищої освіти під час війни. Матеріали конференції МНЛ 22 квітня 2022. Тернопіль. 2022, С. 239–240.
8. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Львів : Львівський державний університет внутрішніх справ, 2015. 324 с.
9. Сапельнікова Т. С., Білоцерківська Ю. О. Дослідження негативних психічних станів під час учбової діяльності як фактору порушення стресостійкості. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія : Психологічні науки*. 2018. Т. 1. № 1. С. 159–163
10. Dyrbye L. N., Thomas M. R., Shanafelt T. D. Systematic review of depression, anxiety, and other indicators of psychological distress among US and Canada medical students. *Acad Med*. 2006. 81(4). P. 354–373.
11. Kohut O. Determinant of personality stress resistance. *Psychological journal*. 2021.7(5). P.120–128.
12. Osama M., Islam M. Y., Chen H. et al. Suicidal ideation among medical students of Pakistan: a cross-sectional study. *J Forensic Led Med*. 2014. 27. P. 65–68.
13. Prinz P., Hertrich K., Hirschfelder U., de Zwaan M. Burnout, depression and depersonalization-psychological factors and coping strategies in dental and medical students. *GMS Z Med Ausbild*. 2012. 29(1). Doc 10.
14. Rotenstein L.S., Ramos M.A., Torre M. et al Depressive Symptoms, and Suicidal Ideation Among Medical Students. A Systematic Review and Meta-Analysis. *Jama*. 2016. 316(21). P. 2214–2236.
15. Yang F., Meng H., Chen H. et al. Influencing factors of mental health of medical students in China. *J Huazhong Univ Sci Technol Med Sci*. 2014. 34(3). P. 443–449.