

особенностью процесса является значительное увеличение среди пожилого населения числа лиц старческого возраста; сегодня каждый четвертый пожилой человек уже перешагнул 75-летний рубеж. Удельный вес населения старше 60 лет в сельской местности составляет 29,9 %, в городах — 12,7 %. Современные тенденции старения населения носят устойчивый характер. Это предполагает значительное увеличение доли пожилых людей в структуре населения Беларуси в XXI веке. Множественные хронически протекающие заболевания, взаимно отягощающие друг друга, появление в связи с этим многочисленных социально-бытовых проблем, значительно снижают качество жизни пожилых людей. Это выдвигает новые требования к системе оказания медицинской и социальной помощи населению.

В большинстве развитых стран мира в настоящее время медицинские и социальные службы предпочитают оказывать необходимый объем помощи и услуг лицам пожилого и старческого возраста, не изменяя привычной для них домашней обстановки. Это положение является очень важным для повышения психологического и социального комфорта пожилого человека.

В Беларуси помощь пожилому населению на дому осуществляется медицинскими и социальными службами, не взаимодействующими между собой, что заметно снижает качество помощи. Кроме того, в стране получила развитие форма оказания медицинских, социальных и бытовых услуг на базе Центров медико-социальной помощи Белорусского Общества Красного Креста и Центров социальной помощи Министерства труда и социальной защиты населения. Однако не разработана организационная модель межпрофессионального взаимодействия медицинской, социальной служб и службы милосердия Красного Креста в оказании помощи пожилым людям на дому и в ЦМСП и ЦСП. Развитие данной сети идет без учета потребностей практического здравоохранения, не согласовывается на уровне ведомств и организаций.

Опыт других стран показывает, что данный вопрос не может быть решен без специальной курации как на уровне области, так и на уровне сельских административных учреждений. Во всех районах должны быть должности гериатров, кабинеты (отделения) восстановительного лечения, медико-социальной реабилитации, отделения сестринского ухода, хосписы, центры медико-социальной помощи, максимально приближенные к месту жительства населения. Медицинские и социальные работники должны работать под руководством врачей-гериатров. В основные обязанности ЦМСП входят: консультативный прием пожилых людей, отбор пациентов на стационарное лечение, мониторинг состояния здоровья группы немобильных больных, оказание нуждающимся медико-социальных услуг на дому, диспансерное наблюдение за лицами с признаками преждевременного старения. Но самое важное, должны быть разработаны механизмы взаимодействия между ведомствами.

Проведенные нами исследования позволяют сделать вывод, что наряду с экономической защищенностью, психосоциальное благополучие и чувство удовлетворенности состоянием своего здоровья — наиболее важные для каждого человека ценности. Для их достижения необходимо взаимодействие тех ведомств и организаций, которые занимаются проблемами пожилых людей.

УДК 316.6-055.1:612.61

ИССЛЕДОВАНИЕ И ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МУЖЧИН С АНДРОГЕННЫМ ДЕФИЦИТОМ

Шаршакова Т. М., Гатальская Г. В., Василькова О. Н., Токарчук Л. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Учреждение образования

«Гомельский государственный университет им. Ф. Скорины»

г. Гомель, Республика Беларусь

В настоящее время все большее значение приобретает проблема старения населения. По данным ООН, средняя продолжительность жизни в развитых странах неуклонно растет,

в прошлом веке она увеличилась с 49 до 79 лет, в настоящее время практически достигла 85 лет. В развитых странах доля населения в возрасте 60 лет и старше в настоящее время составляет примерно 20 %, а к 2050 году она будет составлять 33 % [1].

Согласно критериям ВОЗ, пожилым считается человек в возрасте старше 65 лет. К сожалению, в Республике Беларусь значительная часть мужского населения не доживает до пожилого возраста.

Высокая социальная значимость заболеваний, характерных для пожилого возраста, обуславливает необходимость изучения возрастных изменений в мужской половой системе. Однако, за последние годы о мужском переходном периоде известно столько же, сколько было известно о женском 30 лет назад.

Оценка изменения качества жизни мужчин, связанная с возрастными факторами в 21 веке приобретает большую актуальность.

Ситуация осложняется тем, что сами пациенты относятся к этой проблеме пассивно и многие проявления приписывают нормальному процессу старения или связывают имеющиеся симптомы с каким-либо заболеванием и упорно посещают терапевтов, кардиологов, неврологов и др. специалистов. В свою очередь многие врачи, как правило, считают имеющиеся у пациентов симптомы проявлением основного заболевания или начавшегося старения и не связывают их со снижением уровня тестостерона.

