

7. Наиболее распространенным способом суицида являлось повешение, совершенное по месту жительства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Статистический ежегодник Республики Беларусь, 2020 [Электронный ресурс]. — 2020. — URL: https://www.belstat.gov.by/ofitsialnaya-statistika/publications/izdania/public_compilation/index_18023/ (дата обращения 27.09.2020).
2. Ласый, Е. В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения (руководство для социальных работников): инструкция по применению / Е. В. Ласый, С. В. Давидовский; Бел. мед. акад. последиплом. образования. — Минск, 2009. — 31 с.
3. Предупреждение суицидов: глобальный императив. — Женева: ВОЗ, 2014. — 102 с.
4. Ильин, Е. П. Мотивация и мотивы / Е. П. Ильин. — М.: Питер, 2011. — 508 с.

УДК 616.831-053.9:159.942.5

АНАЛИЗ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СТАТУСА ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕ 60 ЛЕТ С ДИАГНОЗОМ «ДИСЦИРКУЛЯТОРНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ СЛОЖНОГО ГЕНЕЗА» НА СТАЦИОНАРНОМ ЭТАПЕ

Ходькова Ю. В.¹, Усова Н. Н.¹, Лемешков Л. А.², Данильченко В. В.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Учреждение

«Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Продолжительность жизни населения является одним из актуальнейших вопросов последнего столетия. Это связано с глобальным феноменом, как старение населения, который затрагивает все страны мира. Исходя из данных отчета «Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2019 г.» возрастная группа 65 лет и старше растет быстрее всего и на 2019 г. составляет 9 %, а это каждый 11 человек. По прогнозам к 2050 г. каждый шестой человек в мире будет старше 65 лет (16 %), а это практически в 2 раза больше в сравнении с 2019 г. Впервые в истории в 2018 г., по данным мировой статистики, возрастная категория старше 65 лет численно превысила количество детей в возрасте до пяти лет во всем мире. По данным статистического обзора Белстата за последнее десятилетие продолжительность жизни белорусов увеличилась на 4 г.: до 74,5 лет: у женщин в среднем 79,4 г., у мужчин — 69,2 г. На начало 2019 г. в РБ проживало 2091,7 тысячи пожилых граждан, почти каждый пятый житель.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения выделяют следующую возрастную классификацию: от 25 до 44 лет — молодой возраст, 44–60 лет — средний возраст, 60–75 лет — пожилой возраст, 75–90 лет — старческий возраст, после 90 — долгожители.

Соответственно с увеличением продолжительности жизни становятся неотъемлемыми такие понятия как «качество долголетия» и «активная старость». Понятие «качество» является комплексным и связующим между социально-экономическими факторами и состоянием здоровья человека. Это совокупность физического, психического, эмоционального состояния, интеллектуальной сферы и общекультурных факторов, которые в свою очередь, являются ключевыми составляющими полноценного функционирования в обществе, а также определяют удовлетворённость человека жизнью. Касательно «активной старости», Всемирная организация здравоохранения определяет ее как процесс оптимизации возможностей в плане здоровья, повышения качества жизни по мере старения.

С увеличением продолжительности жизни связан рост количества пациентов с возраст-ассоциированными заболеваниями и гериатрическими синдромами. Наличие не-

скольких хронических заболеваний называется коморбидностью и зачастую является причиной длительного пребывания пациентов в лечебном учреждении, затруднениями в проведении реабилитации, рисками осложнений и инвалидизации. Также коморбидность влечет за собой назначение большого количества лекарственных средств, возникает проблема полипрагмазии, которая в большом количестве случаев является необоснованной, влечет за собой большое количество побочных реакций у пациентов старших возрастных групп, частые госпитализации и снижение качества жизни пациентов. Максимальную приверженность пациента к лечению формирует непосредственно лечащий врач, который должен учитывать морфофункциональную возрастную эволюцию органов и систем стареющего организма, психоэмоциональную сферу пациента, сопутствующую патологию, чтобы лечение было максимально эффективным, безопасным и индивидуализированным. Все эти понятия являются составляющими принципами комплексной гериатрической оценки, компонентами которой являются физический, психоэмоциональный, социальный и функциональный статус. Но все же зачастую возникает «нонкомплаенс» и причины вполне понятны, так как пациентам порой в результате назначений необходимо принимать более 3–4-х препаратов, что вызывает страх побочных эффектов и как итог отрицательный плацебо-эффект, сопровождается ростом негативного эмоционального фона. Посредством эмоций выражается субъективное отношение человека к окружающему миру и к текущим событиям, с последующим формированием определенной модели восприятия ситуаций в процессе жизненного опыта. Эмоциональная и поведенческая сферы пациента находятся в тесной взаимосвязи с когнитивными функциями, а именно, между каждой психической функцией и структурно-функциональной системой мозга существуют сложные взаимосвязи, содружественная работа которых определяет целостную психическую деятельность индивидуума, качество жизни пациентов, их родственников и ближайшего окружения. Именно поэтому психоэмоциональный статус является одним из важнейших составляющих компонентов комплексной гериатрической оценки, так как правильная его интерпретация во многом является залогом успешного ведения пациентов данной возрастной категории.

