

ДОБРОТО ЗДРАВΟΣЛОВНО СЪСТОЯНИЕ - ПРИОРИТЕТ В ЦЕННОСТНАТА СИСТЕМА НА ЛИЦАТА В НАПРЕДНАЛА ВЪЗРАСТ

В. Михайлова, Д. Димитрова

GOOD HEALTHY CONDITION - A PRIORITY IN THE SYSTEM OF VALUES OF PEOPLE OF ADVANCED AGE

V. Mihaylova, D. Dimitrova

Резюме: Максималната продължителност на живота е генетично обусловена, но вероятността за постигането ѝ в състояние на добро здраве е до голяма степен определена от околната среда и стила на живот. Цел на настоящата работа е да се открие мястото и ролята на здравето в комплекса от ценности на възрастни индивиди с оглед набелязване на подходи за постигане на жизнено благополучие в напреднал стадий на живота.

По метода на индивидуално еднократно стандартно интервю с анонимен характер за периода март-септември 2006 г. бяха изследвани 132 лица над 60-годишна възраст от гр. София, живеещи в привични домашни условия, и 131 възрастни лица, обитаващи два старчески дома в гр. Пловдив. Използвана е градуирана скала на ценностната система, като от нея са изведени въпросите, третиращи доброто здравословно състояние и методите за неговото поддържане: профилактични прегледи; предпазване от рискови фактори в околната среда и начина на живот; промени на вредни навици и поведенчески отклонения.

Поддържането на добро здравословно състояние е водеща ценност (над 80%), както за свободно живеещите, така и за обитателите на старчески дом. Налице е тенденция за предпочитане на профилактични прегледи пред предпазване от рискови фактори и промяна на поведенчески отклонения и навици. Не се наблюдават съществени възрастови и полови различия при оценката на здравословното състояние и подходите за неговото поддържане.

Лицата с по-висок образователен ценз от двете изследвани групи предпочитат подхода „предпазване от рискови фактори“ за поддържане на своето здраве.

Ключови думи: здравословно състояние; профилактични прегледи; рискови фактори; поведенчески отклонения

Summary: The maximum duration of life is genetically preconditioned but the probability of reaching it in good health is to a great extent determined by the environment and lifestyle.

The purpose of this work is to emphasize the place and role of health in the complex of values of aged persons with a view of pointing out to approaches for achieving welfare in the advanced stage of their lives.

Using the method of individual single interviews with anonymous character 132 persons were investigated during the period from March to September 2006, all of them above the age of 60 and residents of Sofia city living in their normal home environments as well as 131 aged persons inhabiting two care homes for aged people in Plovdiv. A graduated scale of the system of values has

been used and from it the questions referring to good health and the methods of maintaining good health have been deduced: prophylactic examinations; prevention of risk factors in the environment and lifestyle; changes of harmful habits and behavioral deviations.

Maintaining good health is the leading value (more than 80%) both for the aged people living at home and for those living in care homes. There is a tendency to prefer prophylactic examinations to protection from risk factors and changes in behavioral deviations and habits. No significant age and gender differences were observed in evaluating health status and the approaches for its maintenance.

People with higher education degree from the two investigated groups showed preference for the approach of prevention of risk factors as the means of maintaining their health.

Key words: health status; prophylactic examinations; risk factors; behavioral deviations

Европейската фондация за подобряване условията на живот и труд извежда 12 области на живот (Life domains) в следната последователност: здравно състояние, образование, заетост, доходи, социално обслужване, транспорт, жилищни условия, семейство, отдих, околна среда, сигурност и удовлетворение от живота (7, 9).

Докато максималната продължителност на живота е генетично обусловена, то вероятността за постигане на тази продължителност в състояние на добро здраве е до голяма степен определено от околната среда и стила на живот (10, 12, 13, 15).

Значението на здравното благополучие в стойностната система на индивидите се дискутира от позиция на промоция на здравето от други наши водещи автори (1, 2, 3, 4, 5).

ЦЕЛ на настоящата работа е да се открий мястото и ролята на здравето в комплекса от ценности на възрастни индивиди с оглед набелязване на подходи за постигане на жизнено благополучие в напреднал стадий на живота.

МЕТОДИКА НА ПРОУЧВАНЕТО

Извършено бе индивидуално еднократно стандартно интервю с анонимен характер. Използвана е скала на ценностната система, градуирана по степен на значимост, като: много важно, важно, от значение, не толкова важно и без значение. В последствие тези степени, с оглед на статистическата обработка, бяха окрупнени в три интервала – важно, от значение и маловажно; за целите на непараметричния анализ на места са сведени до алтернативни признаци.

