




Л.М. Юр'єва, 
Т.Й. Шустерман, 
Л.В. Подольська * 

КЛІНІКО-ПСИХОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АСТЕНІЇ В ІНОЗЕМНИХ ЗДОБУВАЧІВ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ НАВЧАННЯ

Дніпровський державний медичний університет
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
Dnipro State Medical University
V. Vernadskyi str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
*e-mail: ludmilapodolska1@gmail.com

Цитування: Медичні перспективи. 2022. Т. 27, № 4. С. 136-143

Cited: Medicni perspektivi. 2022;27(4):136-143

Ключові слова: іноземні здобувачі, астения, астеничний синдром, розлади адаптації, психометрія
Key words: foreign applicants, asthenia, asthenic syndrome, adaptation disorders, psychometry

Реферат. Клініко-психометричне дослідження астенії в іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання. Юр'єва Л.М., Шустерман Т.Й., Подольська Л.В. У цій статті наведено аналіз результатів клініко-психометричного дослідження астенії в іноземних здобувачів вищої медичної освіти на різних етапах навчання. У дослідженні взяли участь 110 слухачів підготовчого відділення (група 1) та 44 здобувачі I-II курсу (група 2), які проходили навчання в Дніпровському державному медичному університеті, тривалістю від 1 до 2 місяців та від 6 місяців до 2 років відповідно (на момент участі в дослідженні). Проведено клініко-психопатологічне обстеження з використанням спеціально розробленої нами анкети, методу напівструктурованого інтерв'ю та психометричне дослідження рівня астенії за допомогою шкали Multidimensional Fatigue Inventory (MFI-20). Установлено, що досліджувана група 2 мала достовірно більшу частоту виявлення як скарг/симптомів, так і нозологічних форм (у 1,8 раза), ніж група 1. Аналіз даних шкали MFI-20 підтвердив клінічно отримані результати. Так, у групі 1 достовірно частіше спостерігалася норма (24,5%) та помірний (23,5%) рівень астенії, у групі 2 – високий рівень астенії (32%), що свідчило про поглиблення дезадаптивного процесу. Отриманий результат свідчить про необхідність розробки профілактичних та корекційних заходів для покращення якості життя цього контингенту осіб.

Abstract. Clinical and psychometric study of asthenia in foreign applicants for medical education at different stages of training. Yuryeva L.M., Shusterman T.Y., Podolska L.V. This article analyzes the results of the clinical and psychometric study of asthenia in foreign applicants for higher medical education at different stages of training. The study involved 110 applicants of the preparatory department (group 1) and 44 applicants of the I-II course (group 2). They were trained at Dnipro State Medical University. Duration of training was from 1 to 2 months and from 6 months to 2 years, respectively (at the time of participation in the study). The clinical and psychopathological examination was conducted using the semi-structured interview method and the psychometric investigation of the level of asthenia with using the Multidimensional Fatigue Inventory scale (MFI-20). It was found that the investigated group 2 had the significantly higher frequency of detection of both complaints/symptoms and nosological forms (by 1.8 times) than group 1. The analysis of the MFI-20 scale data confirmed the clinically obtained results: the normal (24,5%) and moderate level (23,5%) of asthenia was significantly more often observed in group 1. The high level (32%) of asthenia was in group 2 that proves the maladaptive process deepening. The obtained result indicates the necessity to develop preventive, differential and corrective measures to improve the quality of life of this contingent.

У міру розвитку сучасного суспільства все більше зростає кількість людей, що здобувають вищу освіту за кордоном. За останні 30 років чисельність іноземних здобувачів в Україні збільшилась майже в 5 разів [4, 6].

Постійно справлятися з високим рівнем інформаційного навантаження, вміти критично ставитися до нової інформації, оцінювати її актуальність особливо складно в перші роки навчання [2].

Надмірне психоемоційне перевантаження призводить до зриву компенсаторних механізмів і формування в кінцевому результаті розладів адаптації, а подекуди й психотичних психічних розладів [7]. Особливо це стосується здобувачів медичної освіти, що приїхали навчатися з-за кордону. До всього вищезазначеного приєднується перелік труднощів, що пов'язані з недостатнім володінням мовою викладання

дисциплін, змінами звичного укладу життя, клімату, харчування, труднощами входження в нове соціокультуральне середовище та налаштуванням дружніх відносин у власному інтернаціональному колективі [5]. Все це може залишити негативний відбиток на стані здоров'я майбутнього спеціаліста.

Зважаючи на високу актуальність проблеми, нами було проведено дослідження, мета якого полягала у виявленні клініко-психопатологічних особливостей астенії та проведення її психометричної оцінки в іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Було обстежено 154 іноземні здобувачі, що проходили навчання на базі Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ). Дослідження проводилось із суворим дотриманням принципів біоетики, згідно з Гельсінською декларацією «Етичні принципи медичних досліджень за участю людей», розробленою Всесвітньою медичною асоціацією, «Загальною декларацією про біоетику та права людини (ЮНЕСКО)» [10, 12].

Залежно від етапу навчання всі досліджувані були розподілені на дві групи: до 1-ї увійшли 110 слухачів підготовчого відділення, тривалість навчання яких на момент участі в дослідженні (у стінах медичного вузу) становила від 1 до 2 місяців; до групи 2 – 44 здобувачі I-II курсу (тривалість навчання від 6 місяців до 2 років).

Критеріями включення в дослідження були: проходження навчання у формі offline терміном від 1 місяця до 2 років; відсутність тяжкої соматоневрологічної патології; відсутність психічних та поведінкових розладів в анамнезі; отримання письмової згоди на проведення дослідження та корекційних заходів (за необхідності).

Основні соціально-демографічні характеристики учасників дослідження представлені в таблиці 1.

Слід зазначити, що досліджувані з групи 2, які навчались українською та російською мовою, попередньо були слухачами підготовчого відділення, а ті, хто навчались англійською, безпосередньо зараховувались на I курс.

Таблиця 1

Характеристика соціально-демографічних ознак іноземних здобувачів групи 1 та 2

Ознаки		Групи досліджуваних	
		група 1 (n=110)	група 2 (n=44)
Стать	Жіноча, n (%)	45 (41%)	20 (45%)
	Чоловіча, n (%)	65 (59%)	24 (55%)
Вік, роки	Середній вік усіх здобувачів, M±m (SD)	19,05±0,16 (1,72)	20,70±0,28 (1,91)
Країна проживання	Марокко	98 (89%)	24 (55%)
	Індія	-	16 (37%)
	Італія	-	1 (2%)
	Узбекистан	-	1 (2%)
	Іспанія	-	1 (2%)
	Нігерія	2 (2%)	-
	Туніс	2 (2%)	1 (2%)
	Ізраїль	1 (1%)	-
	Сирія	2 (2%)	-
	Алжир	5 (4%)	-
Етапи навчання	Підготовче відділення	110 (100%)	-
	1 курс	-	28 (64%)
	2 курс	-	16 (36%)

Клініко-психопатологічне обстеження здійснювалось згідно з критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) за допомогою спеціально розробленої нами анкети та метода напівструктурованого клінічного інтерв'ю з аналізом скарг, анамнезу та оцінкою психічного стану обстежуваних [8].

Для детального аналізу та об'єктивізації проявів астенії проводили психометричне дослідження за допомогою шкали «Суб'єктивна оцінки астенії» (Multidimensional Fatigue Inventory, MFI-20 [9]). Якщо сумарний бал за шкалою не перевищував 20-30, ми вважали це за норму. Для визначення рівня астенії загальна сума балів умовно розподілялась таким чином: 30-40 відповідали помірному рівню, 41-60 – середньому, 61-80 – високому, 81-100 – дуже високому. Набір балів більше

12, хоча б за однією субшкалою, був підставою для встановлення вже астеничного синдрому.

