

Психосоматичні розбіжності в здобувачів освіти анестезіологічного профілю різного рівня

Ольга Кравець

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО,
Дніпровський державний медичний університет, Україна
ORCID 0000-0003-1340-3290

Юлія Площенко

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО,
Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна
ORCID 0000-0003-0538-0164

Василь Єхалов

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО,
Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна
ORCID 0000-0001-5373-3820

Надія Минка

Кафедра анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів ФПО,
Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, Україна
ORCID 0000-0001-5024-911X

Для цитування цієї статті:

Кравець Ольга, Площенко Юлія, Єхалов Василь, Минка Надія. Психосоматичні розбіжності в здобувачів освіти анестезіологічного профілю різного рівня. International Science Journal of Education & Linguistics. Vol. 4, No. 2, 2025, pp. 91-101. doi:10.46299/j.isjel.20250402.08

Надійшла до редакції: 10 березня 2025 р.; **Схвалено:** 31 березня 2025 р.;

Опубліковано: 01 квітня 2025 р.

Анотація: Проведені серед медичних працівників спостереження вказують на високий ризик психосоматичних розладів в підрозділах підвищеного професійного стресу в порівнянні з тими медиками, вузька спеціалізація яких не пов'язана з високою стресогенністю. Було досліджено психосоматичні девіації за три роки воєнного стану в здобувачів медичної освіти за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія» під час розгорнутих бойових дій із залученням анонімного анкетування. Показники глобального індексу тяжкості дистресу, загальної кількості визначених симптомів та індексу симптоматичного наявного дистресу не перетинали меж закордонних та вітчизняних «точок відгородження» в усіх респондентів. Результат аналізу відповідей студентів та інтернів продемонстрував незначне перевищення за всіма субшкалами результатів спостережень інших дослідників в загальній групі медичних студентів, проте вони поступалися результатам групи студентів посиленого ризику. Проте всі отримані результати молодших груп не досягали меж середніх показників. В лікарському середовищі з певним стажем роботи показники за субшкалами «тривожності» та «додаткових ознак» перевищували середній загальний рівень та прогресували зі збільшенням робочого стажу. Нагальною проблемою сьогодення є розробка валідних психотерапевтичних програм та їх впровадження до роботи зі здобувачами медичної освіти за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія».

Ключові слова: стрес, психосоматичні розлади, анестезіологія, інтенсивна терапія, студенти, інтерни, практичні лікарі.

1. Вступ

Психічне здоров'я полягає в основі існування інклюзивного, здорового та продуктивного суспільства [1,2]. Розгорнуті бойові дії та їх безпосередня загроза в нинішній час є провідним фактором розладів психосоматичного стану населення України. Все більшої розповсюдженості набувають стійкі стресові реакції, дезадаптація, посттравматичні стресогенні тривожні й депресивні розлади, порушення сну, анорексія, загальна астенизація тощо [3]. Це стосується й здобувачів медичної освіти на рівнях додипломного навчання, інтернатури та слухачів циклів підвищення лікарської кваліфікації [4]. Взагалі медична освіта не позбавлена стресових моментів, а суб'єкти навчання мають значний ризик розвитку психологічних проблем. Цей розлад тривіалізований протягом останніх десятиліть та отримав визначення «медичного студентиту» [5]. На жаль, в студентському медичному середовищі останнім часом проблеми власного здоров'я викликають чималу тривогу, а висновки соціально-психологічних досліджень доводять той факт, що суб'єкти додипломної медичної освіти в більшій мірі потерпають від психосоматичних розладів, ніж студенти інших спеціальностей [6]. Хоча окремі автори сприймають «синдром медичної школи» навіть як комічний, але експерти-психологи стверджують, що він породжує новітню психосоціальну проблему [5]. Проведені серед медичних працівників спостереження вказують на високий ризик психосоматичних розладів в підрозділах підвищеного професійного стресу в порівнянні з тими медиками, вузька спеціалізація яких не пов'язана з високою стресогенністю.

