

**Część III:**

**METODOLOGICZNA EWALUACJA BADAŃ SOCJOME-  
DYCZNYCH PROWADZONYCH ZA POMOCĄ WYWIA-  
DU KWESTIONARIUSZOWEGO**

Neonila Szeszenia

**INFORMACJA O MIĘDZYNARODOWYCH BADANIACH  
PORÓWNAWCZYCH NAD WYKORZYSTANIEM OPIEKI  
ZDROWOTNEJ WHO/ICS-MCU\***

**1. Organizacja, cele badań, badana populacja,  
ekipa ankietatorów**

Badania porównawcze nad wykorzystaniem opieki zdrowotnej po raz pierwszy zostały przeprowadzone przez ośrodki badawcze Stanów Zjednoczonych, Wielkiej Brytanii i Jugosławii w latach 1964—1966. Ich wyniki wskazały na celowość tego typu badań w krajach o różnych systemach organizacyjnych ochrony

---

\* Praca została wykonana i częściowo subwencionowana w ramach współpracy z Department of Medical Care and Hospitals, School of Hygiene and Public Health, The Johns Hopkins University, Baltimore, Maryland, USA (kierownik badań na terenie Polski doc. dr hab. Janusz Indulski). Badania te oznaczone są skrótem WHO/ICS-MCU, od pierwszych liter ich nazwy angielskiej: World Health Organization/International Collaborative Study of Medical Care Utilization. Naczelnym koordynatorem badań jest: dr K. L. White. Kierownikami w poszczególnych strefach badań są: dr V. L. Matthews, Saskatchewan, Kanada; dr D. O. Anderson, Vancouver, Kanada; dr J. H. Mabry, Burlington, Vermont, USA; dr D. L. Rabin, Baltimore, Maryland, USA; dr R. F. L. Logan, Londyn, Anglia; dr J. M. Paganini, Buenos Aires, Argentyna; dr T. Purola, Helsinki, Finlandia; dr J. Indulski, Łódź, Polska; dr C. Vukmanovic, Belgrad, Jugosławia; i dr I. Brodarec, Zagrzeb, Jugosławia.

zdrowia. W związku z tym Komitet Koordynacyjny Badań nad Wykorzystaniem Opieki Zdrowotnej (Baltimore, Maryland, Stany Zjednoczone) postanowił włączyć do badań inne kraje.

Badania podjęte w 1968 r. realizowane były przez 11 ośrodków naukowo-badawczych w 7 krajach: Argentynie, Finlandii, Jugosławii, Kanadzie, Polsce, Stanach Zjednoczonych oraz W. Brytanii. Koordynatorem badań został wybrany prof. dr Kerr L. White (kierownik Katedry Opieki Zdrowotnej i Szpitali w Szkole Zdrowia Publicznego i Higieny, Uniwersytetu John Hopkins w Baltimore, Maryland, USA). Patronat nad badaniami objęła Światowa Organizacja Zdrowia.

W skład zespołu polskiego wchodził pracownicy Katedry Organizacji Ochrony Zdrowia AM w Łodzi (kierownik doc. dr med. Janusz Indulski) i Katedry Organizacji Ochrony Zdrowia Studium Doskonalenia Lekarzy AM w Warszawie (kierownik prof. dr med. Bogusław Kozusznik). Głównym celem badań był pomiar wykorzystania opieki zdrowotnej oraz sprawdzenie hipotez o zależnościach pomiędzy wykorzystaniem opieki zdrowotnej a trzema grupami czynników: czynnikami systemowymi, predysponującymi (osobowymi) i demograficznymi<sup>1</sup>. Terenem badania były dwie dzielnice miasta Łodzi oraz cztery powiaty województwa łódzkiego. Badana populacja była próbą 1200 wspólnot mieszkaniowych, tj. około 3500—4000 osób, pobraną z ok. 700 tys. ludności zamieszkującej teren badań, przy czym z każdej strefy pobrano próbę równoliczną.

Podstawowymi źródłami danych empirycznych niezbędnych do przeprowadzenia analizy zależności zmiennych i weryfikacji hipotez były:

- a) wypełnione kwestionariusze wywiadów indywidualnych,
- b) oficjalne publikacje statystyczne dotyczące zachorowa-

<sup>1</sup> Bardziej szczegółową informację na temat założeń teoretycznych, hipotez i zmiennych występujących w badaniu znaleźć można w komunikacie J. Indulskiego i Z. Żoźnowskiego, „Zdrowie Publiczne”, 1969, s. 763, a także w biuletynach nr 3, 4, 10—13, 19—26, 30—34 Katedry Organizacji Ochrony Zdrowia AM w Łodzi (do użytku wewnętrznego).

ności, charakterystyki systemu opieki zdrowotnej na terenie objętym badaniem oraz dane demograficzne.

Wywiady przeprowadzały specjalnie przeszkolone ankieterki. Dla każdej wspólnoty mieszkaniowej wypełniały one na podstawie wywiadu tzw. teczkę wywiadów, ankietę wspólnoty mieszkaniowej oraz kwestionariusze wywiadu dla każdej osoby.

