

ВЪЗРАСТОВИ РАЗЛИЧИЯ В ЗДРАВНАТА САМООЦЕНКА ПРИ ПАЦИЕНТИ НАД 44-ГОДИШНА ВЪЗРАСТ

Йоана Симеонова, Анжелика Велкова, Пенка Костадинова

Медицински университет – Плевен, п.к. 5800, гр. Плевен, РБългария, goana@dir.bg

AGE DIFFERENCES IN SELF-RATED HEALTH AMONG PATIENTS OVER 45 YEARS OF AGE

Joana Simeonova, Angelika Velkova, Penka Kostadinova

Dept. of Public Health Sciences, Faculty of Public Health, Medical University - Pleven, 5800, Bulgaria, goana@dir.bg

ABSTRACT

Introduction: Many studies found deterioration of self-rated health with aging that is associated to deterioration of personal physical functioning. However, some elderly people perceive their health more positively regardless of their health problems. It has been shown that elderly people often used persons of the same age as a prototype for comparison and they assessed their performance as better than the others. Such optimistic assessment was important in the process of creating positive role models for coping.

Aim: To study the relationship between age and self-rated health in patients over 44 years of age.

Material and methods: A cross-sectional study was carried-out in 2014. The study was a part of Project N0 11/2014, which was funded on Medical University of Pleven. Two hundred and twelve patients over 44 years of age were included in the study. The age, sex and residence distributions of Bulgarian population in 2012 were applied in the process of sampling. We selected 115 hospital patients and 97 patients from general practice setting. Self-perceived health was measured by two instruments - general measure (GSRH) and comparative measure (ASRH). Some variables of physical health were also included in the study (frequency of psychosomatic symptoms and sickness, chronic diseases, frequency of utilized health services and medicines). Standardized questionnaire EQ-5D was used in measuring functional status of patients. Data was processed by SPSS.v.19. Parametric and nonparametric methods were applied.

Results and discussion: Most of the patients (61.8%) assessed their health as fair and poor. Deterioration in self-rated health was observed with aging ($p=0.001$). That pattern was associated with a higher frequency of some psychosomatic symptoms and functional deficits ($p<0.05$). We expected the majority of elderly to report more favorable ASRH, but that was not proved ($p>0.05$).

Conclusions: A deterioration of GSRH was found with aging which is partly explained by poor physical health of patients. The possible effect of other factors (psychosocial stress, depression, lack of social support) on negative self-perception of health requires further studies.

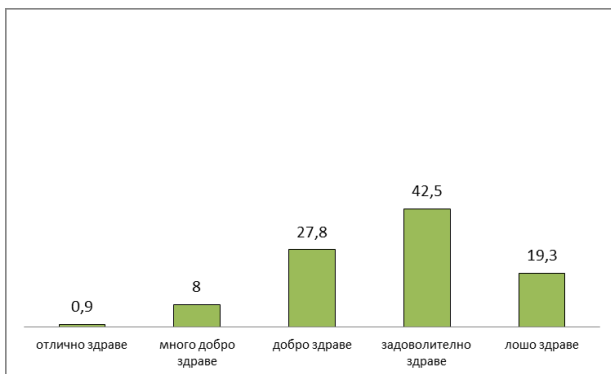
Key words: self-rated health, age differences, physical health, functioning

Въведение: Редица проучвания отчитат влошаване на здравната самооценка с напредване на възрастта, като свързват тази негативна промяна основно с влошаване на физическото функциониране на лицата. Немалка част от по-възрастните лица, обаче, възприемат по-позитивно своето здраве, независимо от наличните здравословни проблеми. Доказано е, че старите хора използват често като прототип за сравнение лица на същата възраст, но оценяват собственото си представяне като по-добро от това на другите. Подобна оптимистична оценка има важно значение при изграждането на позитивни ролеви модели за справяне.

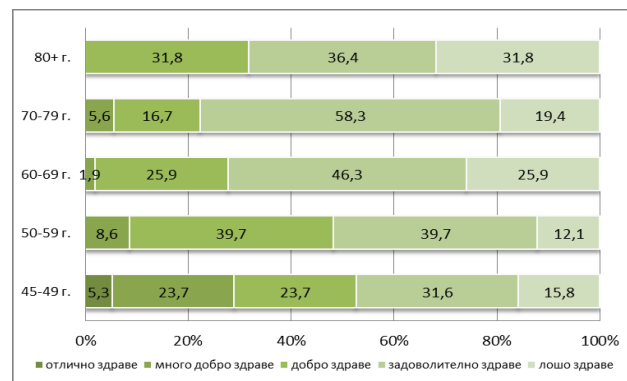
Цел: Да се изследва зависимостта между здравната самооценка и възрастта при пациенти на възраст над 44 години.

Материали и методи: През 2014 г. е проведено срезово проучване, в което са обхванати 212 пациенти на възраст над 44 г. Проучването е част от НИП № 11/2014 г., финансиран от МУ-Плевен. При подбора на лицата са приложени разпределенията по пол, възраст и местоживеене на българската популация през 2012 г. Включени бяха 115 пациенти от различни клиники на УМБАЛ „Г. Странски“ - гр. Плевен и 97 пациенти, подбрани сред пациентите на индивидуалните практики за първична медицинска помощ в община Плевен. При измерването на здравната самооценка са използвани обобщеният (GSRH) и сравнителният (ASRH) индикатори на здравната самооценка. Включени са също редица променливи на физическото здраве (честота на психосоматичните симптоми през последните 2 седмици, честота на боледуването през последната година, налични хронични заболявания, потребление на здравни услуги и медикаменти). При оценка на функционалния статус на пациентите е използван стандартизирания въпросник EQ-5D, разработен от EuroQol Group [4]. Данните са обработени със софтуерния пакет SPSS.v.19, като при търсенето на сигнификантни различия между групите са използвани параметрични и непараметрични методи.

Резултати и обсъждане: Болшинството от пациентите (61.8%) оценяват здравето си като задоволително и лошо (фиг. 1). Подобни данни се съобщават от *Hillen et al (2003)* и *T. Trump (2006)*. С напредване на възрастта се отчита редуциране на позитивните самооценки на здравето ($p=0.001$), което се потвърждава и от други изследователи [5,12]. Докато във възрастовата група 44-49 г. над 23% от лицата определят здравето си като много добро, при лицата на възраст 70-79 г. този дял е 5.6% (фиг. 2). Тази закономерност е пряко зависима от по-високата честота на някои психосоматични симптоми, от изразените дефицити във функционирането на лицата и от честотата на потребление на здравни услуги.



Фиг. № 1 Здравна самооценка на пациентите (%)



Фиг. № 2 Разпределение на лицата по здравна самооценка и възраст (%)

Първоначално извършеният анализ с теста на Пирсон показва значими възрастови различия по отношение честотата на 6 от психосоматичните симптоми (болка в ставите, умора, тремор на ръцете, паметови нарушения, липса на апетит и нежелание за работа), като за четири от симптомите установихме статистически значима корелация с възрастта. Болките в ставите, тремора на ръцете, умората и паметовите нарушения са по-чести в двете крайни възрастови групи, макар зависимостта да е слаба.

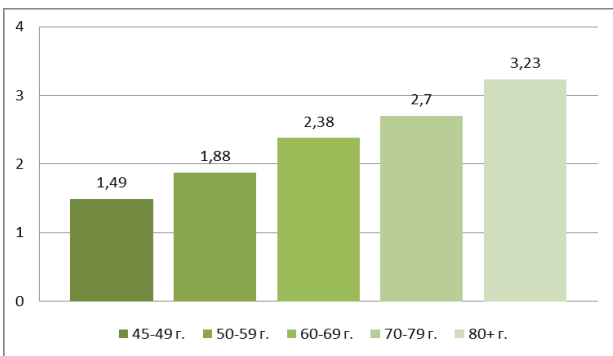
Стратификацията на лицата по възраст отчете, че във възрастовата група 50-59 г. определящо значение за по-ниската здравна самооценка имат 10 от изследваните симптоми (главоболие, болка в гърба и в кръста, умора, вертиго, паметови нарушения, проблеми със съня, липса на настроение и нежелание за работа, високо артериално налягане). При пациентите на възраст 60-69 г. по-високата честота на симптомите „нежелание за работа“ и „избухливост“ статистически се свързват с по-негативна здравна самооценка. Във

възрастовата група 70-79 г. сигнификантно значение за SRH има единствено умората, а в старшата възрастова група – умората, тремора на ръцете и проявите на нервност ($p < 0.05$). Подобни данни се съобщават и от други изследователи [15].