Цель

Выявить наличие эмоционально-аффективных нарушений и определить уровень их выраженности у пациентов старше 60 лет с диагнозом «Дисциркуляторная энцефалопатия сложного генеза» на стационарном этапе.

Материал и методы исследования

Обследовано 36 пациентов, мужского пола — 11, женского — 25 с диагнозом «Дисциркуляторная энцефалопатия сложного генеза», проходивших лечение на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь ИОВ». При выборе группы пациентов критерием отбора являлось наличие характерных жалоб тревожно-депрессивного ряда. Средний возраст респондентов составил 75,5 лет (от 62 до 88 лет), (среди женщин — 73,88; среди мужчин — 77,9). В процессе обследования пациентов были использованы шкалы Спилбергера — Ханина для определения уровня реактивной и личностной тревожности, шкалы Бека для определения наличия депрессивного расстройства и его количественной оценки. Предварительно у пациентов было взято информированное согласие на использование результатов обследования. Данные анализировались с помощью программ «Statistica» 12.0 и «Exel» посредством описательной статистики, а также представлены с помощью моды, верхнего и нижнего квартилей.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам тестирования балл по шкале Бека в выбранной группе пациентов составил 8 [5; 13] баллов, по шкале Спилбергера — Ханина уровень реактивной тревожности — 42 [39,5; 48] баллов, уровень личностной тревожности — 52 [45; 59] баллов. В процессе исследования с использованием шкалы Бека у 41,7 % респондентов

были определены депрессивные расстройства разной степени выраженности: субдепрессия — у 30,5 %, умеренная депрессия выявлена у 8,33 %, в одном случае была определена выраженная депрессия. При анализе уровня реактивной и личностной тревожности при помощи шкал Спилбергера — Ханина у 100 % респондентов определяется уровень тревожности от умеренного до высокого, (причем выраженный уровень личностной тревожности преобладает над уровнем реактивной тревожности в 2 раза). Умеренный уровень реактивной тревожности определился у 57,3 %; умеренный уровень личностной тревожности — у 22,7 %. Выраженный уровень реактивной тревожности у 33 % респондентов, выраженный уровень личностной тревожности — 76 %.

Выводы

Таким образом, можно отметить, что у подавляющего большинства обследуемых пациентов в возрастной группе старше 60 лет определяются эмоционально-аффективные нарушения различной степени выраженности, которые требуют своевременной диагностики и лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. URL: <https://www.un.org/ru/sections/issues-depth/ageing/> [электронный ресурс], (дата обращения: 27.02.2020).
2. The Right to Health of Older People / B. Baer [et al.] // Gerontologist. — 2016. — Vol. 56, № 2. — P. 206–217.
3. Аксенов, М. М. Психологические особенности пациентов пожилого возраста с непсихотическими психическими расстройствами / М. М. Аксенов, И. Я. Стоянова, Е. В. Цыбульская // Вестник ТГПУ. — 2015. — Т. 3 (156). — С. 58–63.
4. Шаяхметова Э. Ш. Особенности психических состояний у лиц пожилого возраста, живущих в семьях и домах престарелых / Э. Ш. Шаяхметова, Г. В. Митина, О. М. Макушкина // Здоровье и образование в XXI веке. — 2018. — Т. 20 (2). — С. 47–52.

УДК 331.101.32:[614.25:616.89](476)

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ТРУДОМ ВРАЧЕЙ-ПСИХИАТРОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Шилова О. В., Волченко А. Н.

Учреждение

**«Республиканский научно-практический центр психического здоровья»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

Развитие системы здравоохранения неотделимо от постоянного совершенствования профессионализма, высокой трудовой дисциплины и высокого уровня мотивации кадрового состава, прежде всего — врачей [1]. Социальная направленность, высокая общественная значимость и ответственность врачебной деятельности сопряжена с высокими эмоциональными и интеллектуальными затратами. В связи с этим все большее внимание организаторов здравоохранения различных стран привлекают не только состояние здоровья врачей различных специальностей, но их удовлетворенность, связанная с трудовой деятельностью. Данный показатель, вместе с проявлениями эмоционального выгорания, в значительной мере определяет эффективность, приверженность работе и учреждению, а также качество жизни в целом [1, 2].

Так, данные исследований, проведенных в странах Европы, Америки и Азии, демонстрируют, что 20–25 % врачей различных специальностей отмечают значительное снижение удовлетворенности как состоянием своего здоровья вследствие работы, так и самой трудовой деятельностью, а также той помощью, которую они могут оказать пациентам [2–4]. Изучаются также факторы, влияющие на удовлетворенность. Выделены внутренние, связанные с психолого-эмоциональными, коммуникативными особенностями, и внешние факторы, связанные с организационными, материальными и социальными проблемами. Наиболее часто в числе факторов, снижающих удовлетворенность трудом, называют высокую рабочую нагрузку, низкую заработную плату, сложные, конфликтные межличностные отношения в коллективе и с пациентами [3, 4]. Не-