

Mokslinis straipsnis

Sveikatos problemų paplitimas ir reikšmė miesto pagyvenusių žmonių tarpe

A. Jurgelėnas, J. Čeremnych, A. Juozulynas, V. Alekna, R. Filipavičiūtė

Vilniaus universiteto Eksperimentinės ir klinikinės medicinos institutas

Santrauka

Tikslas. Ištirti sveikatos problemų paplitimą tarp pagyvenusių ir senų žmonių Vilniaus mieste ir įvertinti jo socialinę reikšmę.

Metodas ir medžiaga. Tirta 60–99 m. 959 miesto gyventojai: 299 vyrai ir 660 moterų. Duomenys gauti atsitiktinės reprezentatyvios apklausos metodu. Sveikatos būklė vertinta penkių balų skale. Problemų buvimas identifikuotas sveikatos būkle, blogesne negu gera. Problemų paplitimo socialinė reikšmė vertinta pacientų ir sveikatos darbuotojų bendradarbiavimo ir konfliktiškumo aspektu.

Rezultatai. Sveikatos problemų paplitimo rodiklis buvo 92,6%: tarp vyrų – 88,6%, tarp moterų – 94,4%. Paplitimui didesnės įtakos, lyginant su kitais socialiniais veiksniais, turėjo pajamų vienam šeimos nariui dydis.

Išvados. Nustatytas labai didelis sveikatos problemų paplitimo lygis ir neigiama jo tendencija. Problemų struktūrą sudarė poliligotumas ir labiausiai paplitusios geriatrinės būklės. Aukštas problemų paplitimo lygis rodo nepakankamą sveikatinimo institucijų veiklos veiksmingumą bei silpną bendradarbiavimą sveikatos socialinių santykių srityje.

Adresas: A. Jurgelėnas
Žygimantų g. 9, LT-01102, Vilnius
Tel. 8-5 2617985
El. paštas: antanas.jurgelenas@ekmi.vu.lt

Raktažodžiai:

pagyvenę žmonės, sveikatos problemos, paplitimas, bendradarbiavimas, konfliktiškumas

Įvadas

Medicinos statistikos duomenys parodo visuomenės ar tam tikrų jos grupių sergamumą, ligotumą. Tačiau sveikata apibrėžiama ne tik fizinių ligų nebuvimu, bet ir socialine bei dvasine būseną. Medicina sveikatai turi įtakos tik 8–10%. Visa kita priklauso nuo paveldimumo, gyvenimo sąlygų, aplinkos. Todėl vien medicinos priemonėmis neįmanoma išspręsti visų sveikatos problemų, o medicinos statistika parodo tik dalį sveikatos žinių.

Pagyvenusių ir senų žmonių sveikatą vertinti dar sudėtingiau, nes jie serga ne viena, bet keliomis lėtinėmis ligomis, turi kitų geriatrinių problemų. Todėl yra susiformavusi „geriatrinio paciento“ sąvoka. Anot žymaus vokiečių geriatro I. Fuszgeno, geriatrinio paciento sąvokos pagrindinės charakteristikos yra biologinis amžius, poliligotumas, specifinių ligos simptomų kaita, užsitęsusi liga, reakcijos į vaistus pokyčiai, ryškios psichosocialinės problemos. Geriatrinio paciento sindromą turi 30–60% pagyvenusių ir senų žmonių [1]. Jiems ypač sunku diagnozuoti poliligotumą, išskirti kai kurių ligų „svorius“, numatyti ligų

tarpusavio sąveikas ir pasekmes. Todėl poliligitumas gali sukelti komplikacijų ir būti net mirties priežastimi [2]. Pagyvenusių ir senų žmonių daugybinę patologiją apsunkina ir specifinės būklės bei senėjimo metu atsirandantys fiziologiniai organų pakitimai. Austrijoje atlikti tyrimai parodė, kad iš 14 atrinktų dažniausiai aptinkamų specifinių būklių 75 metų ir vyresni pacientai turėjo vidutiniškai 6,4 specifinės geriatrinės būklės [3]. Pagyvenusius ir senus žmones dažnai slegia bloga nuotaika, depresija. Literatūros duomenimis, depresijos paplitimas tarp 65 ir vyresnio amžiaus žmonių yra apie 15%, bendruomenėje – 25%, tarp besigydančių pas bendrosios praktikos gydytojus – 30% [4]. Juos vargina judėjimo sutrikimai, alpimai, griuvimai ir pan.