Статистична обробка отриманих даних проводилась за допомогою програмного продукту STATISTICA v.6.1 (StatSoftInc., серійний номер AGAR909E415822FA Середні показники представлені як середня арифметична зі стандартним відхиленням – M (SD), відносні – як абсолютна (n) і відносна кількість спостережень зі стандартною похибкою (P±m)%. Порівняння показників у групах дослідження проводили за критерієм Пірсона (χ^2), в тому числі з поправкою Йетса [1].

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За результатами дослідження, згідно з розробленою нами анкетною, були виявлені скарги на самопочуття, які представлені в таблиці 2.

Таблиця 2

Частота виявлення скарг на самопочуття в іноземних здобувачів групи 1 та 2 (P±m)

Скарги	Групи досліджуваних		Відмінності між групами, χ^2 (p) *
	група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Слабкість	47 (42,7±4,7%)	39 (88,6±4,8%)	26,86 (<0,001)
Стомлюваність, що проходить після відпочинку	32 (29,1±4,3%)	12 (27,3±6,7%)	0,05 (0,82)
Стомлюваність, що не проходить після тривалого відпочинку	47 (42,7±4,7%)	31 (70,5±6,9%)	9,67 (0,002)
Психічна стомлюваність	72 (65,5±4,5%)	37 (84,1±5,5%)	5,28 (0,02)
Фізична стомлюваність	43 (39,1±4,7%)	40 (90,9±4,3%)	33,96 (<0,001)
Зниження працездатності	47 (42,7±4,7%)	31 (70,5±6,9%)	9,67 (0,002)
Порушення сну	42 (38,2±4,6%)	34 (77,3±6,3%)	19,21 (<0,001)
Тривога	48 (43,6±4,7%)	22 (50,0±7,5%)	0,51 (0,47)
Метушливість	40 (36,4±4,6%)	31 (70,5±6,9%)	14,70 (<0,001)
Внутрішня напруга	58 (52,7±4,8%)	30 (68,2±7,0%)	3,07 (0,08)
Дратівливість	45 (40,9±4,7%)	30 (68,2±7,0%)	9,36 (0,002)
Плаксивість	30 (27,3±4,2%)	19 (43,2±7,5%)	3,67 (0,06)
Головний біль	23 (20,9±3,9%)	13 (29,5±6,9%)	1,31 (0,25)
Зниження настрою	14 (12,7±3,2%)	12 (27,3±6,7%)	4,74 (0,03)
Труднощі зосередження	39 (35,5±4,6%)	29 (65,9±7,1%)	11,82 (<0,001)
Зниження відчуття задоволення та радості	20 (18,2±3,7%)	9 (20,5±6,1%)	0,11 (0,74)
Пригніченість	15 (13,6±3,3%)	13 (29,5±6,9%)	5,35 (0,02)
М'язова напруга	11 (10,0±2,9%)	14 (31,8±7,0%)	11,0 (<0,001)
Порушення апетиту	46 (42,7±4,7%)	18 (40,9±7,4%)	0,01 (0,92)
Відчуття серцебиття	28 (25,5±4,2%)	25 (56,8±7,5%)	13,70 (<0,001)
Закрепи	24 (21,8±3,9%)	16 (36,4±7,3%)	3,46 (0,06)
Діарея	6 (5±2,2%)	5 (11,4±4,8%)	1,65 (0,20)

Примітка. * – відмінності достовірні при p<0,05.



Так, у групі 1 провідними скаргами виступали психічна стомлюваність ($65,5 \pm 4,5\%$), внутрішня напруга ($52,7 \pm 4,8\%$) та тривога ($43,6 \pm 4,7\%$), у групі 2 – фізична стомлюваність ($90,9 \pm 4,3\%$), слабкість ($88,6 \pm 4,8\%$) та психічна стомлюваність ($84,1 \pm 5,5\%$). Хоча психічна стомлюваність посіла перше місце серед переліку скарг у досліджуваних групи 1, достовірно частіше вона

зустрічалась у групі 2 ($p=0,02$). У цілому аналіз показав достовірно вищу частоту скарг, що зустрічаються, у групі 2, ніж у групі 1 (більше ніж за половиною всього переліку).

Детальне вивчення виявлених скарг, даних анамнезу та оцінки психічного статусу надало змогу згрупувати отримані результати в симптоми, розподіл яких наведено в таблиці 3.

Таблиця 3

Психічні та сомато-вегетативні симптоми в досліджуваних групи 1 та 2 ($P \pm m$)

Симптоми		Групи досліджуваних		Відмінності між групами, $\chi^2(p)^*$
		група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Психічні	Астенія	47 (42,7±4,7%)	31 (70,5±6,9%)	9,67 (0,002)
	Тривога	66 (60,0±4,7%)	30 (68,2±7,0%)	0,90 (0,34)
	Емоційна лабільність	45 (40,9±4,7%)	30 (68,2±7,0%)	9,36 (0,002)
	Метушливість	40 (36,4±4,6%)	31 (70,5±6,9%)	14,7 (<0,001)
	Зниження концентрації уваги	37 (33,6±4,5%)	29 (65,9%±7,1)	13,37 (<0,001)
	Гіпотимія	14 (12,7±3,2%)	12 (27,3±6,7%)	4,74 (0,03)
Сомато-вегетативні	Дисомнія	41 (37,3±4,6%)	34 (77,3±6,3%)	20,13 (<0,001)
	Ангедонія	20 (18,2±3,7%)	9 (20,5±6,1%)	0,11 (0,74)
	Тахікардія	28 (25,5±4,2%)	25 (56,8±7,5%)	13,70 (<0,001)
	Порушення апетиту	47 (42,7±4,7%)	18 (40,9±7,4%)	0,04 (0,84)
	Порушення випорожнення	22 (20,0±3,8%)	19 (43,2±7,5%)	8,65 (0,003)

Примітка. * – відмінності достовірні при $p < 0,05$.

Провідним психічним симптомом у групі 1 виступала тривога ($60,0 \pm 4,7\%$), а в групі 2 – астенія ($70,5 \pm 6,9\%$) та метушливість ($70,5 \pm 6,9\%$). Слід зазначити, що тривога з високою частотою зустрічалась в обох групах, однак статистичну різницю між ними виявлено не було ($p=0,34$). Астенія теж мала місце в обох групах, але з достовірно більшою частотою була виявлена в групі 2 – $70,5 \pm 6,9\%$ проти $42,7 \pm 4,7\%$ ($p=0,002$).

Оцінка сомато-вегетативних симптомів показала, що в групі 1 лідируючу позицію посідає порушення апетиту ($42,7 \pm 4,7\%$), у групі 2 – дисомнія ($77,3 \pm 6,3\%$), при цьому остання має достовірно більшу частоту, ніж у групі 1 ($p < 0,001$).

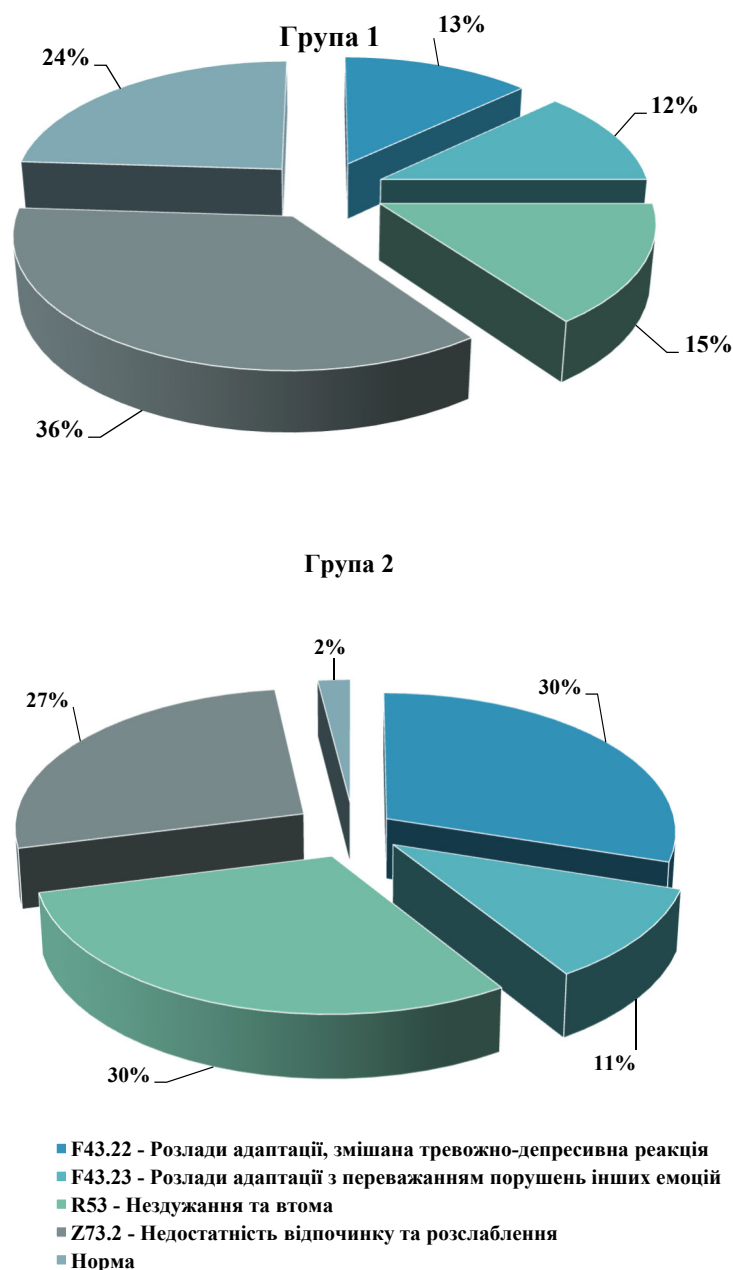
Таким чином, порівняльний аналіз вищезазначених симптомів показав достовірно більшу частоту виявлення як психічних, так і сомато-вегетативних проявів у групі 2, ніж у групі 1.

З урахуванням вищезазначених скарг та симптомів, згідно з критеріями МКХ-10 були

верифіковані діагнози, розподіл яких представлений на рисунку.

Аналізуючи дані рисунку, було виявлено, що в досліджуваних групи 1 найбільша частка припадає на пограничні стани – Z73.2 (36%) «Недостатність відпочинку та розслаблення», у 24% осіб діагностовано норму, у 40% осіб, що залишились, клінічно встановлені такі нозологічні форми, як: R53 – «Нездужання та втома» (15%), F43.22 «Розлади адаптації, змішана тривожна та депресивна реакція» (13%) і F43.23 – «Розлади адаптації з переважанням порушень інших емоцій» (12%).

Слід зазначити, що Z73.2 виникає внаслідок недостатності відпочинку та перенапруження і вважається умовною нормою. Водночас досліджувані з цим діагнозом нами були віднесені до групи ризику з розвитку розладів адаптації.



Розподіл діагнозів у досліджуваних групи 1 та 2 за МКХ-10

У групі 2 спостерігалась тенденція до поглиблення дезадаптивного процесу за рахунок зниження частоти випадків норми до 2% ($p=0,004$) та пограничних станів (Z73.2) до 27% ($p=0,28$). Так, уже 71% досліджених мали діагностовані нозологічні форми (R53, F43.22, F43.23), що в 1,8 раза більше, ніж у групі 1 ($p<0,001$). Також відмічалось зростання випадків діагнозу R53 у 2 рази ($p=0,05$) та розладів адаптації (F43.22, F43.23) – в 1,6 раза ($p=0,06$) порівняно з групою 1. Причому серед розладів адаптації відмічається зростання випадків з тривожно-депресивним компонентом, що говорить про тенденції поступового зміщення

дезадаптивного процесу в бік афективного регістру (за двостороннім критерієм $\chi^2=6,15$, при $p=0,01$).

Далі наводимо результати психометричного дослідження астенії за шкалою MFI-20. У таблиці 4 представлені рівні прояву астенії на основі вираховування сумарного бала.

Установлено, що в групі 1 достовірно частіше зустрічається норма та помірний рівень астенії, у той час, як у групі 2 – високий рівень, що знову свідчить про більш значущі прояви дезадаптивного процесу в цього контингенту осіб.

Таблиця 4

Рівні астенії в досліджуваних групи 1 та 2 за шкалою MFI-20 (P±m)

Рівень	Групи досліджуваних		Відмінності між групами, χ^2 (p) *
	група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Норма	27 (24,5±4,1%)	1 (2,3±2,2%)	9,04 (0,003)
Помірний рівень	26 (23,6±4,1%)	4 (9,1±4,3%)	4,24 (0,04)
Середній рівень	44 (40,0±4,7%)	25 (56,8±7,5%)	3,60 (0,06)
Високий рівень	12 (10,9±3,0%)	14 (31,8±7,0%)	9,79 (0,002)
Дуже високий рівень	1 (0,9±0,9%)	-	**0,23 (0,63)

Примітки: * – відмінності достовірні при $p < 0,05$; ** – за критерієм χ^2 з поправкою Йетса.

Нижче проаналізовані субшкали MFI-20 з позиції впливу астенії на різні аспекти життя (табл. 5). Слід зауважити, що відносні та абсолютні показники за кожною із субшкал характеризували тільки тих досліджуваних, що мали прояви не просто астенії, а вже астеничного синдрому, тобто набрали 12 балів та вище за складовими шкали.

Отримані результати показали, що досліджувані групи 1 мали достовірно менші

показники за 4 субшкалами, а саме: «Загальна астения» ($p=0,02$), «Зниження мотивації» ($p=0,007$), «Фізична астения» ($p=0,008$) та «Психічна астения» ($p=0,02$).

Підсумок вищезазначених результатів показав, що 44 (40,0±4,7%) досліджуваних групи 1 та 27 (61,4±7,3%) групи 2 мали прояви астеничного синдрому ($p=0,02$).

Таблиця 5

Частота виявлення астеничного синдрому за субшкалами MFI-20 (P±m)

Субшкали	Групи досліджуваних		Відмінності між групами, χ^2 (p) *
	група 1 (n=110)	група 2 (n=44)	
Загальна астения	24 (21,8±3,9%)	18 (40,9±7,4%)	5,78 (0,02)
Зниження активності	19 (17,3±3,6%)	11 (25,0±6,5%)	1,20 (0,27)
Зниження мотивації	8 (7,3±2,5%)	10 (22,7±6,3%)	7,27 (0,007)
Фізична астения	13 (11,8±3,1%)	13 (29,5±6,7%)	7,04 (0,008)
Психічна астения	17 (15,5±3,4%)	13 (29,5±6,7%)	3,98 (0,046)
Астеничний синдром загалом	44 (40,0±4,7%)	27 (61,4±7,3%)	5,77 (0,02)

Примітка. * – відмінності достовірні при $p < 0,05$.

В якості обговорення був проведений аналіз отриманих даних з результатами інших авторів. Так, у дослідженні Zdun-Ryżewska A. et al. щодо астенії в іноземних здобувачів вищої медичної освіти другого курсу навчання було діагностовано астению, безсоння, тривогу, головний біль та депресію, що збігається з даними нашого дослідження і відповідає клініці дезадаптивного процесу [11]. Автори також зазначали, що серед найбільш важливих причин виникнення астенії є

стресогенні фактори, надмірне педагогічне навантаження та недостатність відпочинку, що теж корелює з нашими результатами. Були також проаналізовані літературні джерела, присвячені безпосередньо проблемі дезадаптації в студентів, однак більша їх частина стосувалась загальних питань та рівня її порушення, без визначення клінічного діагнозу «Розлади адаптації» та аналізу поширеності. У той же час нам вдалось провести паралель з роботою Хаустова М.М., у

якій було досліджено компоненти розладів адаптації та виявлено депресивний, неврастеничний та тривожний синдромокомплекс, що знову ж таки корелює з нашими даними [7]. Порівняльний аналіз було проведено також з дослідженням Гутник В.В. та співавт., в якому наводяться дані щодо поширеності астеничного синдрому серед вітчизняних (неангломовних) студентів 1-5 курсів вищого медичного закладу освіти, отримані теж за допомогою шкали MFI-20 [3]. При обговоренні результатів було виявлено, що за всіма субшкалами MFI-20 в нашому дослідженні іноземні здобувачі медичної освіти обох груп мали достовірно вищу частоту астеничного синдрому (за двостороннім χ^2 Пірсона), ніж у вищезазначеному дослідженні. Це свідчить про більшу психологічну вразливість та схильність до дезадаптивного процесу в іноземних здобувачів, ніж у вітчизняних.

ВИСНОВКИ

1. У процесі клінічного дослідження було встановлено, що провідною скаргою в досліджених групі 1 виступала психічна стомлюваність (65,5±4,5%), у той час як у групі 2 – фізична стомлюваність (90,9±4,3%) та слабкість (88,6±4,8%). Серед виявлених психічних симптомів у групі 1 превалювала тривога (60,0±4,7%), у групі 2 – астения (70,5±6,9%), а серед сомато-вегетативних – порушення апетиту (група 1) та дисомнія (група 2). У цілому частота виявлення скарг та симптомів у досліджених групі 2 достовірно вища, ніж у групі 1 ($p<0,05$).

2. У досліджуваних групі 1 найбільша частка серед верифікованих діагнозів припадає на пограничні стани – Z73.2 (36%), у той час як у досліджуваних групі 2 вже переважають відхилення від норми – R53 (30%), що свідчить про поглиблення дезадаптивного процесу.

3. У цілому частота виявлення нозологічних форм (R53, F43.22, F43.23) у групі 2 в 1,8 раза вища, ніж у групі 1 ($p<0,001$). Частоти випадків R53 та розладів адаптації в групі 2 вища в 2 та

1,6 раза відповідно ($p=0,05$ та $p=0,06$), з тенденцією до поступового зміщення дезадаптивного процесу в бік афективного регістру.

4. Психометричне дослідження рівня астенії за допомогою шкали MFI-20 показало, що в групі 1 достовірно частіше спостерігається норма (24,5±4,1%) та помірний (23,6±4,1%) рівень астенії, у той час як у групі 2 – високий рівень астенії (31,8±7,0%), що підтверджує наявність прогресування дезадаптивного процесу ($p<0,05$).

5. Аналіз впливу астенії на різні аспекти життя показав, що досліджувані групи 1 мали достовірно менші показники за 4 складовими шкалами MFI-20, і відповідно меншу частоту виявлення астеничного синдрому (40,0±4,7%) порівняно з групою 2 (61,4±7,3%) при $p=0,02$.

6. За результатами проведеної роботи було встановлено, що 40% групи 1 та 71% групи 2 вже мають труднощі в становленні процесу адаптації, що потребують проведення корекційних та профілактичних заходів, а ті, що залишились – тільки профілактичних.

