

VISUOMENĖS SVEIKATA

Kauno vidutinio amžiaus gyventojų subjektyvus sveikatos vertinimas ir mirties tikimybė (20-ties metų stebėjimo duomenys)

Regina Rėklaitienė, Miglė Kazlauskaitė, Abdonas Tamošiūnas, Stanislava Domarkienė
Kauno medicinos universiteto Kardiologijos instituto Populiariųjų tyrimų laboratorija

Raktažodžiai: subjektyvus sveikatos vertinimas, rizikos veiksniai, mirties tikimybė.

Santrauka. Mirtingumas nuo širdies ir kraujagyslių sistemos ligų yra viena pagrindinių priežasčių, lemiančių bendrąjį gyventojų mirtingumą. Subjektyvus sveikatos vertinimas galėtų būti svarbus prognozuojant mirties tikimybę, mirtį nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos.

Darbo tikslas. Palyginti MONICA I (Multinational MONitoring of Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) sveikatos patikros moterų ir vyrų subjektyvų sveikatos vertinimą bei rizikos veiksnių dažnumą išgyvenusiujų ir mirusiųjų grupėse bei nustatyti mirties tikimybę priklausomai nuo sveikatos vertinimo per 20-ties metų stebėsenos laikotarpį.

Tyrimo medžiaga ir metodai. Vykdoma tarptautinę MONICA programą, 1983–1984 m. atsitiktinės atrankos būdu ir sugrupavus pagal amžių bei lytį, Kaune ištirta 35–64 metų 1301 moteris ir 1187 vyrai. Atsako dažnumas – 70,2 proc. Tiriamųjų apklausa vykdyta naudojant standartinę epidemiologinę anketą. Savo sveikatą tiriamieji vertino pagal šiuos kriterijus: visiškai sveikas, geros sveikatos, sveikas, nevisiškai sveikas, sergu. Remiantis Kauno gyventojų mirčių registro duomenimis, mirtys nuo visų galimų priežasčių, nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos buvo fiksuojamos nuo pirminės sveikatos patikros datos iki 2001 metų gruodžio 31 dienos. Mirties priežastys nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos buvo vertinamos pagal 9 ir 10 peržiūros tarptautinius ligų ir mirties priežasčių kodus. Stebėsenos laikotarpiu iš tiriamųjų kontingento mirė 197 moterys (nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos mirė 94 ir 44 moterys, atitinkamai) ir 303 vyrai (nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos mirė 154 ir 98 vyrai, atitinkamai).

Rezultatai. Per 20-ties metų stebėsenos laikotarpį tiek moterų, tiek vyrų mirusiųjų grupėje, lyginant su išgyvenusiais, buvo daugiau savo sveikatą įvertinusių „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ (84,3 ir 76,7 proc., $p < 0,01$ ir 71,0 ir 54,9 proc., $p < 0,001$, atitinkamai). Mirusiųjų grupėje moterų buvo mažiau tiriamųjų negu išgyvenusiujų grupėje, savo sveikatą įvertinusių „sveika“ (10,1 ir 14,9 proc., $p < 0,05$), o mirusių vyrų grupėje nustatyta mažiau tiriamųjų, lyginant su išgyvenusiais, įvertinusių savo sveikatą „visiškai sveikas“, „geros sveikatos“ ir „sveikas“ (11,2 ir 21,4 proc., $p < 0,001$ ir 17,8 ir 23,7 proc., $p < 0,05$, atitinkamai). Mirusios moterys, kurių cholesterolio koncentracija buvo 5,0 mmol/l arba didesnė, kūno masės indeksas 25,0 kg/m² arba didesnis, nerūkančios bei pakankamai fiziškai aktyvios dažniau sveikatą vertino „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ palyginti su išgyvenusiomis; tarp mirusių vyrų, lyginant su išgyvenusiais, daugiau buvo manančių, kad yra „nevisiškai sveiki“ ar „serga“ hipercholesterolemijos, pakankamo fizinio aktyvumo grupėse, arterinio kraujospūdžio ir kūno masės indekso bei rūkymo ar nerūkančiųjų grupėse. 20-ties metų stebėsenos duomenimis, vyrams, įvertinusiems savo sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, lyginant su vyrais, kurie vertino savo sveikatą „visiškai sveikas“ ir „geros sveikatos“, buvo žymiai didesnė mirties tikimybė bei tikimybė numirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų bei nuo išeminės širdies ligos; tarp moterų reikšmingų analogiškų skirtumų nenustatyta.

Išvada. Vyrų subjektyvus sveikatos vertinimas yra prognozinis rodiklis, kuris rodo mirties tikimybę bei mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų ir nuo išeminės širdies ligos.

Įvadas

Prioritetinėse sveikatos apsaugos plėtros dokumentuose didelis dėmesys skiriamas gyventojų požiūriui į savo sveikatą ir subjektyvų sveikatos vertinimą (1). Subjektyvus sveikatos vertinimas yra daugiareikšmė sąvoka, turinti sąsajų su asmens socialiniais bei demografiniais rodikliais, su sveikata susijusiais veiksniais bei sveikatos būkle. Pagrindiniai socialiniai ir demografiniai rodikliai, turintys įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui, yra amžius, lytis, profesija, pajamos, išsimokslinimas. Labai svarbūs su sveikata susiję veiksniai, dažnai lemiantys ligų pasireiškimą, yra arterinis kraujospūdis, nesaikingas alkoholinių gėrimų vartojimas, cholesterolio koncentracija kraujyje, rūkymas, nepakankamas fizinis aktyvumas (2). Nustatyta, kad lemiamos reikšmės subjektyvios sveikatos vertinimui tyrimo metu turi asmens fizinė ir psichinė sveikatos būklė: lėtinės ligos, ribotas aktyvumas, kuris gali būti invalidumo pasekmė, depresija, psichikos sutrikimai. Labai informatyvūs yra pakartotiniai subjektyvios sveikatos tyrimai populiacijos lygmenyje, kai subjektyvi sveikatos būklė, pokyčiai, kurie rodo sveikatos priežiūros paslaugų kokybės gerinimo būtinumą.