Алостатична модель стресового навантаження припускає, що постійний стрес насамперед може викликати психологічні та соматичні проблеми у випадках коли людина не здатна до належної адаптації [7,8]. Саме лікарі агресивної медицини (анестезіологи) здебільшого мають проблеми фізичного, психологічного, соціального, культурного та екзистенціального плану [9]. Китайськими дослідниками було доведено, що 34,5% анестезіологів не мали психічних відхилень, а 37,8% потерпали від субкомпенсованих психічних розладів [7]. Помірний професійний стрес був в більшій мірі виражений в жінок, ніж в чоловіків [8]. На стресогенність трудової діяльності в чималій мірі впливають соціальні, кризові, особистісні проблеми, включаючи пандемію та воєнний стан [10-14]. Дослідження внутрішньопереміщених медичних студентів (родичів безпосередніх учасників бойових дій) показало, що їх психосоматичні показники вдвічі перевищували середньостатистичні [15,16]. На нашій кафедрі проходять навчання студенти, інтерни та практичні анестезіологи циклів підвищення лікарської кваліфікації за спеціальністю «Анестезіологія та інтенсивна терапія», серед яких було проведено анонімне анкетування для визначення їх психосоматичного статусу.

2. Об'єкт і предмет дослідження

Об'єкт дослідження: психосоматичні девіації за три роки воєнного стану в здобувачів медичної освіти за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія» під час розгорнутих бойових дій із залученням анонімного анкетування.

Предмет дослідження: порівняльний психосоматичний стан студентів, інтернів та слухачів циклів підвищення лікарської кваліфікації за спеціальністю «Анестезіологія та інтенсивна терапія».

3. Ціль дослідження

Метою нашого дослідження було визначення психосоматичного стану здобувачів медичної освіти за спеціальністю «Анестезіологія та інтенсивна терапія» в залежності від рівня навчання для створення певної основи з метою розробки програм та рекомендацій для запобігання й корекції психосоматичних розладів в дослідженій спільноті.

4. Аналіз літератури

Психологічні стани, які не є депресією в класичному розумінні цього терміну, здатні передувати депресивному розладу, але можуть протягом тривалого часу залишатися стабільними або прихованими. Дистимії (стійкі хронічні розлади настрою із депресивним спектром) є типовою ознакою хронічного стресу та різних форм можливих психосоматичних розладів. Постійний стрес не тільки спричиняє порушення в сфері нормального соціального функціонування, але й формує підвищений ризик стресозалежної патології [4].

До провідних психосоматичних розладів, визначених як «чиказька сімка», належать артеріальна гіпертензія, виразкова хвороба, бронхіальна астма, тиреотоксикоз, нейродерміт, ревматоїдний артрит, виразковий коліт. Наразі можна визначити три основні риси стресозалежних розладів: перевага сполучення депресивних та тривожних станів, коморбідність та домінування в симптоматиці соматовегетативної складової [4,17].

Тривога - це емоційний стан, що характеризується страхом перед неминучою загрозою з випереджальним уявленням про можливі несприятливі події в майбутньому [18]. Тривожний стан включає відчуття страху, напруги, комплікації та психічної лабільності. На відміну від депресії, тривога проявляється надмірним занепокоєнням щодо не завжди потенційно небезпечної ситуації (низький дохід, погіршення роботи, якості життя та від'ємний вплив на родинні стосунки) [19]. Хронічний стрес може мати довгострокові негативні наслідки для фізичного та психічного здоров'я анестезіолога, включаючи підвищений ризик серцево-судинних проблем, пригнічення імунної системи, проблеми з травною системою та опорно-руховим апаратом, тривожні та посттравматичні стресового розлади, депресії, емоційне виснаження, погіршення когнітивної функції, обмеження навичок прийняття рішень та здатності впоратися зі складними напруженими ситуаціями, а також зменшення задоволеності роботою [20].

Тривожний розлад вже став серйозною проблемою охорони здоров'я в. Особливо страждає молодь, яка вступає до вищих навчальних закладів. Дійсно, третина з китайських студентів мала легку або дуже сильну тривожність. Незважаючи на те, що помірне переживання тривоги здатне позитивно впливати на людину, хронічне занепокоєння може призвести до негативного психічного та фізичного розладу стану здоров'я, що може додатково вплинути на успішність навчання студента та його майбутню кар'єру [19].

Вигоряння визначається як психологічний синдромокомплекс, що виникає внаслідок впливу хронічного стресу, інтенсивність якого перевищує можливості його подолання, відповіді на тривалі емоційні та міжособистісні виробничі стресорні фактори [11]. Нещодавні систематичні огляди повідомляють про загальну поширеність вигоряння серед лікарів від 0% до 80,5% [5].