Основные симптомы возрастного андрогенного дефицита сгруппированы по категориям и представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Симптомы андрогенного дефицита

Мочеполовые расстройства	Снижение либидо, эректильная дисфункция, расстройства оргазма, снижение фертильности эякулята, уменьшение яркости оргазма; уменьшение объема и плотности яичек.
Вегето-сосудистые нарушения	Внезапная гиперемия лица, шеи, верхней части туловища, чувство жара («приливы»), колебания уровня артериального давления, кардиалгии, головокружение, чувство нехватки воздуха, кардиалгии — колющие, ноющие и другие боли в области сердца;
Психоэмоциональные расстройства	Повышенная раздражительность, быстрая утомляемость, ослабление памяти и внимания, бессонница, депрессивные и стрессовые состояния, снижение общего самочувствия, работоспособности, творческой продуктивности, упадок сил.
Соматические расстройства	Уменьшение количества мышечной массы и силы, снижение плотности костной ткани, гинекомастия, появление или нарастание выраженности висцерального ожирения, уменьшение количества андрогензависимых волос, истончение и атрофия кожи.
Эндокринные нарушения	Ожирение, увеличение грудных желез, уменьшение оволосения на лице.
Лабораторные сдвиги	Снижение уровня общего и биодоступного тестостерона, повышение уровней эстрадиола ГСПС, анемия различной степени выраженности, повышение уровня липопротеинов низкой (ЛПНП) и очень низкой (ЛПОНП) плотности.

Весьма важным является то обстоятельство, что зачастую врачи и психологи отождествляют андропаузу и кризис среднего возраста. Необходимо четко дифференцировать эти понятия. Принципиальным является тот факт, что кризис среднего возраста является чисто психологической проблемой и наступает в возрасте 35–45 лет, при этом он не связан с изменением уровня тестостерона в крови.

Также важно дифференцировать андропаузу и депрессию, зачастую сопровождающуюся нарушениями в сексуальной сфере. При кажущейся общности проявлений (дисфория, усталость, затруднение концентрации мысли, ухудшение памяти, снижение продуктивности при выполнении какого-либо задания, снижение мотивации, ухудшение общего самочувствия, пониженная самооценка, состояние тревожности) эти состояния имеют ряд отличий. Для депрессии не характерны вазомоторные симптомы, снижение мышечной силы, выносливости, дерматологические проявления, расстройства эякуляции, снижение удовольствия от половой близости.

Таким образом, проблема возрастного андрогенного дефицита имеет достаточную значимость и распространенность, что диктует необходимость организации андрологической службы, в задачи которой должны быть включены вопросы обеспечения ранней диагностики нарушений половой функции у мужчин, в том числе при возрастном андрогенном дефиците. В идеале андролог должен быть также доступен для мужчины, как гинеколог для женщины.

С целью изучения качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом нами было проведено исследование с использованием следующих психодиагностических методик:

- 1) опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey») — качество жизни;
- 2) методика «Шкалы психологического благополучия» К. Рифф;
- 3) методика Маришук В. Л. «Комплексная оценка проявлений стресса»;
- 4) методика Вассермана (для оценки уровня раздражительности и профессиональной диагностики невротизации).

Исследование проводилось на базе государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека» (РНПЦ РМ и ЭЧ). В процессе формирования выборки было проведено сплошное обследование пациентов мужского пола с сахарным диабетом 2 типа, находящихся на стационарном лечении в эндокринологическом отделении и состоящих на диспансерном учете.

Выборочную совокупность составили 75 мужчин в возрасте от 47 до 65 лет с возрастным андрогенным дефицитом (средний возраст составил $56,5 \pm 9,8$ лет). Контрольную группу составили мужчины без признаков андрогенного дефицита, которые по балльной шкале с использованием стандартной международной анкеты «Опросник симптомов старения мужчины» (AMS — Aging Males' Symptoms) набрали не более 27 баллов (в количестве 75 человек). Обе группы были сопоставимы по возрасту (средний возраст $52,4 \pm 6,7$ лет).

