

Lekmannens sjukdomstermer

En undersökning över sjukdomsbegrepp och vårdbehov

Erik Allander

Eva Håkansson

Kunskap om lekmannens sjukdomsbegrepp är av betydelse i det praktiska sjukvårdsarbetet, både för diagnosen och behandlingen. Det är också av stor betydelse när man skall mäta förekomsten av sjukdomar eller vårdbehov.

I nedanstående artikel redovisas en undersökning, där man försökt belysa innehållet i 10 olika sjukdomsbegrepp och det vårdbehov det innebär. Undersökningen är baserad på intervjuer med 100 medelålders kvinnor.

Resultatet visade att de flesta undersökta lekmän har accepterat att ett sjukdomstillstånd kan ha många orsaker (en multifaktoriell etiologi). Stora skillnader fanns mellan de olika sjukdomarna när det gällde de undersöktas uppfattning om läkarundersökning behövdes för diagnos. Uppfattningen om ett tillstånd krävde behandling (läkarvård, medicin, sjukhusvård) syntes dock mer knuten till tillståndets varaktighet än till sjukdomens art. Lång varaktighet uppfattades av anmärkningsvärt många som tecken på att sjukhusvård krävdes, så även vid förkylning!

Fetma bedömdes som "farlig" av endast 8%. Bland de sjukdomsalternativ som valts påverkade tidigare sjukdomserfarenhet valet av sjukdomsdefinition endast för "andnöd" och "nervösa besvär".

Några skillnader mellan socialgrupperna kunde inte konstateras när det gällde typen av svar.

Erik Allander är docent vid socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet och fil mag Eva Håkansson studerar vid institutionen för lingvistik vid Stockholms universitet.

Inledning

Det som för den sjuke till läkaren, får honom att fullfölja eller avbryta en behandling, bli rädd eller lugnad, sammanhänger i mycket med lekmannens begreppsbyggnad kring sjukdomar och symtom. Lekmannen kommer därför att styra stora delar av vårdkonsumtionen. De sjukdomsbegrepp som läkarna arbetar med är ofta avgränsade, väl definierade — i varje fall i jämförelse med lekmannens. Det som för lekmannen är en *sjukdom*, är för läkaren ett *symtom*, vilket är ett generellt problem när det gäller begreppsanalysen inom området. Vi kallar i det följande för enkelhetens skull det vi analyserar för *sjukdomsbegrepp* men är väl medvetna om begreppets pendling mellan symtom och sjukdom. Läkaren är i motsats till lekmannen systematiskt tränad i abstraktionsförmåga. Kommunikationsproblemet är inte bara för läkaren att göra sig förstådd hos patienten utan för patienten att göra sig förstådd hos läkaren. Vår kunskap om lekmannens sjukdomsbegrepp är trots dess stora betydelse begränsad. Flera studier inom medicinen är gjorda utifrån enkla kunskapsfrågor av ja- eller nej-typ, t ex om diabetes behandlas med insulin men mer djuplodande studier är påfallande få. Inom sociologin finns många arbeten om sjukdomsbegrepp men man hittar dem också utanför och inom vitt skilda fält: lingvistik, rättsmedicin, kirurgi, antropologi, psykologi, psykiatri, psykoanalys. Flera författare arbetar uppenbarligen utan större reell kontakt med informationen i andra ämnesområden. För exempel på ak-

tuella översikter se Shontz (1972) och Twaddle (1972).

Det finns studier som pekar på att allmänhetens kunskaper om sjukdomar över längre perioder ökar. Det gäller framför allt tuberkulos, polio vaccination osv. Svenska undersökningar inom detta område har bl a gjorts av Bjurulf (1963). Kunskaperna om sjukdomar och deras yttringar och botande är enligt vedertagen erfarenhet snedfördelade inom socialgrupp, i utbildningshänseende och ålder, så att de med lägre socialgrupp, högre ålder och alltså högre sjuklighet har den minsta kunskapen. Graden av medverkan i en behandling hänger också betydligt mer samman med uppfattad hälsa (sjukdom) än med kunskap om sjukdom (Charney 1972). Kunskap om lekmannens sjukdomsbegrepp har alltså en klar relevans till morbiditetsmätningar och vårdbehovsstudier (Goldsmith 1972). Den är också relevant för diagnos, diagnostisk process samt därigenom också för terapi. Kirscht (1971) konstaterar i en översikt över problem vid populationsundersökningar över hälsa och sjukdom att det finns förvånande liten kunskap om allmänhetens föreställningar om hälsa och sjukdom samt vad som bestämmer självmedicinering. Han konstaterar också att insamling av svar genom frågor till befolkningen innebär ett fundamentalt språkproblem. Meltzer och Hochstim (1970) poängterar också vikten av frågeformuleringen i fältundersökningar. I de nu allt vanligare, ibland landsomfattande fältundersökningarna där man försöker mäta befolkningens hälsonivå är det väsentligt att man använder så väldefinierade termer som möjligt (Goldsmith 1972). Detta är så mycket viktigare som man i fältundersökningar betydligt oftare än i kliniskt arbete stöter på "symtom" än "sjukdom" och där "symtom" blir mera centralt än "sjukdom" i varje fall under en lång period framåt. De medicinska termerna innebär ett allvarligt hinder i läkare—patient-kommunikationen. Viktigt är fyndet att sjukdomskunskap ej följer sjukdomsupplevelsen (Smith, Kane 1970; Suchman o a 1958).

Lingvistiken, som tidigare huvudsakligen sysslat med äldre språk och jämförelser mellan språk och dialekter, har under de senaste årtiondena utvecklats

till att beröra vissa randområden inom andra vetenskaper. Man har funnit att vissa satstyper uppfattas snabbare än andra men på ett liknande sätt trots olikhet i språk. Här tangerar lingvistiken psykologin. Sociologiska undersökningar har visat, att språket varierar i innehåll och form mellan olika socialgrupper (Loman 1972). Detta gäller inte bara uttalsnormer och hur man använder vissa ord, utan också innebörden i vanliga ord. Bl a genom sådana resultat har grenarna sociolingvistik och psykolingvistik stimulerats. Genom samarbete med socialantropologer har man undersökt främmande kulturers språkbruk och betydelselära och konstaterat kulturbakgrundens stora inflytande på språkets innehåll (Fabrega 1972). En ofta diskuterad fråga är, om tanken är beroende av språkets struktur eller vice versa.

Noam Chomsky lanserade på 50-talet den uppfattningen att det i varje människas hjärna skulle finnas ett universiellt system av regler som producerar satser. Detta skulle alltså vara i grunden samma för alla språkgrupper, vilka endast skulle vara olika i ytstrukturen. Resultat från studier av barnspråk från olika språkområden har pekat på att det finns uniforma element i språkinläringen, vilket skulle tala för Chomskys uppfattning. Betydelsemätning är förvisso ett komplicerat fält (Noe 1971). Charles E. Osgood har gjort grundläggande arbeten för analysen av begreppsbildningen och -användningen och han har betytt mycket för semantikens utveckling.

Störningar i kommunikationen kan uppstå bl a på grund av olika associationsbanor, olika attityder och olika avsikter hos sändaren och mottagaren, som i sin tur kan bero på sociala eller psykologiska skillnader. I medicinska sammanhang spelar här oron för sjukdom in. Betydelsen av ett visst ord eller en viss sats finner man inte i sin helhet i lexikon, utan den är beroende av hela situationen där meddelandet används. Sociologisk lingvistik har ägnat liten uppmärksamhet åt semantiska problem i samband med sjukdomssituationer. Detta gäller också de medicinska och psykologiska områdena med undantag för psykiatri, där bl a schizofrenas språk och tidsuppfattning ägnats relativt stort utrymme.

När det gäller språkstrukturen inom det medicinska området är både lekmannen och läkaren konservativa fastän från olika utgångspunkter. Läkarens sjukdomstermer blir i viss mån oföränderliga beroende på den enorma, skriftliga dokumentation som finns, medan lekmannens blir konservativa genom muntlig tradition överförda uppfattningar om sjukdomars orsaker och definitioner som ibland kan spåras långt tillbaka i tiden.

Mål för undersökningen

- belysa lekmannens sjukdomsbegrepp genom intervju om vissa vanliga sjukdomssymtom
- relatera dessa begrepp till ålder, socialgrupp och utbildningsnivå
- analysera dessa sjukdomsbegrepp *i första hand* med hänsyn till orsak, uppfattade möjligheter till diagnos samt farlighet; *i andra hand* dessa faktorerers inflytande på uppfattat vårdbehov
- studera tidsförloppet roll i sjukdomsdefinitioner, vårdbehov och farlighet.

Material och metoder

En intervju har gjorts med 100 kvinnor i åldern 30—60 år; 86 var mellan 40 och 54 år. De besökte en gynekologisk poliklinik vid ett medelstort lasarett i stockholmsområdet. Besöken gällde inte bara sjukvård utan också hälsokontroll. Materialet hade utvalts så att man skulle nå en grupp med viss sjukdomserfarenhet men som ej ändå var för gammal. Kvinnor har mer symtom än män (Allander under publ) och dessutom, vilket har visats i flera studier, bättre sjukdomskunskap än män. Patienter på en gynekologisk mottagning torde också genomsnittligt ha mindre grava sjukdomar än klientelet på en invärtesmedicinsk mottagning.

