

АВИЦЕННА

научный медицинский журнал

Публикации для студентов, молодых ученых и научно-преподавательского состава на www.avicenna-idp.ru

ISSN 2500-378X

Издательский дом "Плутон"

www.idpluton.ru

Выпуск №77

Кемерово 2021

18 января 2021 г.

ББК Ч 214(2Рос-4Ке)73я431

ISSN 2500-378X

УДК 378.001

Кемерово

Журнал выпускается ежемесячно. Научный журнал публикует статьи по медицинской тематике. Подробнее на www.avicenna-idp.ru

За точность приведенных сведений и содержание данных, не подлежащих открытой публикации, несут ответственность авторы.

Редкол.:

Никитин Павел Игоревич - главный редактор, ответственный за выпуск журнала.

Шмакова Ольга Валерьевна - кандидат медицинский наук, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Хоботкова Татьяна Сергеевна - кандидат медицинский наук, ответственный за финальную модерацию и рецензирование статей.

Никитина Инна Ивановна – врач-эндокринолог, специалист ОМС, ответственный за первичную модерацию, редактирование и рецензирование статей.

Меметов Сервир Сеитягьяевич - доктор медицинских наук, профессор кафедры организации здравоохранения и общественного здоровья ФПКи ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет».

Тахирова Рохатой Норматовна- кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской педиатрии Ташкентского педиатрического медицинского института.

Ешиев Абдыракман Молдалиевич - доктор медицинских наук, профессор Ошской межобластной объединенной клинической больницы.

Федотова Елена Владимировна доцент - кандидат медицинский наук, профессор РАЕ, врач-хирург ГБОУ ВПО "Северный государственный медицинский университет".

Тихомирова Галия Имамудиновна - доктор медицинских наук, доцент кафедры общей хирургии ФГБОУ ВО "Ижевская государственная медицинская академия".

Иванов Александр Леонидович – кандидат психологических наук, доцент кафедры психотерапии и сексологии РМАНПО.

Дурягина Лариса Хамидуловна - доктор медицинских наук, заведующая кафедрой терапевтической стоматологии, заслуженный врач республики Крым, Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Дегтярева Людмила Анатольевна - кандидат медицинских наук, доцент медицинской академии им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»

Сулейменова Роза Калдыбековна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой "Гигиена" АО "Медицинский Университет Астана"

Бовтук Николай Ярославович - кандидат медицинских наук, доцент кафедра общей хирургии ОУ "Белорусский государственный медицинский университет"

Якубова Азада Батировна - кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой Факультетской и госпитальной терапии, Ургенческий филиал Ташкентской Медицинской Академии

Афанасьева Галина Александровна - доктор медицинских наук, доцент кафедры патофизиологии ФГБОУ ВО Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского

Бесхмельницкая Евгения Александровна - ассистент федры фармакологии и клинической фармакологии НИУ «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», врач акушер-гинеколог

А.О. Сергеева (ответственный администратор)[и др.];

Научный медицинский журнал «Авиценна», входящий в состав **«Издательского дома «Плутон»**, создан с целью популяризации медицинских наук. Мы рады приветствовать студентов, аспирантов, преподавателей и научных сотрудников. Надеемся подарить Вам множество полезной информации, вдохновить на новые научные исследования.

Издательский дом «Плутон» www.idpluton.ru e-mail: admin@idpluton.ru

Подписано в печать 18.01.2021 г. Формат 14,8×21 1/4. | Усл. печ. л. 3.2. | Тираж 300.

Все статьи проходят рецензирование (экспертную оценку).

Точка зрения редакции не всегда совпадает с точкой зрения авторов публикуемых статей.

Авторы статей несут полную ответственность за содержание статей и за сам факт их публикации.

Редакция не несет ответственности перед авторами и/или третьими лицами и организациями за возможный ущерб, вызванный публикацией статьи.

При использовании и заимствовании материалов ссылка обязательна

Оглавление

| | |
|--|--|
| 1. УПОТРЕБЛЕНИЕ ЙОДИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ.....4 | |
| Быкова Д.Г., Рябова А.В., Перминов К.А. | |
| 2. ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕРВНОГО РАССТРОЙСТВА «СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» НА СЕРДЕЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ.....6 | |
| Струнина А.Е., Арзикеева Е.В., Слобожанинова Е.В. | |
| 3. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ НА ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ....10 | |
| Шулепова Ю.В., Слобожанинова Е.В. | |
| 4. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕНТАФОБИИ.....13 | |
| Умирзакова Н.А., Авазова Ш.Н., Давлатова Д.Д. | |

**Быкова Д.Г., Рябова А.В.
Bykova D.G., Ryabova A.V.**

Кировский государственный медицинский университет
Кафедра гигиены

**Перминов Константин Аркадьевич
Perminov Konstantin Arkadievich**

Научный руководитель, старший преподаватель

УДК 616.44

УПОТРЕБЛЕНИЕ ЙОДИРОВАННЫХ ПРОДУКТОВ, КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ПРИМЕРЕ СТУДЕНТОВ КИРОВСКОГО ГМУ

CONSUMPTION OF IODIZED PRODUCTS AS A METHOD FOR PREVENTING THYROID DISEASES ON THE EXAMPLE OF STUDENTS OF THE KIROVSKY GMU

Аннотация: В статье обсуждается актуальная проблема современной медицины — йодный дефицит, приводящий к нарушению жизненно важных процессов в организме, снижению интеллектуального и физического развития. Низкое содержание йода в почве и воде обуславливает низкое содержание его в продуктах питания и ведёт к недостатку йода в организме. Йод относится к микроэлементам, необходимым для поддержания нормальной жизнедеятельности. Его соединения важны для синтеза гормонов щитовидной железы. В условиях постоянного дефицита йода, выработка гормонов щитовидной железой нарушается, и это приводит к нарушениям обмена веществ, способствует развитию зоба и другим заболеваниям. Проблема дефицита йода остается актуальной на всей территории Российской Федерации, в том числе и на территории нашего района.

