

Ο κίνδυνος των πτώσεων και η αυτοεκτίμηση της υγείας των ηλικιωμένων σε μια αγροτική περιοχή στην Ελλάδα

Δ. Αθανασόπουλος¹, Α. Παντέλης², Α. Γαροπούλου³, Ε. Λιναρδούτσου⁴,
Ε. Χελιώτη⁵

¹ Κέντρο Υγείας Δημητσάνας, Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης, ² Χειρουργική Κλινική «Θριάσιο» Γενικό Νοσοκομείο, Αθήνα, ³ Μονάδα Εντατικής Θεραπείας Νεογνών, «Αγλαΐα Κυριακού», Παιδιατρικό Νοσοκομείο Αθηνών, ⁴ Τμήμα Γενικής Ιατρικής και ⁵ Νεφρολογικό Τμήμα, ΓΝ Πειραιά «Τζάνειο»

(Επιστημονικά Χρονικά 2013;18(3):159-164)

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Οι πτώσεις στους ηλικιωμένους αποτελούν ένα σημαντικό πρόβλημα δημόσιας υγείας. Ωστόσο δεν έχει διευκρινιστεί αν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση της υγείας και τις πτώσεις στους ηλικιωμένους. Σκοπός της μελέτης είναι η διερεύνηση της ανωτέρω πιθανής συσχέτισης σε βραχεία περίοδο.

Υλικό και Μέθοδος: Διεξήχθη μια προοπτική μελέτη. Συμμετείχαν ηλικιωμένοι άνω των 65 ετών. Αρχικά καταγράφηκαν τα ακόλουθα πεδία: αυτοεκτίμηση της υγείας, ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο. Μετά από τρεις μήνες καταγράφηκε ένα τουλάχιστον περιστατικό πτώσης.

Αποτελέσματα: Συμμετείχαν 352 ηλικιωμένοι. Η μέση ηλικία ήταν 78.6±6.4 έτη. Το 60.2% των συμμετεχόντων εκτίμησαν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή. Το 14.8% των ηλικιωμένων ανέφεραν τουλάχιστον ένα νέο περιστατικό πτώσης κατά τους τελευταίους τρεις μήνες. Στην πολυμεταβλητή ανάλυση το ιστορικό της πτώσης συσχετίστηκε με την ηλικία και με την αναφερόμενη κακή κατάσταση της υγείας. (p=0.03 και p<0.01 αντίστοιχα).

Συμπεράσματα: Από τη μελέτη υποστηρίζεται ότι η αυτοεκτίμηση της υγείας μπορεί να έχει προγνωστική αξία για την πρόβλεψη των πτώσεων στους ηλικιωμένους.

Λέξεις ευρητηρίου: αυτοεκτίμηση, κατάσταση της υγείας, πτώσεις, ηλικιωμένοι, αγροτική περιοχή

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι πτώσεις είναι ένα σημαντικό πρόβλημα για τους ηλικιωμένους, με συνέπεια την αναπηρία, πολλαπλές νοσηλείες και πρόωρο θάνατο[1,2]. Περίπου το 65% των ατόμων ηλικίας άνω των 65 ετών εμφανίζουν ένα επεισόδιο πτώσης ετησίως και ο κίνδυνος είναι ακόμα μεγαλύτερος με την αύξηση της ηλικίας.[3] Περίπου το 5% των πτώσεων θα οδηγήσει σε κάταγμα. Ακόμα κι όταν δεν υπάρχει σωματική βλάβη, μια πτώση μπορεί να οδηγήσει στο φόβο για μια νέα πτώση, στον περιορισμό της δραστηριότητας και στην απώλεια της εμπιστοσύνης, της κινητικότητας και της ανεξαρτησίας.[4-6] Αρκετοί είναι οι παράγοντες κινδύνου που έχουν περιγραφεί, και μεταξύ αυτών είναι η μειωμένη ισορροπία και κινητικότητα, η μειωμένη αισθητικότητα των κάτω άκρων, η μειωμένη γνωστική λειτουργία και το ιστορικό μιας προηγούμενης πτώσης.[7-9] Λαμβάνοντας υπόψη την αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης, οι πτώσεις έχουν γίνει ένα σημαντικό ζήτημα της δημόσιας υγείας.[10-13] Στις επιδημιολογικές μελέτες και στην ιατρική έρευνα η αυτοεκτίμηση της υγείας είναι από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους

δείκτες για την υγεία και βασίζεται στην αντίληψη του ατόμου όσο αφορά την κατάσταση της υγείας του/της, προκειμένου να αξιολογηθεί σε μία κλίμακα τεσσάρων ή πέντε σημείων.[14] Η αυτοεκτίμηση της υγείας θεωρείται μια σύνθετη γνωστική διαδικασία που ενσωματώνει αντιλήψεις για την υγεία, συγκρίσεις με αναφορές που σχετίζονται με την υγεία (προηγούμενες εμπειρίες, προσδοκίες, ηλικία κλπ) και πολιτισμικούς κανόνες.[14]

Σκοπός αυτής της μελέτης ήταν να εκτιμηθεί η προγνωστική αξία της αυτοεκτίμησης για την πρόγνωση των βραχυπρόθεσμων πτώσεων μεταξύ των ηλικιωμένων. Δευτερεύων στόχος ήταν η αξιολόγηση δημογραφικών παραγόντων που θα μπορούσαν να σχετίζονται με αυτές τις πτώσεις.

ΘΕΜΑΤΑ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η μελέτη μας εγκρίθηκε από την Επιτροπή Έρευνας και Ηθικής του Παναρκαδικού Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης και ακολούθησε η έγγραφη συγκατάθεση από κάθε συμμετέχοντα.

Εξασφαλίσαμε την εμπιστευτικότητα και προστασία των προσωπικών δεδομένων των

συμμετεχόντων, μην αναφέροντας τα ονόματα τους στο ερωτηματολόγιο ενώ μόνο οι ερευνητές είχαν πρόσβαση σε αυτά.

ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Διενεργήθηκε μια προοπτική μελέτη. Αυτοί που επιλέχθηκαν ήταν άτομα που επισκέφτηκαν το Κέντρο Υγείας Δημητσάνας τον Ιούνιο και Ιούλιο του 2012. Κριτήρια επιλογής των ασθενών ήταν τα ακόλουθα: α) να είναι μόνιμοι κάτοικοι της περιοχής της Γορτυνίας στην Αρκαδία (Ελλάδα), β) να είναι 60 ετών και άνω, γ) να έχουν ανεξαρτησία και αυτονομία για τη τέλεση βασικών καθημερινών δραστηριοτήτων, και δ) να είναι ικανοί να βαδίζουν χωρίς τη βοήθεια προθέσεων ή άλλων βοηθημάτων. Στα κριτήρια αποκλεισμού συμπεριλαμβάνονταν: α) νευρολογικά νοσήματα ή άλλα νοσήματα που θα μπορούσαν να επηρεάζουν την ικανότητα ισορροπίας, β) ορθοπεδικά προβλήματα με συμπτώματα όπως πόνο στις αρθρώσεις που έχουν αντίκτυπο στις καθημερινές δραστηριότητες και δυσκολεύουν την ανεξαρτησία στο περπάτημα, γ) επιπλοκές από τραύμα που μειώνουν την ικανότητα βάδισης και ισορροπίας, και δ) τύφλωση ή σοβαρού βαθμού μείωση της όρασης με επιπτώσεις στην ικανότητα βάδισης με συνέπεια την αδυναμία αυτόνομης εκτέλεσης απλών καθημερινών δραστηριοτήτων.