От общия въпросник са изведени въпросите, третиращи доброто здравословно състояние и методите за неговото поддържане: 1. добро здравословно състояние; 1.2. поддържане на здравословното състояние

чрез: 1.2.1. профилактични прегледи; 1.2.2. предпазване от рискови фактори в околната среда и начина на живот; 1.2.3. промени на вредни навици и поведенчески отклонения.

Логическа единица на наблюдение: Всяко възрастно лице, посетило амбулаторния сектор към Клиниката по физиотерапия и рехабилитация на ВМА-София; възрастни лица, обитаващи два старчески дома в град Пловдив.

Бяха обхванати 132, живеещи в привична домашна обстановка, независими в психическата сфера лица, основно от град София, за периода март – септември 2006 г. За сравнителен анализ на статистическите характеристики беше включена представителна извадка от 131 възрастни лица, обитаващи два старчески дома в гр. Пловдив.

Техническа единица на наблюдение: Амбулаторният сектор към Клиниката по физиотерапия и рехабилитация на ВМА-София; два старчески дома в град Пловдив.

Характеристика на контингента: Средна възраст на общо изследваните възрастни лица възлиза на 74,86±6,59 години (от 62 - 95 години). Отдиференцирани са две възрастови групи: до 75 години – „възрастна хора“, и над 75 години – „стари хора“ (6). Сравнение бе извършено и по образователен ценз: лица с основно; със средно и средно-специално образование; лица с полувисше и висше образование. Около 2/3 от свободно живеещите за двете възрастови групи са с висше и полувисше образование. За обитателите на старчески дом съотношението е обратното, като се срещат лица с основно образование.

За обработка на данните са използвани статистически методи: вариационен, алтернативен, непараметричен и графичен анализ.

Резултати и обсъждане: Открити са три стратегии, считани за съществени, за

поддържане на добър здравен статус: профилактични прегледи, предпазване от рискови фактори и склонност за промяна на поведенчески отклонения и вредни навици.

Налице е тенденция за предпочитане на профилактичните прегледи пред предпазване от рискови фактори и negliжиране на желанието за промяна на поведенчески отклонения, както за свободно живеещите, така и за обитаващите старчески домове, но разликата между тези подходи не е сигнификантна ($t=1.65$ или $p=0.10$). При всички случаи се наблюдава съществено различие между случай/контрола, както между отделните стратегии за поддържане на добро здравословно състояние, така и в оценката на степента на тяхната значимост.

Това съвпада с наблюденията на други автори, провели аналогични изследвания (8, 12, 14) с изключение оценките "от значение" за профилактични прегледи и промяна на поведенчески отклонения между двете групи.

Сред лицата от старческите домове се проявява своеобразно равномерно разпределение в оценките по степен на значимост (важно, от значение и маловажно), което свидетелства за дефицити в здравната култура и неприлагане на ефективни стратегии от сферата на промоция на здравето и преморбидната профилактика сред тази категория възрастни хора. Вниманието им е насочено най-вече към мероприятията на вторичната профилактика и съответно повишаване на доверието на възрастни лица към тяхната целесъобразност и надеждност. По-високата образователна култура на свободно живеещите се проявява в по-висока-