Šio darbo tikslas – nustatyti MONICA 1 sveikatos patikros metu ištirtų moterų ir vyrų subjektyvų sveikatos vertinimą priklausomai nuo nustatytų rizikos veiksnių išgyvenusiujų ir mirusiųjų grupėse; įvertinti mirties tikimybę tarp vyrų ir moterų priklausomai nuo sveikatos vertinimo per 20-ties metų stebėsenos laikotarpį.

Tirtųjų kontingentas ir tyrimo metodai

Tarptautinės programos MONICA Kaune vykdymo laikotarpiu 1983–1984 m. atsitiktiniu būdu sugrupavus pagal amžių ir lytį, ištirta 1301 moteris 35–64 metų ir 1187 vyrai. Atsako dažnumas – 70,2 proc. Tiriamųjų apklausa vykdyta naudojant standartinę epidemiologinę anketą. Tiriama: bendrojo cholesterolio koncentracija kraujyje, matuojamas arterinis kraujospūdis (AKS), ūgis, svoris, apskaičiuojamas kūno masės indeksas (KMI). Įprastinės apklausos metu buvo vertinami rūkymo įpročiai, fizinis aktyvumas. Reguliariai rūkančiais buvo laikomi asmenys, kurie kasdien surūkydavo bent po vieną cigaretę. Nepakankamai fiziškai aktyvus asmuo, kuris daugiau kaip 5 val. darbe praleidžia sėdėdamas, o laisvalaikio metu saikingam ar sunkiam fiziniam darbui skiria mažiau kaip 10 val. per savaitę. Arterinė hipertenzija (AH) nustatyta, kai sistolinis AKS 140 mm Hg arba didesnis ir (arba) diastolinis AKS 90 mm Hg arba didesnis (3). AH sergančiųjų grupei priskirti

ir asmenys, kuriems nustatytas normalus AKS, tačiau per pastarąsias dvi savaites vartojo kraujospūdį mažinančius vaistus. Hipercholesterolemija (Hchol) nustatyta, kai cholesterolio koncentracija kraujyje buvo 5,0 mmol/l arba didesnė (4). Kūno svoris buvo vertinamas KMI, kuris apskaičiuojamas kūno svorio (kg) ir ūgio (m²) santykiu, o KMI 25,0 kg/m² arba didesnis jau laikomas padidėjusiu. Kiekvieno tiriamojo buvo prašoma subjektyviai įvertinti savo sveikatą pagal šiuos atsakymo variantus: 1 – visiškai sveikas, 2 – geros sveikatos, 3 – sveikas, 4 – nevisiškai sveikas, 5 – sergu. Remiantis Kauno gyventojų mirčių registro duomenimis, mirtys nuo visų galimų priežasčių buvo fiksuojamos kiekvieno tiriamojo nuo pirminės sveikatos patikros datos iki 2001 gruodžio 31 dienos. Mirties priežastys nuo širdies ir kraujagyslių ligų (ŠKL) buvo vertinamos pagal tarptautinius ligų ir mirties priežasčių kodus (TLK): 9 peržiūros – 390–458, 10 peržiūros – I 00–I 99, mirtys nuo išeminės širdies ligos (IŠL) pagal 9 peržiūros – 410–414, 10 peržiūros – I 20–I 25 kodus. Stebėsenos laikotarpiu iš tiriamojo kontingento mirė 197 moterys (nuo ŠKL ir IŠL mirė 94 ir 44 moterys, atitinkamai) ir 303 vyrai (nuo ŠKL ir IŠL mirė 154 ir 98 vyrai, atitinkamai).

Statistinė analizė

Siekiant palyginti rizikos veiksnių dažnumą tarp subjektyviai sveikatą vertinusių gyvų ir mirusių asmenų, panaudotas parametrinio tipo lyginamasis Stjudento (t) kriterijus. Tikrinant atskirų požymių grupių dažnumų lygybės hipotezes ir nustačius, kad $p < 0,05$, hipotezė atmetama ir požymių dažnumo skirtumas laikytas kaip statistiškai reikšmingas. Požymių priklausomumas tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo ir išgyvenusiu asmenų bei mirusiųjų veiksnių dažnumas tikrintas naudojant chi kvadrato (χ^2) kriterijų. Mirties tikimybė atskirose subjektyvaus sveikatos vertinimo grupėse analizuota Kaplano-Meierio metodu (5), o šių kreivių palyginimui naudotas log-rank testas. Skirtumas tarp kreivių laikytas statistiškai reikšmingu, kai $p < 0,05$. Statistinė duomenų analizė atlikta naudojant STATISTICA 5.5 bei SPSS 10.0 programų paketus.

Rezultatai

Per 20-ties metų stebėsenos laikotarpį mirė 197 moterys (15,4 proc.), išgyveno – 1086 (84,6 proc.); 303 (26,2 proc.) vyrai mirė, o išgyveno – 854 (73,8 proc.) (1 lentelė). Tarp mirusių moterų, lyginant su išgyvenusiomis, buvo daugiau, kurios savo sveikatą vertino „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ (84,3 ir 76,7 proc., $p < 0,01$); išgyvenusių moterų grupėje daugiau

1 lentelė. Išgyvenusių ir mirusių per 20 metų moterų ir vyrų subjektyvus sveikatos vertinimas

Moterys	Subjektyvus sveikatos vertinimas						Iš viso	
	„visiškai sveika“, „geros sveikatos“		„sveika“		„nevisiškai sveika“, „sergu“			
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Išgyvenusios	91	8,4	162	14,9	833	76,7	1086	100,0
Mirusios	11	5,6	20	10,1*	166	84,3**	197	100,0
Iš viso	102	7,9	182	14,2	999	77,9	1283	100,0

Vyrų	Subjektyvus sveikatos vertinimas						Iš viso	
	„visiškai sveikas“, „geros sveikatos“		„sveikas“		„nevisiškai sveikas“, „sergu“			
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.
Išgyvenę	183	21,4	202	23,7	469	54,9	854	100,0
Mirę	34	11,2***	54	17,8*	215	71,0***	303	100,0
Iš viso	217	18,8	256	22,1	684	59,1	1157	100,0