Επιλογή δεδομένων

Κατά την πρώτη φάση της μελέτης, οι συμμετέχοντες απάντησαν ένα τυποποιημένο ερωτηματολόγιο. Οι ερευνητές ήταν 5 γιατροί και 2 υπάλληλοι υγείας. Καταγράφηκαν τα ακόλουθα πεδία: ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο (λιγότερο από 6 χρόνια, μεταξύ 6-12 ετών και άνω των 12 ετών) και ο τηλεφωνικός αριθμός τους για λόγους επιπλήρωσης. Η αυτοεκτίμηση της υγείας ανλήθηκε από την ακόλουθη δήλωση: «Γενικά θα περιγράφατε την υγεία σας ως...», στην οποία προτείνονταν πέντε πιθανές απαντήσεις: «άριστη», «καλή», «μέτρια», «κακή», «πολύ κακή». Μετά από τρεις μήνες, κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης της μελέτης, επικοινωνήσαμε με τους συμμετέχοντες, οι οποίοι ερωτήθηκαν αν είχαν τουλάχιστον ένα νέο περιστατικό πτώσης κατά τους τελευταίους τρεις μήνες και αν υπήρξε καμία επιπλοκή μετά την πτώση. Τραυματισμός καταγράφηκε στην περίπτωση που ο συμμετέχων είχε βιώσει τον περιορισμό των καθημερινών δραστηριοτήτων ή στην περίπτωση που είχε αναζητήσει ιατρική συμβουλή.

Στατιστική ανάλυση

Τα δεδομένα παρουσιάζονται με τη χρήση πινάκων. Τα συνεχή δεδομένα παρουσιάζονται ως μέση τιμή \pm τυπική απόκλιση [mean \pm standard deviation (SD)]. Τα κατηγορικά δεδομένα παρουσιάζονται ως απόλυτες και σχετικές συχνότητες. Το μέγεθος του δείγματος υπολογίστηκε με τη χρησιμοποίηση ανάλυσης ισχύος. Οι υποθέσεις βασίστηκαν σε προηγούμενη διασταυρούμενη

μελέτη που πραγματοποιήθηκε επίσης στο Κέντρο Υγείας Δημητσάνας. Στην εν λόγω μελέτη η αναλογία μεταξύ ατόμων με αυτοεκτίμηση της υγείας τους ως κακή και εκείνους που ανέφεραν καλή υγεία ήταν 0.715. Η ομάδα με την κακή αυτοεκτίμηση της υγείας είχε 3.1 περισσότερες πιθανότητες να αναφέρει μια πτώση τους προηγούμενους τρεις μήνες, σε σύγκριση με την ομάδα με αυτοεκτίμηση της υγείας τους ως καλή. Υποθέτοντας ότι τα αποτελέσματα θα είναι κοντά με εκείνα της τρέχουσας μελέτης, εκτιμήθηκε ότι το μέγεθος του δείγματος θα έπρεπε να είναι τουλάχιστον 246 άτομα, προκειμένου να επιτευχθεί στο 80% μια αναλογία πιθανοτήτων 3.1 μεταξύ των δύο ομάδων. Για τον σκοπό της έρευνας η ηλικία κατηγοριοποιήθηκε σε τρεις ομάδες (65-76, 76-80 και άνω των 80 ετών). Για να αποκαλυφθεί οποιαδήποτε σύνδεση μεταξύ βραχυπρόθεσμων πτώσεων και δυνητικών παραγόντων συσχέτισμού διεξήχθη μονοπαραγοντική και πολυπαραγοντική ανάλυση. Αρχικά πραγματοποιήθηκε μια μονοπαραγοντική ανάλυση με τη χρήση χ^2 test ή με το Fischer exact test, ανάλογα με την περίπτωση. Σε δεύτερο χρόνο χρησιμοποιήθηκε ένα πολυπαραγοντικό μοντέλο λογιστικής παλινδρόμησης, και με τις μεταβλητές να είναι στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 20% της μονοπαραγοντικής ανάλυσης. Για την στατιστική ανάλυση χρησιμοποιήθηκε το SPSS 17.0.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στην πρώτη φάση της μελέτης επικοινωνήσαμε με 395 άτομα, εκ των οποίων οι 25 αρνήθηκαν τη συμμετοχή τους στη μελέτη. Κατά τη διάρκεια της δεύτερης φάσης της μελέτης επικοινωνήσαμε με 352 άτομα. Τα χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων παρουσιάζονται στον Πίνακα 1. Η μέση ηλικία ήταν 78.6 \pm 6.4 έτη. Το 41.5% ήταν άντρες (n=146). Όλοι οι συμμετέχοντες ήταν έλληνες υπήκοοι. Το ποσοστό των τραυματισμών μετά από μια πτώση ήταν 11.9% (n=42).

