



*Рисунок 1 – Индивидуальные стили обучения студентов*

Преобладающие стили обучения способствуют формированию практических умений и навыков, которые в дальнейшем позволят студентам самостоятельно организовать работу и увеличить свой профессионализм.

Полученные данные можно использовать для повышения эффективности учебного процесса, основываясь на преобладающие стили обучения, а также для успешной подготовки более высококвалифицированных кадров в будущем.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Уханов, К. А. Особенности индивидуального стиля познания у студентов высшего военного учебного заведения / К. А. Уханов, А. В. Цветков // *Мировая наука*. – 2018. – № 12 (21). – С. 428–433.
2. Постников, П. Г. Индивидуальный стиль познания истории как предмет мониторинга качества исторического образования / П. Г. Постников // *Историко-педагогические чтения*. – 2005. – № 9. – С. 376–380.
3. Кузьмина, С. А. Модель Дэвида Колба в рамках сетевого взаимодействия / С. А. Кузьмина, Н. Е. Кузьмин // *The edition is included into Russian Science Citation Index*. – 2015. – С. 64.
4. Мукосей, А. Ю. Технологическая схема производства курса дистанционного обучения / А. Ю. Мукосей, Ю. В. Зайцев // *Дистанционное обучение – образовательная среда XXI века : материалы XI Международной научно-методической конференции, Минск, 12–13 декабря 2019 г. / редкол.: В. А. Прытков [и др.]*. – Минск : БГУИР, 2019. – С. 210.

**УДК 618.177:[616.891.6+616.8-008.64]-052**

**А. В. Апасова, М. А. Дрик**

*Научный руководитель: старший преподаватель Т. П. Пицко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ОЦЕНКА УРОВНЯ ДЕПРЕССИИ И ТРЕВОГИ У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ «БЕСПЛОДИЕ»**

#### ***Введение***

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), частота бесплодия в мире составляет 10–15% [1]. Удельный вес бесплодных супружеских пар в Республике Беларусь составляет 14,5–15% [2].

На уровне физиологии перманентный стресс влияет на деятельность всех органов и систем женщины, в том числе и тех, которые отвечают за продолжение рода. Под воздействием стресса слабеет иммунитет, уменьшается подвижность маточных труб, изменения происходят в шейке матки и яичниках. Также, стресс накладывает отпечаток и на высшие центры мозга, что, в свою очередь, провоцирует гормональные сдвиги, сильно снижающие вероятность зачатия.

Психоаналитики полагают, что стыд и чувство вины всегда «сопровождают» женщину в ситуации, когда она не смогла забеременеть, как все остальные, выносить и родить ребенка, тем самым продолжив свой род. Постоянные попытки женщины зачать ребенка, вызывают чувство перманентной тревоги. А состояние хронической фрустрации приводит бесплодных женщин к депрессии [3].

### ***Цель***

Изучить выраженность проявлений депрессии и тревожных расстройств у пациенток с бесплодием.

### ***Материал и методы исследования***

Проведено анонимное анкетирование 53 пациенток (24 из которых имеют диагноз «бесплодие») учреждения «ГОДМЦ «Брак и семья» в возрасте от 21 до 47 лет. Диагностика тревоги и депрессии проводилась с помощью Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). При принятии решения о неравенстве групп в качестве порогового значения определяли  $p < 0,001$ .

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Среди опрошенных пациенток в браке состоят 44 женщины (83%), из них – 23 пациентки с бесплодием (52%).

При подсчете количества баллов для оценки уровня тревоги, выяснилось, что результат от 0 до 7 баллов (отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги) получили 34 пациентки (64%), из них 14 (41%) с бесплодием. Среди обследуемых с отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги диапазон возраста бесплодных женщин составил от 23 до 43 лет, диагноз «бесплодие» большинству из них (9 человек; 64%) был выставлен от 3 до 7 лет назад. Наиболее часто среди бесплодных женщин с отсутствием достоверно выраженных симптомов тревоги встречалась возрастная группа от 30 до 39 лет (6 человек; 43%). Результат от 8 до 10 баллов (субклинически выраженная тревога) получили 10 (19%) опрошенных, из них 3 (30%) с диагнозом «бесплодие». Возраст пациенток с бесплодием в данной группе составил 28, 38, 40 лет. Диагноз был поставлен 10, 5 и 3 года назад соответственно. Балл 11 и выше (клинически выраженная тревога) получили 9 (17%) женщин, причем у 7 (78%) из них диагностировано бесплодие. Возраст опрошенных с диагнозом «бесплодие» в данной группе составил от 28 до 41 года. У 57% пациенток диагноз был выставлен 10 и более лет назад. Рассматривая ответы на вопросы, можно отметить, что на вопрос «Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться» чаще всего был получен ответ «Иногда, но это меня не беспокоит» (12 бесплодных женщин, 14 здоровых, что составило 50 и 48% соответственно от пациенток с бесплодием и здоровых), реже были получены ответы «Да, это так, но страх не очень велик» (4 бесплодные женщины, 5 здоровых).