Національне дослідження психічного здоров'я французьких студентів-медиків через рік після початку пандемії COVID-19 визначило в них підвищену поширеність симптомів тривоги та депресії порівняно з попередніми дослідженнями. Онлайн-опитування анестезіологів виявило досить високу частоту тривоги, симптомів депресії та синдрому вигоряння серед групи, представники якої одночасно працюють та навчаються. Ці результати узгоджуються з літературними даними про дану популяцію, які свідчать не тільки на користь стабільності проблеми, але й про відсутність ознак її розрішення [21,22]. Встановлено, що загальна поширеність вигоряння серед резидентів та аспіратів, включаючи всі медичні спеціальності, дорівнює 35,7% - 75% [21,23].

Доведено, що серед внутрішньопереміщених осіб визначається вірогідно вищий рівень тривожних та депресивних симптомів, а також достовірно нижчий рівень якості життя [3].

Стрес і виснаження поширені серед анестезіологів через характер їхньої вимогливої та високостресової роботи. Анестезіологи регулярно стикаються з емоційно напруженими ситуаціями, які можуть сприяти психо-соматичним розладам. Високий рівень відповідальності та занепокоєння щодо безпеки пацієнтів також можуть призвести до стресу та виснаження. Анестезіологи можуть мати проблеми з неадекватною інституційною підтримкою,

браком ресурсів, відсутністю можливостей для професійного зростання та дефіцитом визнання. Усі ці фактори здатні емоційно засмучувати та підвищувати ризик вигорання. Анестезіологи зазвичай мало впливають на процес планування та проведення хірургічних процедур, що є важливим фактором, який викликає незадоволення й відчуття спустошеності. Вигорання частіше спостерігається в цьому середовищі у віці 30 - 50 років. Фактори ризику вигорання анестезіологів включають тривалий час роботи, обов'язки за викликом, психічний стрес, брак соціальної підтримки, а також обмежений контроль над виконанням хірургічних процедур [20].

Проте, окремі автори спостерігали поширення культури невразливості від рівня суб'єктів додипломного навчання до статусу лікарів зі значним робочим стажем. Травматичний досвід призводить до пасивної адаптації до небезпеки, коли віддалені дії демонструють почуття невразливості. Окрім цього медичні працівники, здається, відчувають вищий рівень стійкості. У багатьох дослідженнях стійкість продемонструвала зворотний зв'язок зі стресом, тривожністю і виснаженням, навіть під час пандемії COVID-19 [18].

5. Методи дослідження

Анонімне анкетування серед здобувачів вищої освіти вважається результативним та об'єктивним методом контролю в освітньому процесі [24]. З 2022 по 2025 рік було отримано анкети 104 студентів старших курсів, 198 інтернів та 259 практичних анестезіологів. Опитування проводилося за шкалою *Check List-90-Revised (SCL-90-R)*, яка являє собою анкету, що дає респонденту нагоду самотужки фіксувати психологічні симптоми та ознаки дистресу. Методика передбачає оцінку певних симптоматичних вимірів: соматизацію, obsесивно-компульсивні розлади, міжособистісну сенситивність, депресію, тривожність, неприхильність, побоювання, параноїдальні та інші психологічні розлади. Аналіз відповідей уможлиблює розрахування індексів психодистресу: глобальної тяжкості, наявності симптоматичного розладу та загальної кількості визначених симптомів. Інтерпретація результатів опитування проводиться на підставах комбінації узагальненого балу за всіма пунктами анкети, за підшкалами та на основі визначених індексів [25]. Головна перевага цього опитувальника полягає у можливості визначення психосоматичного статусу окремого індивіда або спільноти [1,2]. Респондентами анонімно оцінюється 90 пунктів анкети за п'ятибальною шкалою (від 0 до 4 за ступенем ознаки, тобто наскільки певні симптоми були виражені протягом останнього тижня [25].

6. Результати дослідження

Результати відповідей респондентів були оцінені за 9 субшкалами та всенені до таблиці 1. Показники глобального індексу тяжкості дистресу, загальної кількості визначених симптомів та індексу симптоматичного наявного дистресу не перетинали меж закордонних та вітчизняних «точок відгродження» в усіх респондентів [1,13].