W wypadku, gdy dzieci nie ukończyły 14 lat, i w specyficznych, ściśle określonych przypadkach u osób dorosłych (np. głuchota, choroba umysłowa) przeprowadzano wywiady pośrednie z ich opiekunami.

Bardzo obszerne kwestionariusze dla dorosłych i dzieci stwarzały dodatkową trudność i wymagały dużych umiejętności przeprowadzania wywiadu. Pewną gwarancją tego stanowiły wysokie wymagania stawiane przy doborze kandydatek na ankieterki oraz ich szkolenie i kontrola pracy w terenie.

Dobór ankieterek miał na celu uzyskanie zespołu osób, które mogłyby opanować niezbędny zakres problematyki psychospołecznej związanej z przeprowadzeniem wywiadu i jego techniką. Na skutek ogłoszenia prasowego uzyskaliśmy 126 zgłoszeń. Po wstępnej selekcji, przeprowadzonej na podstawie uprzednio wysłanego do kandydatek kwestionariusza, do szkolenia zakwalifikowano 84 osoby. Szkolenie odbywało się w czterech zespołach i obejmowało następujące zagadnienia:

1. Cele naukowe i praktyczne badania nad wykorzystaniem opieki zdrowotnej. Międzynarodowy charakter badań. Organizacja badań.

2. Ogólny opis zastosowanej metody badawczej (sposób doboru próby i wywiad socjomedyczny). Definicje pojęć występujących w kwestionariuszach.

3. Rola ankieterki w badaniu. Ogólne zasady prowadzenia wywiadu socjomedycznego.

4. Omówienie kwestionariuszy, wspólnoty mieszkaniowej, teczki wywiadów, kwestionariusze dla dorosłych, kwestionariusze dla dzieci. Wywiad pokazowy.

5. Obserwacja wywiadów prowadzonych metodą „grania ról” (w zależności od potrzeb od 4 do 6 spotkań).

6. Prowadzenie wywiadu w trudnych warunkach psychospołecznych.

Szkolenie zakończone było egzaminem, którego wynik obok psychologicznych badań testowych był podstawą do ostatecznej selekcji ankieterek.

Badania testowe przeprowadzono w dwóch grupach, stosując następujące testy:

1. Test rozumienia. Jest to subtest ze skali Wechslera do badania inteligencji, wersja dla dorosłych. Test ten miał na celu określenie poziomu rozumienia sytuacji ogólnych i inteligencji osób badanych.

2. Test dokładności urzędniczej nr II według Johna Butlera podany w *Podręczniku szkolenia ankieterek*. Test ten został przystosowany do warunków polskich i skrócony.

3. Test zadań nieuporządkowanych, badający umiejętność posługiwania się materiałem słownym.

4. W celu ustalenia cech osobowości kandydatek przeprowadzono badanie za pomocą inwentarza osobowości Eysencka (Mandsley Personality Inventory). Inwentarz ten mierzy: neurotyzm i ekstrawersję.

Ankieterki były również egzaminowane za pomocą zadań testowych opracowanych na podstawie kwestionariuszy B i C WHO/ICS-MCU. Ustalono następujące kryteria doboru ankieterek:

- a) najlepsze rezultaty w testach umiejętności;
- b) najlepsze wyniki w zadaniach testowych z kwestionariusza WHO/ICS-MCU;
- c) niskie wyniki w skali neurotyczności inwentarza Eysencka przy niezbyt wysokim poziomie ekstrawersji w tym inwentarzu;
- d) dobre wyniki egzaminu po szkoleniu.

Przy kwalifikowaniu kandydatek opierano się również na opinii osób prowadzących szkolenie, które znały poszczególne kandydatki pracując bezpośrednio z nimi.

Przyjmując powyższe kryteria zakwalifikowano 24 osoby jako ankieterki stałe oraz 7 jako ankieterki rezerwowe.

Ankieterki przed przystąpieniem do pracy zobowiązane były

do przeprowadzenia wywiadów próbnych (po jednym wywiadzie w 3 wspólnotach mieszkaniowych).

Badania terenowe realizowane były w 4 kwartałach w latach 1968—1969. Zbieranie wywiadów w każdym kwartale trwało 6 tygodni, pozostały czas przeznaczony był na sprawdzenie kwestionariuszy, uzupełnianie braków i wywiadów z osobami nieuchwytnymi w trakcie badania oraz na kodowanie materiałów.

Ogółem przeprowadzono 4898 wywiadów w 1313 wspólnotach mieszkaniowych (w próbie „oczekiwano” 1200 wspólnot), tzw. wspólnot „odkrytych” było 149, adresów niezamieszkałych 12 — ogółem zakwalifikowano do ankietowania 1337 wspólnot mieszkaniowych. Odmówiono ankietowania w 10, nie nawiązano kontaktu w 12 wspólnotach. W 1283 wspólnotach zebrano wywiady od wszystkich osób tam zamieszkałych.