Μεταβλητές	Στατιστική
	Μέση \pm SD*
Ηλικία (χρόνια)	78.6 \pm 6.4
	N (%)
Ανδρικό φύλο	146 (41.5)
Μορφωτικό επίπεδο (χρόνια)	
Λιγότερο ή ίσο με 6	252 (71.6)
Μεταξύ 6 και 12	96 (27.3)
Πάνω από 12	4 (1.1)
Οικογενειακή κατάσταση	
Έγγαμος/η	278 (79.0)
Άλλο	74 (21.0)
Τραυματισμός μετά από πτώση	42 (11.9)

Ο Πίνακας 2 παρουσιάζει την απάντηση στο ερώτημα σχετικά με την αυτοεκτίμηση. Η πλειονότητα των συμμετεχόντων χαρακτήρισε την κατάσταση της υγείας τους ως μέτρια ή καλή. Αντιθέτως, σύμφωνα με τον ορισμό της μελέτης, το 60.2% (n=212) χαρακτήρισε την κατάσταση της υγείας του ως κακή.

Αυτοεκτίμηση υγείας	της N (%)
Πολύ κακή	14 (4.0)
Κακή	54 (15.3)
Μέτρια	144 (40.9)
Καλή	128 (36.4)
Άριστη	12 (3.4)

Ο Πίνακας 3 παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά των δύο ομάδων που έκκριναν την κατάσταση της υγείας τους ως κακή και καλή, καθώς επίσης και τις διαφορές τους. Σαφέστατα υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο ομάδων όσο αφορά την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και την οικογενειακή κατάσταση ($p < 0.01$, $p < 0.001$ και $p = 0.04$ αντίστοιχα).

Μεταβλητές	Καλή κατάσταση υγείας	Κακή κατάσταση υγείας	p
N (%)	140 (39.8)	212 (60.2)	<0.001
Ηλικία (χρόνια)	77.1±6.0	79.5±6.5	<0.01
Ανδρικό φύλο (%)	56 (40.0)	90 (42.5)	0.64
Μορφωτικό επίπεδο (χρόνια)			<0.001
Λιγότερο ή ίσο με 6 (%)	166 (78.3)	86 (61.4)	
Μεταξύ 6 και 12 (%)	42 (19.8)	54 (38.6)	
Άνω των 12	4 (1.9)	0 (0.0)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.04
Έγγαμος/η (%)	118 (84.3)	160 (75.5)	
Άλλο (%)	22 (15.7)	52 (24.5)	

Πενήντα-δύο συμμετέχοντες ανέφεραν τουλάχιστον ένα νέο επεισόδιο πτώσης κατά τους τελευταίους τρεις μήνες (14.8%). Ο Πίνακας 4 παρουσιάζει την μονοπαραγοντική συσχέτιση μεταξύ των πτώσεων και της ηλικίας, του φύλου, του μορφωτικού επιπέδου, της οικογενειακής

κατάστασης και της αυτοεκτίμησης της υγείας. Φαίνεται πως αυτοί που χαρακτήρισαν ως κακή την κατάσταση της υγείας τους εμφανίζουν αυξημένη πιθανότητα πτώσης ($p < 0.01$), ενώ οι παντρεμένοι εμφάνιζαν λιγότερες πιθανότητες για πτώση.

Μεταβλητές	Αναφερόμενη πτώση	Μη αναφερόμενη πτώση	p
N (%)	52 (14.8)	300 (85.2)	<0.001
Ηλικία (χρόνια)			0.13
65-76	102 (34.0)	24 (46.2)	
76-80	76 (25.3)	14 (26.9)	
>80	122 (40.7)	14 (26.9)	
Ανδρικό φύλο (%)	18 (34.6)	128 (42.7)	0.27
Μορφωτικό επίπεδο			0.24
Λιγότερο ή ίσο με 6 (%)	42 (80.8)	210 (70.0)	
Μεταξύ 6 και 12 (%)	10 (19.2)	86 (28.7)	
Άνω των 12	0 (0.0)	4 (1.3)	
Οικογενειακή κατάσταση			0.06
Έγγαμος/η (%)	36 (69.2)	242 (80.7%)	
Άλλο (%)	16 (30.8)	58 (19.3)	
Κακή κατάσταση υγείας (%)	42 (80.8)	170 (56.7)	<0.01

