

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН ЖАМБЫЛСКОЙ ОБЛАСТИ

Байтиленов Б.С.

*Байтиленов Болат Серикханович – аспирант,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования
Киргизско-Российский Славянский университет,
г. Бишкек, Кыргызская Республика*

Аннотация: автором проведено анкетирование мужчин по общему опроснику SF-36 (SF-36-Health Status Survey). Проанализирована самооценка здоровья мужчин, оценено качество их жизни. Предложены мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи мужчинам с заболеваниями мочеполовой системы.

Ключевые слова: самооценка здоровья, качество жизни, заболевания мочеполовой системы, совершенствование.

Актуальность. В современных социально-экономических условиях качество жизни является одним из основных критериев оценки состояния здоровья населения. ВОЗ в «Политике здоровья для всех в XXI столетии» делает акцент на улучшение качества жизни отдельных категорий населения [1,2,4].

Это связано с повышением интереса к проблеме качества жизни в последние годы, связанного с ростом экономического кризиса во многих странах мира, что отражается на состоянии здоровья населения [3].

Необходимо совершенствовать оценку качества жизни пациентов с заболеваниями мочеполовой системы для разработки мер совершенствования, в частности диагностики, лечения, диспансерного динамического наблюдения [4,5].

Цель исследования: на основании оценки состояния здоровья и качества жизни предложить мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи мужчинам с заболеваниями мочеполовой системы.

Задачи исследования:

1. провести анкетирование мужчин Жамбылской области, обратившихся Региональный центр мужского здоровья и семейного долголетия Жамбылской области РК;
2. проанализировать самооценку здоровья и качество жизни мужчин с заболеваниями мочеполовой системы;
3. предложить мероприятия по совершенствованию оказания медицинской помощи мужчинам с заболеваниями мочеполовой системы.

Материал и методы исследования. Проведено анонимное анкетирование мужчин по общему опроснику SF-36 (SF-36 - Health Status Survey) 450 пациентов, обратившихся в Региональный центр мужского здоровья и семейного долголетия Жамбылской области РК. Опросник используется для оценки качества жизни пациентов, отражает общее благополучие и степень удовлетворенности теми сторонами жизнедеятельности человека, на которые влияет состояние здоровья.

Вычислялись интенсивные показатели, критерий достоверности Стьюдента, коэффициент корреляции и коэффициент детерминации «R» (%).

Результаты исследования. Проанализирована субъективная оценка собственного здоровья мужчинами Жамбылской области по возрастным группам, месту проживания (табл. 1). В возрастной группе 18-29 лет большинство мужчин из городской и сельской местностях ($13,5 \pm 1,2$ и $11,3 \pm 1,1$, соответственно, $p < 0,001$) оценивают собственное здоровье, как «отличное».

Таблица 1. Самооценка здоровья мужчин на 100 опрошенных (n=450)

№	Возрастная группа	Ответ (P+m)								Всего		p
		отличное		хорошее		удовлетворительное		плохое		город (n=229)	село (n=221)	
		город	село	город	село	город	село	город	село			
1	18-29	13,5±1,2	11,3±1,1	7,0±0,7	4,5±0,4	1,7±0,1	2,2±0,2	-	-	11,3±0,5	8,9±0,4	<0,001
2	30-39	7,9±0,7	8,6±0,8	4,3±0,4	4,0±0,4	2,2±0,2	3,6±0,4	1,7±0,1	1,3±0,1	8,2±0,4	8,7±0,4	<0,001
3	40-49	6,6±0,6	5,9±0,6	7,4±0,7	5,4±0,5	1,3±0,1	4,1±0,4	2,6±0,2	2,2±0,2	9,1±0,4	8,7±0,4	<0,001

4	50-59	5,2±0,5	7,2±0,7	4,8±0,5	6,3±0,6	4,0±0,4	3,6±0,3	1,3±0,1	1,3±0,1	7,8±0,4	9,1±0,4	< 0,001
5	60-69	3,1±0,3	2,3±0,2	6,9±0,7	3,1±0,3	5,7±0,5	6,8±0,7	3,1±0,3	2,7±0,3	9,6±0,4	7,4±0,3	< 0,001
6	70 лет и старше	1,7±0,1	2,7±0,3	2,6±0,2	1,8±0,2	2,1±0,2	5,0±0,5	3,1±0,3	3,7±0,4	4,8±0,2	6,4±0,3	< 0,001
	Итого	38,0±2,5	38,0±2,5	33,0±2,4	25,3±2,1	17,0±1,5	25,3±2,1	11,8±1,1	11,3±1,1	50,8±1,3	49,2±1,3	< 0,01

Как «хорошее» здоровье оценили в 1,5 раза больше мужчины из города (7,0±0,7), чем из села (4,5±0,4), $p < 0,001$. Удовлетворительным здоровьем считают 1,7±0,1 и 2,2±0,2, соответственно, $p < 0,001$. Ни один из респондентов не считает собственное здоровье плохим. В возрасте 30-39 лет уменьшается число лиц, оценивающих свое здоровье как «отличное» (7,9±0,7 и 8,6±0,8, соответственно, $p < 0,01$) и «хорошее» (4,3±0,4 и 4,0±0,4, соответственно, $p < 0,001$). Тогда как увеличивается число опрошенных, считающих свое здоровье удовлетворительным (2,2±0,2 и 3,6±0,4, соответственно, $p < 0,001$) и плохим (1,7±0,1 и 1,3±0,1, соответственно, $p < 0,001$). В возрастной группе 40-49 лет уменьшается число опрошенных оценивающих собственное здоровье как «отличное» (6,6±0,6 и 5,9±0,6, соответственно, $p < 0,001$), как «хорошее» (7,4±0,7 и 5,4±0,5, $p < 0,001$). Удовлетворительным в 3 раза больше считают мужчины из сельской местности, чем из городской (4,1±0,4 и 1,3±0,1, соответственно, $p < 0,001$). Почти на одном уровне мужчины, оценивающие свое здоровье как «плохое» (2,6±0,2 и 2,2±0,2, соответственно, $p < 0,001$).

В возрасте 50-59 лет считали здоровьем «отличным» в 1,4 раза и «хорошим» в 1,3 раза больше мужчин из сельской местности, чем из городской (7,2±0,7 и 5,2±0,5; 6,3±0,6 и 4,8±0,5, соответственно, $p < 0,001$). «Удовлетворительным» оценивают 4,0±0,4 мужчин из города и 3,6±0,3 мужчин из села, $p < 0,05$ и нет существенной разницы среди мужчин, оценивающих свое здоровье «плохим» (1,3±0,1 и 1,3±0,1, соответственно, $p > 0,5$). Оценивают свое собственное здоровье «отличным» 3,1±0,3 мужчин из городской местности и 2,3±0,2 из сельской местности в возрастной группе 60-69 лет, $p < 0,01$. В данной возрастной группе в 2,2 раза больше мужчин из города считающих свое здоровье «хорошим» (6,9±0,7), чем из села (3,1±0,3), $p < 0,001$. «Удовлетворительным» считают 5,7±0,5 и 6,8±0,7, соответственно мужчин, $p < 0,001$.

Из числа опрошенных в данной возрастной группе нет существенной разницы в оценке собственного здоровья, как «плохое» (3,1±0,3 и 2,7±0,3, соответственно, $p > 0,5$). В 70 лет и старше уменьшается число респондентов с «отличным», «хорошим» и «удовлетворительным» здоровьем, как среди мужчин городской, так и мужчин сельской местностях (1,7±0,1 и 2,7±0,3, $p < 0,001$; 2,6±0,2 и 1,8±0,2, $p < 0,001$; 2,1±0,2 и 5,0±0,5, $p < 0,001$). «Плохим» считают свое здоровье 3,1±0,3 и 3,7±0,4 мужчин, соответственно, $p < 0,001$.