Befolkningsrepresentativa resultat avsågs inte med denna studie. 47 personer tillhörde socialgrupp III, 38 socialgrupp II och 15 socialgrupp I, vilket ligger nära den fördelning man har i en storstadsregion. Bortfallet var litet, då endast ett fåtal vägrade denna intervju. För att mäta innehåll i lekmannens aktiva och specifika sjukdomsbegrepp har av andra författare tidigare använts såväl strukturerade frågeformulär med fasta alternativ (Boyle 1970) som beskrivningar av sjuk-

domar (Apple 1960; Plaja o a 1968; Guttmacher, Elinson 1972) eller som del av enkla meningar (Samora o a 1961). Vi valde av flera skäl fasta alternativ främst på grund av att en enhetlighet i presentation för patienterna bedömdes som värdefull. Tolkningen av resultaten underlättas också och medger en systematisk identifiering av svaga eller oklara punkter. Den ostrukturerade intervjun lämpar sig mindre väl för målet med vår studie. Intervjun utfördes av en av oss (EH).

Tre tidigare versioner av frågeformuläret hade prövats på ett mindre antal patienter innan den slutgiltiga utformningen gjordes. Intervjuformuläret innehöll bortsett från grunddata, ålder, civilstånd etc, även uppgifter om utbildning, socialgrupp, antal läkarbesök samt frågor om nio olika symtom (sjukdomar): förkylning, hörselnedsättning, luftrörskatarr, värk i skuldror och axlar, blåskatarr, förstoppning, övervikt, nervösa besvär, andnöd samt begreppet sjukdom. Termerna var de som har använts i hälsoavsnittet av Låginkomstutredningens levnadsnivåundersökning (Johansson 1970). För varje alternativ fanns tre, oftast kortfattade beskrivningar på vad begreppet skulle kunna innehålla. Den intervjuade fick i en tregradig skala ange hur väl hon tyckte beskrivningen överensstämde med hennes egen uppfattning.

I sammansättningen av alternativ försökte vi göra sjukdomsbeskrivningarna så att yttring, orsak, duration, terapi var skilda åt för att tillåta separata analyser. Periodicitet har för några symtom fått ersätta duration (exempelvis vid förstoppning och nervösa besvär) men hade egentligen bort analyseras som en del av tidsbegreppet. Detta hade emellertid enligt vår åsikt komplicerat metodiken alltför mycket och äventyrat validiteten av svaren. I valet mellan tre orsaker till sjukdomarna användes samma gradering för överensstämmelse med presenterade sjukdomsalternativ. För *orsaker* kunde ett, två eller tre alternativ anges samtidigt. Vidare utfrågades om man ansåg att läkarundersökning eller laboratorieprov krävdes för diagnos. Vi använde oss där av en fyragradig skala: nej aldrig, för det mesta inte, ja för det mesta, ja alltid eller nästan alltid. Vi frågade också om vederbörande hade tidigare personlig erfarenhet av vart

Tabell I. Valda huvudalternativ för definition av sjukdomar.

Sjukdom eller symtom	Definition		
	a	b	c
Förkylning	Hosta, snuva och halsont 82	Hosta, snuva, halsont och feber 13	Hosta, snuva, halsont, feber och värk i kroppen 5
Hörselnedsättning	Minskning av hörsel, så liten att man inte behöver märka den själv 2	Svårighet att höra vissa ljud 7	Svårighet att följa med i samtal med andra 91
Luftrörskatarr	Torrhosta utan slem 41	Hosta med klart slem 21	Hosta med gulaktigt slem 38
Värk i skuldror eller axlar	Smärta som inte minskar rörelseförmågan eller arbetsförmågan 66	Smärta som minskar rörelseförmågan 22	Smärta som minskar arbetsförmågan 12
Blåskatarr	Trängningar till att kasta vatten 3	Sveda vid vattenkastning 13	Trängningar och sveda vid vattenkastning 84
Förstoppning ¹	Allmän uppkördhet i magen 5	Hårdare avföring än vanligt 16	Så hård avföring att det gör ont 60
Övervikt	Man själv tycker sig vara fet 17	Man väger 10 kg mer än man bör enligt vikttabellen 63	Man väger 20 kg mer än man bör enligt vikttabellen 83
Nervösa besvär	Oro och ängslan för all dagliga händelser 12	Oro och ängslan inför vissa mer krävande uppgifter 11	Känsla av allmän oro och ängslan 77
Andnöd ²	Obehag i eller tryck över bröstet 32	Andfåddhet 8	Svårighet att andas med klumpkänsla i halsen 42
Sjukdom ³	Något obehag som nedsätter kroppens normala funktion: Minst någon dag 19	Minst en vecka 61	Minst en månad 81

¹ 19 personer föreslog eget alternativ.

² 18 personer föreslog eget alternativ.

³ 2 personer föreslog eget alternativ.

och ett av de aktuella symtomen.

Av de tre alternativen fick patienten slutligen välja det som hon tyckte överensstämde bäst med hennes egna föreställningar. Detta alternativ användes i intervjuens andra del, där vi försökte penetrera sjukdomens farlighetsgrad, uppfattat behov av läkar- och sjukhusvård, medicinering eller övrig vård där hänsyn togs till ett tidsförlopp som för vissa symptom kunde graderas i tre olika avsnitt: några dagar, en vecka, flera veckor.

Vissa intervjuer spelades in på band och utskrevs senare bl a för att närmare kunna exemplifiera missuppfattningar och deras korrigerings.

Resultat

Validitet

Det visade sig att frågeformuläret vid intervjun kunde besvaras på ett helt tillfredsställande sätt av 95 av de 100 personerna. För de resterande fem personerna fanns viss tveksamhet om frågorna uppfattats tillräckligt korrekt, dock ej så mycket att vi utslöt dem. Validiteten kan här inte mätas på något objektivt sätt utan snarare som en uppfattning om att de intervjuade på ett tillräckligt riktigt sätt uppfattat frågeställningarna. Man rör sig här på ett abstraktionsplan, som för genomsnittslekmannen kan vara ovant att hantera trots introduktion och exemplifiering. Vi kunde korrelera symptomförekomst till ålder, och fann en klart signifikant ökning av antalet upplevda symptom från den lägsta åldersgruppen till den högsta ($p < 0,05$).

Val av sjukdomsdefinitioner

I Tabell I finns fördelningar på de olika huvudalternativen, dvs det av de tre alternativen som de intervjuade ansåg stämma bäst med deras egen uppfattning. Vi finner då att vid förkylning läkarens och lekmannens sjukdomsbegrepp ligger nära varandra. För luftrörskatarr har man stor spridning på valet av alternativ, vilket tyder på bristande homogenitet i sjukdomsbegreppet. Detta kompenseras med, som vi ser i Tabell V, att man

anser att detta är den sjukdom bland de presenterade där man är mest angelägen att söka för att få diagnos. Inga skillnader gick att påvisa mellan socialgrupper eller utbildningsgrupper i val av definitioner.

För att få en uppfattning om kvaliteten i överensstämmelse med de operationella definitioner som vi presenterade har vi också studerat fördelningen på graden av överensstämmelse för fyra av symtomen (Tabell II). Vi finner att lekmanen an-

Tabell II. Överensstämmelse mellan lekmannens uppfattning och presenterade sjukdomsbeskrivningar.

	Stämmer ej	Stämmer någor- lunda	Stämmer bra
<i>Förkylning:</i>			
Hosta, snuva och halsont	3	2	97
” + feber	17	6	77
” + värk i kroppen	45	4	51
<i>Luftrörskatarr:</i>			
Torrhosta utan slem	53	—	47
Hosta med klart slem	66	5	29
Hosta med gul- aktigt slem	57	1	42
<i>Nervösa besvär:</i>			
Oro och ängslan för alldagliga händelser	28	10	62
Oro och ängslan inför mer krävande uppgifter	45	7	48
Känsla av allmän oro och ängslan	5	5	90
<i>Blåskatarr:</i>			
Trängningar till att kasta vatten	97	—	3
Sveda vid vatten- kastning	87	—	13
Trängningar och sveda vid vatten- kastning	16	—	84

tingen förkastar eller accepterar en definition och att få är vaga i sin uppfattning. För förkylning finner man en minskande grad av överensstämmelse när definitionerna blir influensaliknande, dvs värk i kroppen och feber läggs till hosta, snuva och halsont. Begreppet arbetsförmåga eller möjligheten att utträta sina vanliga sysslor ingår normalt som en del av sjukdomsbegreppet. För värk i skuldror eller axlar t ex accepterar dock 66 av de 100 det som sjukdom även om arbets- eller rörelseförmågan inte är nedsatt. Vi undersökte också om tidigare personlig erfarenhet av ett visst symptom påverkade definitionsprofilen. Så var inte fallet med undantag för två av symtomen, nämligen *andnöd* och *nervösa besvär*. De med tidigare erfarenhet av andnöd valde statistiskt signifikant ($p < 0,05$) oftare definitionen "obehag i eller tryck över bröstet" än andra definitioner. De med personlig erfarenhet av nervösa besvär valde signifikant oftare definitionen "oro och ängslan för all dagliga händelser" och mindre ofta ($p < 0,05$) definitionen "känsla av allmän oro och ängslan" än den grupp som uppgav sig sakna personlig erfarenhet därav.

Orsak

För att ge en översiktlig presentation över lekmannens uppfattning om orsaker till de presenterade sjukdomarna hänvisas till *Tabell III*. Flera alternativ har kunnat väljas av den intervjuade. I tabellen har medtagits endast dem som varit helt övertygade om att orsaken (-erna) är de(n) angivna. Generellt accepterar lekmannen en multifaktoriell etiologi till de valda sjukdomarna. Anmärkningsvärt syns vara den stora del (71 %) som anger medfött fel som orsak till hörselnedsättning. Ämnesomsättningsfel som orsak till fetma anges av 77 % vilket knappast överensstämmer med gängse vetenskap. Det är överraskande att förstoppning av så många som 78 % uppfattas bero på sjukliga förändringar i tarmen. Drag eller kyla uppfattas av ca 1/3 som en klar orsak till förkylning och luftrörskatarr. Väder- eller luftombyte som orsak till värk i axlarna anges också som en av flera intervjuade vald huvudorsak till sjukdomen. Vi ville testa hypotesen att socialgrupp III

Tabell III. Lekmannens åsikter om orsaker till sjukdomarna.

Sjukdom eller symtom	Valt alternativ		
	a	b	c
Förkylning	Drag eller kyla 37	Smitta 93	Allergi 6
Hörselnedsättning	Bullerskador 92	Åldrande 93	Medfött fel 71
Luftrörskatarr	Drag eller kyla 33	Infektion 86	Luft- eller väderleksombyte 57
Värk i skuldror eller axlar	Tungt arbete 90	Reumatism 91	Väder- eller luftombyte 60
Blåskatarr	Kyla 80	Bakterier 81	Samlag eller tampong 10
Förstoppning	Felaktig mat 79	Sjukliga förändringar i tarmen 78	Nervositet 32
Övervikt	För mycket mat 94	För litet motion 93	Ämnesomsättningsfel 77
Nervösa besvär	Chock 37	Påfrestande miljö 90	Ärftliga anlag 70
Andnöd	Oro eller ångest 74	Hjärtfel eller hjärtsvaghet 85	Ansträngning 42

i mindre grad än I och II borde acceptera en bi- eller trifaktoriell etiologi till sjukdomar bl a på grund av sämre utbildning. Socialgruppsfördelningen bland dem som accepterat minst två alternativ till etiologi undersöktes med χ^2 test. Endast för förkylning visade sig signifikant färre ($p < 0,05$) i socialgrupp III samtidigt acceptera två eller tre av de presenterade orsakerna.

Diagnos

I *Tabell IV* visas hur många som anser att laboratorieprov eller läkarundersökning för det mesta krävs för diagnos. Blåskatarr och luftrörskatarr blir då exempel på mycket "laboratorie"- och läkarkrävande sjukdomstillstånd. Så många som 32 % vill ha läkarundersökning för diagnos av nervösa besvär.

Tabell IV. Diagnos och terapi. Antal i procent av samtliga svarande.

	Krävs laboratorieprov eller dylikt för diagnos?	Krävs läkarundersökning för diagnos?
Förstoppning	1	4
Värk i skuldror eller axlar	2	5
Förkylning	3	—
Övervikt	4	7
Nervösa besvär	6	32
Andnöd	10	20
Luftrörskatarr	35	79
Hörselnedsättning	36	36
Blåskatarr	48	30
"Sjukdom"	40	59

Behov av läkarvård, medicinering och sjukhusvård

I *Tabell V* och *VI* finner vi det uppfattade vårdbehovet angivet med hänsyn till läkarvård och medicinering med samtidigt hänsynstagande till symtomets (sjukdomens) duration (periodicitet). I tabellerna finner vi att olika intervall innehåller olika antal personer. Detta sammanhänger med att kombinationen viss sjukdomsdefinition och ett visst tidsintervall för en del upplevdes som orimlig. Så ansåg alltså bara 13 av de 100 att förkylning kunde vara i flera månader. Durationen (*Tabell V*) är starkt knuten till behovet. Läkarvård och medicinering följer varandra. *Tabell V* och *VI*

visar åskådligt att sjukdomsdefinitionen och durationen (periodicitet) tydligt hänger samman, exempelvis vid förkylning, hörselnedsättning, förstoppning, nervösa besvär. I *tabell VI* finner vi det dåliga incitamentet att söka läkarvård för fetma 17 respektive 28 % när den varat länge. Andnöd har det starkaste incitamentet till läkarvård och medicinering.

För sjukhusvård (dvs sluten vård) bedömdes behovet genomgående lågt vid kort duration, däremot betydligt högre vid lång (*Tabell V*). Anmärkningsvärt är det som stort uppfattade sjukhusbehovet vid blåskatarr, 53 %, där materialets sammansättning (patienter på en gynekologpoliklinik) kan spela in. Anmärkningsvärt är också att så många som 37 % anser att "ständig oro" kräver sjukhusvård.

Tabell V. Procent av ett visst givet antal personer som angivit att läkarvård och medicin eller sjukhusvård behövs "för det mesta" eller "alltid" vid en specificerad sjukdomsduration.

	Några dagar till en vecka	Flera veckor	Flera månader
<i>Förkylning:</i>	n 100	n 52	n 13
Behov av läkarvård	5	90	100
medicin	27	90	85
sjukhusvård	0	2	31
<i>Luftrörskatarr:</i>	n 55	n 97	n 63
Behov av läkarvård	15	86	97
medicin	28	95	97
sjukhusvård	0	5	21
<i>Blåskatarr:</i>	n 87	n 98	n 43
Behov av läkarvård	10	87	98
medicin	18	87	100
sjukhusvård	0	3	53
<i>Värk i skuldror eller axlar</i>	n 94	n 97	n 85
Behov av läkarvård	1	77	98
medicin	20	70	80
sjukhusvård	0	2	26

Tabell VI. Procent av ett visst givet antal personer som angivit att läkarvård, medicin eller sjukhusvård "för det mesta" eller "alltid" behövs vid en specificerad sjukdom.

		Tillfälligt dålig hörsel	Gradvis tilltagande hörsel försämring	Ständigt dålig hörsel
Hörselnedsättning	Behov av läkarvård medicin sjukhusvård	n 22	n 94	n 80
		18	96	94
		5	7	11
		5	5	6
Förstoppning	Behov av läkarvård medicin sjukhusvård	Avföring varje dag fast hård	Avföring varannan eller var 3:e dag	Avföring mer sällan än var 3:e dag
		n 4	n 29	n 99
		50	20	45
		75	45	77
		0	0	2
Övervikt	Behov av läkarvård medicin sjukhusvård	Hastig viktökning under kortare tid	Långsam viktökning på ca 2 år	Man har vägt för mycket i ca 25 år
		n 83	n 86	n 76
		76	17	28
		44	17	20
		13	3	5
Nervösa besvär	Behov av läkarvård medicin sjukhusvård	Tillfällig oro	Oro periodvis	Ständig oro
		n 28	n 86	n 94
		0	65	81
		10	66	90
		0	5	37
Andnöd	Behöv av läkarvård medicin sjukhusvård	Tillfällig	Ofta återkommande	Ständig
		n 94	n 94	n 56
		18	88	97
		15	69	95
		4	22	46

Farlighet

Farlighet definierades som att en sjukdom under en viss men ej kort tidsrymd kan leda till döden. Farlighetsbegreppet uppfattas också av lekmanen som ett summerat begrepp där risken att få sjukdomen och dess svårighetsgrad sammanläggs (Gochman 1972; Gochman o a 1971). I Tabell

VII finner vi de fyra sjukdomar för vilka det angivna farlighetsbegreppet har klar relevans. Vi finner "farlighet" starkt knuten till tiden. Ständig andnöd uppfattas som farlig av 82 % av dem som accepterat alternativet. Fetma klassas som farlig bara av 8 % vilket stämmer med den kliniska erfarenheten att feta har liten benägenhet att upp-

Tabell VII. Personer, i procent, som svarat att vissa sjukdomar eller symtom är farliga "för det mesta" eller "alltid" vid en specificerad sjukdomsduration.

	Några dagar — en vecka	Flera veckor	Flera månader
Luftrörskatarr	n 55 0	n 97 6	n 63 27
Blåskatarr	n 87 0	n 98 9	n 43 54
	Hastig viktökning på kortare tid	Långsam viktökning på ca 2 år	Man har vägt för mycket i ca 25 år
Övervikt	n 83 20	n 86 1	n 76 8
	Tillfällig	Ofta återkommande	Ständig
Andnöd	n 94 6	n 94 33	n 56 82

fatta sin sjukdom som "farlig" trots att motsatsen torde vara säkert visad. En beräkning gjordes också separat för varje sjukdom för att se om de med högt årligt läkarbesöksantal (≥ 4) uppfattade sjukdomar som farligare än de med lågt antal läkarbesök (≤ 3) men någon sådan skillnad kunde inte konstateras med användning av χ^2 -metoden. Ej heller kunde konstateras någon skillnad mellan utbildningsgrupper när det gällde "farlighet". De som angivit luftrörskatarr som en "för det mesta eller alltid farlig sjukdom" hade statistiskt signifikant ($p < 0,001$) färre läkarbesök än de som ansåg sjukdomen mindre farlig. Endast för symtomet andnöd fanns det samband mellan behovet av läkarundersökning för diagnosen och läkarundersökning för behandling ($p < 0,05$). De med hög utbildning ansåg luftrörskatarr som varat fler månader vara *farligare* än de med lägre utbildning. För övriga sjukdomar fanns inga utbildningsskillnader beträffande farlighet.

Diskussion och slutsatser

Studien skall ses som en pilotundersökning och

förses med några reservationer. Antalet undersökta personer är litet. De alternativ vi valt för att definiera sjukdomar har i en del fall trots förtes-ter inte visat sig helt lyckade. Fasta alternativ innebär också en begränsning som de intervjuade ibland opponerade sig emot. Vi underskattade nog en del av svårigheterna att göra strukturerade fasta lekmanalternativ. Hänsyn har också tagits enbart till *ett* valt huvudalternativ trots att många valde flera främst med skälet att en ytterligare precisering blir pseudoexakt. Skillnaderna mellan symtom och sjukdom är också mindre skarpa. För läkare kan de presenterade "sjukdoms"-beskrivningarna vara sjukdom *eller* symtom beroende på sammanhanget i övrigt. För lekmannen är dessa distinktioner inte klara eller ens uppfattade. Intervjuaren måste också gå fram långsamt för att inte provocera ologiska svar. Den intervjuade bör ha tillfredsställande uppfattning av helheten i det hon sagt i tidigare delar av intervjun för att senare delar skall få logiska alternativ — en så att säga inbyggd haloeffekt.

Att insamla definitionsfrågor på det generella sjukdomsbegreppet visade sig svårt. På de olika alternativen svarade de flesta "det beror på", dvs med ett speciellt sjukdomsbegrepp. I durationen tog vi fasta på typförlopp, mycket kort, halvlång, mycket lång, vilket gör att tidsskalan inte blir komplett, vilket stört några intervjuade som inte hittat "sitt" durationsalternativ. Periodicitetsproblematiken är ofullständigt intäckt. Dessa reservationer bör hållas i minnet vid tolkning av svaren. I den aktuella studien har vi inte tagit ställning till "rätta" eller "felaktiga" svar. Sjukdomsbegreppen som använts passar inte heller särskilt väl för att besvara sådana frågor men symtomen är synnerligen vanliga. Årsperiodprevalens är för nervösa besvär 21 %, hörselnedsättning 11 %, förkylning 61 %, värk i skuldror eller axlar 18 % etc (Johansson 1970).

Vi anser dock att vissa slutsatser kan dras av studien. Lekmannen accepterar tydligt en multifaktoriell etiologi till de presenterade sjukdomarna.

Socialgruppsskillnader gick ej att konstatera vid val av alternativa sjukdomsbeskrivningar och -or-

saker med undantag av förkylning men här kan materialets storlek ha spelat in. En annan tolkning är att elementär sjukdomskunskap är jämnt fördelad i socialgrupperna, en slutsats som självfallet måste underbyggas ytterligare genom andra studier. Tidigare sjukdomserfarenhet spelade in i begreppen "nervösa besvär" och "andnöd" vilka delvis ligger varandra nära. Heim o a (1972) fann å andra sidan att astmatiker, personer med psykogena störningar och normala beskrev andnöd på ett likartat sätt även om psykogengruppen i högre grad valde personliga beskrivningar av symtom. Laboratorieundersökning ingår i sjukdomsbegreppet. Man kan alltså vara "sjuk" enbart för en förhöjd sänka, ett förhöjt kolesterolvärde, ett lågt blodvärde trots att man inte har några *symtom* därav. Lekmannens generella sjukdomsbegrepp förefaller (Tabell IV) att vara relativt starkt knutet till medicinskt professionella normer; 40 % vill ha laborieprov för diagnos och 59 % vill ha läkarundersökning för diagnos. I dessa senare tal ligger möjligen att lekmannen här uppfattar skillnaden mellan symtom och sjukdom relativt tydlig medan denna skillnad blir suddig i flera av lekmannens mer specificerade sjukdomsbegrepp. Joyce o a (1969) fann att förklaringar till sjukdomar var det som sämst stannade i minnet hos patienter. Vår undersökning talar för att det borde vara så framför allt genom den grundläggande oklarhet hos lekmannen i begreppen symtom och sjukdom.

Lekmannen tillskriver flera av de reumatiska sjukdomarna "yttre" orsaker — väder, kyla. Detta fann även Markson (1971) för reumatoid artrit, eftersom 50 % tillskrev kyla eller fukt vara en utlösande faktor för sjukdomen. En epidemiologisk metodik för att pejla allmänna och speciella sjukdomsbegrepp är en viktig del i studiet över hälsonivån i en befolkning. För rimliga internationella (etniska, religiösa) jämförelser (Guttmacher, Elinson 1971; Fabrega 1972) syns sådana studier vara nödvändiga. Mellan sju nationer framkom ibland rätt stora skillnader i upplevt vårdbehov både för somatiska och psykosociala problem (Kalimo, Bice 1971) 57 % skillnad att söka för huvudvärk och 224 % att söka för konflikter mellan personer.

Det upplevda men hypotetiska vårdbehovet (läkare, mediciner, sjukhus) måste betraktas som stort och relativt uniformt fördelat mellan de olika symtomen där tidsalternativen är de samma (Tabell V). Markant är det relativt starkt upplevda behovet av sjukhusvård vid lång sjukdomsduration för förkylning. Där avser de 13 som accepterat den långa durationen troligen en annan sjukdomsentitet. Vår studie visar också att tiden har betydelse för sjukdomsdefinitionen (Tabell V). Tiden har alltså ett klart samband med det upplevda vårdbehovet som förefaller vara starkare än den grundläggande sjukdomsförekomsten. Denna sista slutsats bör dock närmast ses som en hypotes för vidare undersökningar.

LITTERATUR

- Allander E.*: Diagnostic process and rheumatic diseases. *Scand J Soc Med*, under publ.
- Apple D.*: How laymen define illness. *J Health Hum Behav* 1: 219—225 1960.
- Bjurulf P.*: Om effekten av icke organiserad hälsoinformation. *Socialmed T*, skriftserie nr 29 1963.
- Boyle C. M.*: Difference between patients' and doctors' interpretation of some common medical terms. *Brit Med J* 2: 286—289 1970.
- Charney E.*: Patient—doctor communication. *Pediatr Clin N Amer* 19: 263—279 1972.
- Fabrega Jr H.*: The study of disease in relation to culture. *Behav Sci* 17: 183—203 1972.
- Gochman D. S.*: The organizing role of motivation in health beliefs and intentions. *J Health Soc Behav* 13: 285—293 1972.
- Gochman D. S., Bagramian R. A., Sheiham A.*: Consistency in children's perceptions of vulnerability to health problems. *HSMHA Health Reports, Public Health Service U. S. Department of Health, Education, and Welfare*, 87: 282—288 1972.
- Goldsmith S. B.*: The status of health status indicators. *Health Services Reports* 87: 212—220 1972.
- Guttmacher S., Elinson J.*: Ethno-religious variation in perceptions of illness. The use of illness as an explanation for deviant behavior. *Soc Sci Med* 5: 117—125 1971.
- Heim E., Blaser A., Waidelich E.*: Dyspnea: psychophysiological relationships. *Psychosom Med* 34: 405—423 1972.
- Johansson S.*: Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Stockholm: Allmänna förlaget 1970.

- Joyce C. R. B., Caple G., Mason M., Reynolds E., Mathews J. A.: Quantitative study of doctor—patient communication. *Quart J Med* 38: 183—194 1969.
- Kalimo E., Bice T. W.: Comparisons of health-related attitudes: a crossnational factor analytic study. *Soc Sci Med* 5: 283—318 1971.
- Kirscht J. P.: Social and psychological problems of surveys on health and illness. *Soc Sci Med* 5: 519—526 1971.
- Loman B. (ed): *Språk och samhälle*. Lund: C W K Gleerup 1972.
- Markson E. W.: Patient semeiology of a chronic disease. Rheumatoid arthritis. *Soc Sci Med* 5: 159—167 1971.
- Meltzer J. W., Hochstim J. R.: Reliability and validity of survey data on physical health. *Public Health Rep* 85: 1075—1086 1970.
- Noe F. P.: The denotative dimension of meaning for the mentally ill—healthy role: a theoretical implication. *Soc Sci Med* 5: 363—373 1971.
- Plaja A. O., Cohen L. M., Samora J.: Communication between physicians and patients in outpatient clinics. Social and cultural factors. *Milbank Mem Fund Quart* 56: 161—213 1968.
- Samora J., Saunders L., Larson R. F.: Medical vocabulary knowledge among hospital patients. *J Health Hum Behav* 2: 83—92 1961.
- Shontz F. C.: The personal meanings of illness. I: *Advances in Psychosomatic Medicine*. Vol 8. Psychosocial Aspects of Physical Illness (ed Lipowski Z. J.), Basel: S Karger 1972 pp 63—85.
- Smith Jr L., Kane R.: Health knowledge and symptom perception: a study of a rural Kentucky county. *Soc Sci Med* 4: 557—567 1970.
- Suchman E. A., Phillips B. S., Streib G. F.: An analysis of the validity of health questionnaires. *Social forces* 36: 223—232 1958.
- Twaddle A. C.: The concepts of the sick role and illness behavior. I: *Advances in Psychosomatic Medicine*. Vol i. Psychosocial Aspects of Physical Illness (ed Lipowski Z. J.), Basel: S Karger 1972 pp 162—179.

Socialmedicin 1

Metodik och sjukdomspanorama

Gunnar Inghe

Ger en kort översikt över vilka metoder och undersökningsinstrument socialmedicinen utnyttjar samt vilka svårigheter och felkällor som måste bemästras vid deras användande. Dessutom behandlas befolkningsutveckling, sjukdomspanorama och de aktuella utvecklingstendenserna på detta område

Del 2 om Den sociala miljöns betydelse beräknas utkomma till vt 75

Del 3 har arbetsnamnet **Vård, service och kontroll**



ESSELTE STUDIUM

☎ 112 85 STOCKHOLM ☎ 08/52 06 60