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$ lyginant su išgyvenusiųjų grupe.

negu mirusiųjų grupėje buvo savo sveikatą vertinusių „sveika“ (14,9 ir 10,1 proc., $p < 0,05$). Tarp išgyvenusių ir mirusių moterų grupių, kurios savo sveikatą vertino „visiškai sveika“ ir „geros sveikatos“ statistiškai reikšmingo skirtumo nenustatėme. Panaši tendencija pastebėta ir tarp vyrų: tarp mirusių vyrų, lyginant su išgyvenusiais, daugiau buvo savo sveikatą vertinusių „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ (71,0 ir 54,9 proc., $p < 0,001$). Vyrų grupėje tarp išgyvenusiųjų buvo daugiau negu tarp mirusiųjų, savo sveikatą vertinusių „visiškai sveikas“ ir „geros sveikatos“ ir „sveikas“ (23,7 ir 17,8 proc., $p < 0,05$, 21,4 ir 11,2 proc., $p < 0,001$, atitinkamai). Nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys tarp išgyvenusių ir mirusių vyrų ir subjektyvaus sveikatos vertinimo ($\chi^2 = 25,6$, $p < 0,001$), tačiau tarp moterų šis ryšys statistiškai nereikšmingas ($\chi^2 = 5,5$, $p > 0,05$).

Palyginome subjektyvų sveikatos vertinimą įvairiose veiksmų grupėse pirminės sveikatos patikros metu tarp moterų, kurios vėliau mirė, ir išgyvenusių moterų (2 lentelė). Moterims, kurioms buvo nustatyta Hchol, mirusiųjų grupėje daugiau buvo savo sveikatą vertinusių „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ negu išgyvenusiųjų (87,6 ir 77,9 proc., $p < 0,01$, atitinkamai), o vertinusių savo sveikatą „visiškai sveika“, „geros sveikatos“ ir „sveika“ reikšmingai daugiau buvo tarp išgyvenusių moterų. Tarp išgyvenusių ir mirusių moterų, kurių cholesterolio koncentracija buvo normali, subjektyvaus sveikatos vertinimo skirtumų nenustatyta. Panašūs duomenys buvo ir nerūkančių bei fiziškai

aktyvių moterų grupėse: tarp mirusiųjų daugiau buvo manusių, kad yra „nevisiškai sveikos“ arba „serga“, o išgyvenusios dažniau nurodė, kad yra „sveikos“ (14,6 ir 8,3 proc.; $p < 0,01$ bei 15,5 ir 9,4 proc.; $p < 0,05$, atitinkamai). Statistiškai reikšmingas ryšys nustatytas tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo bei išgyvenusių ir mirusių moterų Hchol ir nerūkančiųjų grupėse.

Išgyvenusių ir mirusių vyrų grupėse tarp subjektyvaus sveikatos vertinimo ir analizuojamų veiksmų (AKS, KMI, cholesterolio koncentracijos 5 mmol/l arba didesnė, rūkančių ir nerūkančių, fizinio aktyvumo) nustatytas statistiškai reikšmingas ryšys (3 lentelė). Šiose veiksmų grupėse tarp mirusiųjų daugiau buvo vyrų, kurie savo sveikatą vertino „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, o mažiau tų, kurie savo sveikatą vertino „visiškai sveikas“ ir „geros sveikatos“ palyginus su išgyvenusiais. Abiejose grupėse vienodai savo sveikatą vertino vyrai, kuriems nustatyta normali cholesterolio koncentracija, ir tie, kurie buvo įvertinti kaip fiziškai neaktyvūs.

20-ties metų stebėsenos duomenimis, moterų, kurios savo sveikatą vertino „visiškai sveikos“ ir „geros sveikatos“, „sveikos“, „nevisiškai sveikos“ ir „sergu“, mirė 16,6, 11,0 ir 10,8 proc., atitinkamai (log-rank = 5,2; $p > 0,02$); nuo ŠKL mirė 8,4, 3,8 ir 2,9 proc., atitinkamai (log-rank = 7,7, $p < 0,05$); nuo IŠL mirė 4,0, 0,6 ir 2,9 proc., atitinkamai (log-rank = 5,7; $p > 0,05$) (1–3 pav.). Tose pačiose sveikatos vertinimo grupėse vyrų mirė 31,4, 21,1 ir 15,7 proc., atitinkamai

2 lentelė. Išgyvenusių ir mirusių per 20 metų moterų subjektyvaus sveikatos vertinimo skirstinys skirtingose rizikos veiksmų grupėse

Veiksniai	Subjektyvus sveikatos vertinimas						Iš viso		χ^2
	„visiškai sveika“, „geros sveikatos“		„sveika“		„nevisiškai sveika“, „sergu“				
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	
AKS <140/90 mmHg tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	57 5	10,6 8,3	95 9	17,6 15,0	387 46	71,8 76,7	539 60	100,0 100,0	0,7; p>0,05
≥140 ir/ar 90 mmHg tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	34 6	6,2 4,4	67 11	12,3 8,0	445 120	81,5 87,6	546 137	100,0 100,0	2,9; p>0,05
KMI <25,0 kg/m² tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	28 1	13,9 4,8	27 2	13,4 9,5	146 18	72,7 85,7	201 21	100,0 100,0	1,9; p>0,05
KMI ≥25,0 kg/m² tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	63 10	7,1 5,7	134 18	15,2 10,2	685 148	77,7 84,1*	882 176	100,0 100,0	3,7; p>0,05
Cholesterolis <5,0 mmol/l tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	10 2	8,7 11,8	15 0	13,0 0,0	90 15	78,3 88,2	115 17	100,0 100,0	2,6; p>0,05
Cholesterolis ≥5,0 mmol/l tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	48 4	6,9 3,1*	106 12	15,2 9,3*	542 113	77,9 87,6**	696 129	100,0 100,0	6,5; p<0,05
Rūkančios tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	3 1	8,6 6,3	8 5	22,8 31,2	24 10	68,6 62,5	35 16	100,0 100,0	0,4; p>0,05
Nerūkančios tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	88 10	8,4 5,5	154 15	14,6 8,3**	809 156	77,0 86,2**	1051 181	100,0 100,0	7,8; p<0,05
Fiziškai aktyvios tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	78 11	8,4 6,5	144 16	15,5 9,4*	709 143	76,1 84,1*	931 170	100,0 100,0	5,5; p>0,05
Fiziškai neaktyvios tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	13 0	8,4 0,0	18 4	11,6 14,8	124 23	80,0 85,2	155 27	100,0 100,0	2,5; p>0,05

*p<0,05; **p<0,01 lyginant su išgyvenusiųjų grupe.

(log-rank=24,2; p<0,001); nuo ŠKL mirė 16,5, 9,4 ir 7,8 proc., atitinkamai (log-rank=16,4; p<0,001); nuo IŠL mirė 10,4, 7,0 ir 4,1 proc., atitinkamai (log-rank=10,4; p<0,01) (1, 2, 3 pav.). Analizuojant mirties tikimybę tarp moterų, savo sveikatą įvertinusių „visiškai sveika“ ir „geros sveikatos“, „sveika“, „nevisiškai sveika“ ir „sergu“, tik pagal mirties tikimybę nuo ŠKL tarp grupių nustatėme statistiškai reikšmingų skirtumų (log-rank=7,7, p<0,05). Subjektyvios sveikatos vertinimo vyrų grupėse nustatyta statistiškai reikšmingų skirtumų pagal mirties tikimybę bei mirties tikimybę nuo ŠKL ir nuo IŠL. Nustatyta, kad grupės vyrams,

įvertinusiems savo sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ ir „sveikas“ palyginus su „visiškai sveikas“ ir „geros sveikatos“ buvo statistiškai reikšmingai didesnė mirties tikimybė, tikimybė mirti nuo ŠKL ir nuo IŠL. Tarp moterų subjektyvios sveikatos vertinimo grupių ir analizuojamų mirties priežasčių statistiškai reikšmingų skirtumų pagal mirties tikimybes nenustatėme.

Rezultatų aptarimas

Analizuojant subjektyvų sveikatos vertinimą tarp moterų ir vyrų, kurie buvo ištirti 1983–1984 m., nusta-

3 lentelė. Išgyvenusių ir mirusių per 20 metų vyrų subjektyvaus sveikatos vertinimo skirstinys skirtingose rizikos veiksnių grupėse

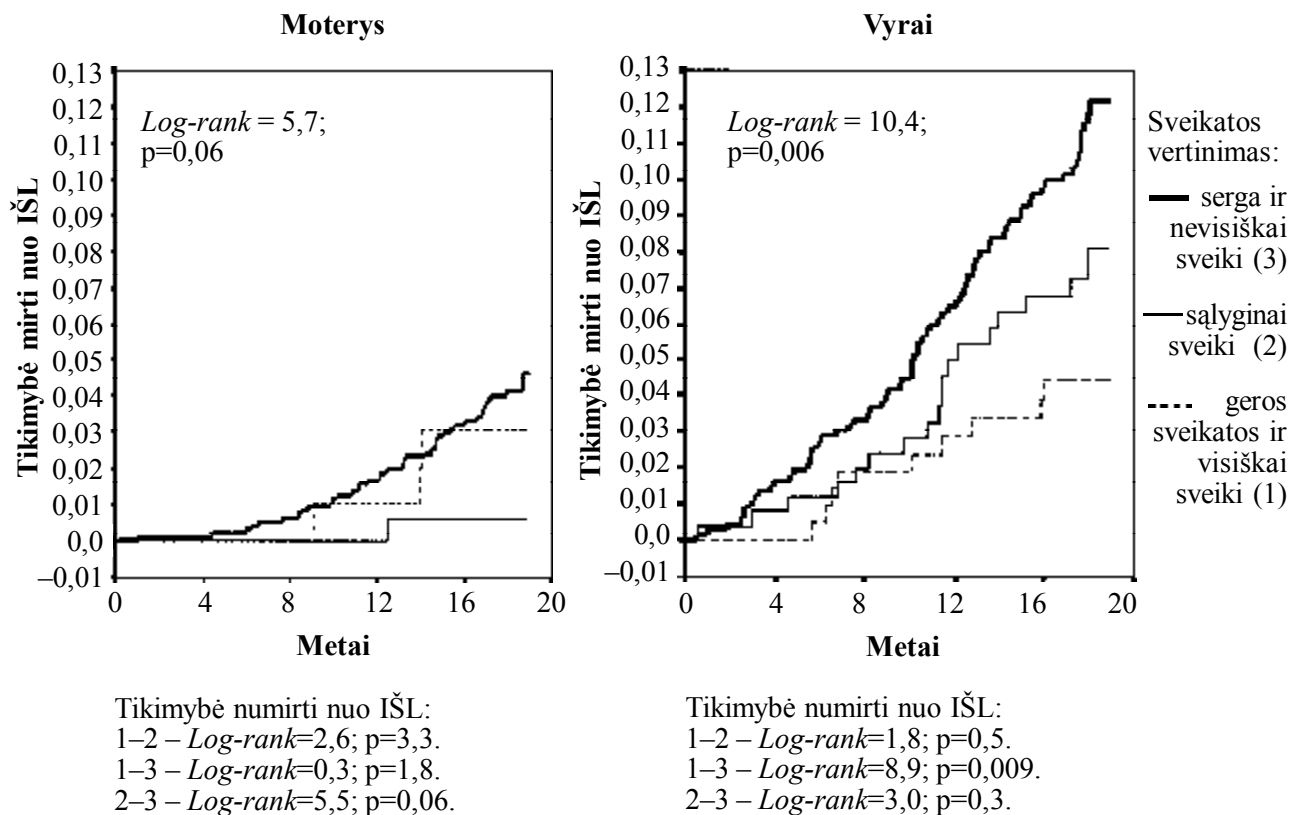
Veiksniai	Subjektyvus sveikatos vertinimas						Iš viso		χ^2
	„visiškai sveikas“, „geros sveikatos“		„sveikas“		„nevisiškai sveikas“, „sergu“				
	n	proc.	n	proc.	n	proc.	n	proc.	
AKS <140/90 mmHg tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	85 14	20,4 12,7*	106 22	25,5 20,0	225 74	54,1 67,3**	416 110	100,0 100,0	6,5; p<0,05
≥140 ir/ar 90 mmHg tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	98 20	22,4 10,4***	96 32	21,9 16,6	244 141	55,7 73,0***	438 193	100,0 100,0	18,8; p<0,001
KMI <25,0 kg/m² tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	47 9	24,0 10,0**	40 17	20,4 18,9	109 64	55,6 71,1**	196 90	100,0 100,0	8,7; p<0,05
KMI ≥25,0 kg/m² tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	136 25	20,7 11,7***	162 37	24,6 17,4*	360 151	54,7 70,9***	658 213	100,0 100,0	17,8; p<0,001
Cholesterolis <5,0 mmol/l tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	21 5	18,3 11,9	29 8	25,2 19,1	65 29	56,5 69,0	115 42	100,0 100,0	2,1; p>0,05
Cholesterolis ≥5,0 mmol/l tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	101 22	19,6 11,3**	129 39	25,0 20,0	286 134	55,4 68,7***	516 195	100,0 100,0	11,4; p<0,01
Rūkantys tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	67 19	21,9 14,0*	89 24	29,1 17,6**	150 93	49,0 68,4***	306 136	100,0 100,0	14,3; p<0,001
Nerūkantys tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	116 15	21,2 9,0***	113 30	20,6 18,0	319 122	58,2 73,0***	548 167	100,0 100,0	15,4; p<0,001
Fiziškai aktyvūs tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	161 30	21,1 10,8***	185 50	24,3 18,0*	417 198	54,6 71,2***	763 278	100,0 100,0	24,8; p<0,001
Fiziškai neaktyvūs tarp išgyvenusiųjų tarp mirusiųjų	22 4	24,2 16,0	17 4	18,7 16,0	52 17	57,1 68,0	91 25	100,0 100,0	1,1; p>0,05