Visi šie senatviniai negalavimai apibendrintai gali būti įvardijami integralia sveikatos problemų sąvoka. Ši sąvoka plačiai taikoma sveikatos proceso, sveikatos socialinių skirtumų ir sveikatos paslaugų kokybei vertinti ir teisingesnei sveikatos politikai formuoti [5, 6]. Jos reikšmė identifikuojama sveikatos būkle, blogesne negu gera. Kai sveikatos problemos plačiai paplinta, jos tampa socialiai reikšmingos. Jos atspindi sveikatos problemų turinčių žmonių ir į jas reaguojančių žmonių tarpusavio santykius. Bendriausiu atveju šie santykiai gali reikštis bendradarbiavimo ar konfliktiškumo galimybe.

Senstant visuomenei sveikatos problemų paplitimo didėjimas neišvengiamas, todėl ir jų socialinės reikšmės analizė tampa vis aktualesnė.

Šio darbo tikslas – sveikatos problemų paplitimo lygio ir struktūros nustatymas tarp Vilniaus miesto pagyvenusių ir senų žmonių ir bandymas įvertinti jo socialinę reikšmę.

Tyrimo medžiaga ir metodai

Tirta 60–99 m. 959 Vilniaus miesto gyventojai: 299 vyrai ir 660 moterų. Vidutinis respondentų amžius – 76,7 m. Imtis reprezentatyvi, atsitiktinė, kvotuota pagal lytį ir amžių. Sveikatos bendros būklės duomenys gauti apklausos būdu imant interviu respondento namuose. Sveikatos bendra būklė vertinta penkių balų rangine skale. Sveikatos problemos identifiкуotos sveikatos būkle, blogesne negu „gera“. Pajamos matuotos piniginiu pajamų dydžiu vienam šeimos nariui. Analizuota sveikatos būklė apskritai, sveikatos problemų paplitimas ir socialinių veiksmų – amžiaus, pajamų, išsilavinimo, šeimos – įtaka sveikatos problemų paplitimo galimybei. Pajamos grupuotos kvartiliniu principu, amžius – penkerių metų intervalais. Statistinei duomenų analizei taikytas logistinės regresi-

nės metodas. Sveikatos problemų paplitimo tarp vyrų ir moterų skirtumų statistinis reikšmingumas tikrintas chi-kvadrato kriterijumi.

Socialinė sveikatos problemų paplitimo socialinės reikšmės interpretacija galėtų remtis simbolinės sąveikos principu [7]. Jo esmė būtų tokia. Sąveikauja dvi sistemos: pagyvenę ir seni žmonės ir sveikatinimo institucijų darbuotojai. Socialinės sąveikos kokybė gali būti išreikšta sisteminiiais *bendradarbiavimo* ir *konfliktiškumo* parametrais [8]. Kai šios sistemos vienodai supranta sveikatos problema, galima kalbėti apie jų bendradarbiavimą. Priešingu atveju – galima tikėtis konfliktiškumo. Kadangi šios sistemos yra tikslingos, tai jų veiksmų, arba sveikatinimo politikos tikslas turi būti sveikatos problemų mažinimas. Vadinas, iš sveikatos problemų paplitimo mastų galima spręsti apie sveikatos politikos veiksmingumą ir jos socialinę reikšmę.

Rezultatai ir jų aptarimas

1 lentelėje pateikti tyrimo rezultatai rodo, kad tik labai nedaug pagyvenusių ir senų žmonių savo sveikatos būklę vertino gerai ir labai gerai. Moterų gera ir labai gera sveikatos būklė buvo statistiškai reikšmingai blogesnė negu vyrų. Šiek tiek daugiau nei kas antras pagyvenęs ir senas žmogus savo sveikatą vertino patenkinamai. Tai rodo ir medianos reikšmė, kuri lygi 3 balams. Tačiau analizuojant vyrų ir moterų sveikatos būklės kitimo tendenciją matyti, kad vidutinis balas mažesnis už patenkinamą. Tai galima paaiškinti tuo, kad medianos neveikia „didelės“ ir „mažos“ reikšmės, o vidurkį veikia kiekviena reikšmė. Gauta sveikatos būklės vidurkio reikšmė rodo, kad „blogų“ reikšmių yra daugiau. Apskaičiuotas vidurkis nėra simetriškas ir daugiau duomenų yra už skirstinio viršūnės. Esant didelei imčiai arčiau centro būna vidurkis, nei mediana, todėl centrinė tendencija yra artimesnė vidurkiui. Tai reiškia, kad žmonių sveikatos būklės kaitos tendencija yra „blogos“ sveikatos link.