Результат аналізу відповідей студентів та інтернів продемонстрував незначне перевищення за всіма субшкалами результатів спостережень інших дослідників в загальній групі медичних студентів [15,16], проте вони на 22 - 31% поступалися результатам групи студентів посиленого ризику. Проте всі отримані результати молодших груп не досягали межі середніх показників [1,13].

Таблиця 1. Розподілення психосоматичної симптоматики в залежності від рівня здобуття освіти за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія»

Субшкали	Студенти	Інтерни	Практичні лікарі
Соматизації	0,31±0,06	0,38±0,06	0,62±0,05
Нав'язливості	0,49±0,03	0,54±0,05	0,53±0,02
Міжособистісної сензитивності	0,33±0,02	0,30±0,02	0,34±0,03

Продовження таблиці 1

Депресії	0,40±0,06	0,43±0,06	0,48±0,04
Тривожності	0,31±0,05	0,39±0,05	*0,68±0,01
Ворожості	0,32±0,05	0,35±0,05	0,45±0,03
Фобій	0,17±0,06	0,21±0,06	0,27±0,03
Параноїдності	0,23±0,05	0,25±0,05	0,42±0,02
Психотизму	0,18±0,04	0,21±0,04	0,32±0,04
Додаткових ознак	0,30±0,03	0,43±0,03	*0,68±0,02

* - показники, які перевищували середньостатистичні.

Соматизація відображає психосоматичні розлади, що пов'язані із тілесним дискомфортом, серед яких присутні головний біль, псевдокардіалгії, міалгії, загальна слабкість тощо [25]. Показники цієї субшкали в студентів та інтернів знаходяться майже на нижній межі середнього рівня вираженості, що можна пояснити їх молодшим віком, проте в практичних анестезіологів це явище значно прогресує зі збільшенням робочого стажу, що викликає певну стурбованість.

Обсесивно-компульсивні розлади включають наявність нав'язливих думок (обсесій), що сприймаються як небажані або ненормальні, та/або нав'язливих дій (компульсій), які людина повторює з певною частотою або періодичністю, щоб зняти напруження (хрумтить суглобами пальців, потирає скроні, прицмокує тощо). При цьому виникають проблеми з пам'яттю, через побоювання помилки уповільнюються дії, настає розосередженість, утруднення прийняття рішень тощо. Показники всіх респондентів за цією субшкалою знаходяться на середньому рівні, статистично достовірно не відрізняються ($p > 0,5$) та не прогресують зі стажем роботи.

Міжособистісна сензитивність (підвищена психочутливість до подій) пов'язана із незадоволенням діями та поведінкою інших, скутістю та сором'язливістю в спілкуванні, заниженою самооцінкою, тощо. Всі респонденти за цією шкалою продемонстрували нижчий за середній рівень показників, оскільки їм притаманне відчуття колективного досягнення мети.

Депресія виражається у знесиленні, загальмованості, пригніченні настрою, зменшенні загальної зацікавленості, відчутті нудьги та безнадії тощо. Всі громадяни України сильно втомилася від війни, і здобувачі медичної освіти не є виключенням. Середній рівень вираженості цього показника у всіх респондентів підтримується завдяки професійній мотивації.

Тривожність характеризується несподіваним і безпричинним побоюванням, напруженістю, надмірним хвилюванням тощо. Підвищена тривожність є характерною для людей слабкого психотипу. В роботі лікаря в стресових ситуаціях навпаки спостерігається тип організації та виконання зорієнтованих дій. Ці дії насамперед закладаються в професійній оперативній пам'яті у вигляді чітких стандартів/алгоритмів лікарської допомоги в екстремальних умовах. Психологічне та фізичне перенавантаження лікарів-анестезіологів здатне призводити до професійних помилок. У таких випадках в пригоді стає професійна інтуїція, як феномен лікарського мислення [26]. Цей термін має безліч тлумачень, але на нашу думку, найкраще характеризується жартівливим визначенням «інтуїція – це суміш великого досвіду та нахабства». От саме з досвідом у студентів та інтернів дещо проблематично. Рівень тривожності молодих респондентів нижче середнього рівня, але в практичних анестезіологів він прогресивно підвищується із віком та стажем, переважаючи середні загальностатистичні показники. Тому старші колеги, щоб не припуститися дефектів в роботі «перепускають стресову ситуацію через себе», тоді якість надання медичної допомоги покращується за рахунок виснаження психосоматичного здоров'я анестезіологів.

