

## Subiektywna ocena funkcjonowania w ciągu dnia przez osoby cierpiące na bezsenność

### Subjective daytime functioning assessment in people with insomnia

Karol Grabowski<sup>1</sup>, Katarzyna Nowicka-Sauer<sup>2</sup>, Tomasz Zdrojewski<sup>3</sup>,  
Marcin Rutkowski<sup>3</sup>, Piotr Bandoś<sup>3</sup>, Zbigniew Nowicki<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Dorosłych, Katedra Psychiatrii, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>2</sup> Katedra Medycyny Rodzinnej, Zakład Medycyny Rodzinnej, Gdański Uniwersytet Medyczny

<sup>3</sup> Zakład Prewencji i Dydaktyki Katedry Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii,  
Gdański Uniwersytet Medyczny

*„Wykrywanie, ocena i leczenie zaburzeń snu i czuwania stają się  
standardowymi częściami badania psychiatrycznego”.*

*Stephen M. Stahl*

#### Summary

**Aim.** The aim of this study was to assess the prevalence and severity of subjective daytime functioning impairment among people with insomnia complaints. Another goal was to establish its relationships with age, gender, type and duration of subjective insomnia.

**Method.** Study group consisted of NATPOL study participants – 2,413 people (1,245 women and 1,168 men) aged 18–79. We extracted group with declared insomnia complaints, consisting of 1,221 people (736 women and 485 men) aged 18–79. Data on insomnia symptoms characteristics, their duration and subjective functioning impairment were further analyzed.

**Results.** Functioning impairment was declared by 825 people (67.7% of those who declared subjective insomnia) and it was more common in women. It was most common among people with insomnia complaints lasting over two weeks – 72.4%. In people with symptoms lasting less than two weeks or for a few days it was 70.7% and 64.9% respectively. People with insomnia symptoms lasting over two weeks accounted for 20% of group with severe functioning impairment. For shorter duration of symptoms it was 8.6% and 6.9% respectively. Among people with mild functioning impairment, persons with symptoms lasting for a few days and less than two weeks were predominant – 32.5% and 35.3% respectively. In people aged 18–24 years mild functioning impairment was predominant (66.66%).

**Conclusions.** Subjective daytime functioning impairment is common in people declaring insomnia symptoms. It is more common in women and its prevalence and intensity are greater

in people with longer duration of sleep problems. Its prevalence is not correlated with age and it is the mildest in people aged 18–24.

**Słowa kluczowe:** funkcjonowanie, bezsenność, epidemiologia

**Key words:** functioning, insomnia, epidemiology

## Wstęp

Zaburzenia snu typu hyposomnii, utożsamiane powszechnie z bezsennością, rozpoznawane są często głównie na podstawie kryteriów ilościowych. Jednak według uznanych i stosowanych klasyfikacji zaburzeń snu [1–6] nieodzownym elementem diagnozy jest także subiektywna ocena przebiegu snu i jego skutków dokonywana przez pacjenta. Sprowadzić ją można do oceny samopoczucia, stopnia sprawności psychofizycznej, aktywności, zdolności do wypełniania obowiązków i realizowania zamierzeń, tj. do funkcjonowania w czasie dnia. Termin „upośledzenie funkcjonowania” przyjęto na użytek niniejszego badania jako wspólny mianownik dla różnorodnych doznań i skarg respondentów deklarujących problemy ze snem.

Kierując się wyżej przytoczonym przesłaniem Stephena M. Stahla, dociekanie przyczyn skarg pacjenta – szczególnie zgłaszającego się do psychiatry bądź psychologa, ale także do przedstawicieli innych dyscyplin klinicznych – powinno uwzględniać również ten aspekt w całościowej ocenie jego stanu zdrowia. Zaburzenia snu są istotnym i powszechnym elementem wszystkich chorób i zaburzeń psychicznych i można je uznać za niezależny czynnik pogarszający funkcjonowanie, zarówno u osób z zaburzeniami psychicznymi, jak i u osób zdrowych [7].