На вопрос «Как бы Вы оценили свое здоровье по сравнению с тем, что было год назад» в возрастной группе 18-29 лет большая часть опрошенных из городской и сельской местностях (21,8±1,8 и 18,0±1,6, соответственно, $p < 0,01$) оценили, как «примерно так же», то есть без изменений. В возрастной группе 30-39 лет 15,3±1,4 и 14,0±1,3, соответственно мужчин ответили «примерно так же», то есть нет существенной разницы по оценке здоровья между мужчинами города и села ($p > 0,5$). В этой возрастной категории появляются мужчины, которые оценили свое здоровье через год «гораздо хуже» в 3 раза больше мужчины из сельской местности (2,7±0,3), чем из городской (0,8±0,08), $p < 0,001$. В 40-49 лет меньше мужчин из города и села, оценивающих здоровье «примерно так же» (13,1±1,2 и 12,2±1,2, соответственно, $p > 0,5$), но больше оценивающих, как «гораздо хуже» (3,9±0,4 и 3,6±0,4, соответственно, $p < 0,001$). «Примерно так же» больше считают мужчины из села (12,7±1,2) в 1,5 раза, чем мужчины из города (8,3±0,8), $p < 0,001$, в возрастной группе 50-59 лет. Увеличивается число лиц, у которых здоровье «гораздо хуже», чем год назад (4,8±0,5 и 4,0±0,4, соответственно, $p < 0,001$). В возрастной группе 60-69 лет нет существенной разницы в ответе «примерно так же» между мужчинами города и села (8,7±0,8 и 8,1±0,8, соответственно, $p > 0,5$). Мужчины из города чаще оценивали, как «гораздо хуже» в 2,1 раза, чем мужчины из села (9,6±0,9 и 4,5±0,5, соответственно, $p < 0,001$). В 70 лет и старше мужчины из сельской местности в 2 раза больше, которые считают свое здоровье «примерно так же» как и год назад, чем мужчины из городской местности (5,4±0,5 и 2,6±0,2, соответственно, $p < 0,001$). «Гораздо хуже» здоровье у 6,1±0,6 из города и 5,4±0,5 мужчин из села, $p < 0,001$. Незначительная часть опрошенных считали свое здоровье через год «значительно лучше» во всех возрастных категориях, кроме мужчин в возрасте 30-39 лет из города и 18-29 лет мужчин из села.

При оценке физических нагрузок, с которыми, возможно, сталкиваются в течение своего обычного дня опрошенные, учитывались такие тяжелые физические нагрузки, как бег, поднятие тяжести, занятия силовыми видами спорта.

Установлено, что в возрастной группе 18-29 лет чаще получен ответ «Нет, совсем не ограничивает» у мужчин городской местности (21,4±1,8) и сельской (7,6±1,6), $p < 0,001$. «Да, немного ограничивает» у 0,8±0,08 и 0,4±0,04 мужчин, соответственно, $p < 0,001$. Ответ «Да, значительно ограничивает» не получен