7. Отримані результати підкреслюють необхідність подальшої розробки заходів корекції, диференціації та профілактики для покращення якості життя іноземних здобувачів медичної освіти на різних етапах навчання.

Внески авторів:

Юр'єва Л.М. – концептуалізація, методологія, написання рецензії, ведення, адміністрування проекту;

Шустерман Т.Й. – методологія, дослідження, написання – початковий проект, написання – рецензування та редагування;

Подольська Л.В. – перевірка, формальний аналіз, дослідження, ресурси, курація даних, написання – початковий проект, візуалізація, знаходження фінансової підтримки.

Фінансування. Дослідження не має зовнішніх джерел фінансування.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES

1. Antomonov MY. [Mathematical processing and analysis of biomedical data]. 2nd ed. Kyiv: Medinform; 2018.
2. Yuryeva LM, Ogorenko VV, Gnenna OM, Koshinskii VO. [The influence of the level of self-esteem of medical students on the confidence in choosing a future specialization]. Modern engineering and innovative technologies [Internet]. 2020;13(5):49-53. Russian.
3. Gutnik VV, Chepelev SN. [The prevalence of signs of asthenic syndrome in medical students].

Fundamentalnaia nauka v sovremennoi meditsine [Internet]. 2021;388-92. Available from: <http://rep.bsmu.by:8080/handle/BSMU/31642>

4. Zhurakovskaya L. [Educational (educational) migration to Ukraine: state, problems and prospects]. Moldoscopie. 2017;4(79):127-43. Russian.
5. Leshhenko TO, Yufimenko VG. [The Ukrainian language as a tool for professional adaptation of foreign students in Ukraine. Actual issues of medical (pharmaceutical) education of foreign citizens: problems and

prospects]. Conference. 2018 Nov 22; Poltava. 2018. p. 54-56. Ukrainian.

6. Trofimov EA, Trofimova TI. [Features of educational migration in the context of globalization. In: Trends and problems in the Russian economy: theoretical and practical aspects]. Materials of the All-Russian scientific and practical conference; 2017 March 23. Irkutsk: Baikal State University. 2017. p. 219-24. Russian. doi: <https://doi.org/10.17223/978-5-94621-954-9-2020-1>

7. Haustov MM. [Medico-psychological view on the problem of adaptation disorders in students]. *Medytsyna sohodni i zavtra*. 2020 Dec 19;83(2). Ukrainian. doi: <https://doi.org/10.35339/msz.2019.83.02.06>

8. Osório FL, Loureiro SR, Hallak JE, Machado-de-Sousa JP, Ushirohira JM, Baes CV, et al. Clinical validity and intrarater and test-retest reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5 – Clinician Version (SCID-5-CV). *Psychiatry and Clinical Neurosciences* [Internet]. 2019 Oct 14;73(12):754-60. doi: <https://doi.org/10.1111/pcn.12931>

9. Smets EM, Garssen B, Bonke B, De Haes JC. The Multidimensional Fatigue Inventory (MFI) psychometric qualities of an instrument to assess fatigue. *Journal of Psychosomatic Research* [Internet]. 1995;39(3):315-25. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)00125-o](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)00125-o)

10. The Universal Declaration on Bioethics and Human Rights. *International Social Science Journal* [Internet]. 2005 Dec [cited 2021 Oct 29];57(186):745-53. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2451.2005.00592>

11. Zdun-Ryżewska A, Nadrowska N, Basiński K, Walkiewicz M, Błazek M. Who is a tired student? Fatigue and its predictors from a gender perspective. *Journal of University Teaching & Learning Practice*. 2021;18(6):139-54. doi: <https://doi.org/10.53761/1.18.6.10>

12. World Medical Association Declaration of Helsinki. *JAMA* [Internet]. 2013 Nov 27 [cited 2021 Oct 29];310(20):2191. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.

Стаття надійшла до редакції
07.09.2021