W badaniach epidemiologicznych, w przeciwieństwie do doniesień klinicznych, nie poświęca się wystarczającej uwagi problemowi funkcjonowania w ciągu dnia pacjentów z zaburzeniami snu, pomimo uwzględnienia tego problemu w kryteriach diagnostycznych chorób i zaburzeń psychicznych [3, 4]. Wydaje się, że wynika to z odmiennych celów, jakie stawiają przed sobą tak epidemiolodzy, jak i klinicyści zajmujący się diagnostyką i terapią tych zaburzeń [8–11]. Prezentowane badanie jest próbą wypełnienia tej luki.

Celem niniejszej pracy była ocena rozpowszechnienia oraz stopnia nasilenia subiektywnego upośledzenia funkcjonowania w ciągu dnia wśród osób deklarujących objawy bezsenności. Podjęto także próbę poszukiwania związków zaburzeń funkcjonowania z wiekiem, płcią oraz typem i czasem trwania zaburzeń snu.

## Material i metody

Niniejsze badanie zostało przeprowadzone w ramach programu NATPOL, który był częścią Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLCARD. Było to badanie przekrojowe, obserwacyjne, mające na celu ocenę rozpowszechnienia i kontroli nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, zespołu metabolicznego, otyłości, cukrzycy, siedzącego trybu życia, palenia papierosów oraz innych czynników ryzyka związanych z chorobami serca i naczyń.

Autorzy badania chcieli także porównać zmiany w rozpowszechnieniu wymienionych problemów zdrowotnych w stosunku do roku 2002, kiedy przeprowadzono poprzednią edycję badania NATPOL [12].

Zgodnie z wymogami właściwego doboru próby zastosowano losowanie warstwowe, z uwzględnieniem miejsca zamieszkania, wieku i płci. Próba skupiona była w wiązkach terytorialnych, przeciętnie po 11 badanych; dobór próby był dwuetapowy.

Etap I obejmował losowanie gmin, II etap – losowanie wiązek w obrębie wylosowanych gmin oraz losowanie indywidualnych respondentów, wykonane przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji z operatu PESEL. Szczegółowy opis doboru próby został opublikowany w „Kardiologii Polskiej” [12] oraz we wcześniejszej publikacji dotyczącej rozpowszechnienia subiektywnej bezsenności [13]. Procedura badawcza obejmowała wypełnienie kwestionariusza, pomiar ciśnienia tętniczego i parametrów antropometrycznych oraz pobranie próbek krwi i moczu. Wszystkie badania były przeprowadzone przez przeszkolone pielęgniarki. Procedura badawcza została dokładnie opisana w odrębnym opracowaniu [12]. Charakterystykę badanej populacji przedstawiono w tabeli 1, można ją również znaleźć we wcześniejszej publikacji [13].

Tabela 1. Charakterystyka populacji objętej badaniem

	Kobiety		Mężczyźni		Razem	
	n	%	n	%	n	%
Wiek						
18–39	497	39,9	477	40,8	974	40,4
40–59	405	32,5	444	38,0	849	35,2
60–79	343	27,6	247	21,1	590	24,5
Wykształcenie						
Niepełne podstawowe – niepełne średnie	405	32,5	551	47,2	956	39,6
Średnie – wyższe	840	67,5	617	52,8	1457	60,4
Miejsce zamieszkania						
Wieś	496	39,8	617	52,8	1113	46,1
Miasto <50 tys.	213	17,1	146	12,5	359	14,9
Miasto 50–200 tys.	209	16,8	201	17,2	410	17,0
Miasto >200 tys.	327	26,3	204	17,5	531	22,0
Łącznie	1245	100,0	1168	100,0	2413	100,0

Wyodrębnienie grupy badanej spośród uczestników badania NATPOL również składało się z dwóch etapów. Pierwszy etap badania polegał na wyłonieniu grupy osób z subiektywną bezsennością spośród 2413 ogółu badanych (1245 kobiet i 1168 mężczyzn) w wieku 18–79 lat. Niniejsze badanie dotyczące analizy zaburzeń funkcjonowania w ciągu dnia przeprowadzono w grupie 1221 osób deklarujących objawy

bezsensowności. W grupie badanej znalazło się 736 kobiet i 485 mężczyzn w wieku 18–79 lat. Strukturę wiekową grupy badanej zawiera tabela 2.