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001 lyginant su išgyvenusiųjų grupe.

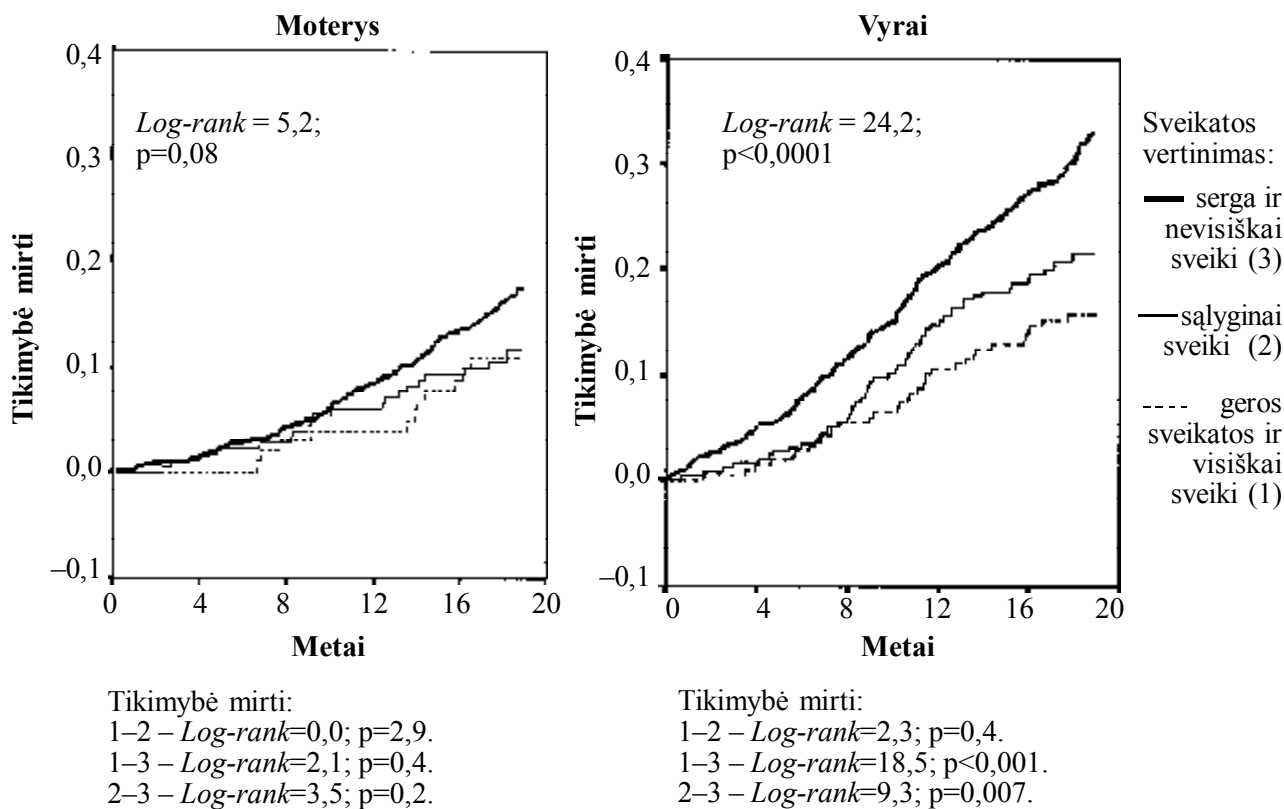
tėme, kad moterų, įvertinusių savo sveikatą „nevisiškai sveika“ ir „sergu“, palyginus su vyrais, buvo žymiai daugiau (77,9 ir 59,1 proc., p<0,001). Mokslinėje literatūroje nedaug duomenų apie tuo laikotarpiu subjektyvios sveikatos vertinimą tarp panašaus amžiaus, kaip ir mūsų tyrimo, vyrų ir moterų. J. Heidrich ir kt. (5) vykdę MONICA studiją Augsburgėje 1984–1995 m. ir ištyrę to paties amžiaus vyrų ir moterų subjektyvios sveikatos vertinimą, nurodo, kad 30,3 proc. moterų ir 23,4 proc. vyrų savo sveikatą vertina „vidutine“ ir „bloga“. Tokių didelį subjektyvios sveikatos vertinimo skirtumą tarp lietuvių ir vokiečių galėjo

