

## Czynniki psychospołeczne a samoocena stanu zdrowia u mieszkańców Krakowa w wieku 45-64 lat

Psychosocial factors and self reported health in residents of Krakow at age 45-64

Zakład Epidemiologii Klinicznej i Badań Populacyjnych, Instytutu Zdrowia Publicznego Wydziału Ochrony Zdrowia Collegium Medicum, Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie  
Kierownik: Dr hab. n. med. *Andrzej Pająk*

**Dodatkowe słowa kluczowe:**  
samoocena stanu zdrowia  
model obciążenia i korzyści w pracy  
Poczucie kontroli nad swoją sytuacją

**Additional key words:**  
Self-reported health  
effort-reward model  
Perceived control

Praca zrealizowana w ramach grantu Komitetu Badań Naukowych: 4 P05D 019 18 i grantu Fundacji The Wellcome Trust (UK)

Celem pracy było określenie zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia a czynnikami psychospołecznymi, to jest poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, poczuciem obciążenia w pracy i poczuciem korzyści z niej odnoszonych, poczuciem kontroli nad swoją ogólną sytuacją życiową i nad stanem swojego zdrowia.

W badaniu wzięło udział 1154 mężczyzn i 1156 kobiet wylosowanych z populacji Krakowa w wieku 45-64 lat. Dane dotyczące samooceny stanu zdrowia, palenia papierosów, poczucia obciążenia i korzyści z pracy, kontroli ogólnej nad sytuacją życiową oraz stanem zdrowia uzyskano w oparciu o standardowy kwestionariusz. Po uwzględnieniu wpływu płci i wieku wykazano, że zwiększone ryzyko samooceny stanu zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” miało związek z wykształceniem podstawowym (iloraz szans=2,43, 95% przedział ufności =1,72-3,44, w porównaniu z wykształceniem wyższym), z wykształceniem średnim (iloraz szans =1,77, 95% przedział ufności =1,24-2,53, w porównaniu z wykształceniem wyższym), z poczuciem wysokiego obciążenia w pracy (iloraz szans =2,21, 95% przedział ufności =1,33-3,67), z poczuciem niskiej kontroli nad swoją sytuacją ogólną (iloraz szans =2,09, 95% przedział ufności =1,61-2,71), z poczuciem niskiej kontroli nad sytuacją życiową (iloraz szans =2,12, 95% przedział ufności =1,63-2,74) i niskiej kontroli nad stanem swojego zdrowia (iloraz szans =1,92, 95% przedział ufności =1,45-2,52). Posiadanie współmałżonka obniżało ryzyko samooceny stanu zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” (iloraz szans=0,59, 95% przedział ufności=0,44-0,79). Uwzględnienie w analizie wpływu czynników ryzyka ChNS, tj. palenia papierosów, skurczowego ciśnienia krwi i stężenia cholesterolu całkowitego we krwi, nie wpłynęło istotnie na wyniki.

The aim of the paper was to find a relationship between self-reported health and psychosocial factors i.e. education level, civil status, job effort, job reward and general perceived control, perceived control over health and over live.

The studied sample were 1154 men and 1156 women, randomly selected from population of Krakow aged 45-64 years. Data on self-reported health, smoking, perceived control, job effort and job reward was collected using standard questionnaire. After adjustment for age and sex, the risk of “bad” or “very bad” self-reported health was higher for those with elementary education (OR=2,43, 95%CI=1.72-3.44), and for those with secondary compared to university education (OR=1,77, 95%CI=1.24-2.53), and for high job effort (OR=2.21, 95%CI=1.33-3.67), low general perceived control (OR=2.09, 95%CI=1.61-2.71), low perceived control over live (OR=2.12, 95%CI=1.63-2.74) and low perceived control over health (OR=1.92, 95%CI=1.45-2.52). Being married was associated with lower risk of “bad” or “very bad” self-reported health (OR=0.59, 95%CI=0.44-0.79). Further adjustment to CVD risk factors, i.e. smoking, systolic blood pressure, blood total cholesterol did not change the results significantly.