Dla realizacji celu pracy analizowano odpowiedzi udzielone ankietantom na pytanie zawarte w kwestionariuszu, które brzmiało: „W jakim stopniu problemy ze snem utrudniają lub utrudniały funkcjonowanie w ciągu dnia?”. Osoba badana dokonywała wyboru jednej z 4 następujących odpowiedzi: „uniemożliwiają funkcjonowanie w znacznym stopniu”, „uniemożliwiają funkcjonowanie w umiarkowanym stopniu”, „uniemożliwiają funkcjonowanie w niewielkim stopniu”, „nie mają wpływu na funkcjonowanie w ciągu dnia”.

### Metody statystyczne

Obliczenia statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego SPSS 19. Wyniki przedstawiono w tabelach krzyżowych, zawierających informację o liczbie osób (z dokładnością do 100) znajdujących się w danej kategorii oraz jej rozkład procentowy. Dla tych danych obliczono 95% przedziały ufności. Obliczenia wykonano z uwzględnieniem złożonego (warstwowo-zespołowego) schematu losowania próby. Do porównania różnic w rozkładzie częstości pomiędzy wybranymi kategoriami zastosowano test Chi kwadrat. Przyjęto poziom istotności  $p < 0,005$ .

### Wyniki

Spośród 1221 badanych deklarujących bezsenność o różnym stopniu nasilenia upośledzenie funkcjonowania zgłaszało 825 osób (521 kobiet i 304 mężczyzn), czyli 67,7% respondentów. Kierując się kryterium odmienności ról społecznych pełnionych przez osoby w różnym wieku, z grupy tej wyodrębniono trzy kategorie wiekowe: 18–24 lata (72 osoby), 25–64 lata (614 osób) oraz 65 lat i powyżej (139 badanych). Analiza częstości występowania zaburzeń funkcjonowania ujawniła, że w poszczególnych grupach wiekowych odsetek osób z tymi zaburzeniami wahał się między 68,68% w przedziale 25–64 lat a 62,06% w najmłodszej grupie (tab. 2).

Tabela 2. Rozkład upośledzenia funkcjonowania w zależności od wieku

Grupy wiekowe	Liczebność	Upośledzenie funkcjonowania						Upośledzenie funkcjonowania ogółem	
		Znaczne		Umiarkowane		Niewielkie		n	%
		n	%	n	%	n	%		
18–24	116	7	9,7	17	23,6	48	66,66	72	62,06
25–64	894	94	15,31	239	38,92	281	36,69	614	68,68
65+	211	29	20,86	51	36,69	59	42,45	139	65,88
Ogółem	1221	130	15,76	307	37,21	388	47,03	825	67,7

Z tabeli 2 wynika także zróżnicowanie stopnia nasilenia deklarowanego upośledzenia funkcjonowania między utworzonymi grupami wiekowymi. W najmłodszej grupie dominowało upośledzenie funkcjonowania niewielkiego stopnia, w grupie wiekowej

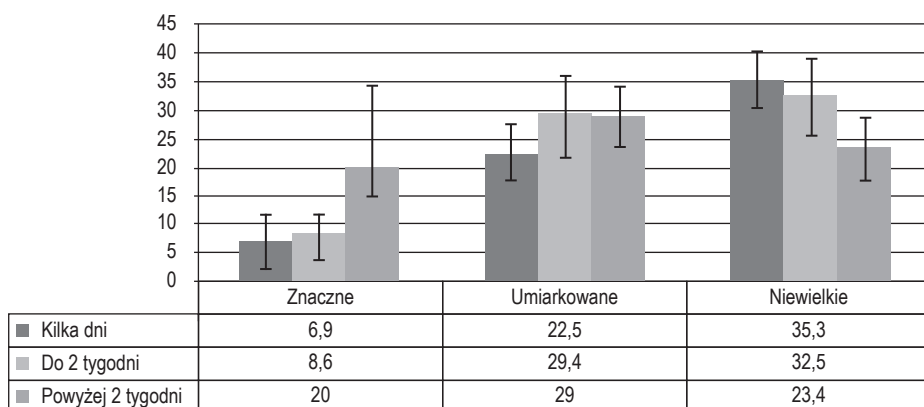
25–64 lat najczęstsze było umiarkowane upośledzenie funkcjonowania, w grupie 65+ natomiast – upośledzenie znaczne.

Oceniając związek pomiędzy upośledzeniem funkcjonowania a płcią, stwierdzono istotną statystycznie zależność tych zmiennych. Upośledzenie funkcjonowania zgłaszało 70,8% kobiet deklarujących bezsenność, podczas gdy u mężczyzn upośledzenie dotyczyło 62,7% badanej grupy. U kobiet częściej występowało znaczne i umiarkowane upośledzenie funkcjonowania, natomiast u mężczyzn przeważało upośledzenie funkcjonowania niewielkiego stopnia. Dane ilustrujące tę zależność przedstawiono w tabeli 3.

Tabela 3. Zależność pomiędzy upośledzeniem funkcjonowania a płcią

Upośledzenie funkcjonowania		Płeć				Ogółem n
		Kobiety		Mężczyźni		
		n	%	n	%	
Stopień	Znaczne	96	18,4	34	11,2	130
	Umiarkowane	198	38,0	109	35,8	307
	Niewielkie	227	43,6	161	53,0	388
Razem		521	100,0	304	100,0	825
Nie występuje		215	29,2	181	37,3	396
Liczebność próby		736	70,8	485	62,7	1221

Rozpatrując zależności między okresem utrzymywania się zaburzeń snu i upośledzeniem funkcjonowania w czasie dnia, wykazano, że najwyższy odsetek osób deklarujących upośledzenie funkcjonowania – 72,4% (liczony łącznie dla wszystkich stopni upośledzenia), zanotowano wśród osób, u których zaburzenia snu trwały najdłużej (powyżej 2 tygodni). Prześledzenie relacji między stopniem upośledzenia funkcjonowania a okresem utrzymywania się objawów bezsenności wykazało po-



Rycyna 1. Upośledzenie funkcjonowania wśród osób deklarujących bezsenność w zależności od czasu jej trwania, wyrażone w procentach

nadto, że wśród badanych o znacznym stopniu upośledzenia funkcjonowania 20% stanowiły osoby deklarujące najdłuższy okres utrzymywania się problemów ze snem. Upośledzenie niewielkiego stopnia natomiast dotyczyło największego odsetka osób z najkrótszymi okresami utrzymywania się problemów ze snem („do 2 tygodni” oraz „kilka dni”). Zależność pomiędzy czasem trwania objawów bezsenności a natężeniem upośledzenia funkcjonowania ilustruje rycina 1.

W analizie wyników uwzględniono również zależność pomiędzy typem skarg na bezsenność a występowaniem i nasileniem upośledzenia funkcjonowania. Najczęściej występowało ono u osób z problemami w utrzymaniu ciągłości snu, nieco rzadziej u osób z utrudnionym zasypianiem. Dla tych typów skarg na bezsenność istnieje istotny statystycznie związek z pogorszeniem funkcjonowania. Nie zaobserwowano takiej zależności dla osób skarżących się na przedwczesne poranne budzenie się. Zależność pomiędzy typem skarg na bezsenność a upośledzeniem funkcjonowania przedstawiono w tabeli 4.

Tabela 4. Zależność pomiędzy rodzajem skarg na bezsenność a upośledzeniem funkcjonowania

Charakter problemów ze snem	Upośledzenie funkcjonowania			„Nie ma wpływu na funkcjonowanie w ciągu dnia”
	Znaczne	Umiarkowane	Niewielkie	
Utrudnione zasypianie	12,9% (10,4–15,9)	24,8% (21,5–28,4)	33,3% (29,5–37,3)	29,0% (25,3–33)
Zaburzenia utrzymania ciągłości snu	11,3% (8,6–14,6)	29,1% (25–33,6)	31,8% (27,5–36,4)	27,8% (23,6–32,5)
Przedwczesne poranne budzenie się	10,3% (7,2–14,4)	22,9% (17,9–28,9)	33,5% (28–39,5)	33,3% (27,9–39,2)