На вопрос «Беспокойные мысли крутятся у меня в голове» чаще всего пациентки отвечали «Время от времени и не так часто» (15 бесплодных женщин, 14 здоровых, что составило 63% и 48% от пациенток с бесплодием и здоровых соответственно) и «Большую часть времени» (4 бесплодные женщины, 4 здоровых).

На вопрос «Я легко могу присесть и расслабиться» большинство опрошенных ответили «Наверно, это так» и «Лишь изредка, это так» (10 бесплодных женщин и 11 здоровых, 7 бесплодных женщин и 10 здоровых соответственно).

В подавляющем большинстве случаев ответ «Иногда» (70% бесплодных женщин, 76% здоровых женщин) был получен на вопрос «Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь».

На вопрос «Я испытываю неуверенность, мне постоянно нужно двигаться» пациентки отвечали «лишь в некоторой степени, это так» (10 бесплодных женщин, 14 здоровых

женщин) и «определенно, это так» (только 4 бесплодные женщины, что составило 17% от опрошенных пациенток с бесплодием).

На вопрос о наличии внезапного чувства паники чаще всего был получен ответ «Не так уж часто» – 10 бесплодных женщин, 12 здоровых женщин.

При оценке баллов шкалы тревоги HADS по критерию Пирсона были получены следующие результаты:  $\chi^2=10,45$ , при  $p=0,01$ , что не отклоняет нулевую теорию.

При оценке уровня депрессии, баллы от 0 до 7 (отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии) были получены в 92% случаев (49 человек). Из них 22 (45%) женщины с бесплодием, возрастом от 26 до 43 лет, постановка диагноза от 1 до 11 лет назад. Субклинически выраженная депрессия (8–10 баллов) была выявлена у 4 пациентов, диагноз «бесплодие» был выставлен двоим из них (50%). Возраст пациенток с бесплодием в данной группе составил 28 лет и 33 года. Диагноз обоим был выставлен более 10 лет назад. Ни одна опрошенная не получила балл 11 и выше (клинически выраженная депрессия). Выяснилось, что у 3 (75%) из 4 пациенток с субклинически выраженной депрессией также имеется субклинически выраженная тревога (1 человек; 33%) и клинически выраженная тревога (2 человека; 67%; обе с диагнозом «бесплодие»).

Большинство опрошенных согласилось с утверждением: «То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство». «Определенно, это так» – ответили (10 бесплодных женщин, 16 здоровых), «Наверное, это так» – ответили (10 бесплодных женщин, 10 здоровых).

С утверждением «Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное» среди бесплодных был получен ответ «совсем не способен» 1 раз (4%), «лишь в очень малой степени это так» 2 раза (8%), «наверное, это так» 9 раз (38%), остальные же (50%) дали ответ «определенно, это так». Рассматривая здоровых женщин, в подавляющем большинстве случаев (83%) был дан ответ «определенно, это так».

Большинство опрошенных ответили, что испытывают бодрость только иногда (11 бесплодных женщин, 18 здоровых).

Большинству пациенток иногда кажется, что они иногда стали все делать очень медленно (11 бесплодных женщин, 17 здоровых).

Большинство опрошенных следят за собой так же, как и раньше (16 бесплодных женщин, 17 здоровых), меньше людей считает, что может быть, они стали уделять меньше времени своей внешности (6 бесплодных женщин, 8 здоровых).