Amžius yra svarbus sveikatos problemų veiksnys. Duomenys (2 lentelė) rodo, kad amžiui didėjant sveikatos problemų daugėja. 60–64 m. tarpsnyje sveikatos problemų paplitimas buvo 84,7%, tuo tarpu 90–94 m. tarpsnyje – 94,5%. Tačiau didėjant amžiui sveikatos problemų paplitimo galimybė mažėja. Galimybių santykis $\exp(b)$ nuo 0,543 60–64 m. amžiaus grupėje sumažėjo iki 0,175 90–94 m. amžiaus grupėje.

Gautos mažos galimybių santykio reikšmės rodo, kad senstant problemų kiekybinio padidėjimo tikimybė maža. Kadangi regresijos koeficiento b lygybės nuliui statisti-

1 lentelė. Subjektyviai vertinama sveikatos būklė, jos vidutinės reikšmės ir problemų paplitimas

Lytis	N	Sveikatos būklė					Vidutinės reikšmės			Paplitimas (%)
		lab. gera	gera	patenk.	bloga	lab. bloga	vid. balas	st	md	
V ir M	959	0,5	6,9	55,4	31,1	6,1	2,7	0,72	3,0	92,6
Vyrai	299	1,3	10,1	57,0	26,2	5,4	2,8*	0,76	3,0	88,6
Moterys	660	0,1*	5,5*	54,7	33,3	6,4	2,6	0,70	3,0	94,4

* $p < 0,05$.**2 lentelė.** Sveikatos problemų paplitimas amžiaus grupėse

Rodikliai	Tirti asmenys	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94
Paplitimas %	Iš viso	84,7	88,7	91,7	96,8	95,5	95,9	94,5
	Vyrai	84,8	80,0	83,3	94,4	94,1	93,8	100
	Moterys	84,6	93,4	96,4	97,7	96,1	96,6	93,3
exp(b)	Iš viso	0,543	0,384	0,273*	0,100*	0,141*	0,129*	0,175*
	Vyrai	0,538	0,750	0,600	0,176	0,187	0,200	0,178
	Moterys	0,545	0,212*	0,11*	0,001*	0,123*	0,105*	0,214*
b	Iš viso	-1,099	-0,606	-1,552	-2,197*	-2,663*	-2,096*	-2,257*

Chi-kvadratas, * $p < 0,05$, $H_0: b_j = 0$.

nė hipotezė nepasitvirtino, reiškia, kad didėjant amžiui sveikatos rizikos pokyčiai yra susiję ne tiek su problemų kiekiu, kiek su jų kokybės pokyčiais. Šie pokyčiai ypač reikšmingi po 75 metų, kai žmogaus fiziologiniai rezervai pradeda intensyviai mažėti.

Sveikatos problemų paplitimo rodiklis tarp moterų buvo statistiškai reikšmingai 2,1 karto didesnis, negu tarp vyrų, todėl, kad mažiau moterų savo sveikatą vertino „gera“ ir „labai gera“ ir daugiau „bloga“ ir „labai bloga“.

Subjektyviai vertinant poliligitumą nustatyta, kad vienas 60 metų ir vyresnis žmogus turi vidutiniškai 4 (3,6) ligas, arba 60% šios populiacijos turi 2–6 ligas (3 lentelė).

Svarbesnių geriatrinių problemų paplitimo analizė parodė, kad beveik kas penktas pagyvenęs žmogus turi šlapimo nelaikymo problemų. Jos ypač paplitusios tarp moterų.

Kas penktam tirtam žmogui džiūsta burna, kas ketvirtas jaučia galvos svaigimą ir nugaros skausmus, o kas trečias – užesį ausyse (4 lentelė). Apskritai specifinių geriatrinių problemų paplitimo lygis tarp moterų žymiai didesnis negu tarp vyrų, ypač dėl šlapimo nelaikymo, galvos skausmų, galvos svaigimo, užesį ausyse, burnos džiūvimo.

Svarbesnių socialinio statuso elementų – amžiaus, pajamų, išsilavinimo ir šeimos – poveikis sveikatos problemų paplitimui kiekybine prasme yra nedidelis (5 lentelė).

Nedidelės galimybių santykio exp(b) reikšmės rodo, kad socialinės sąlygos neįtako ženklaus vaidmens kaip rizikos veiksniai pagyvenusių ir senų žmonių sveikatos problemų paplitimui.

Didesnės įtakos turi amžius. Amžiui padidėjus penkeriais metais problemų paplitimo rodiklis $b = 0,272$. Vyrams sveikatos problemų galimybės pokytis per penkerius amžiaus metus yra didesnis negu moterims. Tai reikštų, kad vyrams amžiaus pokyčiai yra didesnis sveikatos rizikos veiksnys negu moterims.