W nawiasach przedstawiono 95% przedziały ufności. \*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,005$ ; \*\*\*  $p < 0,685$

### Omówienie wyników i dyskusja

W pojęciu „upośledzenie funkcjonowania” zawarte są skargi określane przez respondentów jako: złe samopoczucie, uczucie zmęczenia, gorsze funkcjonowanie w szkole/pracy, senność w ciągu dnia, sen niepokrzepiający, drażliwość, obniżenie nastroju, mała wydolność fizyczna, różnego rodzaju dolegliwości somatyczne. Przyjęta metoda oceny funkcjonowania nie jest tak dokładna jak w przypadku zastosowania dedykowanych do tego narzędzi klinicznych, jednakże wydaje się wystarczająca na potrzeby badania epidemiologicznego. Zbliżoną kwestionariuszową metodę oceny funkcjonowania zastosowano w badaniu EQUINOX, poświęconemu analizie wpływu bezsenności na funkcjonowanie w ciągu dnia wśród pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej [14]. Badanie NATPOL, którego częścią są prezentowane tutaj wyniki, było ukierunkowane na ocenę rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób układu sercowo-naczyniowego. Dane dotyczące oceny przebiegu snu nocnego stanowiły niewielki jego element i ograniczały się do subiektywnych raportów osób badanych.

Ze względu na proces doboru grupy badanej i jej liczebność są one reprezentatywne dla populacji Polski.

Subiektywna ocena jakości snu jest niezwykle ważna dla oceny wpływu pogorszenia snu na funkcjonowanie [15] i niekiedy jej znaczenie przewyższa obiektywne dane dotyczące np. długości snu [16]. Ocena długości snu byłaby cennym uzupełnieniem zebranych danych, jednakże ze względu na ograniczoną liczbę pytań w ankiecie zrezygnowano z oceny tego parametru. Autorzy nie są również w stanie określić, w jaki sposób subiektywne problemy ze snem przekładały się na zmianę długości snu, co należy traktować jako pewne ograniczenie w uzyskaniu pełnego obrazu związku problemów ze snem i ich charakteru z pogorszeniem funkcjonowania. Ograniczenie to wynika z rodzaju i celów badania NATPOL, w którym ocena skarg związanych ze snem była jednym z drugoplanowych elementów.

Biorąc pod uwagę tak wysokie rozpowszechnienie skarg na bezsenność oraz pogorszenie funkcjonowania, należy uwzględnić potencjalny wpływ współistniejących chorób i zaburzeń psychicznych, zwłaszcza depresji. W procedurze badawczej badania NATPOL zawarto element oceny objawów depresyjnych za pomocą Skali Depresji Becka [12], jednakże istotna część ankietowanych jej nie wypełniła (nie była ona częścią podstawowego kwestionariusza), co nie dyskwalifikowało ich z udziału w pozostałej części badania. Dokładne dane dotyczące rozpowszechnienia depresji w populacji badanej nie są niestety dostępne, ale na podstawie wysokiej częstości występowania objawów bezsenności i pogorszenia funkcjonowania można przypuszczać, że było ono dość duże.

Jednym z celów naszej pracy było zilustrowanie rozmiaru problemu pogorszenia funkcjonowania związanego z subiektywną bezsennością. O skali omawianego zjawiska świadczy to, że problemy ze snem o charakterze bezsenności dotyczą 50,5% populacji [13], a wśród tych osób 67,7% odnotowuje pogorszenie funkcjonowania. Na tej podstawie można stwierdzić, że 34,18% Polaków odczuwa pogorszenie funkcjonowania w związku z problemami ze snem o charakterze bezsenności.

