

**ЗДРАВНА САМООЦЕНКА, ЗДРАВНО ПОВЕДЕНИЕ, ВЪЗПРИЕМАН РИСК ЗА НАЛИЧИЕ НА БОЛЕСТ И ВЪЗПРИЕМАН КОНТРОЛ ВЪРХУ ЗДРАВЕТО ПРИ АМБУЛАТОРНИ И ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ НА ВЪЗРАСТ НАД 44 Г.**

**Йоана Симеонова, Анжелика Велкова, Силвия Цветкова, Пенка Костадинова,  
Мариела Камбурова, Стела Георгиева**

*Медицински университет – Плевен, Факултет „Обществено здраве”, п.к. 5800, гр. Плевен,  
РБългария, [goana@dir.bg](mailto:goana@dir.bg)*

**SERF-RATED HEALTH, HEALTH BEHAVIOR, PERCEIVED ILLNESS  
VULNERABILITY, PERCEIVED CONTROLABILITY OVER HEALTH AMONG  
AMBULATORY AND HOSPITALIZED PATIENTS OVER 44 YEARS OF OLD**

**Joana Simeonova, Angelika Velkova, Silvia Tsvetkova, Penka Kostadinova, Mariela  
Kamburova, Stela Georgieva**

*Dept. of Social and Preventive Medicine, Faculty of Public Health, Medical University – Pleven,  
5800, Bulgaria, [goana@dir.bg](mailto:goana@dir.bg)*

**ABSTRACT**

**Introduction:** Some studies reveal that self-rated health (SRH) and perceived illness vulnerability have a mediating role for moderating health behavior and for frequency of completed medical visits. At the same time people with positive SRH possess higher control over their health and evaluate illness vulnerability lower, although the mechanisms of these relations are not clear.

**Aim:** To study statistical relations between the self-rated health, perceived illness vulnerability, perceived controllability over health and health behavior of patients over 44 years of age.

**Materials and methods:** Cross-sectional study was carried-out from February to march 2014. Two hundred and twelve patients over 44 years of age were included in the study. The patients filled in a self-administrated questionnaire. Five-point scale was used for self-rated health measure (1 – excellent health; 5 – poor health). The perceived illness vulnerability to cardiovascular and malignant diseases was assessed. The individuals compared own vulnerability with those of their peers. The perceived controllability over health was measured on a scale of 0 to 10. Information about some health behavior characteristics (the yearly check-ups, frequency of fresh fruit and vegetable consumption, physical activity, smoking, alcohol consumption) was sought. Data were processed by SPSS.v.19. Parametric and non-parametric statistical methods were applied.

**Results and discussion:** The majority of patients evaluated their health as fair (42,5%) and good (27,8%). The positive health reduced with age ( $p=0.001$ ). The proportion of persons who perceived their vulnerability as high increased with SRH deterioration ( $p<0,05$ ). Initially measured significance between the self-rated health and regular fresh fruit consumption was not confirmed by Spearman's correlation test. The same hold true for statistical relation SRH – PAP test. The significant associations were not found between the perceived illness vulnerability and the health behavior ( $p>0,05$ ). The perceived controllability over health did not affect health behavior.

**Conclusion:** Health behavior changes of persons require a longitudinal survey, which includes all variables influential of the model (self-rated health, perceived illness vulnerability, health problem severity, perceived benefits and barriers to performing health positive activities and participation of the individuals in preventive programs).

**Key words:** *self-rated health, perceived illness vulnerability, perceived controllability over health, health behavior*