Ο Πίνακας 5 παρουσιάζει την πολυπαραγοντική συσχέτιση των πτώσεων με την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση και την αυτοεκτίμηση της υγείας. Η αυτοεκτίμηση της υγείας ως κακή παρέμεινε σημαντική. Συγκεκριμένα τα άτομα που χαρακτήρισαν ως κακή την κατάσταση της υγείας τους είχαν 3.5 φορές περισσότερες πιθανότητες να πέσουν σε σύγκριση με τα άτομα που χαρακτήρισαν την κατάσταση της υγείας τους ως καλή, λαμβάνοντας υπ' όψιν την ηλικία και την οικογενειακή κατάσταση. Επίσης, τα άτομα ηλικίας άνω των 80 ετών εμφάνισαν περισσότερες πιθανότητες για μια πτώση σε σύγκριση με τα άτομα ηλικίας 65-76 ετών, σε συνδυασμό με την αυτοεκτίμηση της υγείας και την οικογενειακή κατάσταση.

Πίνακας 5: Η πολυπαραγοντική συσχέτιση μεταξύ των πτώσεων, της ηλικίας, της οικογενειακής κατάστασης και της αυτοεκτίμησης της υγείας (EA: επίπεδο αναφοράς).

Μεταβλητές	Αποδόσεις	95% CI	p
Ηλικία (χρόνια)			0.03
65-76	EA	EA	EA
76-80	0.65	0.30 – 1.40	0.27
>80	2.63	1.25 – 5.55	0.01
Έγγαμος	1.72	0.86 – 3.41	0.12
Κακή κατάσταση υγείας (%)	3.55	1.67 – 7.40	<0.01

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η παρούσα μελέτη αρχικά σχεδιάστηκε για τον προσδιορισμό της αξίας της αυτοεκτίμησης της υγείας στην πρόβλεψη των κινδύνων για πτώση μεταξύ των ηλικιωμένων. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας, η αυτοεκτίμηση της υγείας ως κακή ήταν ένας ανεξάρτητος παράγοντας για πτώση στο διάστημα των τριών μηνών. Παρόμοια ευρήματα έχουν παρατηρηθεί σε προηγούμενες μελέτες.[16-19] Συγκρίνοντας την παρούσα μελέτη με προηγούμενες έρευνες, υπάρχουν διαφορές στον σχεδιασμό, στους πρωταρχικούς στόχους και στην περίοδο κινδύνου για πτώση.

Σε συμφωνία με προηγούμενες μελέτες έρχεται η συσχέτιση της μεγαλύτερης ηλικίας με την αύξηση του κινδύνου για πτώση.[20-21] Αυτή η παρατήρηση είναι ορθολογική αν λάβουμε υπόψη μας τη θετική συσχέτιση μεταξύ νοσηρότητας και ηλικίας. Η υψηλή νοσηρότητα επηρεάζει τη λειτουργία της ισορροπίας του σώματος με πολλούς τρόπους. Για παράδειγμα, νοσήματα του έσω ωτός, η περιφερική και αυτόνομη νευροπάθεια, οι παρενέργειες φαρμάκων, προηγούμενα αγγειακά εγκεφαλικά επεισόδια, εκφυλιστικές παθήσεις των οφθαλμών και παθήσεις του μυϊκού συστήματος, μπορούν κάθε ένα αλλά και όλα μαζί να μειώσουν την ικανότητα του σώματος να διατηρήσει την ισορροπία του.[19,22-24]

Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, δεν συσχετίστηκε με τον κίνδυνο της πτώσης. Το εύρημα αυτό συμφωνεί με προηγούμενες παρατηρήσεις[25-26]. Ωστόσο στην πολυπαραγοντική ανάλυση το p-value ήταν σχετικά μικρό (p=0.12). Επίσης πρέπει να αναφέρουμε ότι έγγαμοι χαρακτηρίστηκαν μόνο αυτοί που ο/η σύζυγος ήταν εν ζωή. Μια πιο λεπτομερής ανάλυση αυτού του παράγοντα μπορεί να οδηγήσει σε στατιστικά σημαντικά αποτελέσματα. Τα στοιχεία για την επίδραση του φύλου στην πτώση είναι μάλλον αμφιλεγόμενα και δεν υπάρχει καθολική συμφωνία με προηγούμενες μελέτες[27]. Ορισμένες υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες τείνουν να πέφτουν πιο συχνά.[25-28] Ορισμένοι παράγοντες γίνονται δεκτοί ως αιτίες: μικρότερη άλιπη μάζα

σώματος και μυϊκή ισχύς σε σύγκριση με τους άντρες της ίδιας ηλικίας, μεγαλύτερη απώλεια της οστικής μάζας λόγω της μείωσης των οιστρογόνων, αύξηση της πιθανότητας οστεοπόρωσης, υψηλότερη εμφάνιση χρόνιων νοσημάτων, μεγαλύτερη έκθεση σε οικιακές δραστηριότητες και σε πιο ριψοκίνδυνες συμπεριφορές. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα μας δεν υπάρχει διαφορά στην επέλευση των πτώσεων ανάμεσα στα δύο φύλα.

Διάφοροι ερευνητές έχουν αναφέρει συσχέτιση μεταξύ των πτώσεων και του χαμηλού μορφωτικού επιπέδου.[29] Δηλώνουν δε ότι η μόρφωση μπορεί να αντανακλά και σε άλλα σημαντικά χαρακτηριστικά της ζωής ενός ατόμου, όπως ο τόπος κατοικίας, το εισόδημα και η υγεία και είναι πιθανό οι μορφωμένοι άνθρωποι να ενδιαφέρονται περισσότερο για την υγεία τους, να έχουν μεγαλύτερη ικανότητα να συμμετέχουν στην υγειονομική τους περίθαλψη και να έχουν καλύτερη υγιεινή. Το υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο πιθανότατα σχετίζεται με μεγαλύτερη συμμετοχή στα επιμορφωτικά προγράμματα προληπτικής ιατρικής[30]. Τα ευρήματα της παρούσας μελέτης δεν υποστηρίζουν την προηγούμενη έρευνα.

Παρα ταύτα, ένας σημαντικός αριθμός περιορισμών πρέπει να ληφθεί υπόψη. Πρώτον, η ανάκληση της προκατάληψης για τις πτώσεις δεν μπορεί να αποκλειστεί σε αυτή τη μελέτη. Ωστόσο η περίοδος των τριών μηνών είναι σχετικά μικρή περίοδος, έτσι θεωρήθηκε ότι το αποτέλεσμα αυτής της μελέτης ήταν χαμηλής ισχύος. Δεύτερον το δείγμα δεν ήταν αντιπροσωπευτικό της κοινότητας και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν σε άλλους πληθυσμούς. Τρίτον, ορισμένοι πιθανοί παράγοντες δεν αξιολογήθηκαν λόγω του περιορισμού των ανθρωπίνων και οικονομικών πόρων. Το βασικό πλεονέκτημα της παρούσας μελέτης είναι η αποκάλυψη ισχυρού βαθμού συσχέτισης ανάμεσα στην αυτοεκτίμηση της υγείας ως κακή και του κινδύνου επέλευσης πτώσεων. Επιπλέον, θεωρούμε ότι η παρούσα μελέτη ήταν καλά σχεδιασμένη και η συμμετοχή ήταν ικανοποιητική.