На вопрос «Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения» среди бесплодных был получен ответ «совсем так не считаю» 2 раза (8%), «значительно меньше, чем обычно» 1 раз (4%), «да, но не в той степени, как раньше» 3 раза (13%), остальные же (75%) дали ответ «точно так же, как и обычно». Рассматривая здоровых женщин, в большинстве случаев (66%) был дан ответ «точно так же, как и обычно» и остальные (34%) ответили «да, но не в той степени, как раньше».

«Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы» отвечали «иногда» (11 бесплодных женщин, 5 здоровых), «редко» (3 бесплодные женщины, 1 здоровая женщина), и большинство (18 бесплодных женщин, 23 здоровых) ответили «часто».

При оценке баллов шкалы депрессии HADS по критерию Пирсона были получены следующие результаты:  $\chi^2=6,77$ , при  $p=0,01$ , что не отклоняет нулевую теорию.

### **Выводы**

Клинически выраженная тревога встречалась почти у каждой третьей бесплодной женщины, причем большинству из них диагноз «бесплодие» был выставлен более 10 лет назад, это может свидетельствовать о длительном дистрессе и о переживании

безнадежности и безысходности из-за невозможности завести ребенка в браке. Субклинически выраженная тревога встречалась у каждой 8 пациентки с бесплодием, что также может быть связана со страхом невозможности иметь детей из-за своего диагноза. Возраст бесплодных женщин, у которых достоверно выраженные симптомы тревоги отсутствовали, чаще всего находился в диапазоне от 30 до 39 лет, диагноз «бесплодие» большинству из них был выставлен от 3 до 7 лет назад. У подавляющего большинства пациенток с бесплодием отсутствовали достоверно выраженные симптомы депрессии. Субклинически выраженная депрессия у пациенток с бесплодием встречалась редко, диагноз был выставлен им более 10 лет назад, что также может указать на длительные переживания из-за бесплодного брака. Клинически выраженная депрессия не была обнаружена ни у кого из опрошенных. Сочетание субклинически выраженной депрессии и клинически выраженной тревоги у бесплодных женщин встречалось дважды. Исходя из этого, можно сделать вывод, что женщины с бесплодием часто имеют сопутствующие симптомы, такие как тревога и депрессия. Это подчеркивает актуальность темы бесплодия и тревожно-депрессивных расстройств у женщин детородного возраста. А также, указывает на необходимость привлечения психотерапевта в комплексную работу с женщинами, имеющими соответствующий диагноз.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Радзинский, В. Е. Бесплодный брак. Версии и контраверсии / В. Е. Радзинский. – 2 изд. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 30 с.
2. Шилова, С. Д. Основы вспомогательных репродуктивных технологий в лечении бесплодия : учеб. пособие / С. Д. Шилова, О. С. Лобачевская, С. Н. Царева, С. В. Жуковская. – Минск : БГМУ, 2017. – 44 с.
3. Масыгутова, Л. Ф. Психологический взгляд на причины идиопатического бесплодия / Л. Ф. Масыгутова // Вестник науки и образования. – 2018. – № 17(53). – С. 113–116.

**УДК 613.86:37.011.31-051**

**А. В. Василенко (Ефимчик), А. В. Громыко**

*Научный руководитель: д.м.н., доцент, профессор И. М. Сквиря*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

### **ОЦЕНКА СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У УЧИТЕЛЕЙ**

#### ***Введение***

Синдром эмоционального выгорания – это реакция организма, возникающая вследствие продолжительного воздействия стрессов средней интенсивности, с характерными для него компонентами: эмоциональное истощение, деперсонализация, а также редукция личных достижений – умаление собственного достоинства [1].

Синдром эмоционального выгорания может возникать у людей любой профессии, однако наиболее присущ «помогающим» профессиям, работа которых большую часть времени занимает взаимодействие с людьми [2]. Одной из таких профессий является профессия педагога. Это профессия, которая требует полного погружения, самоотдачи, эмоционального включения. Педагог не только обучает и воспитывает школьников, но и побуждает их интерес и любопытство к учебе. В ходе эмоционального выгорания учитель начинает испытывать эмоциональную напряженность, усталость, неудовлетворенность условиями труда, нехватку личностных ресурсов для дальнейшей работы, чувство истощения, и, как следствие, развивается формальное отношение к своей деятельности [3]. А так как учитель оказывает большое влияние на психологический климат коллектива, получив профессиональную деформацию, начинает негативно влиять на личности школьников [4, 5].