

подъем заболеваемости злокачественными новообразованиями в среднем на 3,7%.

При обзоре литературы выявлено, что злокачественные новообразования являются актуальной проблемой в медицине. Причиной высоких показателей заболеваемости, является недостаточная регистрация первичных случаев рака, длительные воздействия неблагоприятных факторов внешней среды, старением населения, ухудшение экологической обстановки, популярность вредных привычек, неправильный образ жизни, выброса канцерогенных веществ в атмосферный воздух. Также еще одной не менее важной причиной увеличения злокачественных новообразований является развитие методов диагностики.

Литература

1. Онкология : учеб. пособие : в 2 ч. / О. Г. Суконко [и др.]. – Общая онкология ; под ред. А. В. Прохорова. – Минск : Новое знание, 2016. – Ч. 1. – 430 с.
2. Рак в Беларуси: цифры и факты. Анализ данных Белорусского канцер-регистра за 2010-2019 гг. / А. Е. Океанов [и др.] ; под ред. С. Л. Полякова. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2020. – 298 с.
3. Океанов, А. Е. Статистика онкологических заболеваний в Республике Беларусь (2008-2017) / А. Е. Океанов [и др.] ; под ред. О. Г. Суконко. – Минск : РНПЦ ОМР им. Н. Н. Александрова, 2018. – 286 с.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕЗОННОГО АФФЕКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА У УЧАЩЕЙСЯ МОЛОДЁЖИ И ИХ ЗАВИСИМОСТЬ ОТ МЕСТА ПРОЖИВАНИЯ И ТИПА ЛИЧНОСТИ

Жданко Н.А.

Гродненский государственный медицинский университет

Научный руководитель – ассистент Сезеневская Е. П.

Актуальность. Сезонное аффективное расстройство (САР) – одно из аффективных расстройств, частный случай рекуррентного депрессивного расстройства, которое возникает эпизодически – вероятно, в результате недостатка солнечного света и увеличения выработки мелатонина в осенне-зимний период. Данное заболевание характеризуется когнитивными и эмоциональными нарушениями поведения. Обычно сезонное аффективное расстройство возникает осенью или зимой и завершается к началу лета. Традиционно также выделяют субсиндромальные формы сезонного расстройства, при которых вегетативные симптомы являются клинически значимыми. Диагностика зимнего депрессивного синдрома

проводится врачом-психотерапевтом или психиатром, она включает следующие мероприятия: сбор анамнеза, проведение лабораторных исследований для исключения соматических заболеваний и психологическая оценка эмоционального состояния, когнитивных способностей [1]. Диагноз САР предполагает полную ремиссию симптомов после окончания осенне-зимнего сезона [2].

Средняя распространенность САР в зоне умеренного климата составляет 3–10%, в то время как субсиндромальная САР составляет 6-20% [2]. Средний возраст начала сезонного аффективного расстройства составляет около 23 лет, наиболее уязвимый возраст – 15-55 лет, причем риск САР уменьшается с возрастом [2]. Следует отдельно отметить, что обычно именно женщины в 4 раза больше подвержены заболеваемости САР, чем мужчины. В некоторой литературе также показано, что лица с САР имеют более длительный период синтеза мелатонина в зимнее ночное время, кроме того, уровень мелатонина у страдающих САР может быть выше, по сравнению с теми, у кого нет диагностированного САР [3]. Зимняя депрессия наиболее распространена в районах, где зимние дни очень короткие или есть большие изменения в количестве дневного света в разное время года. Значительная часть населения северных широт с укорочением дней осенью и зимой страдает от специфического синдрома комплекса, который может включать в себя следующие симптомы: усталость, депрессия, гиперфагия, гиперсомния, желание постоянно употреблять углеводы, увеличение масса тела. Если отмеченная симптоматика присутствует в зимнее время, снижает своё влияние с удлинением дней весной и исчезает в летний период, то диагностируется сезонное аффективное расстройство.

Цель. Исследование психосоциальных и эмоциональных аспектов САР у учащейся молодежи и их зависимости от места проживания и типа личности.

Материалы и методы исследования. Исследование проводилось методом социологического опроса с использованием специально разработанной валеологической анкеты на базе сервиса Google forms. Всего опрошено 72 респондента в возрасте от 17 до 30 лет (59 (81,9%) девушек и 13 (18,1%) юношей). Анализ полученных данных выполнялся с использованием стандартных методов статистических исследований.

Результаты и их обсуждение. Распределение по возрасту в группе опрошенных представлено следующим образом: 2 (2,8%) – 17 лет, 14 (19,4%) – 18 лет, 31 (43,1%) – 19 лет, 13 (18,1%) – 20 лет, 6 (8,3%) – 21 год, 6 (8,3%) – респонденты от 22 до 30 лет. Из них 41 (56,9%) проживают в общежитии, 29 (40,3%) – в квартире, 2 (2,8%) – в доме. Только 2 человека (2,8%) – проживают отдельно. 19 респондентов (26,4%) проживают совместно с одним человеком, 12 (16,7%) – с двумя, 18 (25%) – имеют 3 соседей, 5 (6,9%) – 4, 13 (17,1%) – 5, 3 (4,2%) – 6. 33 (45,8%) лишь

частично удовлетворены своим местом жительства, 27 (37,5%) полностью удовлетворены, 12 (16,7%) вовсе хотели бы сменить место жительства.

33 (45,8%) отметили, что являются амбивертами, 24 (33,3%) – интровертами, 15 (20,8%) – экстравертами.

Большинство респондентов (51 (70,8%)) оценили свой уровень здоровья как удовлетворительный, 17 (23,6%) – хороший, 4 (5,6%) – плохой. 47 (65,3 %) – оценивают уровень своего психоэмоционального состояния как удовлетворительный, 19 (26,4%) – как неудовлетворительный, и только 6 (8,3%) – как хороший.