Zastosowane podczas badań terenowych metody kontroli jakości pracy ankieterek — takie jak: obserwacje wywiadów, sprawdzenie w około 10% wspólnot faktu bytności ankietarki, zgodności dat wywiadu, zastosowanie kwestionariusza dla przypadków „odmów”, zastosowanie w ostatnim kwartale badań „ankiety do ankietera” dotyczącej sytuacji psychospołecznej wywiadu wypełnianej bezpośrednio po każdym indywidualnym wywiadzie oraz przeprowadzenie innych badań dodatkowych — dostarczyły wielu cennych informacji potrzebnych do oceny metodologicznej badań. Badania weryfikacyjne podjęte z inicjatywy doc. dr. J. Indulskiego przeprowadza w Łodzi zespół w składzie: mgr A. Appelt, mgr P. Boski, mgr M. Latosińska, dr K. Lutyńska, doc. dr T. Pawłowski, mgr Z. Wojciechowska oraz lekarz N. Szeszenia, pod kierunkiem prof. dr J. Lutyńskiego.

## 2. Opis kwestionariusza

W badaniach zastosowano w każdej wspólnocie mieszkaniowej trzy rodzaje kwestionariuszy: tzw. teczkę wywiadów, ankietę wspólnoty mieszkaniowej oraz kwestionariusze dla dorosłych (wywiady bezpośrednie) i dla dzieci (wywiady pośrednie).

Kwestionariusz dla dorosłych liczy 294 pytania skierowane do respondenta oraz 13 pytań wyodrębnionych, skierowanych do ankietera. Składa się on z poszczególnych części oznaczonych kolejnymi literami alfabetu.

Część A (1—34). Za pomocą pytań zawartych w tej części ustala się, czy respondent korzystał z porady lekarskiej w ciągu ostatnich 2 tygodni w innych sytuacjach niż jako pacjent szpitala lub sanatorium, oraz przyczyny udania się po poradę.

Część B (35—44). Pytania te dotyczą czynności wykonywanych przez lekarza lub pielęgniarkę podczas ostatniej porady oraz oceny tej porady.

Część C (45—57). W części tej pytano respondenta wyłącznie o inne osoby, z którymi rozmawiał on o sprawach swojego zdrowia w ciągu ostatnich 2 tygodni.

Część D (58—84). Pytania tej części składają się z trzech analogicznych ciągów tematycznych dotyczących stanów odczuwanych jako zaburzenie zdrowia oraz korzystania lub niekorzystania w związku z nimi z opieki medycznej. W tej części występuje również kilka pytań o upośledzenia fizyczne, kalectwa, choroby przewlekłe.

Część E (85—103). Za pomocą pytań zawartych w tej części ustala się, czy respondent korzystał z porad dentystycznych w ciągu ostatniego miesiąca oraz ich liczbę, miejsce i przyczyny.

Część F (104—113). Pytania te są uzupełnieniem serii pytań części E i odnoszą się do problemów stomatologicznych nie poruszanych poprzednio. Część z nich zmierza do ustalenia stanu uzębienia pacjenta.

Część G (114—127 w wersji polskiej, 114—136 w wersji oryginalnej). Pytania dotyczą pobytów w szpitalu w ciągu roku od chwili wywiadu, długości i przyczyn pobytów. Niektóre pytania tej części zostały wyłączone ze względu na niezastosowalność w naszym terenie badań.

Część H (137—145). Pytania dotyczą stałych lekarzy lub miejsca porad lekarskich respondenta i opinii jego na ten temat.

Część I (146—187). Pytania te dotyczą występowania lub niewystępowania objawów o różnym stopniu nasilenia w ciągu

3 miesięcy od chwili wywiadu. Tworzą one cztery analogiczne ciągi pytań na tematy odpluwania, bólów w klatce piersiowej, bólów w stawach oraz „krótkiego” oddechu. Pytania te zmierzają do ustalenia korzystania z porad lekarskich z powodu wyżej wymienionych objawów i ich leczenia.

Część J (188). Pytanie dotyczy palenia papierosów.

Część K (189—193). Pytania tej części dotyczą profilaktycznych badań stanu zdrowia respondentów.

Część L (194—205). Pytania te dotyczą badań stanu wzroku oraz noszenia okularów.

Część M (206). Celem pytania jest zidentyfikowanie osoby odpowiedzialnej za stan zdrowia pozostałych członków rodziny.

Część N (207—232). Pytania dotyczą środków leczniczych przyjmowanych i stosowanych przez respondenta w ciągu ostatnich 2 dni poprzedzających wywiad.

Część O (233—264). W tej części pytano o opinię respondentów na temat służby zdrowia, jej organizacji, lekarzy jako specjalistów w sprawach zdrowia, jak również postaw respondenta wobec własnego zdrowia.

Części P, Q i R (265—294). Obejmują one pytania o ubezpieczenia społeczne, wykształcenie, zawód i dochód respondenta.

Ostatnia część pytań kwestionariusza (S) skierowana jest do ankietera i dotyczy niektórych elementów sytuacji wywiadu: obecności osób trzecich, uzupełniania informacji przez osoby trzecie oraz przeszkód w trakcie wywiadu.