

P. 40492

H



40492

POLSKA  
AKADEMIA  
NAUK  
INSTYTUT  
FILOZOFII  
I SOCJOLOGII

**Antonina  
Ostrowska**

**PROBLEMY ZDROWIA  
I OPIEKI LEKARSKIEJ  
W OPINIACH  
SPOŁECZEŃSTWA  
POLSKIEGO**

OSSOLINEUM

<http://rcm.org.pl>



WYDAWCA: WYDZIAŁ HISTORII I SOCJOLOGII  
MEDIKALNEJ UNIWERSYTETU MEDYCYNIE  
WARSZAWY

ANTONINA OSTROWSKA

**PROBLEMY ZDROWIA I OPIEKI LEKARSKIEJ  
W OPINIACH SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO**

PROBLEMY ZDROWIA  
I OPIEKI LEKARSKIEJ  
W OPINIACH  
SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO

WARSZAWA - WARSZAWA, 1980 - 220 STRON  
WYDAWCA: WYDZIAŁ HISTORII I SOCJOLOGII  
MEDIKALNEJ UNIWERSYTETU MEDYCYNIE  
WARSZAWY  
1980



POLSKA AKADEMIA NAUK  
INSTYTUT FILOZOFII I SOCJOLOGII

ANTONINA OSTROWSKA

40492

PROBLEMY ZDROWIA  
I OPIEKI LEKARSKIEJ  
W OPINIACH  
SPOŁECZEŃSTWA POLSKIEGO

H - 53778

WROCŁAW · WARSZAWA · KRAKÓW · GDAŃSK  
ZAKŁAD NARODOWY IMIENIA OSSOLIŃSKICH  
WYDAWNICTWO POLSKIEJ AKADEMII NAUK

1975

Okladkę projektował  
GABRIEL KAMIŃSKI

kulturalnych i systemie wartości społeczeństwa polskiego”  
„Przewidywane zmiany we wzorach konsumpcji, potrzebach  
Praca wykonana w ramach problemu węzłowego 11.2.2.

40492



P. 40492



Redaktor Wydawnictwa  
Anna Urbaczka

*Printed in Poland*

Zakład Narodowy im. Ossolińskich — Wydawnictwo. Wrocław 1975.  
Nakład: 1000 egz. Objętość: ark. wyd. 6,40, ark. druk. 8. Papier  
druk. sat. kl. IV, 70 g, 61 × 86. Oddano do składania 15 XI 1974.  
Podpisano do druku 3 III 1975. Druk ukończono w marcu 1975 r.  
Wrocławska Drukarnia Naukowa. Zam. nr 932/74 — A-15. Cena zł 20.—

## WSTĘP

W roku 1970 w ramach tematu „Potrzeby zdrowotne społeczeństwa polskiego” (Plan centralny, temat „Przewidywanie zmiany we wzorach konsumpcji, potrzebach kulturalnych i systemie wartości społeczeństwa polskiego”) zostały podjęte w Instytucie Filozofii i Socjologii Polskiej Akademii Nauk opracowania syntetyzujące wyniki badań przeprowadzonych w Polsce w latach 1945—1970 nad potrzebami zdrowotnymi.

Przedstawiona tu praca stanowi omówienie badań nad „subiektywnymi” potrzebami zdrowotnymi, potrzebami spostrzeganymi przez badaną ludność, i obejmuje badania realizowane w okresie znacznie krótszym, w latach 1960—1970. Przed rokiem 1960 badań nad subiektywnymi potrzebami zdrowotnymi w zasadzie w Polsce nie prowadzono.

Celem opracowania było dostarczenie wiedzy o stanie badań na ten temat, podsumowanie istniejącego dorobku, wskazanie luk w tej problematyce i sugestii do dalszych badań, a także, o ile to było możliwe, wskazówek dla polityki społecznej.

Przedmiotem syntezy były badania realizowane zarówno przez socjologów, jak i lekarzy. Ograniczono się w zasadzie do badań opublikowanych, nie podejmowano też dla celów niniejszego opracowania żadnych dodatkowych analiz. W wielu wypadkach było to niemożliwe ze względu na skrótową prezentację wykorzystanych badań i związane z tym braki w danych. Opracowanie to jest opracowaniem tzw. materiałów zastanych.

Problematyka potrzeb zdrowotnych jest tu rozumiana szeroko, przedmiotem opisu będą nie tylko te wyniki badań, które mówią bezpośrednio o potrzebach zdrowotnych odczuwanych przez badanych, ale także te, które poruszają warunki, w jakich następuje zaspokojenie potrzeb, ich oceny i pożądane modele.

W oparciu o zebrany materiał, całą tę problematykę można sprowadzić do kilku zagadnień, które obejmą w tej publikacji części od III do VII, a mianowicie:

1. Oceny własnego stanu zdrowia dokonane przez badanych.
2. Zachowania badanych przy zaobserwowaniu objawów choroby.
3. Sposób korzystania z placówek służby zdrowia.
4. Oceny i opinie badanych o personelu medycznym i placówkach, w których się leczą.
5. Pożądane modele lekarza, pożądane modele służby zdrowia (wzory funkcjonowania).

Punkt pierwszy jest subiektywnym odpowiednikiem potrzeb zdrowotnych określanych przez lekarzy. Dane zebrane w badaniach na ten temat mówią o postrzeganych przez badanych niedostatkach w ich stanie zdrowia oraz o istnieniu ich subiektywnych potrzeb zdrowotnych.

W drugim punkcie jest mowa o sytuacjach, w jakich badani postrzegają swoje potrzeby, o zachowaniach związanych z „auto-diagnozą” pewnej potrzeby zdrowotnej czy „narodzinach potrzeby zdrowotnej”.

Punkt następny (3) przedstawia sposoby zaspokojenia przez badanych ich potrzeb zdrowotnych — głównie te, które odnoszą się do korzystania z medycyny oficjalnej. Chodzi tu przede wszystkim o częstotliwość korzystania z poszczególnych placówek, wybór placówek leczniczych, motywacje związane z tymi wyborami itp.

Dwa następne punkty (4 i 5) to oceny i postulaty pod adresem służby zdrowia jako instytucji zaspokajającej potrzeby zdrowotne.

Krótkie dane o badaniu (rok realizacji, instytucja realizująca lub autor, dobór próby, zastosowane techniki badawcze) podawane będą każdorazowo przy omawianiu badania celem lepszej orientacji w materiale.

W pracy tej posłużono się wyłącznie opracowaniami badań empirycznych dotyczących subiektywnych potrzeb zdrowotnych ludności. Nie zamieszczono żadnych danych „obiektywnych” o tych potrzebach i ich realizacji. Wszelkie dane tego typu zawarte są w paralelnym opracowaniu przygotowywanym przez M. Sokołowską i S. Klonowicza na temat obiektywnych potrzeb zdrowotnych.



## CZEŚĆ I. POJĘCIE POTRZEB ZDROWOTNYCH

Pojęcie potrzeb, choć pojawia się w literaturze socjologicznej, nieczęsto jest precyzowane. Z definicjami potrzeb spotykamy się głównie w psychologii, przede wszystkim na gruncie teorii motywacji. Na użytek tych teorii charakteryzuje się potrzeby jako określone stany organizmu związane z odczuwaniem niepokoju czy przykrego napięcia.

W psychologii społecznej stosowane definicje potrzeb nie są wyrażane w kategoriach „organicznych”. Mówi się więc o potrzebie jako poczuciu braku czegoś, odnoszącym się do jakiejś wartości lub dobra, a motywującym działanie zmierzające do uzyskania tego dobra (wartości).

Oba wyżej przytoczone określenia odnoszą się do potrzeb jednostkowych, potrzeb poszczególnych osób.

W socjologii spotykamy się z pojęciem potrzeb społecznych, będących atrybutem pewnej złożonej całości — grupy, organizacji czy klasy społecznej. Ujęcia potrzeb spotykane w literaturze socjologicznej w większości bliskie są szkole funkcjonalnej. Mówi się więc o potrzebach koniecznych do zrealizowania dla istnienia pewnych systemów czy ich stabilizacji.

Warto się zastanowić, jak przytoczone poprzednio sposoby definiowania potrzeb mogą być dla nas użyteczne z punktu widzenia problematyki potrzeb zdrowotnych.

Fakt, że większość definicji psychologicznych uwzględnia moment „przykrego napięcia” związanego z odczuwaniem jakiejś potrzeby, limituje możliwość ich zastosowania do sfery zdrowia. Odpowiada to potrzebom związanym z wyjściem ze stanu chorobowego, z roli chorego. Odczuwając ból, strach przed konsekwencjami choroby itp. mamy niewątpliwie do czynienia z owym na-

pięciem. Zakres takich definicji nie jest jednak wystarczający, gdy potrzeby medyczne odniesiemy nie do stanu chorobowego, lecz do zdrowia (np. zachowanie profilaktyczne). Można wprawdzie mówić o obawach przed ewentualnym zachorowaniem na jakąś chorobę, trudno jednak byłoby stany takie łączyć ze „stanami przykrego napięcia”. Poza tym wydaje się, że większość zachowań związanych z realizowaniem „potrzeb profilaktycznych” mamy wpojonych we wczesnych stadiach socjalizacji i nie zawsze nawet zdajemy sobie sprawę z tego, że określone zachowania pełnią funkcję profilaktyczną (np. nawyki higieniczne).

Definicje proponowane przez psychologię społeczną — podobnie jak wyżej omówiona — choć nie eksponują momentu „przykrego napięcia” — odnoszą się wyłącznie do sfery potrzeb subiektywnych, odczuwanych przez samą jednostkę, pomijając całą sferę potrzeb obiektywnych, nie zawsze uświadamianych sobie przez nią. Definicję taką można by w zasadzie zaakceptować, wymagałaby ona jednak uzupełnienia właśnie o sferę potrzeb obiektywnych.

Rozróżnienie między potrzebami obiektywnymi i subiektywnymi wydaje się szczególnie ważne w odniesieniu do sfery zdrowia. Tu bowiem niezmiernie często zdarza się, że oba typy potrzeb nie pokrywają się ze sobą. Do sprawy tej wrócimy jeszcze w dalszej części pracy.

W koncepcji potrzeb społecznych potrzeby zdrowotne jednostek i ich realizacja są elementem szerszego systemu, dla którego funkcjonowania muszą być one realizowane (koncepcja zdrowego społeczeństwa). Mamy tu więc raczej do czynienia z potrzebami zbiorowości, a nie jednostek, choć i potrzeby jednostkowe (społeczne warunki ich zaspokajania) są przedmiotem zainteresowania socjologów.

Zaspokajając swe potrzeby w ramach ściśle określonych struktur społecznych, ludzie wchodzą w cały szereg stosunków społecznych. To wpływa na fakt tworzenia się społecznych form zaspokajania także zupełnie biologicznych potrzeb. Formy te będą się oczywiście mogły różnić w poszczególnych kategoriach ludności (klasy, warstwy społeczne, kategorie społeczno-zawodowe,

społeczności lokalne i inne); różne kategorie czy grupy ponadto będą posiadały określone szanse zaspokajania swoich potrzeb, różne hierarchie potrzeb itd. Przy rozpatrywaniu potrzeb zdrowotnych należałoby więc rozpatrywać je w kontekście społecznym, w jakim się pojawiają, są określane i zaspokajane.

Przejdźmy teraz do sprecyzowania zagadnienia potrzeb zdrowotnych. Na gruncie socjologii medycyny czy w literaturze socjomedycznej pojęcie to często się pojawia, nigdzie jednak nie jest wyraźnie precyzowane. Przeprowadzono wiele badań nad potrzebami zdrowotnymi — wszędzie jednak zawarte było ukryte założenie, że orientacyjnie rozumie się, co owe „potrzeby zdrowotne” oznaczają, do jakiej sfery zagadnień się odnoszą.

Kłopoty definicyjne potęguje fakt, że i określenia zdrowia napotykane w literaturze są bardzo intuicyjne i trudne do bliższego sprecyzowania. Przykładem takiej definicji może być definicja zdrowia skonstruowana przez Światową Organizację Zdrowia, w której mówi się o stanie pełnego, fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia — a nie tylko braku choroby czy ułomności. Socjologowie dla swoich potrzeb używają subiektywnej czy „behawioralnej” definicji zdrowia. Według niej jednostka sama rozstrzyga poprzez swoje zachowanie, czy jest chora, czy zdrowa (czy normalnie funkcjonuje, podejmuje swoje role, wypełnia je itp.). Zdrowie lub chorobę jednostki ocenia się więc na podstawie jej społecznego funkcjonowania, przyjmowania na siebie lub nie roli chorego.

Z definicją taką w zasadzie nie zgadzają się lekarze czy w ogóle przedstawiciele medycyny, stojąc na stanowisku orzekania o chorobie na podstawie mierzalnych i wykrywalnych symptomów. Sprawa jednak komplikuje się w sytuacji utajonego (bezobjawowego) stadium choroby, którego diagnozy medyczne nie są w stanie uchwycić, a które mogą być sygnalizowane poprzez „niewłaściwe” funkcjonowanie społeczne jednostki.

Kłopoty są także z ustaleniem sfery zagadnień, do jakiej owe „potrzeby zdrowotne” mają się odnosić. Sprawa nie nastęrcza wielu kłopotów, dopóki przedmiotem zainteresowania jest wyłącznie stosunek do chorób, przedmiot tradycyjnej medycyny. W no-

woczesnym ujęciu medycyny jednak (łącznie z profilaktyką, czyli medycyną człowieka zdrowego) zakres pojęcia potrzeb zdrowotnych bardziej się komplikuje. Czy na przykład zachowania higieniczne mają być pojmowane jako jeden z przejawów zaspokajania potrzeb zdrowotnych? Na wiele pytań tego typu brak w literaturze socjomedycznej odpowiedzi.

Uświadamiając sobie tego rodzaju trudności chcę pokazać, że założenia i definicje przyjęte przez nas do opracowania dotyczącego potrzeb zdrowotnych z konieczności będą pewne sprawy upraszczać, czasem też zwracać się będą ku potocznym rozumieniom używanych sformułowań.

Wracając do określenia, co w niniejszym opracowaniu uważać się będzie za potrzeby zdrowotne, chciałabym wrócić do rozróżnienia poprzednio już zaprezentowanego, a mianowicie do potrzeb subiektywnych i obiektywnych. Podział ten orientacyjnie pokrywa się z podziałem na „needs” i „demands” stosowanym w amerykańskiej literaturze socjomedycznej<sup>1</sup>.

Potrzeby obiektywne są przedmiotem zainteresowania głównie lekarzy, subiektywne — także socjologów i polityków społecznych. O potrzebach zdrowotnych obiektywnych mogą się wypowiedzieć lekarze czy inni eksperci medyczni w oparciu o badania diagnostyczne stanu zdrowia jednostek. O potrzebach subiektywnych wypowiadają się sami badani. Jednym z możliwych podejść socjologa do tej problematyki może być badanie stanu świadomości pacjentów o ich potrzebach zdrowotnych. Jest sprawą oczywistą, że potrzeby subiektywne i obiektywne nie muszą się ze sobą pokrywać. Co więcej, można powiedzieć, że w przypadku potrzeb zdrowotnych bardzo często nie pokrywają się one ze sobą. W przypadku wielu schorzeń mamy np. do czynienia z „okresem wylegania się” choroby, z niewykrystalizowanymi symptomami, których pacjent nie dostrzega jeszcze (a więc nie odczuwa w związku z tym żadnej potrzeby), a które za pomocą testów medycznych może wykryć lekarz.

---

<sup>1</sup> K. E. Boulding, *The Concept of Need for Health Services*, Milbank Memorial Found Quarterly, October 1966.

Jeżeli potrzebę zdrowotną rozumieć szeroko — trudno o wyczerpującą i adekwatną jej definicję. Jeżeli określimy tę potrzebę jako dyspozycję do określonego zachowania medycznego — zakres tak ujętych potrzeb ograniczy się do tych, które są lub mogą być realizowane. Jeżeli scharakteryzujemy je jako pewien stan świadomości jednostki („poczucie braku czegoś”) — ograniczymy się wyłącznie do potrzeb subiektywnych.

Poniższy schemat przedstawia przykłady na ten temat:

#### Rodzaje potrzeb zdrowotnych

	Uświadomione	Nieświadomione
Realizowane	I osoba chora na zapalenie płuc	III osoba chora na chorobę psychiczną (psychozę)
Nierealizowane	II osoba z niewielką krótkowzrocznością	IV osoba z wczesnym stadium choroby nowotworowej

Potrzeba zdrowotna każdej z chorych jednostek uwidocznionych w podanych w schemacie przykładach jest inna. Różne są też dla tych jednostek konsekwencje tych potrzeb.

W sytuacji I osoba chora na zapalenie płuc uświadamia sobie swój stan chorobowy, symptomy są wystarczająco wyraźne i na tyle groźne (wysoka temperatura), że chory poszukuje kontaktu z medycyną (lekiem, lekarzem, terapią) i realizuje swoją potrzebę zdrowotną.

W sytuacji II badany może zdawać sobie sprawę ze swojej krótkowzroczności, uważając jednak to upośledzenie za niewielkie i niegroźne — nie koryguje go (nie nosi okularów).

W sytuacji III chory nie jest świadom swojej choroby (polega ona m. in. na zaburzeniu świadomości) — mimo tego jednak terapia może być prowadzona i tym samym zaspokajana jego „obiektywna” potrzeba zdrowotna. Wprawdzie chory nie zdaje sobie sprawy ze swojego stanu, ale symptomy są widoczne dla otoczenia, lekarzy itp.

W sytuacji IV symptomy chorobowe mogą nie być widoczne dla chorego ani dla jego otoczenia — często także niewidoczne dla lekarzy — i tym samym obiektywnie istniejąca potrzeba nie może być realizowana.

Jak widać z powyższego schematu, możliwości interpretacji potrzeb zdrowotnych mogą być bardzo szerokie, choć schemat ten pokazuje tylko dwa wymiary możliwej analizy tego zagadnienia i nie wyczerpuje wszystkich możliwych podejść.

Oba z wyżej przedstawionych możliwych podziałów potrzeb zdrowotnych są istotne z punktu widzenia tego opracowania. Różnice między potrzebami subiektywnymi i obiektywnymi wpłynęły na podjęcie w ramach tematu „Potrzeby w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego” dwóch równoległych opracowań: „Opracowanie syntetyzujące wiedzę o stanie zdrowia społeczeństwa polskiego” — na podstawie publikowanych wyników badań lekarskich — oraz „Opracowanie syntetyzujące wyniki badań nad potrzebami w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego”.

Pierwsze z nich traktować będzie o potrzebach zdrowotnych obiektywnych — drugie, niniejsze, o potrzebach subiektywnych.

Drugi z zaprezentowanych podziałów (potrzeby realizowane — nierealizowane) jest ważny ze względu na to, że wiele badań w pewnym sensie utożsamia potrzeby zdrowotne z korzystaniem ze służby zdrowia (a więc z potrzebami realizowanymi).

Często w wielu pracach spotyka się pomieszanie tych zagadnień; badania czy publikacje opiewające w tytule „potrzeby zdrowotne” w gruncie rzeczy dotyczą wyłącznie „potrzeb” pod adresem funkcjonowania placówek medycznych.

W wielu badaniach stwierdza się, że wzrasta zapotrzebowanie na „służbę zdrowia”, że rozwija się z roku na rok cały skomplikowany system ochrony zdrowia. Wielkość tych zmian w korzystaniu utożsamia się ze zmianami dotyczącymi zapotrzebowania (z popytem), choć związek między obydwojma zjawiskami nie zawsze musi być bliski <sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> Por. *A Behavioral Model of Families Use of Health Services*, Center for Health Administration Studies, The University of Chicago.

Przeoglądając badania nad tak rozumianymi potrzebami mamy często do czynienia w zasadzie z warunkami, w jakich następuje czy powinno nastąpić zaspokojenie potrzeby zdrowotnej, a nie samą potrzebą.

Badając sposoby korzystania ze służby zdrowia osiągamy oczywiście także pewne informacje o potrzebach zdrowotnych, nie zawsze jednak wiemy, o jakich i w jakim stopniu. Możliwości interpretacyjnych jest bowiem wiele. Przy takim rozumieniu potrzeb, utożsamiających je z korzystaniem z usług służby zdrowia (najczęściej występujących w dotychczas prowadzonych badaniach), mamy do czynienia z pewnymi ograniczeniami.

Inne ograniczenia, które należy tu sobie uświadomić, wiążą się z pewnym „statycznym” traktowaniem potrzeb, które są w gruncie rzeczy zjawiskiem dynamicznym, stale ulegającym przemianom i rozwijającym się. Potrzeby zdrowotne jednostki mogą ulec zdecydowanej zmianie w ciągu stosunkowo krótkiego okresu zarówno obiektywne, jak i subiektywnie postrzegane. Mogą się zmieniać na skutek zmian stanu zdrowia jednostek, a także wraz z całym szerokim procesem rozwoju medycyny i jej coraz bardziej wyspecjalizowanych instytucji. Wydaje się bowiem, że z jednej strony systemy ochrony zdrowia kształtowane są przez odpowiednie żądania i potrzeby społeczne, z drugiej jednak strony istniejący system ochrony zdrowia, rozwój medycyny wywierają istotny wpływ na postępowanie jednostek czy grup społecznych, tworząc i modyfikując odpowiednio ich potrzeby i zachowania medyczne. Nowe wynalazki, odkrycia w dziedzinie medycyny stwarzają nową „nadzieję” dla chorych, pobudzając tym samym nowe potrzeby. Badania próbujące uchwycić te zjawiska dynamicznie nie były jednak prowadzone.

Uświadamiając sobie wszystkie powyższe ograniczenia przejdźmy do ustaleń przyjętych w tym opracowaniu:

1. Przedmiotem opracowania będą badania na temat potrzeb zdrowotnych subiektywnych.

2. Przedmiotem opracowania będą nie tylko szeroko rozumiane potrzeby i ich rozpowszechnienie, lecz także warunki, w jakich są one zaspokajane, sposób ich zaspokajania (odpowiednie zachowania).

wania medyczne), przyczyny niezaspokajania, a także związane z tym oceny instytucji medycznych i postulaty pod ich adresem, a więc będziemy się starali dotrzeć zarówno do potrzeb realizowanych (korzystanie), jak i nierealizowanych.

3. Mówić będziemy głównie o potrzebach zdrowotnych jednostek, (dysponujemy wyłącznie tego typu materiałami), a nie grup czy jakichś większych zbiorowości.

4. Przedmiotem opracowania będą zarówno badania prowadzone przez socjologów, jak i przez lekarzy — o ile dotyczyły subiektywnych potrzeb zdrowotnych lub problemów wyszczególnionych w punkcie 2.



## CZEŚĆ II. CHARAKTERYSTYKA PRZEPROWADZONYCH BADAŃ

Poszukując empirycznych badań poświęconych problematyce potrzeb zdrowotnych zarówno wśród prac socjologicznych, jak i medycznych nie znajduje się w zasadzie badań poświęconych w całości temu tematowi. Większość z nich odnosi się do korzystania ze służby zdrowia, a problematyka potrzeb sensu stricto jest w nich sprowadzona zaledwie do kilku pytań. Oczywiście na podstawie tych badań można także wnioskować o istniejących potrzebach zdrowotnych społeczeństwa, aczkolwiek, jak to zostanie dalej wykazane, obraz uzyskany w ten sposób będzie niepełny.

Badania potrzeb zdrowotnych realizowane dotychczas mają także ten mankament, iż ograniczają się wyłącznie do studiowania tradycyjnych relacji pacjentów ze służbą zdrowia. W żadnym badaniu<sup>1</sup> nie starano się w zasadzie uchwycić zapotrzebowania na „ekspresyjną” funkcję lekarza, choć wypełnianie jej często wiąże się z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych pacjentów. Poza tym dotyczą one głównie potrzeb w sferze leczenia chorób, rzadziej rehabilitacji, prawie w ogóle nie zahaczając o profilaktykę.

W Instytucie Filozofii i Socjologii PAN w ramach tematu „Potrzeby społeczeństwa polskiego w zakresie ochrony zdrowia i opieki społecznej” A. Titkow podjęła badanie na temat: „Zróżnicowanie społeczne zachowań medycznych mieszkańców Warszawy”, przeprowadzone na reprezentacyjnej próbie ludności Warszawy. Badanie to w sposób najpełniejszy naświetli problem potrzeb zdrowotnych. W okresie realizowania niniejszej syntezy

---

<sup>1</sup> Problemy te podjęte zostały w omawianym w niniejszej pracy badaniu „Zawód lekarza w opinii publicznej”, OBOP, 1968.

było ono przedmiotem opracowania autorki; dane uzyskane w tym badaniu nie weszły jeszcze do prezentowanego tu opracowania.

Główne typy badań, które można wyodrębnić spośród wszystkich zebranych do opracowania syntetycznego, to: 1. badania prowadzone przez socjologów (instytucje socjologiczne) oraz 2. badania przeprowadzone przez lekarzy czy instytucje medyczne. Różnią się one w sposób dość zasadniczy i z tego względu omówione będą osobno.

#### BADANIA NAD POTRZEBAMI ZDROWOTNYMI PRZEPROWADZONE PRZEZ SOCJOLOGÓW

W grupie tych badań na plan pierwszy wysuwają się badania prowadzone przez Ośrodek Badania Opinii Publicznej przy PRiTV. Są to duże badania reprezentacyjne zarówno ogólnopolskie, jak i badania dużych miast (np. Warszawy).

Oprócz znacznych liczebnie przebadanych populacji badania te odznaczają się bogatą charakterystyką społeczno-demograficzną badanych osób. Jako przykład takich badań można podać trzy następujące: „Opinie mieszkańców Warszawy na temat funkcjonowania opieki lekarskiej” (Z. Sufin, 1961), „Jak chciałbym się leczyć” — autor ankiety T. Izydorkiewicz, autorzy opracowania J. Bejnarowicz, A. Ostrowska, 1968, oraz badanie A. Pawełczyńskiej „Niektóre problemy higieny i opieki zdrowotnej wsi”, 1964.

Większość badań realizowanych przez socjologów odnosi się do potrzeb w zakresie lecznictwa. Do wyjątków należy badanie J. Bejnarowicza „Funkcjonowanie poradni stomatologicznych lecznictwa rejonowego m. st. Warszawy”, 1969, które podejmuje także problematykę potrzeb w zakresie profilaktyki. Niewiele jest także badań w zakresie rehabilitacji, a te, które są (np. J. Bejnarowicz, A. Ostrowska, M. Sokołowska „Badania pacjentów po przebytych zawale serca”, 1968, czy E. Gorczycka „Społeczne problemy paraplegików”), nie są badaniami reprezentacyjnymi<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Oba cytowane badania ograniczają się do byłych pacjentów jednego zakładu leczniczego (STOCER w Konstancinie), nie mają więc odniesienia do populacji generalnej.

Badania omawianego typu, mimo iż nie były bezpośrednio nakierowane na badanie potrzeb, są najbliższe socjologicznemu conceptowi badania potrzeb zdrowotnych. Badaniami objęte są przede wszystkim osoby dobrane losowo, zarówno więc korzystające z różnych form opieki zdrowotnej, jak i nie korzystające, posiadające określone potrzeby zdrowotne (mniej lub bardziej uświadomione), które realizują w różnym stopniu. W kwestionariuszach użytych do tych badań, obok pytań odniesionych bezpośrednio do korzystania ze służby zdrowia i związanych z tym ocen, można znaleźć także pytania odnoszące się bezpośrednio do subiektywnie odczuwanych potrzeb zdrowotnych badanej jednostki — jej stanu zdrowia i samopoczucia, pożądaných jej zdaniem terapii i konsultacji lekarskich, leków itp.

Wśród badań nad potrzebami zdrowotnymi prowadzonymi przez socjologów dominują zdecydowanie badania leczenia otwartego. Tylko dwa większe poświęcone były leczeniu szpitalnemu<sup>3</sup>.

#### BADANIA NAD POTRZEBAMI ZDROWOTNYMI PRZEPROWADZONE PRZEZ LEKARZY

Badania tej grupy charakteryzuje niejednolita charakterystyka demograficzno-społeczna badanych osób. Czasem danych na ten temat nie ma w ogóle, czasem uwzględniają niektóre podstawowe zmienne demograficzne oraz elementy struktury zawodowej badanych<sup>4</sup>. Inne wymiary strukturalne poza zawodem nie są na ogół brane pod uwagę. Nie są także z zasady uwzględniane żadne zmienne charakteryzujące typ miejsca zamieszkania badanych. Badania tej grupy różnią się ponadto od poprzednio omówionych liczebnością i doбором badanych populacji. Są one z reguły mniejsze, bardzo rzadko reprezentacyjne. Przeważnie dotyczą pa-

<sup>3</sup> J. Ejsmond, *Szpitala warszawskie w świadomości pacjentów*, [w:] „*Badania socjologiczne w medycynie*”, Warszawa 1969; H. Csorba, „*Szpital — pacjent. System społeczny kliniki internistycznej*”. Wrocław 1966.

<sup>4</sup> Sprowadza się to głównie do wprowadzenia podziału na pracowników fizycznych i umysłowych.



cyjntów jednej przychodni czy jednego obwodu leczniczego. Do wyjątków w tej grupie należy badanie nad neurotycznością Z. Bizonia (1966/67) na reprezentacyjnej próbie 1000 mieszkańców Warszawy i cykl badań zrealizowanych w 1969 r. przez Zakład Higieny AM i Miejską Pracownię Urbanistyczną nad kulturą zdrowotną mieszkańców Gdańska (próba 16 470 osób).

Głównym źródłem wiedzy o tych badaniach są publikacje zamieszczane w l. 1960—1972 w pismach medycznych.

Jeśli chodzi o podejmowane problemy, są one w tych badaniach bardzo różnorodne. Czasem są to opinie pacjentów o zakładzie, w którym się leczą, opinie o przebytych leczeniu, o stanie sanitarnym i zdrowotnym itp. Przeważnie mamy tu do czynienia z wynikami obserwacji prowadzonej przez lekarzy, krótkim badaniem ankietowym pacjentów, analizami kart chorobowych, danych statystycznych. Badania te w przeważającej większości informują nas o potrzebach obiektywnych badanych osób niż subiektywnych. Dla przykładu: jeżeli przeprowadzono badanie na temat wiedzy o gruźlicy (źródło zakażenia, metody leczenia) i w oparciu o uzyskane wyniki autor podaje, że tylko około 50% badanych osób wiedzę tę posiada w dostatecznym stopniu, możemy wnioskować o istnieniu obiektywnej potrzeby zwiększenia oświaty zdrowotnej — nie wiemy jednak nic, czy sami badani subiektywnie taką potrzebę postrzegają.

Jednym z nielicznych badań zestawiającym potrzeby obiektywne (mierzone badaniem lekarskim) z subiektywnymi odczuciami badanych jest badanie przeprowadzane w 1969 r. przez Instytut Medycyny Wsi i Higieny Pracy w Lublinie nad mieszkańcami wybranej wsi województwa lubelskiego, gdzie w ciągu roku porównywano dane z badań lekarskich ludności z wynikami badań nad korzystaniem ze służby zdrowia.

Podobnie jak w przypadku grupy badań prowadzonych przez socjologów dominują problemy lecznictwa otwartego. Z badań nad lecznictwem zamkniętym warto odnotować konkurs przeprowadzony w 1968 r. przez Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa na

pamiętniki pacjentów szpitali<sup>5</sup>. Uzyskane tą drogą materiały, jak się można zorientować z dotychczasowych publikacji, są jednak dość wrywkowe i nie dostarczają jakiegoś całościowego obrazu na temat potrzeb zdrowotnych pacjentów szpitali.