Adres do korespondencji:  
Lek. med. Roman Topór-Madry  
Zakład Epidemiologii i Badań Populacyjnych  
Instytut Zdrowia Publicznego  
Wydział Ochrony Zdrowia CM UJ  
31-531 Kraków, ul. Grzegorzewska 20  
Tel.: (+12) 424 83 21  
Fax: (+12) 4218660

## Wstęp

Przeprowadzone w latach 1983-94 badania POL-MONICA wskazują, że zmiany w narażeniu na czynniki ryzyka chorób układu krążenia (ChUK) oraz postęp w opiece medycznej nie wyjaśniają w pełni zachowania się trendów umieralności [5,10,11,13,19]. Obserwowane od 1992 roku obniżanie się umieralności (ze wszystkich przyczyn i z powodu ChUK) może mieć związek z przemianami społeczno-ekonomicznymi, które zachodzą w Polsce od 15 lat. Przemiany te mogą wiązać się ze zmianami stanu psychicznego jednostek, który z kolei może mieć wpływ na ich stan zdrowia somatycznego, a także na ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia. Czynniki socjoekonomiczne stanowią jeden z ważniejszych determinantów zdrowia [1,2,3,8]. Wykazano, że osoby mające poczucie niskiej korzyści i wysokich wymagań w pracy mają wyższe ryzyko emocjonalnego wyczerpania a także psychosomatycznych i fizycznych problemów zdrowotnych [6]. Wśród takich osób istnieje wyższe rozpowszechnienie uznanych czynników ryzyka chorób układu krążenia [15]. Wśród czynników psychospołecznych istotną rolę odgrywa poczucie kontroli jako miernik stresu psychospołecznego. Wykazano, że kontrola w pracy determinuje różnice w umieralności, a kontrola ogólna została uznana za główny czynnik określający różnice w zdrowiu związane z pozycją socjoekonomiczną [3].

Samoocena stanu zdrowia została opisana jako wskaźnik związany z umieralnością, i to zarówno poprzez związek ze stanem zdrowia jak i jako czynnik niezależny [8,18,24]. Czynnikiem ten jest uznany wskaźnikiem rzeczywistego stanu zdrowia a jego pomiar został włączony do programu badań Głównego Urzędu Statystycznego w roku 1996 [7]. Związek samooceny stanu zdrowia z umieralnością ogólną, z powodu chorób układu krążenia (ChUK) i z powodu choroby niedokrwiennej serca (ChNS), został potwierdzony również w badaniu polskim [2]. Dotychczas nie określono jednak związku pomiędzy samooceną stanu zdrowia a innymi czynnikami psychosocjoekonomicznymi.

Celem pracy było określenie zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia a czynnikami psychospołecznymi, to jest poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, poczuciem obciążenia w pracy i poczuciem korzyści z niej odnoszonych, poczuciem kontroli nad swoją sytuacją ogólną, sytuacją życiową i nad stanem swojego zdrowia.

## Badana próba

Populację badaną stanowili mężczyźni i kobiety w wieku 45-64 lat, stali mieszkańcy Krakowa. Z populacji wybrano próbę 3544 osób, wylosowaną w warstwach płci, wieku i dzielnicy zamieszkania. W próbie znalazło się 858 mężczyzn i 900 kobiet w wieku 45-54 oraz 898 mężczyzn i 888 kobiet w wieku 55-64 lat.

Szczegółowy opis stosowanych metod w programie został podany w innej publikacji [12]. W tym miejscu zostanie podany opis metod w zakresie istotnym dla tego opracowania.

Dane dotyczące samooceny stanu zdrowia, obciążenia pracą, satysfakcji zawodowej, poczucia kontroli ogólnej, poczucia panowania nad ogólną sytuacją życiową oraz nad zdrowiem, a także wieku, wykształcenia, stanu cywilnego i palenia papierosów zebrano na

Tabela I

Rozkład badanej próby według płci, grup wiekowych, wykształcenia, i stanu cywilnego.  
Distribution of the sample by sex, age groups, education and civil status.

		Mężczyźni		Kobiety		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Wiek	45-54	551	48,0	601	52,1	1152	50,00
	55-64	598	52,0	552	47,9	1150	50,00
Wykształcenie	Nie ukończona szkoła podstawowa	11	1,0	8	0,7	19	0,83
	Szkoła podstawowa	108	9,4	177	15,5	285	12,46
	Szkoła zawodowa	323	28,2	199	17,4	522	22,81
	Liceum, technikum, szkoła ponadpodstawowa	356	31,1	465	40,7	821	35,88
	Szkoła wyższa	347	30,3	294	25,7	641	28,02
Stan cywilny	Kawaler/panna	49	4,3	79	5,6	128	5,60
	Zamężna/Zonaty	1000	97,5	812	79,2	1812	79,23
	Osoby mieszkające razem	1	0,1	2	0,1	3	0,13
	Rozwiedziony lub w separacji	53	4,6	117	7,4	170	7,43
	Wdowa/wdowiec	41	3,6	133	7,6	174	7,61

Tabela II

Samoocena stanu zdrowia według płci.  
Self reported health by sex.

