

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/](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.<sup>1</sup>, Усова Н. Н.<sup>1</sup>, Лемешков Л. А.<sup>2</sup>, Данильченко В. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«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-