



You have downloaded a document from
RE-BUŚ
repository of the University of Silesia in Katowice

Title: Wybrane aspekty funkcjonowania współczesnego człowieka w obszarze zdrowia i choroby

Author: Agnieszka Pasztak-Opiłka

Citation style: Pasztak-Opiłka Agnieszka. (2016). Wybrane aspekty funkcjonowania współczesnego człowieka w obszarze zdrowia i choroby. W: K. Borzucka-Sitkiewicz (red), „Psychospołeczne i środowiskowe konteksty zdrowia i choroby”. (S. 101-123). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego.



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI
W KATOWICACH



Biblioteka
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki
i Szkolnictwa Wyższego

Agnieszka Pasztak-Opilka

Wybrane aspekty funkcjonowania współczesnego człowieka w odniesieniu do zdrowia i choroby

Wstęp

We współczesnej literaturze powszechnie podkreśla się zmiany w charakterze chorób oraz przyczynach zgonów, jakie dokonały się na przestrzeni ostatnich kilkudziesięciu lat. O ile w 1900 roku ludzie umierali głównie z powodu grypy i zapalenia płuc, gruźlicy i ostrych nieżyłtów przewodu pokarmowego, to współcześnie ludzie tracą życie przede wszystkim na skutek chorób serca, nowotworów oraz różnego rodzaju wypadków¹. Część chorób daje od samego początku wyraźne objawy, lecz inne rozwijają się bezobjawowo (jak choćby nadciśnienie tętnicze). Zmianie uległy również uciążliwości dnia powszedniego. Bywa, że normą staje się to, co bywało patologiczne, zaś za patologię uznaje się zjawiska fizjologiczne, traktowane dotąd jako norma. Ludzie coraz częściej poddają się diagnostyce i jednocześnie coraz więcej jednostek chorobowych ujmuje się w nowych klasyfikacjach diagnostycznych.

O tym, jak ogromny wpływ może wywierać choroba nie tylko na funkcjonowanie jednostki czy rodziny, ale i całych narodów, świadczą przytaczane w literaturze przykłady słynnych dolegliwości bólowych Napoleona, będących sygnałami choroby nowotworowej, które przyczyniły się do jego porażki pod Waterloo, czy kamyka w moczowodzie Cromwella, który udaremnił swemu nosicielowi plany obalenia władzy królewskiej w XVII-wiecznej Anglii². Jak

¹ Ch.L. SHERIDAN, S.A. RADMACHER: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Przeł. A. DODZIUK et al. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.

² A. RZAŚNICKI: *Nowoczesna encyklopedia zdrowia*. Wydawnictwo Minerwa, Warszawa 1938.

się wielokrotnie podkreśla, na proces identyfikacji i reagowania na symptomy somatyczne ogromny wpływ mają czynniki kulturowe. W kulturze zachodniej podstawową przyczyną wielu chorób są bakterie czy wirusy, a przykładowo w kulturze Majów choroba to rezultat grzechu lub działania sił nieczystych³. Liczne choroby czy objawy somatyczne stają się charakterystyczne dla danej kultury i coraz częściej w literaturze spotykamy się z pojęciem zaburzeń uwarunkowanych kulturowo (*culture bound syndrom*)⁴. W Polsce pomimo coraz bogatszej wiedzy medycznej do dziś odradza się przyszywanie guzików czy cerowanie rajstop „na ciełe” („bo się rozum zaszyje”), przy objawach czkawki zastanawiamy się, kto nas wspomina, jęczmienie na oku pocieramy złotą obrączką, zatkane kanaliki łzowe niemowląt zalewamy matczynym mlekiem, przed ukończeniem pierwszego roku życia nie obcinamy dzieciom włosów, nie pozwalamy siadać na progu, bo to wróży chorobę, czy wreszcie palimy zioła i korzystamy z usług egzorcystów w celu odstraszenia złych duchów pogarszających nasze samopoczucie.

Powyższe zjawiska istnieją równolegle z rozwijającą się w szybkim tempie medycyną, ze zmianami w metodach leczenia i ze stale ewoluującym podejściem do diagnostyki. Pacjent przyjął rolę konsumenta, który coraz częściej dokonuje zakupów w obszarze diagnostyki czy samego leczenia. Zdrowie ludzkie stało się produktem i zaczęło podlegać regułom rynkowym. Jak pisze w swej monografii dr hab. Małgorzata Górnik-Durose⁵, zdrowie można kupić, nawet za pośrednictwem Internetu, można je sprzedać albo wymienić na inne zasoby. Procesem diagnozy i terapii nie zajmuje się już wyłącznie lekarz, zastępuje go niejednokrotnie kosmetolog, psycholog, farmaceuta, fizjoterapeuta czy trener osobisty. Z drugiej strony wszechobecny we współczesnym świecie proces medykalizacji powoduje, iż naturalne procesy fizjologiczne czy zachowania społeczne rozpatruje się w kategoriach problemów zdrowotnych, wymagających leczenia, powstają więc pigułki na zmęczenie, na uspokojenie, na potencję, na potliwość, na zmarszczki, na grzeczną, pobudzającą apetyt, osłabiającą apetyt... Wchodząc do apteki i obserwując stojące na półkach suplementy diety, trudno oprzeć się wrażeniu, że przeoczyliśmy u siebie jakieś zaburzenie, i opuścić ją bez kolejnego produktu (zresztą reklama przesycona treściami *tylko dla prawdziwych kobiet, podaruj sobie odrobinę luksusu, zasługujesz na piękno, jesteś tego warta* mówi sama za siebie). Pigułka zwalnia nas z samorefleksji, pozwalając szybko i skutecznie zwalczyć kolejną uciążliwość i biec dalej. Ale nie tylko pigułki zabieramy ze sobą. Narastająca technicy-

³ G.D. BISHOP: *Psychologia zdrowia*. Przeł. A. ŚLIWA, L. ŚLIWA. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2007.

⁴ K. STEMPEWSKA-ŻAKOWICZ: *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. GWP, Gdańsk 2009.

⁵ M. GÓRNIK-DUROSE, red.: *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne*. GWP, Gdańsk 2013.

zacja medycyny powoduje, iż coraz więcej sprzętów medycznych otacza nas już nie tylko w środowisku szpitalnym, ale i we własnym domu. Termometry, glukometry, monitory oddechu, nebulizatory, monitory tętna, liczniki spalanych kalorii czy też przeróżne ciśnieniomierze dostępne są nie tylko w aptekach, ale i w każdym dyskoncie, stając się tym samym towarem podstawowym, bez którego nie sposób funkcjonować. W obszarze leczenia zmieniają się również relacje personelu z pacjentem, tłumaczone z jednej strony brakiem czasu dla pacjenta, biurokratyzacją służby zdrowia, z drugiej coraz większą komputeryzacją procesów diagnostyki i leczenia. W placówkach medycznych na każdym kroku otaczają nas monitory, aparaty diagnostyczne czy wreszcie roboty, które sterowane (jeszcze) przez chirurga pozwalają wykonać wiele zabiegów szybciej i precyzyjniej. Zjawiska te przyczyniają się do narastania tzw. naddiagnostyki. Powszechnym staje się myślenie „można więc trzeba”, czyli „tendencja do identyfikowania dysfunkcji niemających większego lub wręcz żadnego znaczenia dla prawidłowego funkcjonowania człowieka albo takich, które się jeszcze nie objawiły w postaci symptomów choroby, bo ta często i tak nie zdąży się rozwinąć w ciągu życia”⁶. Tym samym coraz więcej ludzi wykonuje u siebie badania, nie mając do nich żadnych medycznych wskazań. Korzystając z zakupów grupowych dostępnych przez Internet, niejednokrotnie sami podejmujemy decyzje, jak i gdzie (szybko i po promocyjnej cenie) można się zdiagnozować, niejednokrotnie też zgłaszamy się do lekarza rodzinnego czy do szpitalnej izby przyjęć z wydrukowaną karteczką zawierającą zdobyte na forach internetowych informacje dotyczące własnych objawów oraz oczekiwanych przez nas procedur medycznych (które nie zawsze są konieczne, czasem bywają nieuzasadnione, a często wręcz niemożliwe do zrealizowania). Z karteczką przypominającą tą, z jaką udajemy się na zakupy do supermarketu.

Nowe zjawiska i zaburzenia

Niejednokrotnie zdarza się, iż diagnoza, jaką postawił sobie pacjent przed udaniem się do lekarza, nie pokrywa się z diagnozą medyczną⁷. Jak ujawniają badania, na odczuwanie i interpretację objawów somatycznych istotny wpływ wywierają doświadczane emocje (im lepszy jest nastrój, tym mniejsza skłonność do koncentrowania się na dolegliwościach), oczekiwania (oczekując objawów, więc się pojawiają), proces uczenia się objawów (i korzystanie z tych doświadczeń w przyszłym życiu) oraz koncentrowanie się na nich (im bardziej

⁶ Ibidem, s. 11.

⁷ M. JAROSZ: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1988.

zwracamy uwagę na odczucia z własnego ciała, tym gorzej się czujemy). W sytuacji stresowej człowiek prezentuje skłonność do oceniania własnego ciała i sygnałów z niego płynących w negatywny sposób, często szuka pomocy lekarskiej, odczuwając objawy, które na co dzień zignorowałby. Ich percepcja zależy również od miejsca w strukturze społecznej (wiek, stan cywilny, status socjoekonomiczny), bo — jak się podkreśla — kobiety, osoby samotne i zamieszkujące w rodzinach liczących powyżej 4 osób zgłaszają gorsze samopoczucie, podobnie jak osoby z niższym statusem społecznym⁸.

Choć współczesna medycyna niemal z dnia na dzień przynosi nowe rozwiązania diagnostyczne i nowe metody leczenia, to jednak często pojawiają się problemy pacjentów z objawami trudnymi do wyjaśnienia w kategoriach medycznych, które w istotny sposób obniżają jakość ich życia. Opisy takich zaburzeń można znaleźć zarówno w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-IV, którą posługują się na ogół psychologowie i psychiatrzy, jak i w powszechnie stosowanej przez lekarzy Międzynarodowej Klasyfikacji ICD-10. W klasyfikacji DSM-IV pojawia się określenie zaburzenia somatoformiczne (wśród których wymienia się zaburzenia somatyzacyjne, hipochondryczne, bólowe i konwersyjne). By zdiagnozować zaburzenia somatyzacyjne, u pacjenta muszą występować wszystkie z 4 charakterystycznych objawów: cztery objawy bólu (4 różne miejsca lub zaburzone funkcje), dwa objawy żołądkowo-jelitowe (tj. nudności, wzdęcia lub biegunki), jeden objaw seksualny (np. oziębłość, nieregularne miesiączki) i jeden objaw pseudoneurologiczny (np. utrata czucia, zaburzenia pamięci czy świadomości). Znowy czynniki demograficzne odgrywają istotną rolę, gdyż zaburzenia te pojawiają się na ogół przed 30. rokiem życia i niemal dziesięciokrotnie częściej występują w grupie kobiet. W DSM-IV oddziela się zaburzenia somatyzacyjne od hipochondrii, jednak w praktyce rozróżnienie to może sprawiać wiele trudności nawet specjalistom. U pacjentów z zaburzeniami hipochondrycznymi (najczęściej pojawiającymi się po 30. roku życia) zwraca uwagę nienaturalna troska o własne zdrowie, wynikająca często z przekonania o zachorowaniu na poważną chorobę (np. nowotworową) i lęku o własne zdrowie, bez wyraźnego koncentrowania się na pojedynczych objawach. Osoby takie nie potrafią precyzyjnie opisywać swoich objawów, chętnie szukają medialnych doniesień o chorobach i chętnie identyfikują u siebie choroby, o których czytają w gazetach lub słyszą w doniesieniach medialnych. Niejednokrotnie też podejmują próby samodzielnego leczenia się, wykupując leki bez recepty lub korzystając z metod diagnostyki i leczenia proponowanych w Internecie. Co charakterystyczne, pacjenci tacy pomimo przekonania o istnieniu w swoim organizmie śmiertelnej choroby nie prezentują związanego z tym lęku. Ich zachowania różnią się od symulacji, gdyż rzeczywiście są przekonani o chorobie. Odczuwają jednak rozczarowanie,

⁸ G.D. BISHOP: *Psychologia zdrowia...*

gdy lekarz przekonuje ich, że są zdrowi i traktuje jak symulantów. Na szczególną uwagę wśród zaburzeń somatoformicznych zasługują również zaburzenia konwersyjne, charakteryzujące się objawami przypominającymi uszkodzenie lub utratę kontroli nad jakimś narządem, bez podstaw medycznych. Sięgając do literatury, można dostrzec, iż pierwotnie objawy te były określane mianem hysterii. Ojciec medycyny Hipokrates uważał, że histeria dotyczy wyłącznie kobiet, u których sfrustrowana, niezaspokojona seksualnie macica wędruje po ciele, wywołując przeróżne objawy. Podstawowym środkiem leczniczym jego zdaniem było... zawarcie małżeństwa. Wiele wieków później Z. Freud pisał o hysterii konwersyjnej, będącej fizycznym efektem stłumienia energii seksualnej. Zaburzenia konwersyjne stanowią obecnie 1—3% rozpoznawanych zaburzeń zdrowia psychicznego. Powszechnie rozpoznawano je podczas I i II wojny światowej u żołnierzy, którzy dzięki objawom (takim, jak na przykład paraliż nóg) mogli nie angażować się w działania wojenne, nie narażając się jednocześnie na społeczne potępienie. Dla pacjentów z zaburzeniami konwersyjnymi szczególnie charakterystyczne są: tzw. cudowna obojętność (gdy pacjent pomimo paraliżu czy utraty wzroku swobodnie i bez lęku opisuje własne objawy), niedopasowanie dysfunkcji do objawów konkretnej choroby, selektywny charakter objawów oraz ustępowanie, modyfikowanie lub też pojawianie się ich pod wpływem hipnozy czy aplikowania leków wprowadzających w narkozę⁹.

Pomimo rozwoju medycyny, jaki miał miejsce w ostatnich dziesięcioleciach, 25—50% symptomów zgłaszanych lekarzowi ogólnemu pozostaje niewyjaśnionych medycznie, a odsetek ten zwiększa się jeszcze w leczeniu specjalistycznym (30—70%)¹⁰. W literaturze opisuje się zjawisko, któremu nadano nazwę MUS (*medically unexplained symptoms*). Pacjentom takim często sugeruje się psychologiczne albo psychiatryczne podłoże dolegliwości, jednakże na ogół niechętnie przyjmują oni tę diagnozę i poddają się dalszej diagnostyce, najczęściej z lęku przed odrzuceniem społecznym bądź też obniżeniem samooceny¹¹. Zdecydowanie łatwiej jest przyjąć diagnozę opartą na wynikach badań laboratoryjnych czy neuroobrazowaniu niż na subiektywnej opinii specjalisty, łatwiej też uwierzyć, że zły stan psychiczny wynika z choroby somatycznej, niż że

⁹ R.C. CARSON, J.N. BUTCHER, S. MINEKA: *Psychologia zaburzeń*. Przeł. W. DIETRICH et al. GWP, Gdańsk 2003.

¹⁰ J. RAVENZVAALJ, T.C. HARTMAN, H. RAVESTEIJN, R. EVELEIGHT, P.L.B.J. LUCASSEN: *Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature*. „Mental Health in Family Medicine”, no. 7/2010, s. 223—231; L.N.L. ZONNEVELD, Y.R. VAN ROOD, R. TIMMAN, C.G. KOOIMAN, A. VAN'T SPIJKER, J.J.V. BUSSCHBACH: *Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up*. „PloS One”, www.plosone.org, no. 7(8)/2012, e42629, s. 1—14 (dostęp: 12.06.2013).

¹¹ M.M. KOOLA, P. KUTTICHIRA: *Psychosocioeconomic study of medically unexplained physical symptoms*. „Indian Journal of Psychological Medicine”, no. 34(2)/2012, s. 159—163.

za przyczyną objawów somatycznych stoi cierpiąca psychika¹². Sytuacja taka w istotny sposób wpływa negatywnie na wzajemne relacje lekarza i pacjenta. Lekarze są zirytowani, gdy pacjent po raz kolejny zgłasza się ze swoimi objawami, a badania medyczne nie wyjaśniają ich przyczyn, pacjenci z kolei czują, że lekarz im nie wierzy i bagatelizuje ich skargi. Odczuwają stres i są bezradni, gdyż pomimo licznych badań medycznych ich sytuacja chorobowa nie zostaje wyjaśniona, a objawy uporczywie się utrzymują¹³. Nie znajdując oczekiwanej pomocy u personelu medycznego, pacjenci sami poszukują przyczyn objawów czy szukają tożsamości choroby, zgodnie ze znaną prawdą, iż to, co nieznanie i nienazwane, budzi największy lęk. Nawigują niejednokrotnie do przeszłości, przywołując doświadczenia chorobowe (własne lub osób znajomych czy bliższych) i nimi tłumacząc stan aktualny (*moja mama umarła na raka, więc na pewno ja też mam raka*). Obok medycyny tradycyjnej równolegle wprowadzają leczenie alternatywne¹⁴. Bywa, że wielokrotnie są hospitalizowani czy diagnozowani przez specjalistów z różnych dziedzin. Zjawisko to stanowi więc istotny problem dla lekarzy medycyny ogólnej i specjalistów, bo diagnoza pacjentów z MUS bywa długotrwała i bardzo kosztowna, a mimo to niewiele wnosi, bo nie wyjaśnia źródeł objawów. MUS stanowi istotny problem w życiu publicznym i ekonomicznym, zwłaszcza gdy wiąże się z licznymi nieobecnościami w pracy, z zasiłkami chorobowymi wypłacanymi osobom na zwolnieniu lekarskim oraz kosztowną diagnostyką medyczną, jakiej niejednokrotnie są poddawani¹⁵. W zjawisku MUS istotną rolę odgrywają czynniki demograficzne: występuje ono znacznie częściej u kobiet niż u mężczyzn¹⁶. W badaniach Koola i in.¹⁷ dostrzeżono, że aż 87% badanych manifestujących syndrom MUS stanowiły kobiety, połowa badanych była w wieku od 21. do 40. roku życia, u większości (58%) objawy utrzymywały się powyżej 5 lat. Główne objawy, na jakie uskarżali się badani, to: bóle ciała, bóle głowy i zawroty głowy, wymioty, nudności, zaparcia i biegunki, problemy w oddychaniu czy przełykaniu, zmęczenie, zmniejszony apetyt, wypadanie włosów i inne.

Ravenzwaaij i in.¹⁸ wprowadzili kilka koncepcji psychologiczno-medycznych pozwalających określić etiologię MUS. Jedną z nich jest teoria wzmocnie-

¹² S. BAARNHIELM: *Restructuring illness meaning through the clinical encounter: a process of disruption and coherence*. „Culture, Medicine and Psychiatry”, no. 28/2004, s. 41—65.

¹³ A. SUMATHIPALA, S. SIRIBADDANA, S. HEWEGE, K. SUMATHIPALA, M. PRINCE, A. MANN: *Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka study*, „BMC Psychiatry”, no. 8(54)/2008, doi: 10.1186/1471-244X-8-54.

¹⁴ Ibidem.

¹⁵ M.N. KOOLA, P. KUTTICHIRA: *Psychosocioeconomic study...*; A. SUMATHIPALA et al.: *Understanding the explanatory model...*

¹⁶ L.N.R. ZONNEVELD et al.: *Effective group training...*

¹⁷ M.N. KOOLA, P. KUTTICHIRA: *Psychosocioeconomic study...*

¹⁸ J. RAVENZVAAIJ et al.: *Explanatory models...*

nia somatosensorycznego (*somatosensory amplification theory*) zakładająca, że dolegliwości somatyczne powodują, iż osoba ich doświadczająca silnie skupia na nich uwagę, dokonuje oceny poznawczej i w rezultacie poprzez tę ocenę wtórnie wzmacnia doświadczane objawy. Z kolei teoria sensytyzacji (*sensitisation theory*) uznaje, iż u człowieka chorego pojawiają się ślady pamięciowe, które w przyszłości uwrażliwiają go na sygnały somatyczne. Chory dokonuje ich interpretacji, odwołując się do swych wcześniejszych doświadczeń chorobowych, i nieświadomie zaczyna oczekiwać pojawiania się kolejnych objawów, jakich doświadczył w podobnej sytuacji w przeszłości. Teoria wrażliwości (*sensitivity theory*) jasno zakłada, iż część populacji reaguje znacznie bardziej wrażliwie na sygnały somatyczne od innych ludzi. W grupie tej obserwuje się wyższy poziom neurotyzmu i myślenia katastroficznego oraz więcej negatywnych emocji. Warto nadmienić, iż wśród teorii ściśle medycznych autorzy wymieniają teorię filtra sygnału (*signal filter theory*), która uznaje, że u osób z MUS osłabione są procesy filtrowania dopływających do mózgu sygnałów somatycznych, co w rezultacie sprzyja nadmiernej stymulacji układu nerwowego i zwiększonej liczbie odczuwanych objawów. Inna teoria, określona jako immunologiczna teoria sensytyzacji (*immune system sensitisation theory*), zakłada, iż u osób z MUS obserwuje się proces przewlekłej aktywacji systemu immunologicznego i produkowania cytokin.

Co ważne, dla pacjentów samo nazwanie choroby przez lekarza daje poczucie bezpieczeństwa, bo zakładają, że skoro lekarz potrafi nazwać chorobę, to wie również, jak ją wyleczyć (zgodnie z diagnostycznym *efektem Rumpelstilzchena*, czyli tzw. *wiarą w magiczną wartość słowa*¹⁹). Podobnie działa popularne w medycynie określenie *zaburzenia funkcjonalne*, które co prawda w żaden istotny sposób nie określa choroby pacjenta, działa jednak na niego uspokajająco²⁰.

Obok MUS we współczesnej literaturze opisuje się inne zjawisko, określane w skrócie jako CFS (*chronic fatigue syndrome*), czyli syndrom przewlekłego zmęczenia. W Polsce rzadko się o nim wspomina. Wielu lekarzy podciąga objawy towarzyszące CFS pod inne jednostki chorobowe, niektórzy całkowicie negują jego występowanie bądź też jego częstotliwość. Diagnoza CFS sprawia wiele trudności, bo objawy, które manifestuje pacjent, niejednokrotnie są bardziej charakterystyczne dla innych jednostek chorobowych (tj. niedoczynności tarczycy, zaburzeń hormonalnych, depresji czy anemii). Nie ma określonych standardów postępowania, nie ma również przejrzystych procedur medycznych, które pozwoliłyby postawić jednoznaczną diagnozę CFS. Chorzy niejednokrotnie słyszą od lekarzy czy najbliższego otoczenia, że są histerykami albo — co gorsza — że wymyślają chorobę w celu osiągnięcia jakichś korzyści,

¹⁹ K. STEMPLEWSKA-ŻAKOWICZ: *Diagnoza psychologiczna...*

²⁰ A. PASZTAK-OPILKA, A. GALUSZKA, M. GÓRNIK-DUROSE: *O człowieku chorym we współczesnym świecie*. W: M. GÓRNIK-DUROSE, red.: *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne*. GWP, Gdańsk 2013, s. 105—136.

lekarze zaś kierują ich do psychologa lub do psychiatry. Etiologia CFS nie jest dokładnie znana, w literaturze czy w Internecie wymienia się różne jego przyczyny (tj. ogólny stan zdrowia, niewłaściwe odżywianie, codzienne problemy, życie w stresie, przebycie infekcji wirusowej itd.). Zjawisko CFS w Stanach Zjednoczonych nazwano *yuppie flu*, czyli chorobą ludzi młodych, ambitnych, zapracowanych, dążących do szybkiej kariery zawodowej kosztem snu, odpoczynku i czasu wolnego. Znow warto nadmienić, że zjawisko to rozpoznawane jest niemal 3- do 4-krotnie częściej w grupie kobiet oraz 3-krotnie częściej w grupie dziewczynek niż chłopców²¹.

Zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia, aby uznać kogoś za chorego na CFS, musi on od przynajmniej sześciu miesięcy wykazywać 4 z 8 objawów, do których należą zaburzenia pamięci i koncentracji, bóle gardła, tkliwość węzłów chłonnych, bóle mięśniowe, stawowe lub bóle głowy, zaburzenia snu i zmęczenie po wysiłku. Jak wspomniano, przewlekłe zmęczenie i objawy z nim związane dotyczą nie tylko dorosłych, ale i dzieci. Royal College of Paediatrics and Child Health mianem CFS określa utrzymujące się zmęczenie, bez jednoznacznie rozpoznanych podstaw medycznych. U dzieci i młodzieży z CFS szczególnie charakterystyczne jest zmniejszenie aktywności fizycznej, spadek osiągnięć edukacyjnych związany z nieobecnościami w szkole wynikającymi ze złego samopoczucia i wpływ objawów na rozwój społeczny. W grupie tej mogą pojawić się też objawy niespecyficzne, jakich nie obserwuje się u dorosłych (np. bóle brzucha czy wysypki), w związku z czym dzieci bywają niewłaściwie zdiagnozowane i leczone. W samej diagnozie w porównaniu do dorosłych zmienia się kryterium czasu, gdyż u dzieci objawy muszą trwać minimum 3 miesiące. Tu również istnieją problemy diagnostyczne, bo trudno odróżnić dziecko z CFS od dziecka z depresją, niedoczynnością tarczycy czy inną chorobą somatyczną²². Crawley i in.²³ badali lęk u dzieci z CFS, obejmując badaniami 251 dzieci pomiędzy 7. a 17. rokiem życia, z których niespełna 33% stanowili chłopcy. Najwyższy poziom lęku stwierdzono w grupie nastolatków, zaś u młodszych dziewcząt (w porównaniu z grupą kontrolną) nasilone były zaburzenia lękowe towarzyszące separacji oraz fobie społeczne. Tłumaczono to faktem, że podczas choroby dziecko staje się coraz bardziej zależne od dorosłych, co może przerodzić się w lęk przed separacją. Częste nieobecności w szkole mogą nasilać lęk przed negatywną oceną ze strony rówieśników, co z kolei może sprzyjać powstawaniu fobii społecznej. Rodzice dzieci z CFS uskarżają się na wiele barier w uzyskiwaniu pomocy ze strony służby zdrowia.

²¹ E. CRAWLEY, L. HUNT, P. STALLARD: *Anxiety in children with CFS/ME*. „European Child & Adolescent Psychiatry”, no. 18/2009, s. 683—689.

²² L. JASON, N. PORTER, E. SHELLYBY, L. TILL, D.S. BELL, C.W. LAPP, K. ROWE, K. DE MEIRLEIR: *Severe Versus Moderate Criteria for the New Pediatric Case definition for ME/CFS*. „Child Psychiatry and Human Development”, no. 40/2009, s. 609—620. PMID: 19513826.

²³ E. CRAWLEY et al.: *Anxiety...*

Niejednokrotnie podkreślają negatywne relacje z lekarzami, którzy nie wierzą w objawy sygnalizowane przez dziecko, nie wiedzą, jak je diagnozować bądź bagatelizują je, mówiąc rodzicom np.: *to tylko wirus, nie ma czym się martwić, to tylko zmęczenie* itd. Bywa, że rodzice czują się opuszczeni czy wręcz obwiniani przez lekarzy za niewłaściwe wychowywanie dziecka. Zmagając się z zapewnieniem dziecku właściwej opieki medycznej, czują gniew i frustrację, a niejednokrotnie wchodzą w konflikty z personelem medycznym, zarzucając mu brak empatii²⁴.

Stosunek do własnego zdrowia i do objawów chorobowych

Schorzenie wpływa na człowieka w każdej ze sfer jego funkcjonowania: biologicznej, psychicznej i społecznej. Niejednokrotnie towarzyszy mu poczucie niesprawiedliwości, apatia, rozpacz, poddanie się losowi. Chory jest narażony na szereg ograniczeń, czasem wymagających zmiany dotychczasowego stylu życia, odczuwa dolegliwości bólowe i niewygody związane z leczeniem. Poruszając problem wpływu choroby na codzienne funkcjonowanie w różnych obszarach, warto przytoczyć wyniki badań z ostatnich lat. Badania amerykańskich pacjentów z chorobami kardiologicznymi potwierdzają, iż kobiety oceniają własny stan zdrowia gorzej niż mężczyźni, doświadczając również odmiennych emocji z nim związanych. Częściej mówią o strachu towarzyszącym chorobie, mężczyźni zaś skupiają się na uczuciu gniewu. Kobiety koncentrują się na relacjach społecznych, podkreślając, że choroba sprzyja izolacji społecznej, bardziej więc doceniają znaczenie grup wsparcia. Tymczasem mężczyźni sygnalizują, iż choroba obniża ich sytuację finansową i ogranicza aktywność zawodową²⁵. Podobna tendencja występuje u kobiet hiszpańskich, gorzej oceniających stan własnego zdrowia. Co ciekawe, hiszpańscy mężczyźni przeceniają go, kreując się na tzw. twardych facetów i utrwalając tym samym funkcjonujące stereotypy²⁶. Okazuje się, że osoby pracujące zawodowo poza domem w sytuacji choroby znacznie

²⁴ C. WEBB, S.M. COLLIN, T. DEAVE, A. HAIG-FERGUSON, A. SPATZ, E. CRAWLEY: *What stops children with a chronic illness accessing health care: a mixed methods study in children with Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME)*. „BMC Health Services Research”, no. 11/2011, s. 308, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/308> (dostęp:12.12.2013); A. PASZTAK-OPILKA et al.: *O człowieku chorym...*

²⁵ H. MEAD, E. ANDRES, H. KATCH, B. SIEGEL, M. REGENSTEIN: *Gender differences in psychosocial issues affecting low-income, underserved patients' ability to manage cardiovascular disease*. „Women's Health Issues”, no. 20(5)/2010, s. 308—315.

²⁶ M. DEL GARCÍA-CALVENTE, N. HIDALGO-RUZZANTE, M. DEL RIO-LOZANO, J. MARCOS-MARCOS, E. MARTINEZ-MORANTE, G. MAROTO-NAVARRO, I. MATEO-RODRIGUEZ, E. GIL-GARCIA: *Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability*

mniej czasu spędzają w łóżku, rzadziej też poddają się hospitalizacji. Reakcje takie są częstsze u osób samotnych czy rozwiedzionych, będących jedynymi żywicielami rodziny. W pewien sposób praca „odstrasza” od przyjęcia roli osoby chorej, która mogłaby zaburzyć funkcjonowanie całej rodziny. Wielość pełnionych w życiu ról zawodowych czy rodzinnych może oddziaływać dwojako: powodować przeciążenie i pogorszenie stanu zdrowia albo wręcz przeciwnie: sprzyjać zdrowiu, gdy człowiek czuje się dowartościowany, ma osiągnięcia i poczucie bezpieczeństwa²⁷.

Co ciekawe, stale narzekający Polacy dość optymistycznie oceniają stan własnego zdrowia. Tendencja ta wzrasta w Polsce od 2003 roku, jednak podobnie jak w wyżej przytoczonych badaniach światowych obserwuje się tzw. efekt płci: kobiety gorzej niż mężczyźni oceniają swe zdrowie, częściej też interpretują sygnały z ciała jako objawy chorobowe²⁸. Ponad połowa (57%) Polaków pozytywnie ocenia własne zdrowie, 36% co prawda choruje przewlekłe, ale wśród nich co piąta osoba nie narzeka na zdrowie²⁹. Równocześnie (paradoksalnie?) czujący się zdrowiej mężczyźni dwukrotnie częściej niż kobiety umierają z powodu choroby wieńcowej, ponad dwukrotnie z powodu raka płuc, giną w wypadkach samochodowych i aż czterokrotnie częściej popełniają samobójstwo³⁰.

Przy na ogół pozytywnej ocenie własnego zdrowia dziwi znaczny odsetek osób niedbających o zdrowie. Krzysztof Puchalski³¹ podkreśla, iż co piąta osoba nie robi zupełnie nic, by chronić czy wzmacniać własne zdrowie, a wśród tych, którzy cokolwiek robią, zaledwie 20% jest w swych działaniach konsekwentnych. Dostrzega on, iż współczesny człowiek w działaniach prozdrowotnych może czuć się osamotniony, gdyż funkcjonuje w świecie, w którym społecznie wysoko wartościuje się zachowania ryzykowne, bliscy rzadko udzielają wsparcia w zachowaniach prozdrowotnych, system ochrony zdrowia jest niewydolny, a sam pacjent niejednokrotnie otrzymuje niejasne i sprzeczne komunikaty zdrowotne. Istotną rolę w utrwalaniu takiej postawy odgrywają również czynniki emocjonalne, takie jak niechęć do ograniczeń i wyrzeczeń, irytacja wywoływana

and doping with illness in Spain. „Sociology of Health & Illness”, no. 34(6)/2012, s. 911—912. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x. pub 2012 Mar 23 (dostęp:10.06.2013).

²⁷ N. KRAUSE, K. MARKIDES: *Gender roles, illness, and illness behavior in a Mexican American population.* „Social Science Quarterly”, no. 68/1987, s. 102—121.

²⁸ Ch.L. SHERIDAN, S.A. RADMACHER: *Psychologia zdrowia...*; J. CZAPIŃSKI, T. PANEK, red.: *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, 2012, www.diagnoza.com (dostęp: 10.07.2013).

²⁹ R. BOGUSZEWSKI: *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach.* Komunikat Nr BS/110/2012. CBOS, Warszawa 2012.

³⁰ G.D. BISHOP: *Psychologia zdrowia...*

³¹ K. PUCHALSKI: *Promocja zdrowia i kształtowanie zachowań. Czy potrzebna jest zmiana... paradygmatu?* Wystąpienie na spotkaniu Sekcji Psychologii Zdrowia PTP w dniu 23.11.2011, Warszawa.

przekazami medialnymi na temat zdrowia czy funkcjonalność zachowań ryzykownych. Zachowania ryzykowne i pasywne stają się niejednokrotnie źródłem przyjemności, redukują stres, dają poczucie przynależności, są włączane do tożsamości (*smakosz, twardziel*) i pozwalają na integrację społeczną. Autor wyróżnia 6 typów osób reprezentujących różne zainteresowanie własnym zdrowiem: *pryncypialnie prozdrowotny* (silnie zainteresowany sprawami zdrowotnymi na co dzień, w kontekście indywidualnym i społecznym), *prozdrowotny mimo woli* („robię to dla siebie, nie dla zdrowia”), *uległe prozdrowotny* (stosujący zachowania zdrowotne niejako „przy okazji”, zakładając, że zdrowie zależy głównie od czynników, na które ma mały wpływ), *przytłoczony warunkami życia* (biernie oczekujący dostarczenia odpowiedniej opieki medycznej, łączący zdrowie z materialnymi warunkami życia), *zagubiony buntownik* (zachowania prozdrowotne wykorzystuje, gdy uważa, że są funkcjonalne: dla przykładu nie pali, gdy papierosy są za drogie) i *jeszcze-nie-chory* (dopóki nie jest chory, nie zajmuje się zdrowiem).

Inne ciekawe dane dotyczące postaw zdrowotnych Polaków można odnaleźć w opublikowanych w ciągu ostatnich lat raportach Siemensia *Tysiąc kobiet, tysiąc barier. Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?* z 2011 roku autorstwa A. Łuszczynskiej i A. Bukowskiej-Durawy³² oraz *Zdrowie — męska rzecz*³³ z 2012 roku, opracowanego przez D. Cianciarę. Bariery będące przyczyną rezygnacji z badań cytologicznych, które niejednokrotnie mogą okazać się zbawienne dla zdrowia czy życia kobiet, podzielono na indywidualne (przekonania, emocje, doświadczenia), społecznościowe (w tym normy dominujące w danej społeczności) oraz populacyjne (np. stan opieki medycznej). Okazuje się, że Polkom przeszkadza m.in. poczucie dyskomfortu towarzyszącego badaniu ginekologicznemu czy wstyd przed odsłonięciem własnej nagości, inne priorytety życiowe, brak czasu na dbanie o własne zdrowie lub też lęk przed diagnozą choroby nowotworowej. Co ważne, kampanie społeczne ujęte w reklamach czy indywidualnych zaproszeniach na badanie bywają dla kobiet irytujące, choć ich rolą jest przecież zachęcanie, a nie zniechęcanie do profilaktyki³⁴. Bardzo ciekawe wyniki uzyskano rok później, poruszając problematykę zdrowia polskich mężczyzn. Podjęto próbę udzielenia odpowiedzi na pytanie, jak (i czy) polscy mężczyźni dbają o zdrowie i jak radzą sobie z chorobami. W Polsce mężczyźni żyją krócej od kobiet o około 8,5 roku. Przyczyn tego zjawiska można upatrywać w kilku obszarach. Po pierwsze, nadal silnie pokutuje stereotyp tzw. silnego (= prawdziwego) mężczyzny. Mężczyzny, który jako pierwotny

³² A. ŁUSZCZYŃSKA, A. BUKOWSKA-DURAWA: *Tysiąc kobiet, tysiąc barier. Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?* Raport Siemensia 2011, www.siemens.pl/medycyna (dostęp: 20.09.2012).

³³ D. CIANCARA: *Zdrowie — męska rzecz*. Raport Siemensia 2012, www.siemens.pl/medycyna (dostęp: 20.09.2012).

³⁴ A. ŁUSZCZYŃSKA, A. BUKOWSKA-DURAWA: *Tysiąc kobiet...*

myśliwy, głowa rodziny i patriarchy rodu nie uznaje słabości, chorobę traktuje jak klęskę osobistą, silnie obniżającą jego męskie poczucie własnej wartości. Aby podkreślić swą siłę, chętnie podejmuje ryzykowne zachowania, takie jak palenie, picie, sporty ekstremalne. Co więcej, profilaktykę traktuje jako zachowania kobiece, niegodne siłacza. W przypadku ewentualnej choroby obawia się, że mógłby być postrzegany jako słaby, nie sprawdzający się w swej roli, a nawet odrzucony przez partnerkę, ignoruje więc sygnały płynące z własnego ciała, czasem je wypiera („nic mi nie jest”), innym razem racjonalizuje („jak na mój wiek / wagę / zawód jestem zdrowy”). I tak 34% mężczyzn deklaruje całkowity brak dbałości o własne zdrowie. Mężczyźni rzadziej zwracają uwagę na dietę, rzadziej kontrolują zdrowie u lekarza, rzadziej przyjmują leki i jednocześnie oceniają swój stan zdrowia znacznie wyżej niż kobiety. Jak widać, Polacy pomimo zmian ustrojowych i obyczajowych silnie trzymają się utrwalo-nych stereotypów. Kobieta (matka Polka) przyjmuje na siebie wszelkie możliwe role: nie tylko podejmuje aktywność zawodową, ale jest kucharką, sprzątaczką, nianią, domowym lekarzem, farmaceutą, pielęgniarzką, ubezpieczając niejednokrotnie swego męża w kwestiach zdrowotnych: siłą doprowadza go do lekarza, kontroluje wywiad, wykupuje recepty, dodatkowo samodzielnie aplikuje domowe mikstury. Jest najlepszą ekspertką w dziedzinie zdrowia i/lub choroby własnego męża. Zdarza jej się nazywać mężczyzn hipochondrykami, zwłaszcza gdy zgłaszają dolegliwości bólowe. W rezultacie polska kobieta ma o kilka spraw więcej na głowie, a polski mężczyzna od wczesnych lat (bo przecież żona często kontynuuje to, co zaczęła matka) uczy się poczucia zdrowotnej bezradności. Na zachowania zdrowotne mężczyzn wpływają również lekarze: kobieta lekarz niejednokrotnie lekceważy skargi męskich pacjentów, traktując je jako objawy hipochondrii. Nawet media nie do końca sprzyjają męskiemu dbaniu o własne zdrowie, kreując wizerunek silnego, wysportowanego, sprawnego seksualnie mężczyzny, i na takie informacje są ukierunkowane (zapominając, że — jak pokazują badania — mężczyzna chodzi na siłownię m.in. w celach towarzyskich, a nie — jak kobieta — zdrowotnych). Serwisy medyczne pełne są informacji przeznaczonych dla kobiet (zjawisko feminizacji zdrowia), tym samym mężczyznom trudniej dotrzeć do informacji zdrowotnych. Okazuje się, iż szukając tych informacji, sięgają do źródeł zapewniających intymność i anonimowość: 60% mężczyzn szuka informacji medycznych u lekarza lub farmaceuty, 47% w telewizji, 43% w Internecie. Na ogół oceniają oni chorobę jako zagrożenie (ostrzeżenie lub karę), ograniczenie kontroli nad własnym życiem i sprawę intymną, którą należy ukryć (szczególnie przed innymi mężczyznami, by nie narazić się na śmieszność). Choroba wiąże się z obniżeniem samooceny i koniecznością proszenia o pomoc, co staje się dla nich szczególnie trudne. Mężczyźni częściej więc lekceważą objawy zagrażające życiu i nie zgadzają się na badania naruszające intymność (takie, jak chociażby badanie *per rectum*, gastroskopię, kolonoskopię i — co ciekawe — badanie ucha). Choroby dzielą

na męskie (tj. nowotwory narządów układu moczowo-płciowego, rak płuca, impotencja, choroba wieńcowa) i kobiece (tj. migreny, osteoporoza, wzdęcia i paradoksalnie otyłość, znacznie przecież powszechniejszą wśród polskich mężczyzn, choć to kobiety stale mówią o odchudzaniu). Na marginesie warto nadmienić, że migrena została uznana za chorobę kobiecą wieki temu, a ksiądz Kneipp w 1892 roku pisał: „Migrena, ból połowy głowy jest przede wszystkim chorobą kobiet. Dopada ona bardzo często i energicznych mężów, szczególnie takich, którzy wiele i z natchnieniem umysłowo pracują. Nieraz z ust lekarza słyszeć można pocieszenie: bądź spokojnym, głupcy migreny nie mają”³⁵ (pisownia oryginalna). Kobiety z kolei dokonują dość ciekawej typologii mężczyzn wyjaśniającej zachowania, jakimi na co dzień kierują się oni w kwestiach zdrowotnych: zadbany (bo żonaty), zaniedbany (bo samotny) i przeczulony na punkcie własnego zdrowia (a więc metroseksualny, kompletnie przeciwny stereotypowi macho). Reasumując: polscy mężczyźni żyją krócej niż kobiety i choć myślą o zdrowiu i przejmują się chorobami, starają się to ukrywać, podtrzymując silnie utrwalone stereotypy³⁶.

Chaos informacyjny

W sytuacji choroby Polacy szukają informacji o swoich objawach i o możliwościach leczenia, sięgając do różnych źródeł. Można je podzielić na zewnętrzne (np. opinie innych ludzi) oraz wewnętrzne (doświadczenia i posiadana wiedza). Wśród źródeł zewnętrznych Engel, Blackwell i Miniard³⁷ wyróżniają: źródła personalne (znajomi, rodzina, lekarz) i niepersonalne (książki, media). Liczne badania ujawniają, że ludzie częściej korzystają ze źródeł nieprofesjonalnych niż profesjonalnych, gdyż pozwala im to zaoszczędzić czas i nie wymaga dużego wysiłku³⁸. Preferencje w doborze informacji i w poziomie zdobytej wiedzy zależą w istotnym stopniu od sytuacji finansowej, rodzaju ubezpieczenia, wykształcenia i stanu zdrowia. Im większe potrzeby zdrowotne, tym więcej zdobytych informacji oraz bogatsze doświadczenie w korzystaniu z usług. Osoby z wyższym wykształceniem i z lepszymi dochodami mają szerszą wiedzę o leczeniu. W wielu badaniach stwierdzono również, że bogatszą wiedzę posiadają kobiety, co wiąże się z większymi doświadczeniami zdrowotnymi, częstszymi

³⁵ S. KNEIPP: *Moje leczenie wodą*. Przeł. J.A. ŁUKASZEWICZ. Nakład Księgarni Józefa Kosel, Kempten 1892, s. 210.

³⁶ D. CIANCIARA: *Zdrowie — męska rzecz...*

³⁷ J.F. ENGEL, R.D. BLACKWELL, P.W. MINIARD: *Consumer behavior*. The Dryden Press, Orlando 1990.

³⁸ A. FALKOWSKI, T. TYSZKA: *Psychologia zachowań konsumenckich*. GWP, Gdańsk 2003.

wizytami lekarskimi i z większym od mężczyzn zaangażowaniem się w działania profilaktyczne (mając istotną potrzebę uzyskiwania informacji, aktywniej ich poszukują). Co ciekawe, motywacja do poszukiwania informacji wzrasta też w sytuacji pokrywania kosztów leczenia z własnej kieszeni³⁹. Szczególnie cenne dla pacjentów są informacje uzyskiwane od personelu medycznego, bo oprócz wiedzy dają dodatkowo poczucie bezpieczeństwa⁴⁰.

Współczesny Polak ma coraz bogatszą wiedzę medyczną. Nie tylko rzetelną, czerpaną z naukowych książek czy czasopism, ale i wiedzę ludową, alternatywną czy wręcz paramedyczną. Rosną też jego oczekiwania, w czym niewątpliwie dominującą rolę odgrywają serialne telewizyjne i Internet⁴¹. H. Świerczewska i S. Pliszka⁴² w opublikowanym w 2011 roku raporcie PBI stwierdzają, iż aktualnie co drugi Polak poszukuje w Internecie informacji o zdrowiu (dla porównania w 2005 roku postępował tak co piąty). Pacjenci koncentrują się przede wszystkim na informacjach dotyczących choroby, jaką u nich zdiagnozowano, bądź też jaką u siebie podejrzewają. Szukają, jakimi metodami powinni być diagnozowani i jakimi powinni być leczeni. Coraz więcej stron zawiera również informacje i opinie dotyczące placówek medycznych czy bezpośrednio samych lekarzy (na marginesie — tajemnicą być przestało, iż powstały również firmy kreujące za odpowiednią opłatą dla potrzeb marketingowych wizerunki medialne placówek i personelu, tym samym rzetelność opinii dotyczących placówek czy personelu staje się dyskusyjna). Konsekwencją samodzielnych poszukiwań informacji medycznych niejednokrotnie jest odrzucanie wizyty lekarskiej czy też podejmowanie prób samodzielnego leczenia. Część serwisów internetowych pozwala się zdiagnozować, inne dostarczają wskazówek, w jaki sposób dalej kierować swym leczeniem, jeszcze inne pozwalają na wymianę informacji na forach dyskusyjnych. Organizatorzy zakupów grupowych, wysyłając oferty

³⁹ M.E. BEIER, P.L. AKERMAN: *Determinants of health knowledge: an investigation of age, gender, abilities, personality, and interests*. „Journal of Personality and Social Psychology”, no. 84(2)/2003, s. 439—447; P.J. CUNNINGHAM, C. DENK, M. SINCLAIR: *Do consumers know how their health plan works?* „Health Affairs”, no. 20(2)/2001, s. 159—166; A. TUMLINSON, H. BOTTIGHEIMER, P. MAHONEY, E.M. STONE, A. HENDRICKS: *Choosing a health plan: what information will consumers use?* „Health Affairs”, no. 16(3)/1997, s. 229—238; C.S. WEISMAN, D.E. RICH, J. ROGERS, K.G. CRAWFORD, C.E. GRAYSON, J.T. HENDERSON: *Gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quality measurement*. „Journal of Women’s Health and Gender-Based Medicine”, no. 9(6)/2000, s. 657—665; E.W. HOY, E.K. WICKS, R.A. FORLAND: *A guide to facilitating consumer choice*. „Health Affairs”, no. 15(4)/1996, s. 9—30; J.S. LUBALIN, L.D. HARRIS-KOJETIN: *What do consumers want and need to know in making health care choices?* „Medical Care Research and Review”, no. 56(1)/1999, s. 67—102.

⁴⁰ P. SALMON: *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Przeł. M. GAJZIŃSKA. GWP, Gdańsk 2002.

⁴¹ D. CIANCARA: *Zdrowie — męska rzecz...*

⁴² H. ŚWIERCZEWSKA, S. PLISZKA: *Internetowe serwisy o zdrowiu: zawartość, popularność, profil użytkowników, poszukiwane informacje*. Polskie Badania Internetu, 2011: www.pbi.org.pl (dostęp: 14.09.2012).

mailowe do użytkowników Internetu, pozwalają na samodzielną diagnozę przy zastosowaniu metod tradycyjnych lub nietradycyjnych, oczywiście bez uciążliwości stania w kolejkach i oczekiwania na odległe terminy oraz na późniejsze leczenie (zgodnie z zasadą *szybko i w promocji*).

Pacjent, funkcjonując w chaosie informacyjnym, stale trafia na informacje sprzeczne, które wydają się wiarygodne — i musi samodzielnie podejmować decyzje. Szczególnie trudna jest to sytuacja dla człowieka borykającego się z poważną chorobą czy też podejmującego próby zabezpieczenia przed nią siebie i swych najbliższych. Przykładem może być leczenie homeopatyczne. Paracelsus, uznawany za ojca nowoczesnej medycyny, już w XVI wieku założył, iż fakt, czy coś jest trucizną czy nie, zależy od dawki. Z założenia tego w XVIII wieku wyszedł twórca homeopatii Samuel Hahnemann. Testując na sobie samym działanie chininy, uznał, że *similia similibus curantur* (podobne należy leczyć podobnym), potwierdzając niejako to, co wcześniej uznali Hipokrates i Paracelsus. W ten sposób narodziła się do dziś funkcjonująca homeopatia, będąca przeciwieństwem metod alopacyjnych (zakładających, że *contraria contrariis curantur*, czyli przeciwne należy leczyć przeciwnym). Paradoksalnie, choć homeopatii jako metodzie leczenia zaprzecza współczesna wiedza medyczna, to bywa ona propagowana nie tylko na kursach, ale i na uczelniach medycznych (dla przykładu w 2014 roku na Śląskim Uniwersytecie Medycznym otwarto 2-letni kierunek studiów homeopatii, co wzbudziło głośny protest polskiego środowiska lekarskiego). Nie tylko wybór pomiędzy rodzajami leków czy metodami leczenia jest utrapieniem współczesnych chorych. Pojawiające się sprzeczne doniesienia dotyczą też powszechnie dostępnych używek czy substancji, które z jednej strony mogą leczyć lub dodawać nam urody, z drugiej bywają śmiertelnie niebezpieczne. Jad kielbasiany, znany przede wszystkim z zatruc pokarmowych o dramatycznym nieraz przebiegu, pod nazwą *botulina* bywa wykorzystywany jako lek przy chorobach układu moczowego, neurologicznych, chorobie Parkinsona czy w rehabilitacji, wstrzyknięty w twarz wygładza zmarszczki, a w pachy — pomaga likwidować nadmierne wydzielanie potu. Stwierdzono, że nikotyna aplikowana przy zastosowaniu plastrów sprzyja poprawie funkcjonowania pamięci krótkotrwałej i koncentracji uwagi⁴³. Oczywiście, bezdyskusyjna jest jej szkodliwość, gdy traktuje się ją jako przyczynę zgonów około 3 milionów ludzi rocznie, ale wiele badań naukowych podkreśla jej pozytywne działanie. Wolf, Orion, Matz i in.⁴⁴ przywołują wyniki badań ujawniające, że u pacjentów cierpiących na chorobę Parkinsona czy Alzheimera istnieje o 50% mniejsze prawdopodobieństwo niż w grupie kontrolnej, iż palili oni w przeszłości. Inne badania pokazują, że u palaczy

⁴³ Artykuł na portalu Onet: *Trucizny, które leczą*, z dnia 23.10.2012, www.wiadomosci.onet.pl/prasa/trucizny-ktore-lecza/esn8j (dostęp: 23.10.2012).

⁴⁴ R. WOLF, E. ORION, H. MATZ, S. MAITRA, C. ROWLAND-PAYNE: *Smoking can be good for you*. „Journal of Cosmetic Dermatology”, no. 3/2004, s. 107—111.

rzadziej rozpoznaje się również zapalenie okrężnicy. Nikotyna podawana pod kontrolą lekarską tym pacjentom w różnej postaci (plastry, guma itd.) pomaga w ustępowaniu symptomów chorobowych, może pomóc również w ustępowaniu symptomów towarzyszących ropnemu zapaleniu skóry, zapobiec nawrotom opryszczki czy pomóc w leczeniu pleśniawek w jamie ustnej.

Na każdym niemal kroku spotykamy się z reklamą produktów leczniczych. Trudno byłoby odnaleźć przerwę w programie telewizyjnym pozbawioną reklamy przynajmniej jednego leku czy też suplementu diety. Z reklamą produktów leczniczych spotykamy się praktycznie wszędzie: w Internecie, w radiu, na billboardach, na karoseriach autobusów, na długopisach, torbach plastikowych, ściereczkach do okularów, zabawkach, kalendarzach, w malowankach itd. Coraz więcej lekarzy zaczyna reklamować w spotach telewizyjnych produkty lecznicze lub wspomagające leczenie, dostępne bez recepty (bo tylko na tego typu reklamy pozwalają obowiązujące przepisy). Reklamy nie mogą wprost sugerować, że zażycie określonego produktu w natychmiastowy sposób nas uzdrowi, pozwoli uniknąć wizyt u lekarza, leczenia czy zabiegów operacyjnych, zaś ich nie zażycie przyczyni się do pogorszenia naszego zdrowia.

Istnieją jednak wyjątki od tej ustawy, do których należą reklamy szczepionek. W tym wypadku nie tylko szczepionka dostępna na receptę może być swobodnie reklamowana, ale i jej reklama może zawierać informację, że rezygnacja ze szczepienia może pogorszyć stan zdrowia⁴⁵. Problem szczepień w Polsce zaczyna przybierać dość specyficzną postać, dając nam najwyższą dawkę chaosu informacyjnego. Od lat toczy się spór pomiędzy badaczami dotyczący szkodliwości pewnych szczepionek i ich negatywnego oddziaływania na ludzki organizm. Burzę wywołał opublikowany i upubliczniony list Marii Doroty Majewskiej z 2008 roku, ujawniający dane dotyczące zawartości thimerosalu (rtęci) dodawanej do szczepionek dla niemowląt oraz jej wpływu na dalsze życie i rozwój dzieci, szczególnie w aspekcie śmiertelności niemowląt oraz autyzmu. Chaos nasila fakt, że list zawiera dane z badań oraz przykłady zaczerpnięte z państw, które w różny sposób sobie z tym problemem poradziły. Wielu badaczy oraz przedstawicieli firm farmaceutycznych podniosło sprzeciw, traktując informacje jako pseudonaukowe. Oliwy do ognia dodała nowelizacja ustawy o zapobieganiu i zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych z lipca 2012 roku⁴⁶, wprowadzająca m.in. zmianę definicji chorób zakaźnych oraz obowiązek szczepień dla osób przebywających na terenie Polski czy profilaktycznego stosowania leków przez dorosłych. Ludzie obawiają się nie tylko sytuacji przymusu szczepień obejmującego też osoby dorosłe, ale

⁴⁵ J. ZAJDEL: *Prawo w medycynie dla lekarzy specjalności zabiegowych*. Progress, Łódź 2008.

⁴⁶ *Ustawa o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*. Dz.U. z 2012 r., poz. 892, www.dokumeny.rcl.gov.pl/D2012001089201.pdf, Warszawa, 13.07.2012 (dostęp:12.02.2015).

i leczenia lekami uznanymi za eksperymentalne. Na licznych forach internetowych toczą się gorące dyskusje na ten temat, wypowiadają się zwolennicy i przeciwnicy ustawy oraz wiele osób z emocjonalnym stosunkiem do problemu. Przytacza się sytuację z 2009 roku, gdy powszechnie mówiło się o pandemii świńskiej grypy, w wielu krajach zakupiono szczepionki i — jak się okazało — miały one wiele skutków ubocznych i uznano, że wywoływały poważne, długotrwałe choroby. W Polsce najpierw potępiono Ministerstwo Zdrowia za odstępianie od decyzji zakupu szczepionki, a po kilku tygodniach chwalono je za tę rozsądną decyzję. Biorąc pod uwagę, iż jesienią wiele firm zakupuje szczepienia przeciwko grypie dla swoich pracowników i poddanie się im w kontekście tego, o czym każdy może poczytać w Internecie czy w codziennej prasie, posłuchać w radiu czy w telewizji, rodzi wiele lęków i obaw. Świat przestał być czarno-biały, zdanie lekarza przestaje być ostateczne, a sprzeczne doniesienia z różnych stron, niejednokrotnie podpierane badaniami naukowymi, budzą chaos, poczucie niepewności i zagubienia.

Realia polskiej służby zdrowia

Definicja słowa *pacjent* skrętnie ukrywa pojęcia *bierność* i *zależność*: *pacjent* dostaje i ma być zadowolony, że dostał, zgodnie z Parsonsowskim ujęciem pacjenta jako oczekującego leczenia⁴⁷. Obecnie słowo *pacjent* coraz częściej zastępuje się pojęciem *konsument*. Konsument z jednej strony otrzymuje możliwość wyboru, ale z drugiej przejmuje na siebie odpowiedzialność za zdrowie. W kulturze konsumpcyjnej ocena jakości opieki zdrowotnej zależy od satysfakcji pacjenta, a nie od realnych, obiektywnych wyznaczników. W społeczeństwie socjalistycznym, w jakim przez wiele lat funkcjonowaliśmy, obowiązywał system państwa opiekuńczego, zapewniającego (pozornie) bezpłatne leczenie i tanie leki. System rozdawał wszystkim do woli, co systemowi na zdrowie nie wyszło. W celu uzdrowienia systemu podjęto próbę decentralizacji, tworząc kasy chorych, potem próbę reanimacji — ponownie centralizując system i tworząc Narodowy Fundusz Zdrowia. Współczesny, coraz lepiej wyedukowany, podchodzący świadomie do leczenia i prezentujący wyższe oczekiwania pacjent chce decydować, wybierać, na co terminalnie chory system nie zawsze mu pozwala. To z kolei staje się źródłem wielu negatywnych emocji, zaburzając w konsekwencji relacje z personelem medycznym. Tak więc współczesny pacjent to pacjent roszczeniowy, z jednej strony przyzwyczajony do brania,

⁴⁷ A. PASZTAK-OPILKA et al.: *O człowieku chorym...*

z drugiej tłumaczący swą roszczeniowość faktem opłacania coraz wyższych składek zdrowotnych (niejednokrotnie równoległe z wielu źródeł)⁴⁸.

Najbardziej znaczące symptomy toczącej system choroby to przede wszystkim: brak czasu dla chorego, ograniczenia dostępności wielu świadczeń medycznych i potężna biurokracja. Polska służba zdrowia boryka się z trzema podstawowymi problemami: ze złą kondycją finansową placówek, negatywną oceną funkcjonowania leczenia przez pacjentów oraz negatywną oceną własnych dochodów przez personel medyczny. W 2012 roku⁴⁹ 78% badanych przez CBOS Polaków wyraźnie narzekało na system opieki zdrowotnej, 86% sygnalizowało trudność w dostępie do specjalisty, a 71% zbyt długi czas oczekiwania na świadczenia. Jednocześnie do najsilniejszych stron polskiej służby zdrowia badani zaliczyli: dostępność lekarza pierwszego kontaktu, jakość aparatury medycznej i jakość leczenia (kwalifikacje lekarzy i ich pozytywne podejście do pacjenta). Co ciekawe, jak ujawniają wyniki uzyskane w ramach Diagnozy Społecznej 2011⁵⁰, 91% Polaków korzysta z usług refundowanych przez NFZ. Do najbardziej negatywnych opinii o polskiej służbie zdrowia są skłonne przede wszystkim osoby leczące się prywatnie, a jak ujawniają badania, zaledwie 8% Polaków leczy się wyłącznie w placówkach prywatnych⁵¹. Ludzie korzystają z prywatnej służby zdrowia, chcąc w ten sposób zapewnić sobie krótszy czas oczekiwania na wizytę (66%), dogodniejsze terminy przyjęć (22%) i wyższe kompetencje lekarzy (22%). Choć o leczeniu prywatnym wyrażają się w samych superlatywach, to i tak deklarują, że nie zrezygnowaliby z leczenia państwowego, nawet gdyby mieli takie możliwości finansowe⁵².

... i radzenie sobie

Borykając się z trudnościami w dostępie do świadczeń medycznych, niejednokrotnie podejmujemy decyzję o samodzielnym leczeniu bądź też rezygnujemy z opieki medycznej, najczęściej z leczenia stomatologicznego, w dalszej kolejności z zakupu leków, najrzadziej zaś z zaplanowanej hospitalizacji⁵³. Polacy

⁴⁸ K. TYMOWSKA: *Interes w koszyku*. „Medical Tribune”, nr 1/2007, s. 20—21.

⁴⁹ N. HIPSZ: *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej*. Komunikat Nr BS/47/2012. CBOS, Warszawa.

⁵⁰ J. CZAPIŃSKI, T. PANEK, red.: *Diagnoza społeczna...*

⁵¹ K. WĄDOŁOWSKA: *Opinie o opiece zdrowotnej*. Komunikat Nr BS/24/2010. CBOS, Warszawa.

⁵² N. HIPSZ: *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*. Komunikat Nr BS/34/2012. CBOS, Warszawa.

⁵³ J. CZAPIŃSKI, T. PANEK, red.: *Diagnoza społeczna...*

podejmują próby samodzielnego leczenia się, stosując metody niekonwencjonalne, stare i sprawdzone domowe sposoby, jak i powszechnie dostępne leki. Najnowsze badania ujawniają, że co trzeci Polak z wyższym wykształceniem korzysta z metod niekonwencjonalnych (uzdrowiciele, wróżki), co burzy powszechne myślenie, iż działania takie świadczą o zacofaniu i braku wykształcenia⁵⁴. Powszechne jest również samoleczenie. Polska znajduje się na szóstej pozycji w Europie, jeśli chodzi o spożywanie leków. Co trzeci chory Polak w pierwszej kolejności udaje się do lekarza, co trzeci leczy się, wykorzystując tzw. domowe sposoby, zaś co czwarty podejmuje tzw. leczenie na własną rękę i kupuje powszechnie dostępne lekarstwa. Niepokojący jest fakt, iż co dziewiąty Polak nie czyta ulotek ani nie szuka informacji o zażywanych lekach w innych źródłach. Niemal co czwarty jest przekonany, że lekarstwa dostępne bez recepty nie mogą zaszkodzić, co piąty zaś stosuje leki niezgodnie z zaleceniami (niewłaściwa dawka, lekceważenie skutków ubocznych, przyzwyczajenie)⁵⁵.

Na koniec warto zastanowić się, czy strategie radzenia sobie przez ludzi chorych różnią się od strategii wykorzystywanych przez pozostałą część społeczeństwa w sytuacjach trudnych, czy też nie. W Kanadzie przeprowadzono szerokie badania na ten temat. Wśród niemal 37 tysięcy badanych wyróżniono 4 grupy: zdrowi, chorzy somatycznie, osoby z zaburzeniami emocjonalnymi (napady lękowe, zaburzenia maniakalne i depresyjne) oraz osoby nadużywające różnych substancji (tj. alkohol czy narkotyki), a następnie porównano strategie radzenia sobie stosowane przez każdą z grup. W zakresie strategii unikania (tj. unikanie ludzi, ucieczka w sen, zmiany w ilości spożywanego jedzenia, obwinianie się, myślenie życzeniowe) chorzy somatycznie zajmują przedostatnie miejsce, jeżeli chodzi o częstość stosowania takich zachowań. Prym wiodą tu osoby z zaburzeniami emocjonalnymi. Inaczej rzecz się ma w przypadku radzenia sobie skoncentrowanego na zadaniu. Tu dominują osoby zdrowe, chorzy somatycznie zajmują drugą pozycję w zakresie strategii: rozmawianie z innymi i szukanie pozytywnych stron sytuacji, zaś trzecią: w rozwiązywaniu problemów i robieniu sobie przyjemności. W przypadku strategii zorientowanej na zachowania o charakterze ucieczki od problemów dominują nadużywający substancji i zaburzeni emocjonalnie, zaś osoby chore lokują się na przedostatniej pozycji. Jak się okazuje, chorzy somatycznie w porównaniu z pozostałymi grupami najrzadziej stosują ćwiczenia fizyczne, za to najczęściej poszukują pomocy duchowej. Gdy doszukiwano się różnic płciowych, okazało się, że w grupie osób chorych kobiety równie często jak mężczyźni skupiają się na rozwiązywaniu problemów, częściej jednak rozmawiają z innymi ludźmi, zmieniają ilość spożywanego jedzenia (mniej lub więcej niż dotychczas) oraz myślą życzeniowo. Chorzy

⁵⁴ K. KOWALCZUK: *Horoskopy, wróżby, talizmany — czyli magia wokół nas*. Komunikat Nr BS/133/2011. CBOS, Warszawa.

⁵⁵ B. ROGUSKA, M. FELIKSIAK: *Stosowanie leków dostępnych bez recepty*. Komunikat Nr BS/143/2010. CBOS, Warszawa.

mężczyźni w sytuacjach trudnych częściej niż kobiety piją alkohol. Badano również, jak wiek badanych wpływał na charakter radzenia sobie. Okazuje się, że osoby chore w wieku 15—25 lat (najmłodsza grupa) najczęściej w sytuacji trudnej unikają kontaktów z innymi ludźmi (dla porównania: u osób zdrowych strategia ta dominuje wśród najstarszych, po 61. roku życia). Papierosy palą najczęściej chorzy w wieku 26—45 lat, ćwiczeń fizycznych unikają osoby po 61. roku życia. W sytuacjach trudnych do doszukiwania się tzw. jasnych stron najmniej chętni są badani w wieku 15—25 lat (znów odwrotnie do zdrowych: powyżej 61. roku życia), natomiast w najmłodszej grupie dominują strategie samoobwiniania się (u zdrowych są one najpowszechniejsze w grupie najstarszej, powyżej 61. roku życia)⁵⁶.

Bibliografia

- BAARNHIELM S.: *Restructuring illness meaning through the clinical encounter: a process of disruption and coherence*. „Culture, Medicine and Psychiatry”, no. 28/2004, s. 41—65.
- BEIER M.E., AKERMAN P.L.: *Determinants of health knowledge: an investigation of age, gender, abilities, personality, and interests*. „Journal of Personality and Social Psychology”, no. 84(2)/2003, s. 439—447.
- BISHOP G.D.: *Psychologia zdrowia*. Przeł. A. ŚLIWA, L. ŚLIWA. Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2007.
- BOGUSZEWSKI R.: *Polacy o swoim zdrowiu oraz prozdrowotnych zachowaniach i aktywnościach*. Komunikat Nr BS/110/2012. CBOS, Warszawa.
- CARSON R.C., BUTCHER J.N., MINEKA S.: *Psychologia zaburzeń*. Przeł. W. DIETRICH et al. GWP, Gdańsk 2003.
- CIANCIARA D.: *Zdrowie — męska rzecz*. Raport Siemensa 2012, www.siemens.pl/medyцина (dostęp: 20.09.2012).
- CRAWLEY E., HUNT L., STALLARD P.: *Anxiety in children with CFS/ME* „European Child & Adolescent Psychiatry”, no. 18/2009, s. 683—689.
- CUNNINGHAM P.J., DENK C., SINCLAIR M.: *Do consumers know how their health plan works?* „Health Affairs”, no. 20(2)/2001, s. 159—166.
- CZAPIŃSKI J., PANEK T., red.: *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, www.diagnoza.com, 2012 (dostęp: 10.07.2013).
- DEL GARCÍA-CALVENTE M., HIDALGO-RUZZANTE N., DEL RIO-LOZANO M., MARCOS-MARCOS J., MARTINEZ-MORANTE E., MAROTO-NAVARRO G., MATEO-RODRIGUEZ I.,

⁵⁶ J.L. WANG, S.B. KEOWN, J.A. PATTEN, S.R. WILLIAMS, S.R. CURRIE, C.A. BECK, C.J. MAXWELL, N.A. EL-GUEBALY: *A population-based study on ways of dealing with daily stress: comparisons among individuals with mental disorders, with long-term general medical conditions and healthy people*. „Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology”, no. 44/2009, s. 666—674.

- GIL-GARCIA E.: *Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain*. „Sociology of Health & Illness”, no. 34(6)/2012, s. 911—912, doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x. pub 2012 Mar 23 (dostęp: 10.06.2013).
- ENGEL J.F., BLACKWELL R.D., MINIARD P.W.: *Consumer behavior*. The Dryden Press, Orlando 1990.
- FALKOWSKI A., TYSZKA T.: *Psychologia zachowań konsumenckich*. GWP, Gdańsk 2003.
- GÓRNIK-DUROSE M., red.: *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne*. GWP, Gdańsk 2013.
- HIPSZ N.: *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*. Komunikat Nr BS/34/2012. CBOS, Warszawa.
- HIPSZ N.: *Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej*. Komunikat Nr BS/47/2012. CBOS, Warszawa.
- HOY E.W., WICKS E.K., FORLAND R.A.: *A guide to facilitating consumer choice*. „Health Affairs”, no. 15(4)/1996, s. 9—30.
- JAROSZ M.: *Psychologia lekarska*. PZWL, Warszawa 1988.
- JASON L., PORTER N., SHELLYBY E., TILL L., BELL D.S., LAPP C.W., ROWE K., DE MEIRLEIR K.: *Severe Versus Moderate Criteria for the New Pediatric Case definition for ME/CFS*. „Child Psychiatry and Human Development”, no. 40/2009, s. 609—620. PMID: 19513826.
- KOWALCZUK K.: *Horoskopy, wróżby, talizmany — czyli magia wokół nas*. Komunikat Nr BS/133/2011. CBOS, Warszawa.
- KNEIPP S.: *Moje leczenie wodą*. Przeł. J.A. ŁUKASZEWICZ. Nakład Księgarni Józefa Kosel, Kempten 1892.
- KOOLA M.M., KUTTICHIRA P.: *Psychosocioeconomic study of medically unexplained physical symptoms*. „Indian Journal of Psychological Medicine”, no. 34(2)/2012, s. 159—163.
- KRAUSE N., MARKIDES K.: *Gender roles, illness, and illness behavior in a Mexican American population*. „Social Science Quarterly”, no. 68/1987, s. 102—121.
- LUBALIN J.S., HARRIS-KOJETIN L.D.: *What do consumers want and need to know in making health care choices?* „Medical Care Research and Review”, no. 56(1)/1999, s. 67—102.
- ŁUSZCZYŃSKA A., BUKOWSKA-DURAWA A.: *Tysiąc kobiet, tysiąc barier. Dlaczego Polki nie robią badań cytologicznych?* Raport Siemens 2011, www.siemens.pl/medycyna (dostęp: 20.09.2012).
- MEAD H., ANDRES E., KATCH H., SIEGEL B., REGENSTEIN M.: *Gender differences in psychosocial issues affecting low-income, underserved patients' ability to manage cardiovascular disease*. „Women's Health Issues”, no. 20(5)/2010, s. 308—315.
- PASZTAK-OPIŁKA A., GAŁUSZKA A., GÓRNIK-DUROSE M.: *O człowieku chorym we współczesnym świecie*. W: M. GÓRNIK-DUROSE, red.: *Kultura współczesna a zdrowie. Aspekty psychologiczne*. GWP, Gdańsk 2013, s. 105—136.
- PUCHALSKI K.: *Promocja zdrowia i kształtowanie zachowań. Czy potrzebna jest zmiana... paradygmatu?* Wystąpienie na spotkaniu Sekcji Psychologii Zdrowia PTP w dniu 23.11.2011, Warszawa.

- RAVENZVAAL J., HARTMAN T.C., RAVESTEIJN H., EVELEIGHT R., LUCASSEN P.L.B.J.: *Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature*. „Mental Health in Family Medicine”, no. 7/2010, s. 223—231.
- ROGUSKA B., FELIKSIAK M.: *Stosowanie leków dostępnych bez recepty*. Komunikat Nr BS/143/2010. CBOS, Warszawa.
- RZAŚNICKI A.: *Nowoczesna encyklopedia zdrowia*. Wydawnictwo Minerva, Warszawa 1938.
- SALMON P.: *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*. Przeł. M. GAJDZIŃSKA. GWP, Gdańsk 2002.
- SHERIDAN Ch.L., RADMACHER S.A.: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Przeł. A. DODZIUK et al. Instytut Psychologii Zdrowia PTP, Warszawa 1998.
- STEMPLEWSKA-ŻAKOWICZ K.: *Diagnoza psychologiczna. Diagnozowanie jako kompetencja profesjonalna*. GWP, Gdańsk 2009.
- SUMATHIPALA A., SIRIBADDANA S., HEWEGE S., SUMATHIPALA K., PRINCE M., MANN A.: *Understanding the explanatory model of the patient on their medically unexplained symptoms and its implication on treatment development research: a Sri Lanka study*. „BMC Psychiatry”, no. 8(54)/2008, doi: 10.1186/1471-244X-8-54.
- ŚWIERCZEWSKA H., PLISZKA S.: *Internetowe serwisy o zdrowiu: zawartość, popularność, profil użytkowników, poszukiwane informacje*. Polskie Badania Internetu, 2011: www.pbi.org.pl (dostęp: 14.09.2012).
- Trucizny, które leczą*, artykuł na portalu Onet z dnia 23.10.2012, www.wiadomosci.onet.pl/prasa/trucziny-ktore-lecza/esn8j (dostęp: 23.10.2012).
- TUMLINSON A., BOTTIGHEIMER H., MAHONEY P., STONE E.M., HENDRICKS A.: *Choosing a health plan: what information will consumers use?* „Health Affairs”, no. 16(3)/1997, s. 229—238.
- TYMOWSKA K.: *Interes w koszyku*. „Medical Tribune”, nr 1/2007, s. 20—21.
- Ustawa o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej*. Dz.U. z 2012 r., poz. 892, www.dokumenty.rcl.gov.pl/D2012001089201.pdf, Warszawa, 13.07.2012 (dostęp: 12.02.2015).
- WAĐOLOWSKA K.: *Opinie o opiece zdrowotnej*. Komunikat Nr BS/24/2010. CBOS, Warszawa.
- WANG J.L., KEOWN S.B., PATTEN J.A., WILLIAMS S.R., CURRIE S.R., BECK C.A., MAXWELL C.J., EL-GUEBALY N.A.: *A population-based study on ways of dealing with daily stress: comparisons among individuals with mental disorders, with long-term general medical conditions and healthy people*. „Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology”, no. 44/2009, s. 666—674.
- WEBB C., COLLIN S.M., DEAVE T., HAIG-FERGUSON A., SPATZ A., CRAWLEY E.: *What stops children with a chronic illness accessing health care: a mixed methods study in children with Chronic Fatigue Syndrome/Myalgic Encephalomyelitis (CFS/ME)*. „BMC Health Services Research”, no. 11/2011, s. 308, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/308> (dostęp: 12.12.2012).
- WEISMAN C.S., RICH D.E., ROGERS J., CRAWFORD K.G., GRAYSON C.E., HENDERSON J.T.: *Gender and patient satisfaction with primary care: tuning in to women in quali-*

ty measurement. „Journal of Women’s Health and Gender-Based Medicine”, no. 9(6)/2000, s. 657—665.

WOLF R., ORION E., MATZ H., MAITRA S., ROWLAND-PAYNE C.: *Smoking can be good for you*. „Journal of Cosmetic Dermatology”, no. 3/2004, s. 107—111.

ZAJDEL J.: *Prawo w medycynie dla lekarzy specjalności zabiegowych*. Progress, Łódź 2008.

ZONNEVELD L.N.L, VAN ROOD Y.R., TIMMAN R., KOOIMAN C.G., VAN’T SPIJKER A., BUSSCHBACH J.J.V.: *Effective group training for patients with unexplained physical symptoms: a randomized controlled trial with a non-randomized one-year follow-up*. „PloS One”, www.plosone.org, no. 7(8)/2012, e42629, s. 1—14 (dostęp: 12.06.2013).