Stan zdrowia	Mężczyźni		Kobiety		Razem	
	N	%	N	%	N	%
bardzo zły	25	2,2	25	2,2	50	2,2
zły	139	12,1	160	13,9	299	13
średni	500	43,5	591	51,3	1091	47,4
dobry	356	31	289	25,1	645	28
bardzo dobry	69	6	32	2,5	101	4,4

Tabela III

Statystyka opisowa wskaźników poczucia obciążenia w pracy i korzyści z niej odnoszonych, poczucia kontroli nad swoją sytuacją ogólną, sytuacją życiową i nad stanem swojego zdrowia według płci.

Descriptive statistics for job effort, job reward, general perceived control, perceived control over health and perceived control over life by sex.

	Mężczyźni			Kobiety			
	średnia	mediana	sd	średnia	mediana	sd	
Wysiłek w pracy	1,17	1,00	0,22	1,17	1,08	0,21	
Korzyści w pracy	1,87	1,91	0,22	1,86	1,91	0,21	
Poczucie kontroli	nad swoją sytuacją ogólną	3,66	3,56	1,02	3,51	3,44	0,98
	nad swoją sytuacją życiową	3,42	3,33	1,06	3,27	3,33	0,98
	nad stanem swojego zdrowia	4,02	4,00	0,95	3,86	4,00	1,02

podstawie wywiadu przy użyciu standardowego kwestionariusza [2,12,16,20]. Pytanie o samoocenę stanu zdrowia miało 5 możliwych odpowiedzi: „zły”, „bardzo zły”, „przeciętny”, „dobry” i „bardzo dobry”. Wykształcenie oceniano w kategoriach: 1) nie ukończona szkoła podstawowa, ukończona szkoła podstawowa, szkoła zawodowa, 2) liceum lub technikum, szkoła pomaturalna, 3) szkoła wyższa. Za palacza uznano osobę palącą regularnie, co najmniej 1 papieros dziennie. Skurczowe ciśnienie tętnicze określono na podstawie dwukrotnego pomiaru sfigmomanometrem ręciowym w pozycji siedzącej, na prawym ramieniu po 5 minutowym odpoczynku. Poziom cholesterolu określono metodą oksydacyjną w laboratorium objętym zewnętrzną kontrolą jakości Center for Disease Control w Atlancie, USA (Katedra Diagnostyki Biochemicznej CM UJ, kierownik: prof. dr hab. Jerzy Naskalski).

Poczucie kontroli oceniono na podstawie kwestionariusza składającego się z 6 pytań, które dotyczyły poczucia kontroli ogólnej sytuacji życiowej oraz 3 pytań dotyczących poczucia kontroli nad stanem swojego zdrowia. Wynik zawierał się w zakresie od 0 do 5. Wynik 0 świadczył o niskim poczuciu kontroli, wynik 5 o wysokim. Poczucie obciążenia pracą otrzymano na podstawie kwestionariusza składającego się z 6 pytań. Wynik zawierał się w zakresie od 1 do 2. Wynik 1 świadczył o niskim poczuciu obciążenia pracą a maksymalny 2, o wysokim. Dane dotyczące poczucia satysfakcji zawodowej otrzymano na podstawie kwestionariusza składającego się z 11 pytań. Wynik zawierał się w zakresie od 1 do 2. Wynik 1 świadczył o niskim poczuciu satysfakcji zawodowej a maksymalny 2, o wysokim [12,16,20].

Porównanie różnic pomiędzy mężczyznami a kobietami w częstotliwości palenia papierosów przeprowadzo-

**Tabela IV**  
**Procent osób palących papierosy oraz średnie wartości cholesterolu we krwi i skurczowego ciśnienia krwi według płci.**  
 Percent of smoking, and mean blood total cholesterol and systolic blood pressure by sex.