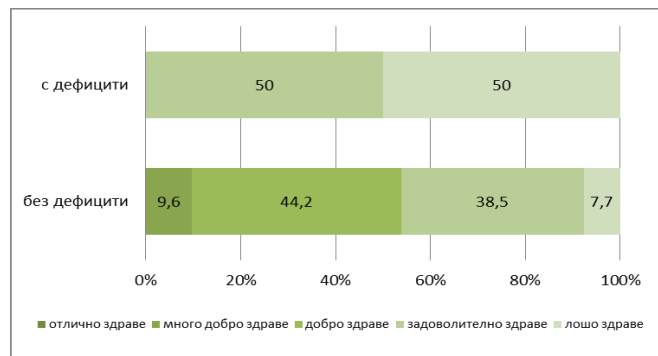
Лицата, които са боледували 3 и повече пъти през последната година категоризират здравето си по-ниско в сравнение с тези, които са боледували по-рядко ($p = 0.001$). Въпреки това не се установяват статистически значими разлики по отношение на честотата на боледуване и GSRH в отделните възрастови групи.

Немалка част от изследователите установяват, че по-възрастните лица оценяват сравнително по-често здравето си по-ниско, като една от причините за това са наличните хронични заболявания при тях [7,9,10,18]. Средният брой на хроничните заболявания при нашите респонденти нараства пропорционално с напредване на възрастта – от 1.49 ± 1.33 в младата възрастова група до 3.23 ± 1.74 при тези в старшата възрастова група (фиг. 3). Независимо че с напредване на възрастта във всяка от категориите на SRH се отчита увеличаване на средния брой заболявания, извършеният MANOVA отхвърли вероятността за сигнификантен характер на връзката между двете категорийни променливи (здравна самооценка и възраст) и количествената променлива (среден брой заболявания).

Повечето проучвания установяват, че нарушенията във функционирането са директен резултат на наличните хронични заболявания и са честа причина за лошата здравна самооценка на лицата [1,6,11]. С напредване на възрастта част от пациентите ни съобщават за проблеми с придвижването, като е налице права умерена корелация ($r = .367$; $p = 0.001$).



Фиг. № 3 Среден брой хронични заболявания в различните възрастови групи (%)



Фиг. № 4 Разпределение на пациентите според наличните дефицити в самообслужването и тяхната здравна самооценка (%)

Някои от по-възрастните лица оценяват по-ниско базисните си способности за справяне с ежедневните дейности, макар корелацията между двете променливи да е слаба ($r = 0.171$; $p = 0.014$). Наличните ограничения в придвижването предопределят по-ниската здравна самооценка на повечето лица в групите 45-49 г., 50-59 г. и 70-79 г., докато отчетените дефицити в самообслужването сигнификантно се свързват с по-ниската GSRH на част от лицата на възраст 45-59 г. (фиг. 4) Затрудненията в извършването на обичайните дейности са определящи за лошата GSRH сред лицата на възраст 50-59 г. Докато преживяването на болка и дискомфорт сигнификантно се свързва с по-ниска здравна самооценка във възрастта 45-69 години, преживяването на тревожност и депресия е от съществено значение за GSRH на пациентите от всички възрастови групи ($p < 0.05$).

В настоящото проучване също е определено влиянието на честотата на амбулаторни прегледи през последната година при формиране на здравната оценка на лицата над 44-годишна възраст. По-висока честота на амбулаторните прегледи се наблюдава в групите 50-59 г., 60-69 г. и 70-79 г., макар различията да не са статистически значими ($p = 0.073$).

Стратификацията по възраст, обаче, показва по-висок дял на лицата с негативна GSRH при по-висока честота на реализираните амбулаторни прегледи във възрастовите групи 50-59 г. и 60-69 г. ($p < 0.05$).

Сигнификантно по-висока ($p = 0.035$) е честотата на проведените хоспитализации през последните 6 месеца при лицата в крайната възрастова група - 77.3% и при лицата на възраст 60-69 г. - 58.5% (табл. 1). Въпреки това единствено при пациентите на възраст над 80 години по-честите хоспитализации са съпроводени с по-негативна здравна самооценка ($p = 0.027$). Тези данни кореспондират с установеното от *Kennedy et al (2001)* и *Siziya et Fylkesnes (2005)*.

Табл. № 1. Разпределение на лицата в отделните възрастови групи по честота на проведените хоспитализации (%)

Честота на хоспитализации	Възраст				
	45-49 г.	50-59 г.	60-69 г.	70-79 г.	Над 80 г.
Без хоспитализации	59.0	48.3	41.5	67.6	22.7
1-2 хоспитализации	28.2	37.9	35.8	27.0	59.1
Повече от 2 хоспитализации	12.8	13.8	22.6	5.4	18.2
Sig.	$p = .035$				

Макар средният брой на приеманите медикаменти да е по-висок в старшата възрастова група, различията в групите не са сигнификантни ($KW = 6.008$; $p = 0.199$). Липсват сигнификантни различия в отделните възрастови групи между здравната самооценка и средния брой на приеманите медикаменти ($p > 0.05$), като тези резултати не съответстват на констатираното от *Rosholm et Christensen (1997)* и *Schulz et al (1994)*.