Исследование андрогенного статуса включало выявление клинических признаков дефицита андрогенов по балльной шкале с использованием стандартной международной анкеты «Опросник симптомов старения мужчины» (AMS — Aging Male Screening) и лабораторное обследование с определением уровней в сыворотке крови свободного и общего тестостерона. Для анализа использовалась проба крови, взятая в 9–11 ч утра (время пика секреции половых гормонов).

Вопросы анкеты (AMS — Aging Males' Symptoms) позволяют выявить психологические, соматические и сексуальные проблемы пациента в зависимости от оценки выраженности их самим пациентом в баллах (от 1 до 5). Они касаются ухудшения общего самочувствия, болей в суставах и мышцах, повышенной потливости, проблем со сном, раздражительности, нервозности, физического истощения, снижения частоты и способности сексуальных отношений, либидо, количества утренних эрекций и других показателей.

Выводы

По результатам анализа стандартной шкалы SF-36 по экспериментальной группе было выявлено, что физический и психический компоненты здоровья значительно снижены и составляют в среднем 46,7 и 39,5 баллов соответственно. При этом у мужчин без андрогенного дефицита эти показатели были почти в два раза выше, составив 83,4 и 68,3 балла соответственно.

Качество жизни мужчин с дефицитом андрогенов по сравнению со здоровыми лицами оказалось значительно сниженным по всем шкалам опросника SF-36. Показатель физической активности был в 2 раза ниже (47,7 и 84,8). А показатели RP (Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием) и RE (Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием) ниже в 2,5 раза (26,7 и 78,3; 28,1 и 78,3 соответственно). На этом фоне отмечалось выраженное снижение показателей общей оценки здоровья (GH-29,6), энергичности, настроения и жизненной активности (VT-32,8), психического здоровья (MH-30,3) (таблица 2).

Таким образом, качество жизни мужчин с андрогенодефицитом оказалось существенно ниже по всем шкалам опросника SF-36.

Что касается психологического благополучия, то низкий уровень в экспериментальной группе был выявлен у 84 % мужчин, в то время как в контрольной — всего лишь у 6,6 %. У 16 % мужчин из контрольной группы был обнаружен высокий уровень психологического благополучия, в то время как в экспериментальной группе мужчин — 0 %. У большинства мужчин контрольной группы (77,3 %) преобладает средний уровень психологического благополучия, в экспериментальной — только 16 % (различия являются статистически значимыми ($P \leq 0,01$ в соответствии с критерием Фишера)).

Таблица 2 — Средние значения по каждой из шкал методики SF-36

Шкалы	Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели)	Контрольная группа	Уровень значимости в достоверности различий
Физический компонент здоровья	46,7	83,4	P < 0,001
Психический компонент здоровья	39,5	61,96	P < 0,001
Жизнеспособность (VT)	32,8	68,7	P < 0,001
Общее восприятие здоровья (GH)	29,6	68,9	P < 0,001
Физическая активность (PF)	47,7	84,8	P < 0,001
Интенсивность боли (BP)	44,9	87,5	P < 0,001
Социальная активность (SF)	42,5	82,6	P < 0,001
Психическое здоровье (MH)	30,3	62,4	P < 0,001
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности (RE)	28,1	79,3	P < 0,001
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности (RP)	26,7	78,3	P < 0,001

Психологический портрет человека, получившего низкий балл по данным шкалам, будет выглядеть следующим образом: ограниченное количество доверительных отношений с окружающими: сложно быть открытым, проявлять теплоту, заботиться о других. В межличностных отношениях, как правило, изолирован и фрустрирован, не желает идти на компромиссы для поддержания важных связей с окружающими. Испытывает сложности в организации повседневной деятельности, чувствует себя неспособным изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, ощущает потерю чувства контроля над происходящим вокруг. Уменьшается количество целей и намерений, перспектив, определяющих смысл жизни. Не доволен собой, разочарован событиями своего прошлого, испытывает беспокойство по поводу некоторых личностных качеств, желает быть не тем, кем является.

У 68 % мужчин с возрастным андрогенным дефицитом выявлен повышенный уровень раздражительности и лишь у 10,7 % этот уровень находится в норме, тогда как в контрольной группе у 72 % мужчин (результаты являются статистически значимыми в соответствии с критерием Фишера (доверительная вероятность 99 %)).

В группе мужчин с возрастным андрогенным дефицитом выраженное стрессовое напряжение и сильный стресс испытывают 68 и 13,3 % мужчин соответственно. В контрольной группе 4 и 0 %. Здесь большинство мужчин (61,3 %) испытывают умеренный стресс, у 32 % мужчин признаки стресса не наблюдались.