Warto też zwrócić uwagę, że pomimo znaczącego rozpowszechnienia pogorszenia funkcjonowania wśród osób z subiektywnymi objawami bezsenności większość z nich deklaruje niewielki lub umiarkowany stopień tego problemu. Upośledzenie funkcjonowania znacznego stopnia dotyczyło jedynie 15,76% respondentów (tab. 2). W innych badaniach [14, 17] odsetek osób deklarujących pogorszenie funkcjonowania wahał się od 20 do 33% populacji badanej. Trzeba jednak pamiętać, że były to badania przeprowadzone wśród pacjentów lekarza rodzinnego i nie dotyczyły reprezentatywnej próby populacji ogólnej.

Różnice w rolach społecznych, jakie charakteryzują respondentów, stały się powodem wyodrębnienia trzech kategorii wiekowych. Obejmowały one grupę osób uczących się, aktywnych zawodowo oraz pozostających poza tymi kategoriami. Wyniki zaprezentowane w tabeli 2 jedynie w niewielkim stopniu mogą przemawiać za słusznością przyjętej hipotezy, która legła u podstaw podziału, zgodnie z którą najdokuczliwsze skutki zaburzeń snu powinny odczuwać osoby aktywne zawodowo, w mniejszym zaś stopniu pozostałe grupy wiekowe. Tymczasem na podstawie analizy stopni upośledzenia wydaje się, że jej wyniki potwierdzają opinię o „dobrej” tolerancji



skutków zaburzeń snu przez ludzi młodych, wśród których 66,66% oceniało je jako upośledzenie niewielkiego stopnia, a jedynie 9,7% jako znacznego stopnia. W starszych grupach wiekowych widoczne są wyraźnie mniejsze różnice w częstości występowania poszczególnych stopni upośledzenia funkcjonowania.

W prezentowanych wynikach zwraca uwagę częstsze występowanie pogorszenia funkcjonowania u kobiet niż u mężczyzn. Jest to spójne z większym rozpowszechnieniem bezsenności u kobiet, chociaż nie wszystkie badania potwierdzają związek pomiędzy płcią a pogorszeniem funkcjonowania wynikającym z problemów ze snem [14].

Ważnym elementem w rozważaniach dotyczących upośledzenia funkcjonowania związanego z problemem medycznym jest czas jego utrzymywania się. Wyniki uzyskane w naszym badaniu pokazują, że najdokuczliwsze konsekwencje w zakresie funkcjonowania w czasie dnia towarzyszyły najdłużej utrzymującym się problemom ze snem. Należy bowiem zwrócić uwagę, że upośledzenie znacznego stopnia deklarowało niemal trzykrotnie więcej osób (20%) z długim okresem subiektywnej bezsenności w stosunku do osób z krótszymi okresami utrzymywania się tego problemu: najkrótszym – 6,9% i pośrednim – 8,6%. Jednakże istotnym spostrzeżeniem był stosunkowo wysoki odsetek osób, które deklarowały upośledzenie funkcjonowania różnego stopnia, gdy okres zaburzeń snu był krótszy, do 2 tygodni – 70,7%, a nawet kilkudniowy – 64,9%.

Negatywny wpływ czasu utrzymywania się subiektywnej bezsenności widać również w grupach osób deklarujących mniejsze pogorszenie funkcjonowania. Analogiczne jest on słabiej wyrażony u osób z umiarkowanym pogorszeniem funkcjonowania oraz u osób deklarujących niewielki negatywny wpływ problemów ze snem na ich funkcjonowanie. Zgodnie z oczekiwaniami w tej grupie przeważają osoby z najkrótszym czasem utrzymywania się problemów ze snem o charakterze bezsenności.

Podsumowując, uzyskane rezultaty naszych badań potwierdzają opinię o istnieniu zależności między czasem utrzymywania się subiektywnej bezsenności a jej konsekwencjami w postaci upośledzenia funkcjonowania. Im okres ten jest dłuższy, tym skutki bardziej bolesne. Uzyskane przez nas wyniki korespondują z wynikami innych badań donoszących o negatywnym wpływie na funkcjonowanie aktualnie doświadczanej bezsenności, która utrudnia wykonywanie codziennych czynności, zwiększa niezadowolenie z życia, częstość przyjmowania leków nasennych i wizyt u lekarza [18]. Badania analizujące wpływ poszczególnych bezsennych nocy również bezspornie wykazują ich negatywny wpływ na funkcjonowanie, który może być dodatkowo nasilany przez przekonania pacjenta dotyczące negatywnych skutków bezsenności [19].

