

Zakład Zarządzania i Ekonomiki Ochrony Zdrowia  
Akademii Medycznej w Lublinie  
Department of Health Care Management and Economics,  
University Medical School of Lublin, Poland

MACIEJ WÓJCIK, LESZEK WDOWIAK, PIOTR RUCIŃSKI,  
KINGA KULCZYCKA, LESZEK GROCHOWSKI, ELŻBIETA WÓJCIK

*Self-assessment of health status in patients who attend  
to outpatients cardiological clinics*

---

**Samooceana stanu zdrowia pacjentów korzystających ze specjalistycznych  
ambulatoryjnych świadczeń z zakresu kardiologii**

---

**WSTĘP**

Zdrowie definiowane jest w różny sposób zaś obecnie [10] definicje pojęcia pozbawione są naukowej ścisłości i w momencie, kiedy chcemy zdefiniować zdrowie stajemy wobec problemu określenia jego stosunku do choroby, która powinna być stanem przeciwnym do zdrowia [9]. Trudność polega na stwierdzeniu, w którym momencie zdrowie i choroba stykają się oraz czy się wzajemnie wykluczają. Rezultaty dotychczasowych badań pozwalają stwierdzić, iż subiektywna ocena stanu zdrowia jest dobrym wskaźnikiem prognostycznym zdrowia [8, 9] oraz, że istnieje związek pomiędzy subiektywnym a obiektywnym stanem zdrowia [3, 4].

Celem badania była ocena stanu zdrowia pacjentów korzystających ze specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń z zakresu kardiologii.

**MATERIAŁ**

Badaniem przeprowadzono w okresie od 1-go października 2001 roku do 31-go stycznia 2002 roku w grupie 973 osób (511 mężczyzn i 462 kobiet; przeciętny wiek badanej grupy wynosił 56 lat), którzy zgłosili się do jednej z czternastu poradni kardiologicznych działających na obszarze dawnego województwa lubelskiego przed reformą administracyjną kraju w 1998 roku, które to poradnie podpisały na rok 2001 umowę z Lubelską Regionalną Kasą Chorych (LRKCh) na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii. Pacjentów włączano do badania na zasadzie doboru indywidualnego

systematycznego. Odstęp losowania obliczono poprzez zaokrąglenie do liczby pełnej wartości kontraktu podpisanego przez poszczególnych usługodawców (poradnie) z LRKCh.

## METODYKA

Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety, w którym zawarto pytania charakteryzujące badaną grupę pod względem płci, wieku, miejsca zamieszkania, poziomu wykształcenia, głównego źródła utrzymania, stanu zdrowia oraz samooceny poziomu życia. Badani subiektywnie oceniali swój stan zdrowia odpowiadając na pytanie, w którym proszono ich o opisanie własnego stanu zdrowia na 5-stopniowej skali rang: od bardzo dobry, poprzez dobry, przyzwoity, zły aż do bardzo zły. W analizie statystycznej, przyjmując poziom istotności  $p=0.05$ , stosowano test  $\chi^2$ .