Pajamų pokyčio įtaka sveikatos problemų paplitimui nedidelė, bet neigiama ir statistiškai reikšminga. Literatūroje nurodoma, kad pajamų skirtumai yra vienas svarbiausių priežasčių ne tik lėtinėms ligoms, bet ir funkciniam sutrikimams, didesniai neįgalumui atsirasti [9]. Todėl pajamų dydžio poveikis yra integralus. Yra žinomas dėsningumas, kad didėjant žmonių pajamoms jų sveikatos problemų mažėja. Tačiau taip būna ne visada. Mes parodėme, kad didėjant pajamoms mažų ir vidutinių pajamų sluoksniuose, sveikatos problemų paplitimas kurį laiką taip pat didėja. [10, 11]. Tai susiję su visuomenės vidurinio sluoksnio diferenciacija didelių socialinių ir ekonominių permainų laikotarpiams. Suprantama, kad čia su pajamomis yra susiję ir kiti socialiniai veiksniai sukurdami integralų poveikį.

Šeima didesnės įtakos sveikatos problemų paplitimui

3 lentelė. Subjektyviai vertinamo poliligtumo pasiskirstymas amžiaus grupėse

Amžius	60–64	65–69	70–74	75–79	80–84	85–89	90–94	95<	Vidut.
Ligų skaičius	2,7	3,1	3,8	3,6	3,6	4,5	3,4	3,5	3,6
St. nuokr.	1,7	1,8	2,1	2,2	2,1	2,0	1,7	2,1	2,1

4 lentelė. Svarbesnių geriatrinių problemų paplitimas

Problemos	Imtis N	Bendras		Tarp vyrų		Tarp moterų	
		n	%	n	%	n	%
Šlapimo nelaikymas	928	169	18,2	48	28,4	121	71,6*
Galvos skausmai	925	159	17,2	33	20,8	126	79,2*
Kraujavimai	912	19	2,1	6	31,6	13	68,4
Burnos džiuvimas	917	202	22,0	45	22,3	157	77,7*
Rijimo sutrikimai	907	57	6,3	16	28,1	41	71,9
Galvos svaigimas	936	245	26,2	55	22,4	190	77,6*
Alpimai	905	27	3,0	8	29,6	19	70,4
Ūžesys ausyse	928	250	29,9	56	22,4	194	77,6*
Akių skausmas	907	52	5,7	12	23,1	40	76,9
Nugaros skausmai	935	245	26,2	80	32,7	165	67,3

* $p < 0,05$ tarp vyrų ir moterų.

5 lentelė. Svarbesnių socialinių veiksnių įtaka sveikatos problemų paplitimo galimybei

	Parametrai	b	p(b)	exp(b)	95% PI (exp(b))
Bendras	Pajamos	-0,528	0,000	0,590	0,454; 0,766
	Išsilavinimas	-0,116	0,340	0,890	0,701; 1,130
	Amžius	0,272	0,030	1,313	0,958; 1,798
	Šeima	0,012	0,897	1,062	0,839; 1,222
Vyrų	Pajamos	-0,650	0,004	0,522	0,336; 0,812
	Išsilavinimas	-0,041	0,823	0,960	0,672; 1,371
	Amžius	0,570	0,024	1,768	1,075; 2,904
	Šeima	-0,008	0,960	0,992	1,715; 1,375
Moters	Pajamos	-0,357	0,056	0,700	0,485; 1,009
	Išsilavinimas	-0,194	0,240	0,824	0,596; 1,139
	Amžius	0,081	0,701	1,085	0,716; 1,643
	Šeima	-0,032	0,817	0,968	0,736; 1,273

neturėjo, tačiau pagyvenusių žmonių šeimos padėtis daro neigiamą poveikį. Didėjant amžiui daugėja vienišų žmonių ir didėja jų priklausomybė nuo kitų. Panaši išsilavinimo įtaka: nedidelė, bet neigiama. Tai gali būti susiję su neadekvačia išsilavinusių žmonių socialine padėtimi šiandieninėje visuomenėje.

Vertinant sveikatos problemų paplitimo socialinę reikšmę reikia atkreipti dėmesį į didelį problemų paplitimo mastą – beveik visi 60 metų ir vyresni žmonės turi sveikatos

problemų. Struktūriškai palyginti didelis poliligtumas ir didelis kai kurių specifinių būklių paplitimas leidžia daryti išvadą, kad tirta sveikatos problemų padėtis yra kritinė. Tai rodo sveikatinimo sistemos nepakankamą veiksmingumą siekiant sveikatos problemų mažinimo tikslo. Socialine prasme tai reiškia nepakankamą bendradarbiavimą tarp sveikatinimo subjektų ir pacientų. Visa tai neišvengiamai didina konfliktškumo galimybę. Nors senstant neįmanoma išvengti sveikatos problemų, biologiniu požiūriu čia

iškyla neįmanomumo klausimas. Tačiau socialiniu, žmonių tarpusavio santykių požiūriu, visada atsiranda veiksmingumo žodeliai „padėti“, „patarnauti“, „slaugyti“, solidarizuotis. Taip galima sušvelninti ar neutralizuoti daugelį sveikatos problemų.