Ворожість характеризується психічною лабільністю, епізодами роздратованості, бажанням помсти навіть за незначні образи, надмірною схильністю до сперечань тощо. Цей показник підвищується в практичних лікарів з причини постійного зростання вимог до їх роботи, збільшення кількості необґрунтованих скарг, і значному ризику покарання різного ступеню при браку ресурсів та недостатній підтримці керівництва.

Фобійна тривожність проявляється побоюванням відкритої місцевості, або навпаки, закритих просторів, виступів перед аудиторією, спілкуванням з начальством, родичами

пацієнтів тощо. За цією шкалою всі респонденти показали низький рівень показників, бо специфіка анестезіології та інтенсивної терапії виключає наявність фобій (маркеру професійної непридатності).

Параноїдальні ідеї виявляються відчуттям недовіри до оточуючих, звинуваченням інших людей в усіх особистих та професійних негараздах, що здебільшого не схвалюється оточуючими. Психотизм характеризується відчуттям самотності навіть в колективі, самозневажливості, часто необґрунтованим тягарем провини тощо. Ці показники дещо зростають у практичних лікарів, але не перевищують межі середньостатистичного рівня.

Додаткові симптоми включають анорексію або булемію, безсоння та інверсію сну, постійне психічне напруження, невпорядковане прагнення змінити ситуацію без визначення конкретної мети, метушливість тощо. Лікарі-інтерни продемонстрували вищий рівень цього показника, ніж у студентському середовищі, а в практичних лікарів він навіть перевищує середньостатистичну «точку відтинання».

Психосоматичні відхилення в медичних працівників починаються коли стаж роботи досягає 11 - 20 років, а найбільшого значення вони досягають при перевищенні тридцятирічної межі за рахунок показників тривожності та інших ознак. Відчуття тривалої постійної небезпеки для добробуту, здоров'я та життя супроводжується тривожним розладом, до якого входить низка симптомів та ознак (психічне напруження, тремор, панічний настрій), що підтримується гіперболізацією поміркованої загрози, когнітивною девіацією та соматичними тривожними корелятами [1,2]. Дійсні або уявні психосоматичні розлади є наслідком гострого та хронізованого дистресу та характеризуються болем, тривогою, гіпертензією, тахікардією, задишкою, розладами травлення, мігренню та головним болем напруження, шкірною висипкою, міалгією та виразками [13], що обмежують якість життя та здатність виконання професійних обов'язків.

Проблема стабілізації психосоматичного статусу здобувачів медичної освіти на різному рівні постала особливо гостро в останні роки в усьому світі, і, насамперед, в умовах війни. Поширеність стресогенних розладів неухильно зростає як в пересічного населення, так і в групах спостереження. Певні автори зосередили увагу на їх попередженні із оптимізацією контролю за робочими умовами, соціальною підтримкою, збалансованістю між роботою та родиною тощо. Існує гіпотеза, що кожна складова професійного стресу напряму пов'язана із частотою виникнення психосоматичних симптомів [7,8]. В західноєвропейських країнах та США на засадах 60-річного досвіду психосоматичної медицини було розроблено спеціальні програми профілактики, діагностики та психотерапії, які адаптовані до стійкої ефективної підтримки психосоціального прогресу. Окрім навчання кваліфікованих спеціалістів із психосоматичної медицини, застосовується впровадження валідних програм для відповідного консультування та поширення контактів зацікавлених сторін у галузі охорони здоров'я та політичних спільнот. Це сприятиме оптимізації інтеграції програм навчання в межах дії Закону про психосоматичне здоров'я [7,11,12,14].

Анестезіологія являє собою галузь медицини, яка повинна забезпечуватися психічно стійкими фахівцями. Аналіз розподілення психосоматичної симптоматики в залежності від рівня здобуття освіти за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія» показали компенсований рівень психосоматичного стану в студентів та лікарів-інтернів, що пояснюється їх молодшим віком та високою мотивацією вже при обранні майбутньої спеціальності, а професійно непридатні особи, які схибили із облюбуванням вузького профілю, бувають вимушені змінити медичну спеціальність вже на початку навчання. Існує думка, що гострий стрес допомагає формуванню життєздатності, оскільки він змушує людину до адаптації в мінливих умовах навколишнього середовища, що особливо гостро проявляється при постійній небезпеці [27]. Психосоматичні розлади є ключовою складовою феномену психо-емоційного та професійного вигорання, який був ретельно розглянутий в наших попередніх дослідженнях. Хронічна фізична втома та психологічний тиск, «готовність номер один», «стрес очікування стресу», дефіцит дозвілля зі збільшенням віку та лікарського стажу обмежують здатність анестезіолога

вирішувати свої особисті психосоматичні проблеми. Доведено, що більшість лікарів недостатньо ретельно опікується власним станом здоров'я і дуже неохоче стає пацієнтами [5].

Наше дослідження дозволило визначити категорію ризику серед здобувачів медичної освіти, але враховуючи анонімність анкетування, позбавило можливості прицільно виявити серед них найбільш вразливих. Тому для вирішення психосоматичних проблем досліджених груп ми обмежуємося загальними рекомендаціями. Щоб зменшити стрес, анестезіологи повинні ставити на перше місце самообслуговування, звертатися за допомогою до колег, практикувати уважність і методи релаксації, мати хороший баланс між роботою та особистим життям і використовувати ефективні засоби боротьби зі стресом. Організації охорони здоров'я повинні надавати пріоритет добробуту, пропонувати ресурси для допомоги. Новітні тенденції в управлінні стресом для анестезіологів включають терапію на основі усвідомленості, програм навчання стійкості й оптимізації емоційного інтелекту та інших технологічних інструментів [20].

Основними цілями тренінгу емоційного інтелекту є вдосконалення самосвідомості, емоційного контролю, емпатії та здатності до ефективного спілкування. Для анестезіологів технологічні інструменти управління стресом і мобільні додатки надають такі методи як керована медитація, техніки релаксації, відстеження стресу та когнітивно-поведінкова терапія. Лише окремі анестезіологи використовують різноманітні механізми подолання стресу в своїй повсякденній роботі. Вони часто звертаються до своїх колег за емоційною підтримкою та для обговорення досвіду та труднощів, включаючи анестезіологів, медсестер та молодший медичний персонал. Вони здатні впоратися зі стресом і зміцнити своє психічне здоров'я за допомогою прийомів уважності та релаксації. Щоб зменшити стрес і покращити загальне самопочуття, анестезіологи повинні приділяти значну увагу фізичним вправам, а також постійній освіті та професійному розвитку. Крім того, отримання кваліфікованої допомоги через консультування або терапію може бути корисним для боротьби з наслідками стресу [20]. Втручання на основі осмисленості призводить до позитивних результатів завдяки застосуванню соціальної когнітивної теорії для покращення усвідомленості, балансу настрою, сприйняття почуттів, психологічної та поведінкової реакції [17].

7. Перспективи подальшого розвитку досліджень

Розробка та апробація валідних програм тренінгів з профілактики та корекції психосоматичних відхилень в здобувачів освіти за спеціальністю «Анестезіологія та інтенсивна терапія».

8. Висновки

1. У студентів та лікарів-інтернів, які навчалися за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія» не було визначено вагомих психосоматичних розладів.

2. В лікарському середовищі з певним стажем роботи показники за субшкалами «тривожності» та «додаткових ознак» перевищували середній загальний рівень та прогресували зі збільшенням робочого стажу.

3. Нагальною проблемою сьогодення є розробка валідних психотерапевтичних програм та їх впровадження до роботи зі здобувачами медичної освіти за фахом «Анестезіологія та інтенсивна терапія».

Список літератури:

- 1) Зливков, В., Лукомська, С. (2017). Спес Гіппократа: основи психології спілкування для медичних працівників. Ніжин : Видавець ПП Лисенко М.М., 208.
- 2) Зливков, В., Лукомська, С., Федан, О. (2016). Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях. Київ : Педагогічна думка, 219.