nulemti skirtinga sveikatos priežiūros sistema, politinės, socialinės bei ekonominės sąlygos. Pripažįstama, kad moterys vertina savo sveikatą žymiai blogiau negu vyrai (6). Taip pat žinoma, kad tarp moterų yra žymiai didesnis sergamumas lėtinėmis ligomis, dažnesni funkciniai sutrikimai, stipresnė organizmo reakcija į stresą, vėliau pasireiškiančias depresiją, o vyrams būdingos ūminės ligos, dažnai besibaigiančios mirtimi (7–9).

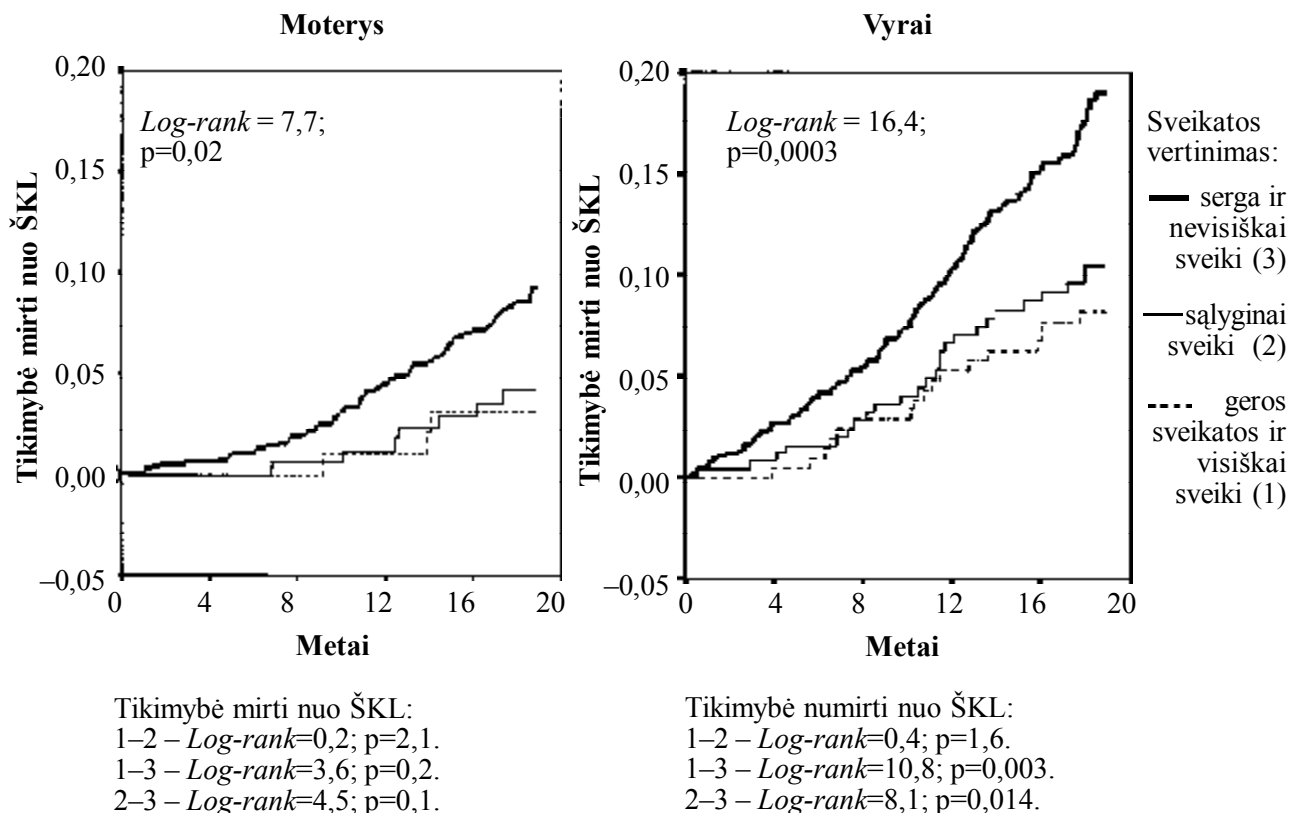
K. Manderbacka ir kt. (10) duomenimis, rizikos veiksniai ir elgsenos ypatybės nėra pagrindiniai veiksniai, nulemiantys subjektyvios sveikatos vertinimą.



1 pav. Moterų ir vyrų mirties tikimybė, 20-ties metų stebėsenos duomenimis, priklausomai nuo subjektyvaus sveikatos vertinimo



2 pav. Moterų ir vyrų tikimybė numirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų, 20-ties metų stebėsenos duomenimis, priklausomai nuo subjektyvaus sveikatos vertinimo



3 pav. Moterų ir vyrų tikimybė numirti nuo išeminės širdies ligos, 20-ties metų stebėsenos duomenimis, priklausomai nuo subjektyvaus sveikatos vertinimo

Žymiai didesnės įtakos subjektyviam sveikatos vertinimui turi tuo metu tiriamojo sveikatos būklė ir funkcinis asmens pajėgumas. Autoriai diskutuoja gana svarbiu klausimu, ar rizikos veiksniai veikia nepriklausomai vertinant savo sveikatą, ar jie yra tik jau pasireiškusių ligos pasekmė, todėl ir blogiau vertinama sveikata. Subjektyviam sveikatos vertinimui įtakos turi fizinė ir emocinė būklė, politinė ir ekonominė šalies padėtis (11, 12). Subjektyvus sveikatos vertinimas taip pat yra vienas gyvenimo kokybės rodiklių (13, 14). Taigi mes tyrėme sąsajas tarp AKS, KMI, cholesterolio, rūkymo ir fizinio aktyvumo bei subjektyvaus sveikatos vertinimo tarp išgyvenusių ir mirusių vyrų ir moterų. Tarp mirusių moterų, kurioms tyrimo metu nustatyta KMI 25,0 kg/m² arba didesnis, o cholesterolio koncentracija 5,0 mm/l arba didesnė, buvo daugiau savo sveikatą vertinusių „nevisiškai sveika“ ir „sergu“ palyginus su išgyvenusiomis moterimis. Tokių pačių sveikatos vertinimo skirtumų nustatyta ir nerūkančių bei fiziškai aktyvių moterų grupėse. Vyrų subjektyviam sveikatos vertinimui įtakos turėjo žymiai daugiau veiksmų lyginant su moterimis. Tik tie mirę ir išgyvenę vyrai, kuriems buvo nustatyta normali cholesterolio koncentracija arba jie buvo fiziškai neaktyvūs, savo sveikatą vertino vieno-

dai. I. S. Okosun ir kt. (15) nustatė, kad blogesnis subjektyvios sveikatos vertinimas yra susijęs su nutukimo dažnumo didėjimu. Rūkoriai 4,2 karto dažniau savo sveikatą vertino blogai (16). Literatūros duomenimis, rūkymas, nutukimas, mažas fizinis aktyvumas moterims lemia 10 kartų didesnę blogos sveikatos tikimybę (17, 18). Subjektyvios sveikatos vertinimui tarp vyrų įtakos turėjo: depresijos sunkumas ir cholesterolio koncentracija (19). Atliktais genetinėmis tyrimais taip pat įrodyta aplinkos ir genetinių faktorių įtaką subjektyviam sveikatos vertinimui (9).

20-ties metų stebėsenos duomenimis, vyrams, savo sveikatą vertinusiems „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, lyginant su vertinusiems savo sveikatą „visiškai sveikas“ ir „geros sveikatos“ bei „sveikas“, nustatyta statistiškai reikšmingai didesnė mirties tikimybė bei mirti nuo ŠKL ir nuo IŠL. Išanalizavus gautus duomenis tarp moterų, savo sveikatą vertinusių pagal minėtas kategorijas, statistiškai reikšmingo skirtumo pagal mirties tikimybę nenustatėme. A. Appels ir kt. (20), 1996 m. palyginę 2452 lietuvių ir 3365 olandų 45–59 metų vyrų duomenis, nustatė, kad blogas subjektyvios sveikatos vertinimas yra susijęs su didesniu mirtingumu. Daugelis atliktų studijų patvirtina, kad blogas subjektyvios sveikatos vertinimas yra susijęs

su mirtingumu tarp vyrų, bet ne tarp moterų (5, 21–23). Nepalankus savos sveikatos vertinimas yra susijęs ne tik su mirtingumu nuo ŠKL, bet ir nuo vėžio bei kitų priežasčių (22). Yra duomenų, kad socialinė ir psichologinė pagalba asmenims, ypač vyresnio amžiaus, vertinantiems sveikatą „bloga“, sumažina mirtingumo riziką (23, 24). Taigi subjektyvios sveikatos vertinimas yra susijęs su objektyviais sveikatos rodikliais. Į tai dėmesį turėtų atkreipti pirminės sveikatos priežiūros specialistai.

Išvados

1. 20-ties metų stebėsenos duomenimis, tarp mirusių moterų ir vyrų, palyginus su išgyvenusiais, daugiau buvo vertinusių sveikatą „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“ (84,3 ir 76,7 proc., $p < 0,05$, 71,0 ir 54,9 proc., $p < 0,001$, atitinkamai).

2. Mirusios moterys, kurių cholesterolio koncentracija, pirminės sveikatos patikros duomenimis, buvo

5,0 mmol/l arba didesnė, ir kurių KMI $25,0 \text{ kg/m}^2$ arba didesnis, nerūkančios bei pakankamai fiziškai aktyvios dažniau sveikatą vertino „nevisiškai sveika“ ir „sergu“, negu išgyvenusios. Hipercholesterolemijos, pakankamo fizinio aktyvumo grupėse, taip pat skirtingų arterinio kraujospūdžio, KMI, rūkymo-nerūkymo grupėse tarp mirusių vyrų daugiau buvo teigusių, kad yra „nevisiškai sveiki“ ar „serga“ palyginus su išgyvenusiais.

3. Vyrams, kurie savo sveikatą vertino „nevisiškai sveikas“ ir „sergu“, palyginus su vyrais, vertinusiais sveikatą „visiškai sveikas“ ir „geros sveikatos“ ir „sveikas“, buvo statistiškai reikšmingai didesnė mirties tikimybė bei tikimybė mirti nuo širdies ir kraujagyslių ligų bei nuo išeminės širdies ligos; tarp moterų šis skirtumas statistiškai nereikšmingas.

4. Subjektyvus sveikatos vertinimas galėtų būti panaudotas sveikatos priežiūros paslaugų paskirstymo ir prieinamumo efektyvumui didinti.

Self-rated health and probability of death among middle-aged Kaunas population (20-year follow-up)

Regina Rėklaitienė, Miglė Kazlauskaitė, Abdonas Tamošiūnas, Stanislava Domarkienė

Laboratory of Population Studies, Institute of Cardiology, Kaunas University of Medicine, Lithuania

Key words: self-rated health, risk factors, probability of death.