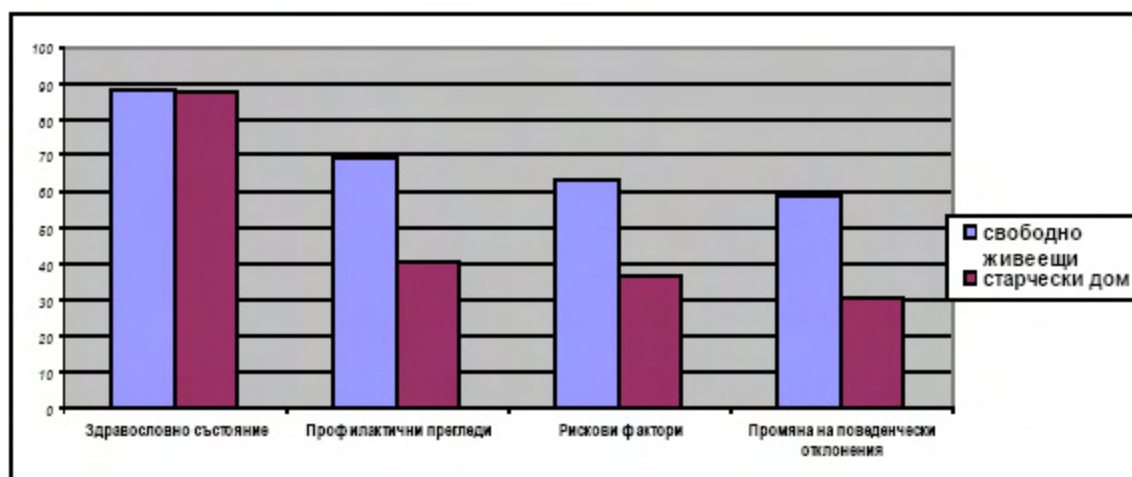
та степен на оценка към тези два подхода. Докато от контингента на "свободно" живеещите единици (1-4 случая от към общо 131 изследвани) категоризират като маловажни и трите превантивни подхода, то обитаващите старчески дом в значителен дял, около 1/3 и дори повече, ги оценяват като маловажни ($p<0.001$). В противовес на това още по-малко (30.77%), оценяват промяната в поведенческите отклонения и вредните навици като важен подход. Предпочитаните подходи ("много важно и важно") за поддържане на добро здравословно състояние по груповата принадлежност са илюстрирани във фигура 1.

Съпоставката по пол (фигура 2) установява съществени различия – мъжете, от контингента на свободно живеещите, проявяват изразено предпочитание към профилактичните прегледи ($P < 0.02$; $X^2 = 5.467$), докато сред обитателите на старчески дом съотношението е обратно – в полза на жените – ($P < 0.01$; $X^2 = 9.239$).

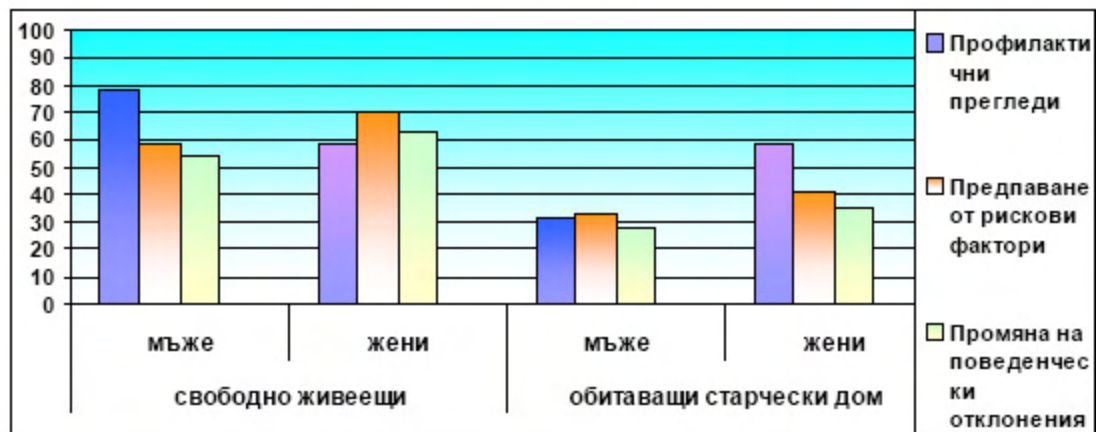
По отношение предпазване от рискови фактори и промяна на поведенчески навици и отклонения не се отбелязват значими полови различия поотделно в двете изследвани групи ($P>0,05$). Едновременно с това е налице почти двойно по-висока оценка на двата пола сред свободно живеещите и за двата подхода в сравнение с обитателите на старчески дом ($P<0,01$).

Разпределени по възраст (фиг. 3), не се проявяват различия в отношението към трите стратегии за поддържане на добро здравословно състояние сред свободно живеещите и обитаващите старчески дом