Συμπερασματικά, η παρούσα μελέτη πραγματοποιήθηκε για να εκτιμηθεί η προγνωστική αξία της αυτοεκτίμησης της κατάστασης της υγείας στις πτώσεις μεταξύ των ηλικιωμένων σε μια περίοδο τριών μηνών. Τα στοιχεία από την παρούσα μελέτη υποστηρίζουν την πρόταση αυτή. Το εύρημα αυτό τονίζει τη σημασία της αυτοεκτίμησης της υγείας στην πρόβλεψη των πτώσεων μεταξύ των ηλικιωμένων σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Αν και μια οριστική εξήγηση της αυτοεκτίμησης παραμένει ασαφής, η αυτοεκτίμηση είναι αναμφίβολα ένας ισχυρός δείκτης της υγείας, ο οποίος σχετίζεται με την ποιότητα ζωής και την ευημερία των ηλικιωμένων. Το πιο σημαντικό είναι ότι η αυτοεκτίμηση αποτελεί ισχυρό προγνωστικό παράγοντα της νοσηρότητας, της θνησιμότητας και της υγείας.[31-36]

BIBLIOGRAFIA

1. Baker SP, Harvey AH. Fall injuries in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 1985;1:501-512.
2. Committee on Trauma Research. *Injury in America*. Washington, DC: National Academy Press; 1985.
3. Tinetti ME, Speechley M, Ginter SF. Risk factors for falls among elderly persons living in the community. *N Engl J Med* 1988;319:1701-1707.
4. Kellog International Work Group on the Prevention of Falls in the Elderly. The prevention of falls in later life. *Dan Med Bull*. 1987;34(suppl 4): 1-24.
5. Gryfe C, Amies A, Ashley M. A longitudinal study of falls in an elderly population, I: incidence and morbidity. *Age Ageing*. 1977;6:201-210.
6. Perry BC. Falls among the elderly living in high rise apartments. *J Fam Pract*. 1982;14:1069-1073.
7. Brians LK, Alexander K, Grota P, et al. The development of the RISK tool for fall prevention. *Rehabilitatzon Nurring*. 1991;16:67-69.
8. Lipsitz LA, Jonsson PV, Kelley MM, et al. Causes and correlates of recurrent falls in ambulatory frail elderly. *J Gerontol*. 1991;46:M114-122.
9. Schmid MA. Reducing patient falls: a research-based comprehensive fall prevention program. *Mil Med*. 1990;155:202-207.
10. Sattin RW. Falls among older persons: a public health perspective. *Annu Rev Public Health*. 1992;13:489-508.
11. Tinetti ME, Doucette J, Claus E, Marottoli R. Risk factors for serious injury during falls by older persons in the community. *J Am Geriatr Soc*. 1995;43:1214-1221.
12. Tinetti ME, Inouye SK, Gill TM, Doucette JT. Shared risk factors for falls, incontinence, and functional dependence: unifying the approach to geriatric syndromes. *JAMA*. 1995;273:1348-1353.
13. Speechley M, Tinetti M. Falls and injuries in frail and vigorous community elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1991;39:46-52.
14. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med* 2009, 69(3):307-16.
15. Athanasopoulos D, Kekkou K, Georgopoulos G, Polyderas G, Sotiriou S, Manis P, et al. The Frequency of Falls Among Elderly in a Mountainous Region. 3rd Panellinio Forum Dimosias Iglas. 2013, PP75
16. A Biderman, J Cwikel, A V Fried, D Galinsky. Depression and falls among community dwelling elderly people: a search for common risk factors. *J Epidemiol Community Health*. 2002;56:631-636
17. Tinetti ME, Williams CS, Gill TM. Health, functional, and psychological outcomes older persons with chronic dizziness. *J Am Geriatr Soc*. 2000;48:417-421.
18. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2005;13:37-44.
19. Swift CG. Falls in late life and their consequences: implementing effective services. *BMJ*. 2001;322:855-857.
20. Campbell AJ, Spears GF, Borrie MJ. Examination by logistic regression modeling the variables which increase the relative risk of elderly women falling compared to elderly men. *J Clin Epidemiol*. 1990;43:1415-1420.
21. Rubenstein LZ, Powers C. The epidemiology of falls and syncope. *Clin Geriatr Med*. 2002;18:141-158.
22. Tinetti ME. Preventing falls in elderly persons. *N Engl J Med*. 2003;348:42-49.
23. Wolfson LI, Whipple R, Amerman P. Gait and balance in the elderly: two functional capacities that link sensory and motor ability to falls. *Clin Geriatr Med*. 1985;1:525-540.
24. Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in the elderly. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:119-126.
25. Gomes GA, Cintra FA, Batista FS, Neril AL, Guariento ME, Sousa Mda L, et al. Elderly outpatient profile and predictors of falls. *Sao Paulo Med J*. 2013; 131(1):13-18.
26. Deandrea S, Lucenteforte E, Bravi F, Foschi R, La Vecchia C, Negria E. Risk Factors for Falls in Community-dwelling Older People: A Systematic Review and Meta-analysis. *Epidemiology*. 2010;21: 658-668.
27. Kwan MM, Close JC, Wong AK, Lord SR. Falls Incidence, Risk Factors, and Consequences in Chinese Older People: A Systematic Review. *J Am Geriatr Soc*. 2011;59:536-543.
28. Stevens JA, Sogolow ED. Gender differences for non-fatal unintentional fall related injuries among older adults. *Injury Prevention*. 2005;11:115-119.
29. Tannenbaum C. Effect of age, education and health status on community dwelling older men's health concerns. *Aging Male*. 2012 Jun;15(2):103-108.
30. Maciel ACC, Guerra RO. Prevalência e fatores associados ao déficit de equilíbrio em idosos. *Rev Bras Ciênc Mov*. 2005;13:37-44
31. Idler E, Benjamin Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997, 38(1):21-27.
32. Kaplan GA, Goldberg DE, Everson SA, Cohen RD, Salonen R, Tuomilehto J, et al. Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio Ischemic Heart Disease Risk Factor Study. *Int J Epidemiol* 1996, 25(2):259-265.

33. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med* 2006, 21(3):267-275.
34. Larsson D, Hemmingsson T, Allebeck P, Lundberg I. Self-rated health and mortality among young men: what is the relation and how may it be explained? *Scand J Public Health* 2002, 30(4):259-266.
35. Nybo H, Petersen HC, Gaist D, Jeune B, Andersen K, McGue M et al. Predictors of mortality in 2,249 nonagenarians – the Danish 1905-cohort survey. *J Am Geriatr Soc.* 2003, 51(10):1365-1373.
36. Nielsen AB, Siersma V, Hiort LC, Drivsholm T, Kreiner S, Hollnagel H. Self-rated general health among 40-year-old Danes and its association with all-cause mortality at 10-, 20-, and 29 years' follow-up. *Scand J Public Health.* 2008, 36(1):3-11

ORIGINAL ARTICLE

The risk of falls and the self-reporting of older people's health in a rural area in Greece

D. Athanasopoulos¹, A. Pantelis², A. Garopoulou³, E. Linardoutsou⁴, E. Chelioti⁵

¹Health Center of Dimitsana, General Hospital of Tripoli, Tripoli, Greece, ² Surgery Department, "Thriasio" General Hospital, Athens, Greece, ³Intensive Care Unit, "Aglaia Kyriakou", Pediatric Hospital, Athens, Greece, ⁴General Medicine Department and ⁵Nephrology Department, "Tzaneio" General Hospital of Piraeus, Athens, Greece

(Scientific Chronicles 2013;18(3):159-164)

ABSTRACT

Background: The falls in the elderly people are a major problem on public health. However, it has not clarified if there is a relation between of self-reporting of health status and the falls in the elderly. The aim of this study is to investigate this association in a short term period.

Material and Methods: A prospective study was conducted. Eligible subjects were elderly aged over 65 years old. Initially the following fields were recorded: self reporting of health, age, gender, marital status and educational level. After three months it was recorded whether they had at least an incident fall in the last three months.

Results: A sample 352 elderly participated. The mean age was 78.6±6.4 years. In the 60.2% of the participants who was assessed their health status was poor. The 14.8% of the participants reported at least an incident with fall during the last three months. In the multivariable analysis the history of a fall was correlated with age and with a reported poor health status (p=0.03 and p<0.01 respectively).

Conclusions: This study supports that the self-reporting of health status may have a prognostic value in predicting falls in the elderly.

Keywords: Self-reported, health status, falls, elderly, rural area.