- 3) Гриневич, Є. (2024). Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб із обсессивно-компульсивним розладом. *Психосоматична медицина та загальна практика*, 9(4), 1-8.
- 4) Бурчинський, С. (2025). Стресозалежні тривога та дистимія у практиці сімейного лікаря: можливості застосування комплексних терапевтичних стратегій. *Український медичний часопис*, 1(167), 3-7. doi: 10.32471/umj.1680-3051.263367.
- 5) Седінкін, В., Клигуненко, О., Площенко, Ю. (2024). Психосоматичні ризики у суб'єктів навчання за спеціальністю «Анестезіологія». *Медична освіта*, 2, 120-125. doi: 10.11603/m.2414-5998.2024.2.14568
- 6) Chinawa, J., Nwokocha, A., Manyike, P. (2016). Psychosomatic problems among medical students: a myth or reality? *International Journal of Mental Health Systems*, 10, 72. doi: 10.3109/08039488.2016.1155235.
- 7) Gu, B., Tan, Q., Zhao, S. (2019). The association between occupational stress and psychosomatic wellbeing among Chinese nurses: A cross-sectional survey. *Medicine (Baltimore)*, 98(22), e15836. doi: 10.1097/MD.00000000000015836.
- 8) Sani, M., Jafaru, Y., Ashipala, D. (2024). Influence of work-related stress on patient safety culture among nurses in a tertiary hospital: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 23(1), 81. doi: 10.1186/s12912-023-01695-x.
- 9) Kajikawa, N., Yoshimoto, H., Yokoya, S. (2023). Descriptive Study of Patients Treated in a Psychosomatic Internal Medicine Declared by Japanese Family Medicine. *Journal of Clinical Medical Research*, 15(7), 360-367. doi: 10.14740/jocmr4939.
- 10) Carrozzino, D., Vassend, O., Bjørndal, F. (2016). A clinimetric analysis of the Hopkins Symptom Checklist (SCL-90-R) in general population studies (Denmark, Norway, and Italy) *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(5), 74-79. doi: 10.3109/08039488.2016.1155235.
- 11) Grawitch, M., Barber, L., Leiter, M. (2022). Editorial: Stress and Stress Management - Pushing Back Against Existing Paradigms. *Frontiers in Psychology*, 13, e859660. doi: 10.1503/cmaj.080316.
- 12) Lundin, A., Hallgren, M., Forsell, Y. (2015). The validity of the symptom checklist depression and anxiety subscales: A general population study in Sweden. *Journal of Affective Disorders*, 183, 247-252. doi: 10.1016/j.jad.2015.05.024.
- 13) Sohrabi, M., Malih, N., Karimi, H. (2019). Effect of General Medical Degree Curricular Change on Mental Health of Medical Students: A Concurrent Controlled Educational Trial. *Iran Journal of Psychiatry*, 14(1), 40-46.
- 14) Wei, J., Fritzsche, K., Shi, L. (2023). Training in psychosomatic medicine and psychotherapy for medical doctors in China: A field report. *Frontiers in Medicine (Lausanne)*, 10, e1119505. doi: 10.3389/fmed.2023.1119505.
- 15) Шарун, А. (2022). Комплексна корекція стрес-асоційованих розладів у студентів закладів вищої освіти, що мали в анамнезі психотравмуючі події. *Український медичний часопис*, 1-2 (147-148), I/II, 54 – 57. doi: 10.32471/umj.1680-3051.147.225986.
- 16) Sharun, A., Yuryeva, L. (2022). Clinical-Psychopathological and Psychometric Features of Maladaptive Disorders which are a Characteristic of Students who Have Experienced Psycho-Emotional Stress. *Медичні перспективи*, 27(2), 88 - 95. doi : <https://doi.org/10.26641/2307-0404.2022.2.260257>.
- 17) Joseph, L. (2024). Human Service Professionals' Experiences Using Mindfulness-Based Interventions to Support Depression and Suicidal Ideation Treatment. *Walden Dissertations and Doctoral Studies*, 16186.
- 18) Riveros-Perez, E., Polania, J., Sanchez, M., Avella-Molano, B., Rocuts, A. (2022). Anxiety in anesthesia providers during coronavirus disease 19 pandemic: Insights into perception of harm a cross-sectional study. *Annals of Medicine and Surgery (London)*, 5(77), 103566. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103566.

