

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

*Assessment of the level of physical disability status
in patients of cardiological outpatient's clinics*

Samocena stopnia ograniczenia sprawności fizycznej pacjentów korzystających ze specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń z zakresu kardiologii

WSTĘP

Zdrowie definiowane jest w różny sposób. Zależy to od sposobu podejścia do tematu. Galen twierdził przed dziesiętnastoma wiekami, że zdrowie to „taki stan, w którym nie odczuwamy bólu, a codzienna aktywność życiowa nie ulega zahamowaniu ... jeśli ktokolwiek pragnie nazwać go innym mianem, nie osiągnie przez to nic więcej niż ci, którzy zowią życie ciągłym cierpieniem” [1]. Funkcjonujące obecnie [10] definicje pojęcia pozbawione są naukowej ścisłości. Podejście czysto kliniczne do problemu, mimo dużej przydatności do celów diagnostyczno-terapeutycznych, ma ograniczoną wartość w badaniach socjomedycznych i małe zastosowanie dla polityki społecznej, gdyż nie uwzględnia wieloaspektowości reakcji chorego, wpływu choroby na jego samopoczucie i ograniczenie sprawności funkcjonalnej [8, 9].

Celem pracy było ocena stopnia ograniczenia sprawności fizycznej pacjentów korzystających ze specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń z zakresu kardiologii.

MATERIAŁ

Badaniem objęto 718 osób (391 mężczyzn i 327 kobiet; przeciętny wiek badanej grupy wynosił 56 lat), którzy w okresie od 1-go października 2001 roku do 31-go stycznia 2002 roku korzystali ze świadczeń zdrowotnych udzielanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w czternastu poradniach kardiologicznych funkcjonujących 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 na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych z zakresu kardiologii.

METODYKA

Badanie miało charakter indywidualny. Pacjent otrzymywał ankietę w momencie opuszczania poradni z prośbą o dokładne jej wypełnienie i zwrot ankiety do świadczeniodawcy w zaklejonej kopercie. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety. Samoocenę sprawności fizycznej badano poprzez pięć kolejnych pytań oceniających stopień ograniczenia sprawności fizycznej badanych. Pytania zostały opracowane na bazie klasyfikacji NYHA, CCS i zaproponowanej przez Goldmana Specific Activity Scale [2]. Osoby objęte badaniem oceniały swoją sprawność fizyczną odpowiadając na pięć kolejnych pytań: Czy stan Pan/i/a zdrowia ogranicza wykonywanie czynności: 1-Bieganie, jazdę na rowerze?, 2-Dźwiganie zakupów?, 3-Wejście na pierwsze piętro?, 4-Przejście kilkuset metrów?, 5-Mycie, ubieranie się? Respondent miał do wyboru trzy opcje odpowiedzi, które były punktowane stopniowo: 1-Tak, w dużym stopniu (1 punkt), 2-Tak, nieznacznie (2 punkty), 3-Nie, nie ogranicza (3 punkty). Punkty podlegały zliczeniu. W ten sposób uzyskano skalę odpowiedzi od minimalnie 5 punktów (duże ograniczenie sprawności fizycznej), poprzez 10 punktów (nieznaczne ograniczenie sprawności fizycznej) do maksymalnie 15 punktów (brak ograniczeń sprawności fizycznej). Dla dalszej analizy podzielono uzyskane wyniki na trzy grupy: duże ograniczenie sprawności fizycznej (5-7 punktów), nieznaczne (8-12 punktów) i brak ograniczeń sprawności fizycznej (13-15 punktów). Rzetelność doboru pytań dotyczących sprawności fizycznej oceniano testem α -Cronbach'a, który w odniesieniu do omawianych pytań przyjmował wartość 0,858 przy obliczonym standaryzowanym wskaźniku α -Cronbach'a równym 0,857. W analizie statystycznej, przyjmując poziom istotności $p < 0,05$, stosowano test niezależności χ^2 , test U Manna-Whitneya, test sumy rang Kruskala-Wallisa oraz test mediany χ^2 (STATISTICA 6.0 nr licencji: AXXP111B366927A60).

WYNIKI

Przeciętny wynik samooceny stopnia ograniczenia sprawności fizycznej wynosił 10 punktów. Odpowiedzi zawierały się w przedziale od minimalnego wyniku 5 punktów, wskazującego na duże ograniczenie sprawności, do 15 punktów – brak takiego ograniczenia, lecz większość odpowiedzi (25%-75% kwartyli) mieściła się w przedziale od 7 do 12 punktów. Połowa (51,5%) badanych stwierdziła nieznaczne ograniczenie własnej sprawności fizycznej, podczas gdy 27% badanych określiło je jako duże, a co piąty (21,5%) uznał, że jego sprawność nie jest ograniczona. Wspomniane oceny skrajne, to jest 5 i 15 punktów skali oceny sprawności częściej wyznaczali mężczyźni (odpowiednio: 74,7% vs 25,3% i 65,9% vs 34,1%). Mężczyźni przeciętnie lepiej oceniali swoją sprawność fizyczną niż kobiety (10 vs 9 punktów), nie była to jednak różnica istotna statystycznie. Wiek badanych istotnie ($p < 0,05$) różnicował ich samoocenę sprawności fizycznej - wraz z wiekiem rósł odsetek osób w poszczególnych grupach wiekowych gorzej ją oceniających. Wśród osób do 29 roku życia 63,6% nie miało ograniczenia sprawności, a co trzeci (31,8%) oceniał, że była nieznacznie ograniczona. Ankietowani w wieku 30-39 i 40-49 lat najczęściej oceniali swoją sprawność jako nieznacznie ograniczoną (odpowiednio: 52% i 53%). Najmniej było w tych grupach respondentów stwierdzających duże ograniczenie sprawności (odpowiednio: 8% i 18,9%). Jednakże, wśród osób po 50 roku życia, wraz ze zmniejszaniem się ilości ocen

stwierdzających brak lub nieznaczne ograniczenie, rósł stopniowo odsetek osób z dużym ograniczeniem sprawności, który wśród ankietowanych po 70 roku życia (41,7%) był podobny do odsetka respondentów stwierdzających nieznaczne ograniczenie sprawności fizycznej (45,7%). Przeciętne oceny sprawności fizycznej osób z wykształceniem podstawowym (8 punktów) istotnie różniły się od pozostałych badanych (10 punktów), pomimo że dotyczyły nieзначnego ograniczenia sprawności, ale w przypadku respondentów z wykształceniem podstawowym obserwowano podobne odsetki osób oceniających ją w ten sposób lub gorzej (odpowiednio: 42,86% i 41,67%). (Ryc.1). Proporcjonalnie wśród pozostałych respondentów obserwowano dwukrotnie mniej osób z dużym ograniczeniem sprawności. Wśród osób z wykształceniem wyższym, średnim i zasadniczym zawodowym, podobne odsetki określały własną sprawność jako nieznacznie ograniczoną, a wraz ze spadkiem poziomu wykształcenia rosła liczba ocen bardziej negatywnych (duże ograniczenie sprawności), a zmniejszała pozytywne (brak ograniczenia sprawności). Szerszy wachlarz ocen własnej sprawności fizycznej wyrazili mieszkańcy wsi (25%-75%: 7-13 punktów) niż mieszkańcy miasta (odpowiednio: 8-12 punktów), jednakże właśnie oni podawali lepszą przeciętną ocenę sprawności (10 vs. 9,5, $p > 0,05$). Analizując poszczególne grupy odpowiedzi okazało się, że podczas gdy podobne odsetki mieszkańców wsi oceniały swoją sprawność jako nieznacznie lub bardzo ograniczoną (39,13% i 33,70%) to stosunek ten był odmienny w ocenach mieszkańców miasta, gdzie ponad połowa (55,81%) miała nieznacznie ograniczoną sprawność a 24,7% ograniczoną w dużym stopniu (Ryc.2). Aktywność zawodowa badanych była z kolei wyraźnie różnicującą cechą ($p < 0,05$). Osoby aktywne zawodowo miały znacznie lepszą sprawność fizyczną niż niepracujący (11 vs 9 punktów, $p < 0,001$) (Ryc.2). W grupie nieaktywnych zawodowo było dwukrotnie więcej osób z dużym ograniczeniem sprawności niż wśród pracujących (odpowiednio: 32,9% vs 16,8%), a sytuacja ta uległa odwróceniu w odniesieniu do braku ograniczeń sprawności fizycznej (odpowiednio: 13,4% vs 35,5%). Zauważono również, że w grupie osób korzystających z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej (przeciętnie 9 punktów na skali sprawności fizycznej) było dwukrotnie mniej (11,6% vs 22,6%) respondentów bez ograniczeń sprawności niż wśród korzystających z publicznych zakładów opieki zdrowotnej (przeciętnie 10 punktów).

OMÓWIENIE

Mając na uwadze rezultaty dotychczasowych badań, w których stwierdzano, iż subiektywna ocena stanu zdrowia jest dobrym wskaźnikiem prognostycznym zdrowia [8, 9] oraz, że istnieje związek pomiędzy subiektywnym a obiektywnym stanem zdrowia [3, 7] porównanie samooceny sprawności fizycznej z analogicznymi danymi z piśmiennictwa napotyka na trudności związane ze stosowaniem różnych skal do jej oceny [4, 5, 6, 8, 9]. Niemniej jednak stwierdzono, podobnie jak Wdowiak [9], iż samoocena sprawności fizycznej była związana z:

- ✦ płcią – kobiety gorzej oceniały swoją sprawność fizyczną,
- ✦ wiekiem – im starszy wiek badanych tym gorsze oceny,
- ✦ poziomem wykształcenia – wraz z jego spadkiem oceny malały,
- ✦ aktywnością zawodową – wyższe oceny obserwowano wśród pracujących niż nieaktywnych zawodowo. Należy tu jednak pamiętać, że w grupie tej najliczniej reprezentowani byli renciści i emeryci, czyli osoby starsze,
- ✦ a ponadto, czego nie opisywał wspomniany wyżej autor, z miejscem zamieszkania - niższe oceny podawali mieszkańcy wsi niż miasta.

WNIOSKI

1. Pacjenci korzystający z poradni kardiologicznych mają w większości nieznaczny stopień ograniczenia sprawności fizycznej.
2. Stopień ograniczenia sprawności fizycznej badanych jest silnie powiązany z wiekiem, poziomem wykształcenia, aktywnością zawodową i miejscem zamieszkania
3. Pacjenci korzystający z publicznych poradni kardiologicznych mają większy stopień ograniczenia sprawności fizycznej niż pacjenci korzystający z niepublicznych poradni kardiologicznych.

PIŚMIENNICTWO

1. Galen. Hygiene (De Sanitate tuendo). Tłum. Greek RM. Springfield; 1951.
2. Goldman L, i wsp. Comparative reproducibility and validity of systems for assessing cardiovascular functional class: Advantages of a new specific activity scale. *Circulation* 1981;64:1227.
3. Krzyżanowski M. Związek umieralności dorosłych mieszkańców Krakowa z wybranymi wskaźnikami stanu zdrowia. *Prz. Lek.* 1980;10:685-91.
4. Piotrkowski J. Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie. Warszawa: PWN; 1973.
5. Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 1999 r. Warszawa: GUS; 2000.
6. Porównanie sytuacji zdrowotnej ludności Polski i wybranych krajów europejskich w 1996 r. Warszawa: GUS; 1998.
7. Raport o stanie zdrowia ludności wiejskiej. Lublin: Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi; 1982.
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.

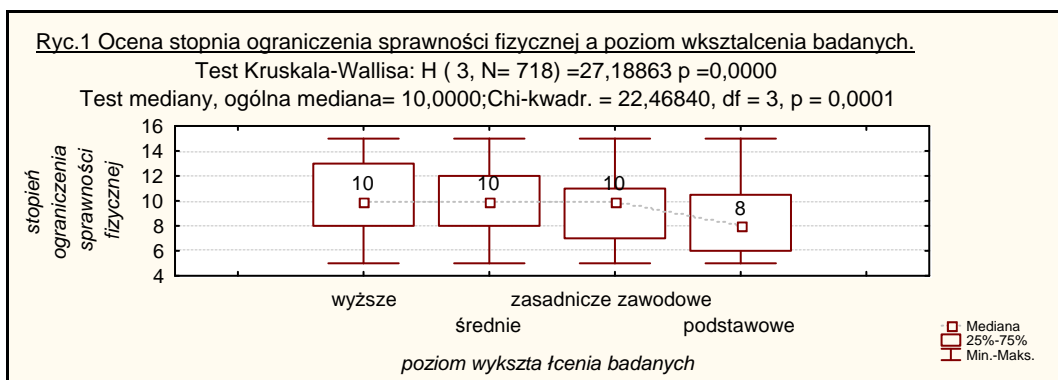
STRESZCZENIE

Zdrowie definiowane jest w różny sposób. Podejście czysto kliniczne do problemu ma ograniczoną wartość w badaniach socjo-medycznych i małe zastosowanie dla polityki społecznej. Celem pracy było ocena stopnia ograniczenia sprawności fizycznej pacjentów korzystających z poradni kardiologicznych. Badaniem objęto 718 osób (391 mężczyzn i 327 kobiet; przeciętny wiek 56 lat) w czternastu poradniach kardiologicznych dawnego województwa lubelskiego. Przeciętny wynik samooceny stopnia ograniczenia sprawności fizycznej wyniósł 10 punktów. Połowa (52%) badanych stwierdziła nieznaczne ograniczenie własnej sprawności fizycznej, 27% określiła je jako duże, a co piąty badany uznał, że

jego sprawność nie jest ograniczona. Mężczyźni lepiej oceniali swoją sprawność fizyczną niż kobiety ($p>0,05$). Oceny rosły wraz z wiekiem badanych ($p<0,05$) i były najniższe w grupie osób z wykształceniem podstawowym. Mieszkańcy miasta i osoby aktywne zawodowo podali ocenę wyższą ($p>0,05$) niż mieszkańcy wsi i nieaktywni zawodowo. W grupie osób korzystających z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej było dwukrotnie mniej respondentów bez ograniczeń sprawności. Wnioski: 1/- Pacjenci korzystający z poradni kardiologicznych mają w większości nieznaczny stopień ograniczenia sprawności fizycznej. 2/- Stopień ograniczenia sprawności fizycznej badanych jest silnie powiązany z wiekiem, poziomem wykształcenia, aktywnością zawodową i miejscem zamieszkania. 3/- Pacjenci korzystający z publicznych poradni kardiologicznych mają większy stopień ograniczenia sprawności fizycznej niż pacjenci korzystający z niepublicznych poradni kardiologicznych

SUMMARY

The clinical view on the definition of health has limited value both for socio-medical and health policy studies. The aim of the study was to assess the level of physical disability status in patients attending to cardiological outpatient's clinics. The study group consisted of 718 patients (391 male, 327 female; mean age 56 yrs) who attended to one of 14 clinics in region of Lublin old voivodship. The mean score was 10 points. Half of the group (52%) assessed the physical disability as slight, 27% as high and every 5th patient as low. Physical disability score was higher in men ($p>0,05$), city-dwellers ($p<0,05$) and professionally active patients ($p<0,05$). The score rose with patients' age and their level of education ($p<0,05$). In the group of non-public clinic twice as less patients had no physical disabilities. Conclusions: 1/- Patients who attend to cardiological outpatient's clinics have slight level of physical disability status. 2/- The level of physical disability correlates with age, the educational level, professional activity and living place. 3/- The group of public clinic patients have higher physical disability status than non-public clinic patients.



Ryc.2 Ocena stopnia ograniczenia sprawności fizycznej badanych a aktywność zawodowa badanych. Test U Manna-Whitneya: p=0,000