Išvados

Nustatytas labai didelis (92,6%) sveikatos problemų paplitimas ir neigiama jo kaitos tendencija. Problemų struktūroje poliligitumas nuo 2 iki 4 ligų apima 60% miesto gyventojų. Labiausiai paplitusios geriatrinės būklės – šlapimo nelaikymas, galvos skausmai, galvos svai-gimas, užimas ausyse, nugaros skausmai – būdingos kas trečiam–penktam gyventojui bei yra pagyvenusių ir senų vyrų ir ypač moterų sveikatos būklės kritinės prielaidos. Jos rodo sveikatos politikos, kuri orientuota į ligų gydymą, nepakankamą veiksmingumą bei silpną sveikatos sistemos darbuotojų ir pacientų bendradarbiavimo lygį sveikatos socialinių santykių sferoje.

Literatūra

1. Füsgen J. Der geriatrische Patient. Ortopädie-Technik. 2002; 10: 800–5.
2. Fillenbaum GG, Pieper CF, Cohen HJ, Cornoni-Huntley JC, Guralnik JM. Comorbidity of five chronic health conditions in elderly community residents: determinants and impact on mortality. J. Gerontol. 2000; 55A(2): M84.
3. Mann E, Koller M, Mann Ch et al. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) in general practice: Results from a pilot study in Vorarlberg, Austria. BMJ Geriatrics, 2004: 4.

4. Taylor WD, McQuoid DR, Krishnan KRR. Medical Comorbidity in late-life depression. International Journal of Geriatric Psychiatry. 2004; 19(10): 935–43.

5. Krokstad S, Kunst AE, Westin S. Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. Journal of Epidemiology and Community Health. 2002; 56: 375–80.

6. Dalstra JAA, Kunst AE, Geurts JJM et al. Trends in socioeconomic health inequalities in the Netherlands, 1981-1999. Journal of Epidemiology and Community Health. 2002; 56: 927–34.

7. Broom L, Bonjeam CM, Broom D. Sociologija. Vilnius, 1992: 40.

8. Akoff R, Emeri F. O celeustremliionnych sistemach. M.1974: 149.

9. van der Wiel B, Crean AJM, Exel VE et al. Association between chronic diseases and disability in elderly subjects with low and high income: the Leiden 85-plus Study. European Journal of Public Health. 2005: 1–4.

10. Jurgelenas A, Mieliauskaite D, Filipaviciute R. From the former Soviet Union: Socioeconomic health inequalities exist in post-communist Lithuania. BMJ. 2005; 331(7510): 236.

11. Jurgelenas A, Mieliauskaite D, Filipaviciute R. Socioeconomic health inequalities in post-communist Lithuania. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/329/7479/1355>

Straipsnis įteiktas redakcijai 2006 m. rugsėjo 18 d., parengtas spaudai 2006 m. lapkričio 27 d.

THE PREVALENCE AND IMPORTANCE OF HEALTH PROBLEMS AMONG ELDERLY CITIZENS

A. Jurgelėnas, J. Čeremnych, A. Juozulynas, V. Alekna, R. Filipavičiūtė

Institute of Experimental and Clinical Medicine at Vilnius University

Summary

Objective. Investigate the level of health problems prevalence, among elderly and old people in Vilnius city and evaluate the social mean of them.

Materials and Methods. 959 Vilnius citizens (299 men and

660 women) aged 60–94 years were investigated. Information was obtained by the method of a random presentable survey. The condition of health was rated at a five-point scale. The presence of problems was identified as a health condition worse than good. The social value of problem prevalence was rated through the cooperation and conflicts between patients and medical professionals.

Results. The rate of health problems prevalence was 92.6%, 88.6% among men and 94.4% among women. Among the other social factors, the level of income had the major influence on the prevalence.

Conclusions. A very high level of health problem prevalence

and its negative tendency was determined. The structure of the problems consisted of multimorbidity and the most common geriatric conditions. The high level of problem prevalence shows an insufficient efficiency of health service institutions and a weak cooperation in the sphere of social relations.

Keywords:
elderly people, health problems, prevalence, cooperation, conflict