## WYNIKI

Żaden z badanych nie ocenił swojego stanu zdrowia jako bardzo dobry, ponad połowa (55,60%) określiła go jako bardzo zły (najniższa ranga na skali), 1/3 grupy badanej jako zły, co dziesiąty (9,35%) z badanych jako przyzwoity, zaś jeden na stu respondentów określił go jako dobry. Nie było pod tym względem istotnych różnic pomiędzy kobietami i mężczyznami czy miejscem zamieszkania badanych (Ryc.1). Interesujące spostrzeżenia poczyniono analizując omawianą cechę w odniesieniu do wieku, wykształcenia, aktywności zawodowej i dochodu miesięcznego na jedną osobę w rodzinie. Podczas gdy największe różnicowanie oceny stanu zdrowia zanotowano w grupie wiekowej 50-59-latków, to ogólny profil odpowiedzi był, pomimo nieznaczących różnic w proporcjach, zachowany i porównywalny do tego obserwowanego we wszystkich grupach wiekowych oprócz najmłodszej, w której uzyskano najwięcej odpowiedzi: przyzwoity (40% osób poniżej 25 roku życia) i dobry (odpowiednio 12%) (Ryc.1). Wśród osób, które oceniły swój stan zdrowia jako bardzo zły największy odsetek stanowiły osoby między 50 a 59 rokiem życia (36%). W grupie osób najlepiej oceniających stan zdrowia połowę stanowili badani z wykształceniem wyższym, 1/4-tą grupy ze średnim, zaś w populacji oceniającej stan zdrowia jako bardzo zły znalazło się najwięcej osób z wykształceniem średnim (32%) i podstawowym (30%), a respondenci z wykształceniem wyższym byli w zdecydowanej mniejszości w porównaniu do pozostałych grup (Tab.1). Wśród badanych, którzy ocenili stan zdrowia jako przyzwoity było dwukrotnie więcej osób z wykształceniem średnim i wyższym (odpowiednio 38% i 35%) niż zasadniczym zawodowym i podstawowym (odpowiednio 16% i 10%), podczas gdy profil odpowiedzi w grupie respondentów ze złym stanem zdrowia był najbardziej wyrównany w poszczególnych podgrupach poziomu wykształcenia. Również aktywność zawodowa dość ciekawie różnicowała ocenę stanu zdrowia. Osoby niepracujące znacznie gorzej oceniały własny stan zdrowia (Ryc.2). Dominowały tu odpowiedzi: bardzo zły (64%), których było dwukrotnie więcej niż kolejnych rangą (zły - 29%) i aż dziesięciokrotnie więcej niż przyzwoity (7%). Żaden z respondentów, z grupy osób nieaktywnych zawodowo, nie uznał stanu swojego zdrowia jako dobry, podczas gdy 8 osób (2%) z grupy zawodowo aktywnych tak go określiło. Stan nastroju pacjenta w istotny ( $p<0,05$ ) sposób wpływał na samoocenę stanu zdrowia (Ryc.3). Wraz ze spadkiem stopnia nastroju obserwowano coraz niższe oceny swojego stanu zdrowia.

## OMÓWIENIE

Badani oceniali swój stan zdrowia na skali pięciopunktowej, która jest porównywalna do najczęściej stosowanej w piśmiennictwie, gdzie do oceny pośredniej stanu zdrowia służyły również takie określenia jak: średni, znośny, przeciętny. Nie zdecydowano się na użycie spotykanej w literaturze skali rozgraniczającej respondentów, niezależnie od liczby kategorii, na chorych i zdrowych, gdyż w opinii zarówno autora jak i innych badaczy [8,9] jest to mało miarodajne jak i niewygodne. Pomimo tego, że w innych badaniach [1,8,9] stwierdzano, iż osoby formułujące oceny własnego zdrowia unikają określeń skrajnych i najczęściej posługują się ocenami umiarkowanymi, w obecnym badaniu ciężar odpowiedzi leżał po stronie ocen negatywnych – zły i bardzo zły. Żaden z respondentów nie określił stanu swojego zdrowia jako bardzo dobry. W odróżnieniu od innych autorów [1,8,9] w badanej grupie nie stwierdzono istotnych różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami, co potwierdzają pojedyncze doniesienia [5]. Również wiek badanych nie korelował liniowo z ocenami, a najbardziej negatywne oceny stanu zdrowia obserwowano w grupie 50-59 letnich pacjentów. Istotną różnicę, opisywaną w literaturze [1,8,9], zanotowano w odniesieniu do aktywności zawodowej respondentów. Aktywni zawodowo pozytywniej oceniali swój stan zdrowia niż niepracujący, wśród których najbardziej negatywne opinie wydali renciści, emeryci i bezrobotni. Podobnie mieszkańcy wsi skłonni byli raczej do opinii bardziej negatywnych niż mieszkańcy miasta, których opinie były z kolei bardziej wyważone. W piśmiennictwie spotyka się wyniki badań, które nie pozwalają jednoznacznie opisać związku między poziomem wykształcenia a samooceną stanu zdrowia: od braku takiego związku [8,9] do stwierdzenia, że im wyższy poziom wykształcenia, tym lepsza samoocena [2,7], co stwierdzono również w badanej populacji pacjentów. Oceniano również zależność między samooceną stanu zdrowia a deklarowanym dochodem miesięcznym na jednego członka rodziny stwierdzając, iż wraz ze spadkiem dochodu obserwuje się coraz niższe oceny swojego stanu zdrowia w porównaniu do rówieśników. Co więcej, stwierdzono, że wraz ze spadkiem stopnia nastroju respondenta malała również samoocena stanu zdrowia. Należy ponadto zaznaczyć, co nie wymaga jak się wydaje dodatkowego komentarza, że stan zdrowia badanej grupy znacznie odbiegał od stanu zdrowia ludności w naszym kraju [6], gdzie przeważały opinie pozytywne (dobry - 41,6%, bardzo dobry - 12,8%) oraz średnie (28,5%), a oceny negatywne stanowiły margines (zły - 13,6%, bardzo zły - 3,1%). Niemniej jednak, i tu stwierdzono, że mieszkańcy wsi byli mniej skłonni do ocen pozytywnych [6].