62 респондентам (86,1%) известно о сезонном аффективном расстройстве, 10 (13,9%) – нет. Опрошенные отметили наличие у себя следующих симптомов в осенне-зимний период: 60 (83,3 %) ответили, что их одолевает сонливость, 55 (76,4 %) – усталость, 48 (66,7 %) – подавленное настроение, 47 (65,3 %) – быстрая утомляемость, 45 (62,5 %) – раздражительность, 42 (58,3 %) – апатия, 39 (54,2 %) – повышенная тяга к сладкому, 35 (48,6 %) – снижение концентрации внимания, 32 (44,4 %) – чувство тревожности, 30 (41,7 %) – потеря интереса и удовлетворения от тех вещей, которые раньше приносили радость, 29 (40,3 %) – постоянная грусть, 28 (38,9 %) – ухудшение памяти, 24 (33,3 %) – социальная изоляция. 40 (55,6%) также отмечают, что их потребность в общении изменилась.

46 (63,9%) отметили, что стресс оказывает на них исключительно отрицательное влияние, 21 (29,2%) – резко негативное, 3 (4,2%) – никакого, 2 (2,8%) – положительное. 68 (94,4%) опрошиваемых выделило в основе главного фактора стресса работу/учёбу, 40 (55,6 %) – состояние здоровья, 41 (56,9 %) – финансовые проблемы, 54 (75 %) – проблемы в семье, 55 (76,4 %) – проблемы в личной жизни, 55 (76,4 %) – отсутствие полноценного отдыха, 36 (50 %) – одиночество, 49 (68,1%) – неудовлетворённость собой.

Обычная продолжительность сна опрошенных составляет у 22 (30,6%) – 6 часов, у 19 (26,4%) – 5 часов, у 16 (22,2%) – 7 часов, у 8 (11,1%) – 4 часа и менее, у 7 (9,7%) – 8 часов и более. 49 (68,1%) – отмечают наличие нарушений сна в осенне-зимний период года. Из них 33 респондента (45,8 %) отметили нарушение цикла сна и бодрствования, 33 (45,8 %) – проблемы раннего утреннего пробуждения, 32 (44,4 %) – выделили бессонницу, 13 (18,1 %) – постоянные ночные пробуждения, 10 (13,9 %) – синдром беспокойных ног и периодические движения конечностями, 6 (8,3 %) – нарушение поведения во время сна.

Среди факторов, которые помогают избавиться от психоэмоционального напряжения, 55 человек (76,4%) отметили как ведущий фактор встречи с друзьями и родственниками, 52 (72,2 %) – прослушивание музыки, 44 (61,1 %) – просмотр фильмов, 33 (45,8 %) – прогулки, 31 (43,1 %) – домашних животных, 28 (38,9 %) – хобби, 27 (37,5 %) – посещение

различных культурно-развлекательных мероприятий, 24 (33,3 %) – отпуск, 22 (30,6 %) – спорт. 23 (31,9%) занимаются отдельным видом спорта, 10 (13,9%) – выполняют утреннюю зарядку, 39 (54,2%) не уделяют должного внимания физической активности. 68 (94,4%) отметили, что их настроение улучшается в солнечную погоду. При этом 34 (47,2%) проводят ежедневно на свежем воздухе около 1 часа, 21 (29,2%) – 2 часа, 14 (19,4%) – 30 минут, 3 (4,2%) – 3 часа и более.

38 респондентов (52,8%) стараются питаться полезно и сбалансированно, 20 (27,8%) – предпочитают быстрые углеводы, 10 (13,9%) – отдают предпочтение полуфабрикатам, 4 (5,6%) – признают, что в основном питаются вредной пищей (фастфуд, чипсы, газированные напитки). 30 (41,7%) респондентов заметили увеличение аппетита в осенне-зимний период, 25 (34,7%) отметили уменьшение аппетита, 17 (23,6%) – снижение аппетита. 24 (33,3%) респондентов также заметили увеличение веса, 19 (26,4%) – его снижение. 29 (40,3%) отметили, что вес не изменился.

Среди населения популярно мнение о том, что в осенне-зимний период для поддержания здоровья необходимо принимать витаминно-минеральные комплексы (курсами или на регулярной основе). 38 (52,8%) ответили, что принимают витаминно-минеральные комплексы преимущественно зимой, 14 (19,5%) – осенью, 20 (27,8%) – вовсе не принимают витаминно-минеральные комплексы.

Выводы. Результаты проведенного исследования показали, что на сегодняшний день сезонное аффективное расстройство действительно является распространённым заболеванием среди современной молодёжи. При проведении опроса было выявлено, что респонденты действительно страдают от усталости, сонливости, апатии, раздражительности, быстрой утомляемости и других синдромов, что резко негативно сказывается на самочувствии и работоспособности. Исследование также показало, что на проявление зимней депрессии влияет место жительства, тип личности человека и его образ жизни. Люди, живущие в общежитии, более подвержены сезонному аффективному расстройству, чем люди, которые живут в квартире. Амбиверты и интроверты также более подвержены зимней депрессии, чем экстраверты. Неправильный образ жизни действительно усиливает проявление САР.

Литература

1. Интернет портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/9293-seasonal-depression>. – Дата доступа: 10.04.2022.
2. Интернет портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sezonnoe-affektivnoe-rasstroystvo-diagnostika-i-terapiya/viewer>. – Дата доступа: 29.02.2012.
3. Miller, A. L. Epidemiology, etiology, and natural treatment of seasonal affective disorder / A. L. Miller. – Altern. Med. Rev, 2005. – № 10(1). – P. 5-13.