Wyniki dotyczące związku charakteru skarg na bezsenność z upośledzeniem funkcjonowania są zbieżne z wynikami innych badań, w których również wiąże się pogorszenie funkcjonowania przede wszystkim z utrzymaniem ciągłości snu [20], ale także z trudnościami w zasypianiu [14, 15]. W badaniu EQUINOX [14] wykazano korelację pomiędzy przedwczesnym porannym budzeniem się a pogorszeniem funkcjonowania, czego nie zaobserwowaliśmy na podstawie analizy naszych danych.

Powyższe wyniki, jakkolwiek dyskusyjne, mogą wskazywać na problem, przed którym niekiedy stają lekarze psychiatry i psychologowie w ocenie skarg pacjenta, ich



klasyfikacji i przy wyborze metody terapii, zarówno psychologicznej, jak i farmakologicznej. Trzeba przy tym pamiętać, że zasadniczym celem badania, w ramach którego przeprowadzono prezentowane analizy, była ocena rozpowszechnienia czynników chorób układu sercowo-naczyniowego, której służyła określona metodyka badawcza. Uwaga niniejsza nasuwa się w kontekście wyników jedyne go rodzimego badania opublikowanego w 1999 roku [8], w którym skargi na sen „niepokrzepiający” deklaro wało 27% badanych. Badanie to nie oceniało jednakże konsekwencji braku efektu regeneracyjnego snu dla funkcjonowania w ciągu dnia. W badaniu przeprowadzonym w Australii bezsenność z pogorszeniem funkcjonowania deklarowało 5,6% badanych [18]. W badaniu przeprowadzonym we Włoszech objawy bezsenności stwierdzono u 27,6% ankietowanych, 10,1% było niezadowolonych z jakości swojego snu, a kliniczną bezsenność spełniającą kryteria diagnostyczne stwierdzono u 7% populacji [21]. Ocena konsekwencji złej jakości snu ujawniła, że była ona związana z częstszymi drzemkami i nasiloną sennością w ciągu dnia, natomiast w grupie wiekowej 45–64 lat zaobserwowano 3 razy częstszy udział badanych w wypadkach drogowych [21]. Badanie amerykańskie, przeprowadzone przez National Sleep Foundation wykazało skargi na sen u 21% badanych, przy czym kryteria klinicznej bezsenności, w tym pogorszenie funkcjonowania, dotyczyły 9% badanej populacji [22].

Wnioski z niniejszego badania wydają się istotnym argumentem w dyskusji na temat wpływu zaburzeń snu na ogólny stan zdrowia oraz potwierdzeniem znaczącej roli subiektywnej oceny jakości snu i upośledzenia funkcjonowania w kryteriach diagnostycznych bezsenności.

### Wnioski

1. Subiektywne pogorszenie funkcjonowania w ciągu dnia jest częstym problemem w grupie osób z subiektywną bezsennością.
2. W badanej grupie osób deklarujących objawy bezsenności pogorszenie funkcjonowania było częstsze wśród kobiet.
3. Częstsze i bardziej nasilone zaburzenia funkcjonowania występowały u osób deklarujących dłuższe trwanie objawów bezsenności.
4. Rozpowszechnienie skarg na upośledzenie funkcjonowania w badanej grupie nie zależało od wieku.
5. Najłagodniejszy stopień upośledzenia funkcjonowania zaobserwowano w najmłodszej grupie wiekowej.
6. W diagnostyce różnicowej skarg pacjentów dotyczących upośledzenia aktywności dziennej powinno się uwzględniać przebieg snu nocnego oraz subiektywną ocenę jego jakości.

## Piśmiennictwo

1. Zoric F. *Overview of insomnia*. W: Kryger MH, Roth T, Dement WC. red. *Principles and Practice of Sleep Medicine*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.; 1989; p.431–32.
2. Lichstein KL, Wilson NM, