

**ЛИЧНОСТНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОСТЬ КАК ЭТИОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКТОР
ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА У СТУДЕНТОВ**

Беленкова Ю. В., Сергеева Ю. Н.

Научный руководитель: пр.-ст. П. А. Литвина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В настоящее время увеличилась подверженность молодежи, в особенности студентов, информационному стрессу. В процессе учебной деятельности студенты сталкиваются с воздействием разнообразных раздражителей психологической (личностной), организационной и, прежде всего, информационной природы, которые влекут за собой повышение уровня эмоциональности. Еще в XIX в. Зигмунд Фрейд [1] писал о том, что сильное эмоциональное возбуждение приводит к соматическим нарушениям. Пусковым звеном является эмоционально значимая информация. Она оценивается в головном мозге и преобразуется в каскад нейрофизиологических реакций. Формируется два типа управляющих сигналов: первый — нервные импульсы, второй — выброс стресс-гормонов, таких как АКТГ, адреналин, норадреналин, кортизол. В период стресса снижается способность организма к адаптации, истощаются его функциональные возможности, что является предпосылкой к развитию церебровисцерального синдрома стресса [2].

Таким образом, одним из причинных факторов подверженности информационному стрессу является нарушение эмоциональной стабильности.

Цель исследования

Изучить некоторые признаки информационного стресса у студентов, учитывая их эмоциональное состояние.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось на базе УО «Гомельский государственный медицинский университет» путем анкетирования студентов. У всех студентов взято информированное согласие.

Для самооценки личностной эмоциональности использовался опросник структуры темперамента В. М. Русалова [3]. Адаптированная модифицированная и стандартизированная методика с ориентировочными нормативами поуровневой выраженности личностной эмоциональности для лиц обоих полов старше 16 лет: от 9 до 12 баллов (1-я группа респондентов) — высокий уровень эмоциональности, 4–8 баллов (2-я группа респондентов) — средний уровень эмоциональности и от 0 до 3 баллов (3-я группа респондентов) — низкий уровень эмоциональности.

Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft (USA)» «Statistica» 8.0. Для оценки нормальности распределения изучаемых количественных показателей применяли критерий Шапиро-Уилка (W test). Так как распределение изучаемых признаков отличалось от нормального, для статистической обработки использовали непараметрические методы и критерии. Анализ различий в трех независимых группах проводился с использованием критерия Краскела-Уоллиса (H test) и медианного теста. Анализ различий в двух независимых группах проводился с использованием критерия Манна-Уитни (U test). Данные описательной статистики приведены в виде медианы и квартилей (Me ($Q_1; Q_3$)). Нулевую гипотезу отклоняли при уровне статистической значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследовании участвовало 200 студентов третьего курса лечебного и диагностического факультетов в возрасте от 19 до 21 года, среди них 44 (22 %) мужчины и 156 (78 %) женщин. Данные исследований представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Показатели описательной статистики в группах с различным уровнем эмоциональности у студентов (Me(Q1;Q3))

Группа	N	Частота головных болей в месяц	Длительность работы в сети Интернет	Частота приемов горячей пищи	Длительность сна в сутки
1	51	*1,0 (0,0; 3,0)	2,0 (1,0; 3,0)	***1,0 (1,0; 2,0)	5,0 (5,0; 6,0)
2	77	**2,0 (1,0; 3,0)	2,0 (1,0; 3,0)	****1,0 (1,0; 2,0)	6,0 (5,0; 6,0)
3	72	*2,0 (1,0; 4,0)	2,0 (1,0; 3,0)	***1,0 (1,0; 1,0)	5,0 (5,0; 6,0)

*Примечание:** Статистические значимые различия между 1 и 3 группами по частоте головных болей ($p < 0,05$); ** статистические значимые различия между 2 и 1 группами по головным болям ($p < 0,05$); **** статистически значимые различия между 2 и 3 группами по частоте приемов горячей пищи в сутки ($p < 0,05$); *** статистические значимые различия между 1 и 3 группами по частоте приема горячей пищи в сутки ($p < 0,05$).

В результате проведенных исследований было выявлено, что 51 (25,5 %) респондентов с низким уровнем эмоциональности, 77 (38,5 %) респондентов — со средним уровнем эмоциональности, 72 (36 %) респондентов — с высоким уровнем эмоциональности.

При проведении сравнительного анализа показателей частоты приемов горячей пищи с помощью критерия Краскела-Уоллиса ($H = 2$; $p = 0,002$), а также частоты головных болей ($H = 2$; $p = 0,024$) в обследованных группах в зависимости от уровня личностной эмоциональности были выявлены статистически значимые различия. По показателю длительности работы в сети Интернет и продолжительности суточного сна статистически значимых различий в обследованных группах не выявлено.

При проведении анализа по показателю частоты приема горячей пищи в двух несвязанных группах по методу Манна-Уитни было выявлено, что в первой группе частота приемов пищи выше — (1,0 (1,0;2,0)), чем в третьей группе — (1,0 (1,0;1,0)), различия статистически значимы ($p = 0,049$, $U = 1394,500$). Также во второй группе частота приемов горячей пищи выше — (1,0 (1,0;2,0)), чем в третьей группе — (1,0 (1,0;1,0)), различия статистически значимы ($p = 0,001$; $U = 2045,000$).

При проведении сравнительного анализа по показателю частоты головных болей было выявлено, что в первой группе частота головных болей меньше — (1,0 (0,0;3,0)), чем в третьей — (2,0 (1,0;4,0)), различия статистически значимы ($p = 0,007$; $U = 1325,000$). Также по показателю частоты головных болей было выявлено, что в первой группе частота головных болей меньше — (1,0 (0,0;3,0)), чем во 2 — (2,0 (1,0;3,0)), различия статистически значимы ($p = 0,042$; $U = 1325,000$).

В процессе исследования между группами респондентов с низким и средним уровнем эмоциональности по показателю частоты приемов горячей пищи статистически значимых различий не выявлено. Также по частоте головных болей статистически значимых различий не выявлено между группами со средним и высоким уровнем эмоциональности.

Выводы

1. В обследованных группах у 74,5 % студентов наблюдается высокий и средний уровни личностной эмоциональности, а у 25 % — низкий уровень.

2. В обследованных группах по уровню личностной эмоциональности были выявлены статистически значимые различия между респондентами с высоким и низким уровнем по показателю частоты головных болей ($p = 0,007$), между группами с низким и средним уровнями эмоциональности ($p = 0,042$).

3. По показателю частоты приема горячей пищи выявлены статистически значимые различия между группами с низким и высоким уровнем личностной эмоциональности ($p = 0,049$); между группами со средним и высоким уровнем эмоциональности ($p = 0,001$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Дуброва, В. П. Основы психологии / В. П. Дуброва. — Мн.: Беларусь, 2003. — 288 с.
2. Судаков, К. В. Индивидуальная устойчивость к эмоциональному стрессу / К. В. Судаков. — М.: Горизонт, 1998. — 267 с.
3. Бодров, В. А. Информационный стресс / В. А. Бодров. — М.: ПЕРСЭ, 2000. — 352 с.

УДК 618.3:577.1

ДИСФУНКЦИЯ ПЛАЦЕНТЫ У ЖЕНЩИН С НЕВЫНАШИВАНИЕМ

Бербец А. Н.

Буковинский государственный медицинский университет
г. Черновцы, Украина

Обследовано 30 женщин с неосложненным течением беременности и 96 женщин с признаками угрозы невынашивания в I триместре. Изучались сывороточные уровни белков беременности (трофобластического β -гликопротеина - ТБГ, α -2-микроглобулина фертильности — АМГФ), гормонов крови (эстрадиола, прогестерона, кортизола), а по окончании беременности — гистологические признаки дисфункции плаценты. Для лечения угрозы невынашивания использовали в составе терапевтического комплекса экстракт гинкго билоба и эринит. Пришли к выводу, что данные препараты улучшают состояние трофобласта в I триместре,

Среди важнейших проблем современного акушерства одно из первых мест занимает проблема невынашивания беременности. Частота невынашивания составляет в среднем от 10–12 до 20–35 % от общего числа беременностей. В Украине удельный вес невынашивания в общем количестве беременностей составляет 15–23 % всех установленных случаев беременности [3], и не имеет тенденции к снижению. Недостаточная инвазия трофобласта в области плацентарного ложа ведет к окклюзии спиральных и маточно-плацентарных артерий, что приводит к прерыванию беременности в виде выкидыша, или к развитию дисфункции плаценты в поздних сроках гестации. При осложнении течения беременности угрозой невынашивания гипоксия и задержка развития плода диагностируются с частотой соответственно 18,1 и 14,5 %, в состоянии асфиксии рождается 17,5 % новорожденных [8].

Цель исследования

Изучить значения показателей функционального состояния плаценты при угрозе невынашивания (выкидыша) в первом триместре беременности, а также отследить патогистологические признаки дисфункции плаценты при данной патологии; предложить патогенетически обоснованную коррекцию нарушений.

Материал и методы исследования

Обследованы 96 беременных с клиникой угрозы невынашивания в I триместре гестации, которые составили основную группу. Отбирались беременные с клиникой угрозы выкидыша в I триместре, которая включала следующие группы жалоб: боль внизу живота, кровянистые выделения из половых путей мажущего характера, УЗИ-признаки угрозы прерывания беременности (сегментарные сокращения матки). Женщины с тяжелой экстрагенитальной патологией, истмико-цервикальной недостаточностью, изосенсибилизацией по АВ0 и Rh-системами крови, TORCH-инфекции, были исключены из числа обследованных. Группу контроля составили 30 женщин с нормальным течением гестации. Основная группа была разделена на две равные подгруппы. Так, 48 женщин вошли в подгруппу с традиционным лечением, и получали гормональную терапию (дуфастон в дозе 20–40 мг/сут), спазмолитики, седативные, гемостатические препараты, витамины. Другим 48 женщинам, которые вошли в подгруппу коррекции, наряду с традиционной терапией назначали разработанный нами лечебный комплекс в составе: