

Wojciech Bielecki, Wojciech Drygas

Syndrom choroby funkcjonalnej – socjomedyczny mit czy rzeczywistość?

“Functional disease” syndrome – sociomedical myth or reality

Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Wprowadzenie

To, co określa się w literaturze przedmiotu jako chorobę funkcjonalną, jest zjawiskiem bardzo złożonym i - jak się wydaje - podlegającym dynamicznym przeobrażeniom¹⁾. Jeśli wziąć pod uwagę powszechnie już uznawane przekonania teoretyczne oraz coraz częściej implementowane w badania socjomedyczne metody i techniki badawcze – można mówić tu o istnieniu swoistego paradygmatu, spełniającego większość przypisywanych tego typu paradygmatom funkcji²⁾. W tym sensie, termin „choroba funkcjonalna” nie jest - co oczy-

wiste - pojęciem klinicznym *sensu stricto* (nie jest więc ani chorobą, ani też skłonnością w potocznym rozumieniu tego słowa). Jest natomiast pojęciem empirycznym *per se*, którego definicja opisywana jest przez zespół (syndrom) pewnych „objawów”, które jeśli wystąpią w sposób skumulowany, mogą obniżyć jakość życia, również na poziomie całości zachodzących w organizmie przemian energetycznych (metabolizm), determinujących przebieg wszystkich procesów życio-

1) Artykuł złożono do druku w 2008 roku.

2) Amerykański filozof i historyk nauki Thomas S. Kuhn, skłonny odróżniać pojęcie paradygmatu w węższym sensie od pojęcia *consensus omnium*, które nazywa matrycą dyscyplinarną. Owa matryca to nic innego, jak szerokie rozumienie paradygmatu (zob. Kuhn 1985, s.491-495, Merton 1982, s. 88-91).

wych człowieka³). Niejako w konsekwencji, do lekarzy zwłaszcza pierwszego kontaktu, czyli w obręb systemu podstawowej opieki zdrowotnej, zgłasza się coraz to większa liczba pacjentów, skarżących się na różnego rodzaju dolegliwości bez uchwytnego tzw. tła organicznego, tj. manifestujących się na ogół organicznie, ale których proveniencja często związana jest z zachowaniami społecznymi otaczającymi chorobę (Freidson 1961-1962). Dolegliwości te mają charakter somatopsychiczny (somatogeny) albo psychosoma-

3) M. Sokołowska już przed laty powoływała się na szacunki, które dla Polski, ale i dla W. Brytanii mówiły o 30-50% takich pacjentów w ogólnej masie zgłaszających się w ciągu roku do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pisząc: „...tradycyjne pomiary chorób nie wystarczają do określenia i rozwiązywania problemów zdrowotnych rozwiniętych społeczeństw. (...) ludzie zgłaszają się do lekarzy z zaburzeniami bez uchwytnego tła organicznego (...) z reakcją na stresy i napięcia życia rodzinnego, zawodowego i społecznego ... charakterystyczne dla zindustrializowanych społeczeństw. Tacy pacjenci zaczynają już stanowić większość w poczekalniach, niektórych lekarzy (...). Zasadniczą cechą tych ludzi jest dysfunkcja: naruszenie, ograniczenie lub całkowita niezdolność do wykonywania ról i zadań życiowych”. M. Ford wskazując zbliżone wartości szacunków, pisze o bagatelizowaniu przez medycynę i medyków takich dolegliwości: „U przynajmniej jednej trzeciej pacjentów zgłaszających się do lekarzy nie stwierdza się jakichkolwiek chorób organicznych, które mogłyby być przyczyną symptomów, na jakie pacjenci ci się skarżą. Nie cierpią oni również na żadne choroby psychiczne. Zwykle takie przypadki klasyfikuje się jako choroby czynnościowe. Określenie „zaburzenia czynnościowe” jest niestety często używane w znaczeniu pejoratywnym i nieco lekceważącym, jako że medycyna skupiła swoją uwagę jedynie na problemach biomedycznych” (zob. Sokołowska 1976, por. Klono-wicz 1979, s. 159-160, zob. też Mayerscough, Ford 2001, s. 116).

tyczny (psychogeny), w zależności od tego, co w patogenezie wysuwa się na plan pierwszy. Jeśli za podstawę rozróżnienia wziąć natomiast symptomatologię (objawy) - można mówić tu o dolegliwościach fenosomatycznych lub fenopsychicznych (Uramowska-Żyto 1990). Na ogół wiążąc się z chorobami chronicznymi, z jednej strony zaburzają lub wręcz uniemożliwiają im realizowanie codziennych zadań wynikających z pełnionych ról społecznych, z drugiej zaś - stają się dla medyków prawdziwym profesjonalnym wyzwaniem, z którym tylko część z nich usiłuje sobie, i to na ogół intuicyjnie, poradzić. Równie istotne jest i to, że dolegliwości te są zjawiskiem socjomedycznym, nadal słabo rozpoznanym empirycznie.

Metoda badania

Pomiar odnoszący się do chorób funkcjonalnych, a więc próba sformułowania empirycznej odpowiedzi na postawione pytania badawcze, sprowadzała się w tym przypadku do: 1) ustalenia diagnozy epidemiologicznej wybranych elementów stanu zdrowia; 2) dokonania oceny: a) rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób przewlekłych i ich częstości występowania, b) wybranych zachowań (postaw) zdrowotnych i tzw. subiektywnego stanu zdrowia⁴). Zatem

4) Badania zrealizowano w ramach WHO-CIN-DI (Countrywide Integrated Noncommunicable Diseases Intervention Programme). Jest to program badawczo-interwencyjny, powołany przez Światową Organizację Zdrowia w 1984 roku, który pierwotnie stanowić miał jedną z części międzynarodowej strategii „Zdrowie dla wszystkich w 2000 roku”. Obecnie jest realizowany w ponad 30 krajach Europy i obu Ameryk (głównie są to państwa Europy Środkowej i Wschodniej, w tym – od 1992 roku – również Polska).

badania te, mając *ex definitione* charakter pomiaru socjomedycznego, zostały zrealizowane przy wykorzystaniu standaryzowanych technik **socjologicznego wywiadu kwestionariuszowego oraz wybranych elementów lekarskiego badania podmiotowego i przedmiotowego**, obejmującego również badania o charakterze analitycznym⁵). Ten sposób podejścia, rozpowszechniony zresztą we współczesnej socjologii medycyny, bazuje na przekonaniu, iż optymalny wkład badań socjologicznych do szeroko pojmowanej medycyny sprowadza się do wprowadzania naukowych metod w badania stosowane⁶). Przyjmuje się tu pewien rodzaj taksonomii poznawczej, wychodzącej z założenia, iż na syndrom choroby funkcjonalnej, tj. charakterystyczny dla tzw. obrazu choroby zespół objawów dotyczących różnych narządów i układów organizmu i osobowości, najsilniej oddziałuje (jeśli z pola

5) Kwestionariusz wywiadu, którym posłużono się w badaniach będących przedmiotem dokonywanych tu analiz, liczył 65 pytań łącznie z tzw. metryczką i zawierał dodatkowo: wywiad chorobowy (13 pytań odnoszących się do lekarskiego badania podmiotowego), część dotyczącą stosowanych leków (9 pytań), część odnoszącą się do badania przedmiotowego, oraz część zawierającą wyniki wcześniej przeprowadzonych biochemicznych badań analitycznych (cholesterol całkowity, pomiar frakcji LDL i HDL, tryglicerydów i glukozy). Wykorzystuje się tu zasadnicze elementy kwestionariusza realizowanych wcześniej badań porównawczych stanu zdrowia, postaw i zachowań zdrowotnych mieszkańców 6 krajów Europy (WHO-CINDI „Bridging The East-West Health Gap”, 1996-1999). Zob. np. Laaksonen, McAlister et al. (1998), Lutyńska (1984), Lutyński (1972, 2000).

6) Według amerykańskich socjologów medycyny G. Readera i Mary Goss, taka sytuacja oznacza tyle, iż problemy takie wymagają sprawdzenia w warunkach zapewniających maksymalne korzyści i dla medycyny i dla socjologii (zob. Mer-ton, Broom, Cottrell 1959).

analizy wyłączyć stan zdrowia potwierdzony obiektywną diagnozą lekarską) subiektywna ocena stanu zdrowia. Ta zaś, jest funkcją stylu życia (w tym m. in. poziomu aktywności ruchowej, ilości wypalanych papierosów i wypijanego alkoholu) oraz pojawiających się w różnej formie i różnym natężeniu dolegliwości funkcjonalnych: 1) dyskomfortu (stresu, bezsenności, permanentnego zmęczenia, depresji, bólu, lęku); 2) poczucia niemożności sprostania codziennym wymogom (wykonywania codziennych, zwyczajnych zadań, sprawowania nad sobą codziennej opieki, codziennego zwykłego poruszania się). Wszystkie te czynniki, konstruuja- ce model choroby funkcjonalnej, powodując z jednej strony silne napięcie wewnętrzne (*ad intra*), z drugiej – tworząc trudną sytuację zewnętrzną, często doprowadzają człowieka do przyjmowania strategii tłumienia własnego „ja” czyli - używając określeń K. Horney (1980) - tzw. autominimalizacji i ambiwalentnego stosunku do ludzi i życia w ogóle. Poczucie dyskomfortu (cierpienia), od którego w tej analizie wyszliśmy, będące wynikiem takiej strategii, może stać się nie tylko hipotetycznie, zasadniczym zrębem sytuacji życiowej człowieka, wykazując dodatkowo pewne uboczne funkcje. Horney (op. cit.) proponuje - podobnie jak inni autorzy - nazwać owo cierpienie neurotycznym lub funkcjonalnym.

Do ostatecznego opracowania informatycznego (analiza ilościowa) włączono 3710 kwestionariuszy wywiadu. Porównanie rozkładów cech uczestniczących w badaniu, z rozkładem tych samych cech charakteryzujących populację dorosłych mieszkańców miast liczących powyżej 100 tys. ludzi, wy-

kazało współczynniki podobieństwa struktur przekraczające 80%, a niekiedy sięgające 90% w przypadku podstawowych cech społeczno-demograficznych (wiek, poziom wykształcenia, stan cywilny, status zawodowy itp.). Opinie i oceny badanych, a także ustalenia o *stricto* medycznym charakterze, mogą być więc uogólnione na populację mieszkańców tych miast⁷⁾.

Wyniki badań

Samooceńna stanu zdrowia. Próba odniesienia subiektywnej oceny stanu zdrowia do wymogów dnia codziennego, to niezwykle ważny czynnik funkcjonalny, stający się coraz częściej przedmiotem różnorodnych rozważań i poszukiwań badawczych. Ciągłe - jak się wydaje - nie uzyskuje jednak należytej rangi nie tylko w programach profilaktyki chorób niezakaźnych i praktyce lekarskiej, mimo, iż - *ex adverso* - samooceńna stanu zdrowia jest chyba najbardziej popularnym kryterium funkcjonowania człowieka wykorzystywanym w badaniach socjomedycznych. Stąd, obok czysto poznawczego charakteru pomiaru, tj. próby ilościowego oszacowania zjawiska, równie istotne stało się określenie ewentualnych związków między ową samooceńną (wynikającą z sytuacji o różnej przecież proveniencji, lecz niebagatelnych konsekwencjach dla codzien-

7) Jeśli przyjąć, iż całkowity poziom zwrotów jest również jakimś wskaźnikiem reprezentatywności respondentów w próbie, *ergo* – reprezentatywności wyników badania (jakimś, ponieważ nie ma przecież w tym względzie mowy o istnieniu podstaw statystycznych), w przypadku tego pomiaru można mówić o zwrotności na poziomie bardzo dobrym. Tak definiowaną zwrotność, określamy na poziomie nieznacznie przekraczającym 74% (por. Babbie 2004).

nego funkcjonowania człowieka), a zmiennymi niezależnymi. W naszym badaniu, blisko 40% respondentów oceniło aktualny stan swojego zdrowia jako dobry; kategorie odpowiedzi „dobry” i „dość dobry” traktowane *iunctim* wyczerpywały blisko ¾ wszystkich. Rzecz znamienna, rzadziej po ten rodzaj określenia sięgały kobiety aniżeli mężczyźni ($p < 0.01$, $C = 0.12$). Najlepiej stan swojego zdrowia oceniali ludzie młodzi (poniżej 25 roku życia), najgorzej - najstarsi (kategoria wieku 56-64 lata). Im starsi respondenci, tym gorzej oceniali stan swojego zdrowia ($p < 0.001$, $C = 0.41$).

Tab.1

Podobnie, poziom wykształcenia respondentów okazał się być zmienną uzależniającą rodzaj opinii nt. stanu zdrowia. Otóż pacjenci legitymujący się wyższym wykształceniem, częściej uznawali się za zdrowszych, aniżeli respondenci z wykształceniem podstawowym. Ci ostatni, częściej aniżeli pierwsi, wykazywali tendencję do określania stanu swojego zdrowia w kategoriach „raczej zły” i „zły”. Generalnie - im wyższy poziom wykształcenia, tym lepsza opinia o stanie swego zdrowia ($p < 0.001$ i $C = 0.25$) (zob. Stelmach, Kaczmarczyk-Chałas, Bielecki, Drygas 2005). Respondenci deklarujący status emeryta lub/i rencisty, częściej niż pozostali posługiwali się opinią „oceniam stan swojego zdrowia jako raczej zły” lub/i „zły”; zatrudnieni w pełnym wymiarze godzin częściej niż pozostali określali stan swojego zdrowia jako „dobry” ($p < 0.001$ i $C = 0.40$). Wreszcie – kryterium wyraźnie różnicującym subiektywną ocenę stanu zdrowia, okazał

się szacowany *per capita* dochód netto w rodzinie respondenta. Najgorzej stan zdrowia oceniali badani wskazujący na dwie najniższe kategorie dochodu (do 300 zł i od 300 do 500 zł na „głowę”); najlepiej – respondenci z dwóch najwyższych kategorii tak rozumianego dochodu, tj. od 1000 do 1500 zł i powyżej 1500 zł ($p < 0.001$ i $C = 0.14$). Nadto, co równie ważne - zdecydowana większość ogółu badanych wskazała, iż w stosunku do minionych 12 miesięcy można mówić w tym względzie o istnieniu *status quo* (72%). Co dziesiąty respondent stwierdził zaś, iż w ciągu minionego roku licząc od daty badania, jego stan zdrowia poprawił się; więcej niż co szósty jednak wskazał na pogorszenie się subiektywnie ocenianych parametrów zdrowia. Rzecz interesująca – w grupie sięgających po określenie „w porównaniu do sytuacji przed rokiem oceniam stan swojego zdrowia jako lepszy”, częściej niż pozostali robili to respondenci z najmłodszej kategorii wiekowej; uczestnicy pomiaru powyżej 45 roku życia co najmniej dwukrotnie częściej niż pozostali wskazywali na wariant odpowiedzi „w porównaniu do sytuacji przed rokiem, oceniam stan swojego zdrowia jako gorszy”.

Dolegliwości funkcjonalne - odczuwanie bólu. Subiektywnie dobremu, lub choćby tylko w miarę dobremu zdrowiu, na ogół nie powinno towarzyszyć poczucie dyskomfortu związanego np. z doznawaniem bólu, który jest przecież immanentną składową stanu złego samopoczucia. I rzeczywiście – hipoteza ta, wielokrotnie przecież weryfikowana pozytywnie na poziomie jednostkowego lekarskiego badania podmiotowego, znalazła również swe potwierdzenie

na poziomie badania populacyjnego. Niemal identyczny bowiem odsetek pacjentów (ponad 40% ogółu) stwierdziło: „w zasadzie nie odczuwam bólu...”. Pozostali (prawie 60%) bólu jednak doświadczyli, a w przypadku 80 pacjentów (ponad 2%), była to sytuacja permanentna, wyrażająca się stwierdzeniem: „na dobrą sprawę odczuwam taki ból stale, w sposób trudny do zniesienia”. Doznawanie bólu nieco częściej dotyczyło kobiet aniżeli mężczyzn, częściej ludzi starszych, tj. po 45. roku życia aniżeli młodszych oraz częściej rozwiedzionych i owdowiałych aniżeli reprezentantów pozostałych kategorii stanu cywilnego. Rzadziej natomiast towarzyszyło respondentom legitymującym się wykształceniem na poziomie uniwersyteckim oraz pacjentom o największych, tj. przekraczających 1000 zł *per capita* dochodach.

Tab.2

Odczuwanie stresu (presji).

W kwestionariuszu postawiono respondentom pytanie wprost o odczuwanie w ciągu minionego od daty badania miesiąca - napięcia, stresu lub silnej presji (użyte określenia w myśl intencji badacza należało traktować zamiennie). Prawie co drugi spośród badanych pacjentów (47.5%), przyznał się do odczuwania takich stanów, przy czym niemal co 13-y z respondentów stwierdził: „tak, stale lub prawie stale odczuwałem stres, napięcie lub byłem pod presją”, a pozostali (blisko 38%) - określili występowanie owego stresu jako „niezbyt częste”. Okazało się także, iż rodzaj wygłaszanej opinii wiązał się w sposób istotny statystycznie z opisywaną wcześniej zmienną „subiektywna oce-

na stanu zdrowia" ($p < 0.0001$ i $C = 0,34$). Im gorsza samoocena stanu zdrowia, tym częściej była potwierdzana opinia o permanentnym odczuwaniu stresu. Jego odczuwanie - choć nie w tak wyraźny sposób - różnicowała także płeć badanych. Kobiety częściej niż mężczyźni potwierdzały występowanie stresu i to w obu kategoriach częstości (tak, ale niezbyt często - tak, stale). Mężczyźni z kolei, częściej niż kobiety, stwierdzali „w ogóle nie odczuwałem napięcia, stresu lub silnej presji” ($p < 0.05$).

Tab.3

Okazało się także, iż stres deklarowany jako występujący permanentnie, znacznie częściej dotyczy respondentów z kategorii „rozwiedziona/y”, aniżeli przedstawicieli pozostałych kategorii odnoszących się do tzw. statusu rodzinnego badanych. Słabą, lecz istotną statystycznie zależność wykryto między opisywaną cechą, a sytuacją zawodową pacjentów ($p < 0.05$ i $C = 0.16$), przy czym kierunek tej zależności jest trudny do ustalenia. Renciści bowiem, ale także bezrobotni, częściej niż pozostali potwierdzali stałe występowanie stresu w ciągu minionych od daty badania 30 dni. Pracujący na pełnym etacie, ale zagrożeni bezrobociem, i przede wszystkim uczniowie (studenci) - częściej niż pozostali, nie odczuwali w ogóle tego rodzaju dyskomfortu. Istotną statystycznie okazała się także zależność między częstością doświadczania stresu, a zmienną „dochód netto na głowę w rodzinie” ($p < 0,05$ i $C = 0,11$). Najczęściej permanentnego stresu doświadczali respondenci o najmniejszych (do 500 zł), ale i naj-

większych, tj. przekraczających 1000 zł *per capita* dochodach. Próba precyzacji tego, na ile doświadczanie w sposób permanentny przez respondentów, stresu, napięcia, lub też tylko niezbyt częstego znajdowania się pod tak rozumianą presją, sprowadzała się w kwestionariuszu do egzemplifikacji jednego z trzech określeń, najlepiej oddających stan, w jakim wówczas ta grupa badanych pacjentów się znajdowała. Zdecydowana większość z omawianej grupy respondentów ($N = 1763$), bo ponad 89 %, identyfikowała się ze stwierdzeniem „to było (jest) dolegliwe, ale można z tym żyć”. Jednak więcej niż co dziewiąty wskazał określenia: „moje życie było (jest) bliskie przekroczenia granicy wytrzymałości” lub „to było (jest) więcej niż człowiek zazwyczaj może znieść”. Próba ugruntowania tych informacji może być ich odniesienie do rezultatów przeprowadzonych kilka lat wcześniej, a cytowanych tutaj porównawczych badań CINDI, zrealizowanych w sześciu krajach Europy, w tym w Polsce. Tam ($N = 4304$), przy użyciu niemal tożsamego narzędzia, blisko 80% respondentów wskazywało na doświadczanie tak rozumianego stresu, a dla 4.5% ogółu stres kojarzył się ze stwierdzeniem: „moje życie było (jest) niemal nie do zniesienia”. Rzecz interesująca - te dwie ostatnie, ekstremalnie przecież sformułowane opinie, mające oddawać niezwykle trudną egzystencjalnie sytuację „chorego na stres” nie wiązały się w sposób istotny statystycznie z większością hipotetycznych zmiennych uzależniających. Płeć, wiek respondentów, ich stan rodzinny, poziom wykształcenia czy też status zawodowy nie determinowały wyraźnie wyborów w tym względzie. Oznacza to kolej-

ne potwierdzenie formułowanych przez profesjonalistów, ale także funkcjonujących coraz częściej obiegowo tez o „uniwersalności” stresu, oznaczających po prostu, iż różnorakie cechy społeczno-demograficzne nie immunizują pacjentów wobec zaburzeń o charakterze funkcjonalnym.

Depresja. Potwierdzeniem występowania owych „niemedycznych” dolegliwości, czy też pewnym rodzajem ich konkretyzacji, stał się rozkład odpowiedzi na pytanie o występowanie depresji, definiowanej w kwestionariuszu jako silne przygnębienie. Więcej niż co piąty z badanych pacjentów potwierdził istnienie takiego stanu w ciągu ostatnich 30 dni od daty badania, przy czym istotnie częściej czyniły to kobiety aniżeli mężczyźni ($p < 0.00000$, $C = 0.17$), częściej respondenci określający swój status rodzinny w kategoriach „rozwidziona/y” lub „owdowiała/y” aniżeli pozostali ($p < 0.001$, $C = 0.16$), a także pacjenci zaliczający się do kategorii o najniższych dochodach netto na członka rodziny ($p < 0.0000$, $C = 0.10$). Odczuwanie w sposób permanentny silnego przygnębienia (depresji) okazało się być silnie zdeterminowane subiektywną oceną stanu zdrowia. Im gorsza owa samoocena, tym częściej wskazywany fakt występowania depresji ($p < 0.00000$, $C = 0.34$, przy czym wartość statystyki χ^2 została policzona w tym przypadku dla połączonych kategorii stanu zdrowia „raczej zły + zły”).

Tab.4

Występowanie depresji wiązało się w sposób istotny statystycznie z poziomem wykształcenia badanych ($p < 0.0000$). I choć

była to zależność słaba ($C = 0.11$), to jej kierunek był następujący: respondenci z wykształceniem podstawowym częściej niż pozostali stwierdzali występowanie depresji. W przypadku skrajnych grup wykształcenia (podstawowe vs wyższe) różnice te sięgały dwukrotności.

Bezsennaść. Pewnym wsparciem nakreślonego wyżej obrazu jest analiza odpowiedzi respondentów związana z często towarzyszącym stresowi i depresji „objawem”, jakim jest bezsenność. Otóż fakt występowania bezsenności w ciągu ostatnich 30 dni od daty pomiaru potwierdził więcej niemal co trzeci z badanych (29.7% ogółu), przy czym kobiety cierpiały na bezsenność częściej niż mężczyźni ($p < 0.0000$). Dolegliwość ta towarzyszyła w sposób istotny statystycznie częściej ludziom starszym aniżeli młodszym ($C = 0.24$), częściej rozwiedzionym i owdowiałym ($C = 0.17$) niż pozostałym, wreszcie - częściej mniej niż bardziej wykształconym ($C = 0.10$).

Tab.5

Ludzie określający swoją sytuację zawodową jako „emeryt” lub „rencista” częściej niż pozostali skarżyli się na brak snu ($C = 0.27$). Wreszcie ludzie o najwyższych dochodach netto przypadających na członka rodziny rzadziej niż pozostali doświadczali owej bezsenności ($C = 0.08$).

Tab.6

Poczucie niemożności sprostanania codziennym wymogom. Potoczne wyobrażenia, potwierdzone w praktyce psycho- i so-

cjoterapeutycznej, wskazują na swoisty rodzaj przełożenia. Odczuwany w związku ze stresem dyskomfort (presja, silne przygnębienie, bezsenność itp.) manifestuje się często poczuciem niezdolności do sprostania wymogom codzienności. Innymi słowy - człowiek „chory na stres” ma na ogół olbrzymie kłopoty z realizacją codziennych funkcji, związanych z pełnionymi w różnych grupach społecznymi rolami. W opisywanym badaniu, niemal co drugi spośród respondentów potwierdził występowanie takiej właśnie sytuacji, w której człowiek ma poczucie niemożności sprostania wymaganiom dnia codziennego. Blisko co czwarty badany wskazał, iż stan taki odczuwa rzadko, co szósty użył określenia „od czasu do czasu”. Jednak do stałego występowania tego rodzaju dysfunkcji przyznaje się tylko 1% badanych, których ten problem dotyczy. Opinia tego rodzaju była w sposób istotny wyznaczana płcią badanych ($p < 0.0001$) w tym sensie, iż kobiety częściej niż mężczyźni doświadczały poczucia niemożności stawiania czoła codziennym zadaniom ($C=0,18$).

Występowanie tego rodzaju dysfunkcji charakteryzowało również częściej aniżeli innych osoby ze statusem bezrobotnego, a także rencisty ($p < 0.001$, $C = 0.30$). Jednak zmienną, która w sposób najsilniejszy uzależniała opinię respondentów w tym względzie była subiektywna ocena stanu swego zdrowia ($p < 0,001$ i $C=0.48$). Kierunek tej zależności jest oczywisty: im gorsza ocena stanu zdrowia, tym częściej pojawiające się przekonanie o niemożności sprostania codziennym wymaganiom. Pacjenci o najwyższych dochodach netto *per capita* najrzadziej deklarowali odczuwanie niemożności o której mowa ($C=0.15$). Natomiast zależności między opisywaną ce-

chą a zmiennymi: wiek ($C=0.21$) i stan rodzinny badanych ($C=0.19$) - mimo pewnych kłopotów interpretacyjnych - wskazują, iż ludzie starsi oraz samotni (owdowiali, rozwiedzeni), radzą sobie z wymogami codzienności gorzej niż pozostali. Nie potwierdziła się również hipoteza o wzajemnych związkach między kwalifikowaniem stanu spowodowanego stresem w kategoriach: „moje życie było (jest) bliskie przekroczenia granicy wytrzymałości” lub „to było (jest) więcej niż człowiek zazwyczaj może znieść”, a stawianiem czoła wymogom codzienności. Nadto, z wymogami codzienności gorzej radzili sobie ludzie z niższym poziomem wykształcenia, aniżeli wypowiadający opinię: „stale mam poczucie, że nie mogę sprostać wymaganiom codzienności”, ale z wykształceniem wyższym ($p < 0.05$, $C = 0.08$).

Co dziesiąty z badanych potwierdził istnienie problemów związanych z wykonywaniem codziennych zadań, takich jak: praca, nauka, zajęcia domowe, aktywność w czasie wolnym itp. Jednak tylko dla 17 osób (sześciu kobiet i jedenastu mężczyzn) te zwykłe, codzienne czynności są czymś niezwykle dramatycznym, stanowiąc - wedle ich opinii - barierę nie do pokonania.

Ryc.1

Kłopoty związane z wykonywaniem codziennych zadań częściej charakteryzują uczestniczące w badaniu kobiety aniżeli mężczyźni, a ich odczuwanie narasta w sposób niejako naturalny wraz z wiekiem. Ale także – co ważne – im niższy poziom wykształcenia oraz im niższy deklarowany poziom dochodów netto przypadających

„na głowę” w rodzinie, tym częściej awizowane problemy w wykonywaniu tych typowych, codziennych zajęć. I choć zdecydowana większość uczestniczących w badaniu pacjentów stwierdza, iż nie ma żadnych problemów w sprawowaniu opieki nad samym sobą (96,3%), w tym przypadku rozumianej prozaicznie (np. mycie i ubieranie się) to jednak - co szósty, siódmy spośród ogółu przyznaje, sięgając do samooceny związanej z możliwościami codziennego, zwykłego poruszania się, iż chodzenie sprawia mu kłopot lub/i czuje się wręcz „przykuty do łóżka”. Takie problemy odczuwane „czasami” częściej dotyczą kobiet niż mężczyzn, ludzi najstarszych, owdowiałych i rozwiedzionych częściej niż przedstawiciele pozostałych kategorii stanu cywilnego, a także o najniższym poziomie wykształcenia i dochodów netto *per capita*.

Ryc.2

Nieco inny rodzaj postępowania analitycznego, określanego często jako „bardziej nowoczesny”, związany jest ze stosowaniem regresji logistycznej, ukazującej tzw. iloraz szans OR (*odds ratio*) na wystąpienie jakiegoś zjawiska w powiązaniu z innym⁸⁾. Tutaj, traktując syndrom choro-

by funkcjonalnej jako zmienną dychotomiczną (0 - oznacza, iż objawy choroby nie występują, zaś 1- że pojawia się jakiś jej przejaw), można pokusić się o odpowiedź na pytanie, która z owych zmiennych niezależnych ma rzeczywiście istotny wpływ na wystąpienie SCHF. Regresja logistyczna w odniesieniu do syndromu choroby funkcjonalnej wykazała, iż wraz z pogarszaniem się sytuacji w zakresie analizowanych zmiennych niezależnych, zwiększa się ryzyko wystąpienia SCHF. Tylko w przypadku zmiennej „kłopoty w sprawowaniu codziennej opieki” nie potwierdziliśmy jej istotnego w sensie statystycznym wpływu na wystąpienie SCHF, mimo, iż również w tym przypadku, tendencja wzrostu ryzyka wystąpienia syndromu choroby funkcjonalnej zwiększa się wraz z faktem występowania owych kłopotów.

Tab.8

Na największą jednak uwagę zasługuje ogląd wartości dotyczących zmiennej „kłopoty w wykonywaniu codziennych zadań”. Otóż dla mężczyzn deklarujących tego typu kłopoty, ryzyko występowania objawów choroby funkcjonalnej jest prawie 9-krotnie większe (sic!), aniżeli dla mężczyzn nie wykazujących kłopotów tego rodzaju (OR = 8,95). Tymczasem dla kobiet znajdujących się w podobnej sytuacji, takie ryzyko jest czterokrotnie większe, aniżeli dla respondentek bez objawów tego rodzaju (OR = 4,10). Natomiast na poziomie całej zbiorowości można mówić o prawie 7-krotnym poziomie ryzyka wystąpienia SCHF (OR = 6,55).

8) Analizę zgromadzonego materiału wykonano w oparciu o regresję logistyczną, przy wykorzystaniu pakietu STATGRAPHICS Plus 5.1. Równania regresji logistycznej estymowano wykorzystując metodę quasi-Newtona, a tzw. funkcje straty obliczono wykorzystując metodę największej wiarygodności. Warto podkreślić, iż statystyki χ^2 , oceniające tzw. dobroć dopasowania modelu okazały się we wszystkich przypadkach istotne statystycznie (dla kobiet, mężczyzn i ogółem $p < 0.001$) (zob. Watała 2004, por. STATGRAPHICS Plus 1996).

Uwagi podsumowujące - perspektywa przyszłości

Strukturalne elementy paradygmatu choroby funkcjonalnej są w olbrzymiej większości znane i opisywane co najmniej od czasów Hipokratesa. Jednoznaczne określenie ich roli w etiologii (patogeneza) i społecznych konsekwencji (patologia) jest jednak niezwykle trudne. Zwłaszcza, że trendy rozwojowe dotyczące większości społeczeństw rozwiniętych, w tym społeczeństwa Polski, np. wzrastająca stale tzw. konkurencyjność życia oraz jego tempo, narastanie różnego rodzaju zagrożeń i kryzysów, zdają się dostarczać coraz to nowych i przemożnie działających przyczyn dysfunkcji tego rodzaju.

To, czego doświadczają najpierw pacjenci, a później także w swoich gabinetach lekarze, musi stać się bodźcem do krytycznego rozpoznania zjawiska, przy czym diagnoza tego typu nie może już ograniczać się jedynie do chorego (pacjenta), lecz powinna stać się próbą odpowiedzi na pytanie: w jakim stopniu pacjent staje się ofiarą szkodliwych dla zdrowia warunków ogólnych? Ostrożny wybór między syn toksycznym, a katatoksycznym zachowaniem w życiu codziennym może ograniczyć negatywne skutki Tofflerowskiej ekonomiki przyspieszenia i zarazem ograniczyć powszechność sądu, iż te typowe choroby naszych czasów są, jeśli nie w ogóle, to w znacznym stopniu wyłącznym następstwem zmian sposobu życia i środowiska (Dubos 1970, Selye 1977, Toffler 1977). Może też, niezbyt jeszcze ceniony w medycynie, całościowy sposób pojmowania człowieka przybliżyć praktyce me-

dycznej tak, by ta chciała „widzieć chorego nie tylko w aspekcie fizjologicznym i patofizjologicznym, lecz także aspekcie psychologicznym jego codziennych konfliktów, radości i zmartwień, wreszcie w aspekcie socjologicznym - na tle jego środowiska społecznego” (Kępiński 1973, s. 253) relacja zwłaszcza między determinantami społecznymi i kulturowymi, a dolegliwościami funkcjonalnymi jest o wiele bardziej złożona, aniżeli można było jeszcze nie tak dawno przypuszczać, a priorytetem wydaje się być oparty na współpracy model kontaktów z pacjentem. Niemiecki futurolog i publicysta Robert Jungk pisał - „Próba złagodzenia tego stanu przez lekarstwa i różnego rodzaju zalecenia może udać się tylko sporadycznie. W każdym przypadku konieczne będzie przeprowadzenie „systemowej analizy” zdrowia ukazującej pacjenta we wszystkich aspektach łącznie” (1981, s. 292). Mimo to, nie należy jednak sądzić, iżby wskutek wszystkich tych zabiegów, dało się wyraźnie ograniczyć zasięg syndromu choroby funkcjonalnej, która – jako problem medyczny i zarazem społeczny będzie - jak się wydaje - dynamicznie narastać. Stosowanie empirii i sprawdzanie w ten sposób poszczególnych elementów i całego modelu jest więc nie tylko postulatem, ale – moim zdaniem – nakazem chwili. Zwłaszcza, że nadal mamy tu do czynienia jednak z *terra incognita*, a obszary tego typu, pozostające w obrębie zainteresowań socjologii medycyny oraz medycyny społecznej i zapobiegawczej, niewątpliwie wymagają podejścia o charakterze interdyscyplinarnym, a więc i zróżnicowanym metodologicznie. Mimo ewidentnych różnic (w tym również o charakterze ontologicznym), do-

tyczących zakresów tych wszystkich dyscyplin, ważne jest by tam, gdzie obserwuje się równie ewidentne pokrywanie się obszarów zainteresowań mówić o synergizmie; w ten sposób tzw. efekt łączny - wtedy, gdy przedmiotem oddziaływań stanie się syndrom choroby funkcjonalnej - będzie z całą pewnością wyraźniejszy od sumy efektów oddzielnego działania każdej z nich. Wszystko po to, by – jak twierdzi Réne Dubos – zdrowie mogło oznaczać zdolność jednostki lub grupy do istnienia w nieprzerwanej zmianie nie tylko po to, by przygotować się do przyszłości.

Streszczenie

Dane pochodzące z różnych źródeł wskazują stały wzrost pacjentów zgłaszających się do lekarzy pierwszego kontaktu z różnego rodzaju zaburzeniami funkcjonalnymi o niejasnej, często pozasomatycznej proveniencji. Empiryczna ilustracja tego socjomedycznego problemu, oparta o wyniki badań kwestionariuszowych przeprowadzonych wśród losowo dobranych niemal 4000 respondentów, jest próbą rozstrzygnięcia antynomii: mit czy rzeczywistość.

Słowa kluczowe: choroba funkcjonalna, czynniki ryzyka, styl życia, socjomedyczne badania populacyjne, kwestionariusz

Summary

The data collected from various sources show a constantly growing number of 'func-

tional' disorders or disfunctions, deprived of somatic symptoms, connected with the fact that the patients are unable to cope with their problems. The dynamic character of this phenomenon, which indicates a constant percentage growth of a such diseases in patients reporting themselves sick to the general practitioner, was a determinant to engage ourselves in the research concerning this problem. The empirical illustration of this paradigm has basis on representative research which had a socio-medical character and included almost 4000 patients-respondents.

Key words: functional disease, risk factors, lifestyle, sociomedical research, questionnaire

Bibliografia

1. Babbie E. (2004). *Badania społeczne w praktyce*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
2. Dubos R., (1970). *Człowiek, środowisko, adaptacja*, Warszawa: PZWL.
3. Freidson E. (1961-62). *The sociology of medicine – A trend report and bibliography*. *Current Sociology*, vol. X-XI, 3.
4. Horney K. (1980). *Nerwica a rozwój człowieka*. Warszawa: PIW.
5. Jungk R. (1981). *Człowiek tysiąclecia*. Warszawa: PIW.
6. Kępiński A. (1973). *Rytm życia*. Kraków: WL.
7. Klonowicz S.(1979). *Oblicza starości*.

- Warszawa: WP.
8. Kuhn T.S. (1985). Dwa bieguny. Warszawa: PIW.
 9. Laaksonen M., McAlister A.L. et al. (1998). The east-west health gap: health status and health behavior. *European Journal of Public Health*, 11.11.
 10. Lutyńska K. (1984). Wywiad kwestionariuszowy. Przygotowanie i sprawdzenie narzędzia badawczego. Wrocław: Ossolineum, IFiS PAN.
 11. Lutyński J. (2000). Metody badań społecznych. Wybrane zagadnienia. ŁTN: Łódź.
 12. Lutyński J. (1972). Analiza procesu otrzymywania informacji w badaniach z zastosowaniem wywiadu kwestionariuszowego. [W:] Gostkowski Z., Lutyński J. (red.), *Analizy i próby technik badawczych w socjologii*, T.IV, (ss.13-121). Wrocław: Ossolineum, IFiS PAN.
 13. Mayerscough P.R., Ford M. (2001). Jak rozmawiać z pacjentem. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
 14. Merton R.K., Broom L., Cottrell L.S. JR (1959). *Sociology today, problems and prospects*. New York: American Sociological Society.
 15. Merton R. K. (1982). *Teoria socjologiczna i struktura społeczna*. Warszawa: PWN.
 16. Selye H. (1977). *Stres okiełznany*. Warszawa: PIW.
 17. Sokołowska M. (1976). Polityka społeczna a zdrowie. *Studia Socjologiczne*, 4 (63), 227.
 18. STATGRAPHICS Plus (1996). *Advanced Regression Manuqistics*, Inc.
 19. Stelmach W., Kaczmarczyk-Chałas K., Bielecki W., Drygas W. (2005). How education, income, control over life and life style contribute to risk factors for cardiovascular disease among adults in a post-communist country. *Public Health. Journal of the Royal Institute of Public Health*, 119, 498-508.
 20. Toffler A. (1977). *Ekospazm*. Warszawa: Czytelnik.
 21. Uramowska-Żyto B. (1990). Socjologiczne koncepcje zdrowia i choroby. [W:] Ostrowska A. (red.), *Wstęp do socjologii medycyny*. Warszawa: IFiS PAN.
 22. Watała C. (2004). *Biostatystyka – wykorzystanie metod statystycznych w pracy badawczej w naukach biomedycznych*. Alfa-Medica Press.

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Drygas
Katedra Medycyny Społecznej i Zapobiegawczej
Dr hab. n. med. Wojciech Bielecki
Zakład Medycyny Zapobiegawczej
Uniwersytet Medyczny w Łodziul.
Żeligowskiego 7/9
90-643 Łódź

Tab. 1 Subiektywna ocena stanu zdrowia

Samoocena stanu zdrowia	Dane	Razem
Dobry	N	1261
	%	39,2%
Dość dobry	N	1067
	%	33,2%
Ani dobry ani zły (taki sobie)	N	611
	%	19,0%
Raczej zły	N	210
	%	6,5%
Zły	N	69
	%	2,1%
Razem		3218

Tab. 2 Odczuwanie bólu a płeć

Odczuwanie bólu	Dane	K	M	Razem
W zasadzie nie odczuwam bólu	N	494	1009	1503
	%	31,6%	47,4%	40,7%
Bywa tak, że odczuwam ból	N	1033	1076	2109
	%	66,0%	50,6%	57,1%
Odczuwam taki ból stale	N	38	42	80
	%	2,4%	2,0%	2,2%
Razem		1565	2127	3692

Tab. 3 Odczuwanie stresu a płeć

Stres	Dane	K	M	Razem
W ogóle nie	N	747	1254	2001
	%	47,9%	59,2%	54,4%
Tak, ale niezbyt często	N	657	734	1391
	%	42,1%	34,6%	37,8%
Tak- stale lub prawie stale	N	157	131	288
	%	10,1%	6,2%	7,8%
Razem		1561	2119	3680

Tab. 4 Częstość występowania depresji a płeć

Depresja	Dane	Płeć		Razem
		K	M	
Tak	n	458	363	821
	%	29,2%	17,1%	22,2%
Nie	n	1110	1764	2874
	%	70,8%	82,9%	77,8%
Razem		1568	2127	3695

Tab. 5 Bezsennosc a płeć

Bezsennosc	Dane	K	M	Razem
Tak	N	545	551	1096
	%	34,7%	25,9%	29,7%
Nie	N	1024	1576	2600
	%	65,3%	74,1%	70,3%
Razem		1569	2127	3696

Tab. 6 Bezsennosc a deklarowany poziom dochodów netto per capita

Bezsennosc	Dane	do 500 zł	pow. 500 do 1000 zł	pow. 1000 zł	Razem
Tak	N	488	476	112	1076
	%	32,1%	30,0%	23,0%	29,9%
Nie	N	1034	1110	375	2519
	%	67,9%	70,0%	77,0%	70,1%
Razem		1522	1586	487	3595

Tab. 7 Poczucie niemożności sprostania codziennym wymaganiom vs płeć

Niemożność sprostania wymaganiom codzienności	Dane	K	M	Razem
Nigdy nie mam takiego poczucia	N	674	1311	1985
	%	43,0%	61,8%	53,8%
Rzadko	N	425	442	867
	%	27,1%	20,8%	23,5%
Od czasu do czasu	N	380	279	659
	%	24,3%	13,1%	17,9%

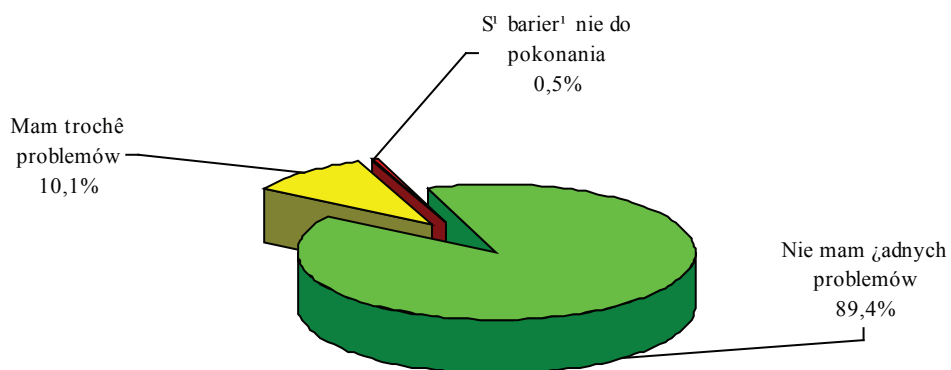
Często	N	74	71	145
	%	4,7%	3,3%	3,9%
Stale mam takie poczucie	N	14	19	33
	%	0,9%	0,9%	0,9%
Razem		1567	2122	3689

Tab. 8 Wartości współczynników regresji logistycznej a SCHF wg płci

Zmienna		Mężczyźni	Kobiety	Razem
Wiek		1,01 (1,01-1,02)***	1,04 (1,02-1,05)***	1,02(1,01-1,03)***
Kłopoty z poruszaniem się	Nie	1,00	1,00	1,00
	Tak	4,30 (2,38-7,74)***	6,42 (2,56-16,05)***	5,08 (3,11-8,29)***
Kłopoty w codziennej opiece	Nie	1,00	-	1,00
	Tak	3,89 (0,50-30,38)		5,66 (0,76-42,34)
Kłopoty w wykonywaniu codziennych zadań	Nie	1,00	1,00	1,00
	Tak	8,95 (3,23-24,86)***	4,10 (1,46-11,49)**	6,55 (3,18-13,47)***

* p<0,05, ** p<0,01, *** p<0,001

Ryc. 1 Ocena możliwości wykonywania codziennych zadań



Ryc. 2 Ocena możliwości codziennego, zwykłego poruszania się