На полученные результаты мы опирались при разработке программы психологической коррекции для пациентов с андрогенным дефицитом. В программе приняли участие 25 мужчин с диагнозом возрастного андрогенного дефицита. По окончании ее проведения с целью выявления эффективности была проведена повторная психодиагностика.

Полученные данные по результатам проведения психокоррекционной программы следующие:

Положительная динамика показателей КЖ после проведения психокоррекционной программы явилась достоверной по шкалам ЖА, n = 16; (p < 0,01), СФ, n = 18; (p < 0,01), ПЗ, n = 17; (p < 0,01), РФОЭ, n = 16, т. е. по сумме пяти шкал, составляющих психологический компонент здоровья.

Прирост по психическому компоненту здоровья составил 11,2 балла. Полученные данные указывают на позитивное влияние психокоррекционной программы на эмоциональные и социальные составляющие КЖ мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

При анализе данных шкалы психологического благополучия получены достоверно улучшенные показатели шкал ПО, n = 18; (p < 0,01), ЛР, n = 17; (p < 0,01), ЦЖ, n = 19; (p < 0,01), СП, n = 22; (p < 0,01) а также по сумме всех шкал (p < 0,01). Значимые изменения зафиксированы и в общем уровне психологического благополучия. Если ранее усредненный показатель был равен 303,8 баллам (что соответствует низкому уровню), то после психокоррекции — 359,8 (средний уровень).

Также отмечается снижение уровня стресса (n = 19, p < 0,01) и уровня раздражительности (n = 17, p < 0,01).

Таблица 3 — Средние значения компонентов качества жизни до и после проведения психокоррекционной программы

Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели)	До (25)	После (25)
Физический компонент здоровья	43,6	44,1
Психический компонент здоровья	39,1	51,3
Жизнеспособность VT	31,7	47,9
Общее восприятие здоровья GH	32,3	34,1
Физическая активность PF	45,9	48,8
Физическая боль BP	44,7	44,2
Социальная активность SF	40,5	54,1
Психическое здоровье MH	33,2	42,9
Роль эмоциональных проблем в ограничении жизнедеятельности RE	30,2	39,9
Роль физических проблем в ограничении жизнедеятельности RP	29,1	32,3

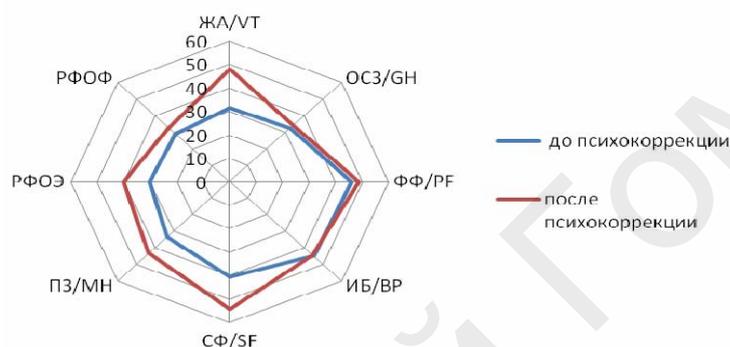


Рисунок 1 — Профиль качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы

Таблица 4 — Средние значения шкал психологического благополучия до и после проведения психокоррекционной программы

Мужчины с андрогенным дефицитом (средние показатели)	До (25)	После (25)
1 (положительное отношение)	46,8	57,5
2 (автономия)	52,7	56,8
3 (управление окружением)	46,8	51,2
4 (личностный рост)	51,9	63,7
5 (цель в жизни)	52,2	60,7
6 (самопринятие)	52,2	66,7
Общий балл	303,8	359,8

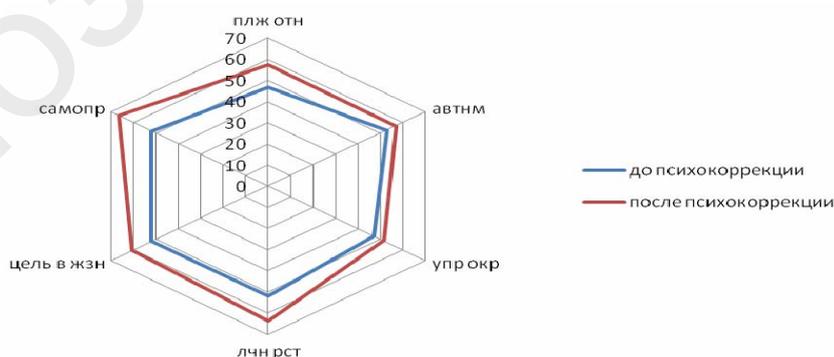


Рисунок 2 — Профиль психологического благополучия мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы

По результатам анализа психодиагностики мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до и после проведения психокоррекционной программы можно достоверно утверждать о положительном влиянии данной методики на показатели КЖ, ПБ, уровня стресса и раздражительности данной категории лиц.

Кроме 2 групп, принимавших участие в психокоррекционной программе, была отобрана еще одна группа с целью оценить изучаемые показатели (КЖ, ПБ, уровень стресса и раздражительности) с использованием заместительной терапии препаратом андрогель. Данная терапия была назначена 25 пациентам из основной группы.

Полученные данные по результатам проведения заместительной терапии тестостероном:

Оценка качества жизни через 12 недель терапии тестостероном продемонстрировала существенную положительную динамику по всем компонентам анкеты SF-36. Компонент GH, отражающий оценку больным своего здоровья в настоящий момент, увеличился на 16,2 баллов. Компоненты социального функционирования (SF) и психического здоровья (MH) претерпели значимую положительную динамику: на 17,2 и 12,7 баллов соответственно ($p < 0,05$). В целом после 12-недельной терапии тестостероном отмечены положительные изменения по физическому и психическому компоненту здоровья, прирост составил 16,6 и 14,7 балла соответственно.

После терапии тестостероном по некоторым шкалам опросника психологического благополучия Рифф (положительные отношения, автономия, личностный рост, самопринятие) были зафиксированы значимые позитивные изменения, а также рост общего уровня психологического благополучия (рисунок 3). Если ранее усредненный показатель был равен 305,1 балла (что соответствует низкому уровню), то после терапии андрогелем — 365,1 (средний уровень). Также наблюдалось снижение уровня раздражительности и стресса (рисунок 4).

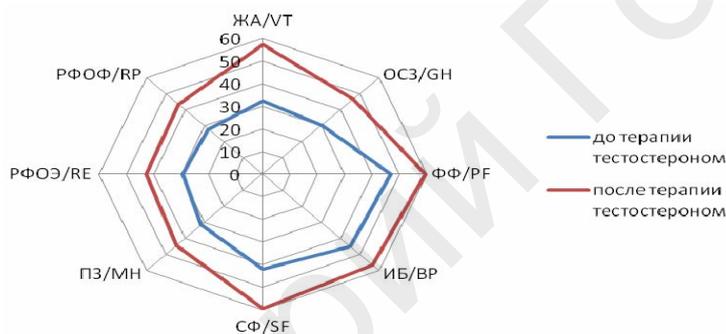


Рисунок 3 — Профиль качества жизни мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до начала терапии андрогелем и через 12 недель применения препарата

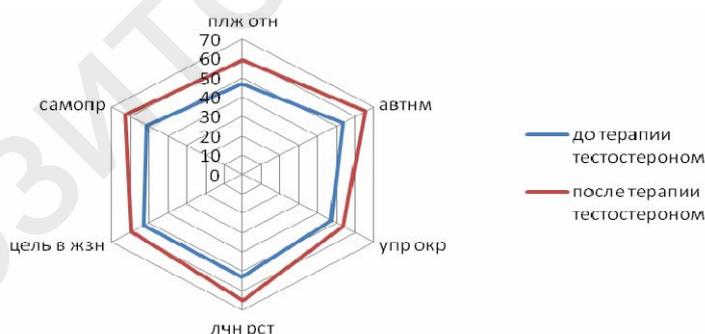


Рисунок 4 — Профиль психологического благополучия мужчин с возрастным андрогенным дефицитом до начала терапии андрогелем и через 12 недель применения препарата

Результаты данного исследования позволяют сформулировать следующие **выводы**:

1. У мужчин возрастной андрогенный дефицит способствует снижению физического и психического компонентов, составляющих качество жизни и психологическое благополучие.
2. Возрастной андрогенный дефицит определяет психологические (характерные) изменения, происходящие с личностью.
3. На фоне возрастного андрогенного дефицита снижается устойчивость к стрессам, повышается уровень раздражительности.
4. Реализация психокоррекционной программы и заместительной терапии тестостероном способствует улучшению качества жизни, повышению психологического благополучия, снижению уровня раздражительности и стресса у мужчин с возрастным андрогенным дефицитом.