## WNIOSKI

Przeprowadzone badanie pozwoliło na sformułowanie następujących wniosków:

1. Pacjenci korzystający z poradni kardiologicznych są skłonni do bardziej negatywnej oceny własnego stanu zdrowia niż ogół ludności Polski
2. Ocena stanu zdrowia badanych jest silnie powiązana z wiekiem, poziomem wykształcenia, aktywnością zawodową i stanem nastroju badanych. Nie stwierdzono związku między płcią i miejscem zamieszkania a stanem zdrowia badanych.

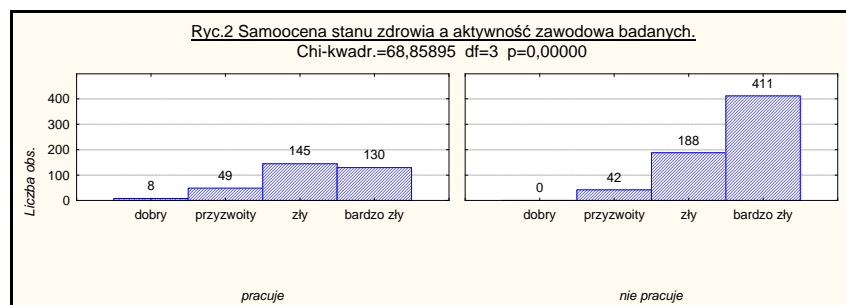
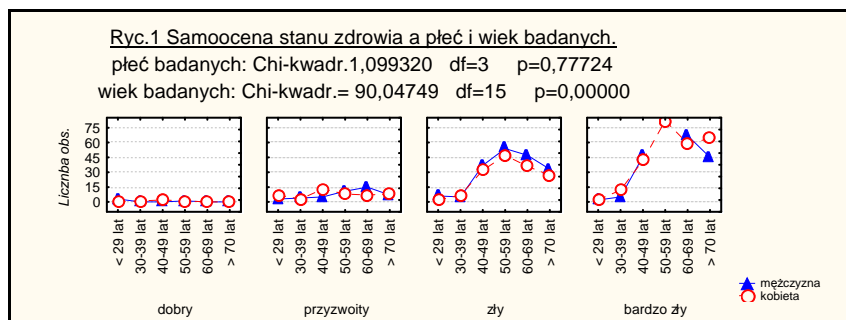
## PIŚMIENNICTWO

1. Góralczyk-Modzelewska M., Indulski J.: Subiektywna ocena stanu zdrowia pracowników przemysłu i jej uwarunkowania. Zdr. Publ. 1983; 9:459-64.

2. Głowacka L.: Współzależność uwarunkowań społeczno-bytowych i stan zdrowia mieszkańców Warszawy. Zdr. Publ. 1977;11:709-15.
3. Kaplan G.A., i wsp.: Perceived health status and morbidity and mortality: evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. Int. J. Epidemiol. 1996;25(2):259-65.
4. Krzyżanowski M.: Związek umieralności dorosłych mieszkańców Krakowa z wybranymi wskaźnikami stanu zdrowia. Prz. Lek. 1980;10:685-91.
5. Ostrowska A.: Problemy zdrowia i opieki lekarskiej w opiniach społeczeństwa polskiego. Warszawa: Ossolineum; 1975.
6. Pędich W.: Badania stanu zdrowia i potrzeb socjalnych osób powyżej 70 roku życia w województwie białostockim. Zdr. Publ. 1982;5-6:215-221.
7. Titkow A.: Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby. Warszawa: PWN; 1983.
8. Wdowiak L.: Przewlekle chorzy w systemie otwartej opieki zdrowotnej Lublina. Część II. Częstość i przyczyny korzystania. Zdr. Publ. 1982;1-2:31-9.
9. Wdowiak L.: Uwarunkowania określające korzystanie z usług medycznych badanej grupy przewlekle chorych mieszkańców Lublina. Lublin: Akademia Medyczna w Lublinie; 1984.
10. World Health Organization. Quality assurance of Health Services. Kopenhaga: World Health Organization, Regional Committee for Europe; 1988.