Summary. The aim of this study was to examine the self-rated health differences in relation with risk factors among middle-aged men and women and to assess the probability of death from all causes, from cardiovascular diseases and from ischemic heart disease in the self-rated health groups during the 20-year follow-up. In the framework of the World Health Organization MONICA-1 survey (1983–1984) random samples of Kaunas men and women aged 35–64 and stratified by age and gender (response rate 70.2%) were examined using standard epidemiological methods. Self-rated health was divided into five levels based on information from questionnaire: excellent, very good, good, fair, or ill. The participants of the survey were followed-up in terms of the end points reached, from the beginning of each study until December 31, 2001. The study population was followed-up through the death register: among women there were 197 deaths (94 deaths from cardiovascular diseases and 44 deaths from ischemic heart disease) and among men there were 303 deaths (154 deaths from cardiovascular diseases and 98 from ischemic heart disease). Among dead men and women the prevalence of fair and ill self-rated health was higher as compared to alive ones (respectively, 71.0% and 54.9%, $p < 0.001$; 84.3% and 76.7%, $p < 0.05$). Among dead women with hypercholesterolemia ($\geq 5.0 \text{ mmol/l}$), overweight (body mass index $\geq 25.0 \text{ kg/m}^2$), nonsmoking and sufficient physical activity the prevalence of “fair and ill” self-rated health was higher as compared to alive; the prevalence of “fair and ill” self-rated health in men with hypercholesterolemia ($\geq 5.0 \text{ mmol/l}$) and sufficient physical activity was higher among dead as compared to alive. During the 20 year follow-up the probability of death from all causes, cardiovascular and ischemic heart disease among men with self-rated health as “ill and fair” as compared to “excellent and very good”, showed statistically significant difference (log rank=18.5, $p < 0.001$, log rank=10.8 $p < 0.01$, log rank=8.9, $p < 0.01$, respectively); among women there were no significant differences. The results of this study suggest that special attention and care should be directed to persons with reporting self-rated health as “fair and ill”.

Literatūra

1. Lietuvos Sveikatos programa (1997–2010): patvirtinta Lietuvos Respublikos Seimo 1998 m. liepos 2d. nutarimu Nr. VIII-833. (Lithuanian Health Program 1997-2010. Adopted by the Parliament on 2nd July, 1998. Resolution No. VIII-833.) Vilnius: „Medikų žinių“ leidykla; 1998.
2. Bailis DS, Segall A, Mahon MJ, Chipperfield JG, Dunn M. Perceived control in relation to socioeconomic and behavioral resources for health. *Soc Sci Med* 2001;52:1285-96.
3. 1999 World Health Organization – International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999;17:151- 83.
4. Prevention of coronary heart disease in clinical practice. Recommendations of the Second Joint Task Force of European and other Societies on Coronary Prevention. *Eur Heart J* 1998; 19:1434-503.
5. SAS Institute Inc. SAS Procedures Guide for personal computers. Version 6, 3rd ed. Cary, NC: SAS Institute Inc.; 1985.
6. Heidrich J, Liese AD, Lowel H, Keil U. Self-rated health and its relation to all-cause and cardiovascular mortality in Southern Germany. Results from the MONICA Augsburg Cohort Study 1984–1995. *Ann Epidemiol* 2002;12:338-45.
7. Hoeymans N, Feskens EJM, Kromhout D, Van Den Bos GAM. Ageing and the relationship between functional status and self-rated health in elderly men. *Soc Sci Med* 1997;45:1527-36.
8. McDonough P, Walters V. Gender and health: reassessing patterns and explanations. *Soc Sci Med* 2001;52:547-59.
9. Leinonen R, Heikkinen E, Jylha M. Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women in a five year longitudinal study. *Soc Sci Med* 1998;46:591-97.
10. Bardage C, Isacson D, Pedersen NL. Self-rated health as a predictor of mortality among persons with cardiovascular disease in Sweden. *Scand J Public Health* 2001;29:13-22.
11. Manderbacka K, Lundberg O, Martikainen P. Do risk factors and health behaviors contribute to self-ratings of health? *Soc Sci Med* 1999;48:1713-20.
12. Leinsalu M. Social variation in self-rated health in Estonia: a cross-sectional study. *Soc Sci Med* 2002;55:847-61.
13. Gilmore ABC, McKee M, Rose R. Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine. *Soc Sci Med* 2002;55:2177-88.
14. Molarius A, Janson S. Self-rated health, chronic diseases, and symptoms among middle-aged and elderly men and women. *J Clin Epidemiol* 2002;55:364-70.
15. Reijneveld SA. The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *Int J Epidemiol* 1998;27:33-40.
16. Ike S, Okosun MS, Choi S, Matamoros T, Dever AGE. Obesity is associated with reduced self-rated general health status: evidence from a representative sample of white, black, and Hispanic Americans. *Prev Med* 2001;32:429-36.
17. Meurer LN, Layde PM, Guse CE. Self-rated health status: a new vital sign for primary care? *WMJ* 2001;100:35-9.
18. Johansson SE, Sundquist J. Change in lifestyle factors and their influence on health status and all-cause mortality. *Int J Epidemiol* 1999;28:1073-80.
19. Haveman-Nies A, De Groot LC, Van Staveren WA. Relation of dietary quality, physical activity, and smoking habits to 10-year changes in health status in older Europeans in the SENECA study. *Am J Public Health* 2003;93:318-23.
20. Ferrie JE, Shipley MJ, Smith DG, Stansfeld SA, Marmot MG. Change in health inequalities among British civil servants: the Whitehall II study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56:922-6.
21. Appels A, Bosma H, Grabauskas V, Gostautas A, Sturmans F. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. *Soc Sci Med* 1996;42:681-9.
22. Idler EL, Russel LB, Davis D. Survival, functional limitations, and self-rated health in the NHANES I epidemiologic follow-up study, 1992. *Am J Epidemiol* 2000;152:874-83.
23. Pijls LT, Feskens EJ, Kromhout D. Self-rated health, mortality, and chronic diseases in elderly men. The Zutphen Study, 1985–1990. *Am J Epidemiol* 1993;138:840-8.
24. Penninx BV, van Tilburg T, Kriegsman DM, Deeg DJ, Boeke AJ, van Eijk JT. Effects of social support and personal coping resources on mortality in older age: the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Am J Epidemiol* 1997;146:510-9.
25. Bath PA. Self-rated health as a risk factor for prescribed drug use and future health and social service use in older people. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999;54:565-75.

*Straipsnis gautas 2003 11 28, priimtas 2004 06 01
Received 28 November 2003, 1 June 2004*