ни у одного из опрошенных. В возрасте 30-39 лет чаще получен ответ «Нет, совсем не ограничивает» у мужчин сельской местности ($16,3 \pm 1,5$) и городской ($13,5 \pm 1,2$), $p < 0,001$. «Да, немного ограничивает» у $1,7 \pm 0,1$ мужчин городской и $0,9 \pm 0,1$ мужчин сельской местностей, соответственно, $p < 0,001$. В этой возрастной группе появляются мужчины у которых тяжелые физические нагрузки значительно ограничивают состояние здоровья ($0,8 \pm 0,08$ и $0,4 \pm 0,04$, соответственно), $p < 0,001$. Уменьшается число мужчин в возрастной группе 40-49 лет, у которых тяжелые физические нагрузки не ограничивают состояние здоровья, как среди городских, так и среди сельских ($12,2 \pm 1,1$ и $13,1 \pm 1,2$, соответственно), $p < 0,001$, по сравнению с возрастной группой 30-39 лет. Увеличивается число мужчин, у которых отмечается незначительное ограничение здоровья ($4,0 \pm 0,4$ и $3,1 \pm 0,3$, соответственно), $p < 0,001$ и значительное ограничение состояния здоровья ($1,7 \pm 0,1$ и $1,3 \pm 0,1$, соответственно), $p < 0,001$. В 50-59 лет наблюдается аналогичная ситуация, снижается число мужчин, у которых тяжелые физические нагрузки не ограничивают состояние здоровья ($6,5 \pm 0,6$ и $9,9 \pm 1,0$, соответственно), $p < 0,001$. Увеличивается число мужчин, у которых отмечается незначительное ограничение здоровья ($5,6 \pm 0,5$ и $4,5 \pm 0,4$, соответственно), $p < 0,001$ и значительное ограничение состояния здоровья ($3,0 \pm 0,3$ и $4,0 \pm 0,4$, соответственно), $p < 0,001$. В возрасте 60-69 лет также $5,2 \pm 0,5$ опрошенных городских и $2,2 \pm 0,2$ сельских мужчин ответили «Нет, совсем не ограничивает», $p < 0,001$. Отмечается увеличение ответов у мужчин «Да, немного ограничивает» и «Да, значительно ограничивает» ($9,1 \pm 0,9$ и $8,6 \pm 0,8$, $p > 0,05$, нет существенной разницы между городскими и сельскими мужчинами; $4,3 \pm 0,4$ и $4,0 \pm 0,4$, соответственно, $p < 0,01$). В 70 лет и старше только $0,9 \pm 0,1$ городских и $0,4 \pm 0,04$ сельских мужчин у которых тяжелые физические нагрузки не влияют на состояние их здоровья, $p < 0,001$. Наблюдается снижение числа мужчин в данной возрастной группе с незначительным и значительным ограничением состояния здоровья при тяжелых физических нагрузках ($5,9 \pm 0,6$ и $3,5 \pm 0,3$, соответственно, $p < 0,001$; $6,3 \pm 0,6$ и $5,6 \pm 0,5$, соответственно, $p < 0,001$).

Выводы:

1. Чем старше возрастная группа, тем меньше число опрошенных, оценивающих собственное здоровье как «отличное», «хорошее» и «удовлетворительное»;
2. Большая часть опрошенных во всех возрастных категориях чаще указывали на отсутствие изменений в состоянии здоровья. Чем выше возраст, тем больше мужчин, оценивающих свое здоровье «гораздо хуже» через год;
3. Среди опрошенных мужчин, с увеличением возраста отмечается значительное увеличение ограничения состояния здоровья при тяжелых физических нагрузках, как среди городских (коэффициент корреляции – $r_{xy} = +1,0$, связь прямая сильная, коэффициент детерминации – $R = 100,0\%$), так и сельских (коэффициент корреляции – $r_{xy} = +0,9$, связь прямая сильная, коэффициент детерминации – $R = 81,0\%$). Тяжелые физические нагрузки больше влияют на здоровье городских мужчин.

Рекомендации:

1. Совершенствование организации медицинской помощи на основе системного подхода по учету и регистрации заболеваний мочеполовой системы мужчин;
2. Организация центров специализированной медицинской помощи на догоспитальном уровне и комплектация врачами уроandroлогами.

Список литературы

1. *Пешков М.В.* Качество жизни больных с хроническим простатитом / М.В. Пешков // Проблемы управления здравоохранением, 2004. 2 (15). С. 54-59.
2. *Сегал А.С.* Качество жизни болеющих хроническим простатитом / А.С. Сегал, О.Б. Лоран, Д.Ю. Пушкарь // Материалы пленума правления Российского общества урологов. М., 2004. С. 12-20.
3. *Щепин О.П.* Медико-демографические проблемы в Российской Федерации / О.П. Щепин, Е.А. Тишук // Вестник РАМН, 2005. № 9. С. 36.
4. *Есипов А.В.* Концепция качества жизни пациентов с заболеваниями мочеполовой системы: дис. д-ра мед. наук: 14.00.40 / А.В. Есипов. Москва, 2006. 223 с.
5. *Прибытков Г.Н.* Заболеваемость мочеполовой системы населения региона и организации специализированной медицинской помощи (по материалам Тюменской обл.): дис. канд. мед. наук: 14.00.33 / Г.Н. Прибытков. Екатеринбург, 2009. 133 с.