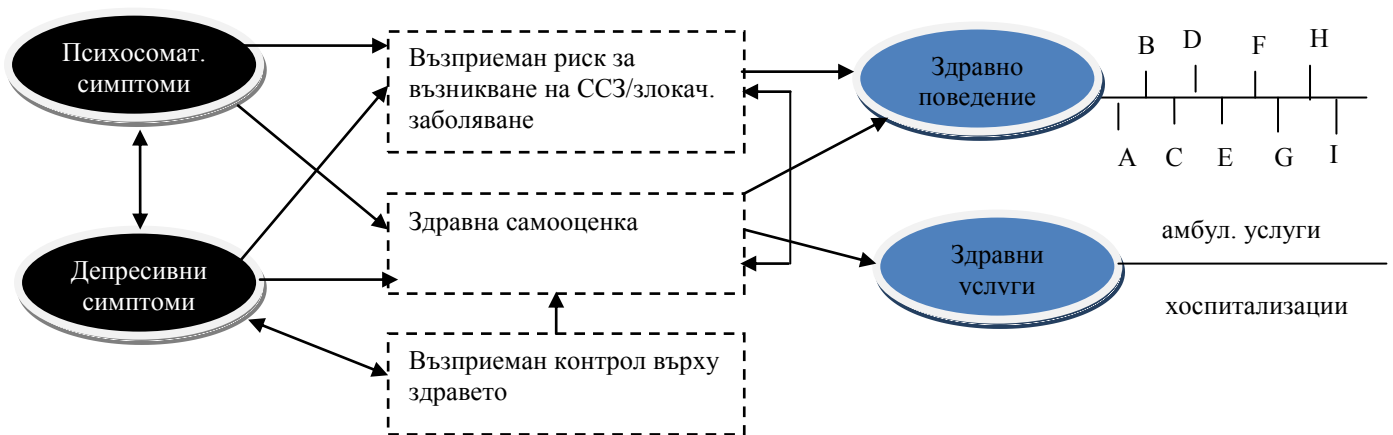
**Въведение:** Някои проучвания установяват, че здравната самооценка (ЗС) и възприеманият риск за възникване на болест имат медираща роля по отношение моделирането на здравното поведение на индивида и честотата на реализираните от него медицински визити. Същевременно хората с позитивна ЗС притежават по-висок контрол върху здравето си и оценяват по-ниско вероятността за възникване на болест, макар механизмите на тези взаимовръзки да не са достатъчно добре изяснени [12].

**Цел:** Да се изследва зависимостта между здравната самооценка, възприемания риск за възникване на болест, възприемания контрол върху здравето и здравното поведение на пациенти на възраст над 44 години.

**Материали и методи:** През периода м. февруари – м. март 2014 г. е проведено срезово проучване. Чрез пряка индивидуална анкета са обхванати 212 амбулаторни и хоспитализирани пациенти на възраст над 44 г. Разпределението на лицата по някои основни характеристики е представено на табл. 1. При измерването на *здравната самооценка* е използвана 5-степенна скала за оценка (1 – отлично здраве; 5 – лошо здраве). *Възприеманият индивидуален риск за възникване на болест* е отчетен по отношение на сърдечносъдово и злокачествено заболяване, като лицето го сравнява с този на своите връстници. *Притежаваният от всеки контрол върху здравето* е измерен по скала от 0 до 10. Допълнително е потърсена информация за някои характеристики на здравното поведение на лицата – *явяване на профилактични прегледи, честота на консумация на пресни плодове и зеленчуци, ниво на физическа активност (ФА), тютюнопушене, алкохолна консумация (АК)*. При изследване на статистическите взаимовръзки е използван концептуалния модел на *Rie Suzuki (2005)* с включване на променливите: депресивни симптоми, психосоматични симптоми и честота на използваните здравни услуги (амбулаторни прегледи и хоспитализации) – Фиг. 1. Данните са обработени със софтуерния пакет SPSS.v.19, като при търсенето на сигнификантни различия в групите са използвани параметрични и непараметрични методи.

**Табл. № 1 Основни социо-демографски характеристики на пациентите – бр. (%)**

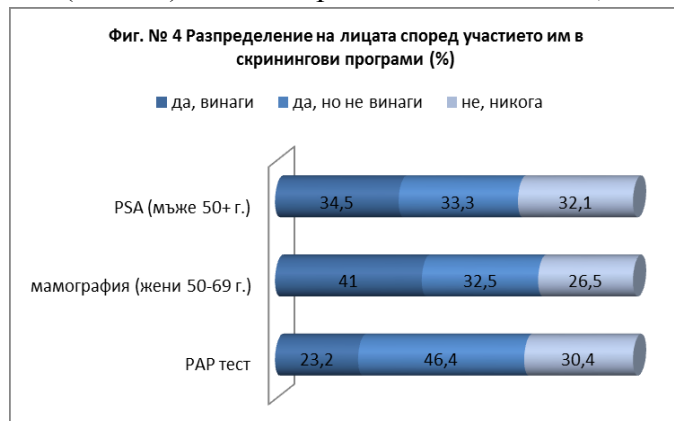
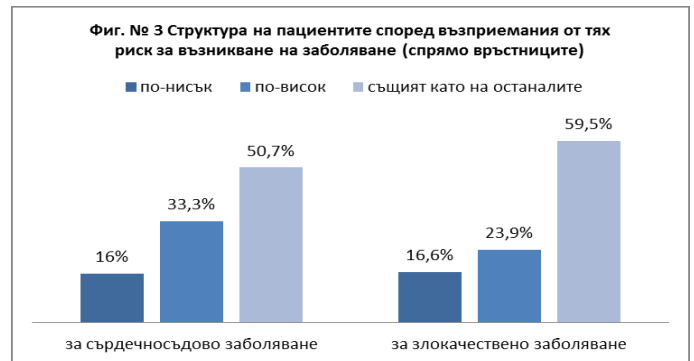
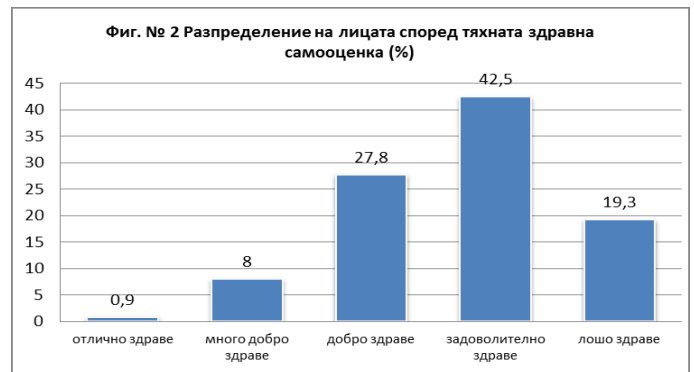
Общ брой участници	212 (100.0)
От тях:	
- амбулаторни пациенти	97 (45.8)
- хоспитализирани пациенти	115 (54.2)
<b>Възраст</b>	
45-49 г.	39 (18.5)
50-59 г.	58 (27.5)
60-69 г.	55 (26.1)
70-79 г.	37 (17.5)
80+ г.	22 (10.4)
<b>Пол</b>	
Мъже	98 (47.1)
Жени	110 (52.9)
<b>Местоживееене</b>	
Областен град	113 (53.6)
Малък град-община	47 (22.3)
Село	51 (24.2)



**Фиг. № 1 Концептуален структурен модел (по R. Suzuki)**

A – явяване на профил. прегледи; B – скрининг за РШМ; C – скрининг за РМЖ; D – скрининг за рак на простата; E – прием на плодове; F – прием на зеленчуци; G – ФА; H – АК; I – тютюнопушене. С пунктир са обозначени медиаторите

**Резултати:** Болшинството от пациентите оценяват здравето си като задоволително (42,5%) и добро (27,8%) – Фиг. 2. Подобни резултати се съобщават и от други изследователи [5,14]. С напредване на възрастта отчетохме редуциране на оценките за позитивно здраве ( $p=0,001$ ), което съвпада с установеното от други и се свързва с акумулиране на повече здравни проблеми с напредване на възрастта и по-ясно очертаната зависимост на здравната самооценка от обективните измерители на здравето [5,10,11]. Независимо, че по-голяма част от жените (68,8%) съобщават за задоволително или добро здраве, различията по пол нямат сигнификантен характер ( $p=0,235$ ). По отношение на възприемания риск за възникване на сърдечносъдово (ССЗ) или на злокачествено заболяване, повечето лица го определят като еднакъв с този на връстниците им (Фиг. 3). Всеки трети пациент счита, че



има по-висок риск за ССЗ, а всеки пети – за злокачествено заболяване. Средната стойност на променливата „възприеман контрол върху здравето“ за извадката е  $6,6 \pm 2,448$ . В границите 0-6 т. попадат 50,3% от лицата, като висок контрол (9-10 т.) притежават 25,1%. В свое проучване Suzuki (2005) констатира сравнително по-нисък дял (13,02%) на лицата с нисък самоконтрол [12]. Ежедневен прием на пресни плодове имат 53,4% от пациентите, а на пресни зеленчуци –

33,7%. Едва 22,8% съобщават за по-интензивна физическа активност през последната седмица. Пушачи са около 1/3 от лицата, а 8,5% консумират алкохол поне 3-4 пъти седмично. Над 66% от пациентите заявяват, че се явяват редовно на ежегодния профилактичен преглед при общопрактикуващия лекар. Сравнително по-слабо е участието на лицата в скринингови програми (Фиг. 4). Средният брой посещения, реализирани при общопрактикуващия лекар през последната година, е 4. Над 50% от пациентите са хоспитализирани поне веднъж през последните 6 месеца, като 14,8% от тях имат  $\geq 2$  хоспитализации.

Немалка част от изследваните симптоми (главоболие, болка в ставите, затруднения в дишането, високо артериално налягане, паметови нарушения, липса на енергия и др.) са сигнификантно свързани с по-ниска здравна самооценка, като права корелационна връзка беше установена и по отношение на три от депресивните симптома (умора, инсомния и липса на настроение),  $p < 0.05$ . Влиянието на психосоматичните симптоми върху здравната самооценка се потвърждава и от други изследователи [4,8,9,12]. Подобен ефект се отчита и по отношение на възприемания риск за наличие на болест [12]. Лицата с изразена болкова симптоматика в областта на ставите оценяват по-високо риска за възникване на ССЗ ( $p < 0.05$ ). Липсата на енергия е единственият симптом, статистически свързан с по-високо ниво на възприемания риск по отношение възникването на злокачествено заболяване ( $r = .138$ ;  $p = 0.035$ ).

При влошаване на ЗС нараства делът на лицата, определящи като по-висок риска за наличие на болест спрямо връстниците им ( $p < 0,05$ ). Макар някои изследователи да изтъкват като причина за това ролята на по-ниската възможност за контрол върху здравето [2,7,12], нашето проучване отхвърли подобна теза ( $p > 0.05$ ). В свое изследване *Adamszczyk et al (2008)* потвърждават предположенията на *Idler (1997)*, че ЗС отразява персоналната оценка на фамилните рискови фактори. Проучването обхваща 2605 лица на възраст 65+ години. Изследователите се опитват да идентифицират най-важните предиктори на взаимовръзката здравна самооценка – смъртност, като в използвания от тях модел са включени някои детерминанти на здравната мотивация и възприемания от индивида риск за възникване на болест. Субективното здраве се явява независим предиктор на смъртността само при жени с ниска индивидуална предиспозиция за заболяване и сред лица с позитивно отношение към здравето си. [13]

Счита се, че честотата на здравните услуги се предопределя от преживения дистрес, като здравната самооценка е медиатор на зависимостта чрез възприемания контрол върху здравето [12], но това не беше потвърдено от нас ( $p > 0.05$ ), въпреки отчетената права корелация между реализираните медицински визити/хоспитализации и ЗС ( $p < 0.05$ ).

Подобен медиращ ефект на здравната самооценка и възприемания риск за възникване на болест се констатира при изследване влиянието на психосоматичните и депресивни симптоми върху здравното поведение на лицата [12]. От друга страна, по-високият контрол върху здравето се явява фактор с определящо значение за физическата активност на индивида при ниско ниво на възприемания риск за възникване на болест и висока здравна самооценка [12]. Трудно е, обаче, да се установи посоката на подобни взаимовръзки в рамките на трансверзално проучване, още повече че немалка част от учените използват здравното поведение като предиктор на ЗС, но не и обратното.

Първоначално установената сигнификантна зависимост между здравната самооценка и редовния прием на пресни зеленчуци; и РАР теста, не беше потвърдена от корелационния анализ ( $p > 0.05$ ). Не успяхме да установим медиращата роля на възприемания риск за възникване на ССЗ/злокачествено заболяване и на възприемания контрол върху здравето спрямо връзката между преживяваната симптоматика и здравното поведение на лицата [12]. Въпреки че част от симптомите са сигнификантно свързани с по-високо ниво на възприемания риск, статистически значима разлика отсъства между възприемания риск за

възникване на болест в категориите на всеки от факторите на здравното поведение ( $p=0,05$ ). Несъответствията в резултатите от различните проучвания се дължат на сложния характер на взаимовръзките и на използвания функционален модел (включените в модела променливи и изясняване на тяхната роля – предиктори и/или медиатори). В рамките на проспективно проучване *Aalto et al (2006)* използват възприятията за болест, за да докажат техния медиращ ефект върху взаимовръзката между ЗС и някои от усложненията след ССЗ (почест прием на лекарства от групата на нитратите, коморбидност). От една страна изследователите установяват, че наличието на повече симптоми, свързани със ССЗ, по-сериозното възприемане на последствията от ССЗ и по-ниската увереност в притежавания от пациента контрол над ССЗ, се свързват с по-ниска здравна самооценка. Същевременно лицата, които приемат по-често нитрати и са с установена коморбидност, съобщават за по-лошо здраве, като включването на болестните възприятия в модела обясняват част от варирането [1]. В контекста на превенцията на колоректалния карцином успешно биха могли да се използват теоретичните модели *Health Belief Model* и *Precaution Adoption Model*, които подчертават значението на високовъзприемания риск за наличие на болест и очакванията на пациента за ползата от конкретна поведенческа промяна, при планирането на подходящи поведенчески интервенции. При пациенти, преживяли полипектомия по повод колоректален аденоматозен полип *Clipp et al (2004)* установяват, че в сравнение с по-младите (40-59 г.), лицата на възраст 60-75 г. оценяват като по-слаба вероятността за поява на колоректален карцином (КРК) при тях, притесняват се по-малко от подобна перспектива и са по-слабо мотивирани към промяна на своето здравно поведение. Наред с това, по-възрастните пациенти имат по-лоша здравна самооценка и по-високи нива на коморбидност, които сигнификантно се свързват с повече рискови фактори за развитие на КРК и с по-слаба увереност, че лицата ще успеят да променят своите здравни навици през следващите 6 месеца. В по-старшата възрастова група по-ниските нива на социална подкрепа статистически се свързват по-често с негативна нагласа по отношение необходимостта към промяна и готовността за такава [3].

**Изводи и заключение:** Промените в здравното поведение на лицата изискват провеждане на лонгитудуално проучване с отчитане влиянието на всички променливи, включени в модела (здравна самооценка, възприеман риск, сериозност на здравния проблем, възприемани ползи и бариери за лицето от извършването на определени дейности или от включването му в превантивна програма).

---

**Забележка:** Настоящата публикация е част от проучване, финансирано от МУ-Плевен.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Aalto, A., A. Aro, J. Weinman, M. Heijmans, K. K. Manderbacka, M. Elovainio, 2006. Sociodemographic, disease status, and illness perceptions predictors of global self-ratings of health and quality of life among those with coronary disease – one year follow-up study, *Quality of Life Research*, 8, 1307-1322
2. Bobak, M., H. Pikhart, C. Hertzman, R. Rose, M. Marmot, 1998. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional study, *Soc. Sci. Med*, 47 (2): 269-279
3. Clipp, E., E. Carver, K. Pollak, E. Puleo, K. Emons, J. Onken, F. Farraye, C. McBride, 2004. Age-Related Vulnerabilities of Older Adults with Colon Adenomas, *American Cancer Society*, 1085-1094
4. Cott, C., M. Girnat, E. Badley, 1999. Determinants of self-rated health for Canadians with chronic diseases and disability, *J Epidemiol Community Health*, 53, 731-736

5. Hillen, T., S. Davies, A. Ruud, T. Kieselbach, C. Wolfe, 2003. Self-rating of health predict functional outcome and recurrence free survival after stroke, *J Epidemiol Community Health*, 57, 960-966
6. Idler EL, Benyamini Y., 1997. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies, *J Health Soc Behav*. Mar, 38(1):21-37
7. Lundberg, J., M. Bobak, S. Malyutina, M. Kristenson, H. Pikhart, 2007. Adverse health effect of low levels of perceived control in Swedish and Russian community samples, *BMC Public Health*, 7:314
8. Mantyselka, P., J. Turunen, R. Ahonen, E. Kumpusalo, 2003. Chronic Pain and Poor Self-rated Health, *JAMA*, 290, 2435-2442
9. Nützel, A et al., 2014. Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in German, *BMC Family practice*, 15(1): 1471-2296
10. Rosholm, J., K. Christensen, 1997. Relationship between drug use and self-reported health in elderly Danes, *European Journal of Clinical Pharmacology*, 53, 179-183,
11. Schnittker, J. The Shifting Signification of Self-Rated Health, *PARC Working Paper Series*, p.37
12. Suzuki, R. Self-Rated Health and Perceived Illness Vulnerability as Mediators of Exercise and Office Visits, University of Texas, PhD, p. 241
13. Tobiasz-Adamczyk, B., P. Brzyski, M. Kopacz, 2008. Health attitudes and behavior as predictors of self-rated health in relation to mortality patterns (17-year follow-up in a polish elderly population-Cracow study), *Cent Eur J Public Health*, 16 (2): 47-53
14. Trump, T., 2006. Self-rated Health and Health Care Utilization after Military Deployment, *Military Medicine*, 171 (7): 662-668