Tab.1 Samoocena stanu zdrowia a poziom wykształcenia badanych

Samoocena stanu zdrowia:	Poziom wykształcenia				Razem
	wyższe	średnie	zas. zawodowe	podstawowe	
dobry	4	2	1	1	8
% Kolumny	2,01%	0,63%	0,47%	0,41%	
% Wiersza	50,00%	25,00%	12,50%	12,50%	
% ogółu	0,41%	0,21%	0,10%	0,10%	0,82%
przyzwoity	32	35	15	9	91
% Kolumny	16,08%	11,01%	7,04%	3,70%	
% Wiersza	35,16%	38,46%	16,48%	9,89%	
% ogółu	3,29%	3,60%	1,54%	0,92%	9,35%
zły	83	106	72	72	333
% Kolumny	41,71%	33,33%	33,80%	29,63%	
% Wiersza	24,92%	31,83%	21,62%	21,62%	
% ogółu	8,53%	10,89%	7,40%	7,40%	34,22%
bardzo zły	80	175	125	161	541
% Kolumny	40,20%	55,03%	58,69%	66,26%	
% Wiersza	14,79%	32,35%	23,11%	29,76%	
% ogółu	8,22%	17,99%	12,85%	16,55%	55,60%
Ogół	199	318	213	243	973
% ogółu	20,45%	32,68%	21,89%	24,97%	100,00%
Statystyka:	Chi <sup>2</sup> = 43,12045 df = 9 p = 0,00003				
	Wsp. kontyngencji Pearsona C = 0,2060009				
	V Craméra = 0,1215415				



## STRESZCZENIE

Rezultaty dotychczasowych badań pozwalają stwierdzić, iż subiektywna ocena stanu zdrowia jest dobrym wskaźnikiem prognostycznym oraz, że istnieje związek pomiędzy subiektywnym a obiektywnym stanem zdrowia. Celem badania była ocena stanu zdrowia pacjentów korzystających ze specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń z zakresu kardiologii. Badanie przeprowadzono w grupie 973 osób (511 mężczyzn i 462 kobiet; przeciętny wiek badanej grupy wynosił 56 lat), którzy zgłosili się do jednej z czternastu poradni kardiologicznych na obszarze dawnego województwa lubelskiego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Badani subiektywnie oceniali swój stan zdrowia na 5-stopniowej skali rang. Ponad połowa respondentów (56%) określiła swój stan zdrowia jako bardzo zły, 34% jako zły, 9% jako przyzwoity i 1% jako dobry. Nie stwierdzono statystycznie istotnych ( $p < 0,05$ ) różnic w odpowiedziach badanych pod względem płci i miejsca zamieszkania. Gorzej ocenili swój stan zdrowia nieaktywni zawodowo a oceny spadały wraz ze spadkiem nastroju respondentów. W grupie osób najgorzej oceniających stan zdrowia dominowali badani w wieku 50-59 lat (36%) oraz z wykształceniem średnim (32%) i podstawowym (30%). Najlepszy stan zdrowia zanotowano wśród osób najmłodszych (40%) i z wyższym poziomem wykształcenia (50%). Wnioski: 1/-Pacjenci korzystający z poradni kardiologicznych są skłonni do bardziej negatywnej oceny własnego stanu zdrowia niż ogół ludności Polski. 2/- Subiektywna ocena stanu zdrowia badanych jest silnie powiązana z wiekiem, poziomem wykształcenia, aktywnością zawodową i stanem nastroju badanych.

## SUMMARY

The results of hitherto studies confirm that subjective health status is a good prognostic health indicator. There is a relation between subjective and objective health status. The aim of the study was to assess the health status of patients who attend to outpatient cardiological clinics. The study was performed in 14 outpatient's cardiological clinics in region of Lublin old voivodship. The study group consisted of 973 patients (511 male, 462 female; mean age 56 years) who attended to one of 14 clinics. The author's questionnaire was the research tool. Patients scored their health status on 5-points rang scale. The results: More than half of the study group (56%) assessed the health status as very bad, 34% as bad, 9% as average and 1% as good. None of the patients stated his health status as very good. There were no statistically significant differences ( $p < 0,05$ ) in patients' opinions according to sex and place of residence. Worse health status was found in professionally non-active patients and the scores fell down with lower state of mood. The group with lower health status consisted mostly of patients in the age range of 50-59 years (36%) and with secondary (32%) or elementary level of education (30%). The highest health state was found in the youngest group of patients (40%) and with higher level of education (50%). Conclusions: 1/- Patients who attend to outpatients cardiological clinics tend to assess their own health status as worse than the whole Polish population. 2/- The assessment of health status strongly correlates with age, level of education, professional activity and patient's state of the mood.