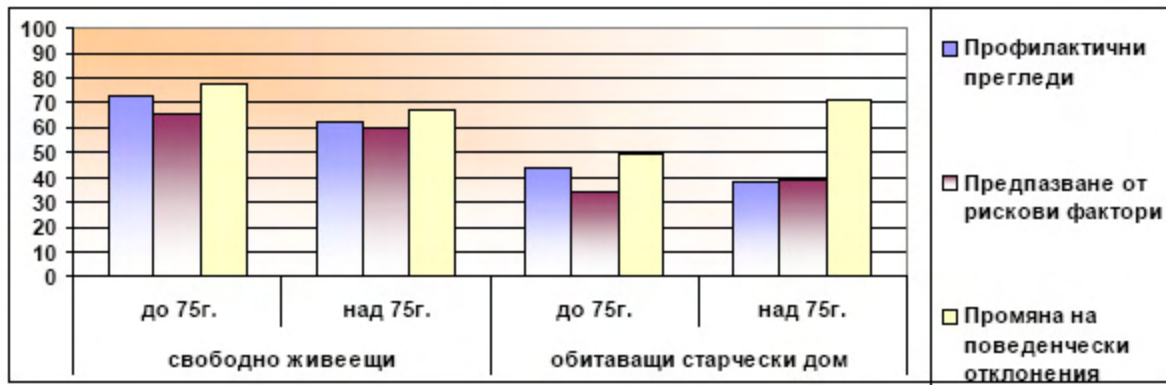
Фиг. 1. Предпочитани подходи за поддържане на добро здравословно състояние в зависимост от груповата принадлежност



Фиг. 2. Разпределение на подходите за поддържане на добро здравословно състояние в зависимост от пола



Фиг. 3. Разпределението по възраст на подходите за поддържане на добро здравословно състояние



поотделно, с изключение на лицата над 75 г. за домуващите, изразяващи видими предпочитания към промяна на поведенчески навици и отклонения ($P < 0.01$), които дори превишават същия показател за свободно живеещите.

По отношение на профилактичните прегледи и предпазване от рискови фактори съществува значимо по-висока оценка (към 50%) в полза на свободно живеещите. Явно е, че групата на независимите възрастни хора от двата пола и възраст разполага с по-адекватна преценка и съответно готовност за прилагане на оптимални подходи за поддържане на здравния си статус.

В двете възрастови групи не се наблюдава статистически значима разлика в оценките на значението на поддържането на здравословното състояние чрез предпазване от рискови фактори в околната среда и начина на живот. С увеличаването на възрастта мъ-

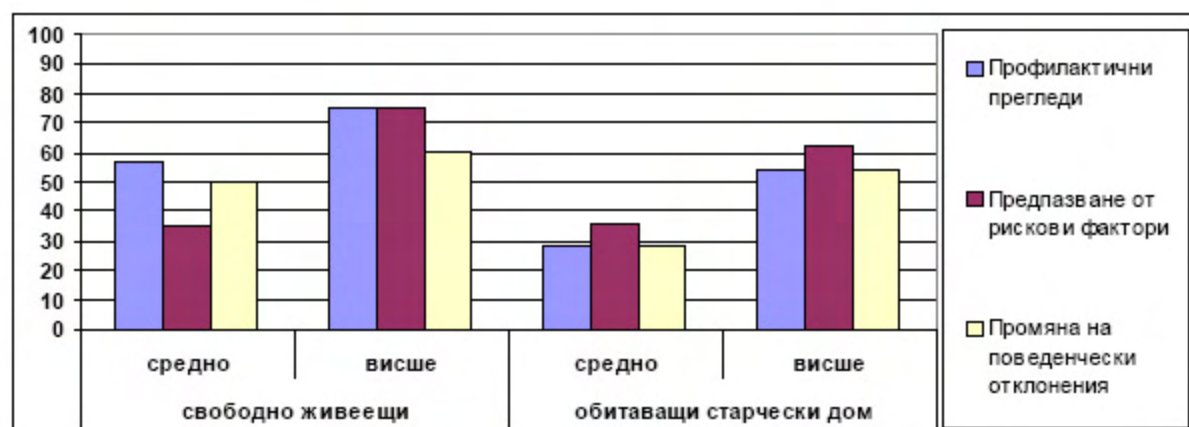
жете придават на тези фактори по-голямо значение, докато при жените се наблюдава обратната тенденция, която има сигнификантен характер.

Не се установява значима разлика в оценката на двата пола и на значението на поддържането на здравословното състояние чрез промени на вредни навици и поведенчески отклонения. В абсолютен план и двата пола от по-ниската възрастова група го оценяват най-често като „От значение“, докато по-възрастните жени му дават малко по-висока оценка - „Важно“.

Разпределението по образователен ценз на подходите за поддържане на добро здравословно състояние по образователен ценз е илюстрирано на фигура 4.

Съпоставката по образование установява различия между двете групи по образование от контингента на свободно живеещите.

Фиг. 4. Подходи за поддържане на добро здравословно състояние в зависимост от образованието и контингента на изследване



Откроява се предпочитанието на свободно живеещите висшестепенни към профилактичните прегледи и предпазване от рискови фактори (75,00%) и на средностепенните от същата група към профилактичните прегледи, като разликата между двете образователни групи е съществена ($P < 0,02$). Същевременно оценката на по-високо образование за "предпазване от рискови фактори" (75,00%) е повече от двойно по-висока в сравнение със средностепенните (35,71%) - при ($P < 0,001$). Отношението към подхода "промяна на поведенчески отклонения и навици" потвърждава виждането за влиянието на образованието, като 2/3 от висшестепенните, срещу 1/2 от средностепенните му отдават първостепенно значение. Оценката на по-образованите за трите превантивни подхода ($P < 0,02$) от контингента на обитателите на старчески дом е почти двойно по-висока. Оценката им за "предпазване от рискови фактори" и при двете образователни категории превалява. Тенденцията при сравняване на двата контингента по отношение на подходите за поддържане на добро здравословно състояние и тук се запазва, като по-високата образователна култура при свободно живеещите рефлектира в тяхната по-висока оценка.

ИЗВОДИ:

1. Поддържането на добро здравословно състояние е водеща ценност (над 80%), както за свободно живеещите, така и за обитателите на старчески дом.

2. Налице е тенденция за предпочитане на профилактични прегледи пред пред-

пазване от рискови фактори и промяна на поведенчески отклонения и навици.

3. Обитателите на старчески дом проявяват по-ниска склонност спрямо подходите за поддържане на добро здравословно състояние; те определено неглижират предпазване от рискови фактори и промяна на поведенчески навици и отклонения.

4. Не се наблюдават съществени възрастови и полови различия при оценката на здравословното състояние и подходите за неговото поддържане.

5. Хората с по-висок образователен ценз сред двете сравнявани групи имат нагласа за предпочитане на подхода "предпазване от рискови фактори" за поддържане на своето здраве. Това следва да се има предвид при отправяне на превантивните послания и внедряването на действащи програми и интервенции по промоция на здравето от съответните органи към различни групи от възрастното население.

Използвана литература:

1. Борисов В., К.Шопова - "Концепция за промоция на здравето – същност и развитие" - В.Ново обществено здравеопазване, С., Акваграфикс – ООД, 1998, с.470 – 471;
2. Воденичаров, Ц., С. Попова. Медицинска етика, С. 2006, 36-38.
3. Грънчарова Г., С.Александрова, А.Велкова. Медицинска етика, Плевен, Изд.ВМИ-Плевен, 2001, 6-12.
4. Лъчкова М. - "Мениджмънтът в здравната промоция – критерии за организиране, провеждане и оценка на превантивните програми", В.Ново обществено здравеопазване, С., Акваграфикс

– ООД, 1998, с. 482 – 487;

5. Мутафова М., Хр. Малешков . Очаквана продължителност на живота в добро здраве. Статистически барометър , 7.1997. КЕРН прес – С., 2001. 1-24;

6. Смолькин, А. А. Социокултурна динамика отношения к старости. Диссертация. Саратов, Саратовский государственный технический университет, 2004

7. Тилкиджиев, Н. Качество на живот и щастие, 2007; 8-9. http://www.omda.bg/institute/niki/quality_of_life_and_happiness.htm

8. Callahan D. "Setting limits : Medical care in an aging society" Journal of Medical ethics, 17, 1991,2, p.112-114;

9. Delhey, J. 2004. Life Satisfaction in an Enlarged Europe. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin.

10. Freund, A. M., & Riediger, M. (2003). Successful aging. In R. M. Lerner,

11. M. A. Easterbrooks & J. Mistry (Eds.), Handbook of psychology (Vol. 6, pp.601-628). New York: Wiley.

12. QOL Projects – Quality of life Among Adolescents. www.Utronto.Ca/gol/pwdd.htm.

13. Rockwell, R. C. 1989. "Review of research on quality of life". In: Social Forces, №67: pp.824-826.

14. Thomae H. "Die Bedeutung einer kognitiven Persönlichkeitstheorie für die Theorie des Alterns". Gerontology.,1971,S.4,8-15

15. Veenhoven, R. 2003. Measuring Human Well-Being (www.eur.nl/fsw/research/veenhoven).

Адрес за кореспонденция:

Ст. ас. Ванина Михайлова
Катедра Управление на здравните грижи
МУ – Пловдив
4002 Пловдив бул. В. Априлов 15 А