Abstract: The article discusses the urgent problem of modern medicine - iodine deficiency, leading to disruption of vital processes in the body, a decrease in intellectual and physical development. The low content of iodine in soil and water causes a low content of iodine in food and leads to a lack of iodine in the body. Iodine refers to trace elements, it is necessary to maintain normal life. Its compounds are important for the synthesis of thyroid hormones. In conditions of iodine deficiency, the production of hormones by the thyroid gland is disrupted, this leads to metabolic disorders, contributes to the development of goiter and other diseases. The problem of iodine deficiency remains relevant throughout the territory of the Russian Federation, including in the territory of our region.

Ключевые слова: йододефицит, гормоны щитовидной железы, йодированные продукты питания.

Key words: iodine deficiency, thyroid hormones, iodized food.

Актуальность: Население Кировской области проживает в условиях природно-обусловленного йододефицита. Достоверных данных о региональном потреблении нет, но имеются результаты биомониторинговых исследований Эндокринологического научного центра Росмедтехнологий, выполненные в 2000 и 2003 годах. По медиане йодурии обследованного населения территория области отнесена к районам с легким дефицитом йода. Медиана йодурии в пределах 50-99 мкг/мл свидетельствует о легком дефиците йода, при медиане йодурии более 100 мкг/л потребление йода по классификации ВОЗ достаточное. В Кировской области зарегистрированные значения йодурии составляли 64-80 мкг/л (2000 год) и 54-88,4 мкг/л (2003 год).

В данный момент актуальным становится вопрос информированности населения о количественном содержании йода в потребляемых продуктах питания и необходимости оптимального потребления данного микроэлемента.

Цель исследования: выяснить степень информированности студентов Кировского ГМУ о стратегии ликвидации йодного дефицита, а также провести исследование о качественном и количественном содержании йода в продуктах питания.

Задачи: проведение анкетирования среди студентов Кировского ГМУ; анализ результатов анкетирования; анализ статистические данные по Кирову; проведение исследования продуктов питания в магазинах Кирова на предмет содержания йода и его количества в данных продуктах;

изучение литературных источников.

Материалы и методы исследования

На первом этапе было проведено анкетирование 107 человек трёх возрастных групп: 17-20 лет, 20-25 года, 25-30 года. Содержание вопросов анкеты направлено на различные аспекты оценки осведомлённости о наличии или отсутствии йода в продуктах питания, его количестве в данных продуктах и об оптимальной норме его употребления.

На втором этапе было проведено исследование продуктов питания в магазинах города Кирова на предмет содержания йода и его количества в данных продуктах.

На третьем этапе были произведены расчёты и статистическая обработка результатов исследования с использованием программы Microsoft Excel 2016.

Результаты исследования и их обсуждение

Для оценки количества употребления йодированных продуктов среди студентов Кировского ГМУ было проведено анкетирование, в котором приняли участие 107 респондентов от 18 до 31 года (75,7%-Ж и 24,3%-М). Результаты анкетирования: у 72,9% опрошенных – отягощена наследственность по заболеваниям щитовидной железы; 50% не проходили диспансеризацию взрослого населения; 61,3% студентов были последний раз на приёме у эндокринолога более года назад; 65,5% опрошенных не сдавали кровь на гормоны щитовидной железы; 77,6% студентов Кировского ГМУ имеют жалобы, связанные с заболеваниями щитовидной железы; 66,7% студентов ни разу не делали УЗИ-исследование щитовидной железы; 86,8% опрошенных не обращают внимание на содержание йода в составе продуктов при покупке; 71,4% студентов не были более года у моря.

В ходе практической части исследования установлено, что из рассмотренных 20 хлебобулочных изделий 78,5% хлеба продаётся в магазинах с указанием в составе продуктов йодированной соли: йодата калия – в 37,5 % продуктов.

Из рассмотренных 45 молочных продуктов (молока, кефира, йогурта, сметаны, творога, сливочного масла, маргарина и сыров) наличие йодированной соли указано в 10,3% продуктов.

При оценке состава минеральной бутилированной воды 15-ти разных производителей было установлено содержание йодата калия – в 8,7% из них.

Таким образом, всего было проанализировано 80 продуктов питания. Из них только 27,5% в составе содержат указание количественного состава йода.

Заключение:

Большинство студентов, прошедших анкетирование, знают, что йододефицитные заболевания можно предупредить при употреблении продуктов, которые содержат йод, однако, они не интересуются его количеством в продуктах питания, даже если он указан на этикетке.

В магазинах г. Кирова представлено достаточно большое количество йодированных продуктов питания, но только единичные производители данных продуктов информируют население о количественном составе йода в них.

Библиографический список:

1. Информационно-аналитический бюллетень «О микронутриентной недостаточности в Кировской области в 2014 году» Управление Федеральной службы в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Кировской области, г. Киров, 2015 год.
2. Е.Б. Бабский «Физиология человека» (учебник для студентов медицинских вузов) – М. Медицина, 2005 г.
3. Герасимов Г.А., Фадеев В.В., Свириденко Н.Ю., Мельниченко Г.А., Дедов И.И. «Йододефицитные заболевания. Простое решение сложной проблемы» - М., Адамань, 2002 г
4. Дедов И.И., Мельниченко Г.А., Фадеев В.В. Эндокринология (учебник для студентов медицинских вузов) – М. Медицина, 2000г.

Струнина Александра Евгеньевна
Strunina Alexandra Evgenevna

Студентка Кировского государственного медицинского университета

Арзикеева Елена Владимировна
Arzikeeva Elena Vladimirovna

Студентка Кировского государственного медицинского университета

Слобожанинова Евгения Валерьевна
Slobozhaninova Evgenia Valerevna

Научный руководитель, доцент кафедры, к.м.н.

УДК 611.1

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ НЕРВНОГО РАССТРОЙСТВА «СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ» НА СЕРДЕЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

A STUDY OF THE INFLUENCE OF THE NERVOUS DISORDER, "THE SYNDROME OF EMOTIONAL BURNOUT" ON CARDIAC FUNCTION IN HEALTH CARE WORKERS

Аннотация: В работе рассмотрены последствия синдрома эмоционального выгорания на сердечную деятельность

Abstract: The paper considers the consequences of emotional burnout syndrome on cardiac activity





Ключевые слова: сердечно-сосудистая система, эмоциональное выгорание, личностные характеристики

Key words: cardiovascular system, emotional burnout, personal characteristics


Актуальность работы: обусловлена возрастающим требованием со стороны населения в осуществлении точной, безошибочной, результативной деятельности по оказанию медицинской помощи. Профессия медицинского работника обладает огромной социальной важностью. На мой взгляд, существует противоречие между необходимостью выполнять все требования, предъявляемые профессией, и при этом получать удовольствие от своего труда. С учетом данного противоречия была выбрана тема исследовательской работы. Представленная работа посвящена выявлению причинно-следственных связей нервных расстройств и развитию патологий сердечной деятельности. Также были исследованы факторы, влияющие на формирование и развитие данного явления, в том числе организационные характеристики. В работе предпринята попытка обосновать причины формирования синдрома, рассмотрена динамика его развития в зависимости от возраста. Сегодня данный синдром рассматривается в катастрофических масштабах. Это серьезная проблема, за которую дорого платят как люди, так и организации.

Цель исследования заключается в выявлении и анализе влияния личностных характеристик работников в сфере медицины на создание благоприятного фона развития синдрома эмоционального выгорания, который в последующем способен привести к развитию кардиологических отклонений. Определить риск развития ССС патологий при расстройствах нервной системы.

Материалы и методы: Приступая к изучению данного вопроса, первым делом занялись опросом медицинских работников Красноярской врачебной амбулатории Республики Марий Эл, которые в последующем и стали исследуемой группой в данном исследовании. Было проведено тестирование на определение личностных характеристик каждого работника. Для этого были использованы:

-  Тест на раздражительность, вспыльчивость по Раймонду Новако.
-  Определение уровня тревожности по методу Ч.Д. Спилбергера-Ханина
-  Тест-опросник Томаса-Килманна на поведение в конфликтной ситуации
-  Тест-опросник на наличие синдрома выгорания по В.В Бойко.

Был проведен опрос на наличие жалоб и имеющихся заболеваний со стороны ССС, их этиология (врожденная, приобретенная).

-  Личный опрос на наличие жалоб, отклонений в ССС.

Введение

В процессе развития человеческого общества предрасположенность к развитию тревожных и депрессивных реакций, склонность к длительным переживаниям, высокий контроль эмоций и поведения, обусловленный стремлением к соблюдению социальной нормы, высокая требовательность к себе, преувеличенная зависимость от мнения других людей- все это создаёт определенную «психосоматическую настроенность», предрасполагающую к развитию хронических заболеваний. Не редко, благоприятный фон для развития тех или иных отклонений создаем мы сами. Бессознательно губим здоровье, относясь к «мелочам» по-иному, не так, как оно того требует. Более частому развитию негативной психосоматической настроенности подвергаются работники сферы медицины, а именно практикующие врачи, медицинские сестры. Считаю, что обязательным условием на современном этапе развития медицины является ориентация деятельности врача на здоровье населения. Выполнение этой роли требует способности противостоять влиянию эмоциональных факторов современной профессиональной среды. Изучаемая проблема, на мой взгляд, представляется очень важной, так как эмоциональное выгорание оказывает негативное влияние не только на самих работников в плане их эмоционального состояния, также является причиной развития отклонений других систем, а преимущественно ССС.

Результаты:

| Исследуемые | Уровень тревожности по методу Ч.Д. Спилберга-Ханина | | Тест-опросник Томаса-Килманна на поведение в конфликтной ситуации | Тест на раздражительность, вспыльчивость по Раймонду Новако. | Тест-опросник на наличие синдрома выгорания по Бойко | Возраст |
|-------------|---|------------|---|--|--|------------|
| | Ситуативная | Личностный | | | | |
| 1. | 43 балла | 36 баллов | Соперничество Избегание | 34 балла | 28% | 20-30 лет |
| 2. | 47 баллов | 60 баллов | Сотрудничество Компромисс | 77,6 балла | 62% | 40 и более |
| 3. | 38 баллов | 24 балла | Приспособление Компромисс | 40 баллов | 29% | 40 и более |
| 4. | 40 баллов | 35 баллов | Компромисс Сотрудничество | 54 баллов | 35% | 40 и более |
| 5. | 47 баллов | 38 баллов | Сотрудничество Избегание | 60 баллов | 50% | 40 и более |
| 6. | 40 баллов | 36 баллов | Избегание Приспособление | 64,3 балла | 31% | 40 и более |
| 7. | 49 баллов | 50 баллов | Сотрудничество Компромисс | 79 балла | 65% | 40 и более |
| 8. | 47 баллов | 43 балла | Компромисс Сотрудничество | 60 баллов | 55% | 40 и более |
| 9. | 50 баллов | 46 баллов | Соперничество Компромисс | 53,3 балла | 52% | 30-40 лет |
| 10. | 57 баллов | 48 баллов | Соперничество Компромисс | 79,3 балла | 70% | 30-40 лет |
| 11. | 38 баллов | 35 баллов | Приспособление Компромисс | 63 балла | 28% | 30-40 лет |
| 12. | 47 баллов | 59 баллов | Соперничество Избегание | 60 баллов | 50% | 20-30 лет |
| 13. | 48 баллов | 61 балл | Приспособление Избегание | 60 баллов | 56% | 30-40 лет |
| 14. | 34 балла | 43 балла | Компромисс Избегание | 47 баллов | 40% | 40 и более |
| 15. | 40 баллов | 35 баллов | Соперничество Компромисс | 32 балла | 29% | 20-30 лет |

| Мед.раб | Тип Темперамента | Синдром СЭВ | Должность | Получив данные о преобладающем темпераменте работников, проследила закономерность развития синдрома СЭВ исключительно у холериков (это экспрессивный тип темперамента с сильной, но неустойчивой нервной системой, для которого свойственны стремление доминировать, энергичность, слабый самоконтроль.) По собранным данным занимаемая должность мед. работников не имеет решающей роли в развитие СЭВ. Вопрос о разности показателей развития синдрома у первой исследуемой группы, объясняется тем, что при одинаковом поведении медицинских работников в конфликтных |
|---------|------------------|-------------|------------|--|
| № 1 | Сангвиник | - | Медсестра | |
| № 2 | Холерик | + | Медсестра | |
| № 3 | Меланхолик | - | Медсестра | |
| № 4 | Сангвиник | - | Глав. врач | |
| № 5 | Холерик | 0 | Медсестра | |
| № 6 | Флегматик | - | Медсестра | |
| № 7 | Холерик | + | Врач | |

| | | | | |
|------|------------|---|-----------|---|
| № 8 | Холерик | 0 | Медсестра | <p>ситуациях, воспринимается конфликт по-разному. Если у исследуемого № 12 темперамент меланхолика, которому свойственно акцентироваться на внутренние переживания, то работнику № 1 характерен тип сангвника- легко переживающего неудачи. Тем самым можно сделать предположение, что в данном случае решающую роль в начале развития синдрома сыграл темперамент</p> <p>Анализируя группы с возрастной категорией от 30 до 40 и от 40 и более лет, видно, что все исследуемые, с развившемся синдромом СЭВ являются холериками с повышенной личностной и ситуативной тревожностью, повышенной вспыльчивостью. Однако интересен тот факт, 2 работников с СЭВ, возрастом более 40 лет стремятся в конфликтной ситуации к компромиссу и сотрудничеству, и 1 работник возрастом от 30 до 40 лет с СЭВ к соперничеству и компромиссу. У всех троих наблюдается профессиональное выгорание. Смело предположить, что возраст не всегда является фактором для развития СЭВ.</p> <p>Интересным остается тот факт, что исследуемый под № 3, будучи в возрастной категории более 40 лет, сохраняет показатель развития СЭВ на уровне работников 20-30 возрастной группы. Имеет тип темперамента- меланхолик, так же как работник № 12. Однако у работника № 12 20-30 летнего возраста наблюдается скорое развитие СЭВ, а у работника № 3 нет. Из этого исходит, что невозможен тот факт, что только один показатель личностной характеристики человека влияет на развитие тех или иных психологических. эмоциональных расстройств, на развитие СЭВ оказывает совокупность поведенческой реактивности человека.</p> <p>Вывод: таким образом, доминирующими симптомами эмоционального выгорания являются: «переживание психотравмирующих обстоятельств», «неадекватное эмоциональное реагирование», «расширение сферы экономии эмоций». На развитие синдрома эмоционального выгорания оказывают влияние как личностные качества, так и организационные факторы, но влияние личностных факторов преобладает. Надо заметить, что личностные и организационные факторы усиливают влияние друг на друга.</p> |
| № 9 | Сангвиник | 0 | Врач | |
| № 10 | Холерик | + | Врач | |
| № 11 | Сангвиник | - | Врач(м) | |
| № 12 | Меланхолик | 0 | Врач(м) | |
| № 13 | Холерик | 0 | Медсестра | |
| № 14 | Меланхолик | - | Медсестра | |
| № 15 | Меланхолик | - | Медсестра | |
| №16 | Холерик | + | Врач | |
| №17 | Сангвиник | 0 | Медсестра | |
| №18 | Меланхолик | + | Врач | |
| № 19 | Флегматик | 0 | Врач | |
| № 20 | Меланхолик | + | Медсестра | |

Исключение: Медицинские работники № 4, 14 – так как имеют врожденную патологию ССС.

| ССС жалобы работников без синдрома ЭВ | ССС жалобы работников с ЭВ |
|---|---|
| № 1. Отсутствуют № 3 Отсутствуют № 5 Гипертоник, аритмия № 6 Брадикардия № 8 Отсутствует №9 Боли в области сердца, отеки в ногах по вечерам, одышка при физических нагрузках № 11 Отсутствует № 12 Отсутствует | № 2. Одышка при физических нагрузках, аритмия, изредка чувство тяжести в груди. № 7 Экстрасистолия № 10 Отсутствует № 16 Брадикардия № 18 ИБС № 20 Сердечная недостаточность |

| | |
|--|--|
| № 13 Экстрасистолия № 15 Отсутствует № 17 Отсутствует №19 Одышка при физических нагрузках, аритмия, изредка чувство тяжести в груди. | |
|--|--|

Диаграмма:Вывод:

У работников без СЭВ наличие CCC патологии из исследуемой группы составила 38,5% ± 1,5%

У работников с СЭВ наличие отклонений в CCC из исследуемой группы составила 83,3% ± 6,5%

Вывод:

Анализируя данные мед.работников с совокупностью отклонений НС и CCC обнаружили закономерность в развитии патологий преимущественно у холериков 60%; меланхоликов 40%. В возрасте более 40 лет- 80%. С занимаемой должностью: врачи подвержены на 60%, медсестры на 40%.

Библиографический список:

1. Журнал «Современные проблемы науки и образования.» – 2013. – № 2 <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=8486>
2. Агапова М. В. Социально-психологические аспекты эмоционального выгорания и самоактуализации личности.: дис. ... канд. психол. наук. — Ярославль, 2004

Шулепова Юлия Валерьевна, Слобожанинова Евгения Валерьевна
Shulepova Yulia Valeryevna, Slobozhaninova Eugeniya Valeryevna
ФГБОУ ВО Кировский государственный медицинский университет Минздрава России,
Киров, Россия

УДК 378.17

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТАТУС СТУДЕНТОВ НА ДИСТАНЦИОННОМ ОБУЧЕНИИ

PSYCHO-EMOTIONAL STATUS OF STUDENTS ON THE DISTANCE LEARNING

Аннотация: в работе изучены особенности психоэмоционального состояния студентов на дистанционном обучении. Ретроспективно проанализированы данные анкетирования 60 студентов в возрасте от 18 до 23 лет. При анализировании были выявлены стрессовые факторы, оказывающее сильное отрицательное влияние не только на обучение, но и на здоровье студентов. Были выявлены наиболее частые причины нарушения психоэмоционального состояния студентов. Установлено увеличение учебной нагрузки.

Abstract: the work explores the features of the psycho-emotional state of students at distance learning. The questionnaire's data of 60 students aged 18 to 23 years were retrospectively analyzed. The analysis revealed stressful factors that have a strong negative impact not only on learning, but also on the health of students. The most frequent causes of disorders of the psycho-emotional state of students were identified. An increase in the study workload was established.

Ключевые слова: дистанционная форма обучения, здоровье студентов, психоэмоциональный статус.

Keywords: distance learning, health of students, psycho-emotional state.

В современном мире обучение без компьютерных технологий кажется невозможным. Особенно это стало явным, когда новая коронавирусная инфекция заставила переходить все учебные заведения на дистанционное обучение.

Перспектива перехода на другую форму обучения была радужной — проводить дома больше времени, в кругу близких людей, заниматься в комфортных условиях. Казалось, что плюсов здесь намного больше: экономия времени, удобное распределение дня. Однако в такое нелегкое время выявились и значимые недостатки дистанционной формы обучения.

Дистанционное обучение является формой взаимодействия студентов и преподавателей на расстоянии с использованием современных технологий. Однако в связи с тем, что нагрузка на преподавателей во время пандемии увеличилась, дистанционное обучение переросло практически в самостоятельное изучение материала. Преподаватели задают больше материала для более глубокого самостоятельного изучения, погружения в тему [2].

Проведено анкетирование среди студентов. В исследовании приняли участие 60 человек в возрасте от 18 до 23 лет: из них 43 женщины и 17 мужчин. В настоящее время обучаются очно 71,7% студентов, дистанционно 15%, в смешанном формате 13,3%. Увеличение учебной нагрузки отметили 45% опрошенных.

Дистанционное обучение оказалось более стрессовым, чем очное для 40% девушек и в 58,8% случаях для парней. Для 60% девушек и 53% парней не устраивает отсутствие взаимодействия с преподавателями, возможностью получить от них новый материал, обсудить его. Отсутствие живого общения с друзьями, одноклассниками также негативно сказывается на обучении. У студентов нет возможности обмениваться информацией, идеями, делиться переживаниями, эмоциями. Для 46,6% опрошенных данный фактор оказался стрессовым.

В связи со спецификой получения профессии врача более 88% студентов обращают внимание на отсутствие взаимодействия с пациентами, отсутствие практики. Это проявляется беспокойством за будущую профессию. У 40% студентов во время дистанционного обучения снизилась успеваемость. Кроме того, 85% респондентов считают, что у них появились пробелы в знаниях, проблемы с предметами, которые они изучают самостоятельно. Особенно затруднения вызвали такие дисциплины, как фармакология, биохимия, нормальная физиология, патофизиология, микробиология, нормальная и патологическая анатомия, пропедевтика внутренних болезней, то есть те предметы, которые являются основой будущей профессии.

В связи с резким переходом на дистанционную форму обучения и отсутствием адекватного планирования изучения предметов студенты чаще всего подвергались стрессовым факторам в связи с: отсутствием активности, движений, сокращением прогулок, выходов на улицу, возможности сменить обстановку (61,6%), несовершенством дистанционной формы обучения (53%), техническими проблемами (60%).

В связи с возникшей стрессовой ситуацией у студентов наблюдается сбой режима сна (48,8%) и питания (36,6%). Для 43,3% опрошенных огромное давление оказывают и дедлайны, устанавливаемые преподавателями. Это можно объяснить тем, что нагрузка неравномерно распределяется в течение учебной недели и студентам сложно спокойно следовать требованиям преподавателей.

Причиной стресса также является отсутствие мотивации (трудно «взять» себя в руки) у 51,6% опрошенных. Дома всегда найдется фактор, который будет отвлекать от обучения, поэтому у студентов снижается концентрация внимания и ощущение учебного процесса у них отсутствует.

В связи со снижением двигательной активности у студентов отмечаются нарушения со стороны опорно-двигательного аппарата [1]. Чаще всего это нарушение осанки (36,6%) и набор лишнего веса (31,6%). Кроме того, от долгого сидения в одной позе у многих появились боли в мышцах, спине (41,6%). В обычные учебные дни студенты добирались до университета, перемещались в корпусах, отдыхали на переменах, делали перекусы и снова двигались. Это позволяло поддерживать баланс между потребленными и израсходованными калориями. Однако дома движения ограничиваются, физическая активность резко снижается, а умственная занимает большое количество времени и сил. Лишь умственной нагрузки недостаточно, и организм, ограниченный в движениях, страдает. Некоторые «заедают» свой стресс, но на самом деле недоедание чувствует не желудок, а мозг; происходит неосознанное переедание. Чаще всего это еда, которая не требует много времени на приготовление и быстро насыщает организм. Человек перемещается по дому, но всё ещё находится в замкнутом пространстве, поэтому частые походы на кухню становятся неким «отвлечением» от компьютера и учебы.

Во время очного обучения студентам создают наиболее комфортные и безопасные условия. Внимание в пределах учебного заведения часто перемещается — с доски в тетрадь, на преподавателя, на одноклассника. Тем самым снижается напряжение [1]. Но в связи с переходом на дистанционное обучение студенты отмечают ухудшение зрения, ощущение сухости глаз, раздражение слизистых оболочек (33%). Это связано с тем, что внимание сконцентрировано на одном лишь экране компьютера и тетради, и редкие перемещения взгляда не позволяют отдохнуть глазам, расслабиться.

Интересно, что 6% опрошенных отметили появление вредных привычек (курение).

В психоэмоциональном статусе у студентов также наблюдались сдвиги. Так, например 41,6% опрошенных заметили что стали раздражительными, появились перепады настроения (30%). Во время обучения проявились такие симптомы, как сонливость, слабость у 35% студентов, а также тревожность (25%), неусидчивость (28,3%), подавленность (21,6%), головные боли (16,6%).

Учащимся был дан шанс выбрать дальнейшую форму обучения. В результате среди студентов мужского пола очную форму выбрали 58,8%. Обучение в смешанном формате выбрали 23,5% парней. Среди девушек вернуться к очному обучению решили 41,9%; обучение в смешанном формате выбрали 48,9%.

Таким образом, был сделан вывод: большинство студентов испытывает стресс в связи с переходом на другую форму обучения.

Необходимо дальнейшее развитие дистанционного формата обучения. Это связано не столько с пандемией, сколько с перспективой массового распространения образования, ведь нужная информация всегда находится под рукой — в интернете.

Организация онлайн-занятий кажется неплохой перспективой: есть время, за которое нужно сделать задание, потом можно отдохнуть до следующего занятия, есть время на перекус, зарядку. Во время дистанционного обучения такое происходит редко, потому что студенты почти безвылазно сидят за компьютерами, сбивается их режим сна и питания, появляется стресс. Несмотря на то, что пандемия способствовала переходу на данную форму обучения, должны быть приняты меры для снижения нагрузки на организм студентов, на психоэмоциональную составляющую. Развитие в данном направлении увеличит эффективность и продуктивность самостоятельного обучения студентов. Программа должна стать разнообразнее во избежание рутинности на занятиях, студентов должны плавно вводить в дистанционную форму, чтобы не возникало ощущения беспомощности при отсутствии преподавателей [3].

В результате резкой смены окружающей обстановки во время обучения у студентов могут возникнуть беспокойство, потому что они привыкли получать информацию от кого-то.

В заключение хотелось бы отметить — в дистанционной форме обучения есть не только плюсы, но и минусы. Причем минусы значительные, потому что они сильно сказываются на здоровье студентов. Однако при помощи дальнейшего развития данной технологии последствия можно минимизировать.

Библиографический список:

1. Нуруллаева А.И. Влияние дистанционного обучения на самочувствие студентов во время пандемии / Ж. Скиф. Вопросы студенческой жизни. - №5. - 2020. - С.54-57.
2. Шаров В.С. Дистанционное обучение: форма, технология, средство <https://cyberleninka.ru/article/n/distantcionnoe-obuchenie-forma-tehnologiya-sredstvo/viewer> Дата обращения 08.01.2020
3. Мальцев В.А., Мальцев К.В. Пандемия и образование <https://cyberleninka.ru/article/n/pandemiya-i-obrazovanie/viewer> Дата обращения 08.01.2020

Умирзакова Наргиза Акмаловна

Старший преподаватель кафедры социально-гуманитарных наук, с курсом биоэтики
Ташкентского государственного стоматологического института

Umirzakova Nargiza Akmalovna

Senior Lecturer at the Department of Social Sciences and Humanities, with a course in bioethics of
the Tashkent state dental institute

Авазова Шахло Нуридиновна

Магистр 2-го курс госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского
государственного стоматологического института

Avazova Shakhlo Nuridinovna

Masters of the 2nd year of hospital therapeutic dentistry of the Tashkent state dental institute

Давлатова Дилрабо Давлатназаровна

Магистр 2-го курс госпитальной терапевтической стоматологии Ташкентского
государственного стоматологического института

Davlatova Dilrabo Davlatnazarovna

Masters of the 2nd year of hospital therapeutic dentistry of the Tashkent state dental institute

УДК 614

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В ДЕНТАФОБИИ**DEONTOLOGICAL ASPECTS IN DENTAPHOBIA**

Аннотация. Страх и волнение перед врачом стоматолога и лечением зубов считаются актуальными основаниями, из-за которых больные отказываются от приема у врачей представленного профиля. Дентофобией называют волнение, образующееся у людей любого возраста при необходимости посещения стоматолога с целью профилактического приёма или же проведения лечения. Страх - это реакция на знакомую или же допускаемую опасность или же угроза. Фобия - это неизменный, нереалистичный и напряженный испуг перед конкретным стимулом, приводящий к абсолютному избеганию воспринимаемой угрозы. Дентофобия диагностируется при конкретных фобиях в согласовании с международной классификацией болезнью (МКБ) - 10.4. Дентофобия вызывает у человека физиологические, когнитивные, чувственные и поведенческие реакции [1]. Это нередко встречающаяся проблема, образующаяся в стоматологических клиниках. Волнение нередко тесно связано с воспоминаниями больного о минувшем болезненном лечении, к примеру в детстве, впоследствии чего у данных больных случается ужесточение восприятия боли на стоматологическом приёме. Исцеление этих взволнованных больных считается для врача стрессом по причине большого количества времени и ресурсов для исцеления, потраченных с целью ввести личный контакт с больным, собственно что в конечном результате приводит к неприятным чувствам как для врача, так и для пациента [2].

Annotation. Fear and anxiety about the dentist and dental treatment are important reasons why patients refuse to see this type of doctor. Dentophobia is an anxiety that occurs in people of all ages when it is necessary to visit the dentist for the purpose of a preventive appointment or treatment. Fear is a reaction to a known or perceived threat or danger. Phobia is a persistent, unrealistic and intense fear of a particular stimulus, leading to complete avoidance of perceived danger. Dentophobia is diagnosed with certain phobias in accordance with the International Classification of Diseases (ICD) - 10.4. Dentophobia causes physical, cognitive, emotional and behavioral responses in a person [1]. This is a common problem in dental surgeries. Anxiety is often closely related to the patient's memories of early painful treatment, for example in childhood, after which these patients experience increased pain perception during the dental appointment. Treating such anxious patients is stressful for the dentist due to the amount of time and resources spent on treatment in order to establish individual contact with the patient, which ultimately leads to discomfort for both the dentist and himself [2].

Ключевые слова : деонтология, дентофобия, страх и боязнь, отсроченные стоматологические визиты.

Key words: deontology, dentophobia, fear and anxiety, delayed dental visits.

По сведениям статистики, в пределах 82% стоматологов «заражаются» беспокойным синдромом от своих больных, а это в какой-то мере не дает их нормальной работе. Кроме того, больные, испытывающие стресс, требуют большего времени для проведения медицинских манипуляций, острее реагируют на раздражители и более чувствительны. Чтобы больной не опасался визитов к стоматологу, он должен понять, что стоматологу безразлично состояние пациента, сидящего в его кресле. Невозможно быть просто стоматологом, надо быть ещё и психологом. Врач и медицинская сестра обязаны приложить максимум усилий для того, чтобы пациент не чувствовал ни боязни, ни боли [3].

Во время лечения пациент не испытывает ожидаемой боли и дискомфорта: в стоматологических кабинетах играет музыка, движения врача-стоматолога спокойные и уверенные, а «подопечный» окружён заботой и интересом персонала. Для снятия психоэмоционального напряжения используют эмоциональную и медикаментозную подготовку пациента перед лечением.

Психологическая подготовка больного подключает в себя убеждение в безболезненности лечения, соблюдение медицинской этики и деонтологии, установлении хорошего контакта при общении со стоматологом.

Несмотря на прогресс в стоматологии и появление массы новых эффективных анестетиков проблема корректировки психоэмоционального напряжения у этих больных остаётся актуальной, так как больные с дентофобией избегают стоматолога [3].

Выделяют 3 степени дентофобии [4]:

1. легкая – больной испытывает легкое волнение, сидя в стоматологическом кресле;
2. средняя – в зависимости от вида стоматологического вмешательства, больной испытывает тревогу, после проведенного успешного лечения чувство дискомфорта исчезает;
3. тяжелая степень – больной посещает стоматолога лишь только в случае крайней необходимости, создает трудности в процессе лечения, не выполняет рекомендации врача.

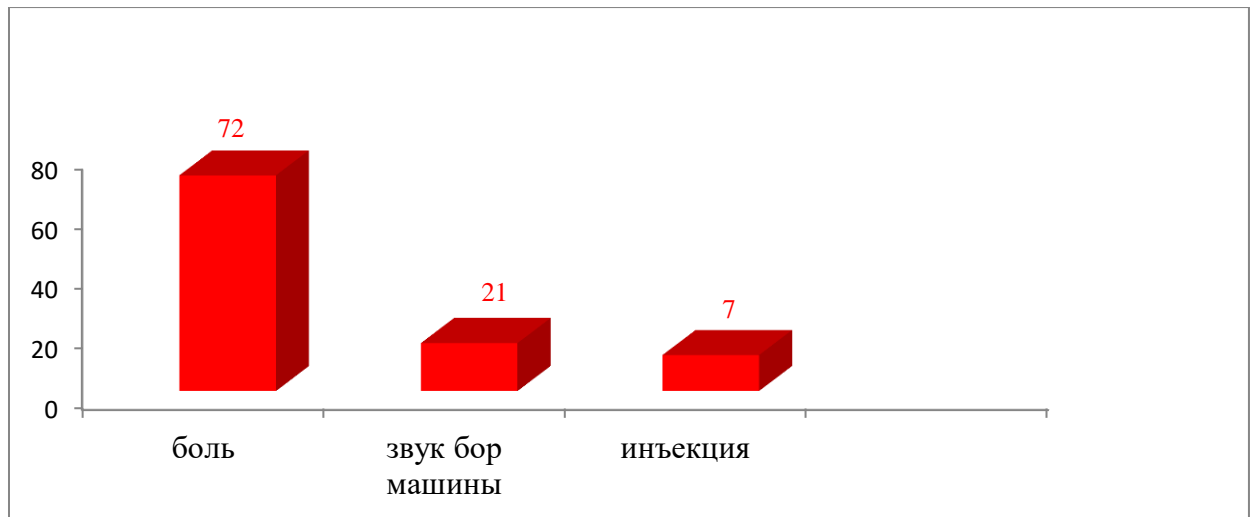
Цель исследования. Изучение причин дентофобии и её устранение.

Материал и методы. В 2020г. были обследованы 28 больных, в возрасте 20-50 лет (14 мужчин, 14 женщин) в поликлинике терапевтической стоматологии при Ташкентском Государственном стоматологическом институте. Опрос пациентов, осмотр полости рта и лечебно-профилактические мероприятия проводили в стоматологическом кресле с помощью стандартного набора инструментов. Анкетирование выполняли в спокойной обстановке.

Результаты и обсуждение. Страх, волнение и напряжение перед посещением стоматолога испытывают 72 % больных. Страх, возникающий у больных на стоматологическом приёме, приводит к отказу от лечения более чем в 50% случаев. Около 5% людей испытывают сильнейший страх при одном упоминании о стоматологе. В структуре стоматологических посещений 50–60 % составляют больные, обратившиеся к стоматологу с осложнёнными формами кариеса зубов, острыми воспалительными процессами челюстно-лицевой области одонтогенного происхождения. Согласно проведённым нами исследованиям, на стоматологическом приёме все больные испытывают страх перед стоматологическим.

Первый визит к стоматологу у 55 % больных состоялся в возрасте от 5 до 10 лет, т. е. дентофобия могла сформироваться у них ещё в детском возрасте. Известно, что дентофобия, приобретённая в детском возрасте, однажды установившись, очень тяжело поддаётся коррекции. Предшествующий негативный стоматологический опыт является одним из самых сложных моментов в природе дентофобии.

65% пациентов посещают стоматолога только при возникновении острой боли. Лишь 5 % опрошенных совершают профилактические визиты к врачу-стоматологу 2 раза в год. Основной причиной избегания визитов к стоматологу 72 % опрошенных назвали боязнь и страх. Также сильными раздражителями являются звук бормашины (21%) и инъекции (7%) (диаграмма 1).

Причины дентафобии**Заключение**

Таким образом, можно утверждать, что дентофобия широко распространена среди населения и приводит к отсроченным визитам к врачу-стоматологу, что усложняет лечение и увеличивает его сроки. Чаще всего такие пациенты приходят на приём к стоматологу с острой болью, а когда причина устранена, игнорируют рекомендации врача. Кроме того, возможные осложнения могут способствовать возникновению различных соматических патологий и в целом приводят к ухудшению здоровья пациента. На медработников возлагается задача необходимости преодоления отрицательных эмоций, в связи с предстоящим вмешательством. Условиями благоприятного проведения анестезии и операции являются правильный психологический подход к пациенту и надлежащий подход к родителям, если пациент ребёнок. Чтобы добиться спокойного поведения пациента, врач должен войти с ним в контакт, проявляя при этом терпение и выдержку. Немаловажное значение имеет и установление контакта с родителями ребёнка. Беспокойство, слезы родителей отрицательно воздействуют на психоэмоциональное состояние ребёнка, и он становится неуправляемым.

Библиографический список:

1. Анисимова Е.Н., Гасанова З.М., Молчанов А.С., Рязанцев Н.А. Психологический способ коррекции страха и тревоги перед стоматологическим вмешательством // Эндодонтия today. 2012. №1. С. 31–35.
2. Мухамедова З.М. Роль биоэтики в образовательной, повседневной практике и клинических исследованиях врачей-стоматологов. Stomatologiya № 4(69) 2017.С80-82; Брызгалов, А.С. Алгоритм оказания стоматологической помощи подросткам, находящимся на стационарном лечении в общесоматической клинике с различным уровнем стоматофобии: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.14 / А. С. Брызгалов. – Москва, 2012. – 23 с.
3. Власова, Д. С. Стоматофобия как социальная проблема: факторы формирования и возможности профилактики: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.05 / Д. С. Власова. – Волгоград, 2012. – 24 с.
4. Фаттахов Р.А., Ризаев Ж.А. Изучение уровня психоэмоционального напряжения у пациентов на стоматологическом приеме. Стоматология. 2017. №3. С. 75.

Научное издание

Коллектив авторов

ISSN 2500-378X