Очакванията по-голяма част от по-възрастните пациенти да имат по-благоприятна ASRH [2,3,16] не се оправдаха. Независимо че немалка част от лицата над 80 г. определят здравето си, като по-добро от това на връстниците им (40.9%), статистически значима разлика в групите не беше констатирана ($\chi^2 = 17.028$; $p = 0.149$)

Изводи и заключение: Влошаване на GSRH се констатира с напредване на възрастта, което отчасти се обяснява с лошото физическо здраве на пациентите. Възможно е, обаче, негативната здравна самооценка да е резултат от влиянието и на други фактори (преживяван стрес, депресия, липса на социална подкрепа), което изисква допълнително изучаване на техния ефект.

БИБЛИОГРАФИЯ

1. Велкова А, Грънчарова Г. **Функционален статус и самооценка на здравето при старите хора в селата.** *Социална медицина.* 2000;1:4-8.
2. Arnadottir, SA. **Physical Activity, Participation and Self-Rated Health Among Older Community-Dwelling Icelanders** [dissertation]; *Umea University, Sweden, 2010.*
3. Arnadottir SA, Gunnarsdottir ED, Stenlund H, Lundin-Olsson L. **Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning.** *BMC Public Health.* 2011 Aug 25;11:670.
4. EuroQol Group. **Measuring Self-Reported Population Health: An International Perspective based on EQ-5D.** Szende A, Williams A, editors; 2004.
5. Hillen T, Davies S, Ruud AG, Kieselbach T, Wolfe CD. **Self-rating of health predict functional outcome and recurrence free survival after stroke.** *J Epidemiol Community Health.* 2003;57:960-966.

6. Hirve S. **In general, how do you feel today? Self-rated health in the context of aging in India** [dissertation]; *Umea University, Sweden; 2013.*
7. Kaleta D, Polanska K, Dzankowska-Zaborsczyk E, Wojciech H, Wojciech D. **Factors influencing self-perception of health status.** *Cent Eur J Public Health.* 2009;17 (3):122-127.
8. Kennedy BS, Kasl SV, Vaccarino V. **Repeated Hospitalizations and Self-Rated Health among the Elderly: A Multivariate Failure Time Analysis.** *American Journal of Epidemiology.* 2001;153(3):232-241.
9. Kivinen P, Halonen P, Eronen N, Nissinen A. **Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: the Finnish cohorts of the Seven Countries Study.** *Age and ageing.* 1998;27(1):41-47.
10. Malhotra C, Chan A, Malhotra R, Ostbye T. **Fifteen Dimensions of Health among Community-Dwelling Older Singaporeans.** *Current Gerontology and Geriatrics Research.* 2011. PubMed PMID: 128581.
11. Nutzel A, Dahlhaus A, Fuchs A, Gensichen J, Konig HH, Riedel-Heller S, et al. **Self-rated health in multimorbid older general practice patients: a cross-sectional study in Germany.** *BMC Family Practice.* 2014;15:1.
12. Rosholm J, Christensen K. **Relationship between drug use and self-reported health in elderly Danes.** *Eur J Clin Pharmacol.* 1997;53:179-183.
13. Schulz R, Mittelmark M, Kronmal R, Polak JF, Hirsch CH, German P, et al. **Predictors of Perceived Health Status in Elderly Men and Women: The Cardiovascular Health Study.** *Journal of Aging and Health.* 1994;6(4):419-447.
14. Siziya S, Fylkesnes K. **Impact of HIV infection on self-rated health in a high-prevalence population with low awareness of own HIV status.** *Norsk Epidemiology.* 2005;15(2):165-173.
15. Suzuki R. **Self-Rated Health and Perceived Illness Vulnerability as Mediators of Exercise and Office Visits** [dissertation]; *University of Texas; 2005.*
16. Taloyan M, Wajngot A, Johansson S, Tovi J, Sundquist J. **Poor self-rated health in adult patients with type 2 diabetes in the town of Sodertalje: a cross-sectional study.** *Scand J Prim Health Care.* 2010;28(4):216-220.
17. Trump DH. **Self-rated Health and Health Care Utilization after Military Deployment.** *Military Medicine.* 2006;171(7):662-668.
18. Yiengprugsawan V, Lim L LY, Carmichael GA, Sidorenko A, Sleigh AC. **Measuring and decomposing inequity in self-reported morbidity and self-assessed health in Thailand.** *International Journal for Equity in Health.* 2007;6:23.