- 19) Li, J., Xu, C., Wan, K., Liu, Y., Liu, L. (2023). Mindfulness-based interventions to reduce anxiety among Chinese college students: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 6(13), 1031398. doi: 10.3389/fpsyg.2022.1031398.
- 20) Zahid, M., Nasir, H., Zahid, Z. (2023). The anesthesiologist, stress, burn-out and the coping strategies. *Anaesthesia, Pain & Intensive Care*, 27, 444-448. doi: 10.35975/apic.v27i4.2254.
- 21) Jaulin, F., Nguyen, D., Marty, F., Druette, L., Plaud, B. (2021). Perceived stress, anxiety and depressive symptoms among anaesthesia and intensive care residents: A French national survey. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine*, 40(3),100830. doi: 10.1016/j.accpm.2021.100830.
- 22) Rolland, F., Hadouiri, N., Haas-Jordache, A., et al. (2022). Mental health and working conditions among French medical students: A nationwide study. *Journal of Affective Disorders*,1,306:124-130. doi: 10.1016/j.jad.2022.03.001.
- 23) Kalimisetty, S., Nelamangala, K., Madhusudhana R. (2023). Factors considered by junior residents in selecting anesthesia as a career choice and stress levels amongst the anesthesia postgraduate students: A questionnaire-based study. *Indian Journal of Clinical Anaesthesia*, 10(2),137-142. doi: <https://doi.org/10.18231/j.ijca.2023.028>.
- 24) Аряєв, М., Бірюков, В., Усенко Д., та ін. (2023). Анонімне опитування здобувачів вищої освіти як невід'ємна частина системи управління якістю дистанційного освітнього процесу. *Одеський медичний журнал*, 1(182), 62-67. doi: <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2023-1-13>.
- 25) Дембіцький, С., Серєда, Ю. (2015). Симптоматичний опитувальник Леонарда Дерогатиса (SCL-90-R): валідизація в Україні. *Соціологія: теорія, методи, маркетинг*, 4, 40-71.
- 26) Інжисєвська, Л.А., Шевченко, Т. (2024). Психологічні особливості індивідуального стилю професійної діяльності лікарів лікувального профілю в умовах війни. *Вчені записки ТНУ імені В.І. Вернадського. Серія: Психологія*, 35(74), 3, 12-17. doi: <https://doi.org/10.32782/2709-3093/2024.3/02>.
- 27) Satsangi, A., Brugnoli, M. (2018). Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Annals of Palliative Medicine*, 7(1),75-111. doi: 10.21037/apm.2017.07.01.

Psychosomatic differences in education applicants of anesthesiology education of different levels

Olga Kravets

Department of Anesthesiology, Intensive Therapy and Medicine of emergency conditions of Postgraduate Education Faculty, Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine
ORCID 0000-0003-1340-3290

Yulia Ploshchenko

Department of Anesthesiology, Intensive Care and Emergency Medicine, Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine
ORCID 0000-0003-0538-0164

Vasily Yekhalov

Department of Anesthesiology, Intensive Therapy and Medicine of emergency conditions of Postgraduate Education Faculty. Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine,
ORCID 0000-0001-5373-3820

Nadiya Mynka

Department of Anesthesiology, Intensive Therapy and Medicine of emergency conditions of Postgraduate Education Faculty. Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine
ORCID 0000-0001-5024-911X

Abstract: Observations conducted among medical workers indicate a high risk of psychosomatic disorders in units of increased professional stress compared to those doctors whose narrow specialization is not associated with high stress. Psychosomatic deviations were studied for three years of martial law in medical education applicants in the specialty "Anesthesiology and Intensive Care" during extensive hostilities with the involvement of anonymous questionnaires. The indicators of the global distress severity index, the total number of identified symptoms and the index of symptomatic existing distress did not cross the boundaries of foreign and domestic "fence points" in all respondents. The result of the analysis of the responses of students and interns demonstrated a slight excess of all subscales of the results of observations of other researchers in the general group of medical students, but they were inferior to the results of the group of students at increased risk. However, all the results obtained in the younger groups did not reach the average limits. In the medical environment with a certain length of work experience, the indicators on the subscales of "anxiety" and "additional symptoms" exceeded the average general level and progressed with increasing length of work. The urgent problem of today is the development of valid psychotherapeutic programs and their implementation in work with medical students in the specialty "Anesthesiology and Intensive Care".

Keywords: stress, psychosomatic disorders, anesthesiology, intensive care, students, interns, practicing doctors.