Badania realizowane przez lekarzy czy instytucje medyczne stanowią większość wszystkich badań związanych z problematyką potrzeb zdrowotnych, ich wartość jednak dla celów niniejszego opracowania jest ograniczona. Są to prawie zawsze badania na małych, bliżej nie określonych populacjach, studia typu „case study” o niewyraźnie zdefiniowanej problematyce badawczej i celu badań, tak że możliwość uogólnienia wyników tych badań jest minimalna. Ponadto w przeważającej liczbie badań mamy do czynienia raczej z potrzebami obiektywnymi, a — jak pamiętamy — przedmiotem tego opracowania są głównie potrzeby subiektywne. Dlatego też podstawą prezentowanego opracowania będą przede wszystkim badania omówione na początku, prowadzone przez socjologów, a badania prowadzone przez lekarzy zostaną głównie wykorzystane jako materiał ilustrujący czy uzupełniający wyniki dużych, reprezentacyjnych badań.

---

<sup>5</sup> Konkurs ogłoszony w 1968 r. przez Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa i Katedrę Organizacji Ochrony Zdrowia Studium Doskonalenia Lekarzy. Na konkurs wpłynęło 580 pamiętników pochodzących od chorych z doświadczeniami z różnych dziedzin medycyny.

### CZEŚĆ III. OCENY WŁASNEGO STANU ZDROWIA DOKONANE PRZEZ BADANYCH

#### MATERIAŁY

W części tej zostaną wykorzystane i zaprezentowane fragmenty tych badań, w których proszono badanych o autoocenę stanu zdrowia. Informacje na ten temat znajdujemy głównie w badaniach prowadzonych przez socjologów, poświęconych korzystaniu z opieki zdrowotnej. Ocenę stanu zdrowia dokonaną przez samych badanych traktuje się tu jako jedną ze zmiennych niezależnych korzystania z pomocy służby zdrowia. Należy się tu jednak zastrzec, że dostarczają one informacji bardzo orientacyjnych; oceny dokonywane są przeważnie w oparciu o prostą pięciopunktową skalę (stan zdrowia bardzo dobry, dobry, średni, zły, bardzo zły). Tylko w jednym badaniu<sup>1</sup> autooceny badanych próbowano weryfikować za pomocą orzeczeń lekarskich.

W niektórych badaniach oprócz oceny stanu zdrowia proszono badanych o podanie dolegliwości, na jakie ich zdaniem cierpią, czy dolegliwości, z powodu których się leczyli. Dane na ten temat zostaną także przedstawione w tej części pracy.

Na wstępie dane z badania „Opinie mieszkańców miast o leczeniu w otwartym” (autor kwestionariusza T. Izydorkiewicz, autorzy opracowania: A. Ostrowska, J. Bejnarowicz, OBOP, 1967, próba reprezentacyjna, ogólnopolska — 2000 mieszkańców miast).

W badaniu tym za wskaźnik oceny stanu zdrowia uznano czę-

---

<sup>1</sup> B. Skrętowicz, A. Rotter, *Zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną ludności wybranej wsi w powiecie Puław w świetle badań*, „Medycyna Wiejska”, 1972, nr 3.

stość zachorowań. Informacji w tym zakresie dostarczyło pytanie: „Czy ogólnie biorąc często Pan(i) choruje?” Uzyskane w odpowiedzi na to pytanie rozkłady pytań przedstawia tabela 1.

Tabela 1. Odpowiedzi na pytania o stanie zdrowia pacjenta

N = 1710	
Ocena stanu zdrowia	%
Choruję na ogół rzadko lub wcale	63,7
Choruję na ogół często, ale nie przewlekłe	19,0
Jestem chory przewlekłe	16,6
Brak danych	0,7
Razem	100,0

Mówiąc o stanie zdrowia badani mówili także o chorobach przebytych w ciągu ostatniego roku. Rodzaje schorzeń, z którymi pacjenci zgłaszali się do poradni przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Rodzaje schorzeń, z jakimi pacjenci zgłaszali się do przychodni w ciągu ostatniego roku

N = 1710	
Rodzaje schorzeń	%
Choroby dróg oddechowych (anginy, grypy, przeziębienia)	33,6
Choroby serca i nerwów	17,0
Choroby przewodu pokarmowego (choroby żołądka, wątroby)	16,9
Choroby reumatyczne, gośćcowe	10,9
Choroby kobiece	6,4
Choroby „chirurgiczne” (złamania, zwichnięcia, ropniaki, czyraki)	4,6
Choroby nerek	3,4
Choroby „laryngologiczne” (uszu, gardła)	3,2
Choroby „okulistyczne”	1,8
Inne dolegliwości	13,0

W tabeli 1 za osoby zdecydowanie chore we własnej opinii należy uznać te, które zadeklarowały, że są chore przewlekle. Takich osób jest 16,6%. Nie wiemy, niestety, jakie choroby i dolegliwości mieli badani na myśli, mówiąc o chorobach przewlekłych. W potocznym rozumieniu choroba przewlekła może oznaczać po prostu tyle, co długotrwała; trudno więc bliżej powiedzieć, jakie dolegliwości i ograniczenia w funkcjonowaniu mogły się z tym wiązać.

Zaobserwowano wyraźną zależność między oceną stanu zdrowia a wiekiem badanych. Im starsi byli badani respondenci, tym częściej stwierdzali, że są chorzy przewlekle. (Odsetek chorych przewlekle w najmłodszej grupie wieku 18—24 lat wynosił 4,6, w najstarszej — 60 lat i więcej — 36,4%.) Zależność ta jest zupełnie oczywista. Potwierdza fakt, że ludzie starsi częściej i poważniej chorują, co znajduje odzwierciedlenie w ich ocenach.

Inna zaobserwowana w badaniu zależność wiąże oceny stanu zdrowia z aktywnością zawodową badanych. Osoby pracujące zawodowo oceniają lepiej stan swego zdrowia niż osoby nie pracujące. (72,3% aktywnych zawodowo stwierdziło, że chorują rzadko lub wcale — 11,6% określiło się jako chorzy przewlekle. W grupie osób nie pracujących choruje rzadko lub wcale 51,2%, przewlekle 23,7%.) Zależność tę można wiązać z wiekiem badanych. Wśród osób nie pracujących odsetek starszych jest wyższy niż wśród pracujących; ponadto wykonywanie pracy zawodowej zakłada posiadanie pewnej sprawności związanej z określonym stanem zdrowia. Osoby nie posiadające tej sprawności w zasadzie pracy zawodowej nie podejmują.

W badaniu stwierdzono także, że mężczyźni mają tendencję do lepszego oceniania swego stanu zdrowia niż kobiety. Przy podobnym odsetku chorych przewlekle kobiety w wyższym odsetku (23,3% do 14,1%) stwierdzają u siebie zapadalność na krótkie, nieprzewlekle choroby.

Tabela 2 informuje nas, że dominująca ilość schorzeń przypada na rozmaite nieżyty dróg oddechowych. Ten typ dolegliwości koresponduje głównie — jak się wydaje — z ocenami stanu zdrowia: „choruję na ogół często, ale nie przewlekle, lub: choruję



rzadko". To samo dotyczy chorób z zakresu „małych, klinicznych” — choroby „laryngologiczne”, „okulistyczne” itp. Schorzenia typu: „choroby reumatyczne”, „choroby nerek”, „serca i nerwów” w częstszych przypadkach dotyczą chorób przewlekłych. Są to jednak wyłącznie „domniemania”, ponieważ w badaniu nie próbowano uchwycić zależności między oceną stanu zdrowia a rodzajem zadeklarowanych schorzeń<sup>2</sup>.

Pewne informacje o stanie zdrowia pacjentów próbuje zobrazować badanie Z. Bizonia „Epidemiologia nerwic w mieście stołecznym Warszawie” (1964, 1000-osobowa reprezentacyjna próba mieszkańców miasta, w wieku produkcyjnym). Oprócz ogólnej oceny stanu zdrowia autor badania pytał respondentów o odczuwane dolegliwości, przebyte choroby, zażywane leki (dane na ten temat zamieszczone są w części, która porusza tematy dotyczące korzystania ze służby zdrowia).

Przyjrzyjmy się niektórym danym tego badania. Ogólna ocena stanu zdrowia badanych przedstawia się następująco:

Tabela 3. Autoocena stanu zdrowia

N = 921

Stan zdrowia	Liczba odpowiedzi	%
Zły	96	10,4
Niezbyt dobry	173	18,8
Średni	300	32,7
Dość dobry	244	26,5
B. dobry	104	11,3
Brak danych	4	0,3
Razem	921	100,0

Badanych zapytano także o ilość zachorowań w ciągu ostatniego roku. Liczności przedstawiają się następująco: Nie chorowało w ciągu ostatniego roku 617 osób (67,0%); raz chorowało 17,6% badanych osób, dwukrotnie — 6,1%; częściej 6,3%

<sup>2</sup> Klasyfikacja schorzeń zawarta w tabeli 4 jest nieprecyzyjna i budzi liczne wątpliwości. Czy np. ropniak gardła jest chorobą „laryngologiczną” czy „chirurgiczną”?

badanych. Nieliczny odsetek respondentów (1,4%) stwierdziło, że praktycznie chorowali przez cały rok.

Charakterystyczny jest odsetek osób, które nie chorowały w ciągu ostatniego roku — jest on zbliżony do odsetka osób, które w reprezentacyjnym badaniu OBOP (omawiane uprzednio) stwierdziły, że nie chorują wcale lub prawie wcale.

W momencie realizacji badania 621 osób stwierdziło, że aktualnie im „coś dolega”. Spośród nich 113 (18%) nie podjęło w związku z tym żadnego leczenia.

W odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się, aby przy okazji jakiegoś badania lekarskiego rozpoznano u Pana nerwicę — 350 osób (38%) odpowiedziało pozytywnie. Wśród tych badanych jest znacznie niższy odsetek osób, które w związku z rozpoznaną nerwicą podjęły leczenie, niż w przypadku rozpoznania chorób somatycznych (82%).

W Gdańsku w 1969 r. przeprowadzono badanie poświęcone ocenie stanu zdrowia ludności m. Gdańska (Badania Zakładu Higieny AM w Gdańsku i Miejskiej Pracowni Urbanistycznej. Autorkami badania były G. Stachowska i K. Zalewska-Ciechanowska. Badanie przeprowadzono na losowo dobranej próbie mieszkańców Gdańska. Za dzieci do lat 14 odpowiedzi udzielali rodzice. Przebadano 16 470 osób z 4230 gospodarstw domowych). Przy badaniu ludności proszono o subiektywną ocenę stanu zdrowia, zebrano także informacje na temat częstości występowania poszczególnych schorzeń i dolegliwości wśród pacjentów (według ich opinii).

Spośród przebadanych 16 470 osób 11 233 (67,9%) określiło się jako zdrowi, 3360 (20,6%) jako chorzy na jedną chorobę, 1877 (11,5%) jako chorzy na dwie choroby lub więcej.

W badaniu gdańskim zebrano także dane na temat występowania (dane subiektywne) wśród badanej populacji chorób przewlekłych. Ilustruje je tabela 4.

Jak widać z tabeli 4, na pierwsze miejsce wysuwają się choroby reumatyczne i gośćcowe. Odsetek osób uskarżających się na stałe dolegliwości reumatyczne jest wysoki (14,5%); mówi o nich przeciętnie co siódmy mieszkaniec Gdańska. Należy przypuszczać jednak, że odsetek dolegliwości reumatycznych stwierdzonych badaniem lekarskim byłby niższy; „reumatyzm” jest określeniem

Tabela 4. Występowanie chorób przewlekłych wśród mieszkańców Gdańska

N=16 470		
Rodzaje chorób	N	%
Gruźlica płuc	274	1,8
Choroby psychiczne	153	0,6
Choroby układu krążenia	1833	10,9
Choroby układu pokarmowego	1210	7,3
Choroby kobiece	297	1,8
Choroby reumatyczne	2401	14,5
Inne	1661	10,3

popularnym w języku potocznym, często mianem tym określa się wszelkie dolegliwości bólowe zarówno tkanki kostnej, mięśniowej, jak i nerwobóle. Z drugiej strony jednak wysoki odsetek chorób reumatycznych może się wiązać ze specyfiką klimatyczną badanego regionu.

Uderzająco wysoki jest także odsetek osób uskarżających się na choroby układu krążenia, zważywszy, że badaniem objęto także dzieci i młodzież.

W roku 1968 Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie (H. Rafalski, R. Dziadosz, M. Mackiewicz, A. Ratter, B. Skrętowicz, A. Wiśniewska) podjął roczne, panelowe badania nad potrzebami zdrowotnymi ludności wsi Karmanowice (pow. puławski), liczącej 546 osób. W badaniu tym w ciągu roku (w odstępach czterotygodniowych) zestawiano m. in. dane dotyczące zachorowalności subiektywnej z wynikami badań lekarskich.

W ciągu roku objętego obserwacją 122 mieszkańców wsi nie odczuwało dolegliwości. Pozostałe osoby (424) zgłosiły ankieterom w czasie wywiadów 2 848 stanów chorobowych. Według obliczeń autorów badania średnio na osobę przypadło 5,2 stanów chorobowych w ciągu roku<sup>3</sup>. Wskaźnik ten wzrasta z wiekiem, osiągając najwyższą wartość w grupie wieku 60 lat i więcej. Na ogół wyższe wartości osiągał on w grupie kobiet. Ogólny wskaźnik

<sup>3</sup> Wskaźnik ten może być traktowany jako informacja bardzo orientacyjna; nie znamy, niestety, wartości odchylenia standardowego od podanej średniej.

stanów chorobowych był też wyższy blisko 1,6 raza wśród osób nie objętych ubezpieczeniem społecznym — w stosunku do ubezpieczonych.

Porównanie wskaźników chorobowości ogólnej uzyskanych na podstawie przeglądowych badań lekarskich z wynikami badań ankietowych wskazują na dużą zbieżność obu rozpatrywanych wartości. Obiektywnym badaniem lekarskim stwierdzono 2 628 stanów chorobowych na 1000 osób, ogólny natomiast wskaźnik chorobowości subiektywnej wynosi 2641/1000. Różnice wystąpiły dopiero we wskaźnikach chorobowości szczegółowej.

Spostrzeżone różnice w kolejności występowania chorób — zdaniem autorów — wynikają z faktu, że ludność zwróciła w pierwszym rzędzie uwagę na te stany chorobowe, które charakteryzu-

Tabela 5. Chorobowość subiektywna i stwierdzona badaniem lekarskim (wskaźniki na 1000 osób)

Nr międzynarodowej klasyfikacji chorób	Grupy chorobowe	Badanie lekarskie	Chorobowość subiektywna
001-138	zakaźne i pasożytnicze	143,6	424,9
140-238	nowotwory	16,6	3,7
240-289	alergiczne, układu wydzielenia wewnętrznego i przemiany materii	302,0	31,1
290-299	krwi i narządów krwiotwórczych	232,0	18,3
300-326	psychiczne, psychonerwice, zaburzenia osobowości	263,3	34,8
330-398	układu nerwowego, narządów zmysłów	364,6	115,4
400-468	układu krążenia	344,4	252,8
470-527	układu oddechowego	206,2	494,5
530-587	układu trawiennego	195,2	397,4
590-637	układu moczowo-płciowego	88,4	108,1
690-716	skóry i tkanki łącznej	33,1	95,2
720-749	kości i narządów ruchu	353,6	337,0
750-795	urazy, wypadki i zatrucia	1,8	128,2
640-689			
800-999	różne objawy i stany niedokładnie określone	82,9	199,6
Razem		2626,7	2641,0

Badanie lekarskie	Ocena subiektywna (badanie ankietowe)
1. Choroby układu nerwowego i narządów zmysłów	1. Choroby układu oddechowego
2. Choroby kości i narządów	2. Choroby zakaźne i pasożytnicze
3. Choroby układu krążenia	3. Choroby układu trawienego

ją się wyraźnymi symptomami i które od dawna przywykła leczyć (schorzenia górnych dróg oddechowych, przewodu pokarmowego, gościec stawowy). Lekarze zaś badaniami fizykalnymi i laboratoryjnymi ujawnili choroby uchodzące na ogół uwagi przeciętnego obserwatora (układu nerwowego, krążenia, alergiczne).

Bardziej szczegółowe dane na ten temat prezentuje tabela 5.

Dalsze prezentowane dane na temat autooceny stanu zdrowia przynosi badanie H. Stasiaka „Sprawy ludzi w wieku emerytalnym” OBOP, 1961.

Badanie dotyczyło zagadnień praktycznych przy przechodze-

Tabela 6. Autoocena stanu zdrowia wśród rencistów i osób pracujących zawodowo

N = 1000+1000

Stan zdrowia (dane w %)	Aktywność zawodowa renciści ogółem	Płeć		Grupa społ.-zawodowa		
		mężczyźni	kobiety	pracownicy umysłowi	robotnicy	
					wykw.	niewyk.
Dobry	8,3	8,8	7,3	11,9	7,2	4,8
Zadowolający	34,5	35,4	32,6	39,7	32,7	30,7
Niezadowolający	38,4	37,0	41,4	31,5	39,4	46,5
Zły	18,8	18,6	18,7	16,9	20,7	18,0

  

Stan zdrowia	pracujący ogółem	mężczyźni	kobiety	pracownicy umysłowi	robotnicy	
					wykw.	niewyk.
Dobry	16,0	17,3	13,1	18,0	13,4	16,4
Zadowolający	41,2	44,9	33,5	43,5	43,3	35,3
Niezadowolający	33,8	30,4	41,0	31,0	33,1	39,1
Zły	9,0	7,4	12,4	7,5	10,2	9,2

niu na emeryturę. W lutym 1960 r. zbadano 1000 osób pracujących aktualnie oraz 1000 rencistów.

Ogółem renciści oceniają swój stan zdrowia gorzej od pracujących, co jest oczywiste z uwagi na wiek. W obu grupach — rencistów i pracujących — robotnicy oceniają swój stan zdrowia nieco gorzej od pracowników umysłowych.

Przy podziale na płeć i grupę wieku mężczyźni oceniają swój stan zdrowia podobnie bez względu na wiek, kobiety młode natomiast częściej oceniają pozytywniej swój stan zdrowia od kobiet starszych.

#### WNIOSKI

W części Materiały zostały przedstawione fragmenty pięciu badań empirycznych, poświęcone autoocenie stanu zdrowia, przebytem i aktualnie odczuwanym dolegliwościom. Pierwsze badanie było zrealizowane na próbie ogólnopolskiej, trzy badania na próbie reprezentacyjnej mieszkańców dużych miast (dwukrotnie Warszawa i Gdańsk), jedno z badań poświęcone było ludności wiejskiej. Poza badaniem wiejskim, gdzie autooceny badanych zestawiano z diagnozą lekarską, pozostałe oceny nie były weryfikowane w żaden sposób.

Pomimo że poszczególne badania były realizowane w różnym czasie (w latach 1964—1969) i na różnych populacjach, widać w nich pewne interesujące zbieżności. We wszystkich badaniach mieszkańców miast jest niemal ten sam odsetek osób deklarujących, że w zasadzie nie chorują lub nie chorowali w ciągu ostatniego roku (orientacyjnie  $\frac{2}{3}$  badanych populacji). Nie odwołując się zatem do żadnych testów czy danych medycznych można powiedzieć, że tyle osób uważa się za zdrowe czy też według socjologicznych definicji zdrowia<sup>4</sup> — tyle osób jest zdrowych. Można

<sup>4</sup> Definicje te biorą pod uwagę nie zmiany chorobowe, lecz społeczne funkcjonowanie jednostki. Swoim zachowaniem (poprzez normalne wypełnianie ról) rozstrzygają one (jednostki), czy przyjmują rolę chorego, czy nie.

więc uznać, że osoby te nie odczuwają żadnych potrzeb w zakresie leczenia chorób.

Kategorie czy skale ocen stosowane w poszczególnych badaniach nie są zbliżone na tyle, aby można było w podobnie syntetyczny sposób oszacować odsetek osób ciężko chorych czy przewlekłe chorych. Na podstawie bardzo szacunkowych wyliczeń osób takich jest około 12—15%. Osoby te, jak można przypuszczać, odczuwają potrzebę stałej i systematycznej opieki lekarskiej. Są to jednak tylko dane orientacyjne.

Jeśli chodzi o zapadalność na poszczególne choroby, pytanie na ten temat zadano w trzech badaniach. Kategoryzacje chorób użyte w nich są różne, tylko kilka pozycji powtarza się w nich w podobnym sformułowaniu.

We wszystkich badaniach wprowadzono kategorię chorób przewodu pokarmowego. Wysokości odsetków chorych na te choroby są istotnie różne we wszystkich badaniach. Najwyższy odsetek zanotowano w Karmanowicach (39,7%), następnie w ogólnopolskim badaniu mieszkańców miast (16,9%), a najniższy w badaniu gdańskim (7,3%). Znaczne są także różnice w występowaniu chorób układu krążenia między populacją gdańską a ludnością Karmanowic (10,9—25,3%). W badaniu ogólnopolskim kategorii takiej nie wprowadzono.

Zastanawiający jest tu także niezwykle wysoki odsetek chorobowości subiektywnej, stwierdzony w badaniu wiejskim. Jest on także znacznie wyższy w kategorii chorób układu oddechowego (49,5%) od analogicznej kategorii w badaniu ogólnopolskim (33,6%). We wszystkich trzech porównywanych grupach chorobowość subiektywna mieszkańców wsi osiąga najwyższe odsetki. Tłumaczenie tego faktu może być dwojakie: albo ludność badanej wsi jest rzeczywiście bardziej schorowana od innych badanych populacji i różnice w postrzeganych chorobach są odbiciem stanu faktycznego<sup>5</sup>, albo istnieją zdecydowane różnice

<sup>5</sup> Dla sprawdzenia tego potrzebne byłyby dane na temat chorobowości obiektywnej mieszkańców miast i różnic między oboma typami chorobowości w populacji miejskiej. Danymi takimi dysponujemy jednak wyłącznie w stosunku do mieszkańców wsi.

w koncepcji „choroby” na wsi i w mieście. Być może w pewnych wypadkach to, co na wsi klasyfikowane jest jako choroba, w mieście jest jeszcze akceptowane jako zjawisko nie odbiegające od przyjętych norm zdrowotnych (choć potoczne obserwacje wskazywałyby raczej na zjawisko odwrotne). Obie tezy wymagałyby jednak jeszcze sprawdzenia, jako że aktualnie posiadane dla celów tego opracowania dane nie wystarczają do potwierdzenia żadnej z nich.

Pozostałe kategorie użyte dla określenia stanów chorobowych w omawianych badaniach nie mogą być zestawione z uwagi na zbyt daleko idące różnice zakresów tych kategorii. Mogą więc być rozpatrywane tylko oddzielnie. Warto też przy tym pamiętać, że mówią one o tzw. chorobowości subiektywnej, a więc mówią o subiektywnie postrzeganych potrzebach pacjentów w zakresie leczenia posiadanych ich zdaniem schorzeń.

Tylko w jednym przypadku (badanie wiejskie wsi Karmanowice) zestawiono schorzenia podane przez pacjentów z diagnozą lekarską. Warto się chwilę zatrzymać nad tym zestawieniem. W większości przypadków chorobowość subiektywna przewyższa chorobowość stwierdzoną badaniem lekarskim. Do pozostałych należą przypadki tych chorób, które nie dają wyraźnych objawów lub tradycyjnie nie zawsze są postrzegane jako choroby (choroby psychiczne, układu nerwowego). Ta ostatnia obserwacja niesie za sobą postulat natury metodologicznej — aby przy badaniu chorobowości subiektywnej uwzględniać koncepcję czy określenie choroby aktualnie dla badanego środowiska i ustalenie zakresu tego pojęcia.



## CZEŚĆ IV. ZACHOWANIE BADANYCH PRZY ZAOBSERWOWANIU OBJAWÓW CHOROBY

### MATERIAŁY

Studiując zachowanie ludzi przy zaobserwowaniu przez nich objawów choroby obserwujemy niejako sytuacje związane z „narodzinami” potrzeby zdrowotnej. Interesuje nas tu, jakie objawy uważane są za niepokojące, a które z nich się lekceważy. W jakich sytuacjach podejmuje się próbę nawiązania kontaktu z lekarzem czy medycyną w ogóle (np. leki), jakie przypadki się bagatelizuje. Innymi słowy, kiedy odczuwana rodząca się potrzeba zdrowotna jest zaspokajana, a kiedy nie i co na to wpływa.

W badaniu przeprowadzonym w 1961 r. przez OBOP na 1000-osobowej próbie mieszkańców Warszawy<sup>1</sup> (autor opracowania A. Ostrowska) zapytano badanych, jak najczęściej postępują, gdy zaobserwują u siebie pierwsze objawy chorobowe i jeżeli przypuszczają, że nie są to objawy choroby niebezpiecznej?

Opowiedzi na to pytanie przedstawia tabela 7.

Jak wykazała analiza tego badania, postawy wobec zaobserwowanych objawów chorobowych zmieniają się wraz z wiekiem, są także różne wśród mężczyzn i kobiet.

Mężczyźni częściej niż kobiety zajmują postawę „lekceważącą” wobec domniemanych objawów choroby (34,6—21,4%), czekając, aż same ustąpią, i nie podejmując żadnych środków w celu zlikwidowania ich. Kobiety natomiast w takich przypadkach częściej stosują domowe środki leczenia.

---

<sup>1</sup> W badaniu tym nadreprezentowana była grupa pracowników umysłowych.

Tabela 7. Zachowania przy zaobserwowaniu objawów choroby

N = 865

Sposób zachowania	Liczba odpowiedzi	%
Specjalnie się nie przejmuję i czekam, aż same ustąpią	240	27,7
Stosuję znane mi domowe środki lecznicze	452	52,3
Radzę się u innych ludzi	32	3,7
Idę od razu do lekarza	197	22,8
Idę do lekarza w ostateczności	71	8,2

Jeżeli chodzi o różnice ze względu na wiek badanych, widać, że „lekceważenie” objawów choroby występuje rzadziej w miarę wzrastania wieku badanych (odpowiednio w 4 kategoriach wieku: 40,9; 29,6; 21,4; 18,8%). Zwiększa się natomiast wraz z wiekiem liczba osób, które w wypadku zaobserwowania u siebie objawów chorobowych idą natychmiast do lekarza. Wzrasta też odsetek osób stosujących domowe środki leczenia. Wszystko to wskazuje, że wraz z wiekiem ludzie stają się ostrożniejsi i bardziej wyczuleni na niebezpieczeństwa związane z chorobami. Należy też pamiętać, że osoby starsze częściej chorują — to skłania je także do częstszego poszukiwania kontaktu z lekarzem i powiększa zasób ich własnych doświadczeń związanych z leczeniem chorób.

„Lekceważenie” objawów choroby zauważono też częściej w grupie osób pracujących zawodowo — w stosunku do nie pracujących (31,0 : 19,8%). Widać także pewną zależność przy rozpatrywaniu zachowania badanych związanych z zaobserwowaniem u siebie objawów choroby a oceną stanu zdrowia. Szczególnie wyraźnie widać różnice w kategoriach: „lekceważenia objawów choroby” i „natychmiastowej wizyty u lekarza”.

W roku 1962 przeprowadzono w OBOP (J. Kowalczyk, H. Zalewska) badanie pt. „Opinie i postawy dotyczące chorób nowotworowych”. Badanie przeprowadzono na próbie 800 osób, miesz-

kańców Warszawy, dobraną metodą „quota sampling”<sup>2</sup>. Badanie zrealizowano w oparciu o kwestionariusz „Sprawy zdrowia i choroby”. W kwestionariuszu tym znalazło się także pytanie poświęcone zachowaniu przy zaobserwowaniu objawów choroby. Badanych pytano, w jakich przypadkach zwracają się zazwyczaj do lekarza.

Tabela 8. Wybrane reakcje na zaobserwowane objawy choroby a ocena stanu zdrowia (dane w %)

N = 875

Reakcje	Ocena stanu zdrowia				
	bardzo dobry	dobry	średni	zły	bardzo zły
Specjalnie się nie przejmuję i czekam, aż objawy same ustąpią	51,2	35,1	23,5	8,6	4,5
Idę od razu do lekarza	12,8	19,8	22,4	20,8	59,0

Tabela 9. Sytuacje, w których badani zwracają się do lekarza

N = 800

Powód wizyty u lekarza	N	%
Gdy mi dokucza ból	223	31,1
Gdy mam gorączkę	234	32,7
Gdy mam męczący kaszel	52	7,4
Gdy zauważę coś podejrzanego w moim stanie zdrowia	183	25,6
Gdy choroba, która wydawała się lekka, zaczyna się przedłużać	132	18,4
Idę do lekarza w ostateczności, gdy choroba bardzo mi dokucza	215	30,0
Brak danych	11	1,5

<sup>2</sup> Porównanie struktury planowej z uzyskaną wskazało na nieco za-  
wyżony poziom wykształcenia badanych.

Interesujące jest, że najwyższe odsetki uzyskiwały te symptomy, które łączą się z odczuwaniem znacznego dyskomfortu, a więc ból, gorączka, dokuczliwość objawów — choć niekoniecznie muszą być one paralelne z niebezpieczeństwem choroby.

Dwie pierwsze, a zarazem najczęściej wymieniane pozycje w tabeli 9, tworzą w połączeniu syndrom objawów ostrych infekcji, chorób zakaźnych. Występowanie ich może więc być nie tylko groźne dla odczuwającego owe objawy, ale i dla jego otoczenia. Stąd pilna potrzeba kontaktu z medycyną. Inną możliwością, której nie należy lekceważyć, jest też fakt, że choroby o takich objawach są przeważnie podstawą do otrzymania lekarskiego zwolnienia z pracy.

W badaniu przeprowadzonym przez Wydział Zdrowia i Opieki Społecznej Prezydium Rady Narodowej m. st. Warszawy w 1969 r. w Warszawie nad pacjentami przychodni stomatologicznych w Warszawie (autor — J. Bejnarowicz, wyniki badań reprezentatywne dla osób w wieku 21—60 lat, próba dobrana metodą doboru proporcjonalnego „quota sampling”) podjęto temat „profilaktycznych” zachowań pacjentów. W tym celu zapytano ich o wszystkie powody, dla których udali się w ciągu ostatnich trzech lat do lekarza dentysty (pracującego w dowolnym typie lecznictwa: uspołecznionym, spółdzielczym, prywatnym). Dane przedstawia tabela 10.

Obserwując dane zamieszczone w tabeli 10, spostrzega się ciekawe różnice między przyczynami udawania się do lekarzy medycyny (tabela 9, — badanie OBOP) a lekarzy stomatologów. W poprzednim wypadku jednym z dominujących motywów było odczuwanie bólu. W przypadku motywów „stomatologicznych” na plan pierwszy wysuwają się zachowania profilaktyczne — kontrola uzębienia, ubytek (niebolesny).

Warto się tu może zastanowić nad problemem socjalizacji norm i nawyków profilaktycznych, które być może są silniej wpojone w zakresie profilaktyki stomatologicznej niż zdrowotnej w ogóle. Tezę taką podtrzymywałyby chyba potoczne obserwacje; czymś bardziej naturalnym i samo przez się zrozumiałym jest kontrola uzębienia co jakiś czas niż np. kontrolne badanie internistyczne.

Tabela 10. Przyczyny bytności pacjentów u lekarza dentysty w ciągu ostatnich trzech lat

N = 383

Powód wizyty u dentysty	N	%
Ból zęba, obrzęk twarzy	74	19,3
Przygotowanie zęba do zabiegów protetycznych	47	12,3
Uzupełnienie braków w uzębieniu (mostki, korony)	18	4,7
Wyczuwalny lub widoczny ubytek w uzębieniu	87	22,7
Usunięcie kamienia nazębnego i osadu	1	0,3
Kontrola uzębienia	62	16,2
Kontrola uzębienia regularna	87	22,7
Inne powody	7	1,8

Wydaje się zresztą, że w ogóle problem socjalizacji norm i zakresu zachowań medycznych jest bardzo interesujący i wart podjęcia osobnych rozważań.