		Mężczyźni		Kobiety		Razem	
		N	%	N	%	N	%
Palenie papierosów (włócej niż 1 papieros dziennie)	tak	472	41,2	335	29,3	807	35,3
	nie	673	58,8	807	54,5	1480	64,7
	N	średnia	sd	średnia	sd	średnia	sd
Stężenie cholesterolu we krwi [mmol/l]	2064	5,65	1,01	5,82	1,04	5,73	1,00
Skurczowe ciśnienie tętnicze krwi [mmHg]	2065	139,06	22,03	134,77	21,77	136,92	22

**Tabela V**  
**Iloraz szans dla samooceny stanu zdrowia „złe” lub „bardzo złe” w zależności od badanych czynników psychospołecznych.**  
 Odds ratio for "bad" or "very bad" self-reported health by psychosocial factors studied.

	kategorie i kwartyle	n	standaryzowane do płci i wieku		standaryzowane do płci i wieku, palenia, skurczowego ciśnienia tętniczego, stężenia cholesterolu i edukacji	
			iloraz szans	95% przedział ufności	iloraz szans	95% przedział ufności
edukacja	podstawowe	826	2,43	1,72-3,44	-	-
	średnie	821	1,77	1,24-2,53	-	-
	wyższe	641	1	-	-	-
stan cywilny	żonaty/zamężna	1815	0,59	0,44-0,79	0,57	0,43-0,77
	nieżonaty/niezamężna	472	1	-	1	-
kontrola nad życiem	niska (k1)	574	2,12	1,63-2,74	1,96	1,51-2,55
	wysoka (k2-4)	1728	1	-	1	-
kontrola nad zdrowiem	niska (k1)	474	1,92	1,45-2,52	1,87	1,42-2,47
	wysoka (k2-4)	1828	1	-	1	-
kontrola ogólna	niska (k1)	568	2,09	1,61-2,71	1,93	1,48-2,52
	wysoka (k2-4)	1734	1	-	1	-
obciążenie w pracy	niskie (k1-3)	838	1	-	1	-
	wysokie (k4)	317	2,21	1,33-3,67	2,3	1,38-3,85
satysfakcja z pracy	niskie (k1)	313	1,23	0,71-2,13	1,17	0,67-2,04
	wysokie (k2-4)	835	1	-	1	-

no testem chi<sup>2</sup>, a stężenia cholesterolu, wysokość skurczowego ciśnienia krwi oraz czynniki psychospołeczne testem t-Studenta.

W wieloczynnikowej analizie regresji logistycznej zbadano związek pomiędzy prawdopodobieństwem samooceny stanu zdrowia: „złe” lub „bardzo złe” a poszczególnymi czynnikami psychospołecznymi, tj.: poziomem wykształcenia, stanem cywilnym, wysokim obciążeniem pracą, niską satysfakcją zawodową oraz poczuciem niskiej kontroli ogólnej, niskiej kontroli nad ogólną sytuacją życiową i niskiej kontroli nad stanem swojego zdrowia. Za wysokie poczucie obciążenia pracą uznano wartości w zakresie najwyższego kwartyla, za niskie poczucie korzyści z pracy uznano wartości w zakresie najniższego kwartyla. Za niskie poczucie kontroli nad sytuacją życiową, zdrowiem i kontrolą ogólną uznano wartości w

zakresie najniższego kwartyla. Dla każdej z tych zmiennych zbudowano dwa modele, w których samoocena stanu zdrowia stanowiła zmienną zależną („zły” lub „bardzo złe” vs „przeciętny”, „dobry” lub „bardzo dobry”). W pierwszym modelu zmiennymi niezależnymi, poza jedną z wymienionych powyżej zmiennych psychospołecznych były płeć i wiek, a w drugim modelu dodatkowo poziom wykształcenia, palenie papierosów, stężenie cholesterolu we krwi oraz skurczowe ciśnienie tętnicze.

### Wyniki

Do badania zgłosiło się 1154 mężczyzn (65,7% wylosowanej próby) i 1156 kobiet (64,6% wylosowanej próby). Z analizy wyłączone 22 osoby (0,95%), u których stwierdzono braki danych w zakresie zmiennych

psychospołecznoekonomicznych. W związku z tym, że część badanych nie wyraziła zgody na pobranie krwi i oznaczenie cholesterolu całkowitego lub nie zgłosiło się do pobrania krwi, liczebność grupy zakwalifikowanej do analizy uwzględniającej czynniki ryzyka była niższa o dalsze 10,3%. Wśród badanych było 50,2% osób pracujących i te osoby zakwalifikowano do analizy dotyczącej poczucia obciążenia i korzyści w pracy. Mężczyźni w wieku 45-54 lat stanowili 48%, a w wieku 55-64 lat 52% badanych. Wśród kobiet te odsetki wynosiły odpowiednio 42,1% i 47,9%. U mężczyzn 30,3% miało wykształcenie wyższe, 31% średnie i 38,9% podstawowe lub zawodowe, natomiast u kobiet wykształcenie wyższe osiągnęło 25,7%, 40,7% wykształcenie średnie i 34,1% wykształcenie podstawowe lub zawodowe. Żonaci mężczyźni stanowili 87,4% wszystkich mężczyzn, natomiast zamężne kobiety 79,2% wszystkich kobiet (tabela I). U mężczyzn 14,3% oraz u kobiet 16,1% zakwalifikowało swój stan zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” (tabela II). W tabeli III przedstawiono statystykę opisową zmiennych określających poczucie kontroli ogólnej, kontroli nad ogólną sytuacją życiową oraz kontroli nad stanem swojego zdrowia wg płci. Średnie poczucie kontroli ogólnej wynosiło u mężczyzn 3,7, a u kobiet 3,5. Średnie poczucie kontroli nad ogólną sytuacją życiową u mężczyzn wynosiło 3,4, natomiast średnie poczucie kontroli nad stanem swojego zdrowia 4,02, u kobiet odpowiednio 3,3 i 3,9. Mężczyźni częściej palili regularnie papierosy (41,2%) niż kobiety (29,3%;  $p < 0,01$ ), mieli wyższe skurczowe ciśnienie krwi ( $p < 0,01$ ). Z kolei kobiety miały wyższe stężenie cholesterolu we krwi ( $p < 0,01$ ) (tabela IV).

Po uwzględnieniu wpływu płci i wieku, w porównaniu z wykształceniem wyższym, średnie wykształcenie było związane z wyższym ryzykiem samooceny stanu zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” o 77%, a wykształcenie podstawowe z ryzykiem wyższym 2,43 razy. Pożycie w związku małżeńskim zmniejszało ryzyko samooceny stanu zdrowia „zły” lub „bardzo zły” o 43%. Poczucie dużego obciążenia pracą zwiększało ryzyko złego stanu zdrowia 2,2 razy, natomiast nie stwierdzono istotnego związku samooceny stanu zdrowia z poczuciem niskiej satysfakcji z pracy. Podobnie niekorzystnie na samoocenie stanu zdrowia wpływało poczucie niskiej kontroli nad sytuacją życiową, które zwiększało ryzyko samooceny stanu zdrowia „zły” lub „bardzo zły” 2,12 razy, a poczucie niskiej kontroli nad zdrowiem 1,92 razy. Podobnie, wyższe ryzyko samooceny stanu zdrowia „zły” lub „bardzo zły” związane było z niskim poczuciem kontroli ogólnej ( $OR = 2,09$ ). Uwzględnienie w analizie czynników ryzyka ChUK, tj. palenia papierosów, skurczowego ciśnienia tętniczego krwi i stężenia cholesterolu we krwi oraz edukacji, nie wpłynęło istotnie na wyniki (tabela V).

### Dyskusja

W przeprowadzonym badaniu stwierdzono, że samoocena stanu zdrowia: „złe” lub „bardzo złe” jest związana z czynnikami psychospołecznoekonomicznymi, takimi jak: niskie poczucie kontroli nad własną sytuacją

życiową, poczucie niskiej kontroli nad własnym stanem zdrowia, wysokie poczucie obciążenia w pracy oraz stan cywilny i poziom wykształcenia.

Istnieją jednakże pewne ograniczenia w interpretacji tych wyników. Najważniejsze ograniczenie wynika z rodzaju przeprowadzonego badania (tj. badania przekrojowego), które nie pozwala na interpretację stwierdzonych związków jako związków przyczynowo-skutkowych. Mimo, że istnieją bezsprzeczne dowody na to, że samoocena stanu zdrowia jest silnie związana z umieralnością, to istnieje pewna rozbieżność pomiędzy samooceną a stanem zdrowia ocenianym obiektywnymi metodami. Znaczenie tej rozbieżności jest nie do końca poznane. W ocenie badanych związków, w wykonanej analizie statystycznej uwzględniono możliwy wpływ wieku, płci, poziomu wykształcenia, czynników ryzyka CHNS (poziom cholesterolu we krwi, ciśnienie skurczowe krwi, palenie papierosów). Istnieje jednak możliwość, że badane związki występowały z powodu innych nieznanymi czynników zakłócających. Na obserwowane związki mógł mieć wpływ różny odsetek samooceny stanu zdrowia „zły” lub „bardzo zły” od spotykanego w innych opracowaniach. Odsetek ten był wyższy niż opisywany w badaniach zachodnich [9]. W badaniach GUS przeprowadzonych w roku 1996 odsetek osób określających swój stan zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły” był wyższy i wynosił w miastach polskich 28% u mężczyzn i 33% u kobiet [7].

Samoocena stanu zdrowia prognozuje umieralność w badaniach prospektywnych nawet po wystandaryzowaniu jej do badania lekarskiego stanu zdrowia [18]. W przeprowadzonej analizie, w populacjach krajów Europy środkowo-wschodniej wykazano, że w populacji Warszawy ryzyko względne zgonu z powodu wszystkich przyczyn u mężczyzn oceniających swój stan zdrowia jako „zły” jest 2,42 razy wyższe w stosunku do oceniających jako „dobry” i „bardzo dobry” [2]. W badaniu wykonanym przez *Wannamethee* w Wielkiej Brytanii „zły” stan zdrowia raportowany przez mężczyzn związany był z ośmiokrotnie wyższym wskaźnikiem umieralności w porównaniu z tymi, którzy opisywali stan swojego zdrowia jako „bardzo dobry” [25]. Podobną zależność, przedstawił *McGee* w badaniu wieloetnicznej kohorty amerykańskiej. Wykazał, że przeciętny lub zły stan zdrowia był związany z co najmniej dwukrotnie zwiększonym ryzykiem umieralności [9].

Opisane zależności pomiędzy samooceną stanu zdrowia a czynnikami socjoekonomicznymi są zgodne z wynikami innych badań. Osiąganie wyższego wykształcenia

zmniejsza prawdopodobieństwo samooceny stanu zdrowia „zły” lub „bardzo zły” co zostało stwierdzone we wcześniej wykonanych obserwacjach w krajach zachodnich i w Polsce [2, 10]. W wykonanych wcześniej badaniach w Polsce samoocena stanu zdrowia była gorsza u nieżonatych mężczyzn [2]. Być może ten związek wynika z tego, że osoby będące w gorszym stanie zdrowia nigdy nie wchodzi w związki małżeńskie.

Niska kontrola jest związana ze stanem zdrowia i zachowaniem zdrowotnym, a brak kontroli w miejscu pracy prowadzi do zwiększonego ryzyka chorób krążenia [4, 21, 22, 23]. Przeprowadzone w Krakowie badanie potwierdza występowanie tych zależności w populacji polskiej. W prezentowanych danych gorsza kontrola nad otoczeniem była silnie związana z gorszą samooceną stanu zdrowia. Można podać interpretację, że lepsze zdrowie prowadzi do większej kontroli, ale również jest możliwe, że osoby z lepszą kontrolą mają lepszy stan zdrowia. Potwierdzenie takiej zależności może okazać się istotne dla medycyny zapobiegawczej i zdrowia publicznego, szczególnie dlatego, że zaobserwowane zależności mogą pośrednio wskazywać na wpływ analizowanych czynników psychospołecznych na zwiększoną umieralność.

#### Wnioski

Niska edukacja oraz nieposiadanie współmałżonka, poczucie wysokiego obciążenia w pracy, poczucie niskiej kontroli nad swoją sytuacją ogólną, niskiej kontroli nad sytuacją życiową i niskiej kontroli nad stanem swojego zdrowia zwiększa ryzyko samooceny stanu zdrowia jako „zły” lub „bardzo zły”.

#### Piśmiennictwo

1. Bobak M., Pikhart H., Hertzman C. et al.: Socio-economic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey. *Soc. Sci. Med.* 1998, 47, 269.
2. Bobak M., Marks D., Bosma H. et al.: Explaining socioeconomic variations in coronary heart disease across eastern and western Europe (The CHEWE Network). Final report to the European Commission. International Centre for health and Society and department of Epidemiology and Public Health. University College London Medical School. London, 1996.
3. Bosma H., Marmot MG., Hemingway H. et al.: Low job control and risk of coronary heart disease in Whitehall II (prospective cohort) study. *BMJ* 1997, 314, 558.
4. Bosma H., Peter R., Slegrist J. et al.: Two Alternative Job Stress Models and the Risk of Coronary Heart Disease. *Am. J. Pub. Health* 1998, 88, 68.
5. Broda G., Rywik S., Kurjata P.: Opieka szpitalna nad chorym z zawałem serca w latach 1986-1992 – Program Pol-MONICA Warszawa. *Kardiol. Pol.* 1996, 44, 482.
6. de Jonge J., Bosma H. et al.: Job strain, effort-re-

ward imbalance and employee well-being: a large scale cross-sectional study. *Soc. Sci. Med.* 2000, 50, 1317.

7. Główny Urząd Statystyczny: Badanie stanu zdrowia ludności Polski w 1996 r.
8. Marmot MG, Bosma H., Hemingway H. et al.: Contribution of Job Control and Other Risk Factors to Social Variations in Coronary Heart Disease Incidence. *The Lancet* 1997, 350, 235.
9. McGee D.L., Liao Y., Cao G. et al.: Self reported health status and mortality in multiethnic cohort. *Am. J. Epidem.* 1999, 149, 41.
10. Kunst A.E., Geurts J.J.M., van den Berg J.: International variation in socioeconomic inequalities in self reported health. *J. Epidem. Community Health* 1995, 49, 117.
11. Pająk A.: Zagrożenie chorobą niedokrwienną serca w populacji polskiej. czy nastąpił przełom? *MediPress Kardiologia* 2000, (Supl. 5), 3
12. Pająk A.: Psychospołeczne i żywieniowe czynniki ryzyka chorób układu krążenia. Założenia i cele projektu oraz metody badania przekrojowego. *Przegl. Lek.* 2002.
13. Pająk A.: Zawał serca – zagrożenie i postępowanie. Długofalowa obserwacja populacji 280 000 kobiet i mężczyzn – Projekt POL-MONICA Kraków. Część II: Czynniki ryzyka a umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca (CHNS) u mężczyzn w wieku 35-64 lat. *Przegl. Lek.* 1996, 53, 707.
14. Pająk A., Jamrozik K., Kawalec E. i wsp.: Zawał serca – zagrożenie i postępowanie. Długofalowa obserwacja populacji 280 000 kobiet i mężczyzn – Projekt POL-MONICA Kraków. Część III: Epidemiologia i leczenie zawału serca. *Przeg. Lek.* 1996, 53, 767.
15. Peter R., Alfredsson L., Hammar N. et al.: High effort, low reward, and cardiovascular risk factor in employed Swedish men and women: baseline results from the WOLF Study. *J. Epidemiol. Community Health* 1998, 52, 540.
16. Peter R., Slegrist J., Hallqvist J. et al.: Psychosocial work environment and myocardial infarction: improving risk estimation by combining two complementary job stress models in the SHEEP Study. *J. Epidemiol. Community Health* 2002, 56, 294.
17. Pikhart H., Bobak M., Slegrist J. et al.: Psychosocial work characteristics and self-rated health in four post-communist countries. *J. Epidemiol. Community Health* 2001, 55, 624.
18. Pijls L.T., Feskens E.J., Kromhout D.: Self-rated health and mortality and chronic diseases in elderly men. *Suphen Study* 1993. *Am. J. Epidem.* 138, 840.
19. Rywik S., Broda G., Plotrowski W. et al.: Epidemiologia chorób układu krążenia – Program POL-MONICA Warszawa. *Kardiol. Pol.* 1996, 44, (Supl. II), 7.
20. Shnall P. I., Landsbergis P.A.: Job Strain and cardiovascular disease. *Annual Rev. Public Health.* 1994, 15, 381.
21. Slegrist J.: Adverse health effects of high effort/low reward conditions. *J. Occup Health Psych* 1996, 1, 27.
22. Skinner E.A.: A guide to constructs of control. *J. Personal and Social Psychol.* 1996, 71, 549.
23. Syme S.L.: Control and health: a personal perspective. *Stress, Personal Control and Health*, eds. A. Steptoe and A. Appels, Jon Wiley and Sons, Brussels, 1989, 3.
24. Thompson S.C., Spacapan S.: Perceptions of control in vulnerable populations. *J. Soc. Issues* 1991, 47, 1.
25. Wannamethee G., Sharper A.G.: Self-assessment of health status and mortality in middle aged British men. *Intern. J. Epidem.* 1991, 20, 239.