Проведенная работа доказывает необходимость разработки новых комплексных лечебно-реабилитационных программ с использованием медико-психологического консультирования для более полной и разносторонней помощи данной категории пациентов.

Результаты исследований могут быть применены в качестве рекомендаций практическим психологам, практическим врачам при реабилитации пациентов, а также с целью улучшения репродуктивного здоровья мужского населения

ЛИТЕРАТУРА

1. <http://www.un.org/russian/E/CN.9/2001/4>. Мировые демографические тенденции. Доклад Генерального секретаря ООН.
2. Шахотько, Л. П. Комплексная оценка демографической ситуации в РБ с позиции обеспечения устойчивого экономического роста / Л. П. Шахотько // Социология. — 2007. — № 3. — С. 31.
3. «Население и общество» Евразийская панорама, 18 января 2009. — № 359. — С. 360.
4. Шахотько, Л. П. Тенденции заболеваемости, смертности и продолжительности жизни населения Республики Беларусь / Л. П. Шахотько // Население и общество. — 2004. — № 153. — С. 154.
5. Василькова, О. Н. Состояние проблемы и организация медицинской помощи при возрастном андрогеном дефиците: метод. пособие для студентов / О. Н. Василькова, Т. М. Шаршакова, Т. В. Мохорт. — Гомель: ГГМУ, 2008. — 24 с.
6. Калинченко, С. Ю. Возрастной андрогенный дефицит (клиника, диагностика, лечение): автореф. дис. ... д-ра мед. наук / С. Ю. Калинченко. — М., 2006. — 47 с.

УДК 37:613.9:314

ОБРАЗОВАНИЕ ЧЕРЕЗ ОБУЧЕНИЕ ЗДОРОВОМУ ОБРАЗУ ЖИЗНИ КАК ФАКТОР, СПОСОБСТВУЮЩИЙ УЛУЧШЕНИЮ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ

Шаршакова Т. М., Лызиков А. Н.

Учреждение образование

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

На современном этапе развития нашего общества проблема сохранения здоровья становится все более актуальной. Составляющая проблемы здоровья — целенаправленное и последовательное обучение человека вопросам сохранения и укрепления здоровья, начиная с раннего детства. Казалось бы, вопрос этот достаточно разработан, имеется немало программ по обучению здоровому образу жизни, однако слабость их в том, что очень мало имеется исследований по их эффективности. Неумение оценить величину индивидуального риска приводит к тому, что приходится ограничиваться «казарменной» моделью здорового образа жизни, когда всем рекомендуется одинаковое поведение. Однако практика доказывает, что содержание понятия «здоровое поведение» для различных людей может существенно различаться. Так, например, проведенное нами социологическое исследование выявило различия профессиональных групп населения. Итоги самооценки респондентами своего здоровья выглядят таким образом: рабочие оценивают свое здоровье как хорошее в 25,8 % случаев, ИТР — в 15,9 %, научные работники — 22,9 %, медицинские работники — в 18,6 %, педагоги — в 9,2 %. Также различны их усилия по сохранению здоровья. Оказалось, что регулярно делают утреннюю гимнастику лишь 11,6 % медицинских работников, ИТР — 8,0 %, рабочие — 9,1 %, педагоги — 4,5 %. Уже из этих ответов видно, что гигиеническое поведение даже медицинских работников неудовлетворительное.

В современных условиях встает многотрудная задача: не только довести знания о пользе здорового образа жизни до всех слоев населения, выработать у них мотивацию на здоровье, но и самим активным образом участвовать в переводе знаний на практические рельсы. Нам необходимо наряду с обеспечением доступности и высокого качества медицинской помощи, возродить профилактику заболеваний.

Обучение здоровому образу жизни основывается как на общих образовательных принципах, так и на психологическом подкреплении поведения, способствующего сохранению здоровья. Ранее считалось, что информации о последствиях для здоровья определенного стиля поведения будет достаточно, чтобы сформировать соответствующее отношение к негативным факторам и, таким образом, изменить поведение в желательную сторону. Этот подход, однако, не учитывал многих социальных и психологических факторов, в которых живет человек.