W cytowanych w poprzednim rozdziale badaniach gdańskich (16 470 osób, mieszkańców Gdańska) zapytano również respondentów o najczęstsze postępowanie w przypadku zaobserwowania objawów choroby.

Odpowiedzi ilustruje tabela 11.

Uzyskane przez autorki dane informują o preferencjach badanych osób, dotyczących typu placówki leczniczej przy zaobser-

Tabela 11. Postępowanie przy zaobserwowaniu objawów choroby

N = 16 470

Rodzaj postępowania	%
Leczą się sami	6,1
Wzywają pogotowie ratunkowe	5,1
Odwiedzają lekarzy rejonowych	73,5
Odwiedzają lekarzy zakładowych	27,9
Odwiedzają lekarzy w spółdzielniach lekarskich	1,5
Odwiedzają lekarzy prywatnych	3,3

wowaniu objawów choroby. Zdecydowana większość badanych udaje się w takich sytuacjach do lekarzy rejonowych. Stosunkowo nieliczni spośród badanych (6,1%) próbują w takich sytuacjach leczyć się sami. W badaniu poprzednio omówionym (OBOP, mieszkańcy Warszawy) odsetek takich osób był zdecydowanie większy. Należy jednak pamiętać, że tam uczyniono zastrzeżenie, że choroba nie jest poważna, którego to zastrzeżenia w badaniu gdańskim nie było.

W badaniu wsi Karmanowice obserwacje osób, które odczuwały dolegliwości, pozwoliły autorom wyodrębnić wśród badanej populacji cztery typy zachowań (co uwidoczniła tabela 12)<sup>3</sup>:

1. „zachowania racjonalne” — w przypadku choroby zgłaszano się po poradę lekarską i stosowano leczenie według wskazań lekarza;
2. „zachowania tradycyjne” — w przypadku choroby ograniczono się tylko do leczenia sposobami domowymi;
3. „zachowania, w których występowały cechy postępowania racjonalnego i tradycyjnego”;
4. „zachowania charakteryzujące się postawą bierną wobec choroby”.

Tabela 12. Typ zachowania przy zaobserwowaniu objawów choroby wśród ubezpieczonych i nie ubezpieczonych

Typ zachowania	Ubezpieczeni	Nie ubezpieczeni
	%	%
Postępowanie racjonalne	61	38
Tradycyjne	29	44
Mieszane	15	21
Postawa bierna	10	18

Determinant wyróżnionych typów zachowań można poszukiwać wśród następujących czynników: specyficzna właściwość sa-

<sup>3</sup> R. Dziadosz, *Zachowania w chorobie ludności wybranej wsi w rejonie uprzemysłowionym w świetle badań panelowych*, „Medycyna Wiejska”, 1972, nr 1.

mej choroby (rodzaj choroby i jej ciężkość w odczuciu chorego); doświadczenie w zakresie leczenia odczuwanej dolegliwości, aktualna sytuacja życiowa chorego, cechy psychiczne chorego, dostępność opieki lekarskiej i tradycje związane z korzystaniem z niej.

Stwierdzono, że najpowszechniejszym typem zachowania było zachowanie nazwane przez autorów racjonalnym (46<sup>0</sup>/0). Znaczny odsetek osób (39<sup>0</sup>/0) postępował jednak tradycyjnie. Zachowanie zawierające elementy racjonalne i tradycyjne zaobserwowano u 18<sup>0</sup>/0 badanych. 15<sup>0</sup>/0 badanych natomiast nie leczyło się w ogóle.

Wyróżnione typy zachowań rozpatrywano oddzielnie w grupie osób ubezpieczonych i nie ubezpieczonych. Fakt ten w wyraźny sposób różnicował badaną populację.

Przewaga zachowań racjonalnych wśród ubezpieczonych, a nieracjonalnych wśród nie ubezpieczonych wskazuje na fakt, jak poważny wpływ posiada czynnik ekonomiczny na postępowanie ludności wiejskiej przy zaobserwowaniu objawów choroby. Zależność ta jest niezmiernie ważna obecnie z uwagi na objęcie ludności wiejskiej masowymi ubezpieczeniami. Pokazuje ona pośrednio, jak duże zmiany mogą nastąpić w korzystaniu z usług służby zdrowia, przy założeniu, że różnice w poziomie korzystania (tabela 13) wyrównają się.

W badaniu ogólnopolskim, przeprowadzonym przez OBOP w 1967 r. (próba 2000 mieszkańców miast), jednym z głównych pytań kwestionariusza poświęconych problematyce zachowań w zdrowiu i chorobie było: „Jak na ogół Pan(i) postępuje, gdy Panu(i) coś dolega lub gdy czuje się Pan(i) chory(a)?” Pytanie nakierowane było na ustalenie typowych reakcji i sposobów postępowania w przypadku postrzegania symptomów chorobowych, decyzji odnośnie do podjęcia lub rezygnacji z odpowiedniej terapii. Odpowiedzi na to pytanie przedstawia tabela 13.

Wśród ogółu badanych znaczną grupę (34,5<sup>0</sup>/0) stanowią ci, którzy decydują się na podjęcie terapii poprzez kontakt z placówką medyczną. Dość znaczną grupę stanowią także osoby, które próbują się leczyć same (26,7<sup>0</sup>/0). Nie wiemy jednak, na ile terapia przez nie stosowana ma charakter racjonalny. Stosunkowo niewielką grupę stanowią ci spośród badanych, którzy swoją decyzję

Tabela 13. Postępowanie w przypadku zaobserwowania symptomów chorobowych

N = 1710

Rodzaj postępowania	%
Idę zaraz do lekarza	34,5
Próbuję leczyć się sama	26,7
Nic nie robię, czekam aż dolegliwość minie	16,3
To zależy od dolegliwości	18,6
Nigdy nie choruję	3,0
Brak danych	0,9

o podjęciu terapii uzależniają od rodzaju odczuwanych dolegliwości. Osób takich jest tylko 18,6%, a wydaje się, że można tu oczekiwać wyższego odsetka, ponieważ odpowiedź ta jest najbardziej racjonalna. Ani szukanie pomocy lekarskiej w każdym przypadku, ani rezygnacja z niej bez względu na rodzaj dolegliwości nie są zgodne z „zaleceniami” medycyny.

Podobnie liczebna w porównaniu z poprzednio omawianą grupą stanowią ci, którzy „nic nie robią i czekają aż dolegliwość minie”. Kategoria ta ma nieco inny charakter od już omawianych — opisany rodzaj postępowania ma charakter przejściowy — wydaje się bowiem, że jeżeli dolegliwość mimo wszystko nie minie, pacjent będzie zmuszony rozpocząć leczenie.

Porównując postępowanie badanych przy zaobserwowaniu objawów choroby w odniesieniu do płci nie znaleziono wyraźniejszych różnic w odniesieniu do żadnej z rozpatrywanych kategorii. Nie wystąpiły też wyraźniejsze zależności między określonym typem zachowania a wiekiem badanych.

Interesujące wydaje się prześledzenie postępowania badanych przy zaobserwowaniu przez nich objawów choroby z uwagi na dokonaną przez nich ocenę stanu zdrowia.

Rozpatrując sposoby zachowania (przy zaobserwowaniu dolegliwości) osób, które stwierdziły, że nie chorują w ogóle lub chorują rzadko, można zauważyć, że w porównaniu z osobami, które



Tabela 14. Postępowanie przy zaobserwowaniu objawów choroby a stan zdrowia (dane w %)

Postępowanie przy dolegliwościach lub zachorowaniu	Choruje		
	rzadko lub wcale	często, ale nie przewlekłe	przewlekłe
	N = 1090	N = 325	N = 283
Osoby, które udają się zaraz do lekarza	29,6	46,8	38,9
Próbują leczyć się same	26,6	28,3	25,4
Nic nie robią	20,2	9,2	9,2
Postępują zależnie od dolegliwości	18,1	14,8	25,4
Nigdy nie chorują	4,6	—	—
Brak danych	0,9	0,9	1,1

chorują często i przewlekłe, mają większą skłonność do bagatelizowania wstępnych objawów świadczących o stanie chorobowym. Znacznie większy odsetek tych osób w porównaniu z innymi grupami nie podejmuje żadnych działań, czekając, aż objawy same ustąpią. Z kolei w grupach osób częściej chorujących osoby chore przewlekłe w większym odsetku uzależniają swoje postępowanie od rodzaju dolegliwości. Można to tłumaczyć faktem, że bardziej chorując mają więcej doświadczenia w rozpoznawaniu objawów chorób i łatwiej im zdecydować, jakie objawy wymagają konsultacji z lekarzem, a jakie nie.

W grupie osób chorujących często, ale nie przewlekłe uderza wysoki odsetek badanych udających się do lekarza przy zaobserwowaniu jakichkolwiek objawów chorobowych (46,8%). Jak można przypuszczać, są to osoby, u których występują różne choroby i często, w związku z czym mogą być one uwrażliwione na tego rodzaju sytuacje i ich reakcje na symptomy wyrażają się dążeniem do szybkiego kontaktu z lekarzem.

W pewnym związku z postępowaniem przy pojawieniu się dolegliwości pozostaje aktywność zawodowa badanych.

Osoby nie pracujące nieco częściej reagują na pierwsze symptomy chorobowe dążeniem do uzyskania wizyty u lekarza, osoby pracujące natomiast w większym odsetku zajmują postawę wyczekującą (różnica między obu grupami wynosi około 8%). Wiązać

się to może z trudnościami w uzyskaniu wizyty lekarskiej, a szczególnie z długim oczekiwaniem na przyjęcie przez lekarza (o czym wspomina wielu badanych). W tej sytuacji osoby nie pracujące łatwiej mogą sobie pozwolić na związane z tym straty czasu.

Przyjrzyjmy się teraz, jak kształtują się zachowania badanych przy zaobserwowaniu objawów choroby w zależności od wykształcenia.

Tabela 15. Postępowanie przy zaobserwowaniu objawów choroby w zależności od wykształcenia (dane w %)

Postępowanie przy dolegliwościach lub zachorowaniu	Wykształcenie						
	niepełne podstawowe N = 158	podstawowe N = 618	zasadnicze zawodowe N = 155	niepełne średnie N = 246	średnie N = 344	niepełne wyższe N = 86	wyższe N = 53
Osoby, które udają się zaraz do lekarza	44,3	35,1	35,5	31,3	36,3	18,6	26,4
Próbują leczyć się sami	21,5	29,3	26,4	22,0	24,1	35,5	28,3
Nic nie robią	15,2	15,4	15,5	19,1	16,0	24,4	11,3
Postępują zależnie od dolegliwości	14,6	17,3	16,8	21,5	19,8	19,8	32,1
Nigdy nie chorują	3,8	1,9	5,2	4,5	2,6	4,7	1,9
Brak danych	0,6	1,0	0,6	1,6	1,2	—	—

Wydaje się, że w przypadkach dwóch typów postępowania można mówić o zarysowaniu się tendencji do zależności tych zachowań od wykształcenia.

Wraz ze wzrostem wykształcenia występuje tendencja do wzrastania częstotliwości postępowania uzależnionego od rodzaju obserwowanych dolegliwości, a więc zachowania uznanego przez nas za najbardziej racjonalne. Odwrotną natomiast tendencję (malejącą ze wzrostem wykształcenia) wykazuje zachowanie zmierzające do uzyskania kontaktu z lekarzem zaraz po wystąpieniu dolegliwości bez względu na jej rodzaj.

Interesującym zagadnieniem są przyczyny, dla których pa-

ejenci unikają wizyt lekarskich lub odwlekają je. Ustaleniu tych przyczyn poświęcone było jedno z pytań kwestionariusza. Odpowiedzi w tej kwestii pokazuje tabela 16.

Tabela 16. Przyczyny odwlekania lub unikania wizyt u lekarza

N = 1710	
Przyczyny odwlekania lub unikania wizyt u lekarza	odsetek respondentów
Trudności związane z uzyskaniem wizyty u lekarza	28,9
Oczekiwanie na samoistną poprawę bądź skutek działania leków domowych	15,7
Niechęć, brak zaufania do lekarza	12,0
Inne przyczyny	6,0
Brak argumentacji	1,8
Nie dotyczy (w stosunku do osób, które nie unikają i nie odwlekają wizyt u lekarza)	36,2
Brak danych	1,4

Aby bliżej scharakteryzować problem rezygnowania z porady lekarskiej mimo zaobserwowania symptomów choroby, warto przyjrzeć się dolegliwościom najczęściej lekceważonym przez badanych. Tabela 17 przedstawia odpowiedzi na pytanie: „Czy zdarzyło się w ostatnim roku, że mimo odczuwanych dolegliwości nie zgłaszał(a) się Pan(i) do lekarza? Co Panu(i) wówczas dolegało?”

Jak widać, najczęściej wymienionymi dolegliwościami, które „nie doczekały” się terapii prowadzonej przez lekarza, były choroby dróg oddechowych (21,5%) i choroby przewodu pokarmowego (10,6%). Oba typy schorzeń są powszechnie występujące; na choroby typu grypa, angina, przeziębienie, bóle żołądka czy wątroby co roku zapada wiele osób, szczególnie na pierwsze z wymienionych, które mogą przybierać charakter epidemii. Są to więc choroby na ogół dobrze znane, w większości wypadków nie nastęrczające kłopotów z rozpoznaniem i terapią.

Można więc sądzić, że pacjenci kilkakrotnie już leczeni z powodu danej dolegliwości (porównaj tabela 2) podejmują się lecze-

Tabela 17. Rodzaje dolegliwości, które nie były przedmiotem konsultacji z lekarzem

N = 1710

Rodzaj dolegliwości	Liczba odpowiedzi	Odsetek respondentów
Choroby dróg oddechowych (anginy, grypy, przeziębienia)	368	21,5
Choroby przewodu pokarmowego (żołądek, wątroba)	181	10,6
Choroby reumatyczne, gośćcowe	102	6,0
Choroby „serca i nerwów”	102	6,0
Choroby nerek	15	0,9
Choroby uszu, gardła	36	2,1
Choroby oczu	4	0,2
Choroby kobiece	34	2,0
Schorzenia chirurgiczne	14	0,8
Inne dolegliwości	243	14,2
Nie dotyczy (w każdym przypadku badany zgłaszał się do lekarza)	576	33,7
Nie dotyczy (badany nie chorował)	159	9,3
Brak danych	78	4,6

nia na własną rękę lub też lekceważą chorobę, sądząc na podstawie poprzednich doświadczeń, że nie jest ona poważna. Porównując tabelę 17 z tabelą 2 nasuwają się interesujące wnioski.

W przypadku schorzeń bardziej typowych i uchodzących w opinii publicznej za mniej groźne dla zdrowia istnieje pewna stała proporcja między dolegliwościami leczonymi a nie leczonymi (orientacyjnie 3 : 2 dla chorób leczonych). Proporcja ta ulega zmianie, gdy w grę wchodzi schorzenia uchodzące za groźniejsze lub bardziej brzemiennie w skutki dla organizmu ludzkiego. To zagadnienie ilustruje tabela 18.

Wyżej przedstawione proporcje były liczone orientacyjnie z pewnym przybliżeniem. Wydaje się jednak, że obraz, którego dostarczają, w wyraźny sposób dzieli dolegliwości na częściej i rzadziej konsultowane z lekarzem. W przypadkach rzadszych konsultacji (proporcje 3 : 2 między dolegliwościami leczonymi i nie leczonymi) mamy do czynienia z dolegliwościami uznawanymi za

Tabela 18. Proporcje między schorzeniami leczonymi przez lekarzy a nie leczonymi – nie będącymi powodem wizyt u lekarza (dane w %)

N = 1710

Schorzenia (dolegliwości)	Leczone	Nie leczone	Proporcja
Choroby dróg oddechowych	33,6	21,5	3:2
Choroby serca i nerwów	17,0	6,0	3:1
Choroby przewodu pokarmowego	16,9	10,6	3:2
Choroby reumatyczne, gośćcowe	10,0	6,0	3:2
Choroby kobiece	6,4	2,0	3:1
Choroby nerek	3,4	0,9	4:1
Choroby uszu, gardła	3,2	2,1	3:2
Choroby oczu	1,8	0,2	9:1
Schorzenia chirurgiczne	4,6	0,8	6:1

lżejsze lub łatwiejsze do wyleczenia bez pomocy lekarza. W przypadkach, gdy proporcje te ulegają zmianie (zwiększa się liczba chorób leczonych) mamy do czynienia ze schorzeniami cięższymi, w sposób bardziej bezpośredni mogącymi przyczynić się do trwałych uszkodzeń, kalectw czy wręcz spowodować śmierć pacjenta (groźba zawału serca, utraty wzroku itp.). Oczywiście odsetki rozważanych rodzajów schorzeń są zbyt niskie, aby w oparciu o różnice między nimi konstruować jakieś wyraźniejsze wnioski. Wydaje się jednak, że są one zgodne z potocznymi spostrzeżeniami na ten temat.

Jest rzeczą oczywistą, że osoby o „groźniejszych” dolegliwościach są bardziej skłonne do natychmiastowego udania się do lekarza. Nie bez znaczenia jest jednak możliwość porównania proporcji osób leczonych i nie leczonych przez lekarzy pomiędzy poszczególnymi grupami schorzeń.

#### WNIOSKI

W części Materiały zostały przedstawione fragmenty sześciu badań, przeprowadzonych w l. 1961—1969, dotyczące problematyki zachowań badanych przy zaobserwowaniu przez nich objawów choroby. Spośród przytoczonych badań trzy zrealizowane

były na próbach ludności Warszawy, jedno badanie objęło mieszkańców Gdańska, jedno przedstawiało zachowania mieszkańców wsi (Karmanowice) i wreszcie ostatnie było badaniem ogólnopolskim mieszkańców miast. Niemal we wszystkich badaniach zadano pytanie typu: „Jak się Pan(i) zachowuje, gdy zaobserwuje u siebie objawy choroby? W trzech badaniach oprócz informacji na ten temat próbowano znaleźć także korelaty określonych zachowań.

W jednym przypadku (badanie warszawskie, OBOP „Opinie mieszkańców Warszawy na temat funkcjonowania opieki lekarskiej”) ograniczono pytanie do zachowań w przypadku zaobserwowania objawów chorobowych, postrzeganych przez badanych jako symptomy chorób lekkich. W innych badaniach pytano po prostu o choroby. Zastrzeżenie wprowadzone w badaniu warszawskim (OBOP, 1961) spowodowało znaczną liczbę odpowiedzi wskazujących na stosowanie w takich przypadkach domowych środków leczenia bądź lekceważenie objawów choroby. Charakterystyczne jest, że w badaniu przeprowadzonym przez OBOP w rok później (różnica czasem niewielka) na takiej samej próbie 30% badanych stwierdziło, że udaje się do lekarza tylko w ostateczności, podczas gdy w omawianym badaniu procent takich osób wynosi 8,2.

W ogólnopolskim badaniu mieszkańców miast rozkład zachowań przy zaobserwowaniu objawów choroby przybiera nieco odmienną formę. Domowe środki leczenia stosuje dwukrotnie mniej osób niż w badaniu warszawskim, znacznie mniej osób zajmuje postawę lekceważącą w stosunku do objawów (16,3%: 27,7%), więcej osób natomiast (34,5 : 22,8%) poszukuje natychmiastowego kontaktu z lekarzem.

Wniosek, jaki nasuwa się w pierwszej chwili z takiego porównania, jest truizmem. Wskazuje on na znaczną rolę, jaką pełni w wyznaczaniu zachowania przy zaobserwowaniu objawów choroby przekonanie badanych o bagatelności tych symptomów i o braku zagrożenia. Wydaje się jednak, że nie tylko tu należy szukać tak znacznych różnic w zachowaniach obu badanych populacji. W jednym przypadku mamy do czynienia z przedstawicielami ogółu ludności miejskiej w Polsce — w drugim wyłącznie

z przedstawicielami społeczności wielkomiejskiej. Style życia, wzorce zachowania w wielu punktach tu się różnią. Byłoby dziwne, gdyby wzorce zachowań w zdrowiu i chorobie nie różniły się także. Być może więc wzorzec wielkomiejski cechuje się większą samodzielnością pacjentów w stosunku do choroby (częstsze leczenie „na własną rękę”), tendencją do bagatelizowania objawów, podczas gdy w innych społecznościach w większym stopniu poszukuje się w analogicznych sytuacjach kontaktu z fachowym przedstawicielem medycyny. Za tezę taką przemawiałby fakt, że w badaniu wiejskim odsetek osób poszukujących kontaktu z lekarzem jest najwyższy i wynosi 46% (ubezpieczeni 61%, nie ubezpieczeni 38%). Postawom takim sprzyjałaby większa dostępność leków i informacji o rozpoznawaniu i leczeniu chorób w większych ośrodkach miejskich<sup>4</sup>.

Szkoda, że ilość materiałów dotyczących badań ludności wiejskiej reprezentowana w tym opracowaniu jest tak nieliczna. Danych zebranych we wsi Karmanowice praktycznie nie można zweryfikować za pomocą żadnych innych podobnie skonceptualizowanych badań wiejskich. Wydaje się jednak, że jest tu wiele ciekawych problemów dotyczących zachowań ludności wiejskiej w zdrowiu i chorobie. Ciekawa jest, stwierdzona przez autorów, przewaga zachowań nazwanych przez nich „racjonalnymi” nad zachowaniami „tradycyjnymi”. Można by przypuszczać, że odsetek zachowań „tradycyjnych” powinien być na wsi wyższy.

Mówiąc o postawach racjonalnych i nieracjonalnych w stosunku do zaobserwowanych objawów chorobowych warto się zatrzymać chwilę nad korelatami takich postaw. W badaniu miejskim stwierdzono zależności tych zachowań od płci i wieku. Mężczyźni częściej niż kobiety „lekceważą” objawy choroby, kobiety częściej mają tendencję do stosowania domowych środków leczenia. Lekceważenie objawów chorobowych maleje wraz z wiekiem; im starsi byli respondenci, tym rzadziej notowano wśród nich postawy le-

<sup>4</sup> Teza ta wymagałaby oczywiście sprawdzenia w dalszych badaniach. Ze względu na nieco inne sformułowanie pytań w obu omawianych badaniach i różnicę czasu w ich realizacji posiadane materiały nie uprawniają do zweryfikowania jej.

keceważące symptomy, wzrastała natomiast częstość postawy charakteryzującej się poszukiwaniem konsultacji lekarskiej.

Stwierdzono także wyraźną zależność między zachowaniami badanych przy stwierdzeniu przez nich choroby a ogólną oceną stanu zdrowia. Osoby, które oceniły się ogólnie jako zdrowe, częściej liczą na to, że „objawy same ustąpią”, osoby natomiast oceniające źle swój stan zdrowia konsultują się natychmiast z lekarzem. Zależność ta wystąpiła też wyraźnie przy zestawieniu postaw badanych wobec zaobserwowanych dolegliwości częstością zachorowań. Osoby chorujące często i przewlekłe w większym odsetku ponadto uzależniały swoje postępowanie od rodzaju dolegliwości. Można to tłumaczyć faktem, że mają więcej doświadczeń w rozpoznawaniu objawów chorób i łatwiej im zdecydować, jakie objawy wymagają konsultacji z lekarzem, a jakie nie.

Stwierdzono też zależność między wykształceniem badanych a postawami wobec zaobserwowanych symptomów choroby. Wraz ze wzrostem wykształcenia częściej pojawiała się postawa uzależniająca postępowanie od rodzaju obserwowanych dolegliwości, a odwrotną tendencję wykazywały zachowania zmierzające do uzyskania kontaktu z lekarzem zaraz po wystąpieniu dolegliwości, bez względu na jej rodzaj. Zależność ta jest także przykładem potwierdzającym tezę, że na zachowanie w zdrowiu i chorobie poza czynnikami czysto „medycznymi” (np. ból) znaczny wpływ wywierają czynniki społeczne i kulturowe.



## CZEŚĆ V. SPOSÓB KORZYSTANIA BADANYCH Z PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA

### MATERIAŁY

Informacje na temat korzystania ze służby zdrowia są najpowszechniej napotymane w badaniach, których problematyka wiąże się ze sprawami zdrowia, opieki lekarskiej, higieny itp. Pojawia się ona zarówno w dużych badaniach (jakie były w zasadzie omawiane dotychczas), jak i w małych opracowaniach typu studium przypadku poświęconych jednej, wybranej przychodni, jednego rejonu leczniczego czy pacjentów jednego lekarza. Te ostatnie studia prowadzone były głównie przez lekarzy i publikowane w czasopismach lekarskich.

Jak już wspominałem we Wstępie w wielu badaniach utożsamia się potrzeby zdrowotne z korzystaniem ze służby zdrowia. Wyjaśnione zostało uprzednio, w jakim stosunku do siebie pozostają te pojęcia. Krótko można wspomnieć, że badania nad korzystaniem odnoszą się wyłącznie do potrzeb realizowanych. Wyjątek tu stanowią badania realizowane na próbach reprezentacyjnych, którymi obejmuje się osoby korzystające, jak i nie korzystające z opieki lekarskiej (ustalając np. przyczyny niekorzystania). Teraz zaprezentowane zostaną prace jednego i drugiego rodzaju. Przedstawione problemy odnosić się będą głównie do częstotliwości korzystania z poszczególnych placówek, rodzaju przeprowadzanych terapii i badań i warunków, w jakich to „korzystanie” się odbywa.

Zacniemy od prezentacji badań warszawskich. Na wstępie podamy preferencje ludności zbadanej przez OBOP w 1961 r. w ko-

rzystaniu z określonych typów przychodni lekarskich (odpowiedź na pytanie: „Gdzie się Pan(i) zazwyczaj leczysz?”

Tabela 19. Placówki służby zdrowia, w których leczą się zazwyczaj badani

N = 865

Rodzaj placówki	Liczba odpowiedzi	%
Przychodnia rejonowa	511	59,1
Przychodnia w zakładzie pracy	264	30,5
Gabinet prywatny	70	8,1
Spółdzielnia lekarska	59	6,8
Nie bywam u lekarza wcale lub prawie wcale	89	10,3
Brak danych	2	0,2
Razem	865	100,0

Zgodnie z oczekiwaniami większość badanych korzysta z uspołecznionych form opieki zdrowotnej, w tym 59,10% — przychodni rejonowych. Niski jest odsetek osób leczących się w spółdzielniach lekarskich. Należy jednak pamiętać, że w 1961 r., kiedy realizowano omawiane badanie, nie doszły one jeszcze do takiego rozkwitu jak obecnie. Ponadto w badaniu zapytano o instytucje, w których badani z a z w y c z a j się leczą, a korzystanie ze spółdzielni lekarskich ma często tylko konsultacyjny bądź w inny sposób uzupełniający charakter w stosunku do lecznictwa rejonowego.

We wszystkich typach przychodni zaprezentowanych w tabeli 19 kobiety stanowią większość — z wyjątkiem przychodni przyzakładowych, w których leczą się około 15% więcej mężczyzn. Wiąże się to z wykonywaniem pracy zawodowej. W badanej próbie znaczny odsetek stanowiły kobiety nie pracujące („gospodynie domowe”), które z braku możliwości korzystania z przychodni przyzakładowych powiększały liczby pacjentów innych przychodni.

Przy zestawieniu placówek, w których leczą się badani z grupami społeczno-zawodowymi, do których należą, stwierdzić można, że odsetki pacjentów w różnych typach lecznictwa uspołecznione-

go są do siebie zbliżone we wszystkich grupach społeczno-zawodowych (z wyjątkiem grupy „gospodynie domowe”, o czym była mowa poprzednio). Różnice występują natomiast w lecznictwie prywatnym i spółdzielniach lekarskich. Przedstawia je tabela 20.

Tabela 20. Korzystanie z gabinetów prywatnych i spółdzielni lekarskich a przynależność społeczno-zawodowa (dane w %)

N = 129

Rodzaj placówki	Robotnicy wykwalifikowani	Robotnicy niewykwalifikowani	Pracownicy umysłowi	Gospodynie domowe	Inne
Gabinet prywatny	3,5	10,6	54,1	11,8	20,6
Spółdzielnie lekarskie	5,6	14,1	49,3	26,8	2,8

Jak widać, pacjenci lekarzy prywatnych i spółdzielni lekarskich to w połowie pracownicy umysłowi. Niezwykle niskie są odsetki robotników niewykwalifikowanych w obu typach placówek. Dane te pokazują, że preferencjami miejsc, w których się leczą pacjenci, warto zajmować się z punktu widzenia zmiennych z zakresu zróżnicowania społecznego. Zależności tego typu wystąpią jeszcze w innych, omawianych na tym miejscu badaniach. Wrócimy do nich w dalszej części tego opracowania.

Mówiąc o korzystaniu z różnych placówek służby zdrowia za-trzymajmy się chwilę nad wezwaniem Pogotowia Ratunkowego. W odpowiedzi na pytanie: „Czy w ciągu ostatnich dwóch lat wzywał Pan(i) do siebie lub osób najbliższych Pogotowie Ratunkowe?” — 42,1% badanych odpowiedziało twierdząco. Odsetek ten jest bardzo wysoki. Jeżeli dodać do tego, że ponad połowa badanych osób (56,1%) wzywała pogotowie co najmniej dwukrotnie, można mieć podejrzenie, że część tych wezwań była nieuzasadniona, co potwierdzałoby zresztą obserwacje pracowników służby zdrowia.

Przejdźmy teraz do danych naświetlających częstotliwość korzystania przez badanych z usług placówek służby zdrowia.

Zebrane dane wskazują, że połowa badanych w ciągu ostatnich dwóch lat korzystała z opieki lekarskiej „kilka razy”. Częściej

natomiast (co najmniej kilkanaście razy) z opieki lekarskiej korzystało 28% badanych. Takich, którzy nie byli u lekarza wcale lub tylko jeden raz — jest 23,9%.

Istnieją różnice w częstotliwości korzystania z opieki lekarskiej pomiędzy mężczyznami a kobietami i pomiędzy starszymi a młodszymi spośród badanych.

Kobiety częściej niż mężczyźni korzystają z opieki lekarskiej. Wśród tych, którzy w ciągu ostatnich dwóch lat nie korzystali z opieki lekarskiej lub korzystali tylko raz, jest więcej mężczyzn niż kobiet (21,5 : 16,9%). Ilość kobiet wzrasta natomiast w kategoriach „kilkanaście razy” i „bardzo wiele razy”.

Widać także zależność pomiędzy częstotliwością korzystania z opieki lekarskiej a wiekiem badanych. Osoby należące do środkowych grup wieku z dość podobną częstością korzystają z opieki lekarskiej. Istnieją natomiast poważne różnice pomiędzy skrajnymi grupami wieku. Wśród najmłodszych badanych jest znacznie więcej osób nie korzystających (lub tylko raz) z opieki lekarskiej niż w starszych grupach wieku (27 : 11,4%), w których natomiast zwiększa się ilość osób korzystających częściej z opieki lekarskiej. Wiąże się to oczywiście z gorszym stanem zdrowia osób starszych. Tabela 21 przedstawia częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej w zależności od oceny stanu zdrowia.

Jak można się było spodziewać, istnieje wyraźna współzależ-

Tabela 21. Częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej a ocena stanu zdrowia

N = 865

Jak często korzystał Pan(i) z opieki lekarskiej w ciągu ostatnich dwóch lat?	Ocena stanu zdrowia				
	bardzo dobry	dobry	średni	zły	bardzo zły
Ani razu	45,3	12,6	5,5	1,6	—
Jeden raz	20,9	22,2	8,2	3,3	—
Kilka razy	29,0	55,5	53,0	31,4	18,2
Kilkanaście razy	2,3	7,0	21,6	38,0	31,8
Bardzo wiele razy	1,2	2,6	10,9	24,8	50,0
Brak odpowiedzi	1,2	—	0,8	0,8	—
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

ność między stanem zdrowia a częstotliwością korzystania z opieki lekarskiej. Wśród osób, które oceniły stan swojego zdrowia jako bardzo dobry lub dobry, mało jest takich, które były u lekarza kilkanaście lub więcej razy w ciągu ostatnich dwóch lat, a równocześnie wśród tych, którzy ocenili stan swego zdrowia jako średni, zły lub bardzo zły — mało jest osób, które nie byłyby w tym okresie u lekarza ani razu lub były tylko jeden raz.

Oprócz wprowadzenia zmiennych o charakterze medycznym sprawdzono także zależności między częstotliwością korzystania z opieki lekarskiej a przynależnością społeczno-zawodową badanych. Stwierdzono, że najczęściej z opieki lekarskiej korzystają tzw. pracownice domowe, a następnie pracownicy umysłowi. Rzadziej natomiast korzystają z opieki lekarskiej robotnicy wykwalifikowani i niewykwalifikowani. Różnice te widać najbardziej w dwóch kategoriach: wśród tych, którzy nie korzystali w ciągu ostatnich dwóch lat ani razu z opieki lekarskiej, oraz wśród tych którzy byli więcej niż kilka razy (kategorie skrajne). Przyjrzyjmy się odpowiednim liczbom:

Tabela 22. Częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej a przynależność społeczno-zawodowa — wybrane kategorie (dane w %)

N = 337

Wybrane częstotliwości korzystania z opieki lekarskiej	Robotnicy niewykwalifikowani	Robotnicy wykwalifikowani	Pracownicy umysłowi	Pracownice domowe
Ani razu	22,2	12,7	7,1	9,3
Więcej niż kilka razy	25,9	22,0	31,9	36,6

Wydaje się jednak, że należy wstrzymać się z interpretacją tej zależności. Nie potwierdziła się ona w żadnym innym badaniu, a tu może być ona zawyżona, ze względu na nadreprezentatywną grupę pracowników umysłowych w próbie badawczej. Jak pamiętamy ponadto z poprzednich rozważań, przy wystąpieniu symptomów chorobowych robotnicy częściej niż pracownicy umysłowi deklarowali kontakt z lekarzem. Nie przemawiałoby to więc za częstszymi kontaktami pracowników umysłowych ze służbą zdro-

wia. Oba te fakty byłyby możliwe do pogodzenia, przy założeniu, że pracownicy umysłowi znacznie częściej chorują. Nie ma jednak żadnych danych, które pozwoliłyby na weryfikację takiej hipotezy.

W kolejnym warszawskim badaniu z roku 1966/7 prowadzonym przez Pracownię Psychiatrii Społecznej Kliniki Psychiatrycznej AM („Epidemiologia nerwic w mieście stołecznym Warszawie” — Z. Bizoń, reprezentatywna próba 1000 osób), badanym zadano również serię pytań poświęconych korzystaniu przez nich z opieki zdrowotnej.

Przyjrzyjmy się pokrótce wynikom uzyskanym w tym badaniu. Na pytanie, gdzie badani leczyli się z powodu swoich aktualnych dolegliwości, odpowiedzi przedstawiają się następująco:

Tabela 23. Rodzaje placówek, w których leczyli się badani z powodu aktualnych dolegliwości

N = 921

Rodzaje placówek	N	%
Nigdzie się nie leczyli	113	12,3
U lekarza rejonowego	255	27,7
U lekarza zakładowego	147	16,0
Prywatnie lub w spółdzielni lekarskiej	77	8,4
W przychodni specjalistycznej	116	12,6
W szpitalu, sanatorium	145	15,7
Brak danych	3	0,3
Nie dotyczy (brak dolegliwości)	300	32,7
Razem	921	100,0

Jeśli chodzi o zanotowaną częstość wizyt u lekarzy w związku z odczuwanymi dolegliwościami — przedstawia ją tabela 24.

Pomimo podobnie brzmiących pytań dane zaprezentowane w tabelach 23 i 24 nie mogą być porównywane z danymi z badania omówionego poprzednio. Różnią się bowiem znacznie odcinki czasu, na których przestrzeni w obu badaniach próbowano uchwycić sposób korzystania badanych ze służby zdrowia. W pierwszym z omawianych badań pytano o miejsca, w których badani za-

Tabela 24. Częstość wizyt u lekarza w ciągu ostatniego roku

N = 921

Częstość wizyt	N	%
Ani razu	254	27,6
1 raz	169	18,3
2 razy	112	12,2
3 razy	96	10,4
4 razy	63	6,8
5 razy	45	4,9
6–8 razy	41	4,5
Powyżej 8 i b. często	125	13,6
Brak danych	16	1,7
Razem	921	100,0

z wycząją się leczyć. W drugim — gdzie leczycy się z powodu aktualnie odczuwanych dolegliwości. W przypadku częstości wizyt u lekarza w jednym wypadku pytano o wizyty w ciągu roku, w drugim w ciągu okresu dwuletniego. Można wprawdzie uznać, że przeciętnie ilość wizyt w ciągu dwóch lat powinna być prawie dwukrotnie wyższa od wizyt w ciągu roku. Orientacyjne porównanie tabel 23 i 24 w zasadzie potwierdzałoby takie założenie. Według badania Pracowni Psychiatrii Społecznej w ciągu jednego roku 45,9% badanych nie było u lekarza ani razu lub jeden raz. W badaniu OBOP w ciągu okresu dwuletniego liczba takich osób jest około dwukrotnie niższa (23,9%). Można więc uznać, że w ciągu następnego roku liczba pacjentów, którzy w badaniu Pracowni Psychiatrii Społecznej byli u lekarza jednokrotnie lub nie byli w ogóle, uległaby zmniejszeniu na rzecz kategorii pacjentów wizytujących lekarzy częściej. Porównania takie są jednak oczywiście tylko bardzo orientacyjne.

W badaniu Pracowni Psychiatrii Społecznej zapytano badanych także o pobyty w zakładach leczenia zamkniętego. Dane na ten temat przedstawia tabela 25.

Do najciekawszej części badania należy zestawienie poziomu neurotyczności badanych ze sposobem korzystania przez nich ze

Tabela 25. Okres trwania hospitacji

N = 921

Okres trwania hospitacji	Liczba odpowiedzi	%
Ani razu	803	87,3
Do 2 tygodni	28	3,0
Więcej niż 2 do 4 tyg.	48	5,2
Więcej niż 4 tyg. do 3 mies.	16	1,7
Więcej niż 3 mies.	5	0,5
Nie wpisano ile	13	1,4
Brak odpowiedzi	8	0,9
Razem	921	100,0

służby zdrowia. Do kwestionariusza dołączono skalę neurotyczności<sup>1</sup> i na podstawie wyników osiągniętych przez badanych na tej skali wyłoniono dwie podgrupy: wysokoneurotyczną (65 osób) i niskoneurotyczną (57 osób). Stwierdzono, że osoby zaliczone do obu tych grup różnią się m. in. korzystaniem ze służby zdrowia. Dla potwierdzenia tego przyjrzyjmy się danym ilustrującym: liczbę wizyt u lekarza i częstość wezwań pogotowia ratunkowego w grupie osób wysoko- i niskoneurotycznych.

Również wezwania pogotowia ratunkowego w ciągu ostatniego roku w grupie wysoko- i niskoneurotycznej kształtują się odmiennie. W całej badanej populacji łączna liczba wezwań pogotowia wynosiła 182 przypadki (19,7%). W grupie osób wysokoneurotycznych odpowiedni procent osób wynosił 28%, w grupie zaś niskoneurotycznej — 17%.

Liczebności obu wyłonionych podgrup są niewielkie; różnice między nimi są jednak znaczne i nie można ich lekceważyć. Do grupy rozpatrywanych czynników, mających wpływ na intensywność kontaktów pacjentów ze służbą zdrowia, otrzymaliśmy jesz-

<sup>1</sup> Grupy wysoko- i niskoneurotyczne wybrano z próby ogólnej (wybór celowy) na podstawie kryterium poziomu neurotyczności (wynik na sali). Do grup tych weszło 25 mężczyzn i 40 kobiet o najwyższych wynikach neurotyczności na sali (górne 6,4 i 7,7% próby górnej) oraz 25 mężczyzn i 32 kobiety o najniższych wynikach (dolne 6%).



Tabela 26. Liczba wizyt u lekarza w ciągu ostatniego roku w grupie nisko- i wysokoneurotycznej

Liczba wizyt	Grupa wysokoneurotyczna		Grupa niskoneurotyczna	
	N	%	N	%
Ani razu	10	15	34	60
1 raz	3	5	12	21
2 razy	6	9	5	9
3 razy	8	12	3	5
4 razy	9	14	—	—
5 razy	7	11	1	2
6–8 razy	3	5	—	—
Powyżej 8 i b. często	19	29	2	3

cze jeden wymiar — wymiar psychiatryczny, w postaci stopnia neurotyczności pacjentów.

W badaniu część kwestionariusza poświęcono także problemowi zażywania leków. Przedmiotem zainteresowania badaczy były głównie leki przeciwbólowe, nasenne i uspokajające. Badanych pytano o zażywanie tego typu leków w ciągu ostatnich trzech miesięcy, o ich nazwę, częstotliwość zażywania. W całości badanej próbie połowa badanych (50% — 461 osób) nie zażywa takich leków w ogóle, 291 osób (32%) zażywa sporadycznie, a 169 osób (18%) — systematycznie.

I w tym wypadku widać pewne różnice między grupami osób wysoko- i niskoneurotycznych. Ukazują je dane zawarte w tabeli 27.

Tabela 27. Zażywanie leków w grupie wysoko- i niskoneurotycznej

Zażywanie leków	Grupa wysokoneurotyczna		Grupa niskoneurotyczna	
	N	%	N	%
Nie zażywa wcale	20	31	47	82
Zażywa sporadycznie	16	24	8	14
Zażywa systematycznie	29	45	2	4

Widać też pewną zależność między zażywaniem leków a wiekiem i płcią badanych. Osoby starsze częściej zażywają leki w sposób systematyczny niż osoby młode. Częściej też zażywają je kobiety niż mężczyźni.

Istnieje także zależność między zażywaniem leków, a subiektywną oceną stanu zdrowia.

Tabela 28. Zażywanie leków według wieku i płci

Zażywanie leków	19–30		31–40		41–50		50–60	
	K	M	K	M	K	M	K	M
Nie zażywam	65,3	47,7	67,6	39,6	56,3	45,5	51,2	34,0
Sporadycznie	33,3	37,1	22,7	36,7	31,1	25,0	33,3	35,8
Systematycznie	1,4	15,2	9,7	23,7	12,6	29,5	15,5	30,2
N = 100%	72	132	145	177	87	112	84	112

Im gorsza ocena stanu zdrowia, tym częstsze i bardziej systematyczne zażywanie leków. I odwrotnie: im lepsza ocena stanu zdrowia, tym rzadsze zażywanie leków w ogóle.

Zatrzymajmy się teraz przez chwilę na rodzaju zażywanych leków. Najwięcej spośród badanych osób przyjmuje środki przeciwbólowe, a następnie uspokajające (odpowiednie liczby: 184 — 20% i 91 — 9,9%). Na trzecim miejscu co do częstotliwości zażywania znajduje się kombinacja leków — przeciwbólowych i uspokajających. Dane te ilustruje tabela 29.

Ze wszystkich analizowanych form zachowania się medyczne-

Tabela 29. Rodzaje zażywanych leków

Rodzaje leków	N	%
Przeciwbólowe wyłącznie (a)	184	20
Nasenne wyłącznie (b)	24	2,6
Uspokajające (wyłącznie) (c)	91	9,9
Przeciwbólowe + nasenne (a+b)	14	1,5
Przeciwbólowe + uspokajające (a+c)	67	7,3
Nasenne + uspokajające (b+c)	20	2,2
Przeciwbólowe, nasenne i uspokajające (a+b+c)	26	2,8

go w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej neurotyczność wydaje się mieć najsilniejszy wpływ na skłonność do zażywania środków przeciwbólowych, nasennych i uspokajających. Warto zwrócić uwagę, że wpływ ten nie jest jednakowy we wszystkich rodzajach leków. Takie środki, jak np. pabialgina i barbiturany (phanodorm i luminal), są 10-krotnie częściej zażywane w sposób systematyczny w grupie osób wysokoneurotycznych niż w próbie populacji ogólnej. Interesujące jest też, że środki te zażywały wyłącznie kobiety.

Dane te (jedyne, jakimi dysponuje niniejsze opracowanie z zakresu zażywania leków) wskazują na poważny problem społeczny w postaci tzw. lekomanii, w związku z zażywaniem leków przeciwbólowych (zwłaszcza tak popularnych, jak proszki przeciw bólowi głowy). Prawie 100% badanych zażywa je w sposób systematyczny. Problem ten, zdaniem psychiatrów, jest niedostatecznie doceniany<sup>2</sup>.

Warto tu dodać, że w roku 1968/69 przebadano powtórnie dwie 50-osobowe grupy (po 25 osób każdej płci) o pierwotnie wysokim i niskim poziomie neurotyczności. Stwierdzono, że niezwykle interesująco kształtuje się w okresie katamnesticznym sposób i częstość zażywania środków przeciwbólowych, nasennych i uspokajających w obu grupach osób. W przypadku osób wysokoneurotycznych, które pierwotnie reprezentowały dwie skrajne grupy: nie zażywających wyżej wymienionych leków i zażywających je w sposób systematyczny, przeważająca większość kontynuuje ten sam sposób zachowania się, w podgrupie natomiast osób zażywających wymienione leki sporadycznie większość osób zaczęła zażywać je w ostatnim roku systematycznie.

W grupie osób niskoneurotycznych, zażywających leki pierwotnie sporadycznie, tylko 1/4 przeszła po dwóch latach na systematyczne ich zażywanie, tyle samo również osób przestało zażywać leki w ogóle.

---

<sup>2</sup> Por. Z. Bizon, *Używanie środków przeciwbólowych, nasennych i uspokajających wśród ludności m. Warszawy*, referat wygłoszony na Zjeździe Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Poznań 1973.

Obserwacja powyższa wydaje się dość wyraźnie świadczyć o poważnej roli neurotyczności w tworzeniu się lekomanii czy nalogu. Nawet sporadyczne zażywanie wymienionych wyżej leków przez osoby silnie neurotyczne wiąże się z dużym ryzykiem lekomanii.

Przejdźmy teraz do omówienia innego, cytowanego już badania warszawskiego na temat funkcjonowania rejonowych poradni stomatologicznych (autor: J. Bejnarowicz, 1967 r., próba 383 pacjentów przychodni stomatologicznych). Badanie to, zrealizowane na próbie pacjentów korzystających aktualnie z opieki stomatologicznej, w odróżnieniu od dwóch poprzednich badań warszawskich przeprowadzonych na reprezentacyjnych próbach mieszkańców miasta, nie daje wyobrażenia na temat potrzeb ludności Warszawy w zakresie korzystania „z usług stomatologicznych”, lecz tylko potrzeb osób korzystających aktualnie z określonych form opieki zdrowotnej.

A oto niektóre wyniki badania na temat korzystania z poradni rejonowych.

Spśród 383 badanych 285 (74,4%) leczyło się w ciągu ostatniego roku wyłącznie w jednej „swojej” poradni rejonowej, 95 osób (24,8%) leczyło się w swojej poradni i jednocześnie w innej, a 3 osoby (0,8%) leczyło się dotychczas (do czasu badania) wyłącznie w innych poradniach.

Przyjrzyjmy się teraz zabiegom wykonanym badanym w ich przychodniach rejonowych (w okresie 1 I 1967—30 VI 1968).

Zobaczymy też, dla porównania, w jakich celach badani odwiedzali dentystów w spółdzielniach lekarskich i gabinetach prywatnych.

Prawie połowa badanych korzystała z usług gabinetów prywatnych i spółdzielni lekarskich. W większości przypadków wykonywano w nich usługi niedostępne w lecznictwie rejonowym. 13,1% badanych mając jednak do wyboru te same usługi w przychodniach rejonowych i w gabinetach prywatnych lub spółdzielczych zdecydowało się wykonać je w tych ostatnich. Przyczyny takich decyzji motywowano przeważnie przekonaniem o lepszej jakości usług (lepsza jakość materiału, lepsze narzędzia) w gabi-

Tabela 30. Zabiegi wykonane badanym w ich poradni rejonowej

N = 383

Zabiegi	N	%
Plombowanie: 1-3 plomby	106	27,7
4-6 „	106	27,7
7-9 „	47	12,2
więcej	50	13,0
Ekstrakcje: 1 ekstrakcja	66	17,2
2 „	55	14,4
3 „	33	8,6
4 „	27	7,0
więcej	51	13,3
Inne zabiegi		
zdjęcie kamienia nazębnego	22	5,7
skierowanie na protezę, protezowanie	5	1,3
doraźna pomoc, drobne opatrunki	8	2,1
zabiegi bliżej nie określone przez pacjentów	8	2,1

Uwaga: Odsetki odpowiedzi nie sumują się do 100, ponieważ pacjenci mogli udzielać dowolną liczbę odpowiedzi.

netach prywatnych i spółdzielczych i możliwością przeprowadzenia w nich leczenia w szybszym czasie.

W badaniu A. Pawełczyńskiej nad higieną i opieką zdrowotną na wsi (OBOP, 1964, 2726 gospodyń wiejskich, próba ogólnopolska) badanym kobietom zadano serię pytań na temat możliwości korzystania z opieki lekarskiej, korzystania faktycznego badanych kobiet i członków ich rodzin (męża, dzieci). W badaniu uwzględniono także elementy biografii medycznej badanych kobiet. A oto niektóre wyniki badania:

Na wstępie badane kobiety zapytano, czy praktycznie mogą korzystać z opieki lekarskiej na tyle, na ile byłoby to potrzebne im samym i ich najbliższej rodzinie. Twierdząco odpowiedziało 42,4% kobiet, 52,1% stwierdziło, że są z tym związane jakieś trudności. Trudności te to na pierwszym miejscu koszt leczenia (30,7%), następnie brak czasu (19,2%), zbyt duża odległość do lekarza (18,7%) oraz brak odpowiednich lekarzy w okolicy (12,2%).

Tabela 31. Usługi stomatologiczne, z jakich korzystali pacjenci w gabinetach prywatnych lub spółdzielczych

Rodzaj usługi	Liczba odpowiedzi	%
Prace protetyczne niedostępne w lecznictwie uspołecznionym	107	27,9
Plombowanie zębów w związku z usługami protetycznymi, niedostępny w lecznictwie uspołecznionym	17	4,4
Usuwanie zębów w związku z usługami protetycznymi, niedostępny w lecznictwie uspołecznionym	8	2,1
Plombowanie zębów (usługi dostępne w lecznictwie uspołecznionym)	28	7,3
Usuwanie zębów (usługi dostępne w lecznictwie uspołecznionym)	11	2,9
Prace protetyczne dostępne w lecznictwie uspołecznionym	10	2,6
Inne	1	0,3
Brak odpowiedzi	20	5,2
Nie korzystano z usług gabinetów prywatnych lub spółdzielczych	217	56,7

Fakt, że najwięcej kobiet jako na podstawową trudność w korzystaniu z opieki lekarskiej wskazuje wysoki koszt leczenia, wiąże się z tym, że w okresie realizacji badania tylko 29,9% badanych miało prawo do leczenia w przychodniach rejonowych. Dla orientacji zapytano badane, ile w ich okolicy kosztuje wizyta u lekarza. Ustalono, że nieco ponad połowę badanych kobiet (53,4%) płaciło za wizytę do 50 zł, a 41,3% badanych od 51—100 zł. Tylko 6,3% badanych stwierdziło, że wizyta kosztowała powyżej 100 zł.

Ceny wizyt u lekarzy przytoczone przez respondentki nie są wygórowane; przypominają orientacyjne ceny wizyt u lekarzy w spółdzielniach lekarskich. Warto jednak pamiętać, że osoby nie posiadające ubezpieczenia w przypadku choroby mogą być zmuszone płacić za kilka wizyt, ponadto wykonują odpłatnie wszelkie badania dodatkowe (np. laboratoryjne) i płacą pełną opłatę za leki. W tej sytuacji koszt leczenia, mimo niewysokich opłat za pojedynczą wizytę, może stać się poważną sumą.

Jeśli chodzi o następne z wymienionych czynników, zbyt duża

odległość do lekarza i brak odpowiednich lekarzy w okolicy, ilustruje to tabela 32.

Tabela 32. Dane o możliwości korzystania z opieki lekarskiej w badanych terenach

N = 2726

Rodzaj usługi	Lokalizacja służby zdrowia					
	brak danych	na miejscu	do 5 km	5–10 km	10–15 km	powyżej 15 km
Lekarz	1,5	18,9	38,6	26,7	9,5	4,8
Felczer	25,2	16,8	31,2	18,1	5,3	3,4
Dentysta	1,8	17,9	38,1	28,2	10,0	4,0
Ośrodek zdrowia	1,5	21,6	40,7	24,8	8,2	3,2
Apteka	1,7	18,9	39,0	26,7	9,8	3,9
Położna	6,3	19,7	36,9	24,0	9,2	3,9
Poradnia	7,8	6,7	20,7	23,3	16,0	25,5
Izba porodowa	6,4	7,9	25,7	31,7	17,3	11,0
Szpital	3,7	1,4	10,6	22,0	21,2	41,1

Przyjrzyjmy się teraz (zob. tabela 33), jak przedstawiają się częstotliwości korzystania z opieki lekarskiej. Badane kobiety zapytano, ile razy w ciągu ostatnich dwóch lat korzystały z opieki lekarskiej one same, ich mężowie oraz najmłodsze dzieci.

Tabela 33. Częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej w ciągu ostatnich dwóch lat

N = 2438

Częstotliwość	Kobiety wiejskie	Mężowie	Najmłodsze dzieci
Ani razu	32,6	38,3	24,2
Jeden raz	20,9	21,1	17,5
Kilka razy	36,4	27,8	42,2
Kilkanaście lub więcej	6,6	6,2	9,2
Brak danych	—	6,6	6,9

Częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej badanych i ich rodzin nie jest wysoka. Jest znacznie niższa niż dla porównania w populacji warszawskiej. Nieco częściej z opieki lekarskiej korzystają dzieci. Można by przypuszczać, że dzieje się tak na sku-

tek tego, że usługi poradni „D” do 1 roku życia są bezpłatne. Jednak tak nie jest: 83,1% nie korzysta z tych poradni, z tego 27,1% badanych kobiet w ogóle nie wie, że poradnie te są bezpłatne<sup>3</sup>.

Znacznym wpływem na częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej ma wykształcenie badanych. Im wyższe wykształcenie, tym częstsza tendencja do korzystania z opieki zdrowotnej. Postawa ludności wiejskiej wobec spraw zdrowia podlega więc takim samym prawidłowościom, jak zróżnicowania innych form uczestnictwa kulturowego.

Zależność między korzystaniem z opieki lekarskiej a wykształceniem jest uwidoczniła w tabeli 34.

Tabela 34. Korzystanie z opieki lekarskiej a wykształcenie

Wykształcenie kobiety	Osoby, które w ciągu 2 lat nie korzystały z opieki lekarskiej			Kobiety, które nigdy nie były u dentysty
	kobieta	jej mąż	jej najmłodsze dziecko	
Bez wykształcenia	39,5	46,7	31,5	26,0
Niepełne podstawowe	34,5	42,1	29,8	15,9
Podstawowe	31,5	40,5	21,7	10,6
Niepełne średnie, średnie i wyższe	22,3	33,3	18,7	3,1

Stwierdzono również, że przynależność kobiet do organizacji społecznych (Koła Gospodyń Wiejskich) wpływa na ich pozytywny stosunek do korzystania z opieki lekarskiej. Istnieje np. wyraźna zależność między przynależnością do Koła a częstością odbywania porodu w szpitalu lub izbie porodowej. Wiąże się to, jak można sądzić, z ogólnie wyższym poziomem kulturalnym i aktywnością kobiet wstępujących do organizacji społecznych.

Odwrotnie, niż obserwowaliśmy to wśród ludności miejskiej, przedstawia się zależność między korzystaniem z opieki lekarskiej a wiekiem badanych. Im starsze były badane kobiety, tym rzadziej korzystały z opieki lekarskiej w ciągu ostatnich lat. Podobnie

<sup>3</sup> Pytanie brzmiało: „Czy słyszała Pani o istnieniu w okolicy bezpłatnej poradni »D« i »K«?”



też przedstawia się problem wizyt u stomatologów. W starszych grupach wieku wzrasta wyraźnie odsetek osób, które nigdy w życiu nie były u dentysty.

Nie ma żadnych podstaw, aby przypuszczać, że osoby starsze rzadziej odczuwały potrzeby zdrowotne; wręcz przeciwnie, wydaje się, że opieki lekarskiej potrzebowały częściej. Fakt, że z niej nie korzystały, pozwala przypuszczać, że korzystały one z pomocy „medycyny nieoficjalnej” i że powszechnie stosowały domowe środki leczenia. Wskazuje on także na istnienie pewnych barier kulturowych związanych z korzystaniem z osiągnięć współczesnej medycyny i organizacji służby zdrowia.

Fakt korzystania z opieki lekarskiej przez kobiety zwiększa też szansę poddania badaniom lekarskim najmłodszego dziecka. Najwyraźniej widać takie tendencje przy analizowaniu stosunku opieki lekarskiej nad dzieckiem do korzystania z wykwalifikowanej opieki przy porodzie:

Tabela 35. Warunki porodu matki a opieka lekarska nad małym dzieckiem w %

Opieka nad dzieckiem do lat 7	Warunki porodu matki		
	w szpitalu lub izbie porodowej	w domu pod opieką lekarza lub położnej	w domu pod opieką „babki” lub sąsiadki
Nie	13,7	4,8	29,7
Tak	86,3	95,2	70,3
Razem	100,0	100,0	100,0

Widać więc, że kobiety o wyższej kulturze zdrowotnej bardziej dbają o warunki zdrowotne dzieci. Przy rozpatrywaniu powyższej zależności warto też podkreślić „wychowawczy” wpływ, jaki może wywierać w tym kierunku asystujący przy porodzie lekarz czy położna, którzy informują kobietę o konieczności opieki lekarskiej nad dzieckiem. Jak wykazują zebrane dane, opieka ta jest jednak w dalszym ciągu poszukiwana głównie w przypadku choroby dziecka. Tylko 12% badanych kobiet było u lekarza z dziećmi zdrowymi, w celach profilaktycznych np. (badania kontrolne).

Oprócz omawianych pytań na temat korzystania z opieki lekarskiej badanym kobietom zadano szereg pytań mających na celu

poznanie ich postaw w zakresie ochrony zdrowia i uwarunkowań tych postaw. Dla postawy „partycypacji” w opiece lekarskiej wskaźnikowe były m. in. miejsca odbywania ostatniego porodu przez kobiety i rodzaj otrzymywanej przez nie przy tej okazji pomocy oraz przekonanie kobiet o konieczności obowiązkowego zaszczepiania dzieci. Ważnym korelatem postaw wobec zdrowia okazały się warunki mieszkaniowe i poziom budownictwa, a przede wszystkim standard wyposażenia mieszkania (posiadanie pralki, telewizora, radioodbiornika).

W wyniku przeprowadzonych analiz stwierdzono w badaniu szereg prawidłowości ogólnych w zakresie postawy wobec spraw zdrowia i opieki zdrowotnej. Stwierdzono względną spójność tych postaw, wykryto również główne mechanizmy wpływające na ich kształtowanie się. Są to z jednej strony czynniki kulturowe i ekonomiczne, z drugiej — cechy społeczno-demograficzne badanej zbiorowości.

W innym badaniu ludności wiejskiej, przeprowadzonym w 1968 r. we wsi Karmanowice (Badanie Instytutu Medycyny Pracy i Higieny Wsi — obserwacja prowadzona przez rok nad zachowaniami medycznymi mieszkańców wsi — 546 osób), obliczono wskaźnik korzystania ludności z pomocy lekarskiej. Na przeszło 5 zadeklarowanych przez ludność stanów chorobowych z opieki lekarskiej korzystano średnio w 1,8 przypadków. Fakt ten według autorów badania wskazuje na istnienie w badanej populacji niezaspokojonego zapotrzebowania na pomoc medyczną.

Jeśli chodzi o strukturę korzystania z poszczególnych instytucji służby zdrowia, z blisko połową stanów chorobowych wymienionych jako leczone ludność zgłaszała się do uspołecznionych placówek podstawowej opieki zdrowotnej. Czwartą część przyjmował lekarz prywatnie, około 13% zgłaszało się do powiatowej przychodni specjalistycznej, 11% do szpitala, a na pogotowie ratunkowe przypadło tylko 2%. Zapotrzebowanie więc wyrażone w zgłaszalności do instytucji służby zdrowia w około  $\frac{3}{4}$ , kierowane jest do placówek podstawowej otwartej opieki zdrowotnej. Uwzględniając podział na płeć — u kobiet stwierdzono znacznie wyższy udział stanów chorobowych leczonych w szpitalu. Odwrotnie

w przypadku przychodni specjalistycznych. Tu udział chorób leczonych przez mężczyzn wyraźnie przewyższał odpowiednią wartość obliczoną dla kobiet.

Przyjrzyjmy się teraz zapotrzebowaniu ludności na usługi lekarzy specjalistów. Dane uzyskane z ankiety nie były pod tym względem kompletne. Ogólnie można jednak stwierdzić, że według relacji ankietowych odsetek skierowań do specjalisty wydanych korzystającym z porad lekarskich kształtował się średnio na poziomie 5% zgłoszonych stanów chorobowych. Więcej skierowań otrzymali mężczyźni niż kobiety. Widać też wyraźne różnice między ubezpieczonymi i nie ubezpieczonymi. Ci pierwsi pracując dodatkowo poza rolnictwem w znacznej części korzystali z usług lekarza przyzakładowego, który ma większe niż lekarz wiejski możliwości korzystania z zaplecza specjalistycznego. Wiąże się to z faktem, że wydawanie skierowań chorym nie ubezpieczonym hamowane jest koniecznością uiszczenia dodatkowych opłat u specjalisty.

Podobnie wygląda sprawa w przypadku skierowań na badania diagnostyczne. Wśród osób, które korzystały z opieki lekarskiej, największą liczbę skierowań otrzymali mężczyźni ubezpieczeni (14,9%). Dla ludności ubezpieczonej różnica między mężczyznami a kobietami jest niewielka, w przypadku natomiast nie ubezpieczonych stosunek skierowań mężczyzn do kobiet ma się 2,2 : 1.

Kobiety ubezpieczone otrzymywały częściej niż nie ubezpieczone skierowania na badania dodatkowe. Poza względami ekonomicznymi tłumaczyć to można młodszą strukturą wieku tych pierwszych. Z ich szeregów rekrutują się w przeważającej części przyszłe matki, stąd konieczność wykonywania badań diagnostycznych w czasie trwania ciąży<sup>4</sup>.

Znaczną rolę faktu posiadania bądź nieposiadania ubezpieczenia dla korzystania z opieki zdrowotnej może zilustrować tabela 36, zestawiająca zgłaszalność rejestrowaną z chorobowością subiektywną.

<sup>4</sup> B. Skrętowicz, A. Rotter, *Zapotrzebowanie na opiekę zdrowotną ludności wybranej wsi w powiecie Puław w świetle badań panelowych „Medycyna Wiejska”, 1972, nr 3.*

Tabela 36. Zgłaszalność na 1000 mieszkańców według płci i ubezpieczenia<sup>5</sup>

Zgłaszalność	Ubezpieczeni		Nie ubezpieczeni	
	M	K	M	K
Zgłaszalność	1269,9	1876,6	501,2	601,6
Chorobowość subiektywna	1376,9	1780,8	1475,3	1488,2

Różnicę wskaźników zgłaszalności u ludności ubezpieczonej i nie ubezpieczonej ilustruje dokładniej tabela 37, przedstawiająca strukturę korzystania ludności z poszczególnych placówek służby zdrowia.

Tabela 37. Struktura korzystania z różnych placówek służby zdrowia wśród osób ubezpieczonych i nie ubezpieczonych

N = 546

Rodzaj placówki	Ubezpieczeni	Nie ubezpieczeni
Ośrodek zdrowia	37,2	28,2
Przychodnia powiatowa i zakładowa	32,8	21,7
Szpital	6,3	7,8
Pogotowie ratunkowe	5,2	2,6
Prywatnie	14,7	38,0
Inne	3,8	1,7
Razem	100,0	100,0

Analiza korzystania z poszczególnych instytucji służby zdrowia wykazała, że nie ubezpieczeni prawie trzy razy częściej korzystają z usług lekarza prywatnie. Jest to zgłaszalność, która nie jest uwzględniona w raportach (statystykach) o ocenie stanu zdrowia i nie brana pod uwagę przy programowaniu opieki zdrowotnej.

We Wrocławiu w 1971 r. przeprowadzono badanie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej (1010 osób, kwestionariusz pocztowy, wysłany do 4000 osób wylosowanych z kartotek ewiden-

<sup>5</sup> Za zgłaszalność rejestrowaną uznano zgłoszenia chorobowe i niechorobowe (w ciągu ostatniego roku). Chorobowość jest sumą wszystkich przypadków chorobowych przewlekłych i nowych zachorowań. Należy tu zaznaczyć, że badania chorobowości na podstawie zgłoszeń nie dostarczają obiektywnych informacji o chorobowości i stanie zdrowia.

cji ludności mieszkańców Wrocławia, autorzy M. Grzebska, T. Skarżyński). W badaniu próbowano m. in. zorientować się w powszechności korzystania ze spółdzielni lekarskich i motywacji z tym związanych. Ustalono, że 31% ankietowanych (wszystkie osoby ubezpieczone) korzystało ze spółdzielni lekarskich. Uzasadnienia, jakie przedstawiono, były następujące:

1. krótsze oczekiwanie na poradę (zwłaszcza takich specjalistów, jak okulista, neurolog, laryngolog),
2. lepszy stosunek personelu do pacjentów,
3. przekonanie o zapewnieniu sobie większej dyskrecji przy niektórych chorobach.

Ogromna większość pacjentów spółdzielni to ludzie, którzy szukali anonimowości. Wiązą się one głównie z dolegliwościami neurologicznymi i psychicznymi oraz dolegliwościami wymagającymi poradni skórnej i wenerycznej. O poszukiwaniu anonimowości mówi około 73%. Zdaniem badanych większą anonimowość zapewnia spółdzielnia lekarska.

W roku 1966 w Przychodni Przykładowej przy zakładach garbarskich w Gnieźnie przebadano załogę (586 mężczyzn i 223 kobiety), poruszając problematykę korzystania przez nich z ich przykładowej placówki służby zdrowia (autor badania — W. Bulikowski). Pomysł badania polegał na ogłoszeniu pracownikom zakładu, że mogą się oni zgłaszać ze swoimi problemami, z którymi do tej pory musieli czekać (selekcja rejestracji itp.). W oparciu o to zebrano dane o spontanicznej zgłaszalności załogi z problemami do lekarza zakładowego. Problemy zgłaszane lekarzom przekraczały znacznie tradycyjne kompetencje lekarzy.

Z problemami tymi zgłosiło się do lekarza 154 osoby (19% załogi). Dominowały zagadnienia prawne, problemy bhp, a następnie sprawy rodzinne. Zakres problemów potwierdza tezę o oczekiwaniach co do ekspresyjnej roli pełnionej przez lekarza.

Uwagę zwróciła stosunkowo duża zgłaszalność kobiet w stosunku do liczby zatrudnionych. Spośród 223 kobiet 69 (30,9%) odwiedziło lekarza ze swoimi pozamedycznymi problemami. Najczęściej zgłaszały się kobiety w wieku 41—50 lat, a następnie w grupie wieku 31—40.

Najobszerniejszych i najbardziej wszechstronnie naświetlonych danych na temat korzystania ze służby zdrowia dostarczają badania OBOP 1967 r. (ogólnopolskie badanie mieszkańców miast). Problemowi temu był w zasadzie poświęcony prawie cały kwestionariusz. A oto uzyskane rezultaty.

Na wstępie przedstawimy kwestię wyboru przez badanych placówek służby zdrowia, z uwzględnieniem częstotliwości korzystania z nich.

Chcąc zebrać informacje na ten temat zadano następujące pytania: „Jeśli zachodzi potrzeba skorzystania z pomocy lekarskiej, gdzie Pan(i) tej pomocy poszukuje?” oraz pytanie: „Gdzie leczy się Pan(i) najczęściej?” Odpowiedzi na te pytania przedstawia tabela 38.

Tabela 38. Rodzaje placówek, z których najczęściej korzystają pacjenci

N = 1710

Rodzaje placówek	%
W przychodni rejonowej	59,5
W przychodni przyzakładowej	14,9
U lekarza prywatnie	7,8
W przychodni specjalistycznej	4,6
W spółdzielni lekarskiej	1,9
Nie leczę się	3,8
Brak danych	7,5

Poszukując korelatów dla wyboru placówek służby zdrowia, w których pacjenci leczą się najczęściej, rozważono, czy wybory te pozostają w związku z takimi cechami, jak: wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy (przynależność społeczno-zawodowa) oraz wiek badanych. Wydaje się, że najciekawsze zależności występują pomiędzy wyborem placówek służby zdrowia a wykształceniem. Ilustruje je tabela 39.

Obserwując grupę osób, która najczęściej leczy się w przychodniach rejonowych, widać zarysowujący się trend wyrażający się w zmniejszaniu częstości korzystania z tego rodzaju placówek

Tabela 39. Wybór typu placówki służby zdrowia a wykształcenie (dane w %)

Formy lecznictwa	Wykształcenie						
	niepełne podsta- wowe	podsta- wowe	niepełne średnie	zasad- nicze zawod.	średnie	niepełne wyższe	wyższe
	158	618	246	155	344	86	53
Przychodnia rejonowa	64,5	64,1	63,0	45,2	59,3	53,5	37,7
Przychodnia przy- zakładowa	12,7	13,1	10,2	37,4	11,4	12,8	17,0
Przychodnia specja- listyczna	2,5	4,2	4,5	3,2	5,2	5,8	7,5
Spółdzielnia lekarska	—	1,0	1,6	1,6	2,3	4,7	3,8
Lekarz przyjmujący prywatnie	6,3	7,1	8,5	1,3	9,9	10,4	15,1
Niekorzystanie z po- mocy lekarskiej	8,3	3,3	4,5	2,9	4,7	4,5	1,9
Brak danych	5,7	6,4	7,7	5,8	9,0	8,1	17,0

wraz ze wzrostem wykształcenia. Z ogólnej prawidłowości wyłamują się osoby z wykształceniem zawodowym, korzystające rzadziej z przychodni rejonowych, niż wynikałoby to z tendencji tej zależności. Przyczynę tego znajdujemy — jak się wydaje — analizując korzystanie z przychodni przyzakładowej, w których osoby o tym wykształceniu korzystają w znacznie wyższym odsetku niż pozostałe.

Odwrotna tendencja występuje, jeśli chodzi o korzystanie z porad lekarzy przyjmujących prywatnie. Wraz ze wzrostem wykształcenia wyraźnie wzrasta częstość korzystania z wizyt prywatnie. Podobnie jak w przypadku pacjentów rejonowego lecznictwa z prawidłowości tej wyłamuje się grupa pacjentów z wykształceniem zasadniczym zawodowym.

Obok pytania o faktyczne korzystanie z różnego rodzaju placówek medycznych badanym zadano także pytanie na temat ich preferencji przy wyborze najbardziej odpowiadających im miejsc leczenia. Brzmiało ono „Gdyby Pan(i) miał(a) niczym nie skrepowaną możliwość wyboru, gdzie leczył(aby) się Pan(i) najchętniej?”

Zgodnie z panującymi opiniami, przypisującymi najwyższą ja-

kość świadczonych usług lekarzom ordynującym prywatnie, ponad połowa badanych (60,8%) preferuje tę właśnie formę leczenia. Sytuacja taka jest typowa nie tylko dla służby zdrowia w Polsce. W związku z postępującą specjalizacją i technicyzacją zawodu lekarskiego zmieniają się proporcje między ekspresyjną i instrumentalną funkcją lekarza na korzyść tej ostatniej. Lekarze przyjmujący prywatnie w większym stopniu mogą sobie pozwolić na pełnienie w stosunku do pacjentów funkcji ekspresyjnej. W wielu krajach europejskich zapotrzebowanie na ten właśnie aspekt roli zawodowej lekarza sprawia, że wielu pacjentów preferuje lecnicstwo prywatne<sup>6</sup>.

Zaskakujący natomiast jest fakt niewielkiej liczby wyboru spółdzielni lekarskich jako najbardziej pożądanego miejsca leczenia. Tylko 6,5% badanych deklaruje, że chciałoby się leczyć w tego typu placówkach.

Tabela 40 zestawia dane na temat korzystania i preferowania określonych placówek medycznych.

Tabela 40. Faktyczne i preferowane wybory placówek leczniczych (dane w %)

N = 1710

Placówki	Faktyczne	Preferowane
Przychodnie rejonowe	59,5	21,2
Przychodnie przyzakładowe	14,9	7,4
Prywatny gabinet lekarski	7,8	60,8
Spółdzielnia lekarska	1,9	6,5

Orientacyjnie około trzykrotnie więcej osób leczy się faktycznie w rejonowym lecnicstwie, niż chciałoby z tego typu lecnicstwa korzystać. Podobnie więcej osób korzysta z przychodni przyzakładowych — w stosunku do preferencji w tym zakresie (sto-

<sup>6</sup> Por. E. Haavio Mannila, *Official and Unofficial Expectations Concerning the Care of the Sick*, „Acta Sociologica”, vol. 17, Helsinki 1963. Por. także J. Gillon, O. Lahalle, *Les Français et leur médecine*, [w:] *Sondage*, „Revue Française d'Opinion Publique”, 1960, nr 1, 2.



sunek 2 : 1). W przybliżeniu ośmiokrotnie więcej osób niż faktycznie z tego lecznictwa korzysta, chciałoby natomiast korzystać z lecznictwa prywatnego. Nie wiemy wprawdzie, jak wielu spośród badanych miało w ogóle jakieś doświadczenia związane z korzystaniem z usług lekarzy prywatnych, wydaje się jednak, iż w tak znacznej liczbie deklarujących chęć korzystania z tego lecznictwa wiele osób dokonało wyboru nie tyle w oparciu o własne doświadczenia, co w oparciu o panujące stereotypy głoszące wyższość usług świadczonych w prywatnych gabinetach lekarskich.

Pytając badanych o preferencje związane z wyborem określonych placówek służby zdrowia zapytano także o motywy związane z tymi wyborami. Ponad połowa (52%) badanych uważa, że sumienni i troskliwi lekarze to przede wszystkim lekarze leczący prywatnie.

Za najbardziej dogodnie w korzystaniu ponad połowa pacjentów uznała lecznictwo przyzakładowe. Zdumiewająco mało natomiast osób przy wyborze placówki medycznej brało pod uwagę jej standard — zaplecze laboratoryjno-diagnostyczne, funkcjonalność lokali itp. Niewiele też osób podało motywy negatywne związane z odrzuceniem określonych placówek.

Zwolennicy lecznictwa rejonowego częściej rekrutują się spośród osób z relatywnie niższym wykształceniem. Zwolennicy natomiast spółdzielni lekarskich i lekarzy prywatnych w nieco wyższym odsetku stanowią osoby z wykształceniem relatywnie wyższym. Być może na sytuację tę ma wpływ różnica co do rodzaju wymogów i oczekiwań kierowanych pod adresem lekarzy i instytucji medycznych, uzależniona różnym stopniem wykształcenia, posiadaną kulturą medyczną badanych i różnymi możliwościami finansowymi.

Dość interesujące są wnioski, które płyną po łącznym rozpatrzeniu danych odnośnie do preferowanych placówek medycznych i stanu zdrowia badanych.

Można byłoby przypuszczać, że ilość doświadczeń związanych z korzystaniem ze służby zdrowia (wyznaczona częstotliwością chorowania) będzie czynnikiem różnicującym badaną populację ze względu na preferowanie określonego rodzaju placówek lecz-

nictwa otwartego. Wobec często podnoszonych zastrzeżeń pod adresem placówek uspołecznionego leczenia otwartego można byłoby się spodziewać, że częściej chorujący pacjenci będą preferować leczenie prywatne i spółdzielcze — w wyższym odsetku niż rzadko chorujący, kontaktujący się ze służbą zdrowia sporadycznie. Okazuje się jednak, że różnice takie nie występują. Preferencje osób chorujących często i rzadko lub wcale nie różnią się prawie w ogóle wysokościami odsetków. Świadczyć to może o tym, że nie tyle stan zdrowia i ilość doświadczeń medycznych wyznaczają poglądy na jakość usług poszczególnych placówek leczenia otwartego, co raczej czynniki pozamedyczne, w dużym stopniu — jak się wydaje — związane z pozycją społeczną pacjentów.

W dotychczasowych rozważaniach przedstawiliśmy materiały odnoszące się do bezpośredniego korzystania przez badanych z różnych placówek służby zdrowia i związanych z tym preferencji. Przejdźmy teraz do omówienia zagadnień wiążących się z częstotliwością zgłaszania się do badanych placówek oraz rodzaj schorzeń, będących powodem wizyt u lekarzy. Na wstępie przypatrzymy się danym na temat częstotliwości zgłoszeń badanych do poszczególnych rodzajów placówek.

Przeważającą odsetek badanych w ciągu ostatniego roku korzystał głównie z leczenia uspołecznionego. Stosunkowo naj-

Tabela 41. Częstość zgłoszeń pacjentów do poszczególnych placówek medycznych w ciągu ostatniego roku (dane w %)

Typ placówki	1-3 wizyty	4-6 wizyt	7-10 wizyt	Ponad 10 wizyt
Przychodnia rejonowa N = 1260 — 73,3%	61,1	19,9	9,9	8,3
Przychodnia specjalistyczna N = 599 — 35,0%	74,5	15,0	4,3	4,2
Przychodnia przyzakładowa N = 363 — 21,2%	63,9	20,9	8,3	5,2
Spółdzielnia lekarska N = 183 — 10,7%	79,3	13,1	3,8	1,1
Prywatny gabinet lekarski N = 363 — 21,2%	73,8	16,0	5,0	3,0

mniej osób korzystało z usług spółdzielni lekarskich. Jeśli chodzi o częstotliwość korzystania z poszczególnych typów placówek służby zdrowia, to jeśli wyliczyć z rozważań przychodnie specjalistyczne, posiadające raczej konsultacyjny (w stosunku do przychodni rejonowych), a nie leczniczy charakter, można powiedzieć, że z lecznictwa prywatnego i spółdzielczego korzystało proporcjonalnie więcej osób, gdy w grę wchodziły wizyty jednorazowe (1—3), przy większej natomiast liczbie wizyt (4 i więcej) proporcja ta zmienia się na korzyść lecznictwa uspołecznionego.

Tę stosunkowo dużą liczbę zgłoszeń pacjentów do lekarzy prywatnych i spółdzielni lekarskich na wizyty o charakterze jednorazowym można wiązać z występującą niejednokrotnie u chorych potrzebą weryfikacji diagnozy czy zalecanej przez innego lekarza terapii. Zachowania takie nasilają się szczególnie w przypadkach podejrzeń o ciężkie schorzenia, wobec konieczności stosowania skomplikowanych terapii czy bolesnych zabiegów. Są one typowe także dla osób przewlekłe chorych, podejrzewających, że są leczne nieskuteczne — gdy poprawa nie następuje w widoczny sposób.

Przyjrzyjmy się teraz rodzajom schorzeń, z jakimi pacjenci zgłaszali się do przychodni rejonowych w ciągu ostatniego roku.

Z danych zawartych w tabeli 42 widać, że najczęstsze przyczyny wizyt u lekarzy wiązały się ze schorzeniami dróg oddechowych, a następnie w niemal identycznym odsetku chorobami przewodu pokarmowego i łącznie potraktowanymi chorobami „serca i nerwów”. Nadmiernie duży odsetek schorzeń jest objęty kategorią „inne”.

Z punktu widzenia całości badania szkoda, że pytając o schorzenia będące powodem wizyt u lekarzy ograniczono się wyłącznie do pytania o przyczyny wizyt składanych w przychodniach rejonowych. Interesujące byłoby porównanie takich danych w odniesieniu do spółdzielni lekarskich i prywatnych gabinetów lekarskich.

Uzupełniających danych na temat rodzaju schorzeń, z jakimi zgłaszali się badani do przychodni rejonowej, dostarczają dane o rodzaju specjalistów, do których zgłaszali się pacjenci ze swoimi dolegliwościami.

Tabela 42. Rodzaj schorzeń, z jakimi zgłaszali się pacjenci do przychodni rejonowej (w ciągu ostatniego roku)

N = 1710

Rodzaj schorzenia	%
Choroby dróg oddechowych (anginy, grypy, przeziębienia)	33,6
Choroby „serca i nerwów”	17,0
Choroby przewodu pokarmowego (choroby żołądka, wątroby)	16,9
Choroby reumatyczne, gośćcowe	10,9
Choroby kobiece	6,4
Choroby „chirurgiczne” (złamania, zwichnięcia, ropniaki, czyraki itp.)	4,6
Choroby nerek	3,4
Choroby „laryngologiczne” (uszu, gardła)	3,2
Choroby „okulistyczne” (oczu)	1,8
Inne dolegliwości	13,0

Największy odsetek badanych (77,3<sup>0</sup>/o) wymienia internistów. Ma to związek z faktem, że 49,0<sup>0</sup>/o badanych korzystających z usług gabinetów specjalistycznych szło do lekarzy specjalistów z otrzymanym uprzednio od internisty skierowaniem. Na drugim miejscu znajduje się ginekolog (10,6<sup>0</sup>/o), a następnie chirurg (7,9<sup>0</sup>/o). Stosunkowo niski procent osób korzystających z porad wąkospecjalistycznych fachowców (np. dermatolog 2,7<sup>0</sup>/o, neurolog 4,4<sup>0</sup>/o, okulista 4,8<sup>0</sup>/o) wiąże się to w większości przypadków z tym, że lekarze ci nie są zatrudnieni w przychodniach rejonowych (z których korzystała przeważająca część badanych), lecz głównie w przychodniach obwodowych i specjalistycznych.

Przedstawimy teraz dane informujące o korzystaniu przez badanych z różnego rodzaju zabiegów.

Większość badań pomocniczych i zabiegów terapeutycznych było wykonywanych w przychodniach rejonowych i przyzakładowych. Niewiele osób korzystało z usług gabinetów prywatnych i spółdzielni lekarskich, te bowiem w niewielkiej liczbie posiadają

Tabela 43. Rodzaje zabiegów, z których korzystali badani (dane w %)

N = 1710

Rodzaje zabiegów	Przychodnie rejonowe	Przychodnie przyzakładowe	Spółdzielnie	Prywatnie	Inne	Nie korzystali	Brak danych
Drobne zabiegi (zaszczytki, opatrunki)	42,2	10,8	0,8	7,8	3,1	29,6	10,2
Analizy krwi, moczu itp.	40,3	7,1	1,8	2,5	5,8	31,9	12,3
Prześwietlenia klatki piersiowej, przewodu pokarmowego kości itp.	36,4	7,5	1,7	2,2	9,8	32,0	12,2
Naświetlania lampą kwarcową, solluxem, diatermią, budki na-grzewcze	10,0	1,6	0,5	0,6	2,6	58,9	25,8

odpowiednią bazę diagnostyczną i terapeutyczną pozwalającą na prowadzenie wyżej wymienionych badań i terapii.

Uzupełniających danych na temat sposobu korzystania z badań dodatkowych dostarczają odpowiedzi uzyskane na pytanie ankiety: „Czy zdarzyło się w ciągu ostatniego roku, że poradę lekarską uzyskał(a) Pan(i) w przychodni rejonowej, a badania pomocnicze (analizy, prześwietlenia) wykonał(a) Pan(i) w spółdzielni lub prywatnie?” Jak stwierdzono w badaniu, korzystanie z badań pomocniczych poza leczeniem społecznym (przychodnia rejonowa) przy jednoczesnym korzystaniu z porad lekarskich w tym leczeniu, występuje stosunkowo rzadko (12,2%). Mimo iż nie mamy danych na temat motywów takiego postępowania — to w oparciu o wyniki innych badań można przypuszczać, że chodziło tu głównie o skrócenie czasu oczekiwania na przeprowadzenie samego badania, a następnie uzyskanie wyników. Prawdopodobnie niektórzy pacjenci kierowali się także przekonaniem, iż badania takie są przeprowadzane dokładniej w laboratoriach prywatnych.

W ankiecie zadano także pytanie o wzywanie lekarzy rejonowych na wizyty domowe. Ponieważ omawia się szeroko rozumiany sposób korzystania przez badanych z placówek medycznych — włączyliśmy powyższą kwestię do zawartych tu rozważań.

Jak wykazują zebrane dane, nie wzywało lekarzy do domu (w ciągu ostatniego roku) 73,2% badanych.

Tabela 44. Rezygnacja ze zwolnienia lekarskiego ze względu na posiadane obowiązki

N = 1710

Rezygnacja ze zwolnienia	Odszetek respondentów
Osoby, które zrezygnowały z otrzymania zwolnienia	42,2
Osoby, które nie zrezygnowały ze zwolnienia	49,9
Brak danych	7,9

Wśród osób, które wzywały lekarzy do domu, przeważają wezwania pojedyncze, sporadyczne (1—3 wizyty). Dodać należy, że nieco częściej wzywały lekarzy do domu kobiety niż mężczyźni (29,0 : 22,4%).

Widać wyraźną zależność między oceną stanu zdrowia badanych a wezwaniem lekarzy do domu. Spośród osób, które chorowały rzadko lub wcale, wzywało lekarza do domu 17,9% badanych, podczas gdy w grupie chorujących często — 40,3%. Zależność ta jest raczej oczywista.

Nie widać wyraźnej zależności między wiekiem badanych a wezwaniem lekarza do domu. Jedynie w grupie osób najstarszych (powyżej 60 lat) liczba wezwań wyraźnie wzrasta (dla porównania w skrajnych grupach wieku wielkości te kształtują się następująco: 18—24 lata — 17,4%; powyżej 60 lat — 32,8%).

Uzupełniający charakter mają odpowiedzi uzyskane na pytanie: „Czy kiedykolwiek miał(a) Pan(i) przykrości z tego powodu, że wezwanie lekarza z przychodni do domu uznane zostało za nieuzasadnione?” Zdecydowana większość badanych nie miała takich

przykrości (86,8% osób spośród tych, które w ogóle wzywały lekarza). O przykrościach takich wspomina jedynie 6,5% badanych.

Innym aspektem korzystania ze służby zdrowia jest problem uzyskiwania przez badanych zwolnień lekarskich. Poświęcone temu były dwa pytania kwestionariusza: „Czy bywało, że rezygnował(a) Pan(i) ze zwolnienia lekarskiego ze względu na nawal pracy zawodowej bądź na inne obowiązki?” i „Czy również zdarzyło się, że znalazł(a) się Pan(i) w sytuacji, że Pana(i) zdaniem wystarczyło tylko pozostać w domu dzień lub dwa, aby dolegliwość minęła, ale ze względu na potrzebę zwolnienia udał(a) się Pan(i) do lekarza?”

Pytania te mają na celu zorientowanie się, jak rozpowszechnione są wśród badanych dwa przeciwstawne sobie zachowania: rezygnacja ze zwolnienia mimo odczuwanych dolegliwości i odwiedzanie lekarza wyłącznie w celu zdobycia takiego zwolnienia. Dane liczbowe na ten temat przedstawiają tabele 45 i 46.

Tabela 45. Konieczność otrzymania zwolnienia lekarskiego jako przyczyny wizyt u lekarza

N = 1710

Konieczność otrzymania zwolnienia	Odsetek respondentów
Osoby, które były u lekarza wyłącznie po zwolnienie	38,4
Osoby, które nie chodziły do lekarza wyłącznie po zwolnienie	52,6
Brak danych	9,0

Rozkłady odpowiedzi na oba pytania są do siebie zbliżone. Odsetek osób, które odwiedziły lekarzy wyłącznie w celu otrzymania zwolnienia lekarskiego, jest zbliżony do odsetka tych osób, które w takich wypadkach rezygnowały ze zwolnienia i związanej z tym wizyty u lekarza.

Ciekawie przedstawia się zestawienie obu typów zachowań z wykształceniem badanych. Istnieje wyraźna zależność między wzrostem wykształcenia a częstością rezygnowania ze zwolnienia lekarskiego. Sytuację tę można wiązać ze wzrostem odpo-

wiedzialności pracy wykonywanej na wyższych, wymagających większych kwalifikacji stanowiskach, w związku z czym osoby o wyższym wykształceniu zajmujące takie stanowiska mają częściej poczucie, że są „nie do zastąpienia”. Jednocześnie osoby o wyższym wykształceniu wykonujące pracę umysłową łatwiej mogą funkcjonować z niewielkimi dolegliwościami niż osoby pracujące fizycznie.

Jednocześnie jednak istnieje pewna tendencja do zależności pozytywnej między wykształceniem a częstością odwiedzania lekarza wyłącznie w celu uzyskania zwolnienia. Wydaje się więc, że wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta pewna „elastyczność” w stosunku do zadań związanych z wykonywaniem pracy zawodowej, jednocześnie występowanie przeciwstawnych zachowań.

Ilustrują te zagadnienia liczby zawarte w tabeli 46.

Tabela 46. Zwolnienie lekarskie jako przyczyna wizyty u lekarza a wykształcenie

N = 1710

Stosunek do zwolnień	Wykształcenie						
	niepełne podstawowe	podstawowe	niepełne średnie	zasadnicze zawodowe	średnie	niepełne wyższe	wyższe
	158	618	246	155	344	86	53
Rezygnacja ze zwolnienia	28,5	39,3	37,3	49,7	48,0	51,2	60,4
Zwolnienie jako jedyna przyczyna wizyty u lekarza	29,7	37,4	32,5	49,7	37,2	51,2	56,6

Uwaga: Odsetki nie sumują się do 100,0%, ponieważ niektórzy badani w zależności od okoliczności reprezentowali dwie postawy.

#### WNIOSKI

W części Materiały przedstawiono wyniki pochodzące z ośmiu badań. Pięć spośród nich dotyczyło ludności miejskiej (trzy w Warszawie, jedno we Wrocławiu, jedno na ogólnopolskiej pró-



bie mieszkańców miast), dwa ludności wiejskiej, a jedno ograniczyło się do pacjentów wybranej przychodni.

Poszczególne badania realizowane były w latach 1961—1971.

Wydaje się, że przy podsumowywaniu danych z tej części pracy różnica czasu w realizacji poszczególnych badań powinna być uwzględniona w większym stopniu, niż uczynione to było w rozdziałach poprzednich. O ile bowiem można założyć, że zachowania ludzkie w zdrowiu i chorobie w ciągu kilku lat nie mogły statystycznie przemienić się w istotny sposób, to nie można uczynić takiego założenia dla korzystania z opieki zdrowotnej. Dotyczy to szczególnie tych terenów, na których zagęszczenie placówek służby zdrowia zmieniło się w istotny sposób (a w ciągu kilku lat jest to możliwe).

Sytuacja ta zmusza nas do pewnej ostrożności przy formułowaniu wniosków wynikających z porównań poszczególnych badań.

Przyglądając się preferencjom badanych związanych z wyborem placówek służby zdrowia (w których leczą się najczęściej) widać zdecydowaną przewagę placówek lecznictwa społecznego. Liczba kontaktów z lekarzami prywatnymi wzrasta wśród ludności wiejskiej. W miastach uderzająco niski jest odsetek osób, które w sposób stały korzystają z usług spółdzielni lekarskich. Sytuację tę wiązaliśmy raczej z konsultacyjnym charakterem tych placówek (weryfikacja diagnozy czy terapii zapisanej przez lekarza „rejonowego”). Stwierdzono pozytywną zależność między wykształceniem badanych osób (ludność miejska) a częstością wyborów usług lekarzy prywatnych.

Wiele miejsca niemal we wszystkich omawianych badaniach poświęcono częstotliwości wizyt u lekarzy oraz poszukiwaniu współzależności tych częstotliwości. Rozważane w badaniach czynniki, mające wpływ na owe częstotliwości, można ująć w trzy grupy: demograficzno-społeczne, psychologiczno-psychiatryczne oraz zdrowotno-medyczne. Jeśli chodzi o pierwszą grupę czynników, stwierdzono, że kobiety częściej korzystają z opieki zdrowotnej niż mężczyźni oraz że częstość ta wzrasta wraz z wiekiem. Ta ostatnia zależność przybrała odwrotny kierunek w badaniu populacji wiejskiej. Częstotliwość korzystania z usług placówek służby zdrowia

malą wraz z wiekiem. Sytuację tę wiązaliśmy z istnieniem pewnych „barier kulturowych” związanych z korzystaniem przez osoby starsze na wsi z form współczesnej służby zdrowia. Założyliśmy większą popularność porad medycyny nieoficjalnej wśród osób starszych na wsi.

Osoby oceniające gorzej stan swego zdrowia częściej poszukiwały kontaktu z lekarzem. Najczęstszymi przyczynami wizyt u lekarzy były (według deklaracji pacjentów) schorzenia dróg oddechowych, choroby przewodu pokarmowego oraz układu krążenia i nerwowego. Jeśli natomiast chodzi o specjalizacje najczęściej konsultujących lekarzy, to na pierwszym miejscu znajduje się internista, a następnie z dużo mniejszą częstotliwością wizyt ginekolog i chirurg. Ta zdecydowana przewaga wizyt u internistów jest, jak się wydaje, rezultatem wizyt mających na celu uzyskanie skierowania do specjalistów. Internista pełniłby tu więc funkcję „filtru” i „dystrybutora” pacjentów do lekarzy o węższych specjalnościach.

Badania Pracowni Psychiatrii Społecznej AM w Warszawie przyniosły wniosek, że częstotliwości wizyt pacjentów u lekarzy warto się także przyglądać z punktu widzenia stopnia neurotyczności pacjentów. Stwierdzono wyraźne różnice w częstości korzystania z usług służby zdrowia w grupie osób wysoko- i nisko-neurotycznych. Ta ostatnia grupa odwiedzała lekarzy znacznie rzadziej. Stwierdzono także pewien wpływ neurotyczności na zażywanie leków, był on na tyle wyraźny, że autorzy badania upatrywali w tym ryzyko lekomanii.

Przy rozpatrywaniu czynników mających wpływ na korzystanie ludności wiejskiej ze służby zdrowia stwierdzono ponadto wpływ faktu posiadania bądź nieposiadania ubezpieczenia oraz odległość i dostępność placówek służby zdrowia. Wydaje się, że ciekawe byłoby powtórzenie badania nad korzystaniem ludności wiejskiej ze służby zdrowia po wprowadzeniu powszechnego ubezpieczenia na wsi i stwierdzenie, w jakim stopniu wpłynęło ono na modyfikację „zachowań w chorobie”. Jednymi z korelatów postawy partycypacji ludności wiejskiej w opiece lekarskiej okazały się też wykształcenie, standard wyposażenia domów, warunki

mieszkaniowe i poziom budownictwa. Wskazuje to kulturowo-ekonomiczne uwarunkowania postaw wobec zdrowia ludności wiejskiej. Badania kobiet wiejskich OBOP wskazało także na doniosłość rodziny jako jednostki partycypującej w opiece zdrowotnej na wsi. Pokazano współzależności między korzystaniem ze służby zdrowia współmałżonków oraz matek i dzieci.

## CZEŚĆ VI. OPINIE I OCENY BADANYCH O PERSONELU MEDYCZNYM I PLACÓWKACH W KTÓRYCH SIĘ LECZĄ

### MATERIAŁY

Przedmiotem naszego zainteresowania w tej części pracy będą oceny i opinie badanych o instytucjach medycznych, z którymi stykali się w toku zaspokajania swoich potrzeb zdrowotnych. Oceny te poinformują nas o stopniu odczuwanego zadowolenia, związanego z warunkami, w jakich zaspokajane są potrzeby ludności w zakresie ochrony zdrowia.

W badaniach empirycznych nad potrzebami zdrowotnymi oceny o otrzymywanych świadczeniach medycznych nie występują tak często, jak dane dotyczące korzystania ze służby zdrowia. Zaobserwować przy tym można pewne ciekawe rozróżnienie. Oceny i opinie o funkcjonowaniu służby zdrowia napotykamy prawie wyłącznie w badaniach realizowanych przez socjologów. Prawie nigdy nie pytali o nie przeprowadzający badania lekarze. W badaniach „lekarskich” pytania zadawane w kwestionariuszach prawie zawsze dotyczyły sfery faktów; nie wkraczano w sferę postaw i opinii. Nawet bardzo proste pytania, typu: „Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z pracy swojej przychodni?” itp. pojawiają się w nich niezmiernie rzadko.

Oprócz ocen badanych związanych z funkcjonowaniem placówek medycznych, w których się leczą, przytoczone będą wskazywane przez nich trudności i braki związane z korzystaniem z opieki lekarskiej oraz postulaty ich rozwiązania, kierowane pod adresem władz służby zdrowia.

Przejdźmy teraz do prezentacji wyników.

Zacznijmy od badania OBOP (1961, „Opinie mieszkańców Warszawy na temat funkcjonowania opieki lekarskiej” — 1000 osób). Z badania tego przedstawione będą zarówno oceny całości kształtu opieki lekarskiej, jak i lekarzy, u których leczą się badani.

Na wstępie zajmiemy się ocenami lekarzy; będą tu przedstawione dane dotyczące ocen skuteczności leczenia i oceny postrzeganych stosunków pacjent — lekarz. Pierwszemu z wymienionych problemów odpowiadało w kwestionariuszu następujące pytanie: „Czy lekarze, u których się Pan(i) leczył(a) w ciągu ostatnich dwóch lat, na ogół stosowali zdaniem Pana(i) skuteczne środki leczenia?”.

Ponad 64% badanych osób stwierdza, że prawie wszyscy lekarze, u których się leczyły (lub większość z nich) stosowali skuteczne środki leczenia. Trzeba jednak liczyć się z tym, że badani mogli brać pod uwagę różne kryteria przy ocenie skuteczności leczenia. Wypowiadając się na ten temat niektórzy z badanych brali pod uwagę efekty leczenia, inni „działania” zapisanych leków; za przykład można tu podać następującą wypowiedź jednej z respondentek, która skarżyła się, że lekarz leczy ją nieskutecznie, ponieważ zapisał jej lekarstwo za 80 groszy. „Co to za lekarstwo — powiada oburzona — takim czymś nie można przecież wyleczyć”.

Nie ma różnicy w ocenach skuteczności leczenia między mężczyznami i kobietami. Istnieją natomiast w tym względzie różnice pomiędzy różnymi grupami wieku. Wśród osób starszych jest nieco więcej takich, które rzadko spotykały się ze skutecznym leczeniem (w grupie wieku 60 i więcej lat 27,8%, w grupie wieku 18—24 lata — 20,1%).

Te bardziej krytyczne oceny ludzi starszych uwarunkowane są, jak można przypuszczać, gorszym na ogół stanem zdrowia, przewlekłymi schorzeniami, których leczenie nie zawsze daje wyraźne efekty. Zestawienie ocen skuteczności leczenia z ocenami stanu zdrowia w wyraźny sposób wskazuje, że najwyższy odsetek niezadowolonych jest właśnie wśród osób, które oceniły stan swego zdrowia jako zły. W grupie osób oceniających stan zdrowia jako bardzo dobry niezadowolonych z leczenia jest 1,2%, w grupie osób oceniających stan zdrowia jako bardzo zły — 31,7%. Oczywiście osoby, które uważają się za zdrowe, korzystały z opieki lekarskiej

rzadziej i mogły mieć niewiele doświadczeń związanych ze skutecznym leczeniem. Stwierdzono także wzrost odsetka osób nastawionych krytycznie wobec skuteczności leczenia wraz ze wzrostem częstotliwości korzystania z opieki lekarskiej (wśród badanych, osób, które w ciągu ostatnich dwóch lat były jeden raz u lekarza — negatywnie ocenia leczenie 11,6%, kilka razy — 23,4%, kilkanaście razy — 37,9%, bardzo wiele razy — 34,8%).

Nie stwierdzono natomiast żadnej zależności między krytycznym stosunkiem do skuteczności leczenia a wykształceniem ani też różnic między poszczególnymi grupami społeczno-zawodowymi.

Ogólnie można powiedzieć, że ocena skuteczności środków leczniczych stosowanych przez lekarzy jest pozytywna. Osoby, zgłaszające z tego powodu zastrzeżenia do lekarzy stanowią zdecydowaną mniejszość w badanej populacji.

Ocena stosunku lekarzy do pacjentów jest na ogół również pozytywna.

Na pytanie: „Czy lekarze, u których Pan(i) się leczył(a) w ciągu ostatnich dwóch lat, mieli właściwy stosunek do Pana(i) jako pacjenta?” pozytywnie odpowiada 64,2% badanych, 14,3% stwierdza, że niektórzy z lekarzy mieli właściwy stosunek do pacjenta. Zdecydowanie negatywnie odpowiedziało 6,2% badanych.

Kobiety i mężczyźni jednakowo oceniają stosunek lekarzy do pacjentów. Nie stwierdzono też różnic między ocenami osób starszych i młodszych, stan zdrowia natomiast podobnie jak w przypadku ocen skuteczności leczenia wyraźnie wpływa na opinie w tej sprawie. (W grupie osób oceniających stan zdrowia jako bardzo dobry odsetek niezadowolonych wynosi 2,3%, podczas gdy w grupie o bardzo złym stanie zdrowia — 31,8%). Nie stwierdzono zależności między oceną stosunku lekarzy do pacjentów a wykształceniem i przynależnością społeczno-zawodową badanych osób. Brak takiej zależności jest ciekawy, przeczy bowiem spotykanym nieraz potocznym opiniom, że pacjenci bardziej wykształceni, o wyższych pozycjach społecznych (bliższych pozycji lekarzy) są przez nich lepiej traktowani.

Ciekawej zależności dostarcza zestawienie pytania o ocenę stosunku lekarzy do pacjentów ze sposobem oceniania przez nich skuteczności leczenia. Zależność tę ukazują dane tabeli 47.

Tabela 47. Ocena skuteczności leczenia a ocena stosunku pacjent – lekarz

Czy lekarze, u których się leczyl(a) Pan(i) stosowali skuteczne środki leczenia?	(dane w %)		N = 865
	Czy lekarze ... mieli właściwy stosunek do Pana(i) jako do pacjenta		
	Wszyscy lub większość	Niektórzy lub żaden	
Wszyscy lub prawie wszyscy	94,0	4,8	
Większość z nich	81,1	15,6	
Tylko niektórzy	43,7	54,9	
Żaden	28,6	66,1	

Jak widać, ci pacjenci, którzy ocenili pozytywnie skuteczność leczenia, uważali także, że lekarze mieli do nich właściwy stosunek. Ci natomiast, którzy uważli, że leczono ich nieskutecznie, często odczuwali stosunek lekarza do nich, jako do pacjentów, za niewłaściwy.

Przyjrzyjmy się teraz, jakie były przede wszystkim powody niezadowolienia z postawy lekarzy wobec pacjentów, sygnalizowane przez badanych. Poniższe zestawienie ukazuje motywy niezadowolienia:

Lekceważenie choroby i chorego, pośpieszne niedbałe załatwienie pacjenta.	18,5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Nieuprzejme, aroganckie odnoszenie się do pacjentów.	9,6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Zbyt szybkie, powierzchowne, niestaranne banie chorego.	7,0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>
Nierozpoznanie choroby, nieskuteczne leczenie.	6,3 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>

Jak widać, więcej osób wskazuje na braki z zakresu etyki lekarskiej (niesumienność zawodowa) aniżeli na brak kultury osobistej. Charakterystyczne jest, że 50<sup>0</sup>/<sub>0</sub> badanych stwierdza, iż stosunek lekarza do pacjenta jest różny w zależności od tego, czy lekarz przyjmuje prywatnie, czy w przychodni.

Uzasadniając to stwierdzenie badani wskazywali na następujące okoliczności:

lekarz przyjmujący prywatnie lepiej zarabia (to pozwala mu na lepsze traktowanie pacjentów?) — 215 osób = 24,6%,  
 wykazuje większą sumienność zawodową — 170 osób = 19,6%,  
 ma lepsze warunki pracy, więcej czasu dla pacjenta — 146 osób = 16,8%.

Ciekawa rzecz, że powyżej przedstawione opinie badanych na temat różnic w traktowaniu pacjentów przez lekarzy przyjmujących w przychodni i prywatnie nie są zależne od innych analizowanych cech badanych. Nie widać zależności pomiędzy wyżej omówionymi opiniami a płcią i wiekiem badanych, nie widać też różnic w różnych grupach społeczno-zawodowych i w grupach wykształcenia.

Przyjrzyjmy się teraz odpowiedziom badanych odnoszącym się do ocen funkcjonowania służby zdrowia jako całości. Oceny te będą się odnosić przede wszystkim do lecznictwa otwartego.

Ogólna ocena lecznictwa otwartego wypadła pozytywnie. Na pytanie, czy w ciągu ostatnich pięciu lat nastąpiły zmiany na lepsze w pracy lecznictwa otwartego — 53,2% badanych odpowiada twierdząco, a nie stwierdza zmian na lepsze tylko 14,2% badanych. Bardzo duża grupa osób, bo 34,2% badanych, nie ma zdania w tej sprawie. Jak z tego wynika — na każdych trzech pacjentów, którzy posiadają określony pogląd na pracę lecznictwa otwartego, dwóch dostrzega zmiany na lepsze.

Podobnie jak w przypadku ocen lekarzy i skuteczności leczenia osoby, które gorzej oceniły stan swego zdrowia, krytyczniej oceniają działalność lecznictwa otwartego i nie widzą zmian na lepsze. (Z oceną stanu zdrowia bardzo dobrą nie widzi zmian na lepsze tylko 3,5%, podczas gdy z oceną stanu zdrowia bardzo złą — 36,3%). Negatywne oceny występują także częściej wśród osób, które miały większe doświadczenia z korzystania z opieki lekarskiej w ciągu ostatnich dwóch lat. Wśród osób, które w ciągu ostatnich dwóch lat były raz u lekarza — nie widzi pozytywnych zmian 5,4%, kilka razy — 14,1%, a wśród osób, które były u lekarza kilkanaście razy i więcej odsetki przekraczają 20% badanych. Widać więc, że wraz ze wzrostem częstotliwości korzystania z opieki lekarskiej wzrasta liczba krytycznych ocen pod adresem lecznictwa otwartego.



W ścisłych związkach z oceną działalności lecznictwa otwartego pozostaje ocena lekarzy zarówno ze względu na skuteczność stosowanych przez nich terapii, jak i na stosunek pacjent — lekarz. Widać więc wyraźnie, że ocena całokształtu funkcjonowania otwartej opieki zdrowotnej jest w pewnej mierze uogólnieniem własnych doświadczeń badanych, związanych z korzystaniem ze służby zdrowia. Zatrzymajmy się teraz chwilę nad podstawowymi niedociągnięciami, które podkreślali badani.

Tabela 48. Niedociągnięcia lecznictwa otwartego spostrzegane przez badanych

N = 865

Jakie sprawy są, zdaniem Pana(i) najbardziej uciążliwe, gdy korzysta się z opieki lekarskiej	Osób	%
Czekanie w przychodni na numerki	533	61,6
Czekanie w przychodni na przyjęcie przez lekarza	437	50,5
Trudności związane z przeprowadzaniem dodatkowych badań	404	46,7
Trudności związane z dostaniem się do lekarza specjalisty	538	39,1
Niewłaściwy stosunek personelu pomocniczego do pacjenta	266	30,8
Niewłaściwe badanie przez lekarza	205	23,7
Inne	58	6,2
Brak danych	42	4,9

Pomimo wielu akcentowanych niedociągnięć musimy jednak pamiętać o tym, że większość ankietowanych osób (53,20%) ocenia pozytywnie zmiany, które zaszły w służbie zdrowia w ciągu ostatnich pięciu lat.

Spróbujmy się teraz przyjrzeć, na czym przede wszystkim polegają te pozytywne zmiany. A więc największa liczba osób odpowiada, że łatwiej obecnie dostać się do lekarza, mniejsze są kolejki, jest więcej lekarzy i personelu pomocniczego. Na drugim miejscu wymienia się zwiększenie liczby przychodni, poprawę warunków lokalowych, lepszą organizację pracy i lepsze wyposażenie przychodni.

Odpowiedzi te nie pozostają w sprzeczności z odpowiedziami

przedstawionymi w tabeli 47. Fakt, że wiele osób widziało poprawę w funkcjonowaniu lecznictwa otwartego, nie oznacza jeszcze, że nie można już mieć do niego żadnych zastrzeżeń.

Poniższe zestawienie uwidocznia życzenia badanych pod adresem lecznictwa otwartego, które ich zdaniem, powinny być załatwione w pierwszej kolejności. Są to następujące sprawy:

Zwiększenie liczby przychodni specjalistycznych	—	29,4 <sup>0</sup> /.
Zwiększenie liczby placówek dokonujących analiz i prześwietleń	—	20,8 <sup>0</sup> /.
Usprawnienie domowych wizyt lekarzy	—	18,3 <sup>0</sup> /.
Ulepszenie informacji w przychodniach, ambulatoriach itp.	—	5,3 <sup>0</sup> /.
Inne postulaty	—	4,3 <sup>0</sup> /.

Wśród postulatów ludności na plan pierwszy wysuwają się: po pierwsze — konieczność intensywnej rozbudowy lecznictwa otwartego, po drugie — usprawnienia organizacyjne.

Stosunkowo niewiele miejsca zajmują żądania pod adresem samych lekarzy, mimo że skargi na pracę lekarzy i personelu pomocniczego nie są rzadkim zjawiskiem i dały o sobie znać w prezentowanym tu materiale. Sprawa się wyjaśnia, gdy przyjrzymy

Tabela 49. Przyczyny niedociągnięć służby zdrowia widziane oczyma badanych N = 865

Przyczyny niedociągnięć	Osób	%
Zbyt duże obciążenie lekarzy	622	71,9
Zła organizacja pracy w placówkach lecznictwa	274	31,7
Niewłaściwy stosunek personelu pomocniczego przychodni i ambulatoriów do pacjenta	201	23,2
Niewłaściwy stosunek lekarzy do pacjentów	181	20,9
Trudności lokalowe	172	19,9
Brak wyposażenia gabinetów leczniczych	159	18,4
Zbyt mała liczba lekarzy	63	7,3
Inne przyczyny	2	0,2
Brak danych	47	5,4

się bliżej tabeli 49, w której zestawione są przyczyny, jakimi badani tłumaczą niedociągnięcia w pracy służby zdrowia.

Zwróćmy uwagę, że najwięcej osób wymienia przede wszystkim przyczyny natury obiektywnej — zbyt duże obciążenie lekarzy i złą organizację pracy w lecznictwie.

Jakkolwiek pewien odsetek odpowiadających widzi źródło zła w niewłaściwej postawie personelu pomocniczego i lekarzy, to jednak wyraźnie dominuje tendencja do wskazywania zespołu warunków utrudniających pracę lekarzy. Lekarz ma mało czasu dla pacjentów, bada źle i pobieżnie, bo nie może zrobić więcej i lepiej z przyczyn od niego niezależnych.

Przedstawimy teraz kolejne badanie mieszkańców dużego miasta. Będzie to badanie pt. „Opinie mieszkańców Wrocławia na temat funkcjonowania otwartej opieki zdrowotnej” (Badanie zrealizowała Pracownia Socjologiczna działająca przy przychodni specjalistycznej m. Wrocławia. Materiały uzyskano za pomocą ankiety pocztowej, rozesłanej do 4000 mieszkańców Wrocławia, dobranych losowo z kartotek miejskich. Uzyskano odpowiedzi od 1010 osób). Badanych proszono m. in. o dokonanie oceny pracy lekarzy, pielęgniarek i rejestratorek.

Przyjrzyjmy się na wstępie ocenom pracy rejestracji: pozytywnie pracę rejestratorek w przychodniach oceniło 62% badanych, „średnio” — 8%, a negatywnie aż 28% badanych.

Widać więc wyraźnie, że odsetek zdecydowanie niezadowolonych z pracy rejestracji jest stosunkowo duży. Negatywne opinie uzasadniane są przeważnie nieuprzejmością personelu oraz, rzadziej, podawaniem mylnych informacji o miejscu i godzinach pracy lekarzy lub innych gabinetów przychodni. Należy podkreślić, że stosunkowo nowy system rejestracji telefonicznej działa we Wrocławiu na ogół dobrze. Tylko 7% ankietowanych ma do tego systemu zastrzeżenia, które jednak spowodowane są przeciążeniem linii telefonicznej, co często uniemożliwia szybkie uzyskanie połączenia<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> M. Grzebska, T. Skarżyńska, *Opinie mieszkańców Wrocławia na temat funkcjonowania otwartej opieki zdrowotnej* „Zdrowie Publiczne”, 1971, nr 5.

Odnośnie do stosunku pacjent — lekarz czy pielęgniarka — pacjent zadano badanym pytania mające na celu sprawdzenie, czy respondenci potwierdzają nierzadkie opinie o złym traktowaniu pacjentów w przychodni przez personel. Tabela 50 przedstawia odpowiedzi na pytania: „Czy lekarze z przychodni dobrze odnosili się do Pana(i)?”, „Czy personel pielęgniarski dobrze odnosił się do Pana(i)?”

Tabela 50. Ocena pracy personelu medycznego

N = 1010

Personel medyczny	Oceny				
	bardzo dobrze	dobrze	dość dobrze	źle	brak odpowiedzi
Lekarze	42%	38%	14%	2%	4%
Pielęgniarki	27%	44%	15%	6%	8%

Dane te nie potwierdzają negatywnych opinii o stosunku personelu medycznego do pacjentów. Jak widać, 80% pacjentów mówi, że lekarze odnosili się do nich pozytywnie, 71% ma takie samo zdanie o pielęgniarkach. Oczywiście nie jest to stan idealny i należy nadal dbać o poprawę kultury współżycia, zwłaszcza między pacjentem a pielęgniarką. Wydaje się jednak — jak stwierdzają autorzy — że w ciągu ostatnich lat nastąpiła w tym względzie istotna poprawa.

Zastrzeżenia zgłaszane pod adresem personelu przychodni dotyczyły raczej kwestii związanych z dyscypliną pracy. Autorzy badania zaobserwowali, że kierownictwa przychodni często nie są w stanie zapewnić zastępstw w razie chorób lekarzy lub innych wydarzeń losowych. Brak właściwej informacji lub po prostu wywieszki na drzwiach powodują rozgoryczenie u pacjentów, którzy sądzą, że lekarzowi nie chciało się przyjść do pracy. Drugą ważną sprawą, o której piszą pacjenci, jest spóźnianie się lekarzy do pracy. Ponad 32% ankietowanych stwierdza, że lekarze notorycznie spóźniają się do pracy. Spóźnienia te przekraczają często 30 minut.

Jeśli chodzi o ocenę wizyt domowych, dokonywanych przez lekarzy, jest ona w zasadzie pozytywna. Tylko 5% odpowiedziało, że nie przyjęto od nich zgłoszenia lub że lekarz przybył z dużym opóźnieniem. Niemal wszyscy jednak podkreślają, że miało to miejsce w czasie epidemii grypy, kiedy lekarze odbywali po kilkadziesiąt wizyt dziennie, często bez środków transportu.

Na istnienie dużych trudności wskazali badani w związku z wykonywaniem badań laboratoryjnych. 32% ankietowanych wydało tu negatywną opinię. Wypowiedzi te uzasadniane są długim oczekiwaniem na wyniki badań oraz koniecznością wykonywania badań w różnych punktach miasta. W ankiecie pytano również o opinie na temat zaopatrzenia aptek wrocławskich w lekarstwa. Ocena wypadła pozytywnie. Tylko 16% badanych stwierdziło, że miały kłopoty z nabyciem leków, przy czym chodziło tu przeważnie o trudno dostępne środki zagraniczne. Przy tej okazji należy zaznaczyć, że pacjenci postulują, aby apteki miały prawo wydawania recept zastępczych w przypadku braku jakiegoś lekarstwa.

Badanych poproszono także o ogólną ocenę pracy ich przychodni. (Pytanie: „Czy ogólnie jest Pan(i) zadowolony(a) z pracy swojej przychodni?”) Odpowiedzi twierdzącej udzieliło 84% badanych, 7% było niezdecydowanych, a tylko 9% odpowiedziało nie (prawie wyłącznie kobiety).

Ankieta zakończona była prośbą o wpisanie uwag i postulatów dotyczących funkcjonowania placówek służby zdrowia we Wrocławiu. Oto one:

1. Brak lekarzy z zakresu specjalności „małych — klinicznych”.
2. Długie oczekiwanie na wyniki badań laboratoryjnych, brak możliwości wykonania wszystkich badań w jednej placówce.
3. Złe warunki lokalowe i higieniczne niektórych przychodni.
4. Nieprzyjmowanie w niektórych przychodniach pacjentów mających lekarzy zakładowych.

Jeśli chodzi o punkt czwarty, to wydaje się słuszne, aby przychodnie rejonowe przyjmowały takie osoby, gdyż nie wszyscy pacjenci posiadający lekarzy zakładowych mogą lub chcą iść do nich po poradę w czasie pracy, zwłaszcza w małych zakładach, gdzie lekarz nie przyjmuje codziennie.

W kolejnym badaniu, badaniu pacjentów poradni stomatologicznych w Warszawie, znaczną część kwestionariusza poświęcono ocenom i porównaniom stomatologicznego leczenia uspołecznionego z usługami pełnionymi w tym zakresie w gabinetach prywatnych i w spółdzielniach. Oceny poradni rejonowych dokonane przez pacjentów są niezwykle optymistyczne. Wydaje się jednak, że możemy tu mieć do czynienia w wielu wypadkach ze świadomym podwyższaniem ocen ze strony pacjentów, którzy byli dobrane spośród pacjentów przychodni i tam ankietowani. W tej sytuacji wielu z nich mogło się wstrzymać od przedstawienia bardziej negatywnych ocen (warunki wywiadu mogły rzutować na jakość odpowiedzi).

Tabela 51. Macierzysta poradnia w ocenie pacjentów

Ocena	Liczba pacjentów	%
Całość działalności poradni oceniam dodatnio	241	62,9
W większości działalność poradni oceniam dodatnio	73	19,1
Działalność poradni oceniam w połowie dodatnio w połowie ujemnie (średnio)	49	12,8
W większości działalność poradni oceniam ujemnie	3	0,8
Całość działalności poradni oceniam ujemnie	—	—
Nie mam zdania	8	2,1
Brak odpowiedzi i nie dotyczy	9	2,3
Razem	383	100,0

Negatywnie wypowiedziało się o pracy poradni mniej niż 1% badanych, pomimo licznie zgłaszanych zastrzeżeń do jej pracy w innym pytaniu ankiety. Żadnych zastrzeżeń pod adresem przychodni nie zgłosiło 50,7% badanych. Zastrzeżenia przedstawione przez pacjentów dotyczyły głównie złych warunków lokalowych przychodni, długiego czasu oczekiwania na przyjęcie przez dentystę i niewłaściwej informacji pacjentów przez rejestrację.

Na niewłaściwe zachowanie się lekarza wskazało tylko 0,8% badanych, a na zachowanie się pomocy dentystrycznej — 2,6%.

Dla porównania poproszono osoby, które leczyły się także w gabinetach prywatnych lub spółdzielczych, o dokonanie oceny pracy tych placówek. Oceny te są w zasadzie niższe niż oceny przyznawane gabinetom przychodni rejonowych. Wydaje się jednak, że istnieją podstawy (o czym była mowa) aby przypuścić, że oceny przychodni są tu zawyżone w stosunku do ocen gabinetów prywatnych. Pomimo wysokiej oceny przychodni około połowa badanych zgłasza liczne zastrzeżenia; podczas gdy w odniesieniu do gabinetów prywatnych zastrzeżenia te ma około 17% korzystających (około 7% badanej populacji).

Tabela 52. Ocena działalności gabinetów prywatnych lub spółdzielczych

Rodzaj oceny	Liczba pacjentów	%
Całość działalności gabinetu prywatnego lub spółdzielczego oceniam dodatnio	84	21,9
W większości działalność gabinetu prywatnego lub spółdzielczego oceniam dodatnio	21	5,5
Działalność gabinetu prywatnego lub spółdzielczego oceniam w połowie dodatnio, w połowie ujemnie (średnio)	20	5,2
W większości działalność gabinetu prywatnego lub spółdzielczego oceniam ujemnie	4	1,0
Całość działalności gabinetu prywatnego lub spółdzielczego oceniam ujemnie	1	0,3
Brak oceny i inne	16	4,2
Pacjent nie podał, że korzystał z usług w.w. gabinetów	237	61,9
Razem	383	100,0

Bardziej pozytywne od ocen poradni rejonowych są oceny lekarzy dentystów przyjmujących w tych przychodniach. 80% pacjentów uważa lekarza „swojej” poradni za dobrego. Pomimo zgłaszanych zastrzeżeń wydaje się, że w wielu wypadkach optymistyczny obraz działalności całokształtu poradni jest wynikiem postawy personelu, a głównie lekarzy do pacjentów.

Propozycje zgłoszone przez pacjentów korespondują z uprzednio przedstawionymi zastrzeżeniami pod adresem przychodni. Dotyczą one głównie wyposażenia przychodni i pewnych zasad orga-

nizacji przyjmowania pacjentów. Nie zgłaszano żadnych postulatów pod adresem personelu zatrudnionego w przychodni.

Przejdźmy teraz do zaprezentowania wyników zebranych w ogólnopolskim badaniu mieszkańców miast (OBOP, „Opinie mieszkańców miast o lecznictwie otwartym”).

Omawiając opinie i oceny badanych związane z placówkami medycznymi, w których się leczą, na wstępie zaprezentujemy ogólne oceny badanych na ten temat, po czym przejdziemy do bardziej szczegółowego przedstawienia motywacji poszczególnych ocen.

Tabela 53. Trudności w uzyskaniu porady u lekarza specjalisty w przychodni rejonowej w miastach różnej wielkości

N = 636\*

Występowanie trudności w uzyskaniu porady lekarza specjalisty w ciągu ostatniego roku	Miasta		
	niepowiatowe	powiatowe	wojewódzkie
	N = 127	N = 273	N = 232
Osoby, które miały trudności	15,0	20,1	24,6
Osoby, które nie miały trudności	80,3	76,6	72,8
Brak danych	4,7	3,3	2,6

\* Na pytanie odpowiadały tylko te osoby, które zgłaszały się do lekarza specjalisty w ostatnim roku.

Ponad połowa (56,3%) spośród korzystających stwierdza, że jest zadowolona z przebiegu leczenia w przychodniach rejonowych i specjalistycznych. Osoby, których opinia była negatywna, stanowią niewielki odsetek (16,4%). W konfrontacji z dość powszechnie panującą opinią na temat niedostatków funkcjonowania społecznej służby zdrowia można było oczekiwać, że odsetek osób niezadowolonych będzie wyższy.

Zastrzeżenia dotyczą głównie lekarza, choć wymienione tu kwestie nie zawsze muszą być związane bezpośrednio z jego osobą. Np. pobieżne badanie lekarskie może być równie dobrze związane z niewłaściwą organizacją służby zdrowia (nadmiarem pacjentów) — a nie stricte z nim samym.

Oceny badanych związane z przebiegiem leczenia w przychod-



niach rejonowych odniesiono do wieku pacjentów oraz subiektywnie ocenianego stanu zdrowia. Wiek — jak się okazało — nie ma wpływu na rodzaj wypowiedzianych opinii. Proporcje ocen negatywnych i pozytywnych są zbliżone we wszystkich kategoriach wieku, z wyjątkiem grupy osób najmłodszych (18—24 lat), która w wyrażnie niższym odsetku zajęła postawę krytyczną pod adresem przychodni rejonowych.

Widać natomiast dość wyraźną zależność między ocenami przebiegu leczenia a subiektywnie postrzeganym stanem zdrowia.

Osoby uważające się za bardziej chore (i jak pamiętamy z poprzednich rozważań częściej korzystające z usług służby zdrowia) powszechniej zgłaszają zastrzeżenia pod adresem przychodni rejonowych (21,3 : 14,2%). Korzystając relatywnie częściej z tych przychodni mają one większą szansę wychwycenia negatywnych aspektów ich funkcjonowania. Z drugiej strony — jak się wydaje — osoby poważniej chore różnią się rodzajem oczekiwań pod adresem służby zdrowia od osób rzadko chorujących; potrzeby ich mają bardziej złożony charakter; silniej odczuwają brak ich zaspokojenia.

Następną kwestią poruszoną w kwestionariuszu, związaną z ocenami badanych na temat funkcjonowania lecznictwa rejonowego, jest odczuwanie przez nich trudności w uzyskaniu porady u lekarzy specjalistów.

Analizując uwarunkowanie sygnalizowanych trudności odniesiono opinie pacjentów m. in. do wielkości miast, w których zamieszkują badani.

Ze względu na większe nasycenie rejonowego lecznictwa otwartego fachowymi kadrami specjalistycznymi w dużych miastach uzasadnione wydawało się przypuszczenie, że w miastach tych rzadziej występują trudności w dostępie do lekarzy specjalistów. Jest jednak odwrotnie.

Pacjenci z małych miast w niższym odsetku skarżyli się na trudności uzyskania porady lekarza specjalisty. Sytuacja ta wiąże się — jak się wydaje — z następującymi faktami: w małych miastach dostęp do lekarza specjalisty był w zasadzie uzależniony od decyzji (skierowania) lekarza rejonowego — ogólnego. W du-

zych miastach natomiast istniała możliwość bezpośredniego dostępu do specjalistów. W pierwszym przypadku „strumień dopływu” pacjentów do gabinetów specjalistycznych jest regulowany (przez internistę) i względnie mniej pacjentów dociera ze swoimi dolegliwościami do lekarzy specjalistów. Wiele przypadków leczonych w małym mieście u internisty w dużym mieście w ramach spontanicznego ruchu pacjentów trafia bezpośrednio do gabinetów specjalistycznych, przyczyniając się tym samym do zwiększenia jego natężenia i powstania trudności z uzyskaniem wizyty.

Inny typ trudności poruszony w kwestionariuszu wiązał się z korzystaniem z gabinetów zabiegowych, laboratoriów, gabinetów rentgenowskich itp. Spośród wszystkich badanych 30,1% (530 osób) nie korzystało w ogóle w ostatnim roku z usług tego typu gabinetów i z tego tytułu nie sygnalizuje żadnych trudności. Trudności napotymane przez badanych, którzy korzystali z tego typu usług w przychodniach rejonowych, przedstawiają dane tabeli 54, relatywizując je do konkretnych zabiegów i przeprowadzonych badań. Ukazują one też przewagę trudności typu organizacyjnego — braki w personelu przychodni, w wyposażeniu, podobnie jak wystąpiło to w przypadku trudności związanych z uzyskaniem porady u lekarzy specjalistów.

Większość trudności wymienionych przez badanych wiąże się głównie z organizacją pracy i wyposażeniem przychodni. Dotyczy to w przeważającej większości przeprowadzania badań laboratoryjnych i prześwietleń. Stosunkowo mało osób ma trudności z przeprowadzeniem drobnych zabiegów (zastrzyki, opatrunki) — nie wymagają one jednak posiadania przez przychodnię żadnego szczególnego wyposażenia. Niski odsetek osób wymieniający trudności w zakresie fizykoterapii wiąże się z faktem, że niewiele osób z tego rodzaju terapii korzysta.

Dotychczasowe rozważania poświęcone były w głównej mierze ocenie działalności przychodni rejonowych, z uwzględnieniem trudności napotykanych przy przeprowadzaniu różnego rodzaju badań i zabiegów. Przejdźmy obecnie do oceny roli personelu zatrudnionego w placówkach służby zdrowia.

Tabela 54. Trudności w przeprowadzaniu badań dodatkowych i poddawaniu się zabiegom — w przychodniach rejonowych (dane w %)

Rodzaje badań i zabiegów	Typy trudności		
	brak laboratoriów i odpowiednich gabinetów w przychodni (badania i zabiegi wykonywane poza siedzibą przychodni) N = 317	zbyt długie oczekiwanie na wykonanie analiz, zabiegów i otrzymywanie wyników N = 359	inne N = 139
Prześwietlenia (przewodu pokarmowego, klatki piersiowej, kości itp.)	42,3	23,7	8,6
Badania laboratoryjne, analizy krwi, moczu itp.	37,9	32,9	5,8
Drobne zabiegi (zastrzyki, opatrunki)	8,2	9,7	5,8
Fizykoterapia (naświetlenia lampą kwarcową, solluxem, diatermią, budkami nagrzewczymi itp.)	3,1	2,2	3,6

W tabeli 55 ukazane będą oceny badanych odnośnie do lekarzy, pielęgniarek i rejestratorek z przychodni rejonowych.

Z tabeli 55 wynika, że lekarze są nieco lepiej oceniani przez pacjentów niż pielęgniarki, a z kolei te lepiej od rejestratorek. Motywacje badanych przy udzielaniu wyżej wymienionych ocen nie są nam znane, nie wiemy też, jakie elementy pracy personelu

Tabela 55. Oceny personelu zatrudnionego w przychodniach rejonowych (dane w %)

N = 1710

Personel przychodni	Oceny			
	ogólnie zadowolające	ogólnie niezadowolające	trudno powiedzieć	brak danych
Lekarze	62,9	15,5	19,2	2,5
Pielęgniarki	57,5	13,3	25,3	3,4
Rejestratorki	52,0	24,0	21,1	2,9

przychodni były brane pod uwagę przy dokonywaniu tych ocen. Ponieważ w pytaniu użyto sformułowania „jak na ogół opiekują się chorym ... itp.”, można przypuszczać, że oceny są wypadkową wielu różnych doświadczeń i że dotyczą zarówno aspektu ekspresyjnego, jak i technicystycznego, fachowo-medycznego (zwłaszcza w odniesieniu do dwóch pierwszych kategorii). Niska ocena pracy rejestratorek w przychodniach jest zgodna z wynikami innych badań nad funkcjonowaniem placówek służby zdrowia (np. omawiane już badanie wrocławskie). Wydaje się, że rola rejestratorek sprowadza się w znacznej mierze do regulowania „ruchu pacjentów”, co praktycznie oznacza w wielu wypadkach odmowę lub wyznaczenie odległego czasu wizyty, przypuszczalnie na nich skupia się więc niechęć potencjalnych pacjentów, co nie wyklucza oczywiście niezadowolenia pacjentów wynikłego z ich małej sprawności, niskich kwalifikacji, nieuprzejmości itp.

Jednym z częstszych zarzutów formułowanych pod adresem służby zdrowia przez jej użytkowników jest długie oczekiwanie na wizytę u lekarza oraz nieproporcjonalny do potrzeb rozkład przestrzenny placówek służby zdrowia (przychodni rejonowych), co także wiąże się ze stratami czasu na dojazdy do lekarzy. Kwestii tej było poświęcone jedno z pytań kwestionariusza, mające na celu oszacowanie czasu koniecznego do uzyskania wizyty w przychodniach rejonowych. Dane na ten temat przedstawia tabela 56.

Analizując dane tabeli 56 można stwierdzić, że większy pro-

Tabela 56. Czas oczekiwania w przychodni na wizytę i czas potrzebny na dojazd do przychodni (dane w %)

N = 1710

Czas oczekiwania w przychodni	%	Czas potrzebny na dotarcie do przychodni	%
Do 30 min.	11,5	do 15 min.	47,7
31–60 min.	20,8	15–30 min.	34,2
Ponad 1 godz.	56,3	31–60 min.	7,8
Trudno określić	5,2	ponad 1 godz.	0,6
Brak danych	6,2	trudno określić	0,4
		brak danych	9,3

blem stanowi oczekiwanie na wizytę lekarza niż dotarcie do przychodni. Oczekiwanie w samej przychodni powoduje większe straty czasu (dla ponad połowy badanych więcej niż godzinę), podczas gdy tylko nieliczni spośród badanych potrzebują na dotarcie do przychodni więcej czasu niż pół godziny. Powszechne narzekania na długi czas oczekiwania na wizytę lekarską wiąże się z problemami wielokrotnie już wspomnianymi, a mianowicie: brakiem kadry lekarskiej i personelu medycznego w ogóle, brakiem odpowiedniego wyposażenia, aparatury do badań itp. Nie widać istotnych różnic w czasie oczekiwania na wizytę w zależności od typu przychodni, w której leczą się badani (rejonowa czy obwodowa), jak też nie wystąpiły różnice między czasem koniecznym na dotarcie do przychodni w miastach niepowiatowych, powiatowych i wojewódzkich.

Dotychczas w sposób analityczny rozważaliśmy poszczególne typy trudności związane z korzystaniem ze służby zdrowia. Wspominaliśmy o trudnościach wynikających z niewłaściwego wyposażenia przychodni w aparaturę medyczną, z niewłaściwej organizacji pracy przychodni, braku fachowych kadr medycznych czy ich niewłaściwego stosunku do pacjentów. Nie wyczerpywały one wszystkich możliwych z napotykanymi przez badanych trudności, były poza tym formułowane dość ogólnie. Obecnie przedstawimy uszczegółowione na ten temat odpowiedzi, które pozwolą nam jednocześnie uzyskać pogląd na powszechność odczuwania poszczególnych „bólączek”.

Zawarte w tabeli 57 rodzaje trudności były przedstawione badanym w formie kafeterii, z prośbą o zaznaczenie tych wszystkich, które występują w przychodniach, w których się leczą.

Przegląd kategorii wymienionych w tabeli 57 pozwala raz jeszcze zauważyć, że wszystkie najbardziej powszechnie zgłaszane rodzaje trudności sprowadzają się do względnego i bezwzględnego braku lekarzy.

Przeanalizujemy pięć najbardziej licznych kategorii. Na pierwszym miejscu podano „zbyt mało lekarzy — zbyt wielu pacjentów” (64,8%), na drugim miejscu „brak możliwości wyboru lekarza” (54,6%), a następnie „konieczność wcześniejszego zapisu” do

Tabela 57. Rodzaje trudności występujące w przychodniach, w których leczą się badani (dane w %)

N = 1710

Rodzaj trudności	Występowanie trudności
Zbyt mało lekarzy, zbyt wielu pacjentów	64,8
Brak możliwości wyboru lekarza	54,6
Konieczność wcześniejszego zapisu	54,5
Częste, znaczne spóźnienia lekarzy	48,9
Brak odpowiednich specjalistów	42,9
Częsta nieobecność lekarza w przychodni	32,0
Nieodpowiedni stosunek do pacjenta	27,3
Brak odpowiedniego wyposażenia w sprzęt	27,0
Nieodpowiednie godziny przyjęć lekarzy	25,2
Brak fachowego przygotowania lekarzy	12,6
Duża odległość od miejsca zamieszkania	11,1
Inne trudności	5,3

lekarza (54,4%). Wszystkie z wymienionych trudności w większym lub mniejszym stopniu wynikają z niedostatecznej liczebności fachowych kadr medycznych. Następnie, na czwartym miejscu co do liczebności, znajdują się głosy badanych krytykujące niedyscyplinowanie lekarzy (i pośrednio organizację pracy lekarzy) — „często, znaczne spóźnienia lekarzy” (48,9%), a także dość często wymieniana „częsta nieobecność lekarza w przychodni” (32,0%). Wreszcie na piątym miejscu co do powszechności występują narzekania na „brak odpowiednich specjalistów” w przychodniach (42,9%) — a więc także związane z brakiem lekarzy w ogóle.

Przedstawione powyżej rodzaje trudności związanych z korzystaniem z placówek lecznictwa uspołecznionego znalazły swe odbicie w postulatach dotyczących usprawnienia pracy przychodni rejonowych. Jeszcze raz wystąpiły tu problemy wynikające z niewystarczającego zabezpieczenia kadrowego przychodni rejonowych (lekarzy tak ogólnych, jak i specjalistów) oraz z organizacją pracy przychodni. Przy tej okazji badani zaakcentowali nową kwe-

stie, mianowicie standard przychodni — nie tylko w rozumieniu czysto medycznego wyposażenia, ale głównie metrażu pomieszczeń i ich funkcjonalności, tak aby zapewniały maksymalną wygodę pacjentom.

Kolejne badanie, przeprowadzone w 1965 r. przez J. Ejsmonda na zlecenie Zarządu Szpitali Miejskich, dostarcza nam ocen na temat funkcjonowania lecznictwa zamkniętego („Szpitale warszawskie w świadomości pacjentów”).

Badaniem objęto pacjentów 11 szpitali warszawskich. Do badania wybrano oddziały: wewnętrzne, chirurgiczne i ginekologiczne z wyłączeniem położnictwa. Wiek badanych pacjentów ograniczono do przedziału 20—60 lat. Wywiady przeprowadzono w ciągu trzech tygodni ze wszystkimi pacjentami opuszczającymi szpital. Zgromadzono w ten sposób 750 wywiadów.

Badanych poproszono o dokonanie syntetycznej oceny szpitala, w którym przebywali, poproszono ich także o ocenę efektów przeprowadzonego leczenia. Jak przedstawiają się odpowiedzi na drugie pytanie, ilustruje tabela 58.

Tabela 58. Ocena efektów kuracji szpitalnej

N = 750

Ocena kuracji	N	%
W wyniku kuracji stan zdrowia uległ zdecydowanej poprawie	374	50,0
Uległ tylko częściowej poprawie	255	34,1
Pozostał bez zmian	34	4,4
Uległ pogorszeniu	8	1,0
Brak zdania	13	1,6
Nie dotyczy (np. pacjenci na obserwacji)	66	8,9

Oczywiście te subiektywne oceny nie musiały się pokrywać z opiniami fachowców na temat różnic w stanie zdrowia pacjentów przed i po hospitalizacji, za wyleczonych całkowicie lub częściowo uznało się 84% badanych, czyli tyle osób opuściło szpital w przekonaniu, że pełnił on w stosunku do nich pozytywną rolę.

Jeśli chodzi o ocenę skuteczności leczenia w rozbiciu na poszczególne oddziały szpitali, można powiedzieć, że na ogół najwyżej oceniały skuteczność terapii szpitalnej pacjentki oddziałów ginekologicznych, na drugim miejscu chirurgicznych, co jest zrozumiałe ze względu na radykalność środków likwidujących przyczyny niedomagań.

Najmniejszy odsetek pacjentów zadowolonych wystąpił na oddziałach internistycznych. Obok specyfiki leczonych tu schorzeń, wymagających często długotrwałych i mało efektywnych kuracji, oddziały wewnętrzne znamionuje wysoki odsetek pacjentów w starszym wieku.

Inną próbę uzyskania syntetycznej oceny szpitala było wprowadzenie pytania: „Czy w wypadku konieczności ponownej hospitalizacji pacjent zgłosiłby się do tego samego szpitala?”

Odpowiedzi na to pytanie podają dane tabeli 59.

Tabela 59. Wybór szpitala w przypadku ponownej hospitalizacji

N = 750

Wybór szpitala	N	%
Wybrałby ten sam szpital	469	62,5
Raczej ten sam	155	20,7
Raczej inny	31	4,1
Inny	41	5,5
Brak zdania	52	6,9
Brak danych	2	0,3
Razem	750	100,0

Jak więc widać, zdecydowana większość pacjentów opowiedziała się za wybraniem w razie konieczności tego samego szpitala. Warto przy tym zaznaczyć, że 70,3% pacjentów miało już poprzednio doświadczenia co najmniej dwukrotnej hospitalizacji i że ogólna ocena szpitala stanowi często wynik porównania różnych placówek lecznictwa zamkniętego. Z drugiej jednak strony warto pamiętać, że wysoki odsetek wybierających ten sam szpital tłu-



maczy się także tendencją do preferowania poznanego już bliżej środowiska terapeutycznego.

Stwierdzono dwie interesujące korelacje między wyborem tego samego szpitala w przypadku ponownej hospitalizacji a postrzeganym wynikiem leczenia oraz warunkami pobytu w szpitalu (liczba chorych we wspólnej sali). A więc im lepszy wynik kuracji w subiektywnej ocenie pacjenta, tym większa szansa, że przy powtórnej hospitalizacji będzie chciał udać się do tego samego szpitala. Im więcej łóżek liczyły sale, w których przebywali pacjenci, tym niższy wśród nich odsetek wybierających ten sam szpital. Mamy w tym drugim przypadku do czynienia z uwarunkowaniem opinii przez czynniki stanowiące ważny, ale niezależny od personelu szpitala element środowiska terapeutycznego.

Następnie badanych zapytano, czy gdyby to było możliwe woleliby przeprowadzić kurację w domu.

Odpowiedzi prezentuje tabela 60.

Tabela 60. Stosunek do hospitalizacji domowej

N = 750

Czy pacjent wolałby, gdyby to było możliwe, przeprowadzić kurację w domu	N	%
Tak	227	30,3
Raczej tak	82	10,9
Raczej nie	109	14,5
Nie	292	38,9
Brak zdania	40	5,4

Nieco ponad połowa ogółu badanych opowiedziała się za szpitalem jako miejscem przeprowadzania kuracji. Spory jest jednak odsetek (41,20%) osób gotowych do zrezygnowania z niemożliwej do zrealizowania w warunkach domowych nieprzerwanej opieki fachowej personelu medycznego. Fakt ten jest interesujący w świetle popularnej szczególnie wśród socjologów zachodnich tezy, że hospitalizacja staje się przyczyną silnych napięć psychicznych wywołanych zmianą środowiska, uniformizacją życia szpitalnego, odpersonalizowanymi stosunkami międzyludzkimi.

Preferencje dotyczące wyboru szpitala lub domu jako środowiska terapeutycznego są związane także z warunkami mieszkaniowymi pacjentów. Pacjenci mający złe warunki mieszkaniowe w znacznie mniejszym stopniu byli skłonni preferować dom jako miejsce kuracji.

W badaniu starano się uchwycić nie tylko oceny badanych związane z konkretnym pobytem w określonym szpitalu, ale także poznać ich opinie na temat najważniejszych czynników posiadających wpływ na przebieg szpitalnych terapii. Tabela 61 przedstawia odpowiedzi na pytanie: „Co zdaniem pacjentów ma decydujący wpływ na wyniki leczenia w szpitalu” (pytanie otwarte).

Tabela 61. Czynniki wpływające na wyniki leczenia w szpitalu

Czynniki	N	%
Zaufanie chorego do lekarza – wiara w skuteczność leczenia	36	4,8
Wiedza i doświadczenie lekarzy	229	30,5
Czynny udział chorego w procesie leczenia, stosowanie się do zaleceń lekarzy	35	4,7
Wyposażenie szpitala w nowoczesny sprzęt medyczny i leki	119	15,9
Życzliwy stosunek lekarzy i personelu pomocniczego do chorych – miła atmosfera między ludźmi w szpitalu	192	25,6
Sprawna organizacja pracy personelu wszystkich szczebli	60	8,0
Cisza, spokój, wygoda – pewien komfort w urządzeniu szpitala	13	1,7
Brak zdania	66	8,8

Najwięcej głosów dotyczy wiedzy i doświadczenia fachowego lekarzy — są to więc głosy kładące główny nacisk na instrumentalną funkcję lekarza. Niewiele mniej jest jednak głosów mówiących o dobrych stosunkach i atmosferze panującej w szpitalu, a więc poruszających wątek ekspresyjny. Jeżeli dodać do tego informację, że 56,70% badanych zaobserwowało niewłaściwy sto-

stunek lekarzy do pacjentów w czasie ich pobytu (43,8% w stosunku do pielęgniarek i 48,3% w stosunku do salowych) — widać, że problem relacji pacjent — personel medyczny szpitala jest kwestią żywotną.

Zaobserwowano przy tym, że na potrzebę ekspresyjnej roli lekarzy oraz cały syndrom czynników „psychospołecznych” (wiara w skuteczność terapii, czynny udział chorego w procesie leczenia) stosunkowo najrzadziej wskazywali rolnicy i robotnicy niewykwalifikowani, najczęściej zaś — pracownicy umysłowi. Postawy te są związane w znacznej mierze z wykształceniem pacjentów. Im niższe wykształcenie pacjentów, tym częściej preferuje on techniczno-medyczne czynniki w terapii, a rzadziej czynniki nazwane przez nas uprzednio psychospołeczne.

Z uzyskanych w badaniu danych wydaje się, że pacjenci formułując poglądy dotyczące skuteczności procesu leczenia kładą szczególnie nacisk na te jego aspekty, które w czasie pobytu w szpitalu były przedmiotem negatywnych doświadczeń. Odsetek pacjentów uznających za decydujący czynnik życzliwość wzrasta w grupie pacjentów, którzy zetknęli się z wypadkami niewłaściwego traktowania chorych. Dane na ten temat przedstawia tabela 62.

Tabela 62. Czynniki decydujące o wynikach leczenia a stosunek personelu do chorych (dane w %)

Wybrane czynniki decydujące o wynikach leczenia	Czy zdarzały się wypadki niewłaściwego traktowania chorych przez:					
	lekarzy		pielęgniarki		salowe	
	tak	nie	tak	nie	tak	nie
Życzliwy stosunek personelu do chorych	43,4	24,9	29,3	20,0	31,7	25,1

W opracowaniu nie uwzględniono innych zmiennych charakteryzujących doświadczenia szpitalne pacjentów. Być może ich związek z innymi spośród wskazanych czynników warunkujących skuteczność leczenia byłby również interesujący.

W Materiałach tej części przedstawione zostały fragmenty pięciu badań, poświęcone ocenom placówek służby zdrowia i personelu medycznego. Przedstawiono też braki związane z funkcjonowaniem poszczególnych placówek i niektóre postulaty badanych na temat usprawnienia ich działalności. Wszystkie badania dotyczyły ludności miejskiej. Cztery poświęcone były ocenom lecznictwa otwartego, jedno dotyczyło szpitali.

Podsumowując oceny uspołecznionego lecznictwa otwartego należy uznać je na ogół za pozytywne. Pozytywne były na ogół oceny lekarzy i efektów leczenia. Uwagi krytyczne powszechniej zgłaszano pod adresem organizacji pracy w przychodniach, szczególnie w związku z trudnościami uzyskania porad specjalistów, wykonywania badań dodatkowych. Stosunkowo często też zgłaszano zastrzeżenia pod adresem pracy rejestracji w przychodniach i samych rejestratorek.

Uwagi te pokazują pożądany kierunek przemian i usprawnień służby zdrowia. Chodzi głównie o dokonanie zmian organizacyjnych, które pozwoliłyby pacjentom na realizację ich potrzeb zdrowotnych lepiej i bez zbędnych strat czasu. W badaniu ogólnopolskim mieszkańców miast ponad połowa badanych stwierdziła, że czas oczekiwania na wizytę u lekarza przekracza 1 godzinę. Poza postulatem zwiększenia liczby etatów dla lekarzy w przychodniach powszechne są głosy na temat szerszych możliwości wyboru lekarza, zredukowania procedury „zapisu” do lekarzy, większego przestrzegania dyscypliny przez lekarzy (szczególnie zlikwidowanie nie zapowiedzianych nieobecności w przychodni i spóźnień lekarzy). Wprawdzie wyniki badań na ten temat pochodzą sprzed kilku lat, wydaje się jednak, że wiele z tych postulatów jest ciągle aktualnych.

Akcentowane przez badanych niedociągnięcia organizacyjne w pracy przychodni i związane z tym straty czasu są jedną z przyczyn preferowania lecznictwa spółdzielczego i prywatnego.

Charakterystyczne jest, że stosunkowo niewiele jest zarzutów pod adresem lekarzy czy w ogóle personelu medycznego. Te, które

są, w wielu wypadkach skierowano w znacznej części bardziej przeciw organizacji pracy w przychodniach i warunkom, w jakich pracują lekarze — niż w stosunku do nich samych.

Przy referowaniu ocen pacjentów na temat funkcjonowania służby zdrowia należy zwrócić uwagę na fakt, że ich oceny są z konieczności uproszczone i raczej uogólniające problem niż nastawione na wyszukiwanie bardziej szczegółowych mankamentów w funkcjonowaniu służby zdrowia. I tak np. przy ocenianiu warunków, w jakich są zaspokajane potrzeby zdrowotne, przedmiotem ocen badanych jest czas czy warunki oczekiwania na wizytę lekarską, rzadko natomiast postrzega się jakość zaopatrzenia przychodni w sprzęt medyczny, zaplecze diagnostyczne, stopień jego unowocześnienia, wykorzystania itp. Wydaje się, że ciekawe byłoby badanie opinii lekarzy na temat warunków, w jakich odbywa się zaspokajanie potrzeb zdrowotnych pacjentów. Sytuacja ta powinna być wskazówką dla organizatorów służby zdrowia i polityki społecznej w ogóle.

Stwierdzono, że oceny krytyczne pod adresem służby zdrowia nasilają się wraz z wiekiem badanych, są też bardziej powszechne wśród osób oceniających swój stan zdrowia jako gorszy i częściej korzystających z opieki lekarskiej. Nie stwierdzono natomiast żadnej zależności między ocenami funkcjonowania służby zdrowia a wykształceniem badanych ani też różnic w opiniach przedstawicieli poszczególnych grup społeczno-zawodowych.

Przy ocenie placówek lecznictwa zamkniętego zaobserwowano zależność między tymi ocenami a subiektywną oceną wyników terapii, jakiej byli pacjenci poddani w szpitalach, oraz warunkami pobytu w szpitalu (liczba chorych we wspólnej sali). Interesujący jest stosunkowo wysoki odsetek (41,2) osób, które stwierdziły, że gdyby to było możliwe, wolałyby zrezygnować z hospitalizacji i przeprowadzić leczenie w domu.

## CZEŚĆ VII. POŻĄDANE MODELE LEKARZY

### MATERIAŁY

Podobnie jak problematyka ocen funkcjonowania służby zdrowia i lekarzy także pożądane „modele” lekarzy są kreowane wyłącznie w badaniach realizowanych przez socjologów. Dane zaprezentowane w tej części pracy będą dwojakiego rodzaju: przedstawione zostaną zarówno cechy „idealnych” lekarzy, jak i wzory zachowań lekarzy w pewnych konfliktowych sytuacjach, niejednoznacznie określonych normami etycznymi lekarzy.

Przytoczone zostaną wyniki czterech badań. Jedno z nich zostało wykonane na reprezentacyjnej próbie ogólnopolskiej, trzy pozostałe zrealizowane były w Warszawie.

Zacznijmy od cech „idealnego lekarza”. Problemowi temu była poświęcona część wielokrotnie już tu cytowanego badania mieszkańców Warszawy: „Opinie mieszkańców Warszawy na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej” — OBOP 1961.

Na wstępie przyjrzyjmy się danym tabeli 63, by móc określić, jakie cechy ceni w lekarzu pacjent.

Poniżej przedstawione preferencje nie zależą od płci, wieku, wykształcenia i innych cech społeczno-demograficznych. Nie stwierdzono również, aby doświadczenia osobiste (jeżeli chodzi o skuteczność leczenia i odnoszenie się lekarzy do pacjentów) wyraźnie wpływały na wybór cech „dobrego lekarza”. Występują tylko pewne różnice w odniesieniu do kolejności podkreślania trzech najważniejszych cech dobrego lekarza: kwalifikacji zawodowych, sumienności zawodowej i właściwego stosunku do pacjentów.

Ci, którzy odpowiedzieli, iż lekarze stosowali przeważnie sku-

Tabela 63. Odpowiedzi na pytanie: „Na jakie cechy lekarza zwracałby Pan(i) uwagę wybierając sobie stałego lekarza?”

N = 865

Pożądane cechy	Osób	%
Fachowość, wysokie kwalifikacje, doświadczenie i wiedza	388	44,9
Sumiennność zawodowa (staranne badanie, rzetelne leczenie)	270	31,2
Właściwy stosunek do pacjentów (uprzejmość, życzliwość, troskliwość)	362	41,8
Dobra opinia u innych ludzi	69	8,0

teczne środki leczenia, charakteryzując dobrego lekarza wskazywali najpierw „na właściwy stosunek do pacjentów” (42,6%), na „wysokie kwalifikacje zawodowe” (41,6%) oraz na „sumiennność zawodową” (28,0%).

Ci natomiast, którzy uważają, że leczono ich nieskutecznie, wskazali najpierw na „wysokie kwalifikacje” (48,5%), a następnie na „sumiennność zawodową” (44,4%) i na „właściwy stosunek do pacjentów” (39,0%). Widać wyraźnie, że przy pozytywnych doświadczeniach główny akcent położono na dobre traktowanie pacjentów, a przy negatywnych — „na wysokie kwalifikacje zawodowe”.

Zobaczymy teraz, jaka jest kolejność wyboru cech dobrego lekarza, jeżeli weźmie się pod uwagę stosunki pacjent — lekarz. Osoby, które miały dobre doświadczenia pod tym względem, wymieniły przede wszystkim „wysokie kwalifikacje” (43,4%), a następnie „właściwy stosunek do pacjentów” (40,9%) oraz „sumiennność zawodową” (30,6%). Badani, których lekarze przeważnie traktowali niewłaściwie jako pacjentów, wskazywali przede wszystkim na „właściwy stosunek do pacjentów” (52,0%), a następnie na „wysokie kwalifikacje” (45,0%) oraz na „sumiennność zawodową” (37,0%).

Warto również podkreślić, że ci spośród badanych, którzy w ciągu ostatnich lat nie byli ani razu u lekarza lub byli tylko

jeden raz, określając cechy dobrego lekarza rzadziej niż inni podkreślali „właściwy stosunek do pacjentów” (24,0%), podczas gdy wśród ogółu badanych 31,2%.

Badani podali również, u jakiego lekarza internisty chcieliby się leczyć — u młodego czy starszego, u kobiety czy u mężczyzny.

Okazuje się, że zdecydowana większość woli się leczyć u starszego lekarza (53,5%); znaczna część badanych (37,5%) nie ma w tym względzie określonych preferencji, a tylko 8,7% preferuje młodego lekarza.

Wraz ze wzrostem wieku badanych zaobserwowano tendencję do wyboru lekarza starszego (w grupie wieku 18—24 starszego lekarza wybiera 48,0%, w grupie wieku 60 i więcej lat — 64,7%).

Dlaczego ludzie wolą leczyć się u lekarza starszego? W odpowiedzi na to pytanie respondenci wskazywali następujące czynniki:

starsi lekarze mają większe doświadczenie zawodowe (78,9%),  
lepiej odnoszą się do pacjentów (17,5%),

są bardziej sumienni, wnikliwiej badają, skuteczniej leczą (9,0%),

mają większą wiedzę zawodową (7,1%).

Osoby, które wolą się leczyć u lekarzy młodych, podają natomiast, że:

młodszy lekarze mają większą i bardziej nowoczesną wiedzę (42,7%),

są bardziej sumienni (18,7%),

mają lepszy stosunek do pacjentów (14,7%).

Warto tu zauważyć, że takie czynniki, jak sumienność czy wnikliwość lekarza, powtarzają się zarówno przy omawianiu cech lekarzy młodszych, jak i starszych, choć zdania na temat tego, kto cechy te reprezentuje w większym stopniu, były różne. Ciekawym czynnikiem natomiast, który wydaje się rzeczywiście różnicować obie grupy, są umiejętności lekarzy — z jednej strony wynikające z posiadania bogatego doświadczenia (w przypadku lekarzy starszych) — z drugiej strony bardziej nowoczesna wiedza medyczna (w przypadku lekarzy młodszych, niedawno kształconych).

Podsumowując wyniki tego pytania można powiedzieć, że lu-



dzie na ogół więcej polegają na doświadczeniu i praktyce niż na bardziej nowoczesnej wiedzy i dlatego wolą się leczyć u lekarzy starszych. Oczywiście mowa tu tylko o internistach.

Następnie zapytano badanych, czy wolą się leczyć u lekarza mężczyzny czy kobiety.

Okazało się, że mężczyźni interniści mają więcej zwolenników niż kobiety (28,2 : 19,8%). Warto też zwrócić uwagę na to, że w prównaniu z odpowiedziami na poprzednie pytanie (dotyczące preferencji w stosunku do starszych i młodych lekarzy) liczba osób stwierdzających „jest mi to obojętne” była mniejsza niż w pytaniu aktualnie omawianym (w przypadku płci lekarza wynosi ona 51,9%). Wydaje się więc, że większe znaczenie dla badanych miał wiek wybranego lekarza niż jego płeć. U lekarzy kobiet woli się leczyć więcej kobiet niż mężczyzn. Im gorzej oceniali stan swego zdrowia badani, tym częściej mieli wyraźne preferencje co do płci wybranego lekarza. Wśród osób, które oceniły stan swego zdrowia jako bardzo dobry, 59,3% nie widzi różnic pomiędzy wyborem lekarza mężczyzny czy kobiety; wśród osób natomiast, które stan swego zdrowia oceniły jako bardzo zły (takich osób jest tylko 36,4%), im gorszy stan zdrowia, tym częstszy wybór padał na lekarza internistę mężczyznę.

Zastanówmy się teraz, co jest przyczyną częstszego wyboru mężczyzny lekarza niż kobiety.

Oto niektóre powody: u lekarzy mężczyzn ludzie wolą się leczyć przede wszystkim dlatego, że:

jest to mniej krępujące (31,0% — odpowiedzi mężczyzn),

mają oni lepszy stosunek do pacjentów (21,3%),

są lepszymi fachowcami, mają wyższe kwalifikacje (16,0%),

mają większą sumienność zawodową (14,7%).

W uzasadnieniu wyboru lekarza kobiety podkreślano przede wszystkim następujące cechy:

mniejsze skrupowanie (50,6% — odpowiedzi kobiet),

lepszy stosunek do pacjentów (25,1%),

większą sumienność zawodową (11,7%).

W obu wypadkach uzasadnienia wyboru lekarza mężczyzny czy kobiety występują w takim samym prawie nasileniu z wy-

jątkiem „fachowości”. Tylko dwie osoby (1,2<sup>0</sup>/o) spośród 171, które woła leczyć się u internisty kobiety, uzasadniały swój wybór wyższymi kwalifikacjami zawodowymi kobiet lekarzy, spośród 244 osób natomiast, które woła leczyć się u internistów mężczyzn — 39 (16,0<sup>0</sup>/o) wskazało na ich wyższe kwalifikacje zawodowe. Nie widać jednak takich motywacji, które w zdecydowany sposób różniłyby kobiety lekarki od mężczyzn w oczach badanych osób. Przy charakteryzowaniu cech jednych i drugich respondenci posługują się tymi samymi kategoriami.

Nieco inaczej ustawiono problem „dobrego lekarza” w warszawskim badaniu stomatologicznym (J. Bejnarowicz, 1968). Zapytano badanych, czy spotkali kiedyś „dobrego” lekarza dentystę. W przypadku twierdzącej odpowiedzi proszono o jego charakterystykę. W odpowiedzi na to 237 pacjentów (61,9<sup>0</sup>/o) stwierdziło, że spotkało takiego lekarza. Charakterystyki dobrego lekarza wskazały na znaczenie umiejętności stwarzania przez niego pozytywnego kontaktu z pacjentem. Wymieniono takie cechy lekarza, jak delikatność, cierpliwość, wyrozumiałość i uprzejmość, przed takimi cechami, jak solidność i dobre wykonanie pracy.

Warto tu jednak pamiętać, że pytano o lekarza stomatologa. W jego przypadku, w związku z powszechnymi lękami pacjentów przed zabiegami stomatologicznymi, takie cechy, jak delikatność i cierpliwość, mogą mieć dla pacjentów pierwszorzędne znaczenie.

Poproszono także, aby pacjenci podali płeć dobrego lekarza. W zdecydowanej większości odpowiedzi (215 — 90,7<sup>0</sup>/o) wymieniono kobietę. Z jednej strony więc można przypuszczać, że kobiety częściej reprezentowały pożądane przez badanych cechy — z drugiej należy jednak pamiętać, że ze względu na feminizację tego zawodu w Polsce większość badanych mogła nie mieć żadnego kontaktu z lekarzem stomatologiem mężczyzną i stąd mniejsza szansa dla mężczyzn w takim porównaniu. Przybliżony wiek „dobrego lekarza” większość badanych określiła jako 31—40 lat. Jest to grupa lekarzy, której praktykę w zawodzie można orientacyjnie oszacować na 5—15 lat.

W dwóch następnych badaniach znalazły się sytuacje niejednoznacznie określone kodeksem lekarskim lub wręcz nie objęte

nim, a pacjenci próbowali rozstrzygnąć, jak powinien zachować się lekarz.

W badaniu „Opinie i postawy dotyczące chorób nowotworowych” (OBOP, 1962, 800 osób, mieszkańców Warszawy, autor badania — J. Kowalczyk) poruszono problem zachowania lekarza wobec śmiertelnie chorej osoby. Towarzyszące na ogół zachorowaniu na raka poczucie beznadziejności przypadku stawia lekarza i najbliższych w obliczu świadomości nadchodzącej śmierci, o której jeszcze nie wie człowiek nią zagrożony. Jak powinien postąpić lekarz po wykryciu raka u chorego? Tylko 25% odpowiadających było zdania, że lekarz powinien powiadomić o jego stanie chorego człowieka. Prawie połowa badanych (47,9%) nie miało wyrobionego zdania w tej sprawie lub decyzję uzależniało od dodatkowych okoliczności. Mężczyźni nieco częściej niż kobiety uważali, że lekarz powinien powiedzieć pacjentowi prawdę. Wraz z wiekiem wzrastał systematycznie odsetek osób, które protestowały przeciw informowaniu o chorobie uznanej za beznadziejną (w grupie wieku 18—24 — 22,6%, 60 i więcej lat — 32,2%).

W starszym wieku, gdy odczuwanie lęku przed śmiercią staje się silniejsze, powszechniejsza jest tendencja do utrzymywania śmiertelnie chorych w przeświadczeniu, że istnieje szansa na wyzdrowienie.

Postawa relatywizująca ten problem w zależności od okoliczności wystąpiła najpowszechniej w warstwie inteligenckiej. Częstość jej występowania wzrasta wraz ze stopniem wykształcenia. (Odpowiedź: „to zależy od okoliczności” w grupie osób z wykształceniem podstawowym wynosiła 24,4%, średnim — 36,4%, z wyższym 54,8%.)

W 1968 r. OBOP przeprowadził badanie pt. „Zawód lekarza w opinii publicznej”. Badanie przeprowadzono na reprezentacyjnej próbie ogólnopolskiej (3212 osób, autor badania — B. Maślińska).

W badaniu poruszono stosunek do następujących problemów: preferencje przy przyjmowaniu pacjentów do szpitala, przyjmowanie przez lekarzy upominków od chorych, problem przerywania ciąży, powołanie do zawodu lekarza, pogodzenie pracy zawo-

dowej z życiem osobistym oraz preferowane typy stosunku lekarzy do pacjentów.

Przyjrzyjmy się odpowiedziom na poszczególne pytania ilustrujące wyżej wymienione problemy. Na początek preferencje przy wyborze pacjentów do szpitala: „Jeżeli na jedno miejsce w szpitalu jest wielu kandydatów, czym Pana(i) zdaniem powinien kierować się lekarz, jeśli musi wybrać jednego z kilku pacjentów o takim samym stanie zdrowia?”

Przeważająca ilość badanych za podstawowy wzgląd przy podejmowaniu decyzji wskazała sytuację rodzinną pacjenta (82,6%). Stosunkowo duży procent badanych wskazał również stanowisko (31,8%) i społeczną popularność pacjenta.

Następna sytuacja przedstawiona badanym wiązała się z przyjmowaniem przez lekarzy prezentów od ich pacjentów: „Czy Pana(i) zdaniem lekarz może coś przyjąć od pacjenta przebywającego pod jego opieką w szpitalu?”, „Czy lekarz może coś przyjąć od pacjenta po jego wyjściu ze szpitala?” Odpowiedzi na oba te pytania przedstawia tabela 64.

Tabela 64. Opinie o przyjmowaniu przez lekarzy prezentów

N = 3212

Może przyjąć	W czasie pobytu w szpitalu	Po wyjściu ze szpitala
Każdą sumę pieniędzy	3,4	6,4
Tylko małą kwotę	2,3	2,1
Prezent, nawet kosztowny	5,0	12,0
Tylko drobny prezent	13,9	17,7
Tylko kwiaty	41,7	39,1
Nie powinien nic przyjmować	32,9	18,2
Brak danych	0,8	4,6

Różnice w poglądach badanych ujawniają się w zależności od tego, czy „prezent” miał być ofiarowany przed, czy po zakończeniu terapii. W tym drugim wypadku respondenci są bardziej „liberalni”. Widać też pewne różnice w poglądach w zależności od wieku badanych. Osoby starsze częściej są skłonne do akceptowania darów (zarówno pieniężnych, jak i rzeczowych) niż osoby

młodsze; wraz ze wzrostem wykształcenia natomiast wzrasta tendencja do akceptowania kwiatów lub całkowitej dezaprobaty upominków.

Kolejny z poruszonych problemów dotyczył stosunku do przerywania ciąży. Badanym zadano następujące pytanie: „Jak Pan(i) ocenia postępowanie lekarza, który odmówił pacjentce zabiegu przerywania ciąży, mimo iż orientował się, iż ciąża i urodzenie dziecka może stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia tej kobiety? Stanowisko takie uzasadniał swoimi przekonaniem”. Około  $\frac{1}{4}$  badanych (28,7%) uznało postępowanie lekarza za słuszne, raczej jako niesłuszne czy niewłaściwe określiło je 34% badanych, 36,3% określiło je natomiast jako zdecydowanie niesłuszne i nawet nieludzkie.

Nie stwierdzono żadnych zależności między tymi ocenami między płcią oraz wiekiem badanych. Istnieje natomiast wyraźny związek między postawą w stosunku do przerywania ciąży a wykształceniem. Wraz z wykształceniem wzrasta odsetek osób bezwzględnie potępiających odmowę lekarza (w grupie osób z wykształceniem niepełnym podstawowym — 26,7%, w grupie osób z wyższym wykształceniem — 58,5%). Postawa ta wystąpiła częściej w mieście niż na wsi (41 : 31,6%).

Następny problem postawy lekarza wobec własnego modelu życia bardziej bezpośrednio dotyczył osoby samego lekarza. Jak gościć pracę zawodową z życiem osobistym lekarza.

Ponad połowa badanych (53,5%) uznała, że lekarz powinien przede wszystkim pracować ofiarnie zawodowo, nawet kosztem życia osobistego. W postawie tej widzimy więc wymóg czy oczekiwanie ofiarności od lekarza, przekonanie o „specjalnej misji”, jaką wykonuje lekarz, i gotowości poświęcenia dla niej. Mniej liczebna grupa badanych (40,6%) uważa, że lekarze nie powinni zaniedbywać swego życia osobistego kosztem pracy. Postawa ta występowała częściej wraz ze wzrostem wykształcenia. Wymóg ofiarności od lekarza kosztem jego życia osobistego wystąpił nieco częściej na wsi niż w mieście oraz nieco częściej wśród mężczyzn niż kobiet.

Następnie badanym zaprezentowano dwa wzorce lekarzy,

z których jeden reprezentował głównie fachowość, a drugi serdeczność, i zapytano, który z wzorców preferują.

„Jeśli miałby Pan(i) wybrać lekarza, u którego chciałby Pan(i) się leczyć, to wiedząc, że z dwóch przyjmujących w przychodni lekarzy dr A jest znanym specjalistą, a dr B, choć nie cieszy się taką sławą, jak jego kolega, jest znany ze szczególnie serdecznego podejścia do pacjentów, którego by Pan(i) wybrał(a)?”

Dra A wybrało 39,5% badanych, dra B — 60,3%. Odsetki te pokazują wyraźnie, jakie są proporcje między potrzebą wyłącznej fachowości i pewnej fachowości popartej serdecznością. Wracamy w ten sposób do wątku ekspresyjnej i instrumentalnej roli lekarzy, który to wątek przejawiał się już w tym opracowaniu.

Wraz z coraz bardziej postępującą specjalizacją i technicyzacją medycyny lekarz ma coraz mniej okazji do zajmowania się pacjentem jako „tworem” nie tylko biologicznym, ale i psychospołecznym. Ma na to coraz mniej czasu, poza tym wydaje się, że jest on w coraz mniejszym stopniu do takiej roli przygotowany. Program kształcenia studentów medycyny jest bowiem paralelny do rozwoju medycyny współczesnej — coraz bardziej specjalistyczny i technicystyczny. Nacisk natomiast potrzeby szerszego i pełnego kontaktu z lekarzem wzrósł w ostatnich latach, kiedy z braku innych autorytetów zaczęto przypisywać lekarzom także rolę „lekarzy dusz”, którą to rolę pełnili zresztą kiedyś tzw. lekarze rodzinni. Dla porównania rolę tę przed wojną pełnił także ksiądz; wraz ze zmniejszaniem się doniosłości jego roli musiał się znaleźć ktoś inny, kto umiałby wysłuchiwać problemy swoich podopiecznych. (Za tezę taką mógłby świadczyć fakt, że na wsi, gdzie autorytet księdza jest bardziej żywotny, większy nacisk kładzie się na fachowość lekarzy.) Z drugiej strony wiadomo także, jak dobre samopoczucie i zadowolenie z życia wpływa na psychikę chorych i odwrotnie, trudne problemy życiowe pacjentów rzutują na ich zdrowie „somatyczne”. Wszystkie te czynniki sprawiły, że oczekiwania pod adresem ekspresyjnej roli lekarza są tak znaczne.

Oczekiwania tego typu doszły także do głosu w pytaniu o cechy osobowości, które niezbędnie powinien posiadać lekarz. Na

pierwszym miejscu znalazła się zdolność do poświęceń, a następnie zdolność do współżycia z ludźmi, życzliwość, uczciwość, uprzejmość.

#### WNIOSKI

W początkowych partiach tej części pracy przedstawione zostały opinie pacjentów o cechach „idealnego lekarza” oraz sposoby zachowania się lekarzy wobec pacjentów w trudnych przypadkach. Przytoczono dane z czterech badań socjologicznych na ten temat.

Truizmem jest, że wiara i zaufanie, jakie pokłada pacjent w lekarzu, odgrywają doniosłą rolę w procesie terapeutycznym. Ważne jest więc, aby pacjent mógł nawiązać z lekarzem właściwy kontakt, który przyczyni się do właściwej realizacji jego zdrowotnych potrzeb. Powstaje więc pytanie, jacy powinni być lekarze, aby kontakt ten był możliwy? Odpowiedzi uzyskane od pacjentów były dwojakiego rodzaju. Z jednej strony uwzględniały pewne cechy demograficzno-społeczne lekarzy (wiek, płeć, staż pracy), z którymi wiązały się jakieś doświadczenia poprzednich terapii, z drugiej strony eksponowano pewne cechy psychiczne lekarzy, co do których uważano, że przedstawiciele tego „specjalnego” zawodu powinni posiadać.

Tak więc obok aspektu fachowości i sumienności zawodowej podnoszono cały wątek ekspresyjnej roli lekarza: zdolność do nawiązania kontaktu z ludźmi i umiejętność współżycia, skłonność do poświęceń, życzliwość, uczciwość, uprzejmość.

## ZAKOŃCZENIE

W opracowaniu niniejszym zebrane i przedstawione zostały fragmenty badań poświęconych szeroko rozumianej problematyce potrzeb zdrowotnych. Opracowanie to, mające za zadanie zsyntetyzowanie badań w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa polskiego w l. 1945—1970, faktycznie swoim zasięgiem objęło znacznie krótszy czas. Wszystkie znalezione i omówione tu badania empiryczne pochodzą z lat 1960—1970.

W poszczególnych częściach opracowania zostały przedstawione subiektywne oceny potrzeb zdrowotnych postrzegane przez badanych, ich zachowania medyczne związane z realizacją tych potrzeb, warunki, w jakich je realizują i w jakich chcieliby realizować.

Zbyt zróżnicowane metody badań i ich konceptualizacja niejednokrotnie nie pozwoliły na porównywanie wyników badań i uwypuklenie na ich podstawie dynamicznego aspektu potrzeb zdrowotnych — ich rozwoju, przemian, zmian w sposobach ich zaspokajania. Z drugiej strony jednak zbyt duża rozpiętość czasu między poszczególnymi realizacjami badań utrudniała niekiedy potraktowanie ich jako materiału wzajemnie się uzupełniającego. W niektórych wypadkach jednak dokonano tego, np. przy analizie zachowań badanych związanych z zaobserwowaniem przez nich objawów choroby. Nie oznacza to oczywiście, że sposób reagowania na symptomy chorobowe nie zmienia się w czasie; rozwój medycyny i służby zdrowia stale modyfikuje zachowania medyczne społeczeństw — zmiany zachodzące w tym względzie nie są jednak tak raptowne, aby reakcje na chorobę zmieniły się w statystycznie istotny sposób w ciągu kilku lat.

Wyraźniejszym zmianom mógł ulec sposób korzystania badanych z usług służby zdrowia. Wzrastające nasycenie usługami



służby zdrowia ma natychmiastowy skutek we wzroście korzystających z poszczególnych placówek medycznych. Kilka lat jest więc okresem, w którym w korzystaniu ze służby zdrowia może się zmienić bardzo wiele. Przy omawianiu problemów tego typu wspólne rozpatrywanie danych z kilku odległych w czasie badań było utrudnione.

Na zakończenie każdej części zamieszczone zostało krótkie podsumowanie omówionych zagadnień i wnioski. Nie wydaje się więc celowe robienie tego powtórnie. Warto jednak może jeszcze raz wrócić do omawianych kwestii w nieco innym aspekcie. Niektóre spośród wykorzystanych opracowań badań oprócz opisów podstawowych rozkładów badanych zjawisk szukały także współzależności obserwowanych zachowań medycznych i odczuwanych potrzeb z pewnymi cechami społeczno-demograficznymi badanych. Cztery podstawowe uwzględniane na ogół zmienne niezależne to płeć, wiek, wykształcenie lub przynależność do określonej grupy społeczno-zawodowej oraz samoocena stanu zdrowia.

Nie zawsze — jak się wydaje — mamy tu do czynienia ze statystycznie istotnymi zależnościami, czasami są to tendencje do zależności (żadne współczynniki mogące dać odpowiedź na ten problem nie były w zasadzie w badaniach obliczane). Szersze ich interpretacje znajdują się w tekście opracowania. Tu dla przyszłych badań nad tą problematyką warto sporządzić, jak się wydaje, „indeks” rozpatrywanych zależności, nawet jeżeli niektóre z nich trzeba będzie traktować jako hipotezy wymagające jeszcze sprawdzenia.

Przedstawione więc będą niektóre wyniki badań nad potrzebami zdrowotnymi głównie wśród ludności miejskiej zrelatywizowane do czterech zmiennych niezależnych (płci, wieku, wykształcenia lub przynależności społeczno-zawodowej i subiektywnej oceny stanu zdrowia), determinujących te potrzeby i sposoby ich zaspokajania.

#### 1. Potrzeby zdrowotne i ich zaspokajanie a płeć

a) Mężczyźni mają tendencję do oceniania lepiej swego stanu zdrowia niż kobiety.

b) Mężczyźni częściej niż kobiety wykazują postawy bagatelizujące objawy choroby. Kobiety natomiast w przypadku zaobser-

wowania symptomów choroby częściej same stosują znane im środki leczenia.

c) We wszystkich prawie typach przychodni lekarskich (z wyjątkiem przyzakładowych) kobiety stanowią większość pacjentów. Większa jest częstotliwość wizyt kobiet u lekarzy.

d) Kobiety częściej niż mężczyźni zażywają leki w sposób systematyczny.

e) Pacjenci przy wyborze „idealnego” lekarza mają tendencję do wyboru lekarza tej samej płci.

## 2. Potrzeby zdrowotne i ich zaspokajanie a wiek

a) Wraz ze wzrostem wieku pacjenci częściej określają się jako przewlekle chorzy.

b) Częstość występowania postawy bagatelizującej objawy choroby jest odwrotnie proporcjonalna do wieku,

c) Wśród osób starszych wzrasta (w populacji miejskiej) częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej.

d) Osoby starsze częściej niż młodsze zażywają leki w sposób systematyczny.

e) Osoby starsze mają tendencję do bardziej krytycznego oceniania efektów leczenia i funkcjonowania służby zdrowia w ogóle niż osoby młodsze.

f) Przy wyborze „idealnego” lekarza wraz ze wzrostem wieku wzrasta tendencja do wyboru lekarza starszego.

g) Osoby starsze częściej niż młodsze akceptują dawanie lekarzom wszelkiego rodzaju prezentów.

## 3. Potrzeby zdrowotne i ich zaspokajanie a wykształcenie i przynależność społeczno-zawodowa

a) Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta częstotliwość postawy uzależniającej postępowanie wobec zaobserwowanych symptomów choroby — od rodzaju tych symptomów (postawa racjonalna). Tendencję odwrotną, malejącą wraz ze wzrostem wykształcenia, wykazuje postawa uzewnętrzniająca się poszukiwaniem natychmiastowego (w populacji miejskiej) kontaktu z lekarzem.

b) Pracownicy umysłowi częściej niż przedstawiciele innych grup społeczno-zawodowych korzystają z usług spółdzielni lekarskich i gabinetów prywatnych.

c) Częstość korzystania z przychodni rejonowych maleje wraz ze wzrostem wykształcenia (w populacji miejskiej).

d) W populacji wiejskiej im wyższe wykształcenie badanych, tym powszechniejsze było korzystanie z opieki zdrowotnej.

e) Oczekiwania co do ekspresyjnej roli lekarza i potrzeba czynników psychospołecznych w terapii wzrasta wraz ze wzrostem wykształcenia. Najsilniej występuje wśród pracowników umysłowych — najsłabiej wśród rolników.

f) Wraz ze wzrostem wykształcenia wzrasta odsetek osób charakteryzujących się liberalnym stosunkiem do sposobu rozwiązywania konfliktów moralnych stojących przed lekarzem (na przykładzie stosunku do przerywania ciąży).

g) Nie ma różnic w ocenie relacji pacjent — lekarz dokonywanej przez pacjentów o różnym (niższym i wyższym) statusie społecznym.

#### 4. Potrzeby zdrowotne i ich zaspokajanie — subiektywna ocena stanu zdrowia

a) Wśród osób oceniających gorzej swój stan zdrowia wzrasta częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej.

b) Wśród osób gorzej oceniających stan swego zdrowia w przypadku zaobserwowania objawów choroby częściej pojawia się zachowanie polegające na natychmiastowym poszukiwaniu kontaktu z lekarzem, a rzadziej bagatelizowanie objawów choroby.

c) Osoby określające się jako chore przewlekłe (pozostające w stałym kontakcie z medycyną) częściej uzależniają swoje postępowanie związane z odkryciem symptomów chorobowych od rodzaju odczuwanych dolegliwości.

d) Im gorsza autoocena stanu zdrowia, tym częstsze i bardziej systematyczne zażywanie leków.

e) Nie zaobserwowano zależności między stanem zdrowia i częstością chorowania a wyborem placówek służby zdrowia.

f) W grupie osób gorzej oceniających stan swego zdrowia częstsze są wezwania lekarzy do domu.

g) Osoby gorzej oceniające stan swego zdrowia są bardziej krytyczne w ocenach służby zdrowia. Gorzej oceniają skuteczność terapii prowadzonych przez lekarzy.

h) Osoby lepiej oceniające stan swego zdrowia lepiej też oceniają stosunek lekarzy do pacjentów.

Niektóre z przedstawionych wyżej zależności są dość oczywiste. Inne wydają się interesujące i warte podjęcia dalszych badań lub analiz za pomocą dodatkowych analiz statystycznych. Dla przykładu: wszystkie analizowane przez nas zmienne niezależne miały jakiś wpływ na zachowanie badanych na zaobserwowane przez nich symptomy choroby. Analiza regresji pozwoliłaby wykryć, która z tych zmiennych miała najszerszy wpływ.

Przedstawione w niniejszym opracowaniu badania nad potrzebami zdrowotnymi i związanymi z nimi zachowaniami medycznymi wskazują, że wiedza pochodząca z badań empirycznych na te tematy nie jest rozległa. Wiele też zjawisk zbadanych powierzchownie wymagałoby pogłębienia. Zrealizowane badania dotyczą głównie ludności miejskiej. Nasza wiedza na temat potrzeb zdrowotnych mieszkańców wsi jest znacznie skromniejsza, tym bardziej że niektóre dane pochodzące z okresu sprzed wprowadzenia masowych ubezpieczeń społecznych na wsi straciły na swej aktualności. Interesujące byłoby powtórzenie takich badań obecnie i prześledzenie zmian z tym związanych.

W badaniach nad opieką zdrowotną dominują także prace poświęcone lecznictwu otwartemu. Niewiele jest informacji o pacjentach szpitali i innych zakładów lecznictwa zamkniętego. I tu, jak się wydaje, przydatne byłoby badanie socjologiczne nastawione na ocenę warunków, w jakich przebiega terapia; mechanizmy selekcji pacjentów do szpitali; relacje między pacjentami a przedstawicielami zawodów medycznych w warunkach lecznictwa zamkniętego.

Innym, szczególnie interesującym, choć trudnym, przedsięwzięciem badawczym byłaby próba weryfikowania „subiektywnych” potrzeb zdrowotnych z obiektywnymi miernikami stanu zdrowia czy diagnozami lekarskimi. Podejście takie do badania potrzeb było zaakceptowane tylko w jednym ze wszystkich omówionych badań.

## SPIS TABEL

1. Odpowiedzi na pytania o stanie zdrowia pacjenta . . . . .	21
2. Rodzaje schorzeń, z jakimi pacjenci zgłaszali się do przychodni w ciągu ostatniego roku . . . . .	21
3. Autoocena stanu zdrowia . . . . .	23
4. Występowanie chorób przewlekłych wśród mieszkańców Gdańska	25
5. Chorobowość subiektywna i stwierdzona badaniem lekarskim . . . . .	26
6. Autoocena stanu zdrowia wśród rencistów i osób pracujących zawodowo . . . . .	27
7. Zachowania przy zaobserwowaniu choroby . . . . .	32
8. Wybrane reakcje na obserwowane objawy choroby a ocena stanu zdrowia . . . . .	33
9. Sytuacje, w których badani zwracają się do lekarza . . . . .	33
10. Przyczyny bytności pacjentów u lekarza dentysty w ciągu ostatnich trzech lat . . . . .	35
11. Postępowanie przy zaobserwowaniu objawów choroby . . . . .	35
12. Typ zachowania przy zaobserwowaniu objawów choroby wśród ubezpieczonych i nie ubezpieczonych . . . . .	36
13. Postępowanie w przypadku zaobserwowania symptomów chorobowych . . . . .	38
14. Postępowanie przy zaobserwowaniu choroby a stan zdrowia . . . . .	39
15. Postępowanie przy zaobserwowaniu objawów choroby w zależności od wykształcenia . . . . .	40
16. Przyczyny odwlekania lub unikania wizyt u lekarza . . . . .	41
17. Rodzaje dolegliwości, które nie były przedmiotem konsultacji z lekarzem . . . . .	42
18. Proporcje między schorzeniami leczonymi przez lekarza a nie leczonymi — nie będącymi powodem wizyt u lekarza . . . . .	43
19. Placówki służby zdrowia, w których leczą się zazwyczaj badani	48
20. Korzystanie z gabinetów prywatnych i spółdzielni lekarskich a przynależność społeczno-zawodowa . . . . .	49
21. Częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej a ocena stanu zdrowia	50
22. Częstotliwość korzystania z opieki lekarskiej a przynależność społeczno-zawodowa — wybrane kategorie . . . . .	51

23. Rodzaje placówek, w których leczyli się badani z powodu aktualnych dolegliwości . . . . .	52
24. Częstość wizyt u lekarza w ciągu ostatniego roku . . . . .	53
25. Okres trwania hospitalacji . . . . .	54
26. Liczba wizyt u lekarza w ciągu ostatniego roku w grupie niskoci i wysokoneurotycznej . . . . .	55
27. Zżywanie leków w grupie wysoki- i niskoneurotycznej . . . . .	55
28. Zżywanie leków według wieku i płci . . . . .	56
29. Rodzaje zżywanych leków . . . . .	56
30. Zabiegi wykonane badanym w ich poradni rejonowej . . . . .	59
31. Usługi stomatologiczne, z jakich korzystali pacjenci w gabinetach prywatnych lub spółdzielczych . . . . .	60
32. Dane o możliwości korzystania z opieki lekarskiej w badanych terenach . . . . .	61
33. Częstość korzystania z opieki lekarskiej w ciągu ostatnich dwóch lat . . . . .	61
34. Korzystanie z opieki lekarskiej a wykształcenie . . . . .	62
35. Warunki porodu matki a opieka lekarska nad małym dzieckiem . . . . .	63
36. Zgłaszalność na 1000 mieszkańców według płci i ubezpieczenia . . . . .	66
37. Struktura korzystania z różnych placówek służby zdrowia wśród osób ubezpieczonych i nie ubezpieczonych . . . . .	66
38. Rodzaje placówek, z których najczęściej korzystają pacjenci . . . . .	68
39. Wybór typu placówki służby zdrowia a wykształcenie . . . . .	69
40. Faktyczne i preferowane wybory placówek leczniczych . . . . .	70
41. Częstość zgłoszeń pacjentów do poszczególnych placówek medycznych w ciągu ostatniego roku . . . . .	72
42. Rodzaj schorzeń, z jakimi zgłaszali się pacjenci do przychodni rejonowej (w ciągu ostatniego roku) . . . . .	74
43. Rodzaje zabiegów, z których korzystali badani . . . . .	75
44. Rezygnacja ze zwolnienia lekarskiego ze względu na posiadane obowiązki . . . . .	76
45. Konieczność otrzymania zwolnienia lekarskiego jako przyczyny wizyt u lekarza . . . . .	77
46. Zwolnienie lekarskie jako przyczyna wizyty u lekarza a wykształcenie . . . . .	78
47. Ocena skuteczności leczenia a ocena stosunku pacjent — lekarz . . . . .	85
48. Niedociągnięcia lecznictwa otwartego spostrzegane przez badanych . . . . .	87
49. Przyczyny niedociągnięć służby zdrowia widziane oczyma badanych . . . . .	88
50. Ocena pracy personelu medycznego . . . . .	90
51. Macierzysta poradnia w ocenie pacjentów . . . . .	92
52. Ocena działalności gabinetów prywatnych lub spółdzielczych . . . . .	93
53. Trudności w uzyskaniu porady u lekarza specjalisty w przychodni rejonowej w miastach różnej wielkości . . . . .	94

54. Trudności w przeprowadzaniu badań dodatkowych i poddawaniu się zabiegom — w przychodniach rejonowych . . . . .	97
55. Ocena personelu zatrudnionego w przychodniach rejonowych . . . . .	97
56. Czas oczekiwania w przychodni na wizytę i czas potrzebny na dojście do przychodni . . . . .	98
57. Rodzaje trudności występujące w przychodniach, w których leczą się badani . . . . .	100
58. Ocena efektów kuracji szpitalnej . . . . .	101
59. Wybór szpitala w przypadku ponownej hospitalizacji . . . . .	102
60. Stosunek do hospitalizacji domowej . . . . .	103
61. Czynniki wpływające na wyniki leczenia w szpitalu . . . . .	104
62. Czynniki decydujące o wynikach leczenia a stosunek personelu do chorych . . . . .	105
63. Odpowiedzi na pytania: „Na jakie cechy lekarza zwracałby(aby) Pan(i) uwagę wybierając sobie stałego lekarza?” . . . . .	109
64. Opinie o przyjmowaniu przez lekarzy prezentów . . . . .	114

24. ...  
25. ...  
26. ...  
27. ...  
28. ...  
29. ...  
30. ...  
31. ...  
32. ...  
33. ...  
34. ...





## SPIS TREŚCI

Wstęp . . . . .	5
Część I. Pojęcie potrzeb zdrowotnych . . . . .	7
Część II. Charakterystyka prezentowanych badań . . . . .	15
Badania nad potrzebami zdrowotnymi przeprowadzone przez socjologów . . . . .	16
Badania nad potrzebami zdrowotnymi przeprowadzone przez lekarzy . . . . .	17
Część III. Oceny własnego stanu zdrowia dokonane przez badanych	20
Materiały . . . . .	20
Wnioski . . . . .	28
Część IV. Zachowanie badanych przy zaobserwowaniu objawów choroby . . . . .	31
Materiały . . . . .	31
Wnioski . . . . .	43
Część V. Sposób korzystania badanych z placówek służby zdrowia	47
Materiały . . . . .	47
Wnioski . . . . .	78
Część VI. Opinie i oceny badanych o personelu medycznym i placówkach, w których się leczą . . . . .	82
Materiały . . . . .	82
Wnioski . . . . .	106
Część VII. Pożądane modele lekarzy . . . . .	108
Materiały . . . . .	108
Wnioski . . . . .	117
Zakończenie . . . . .	118
Spis tabel . . . . .	123



### WAŻNIEJSZE DOSTRZEŻONE BŁĘDY DRUKU

Stronica	Wiersz	Jest	Powinno być
metrykalna		kulturalnych i systemie wartości społeczeństwa polskiego" „Przewidywane zmiany we wzorach konsumpcji, potrzebach Praca wykonana w ramach problemu węzłowego 11.2.2.	Praca wykonana w ramach problemu węzłowego 11.2.2. „Przewidywane zmiany we wzorach konsumpcji, potrzebach kulturalnych i systemie wartości społeczeństwa polskiego”

A. Ostrowska, *Problemy...*

**P. 40492**

Cena zł

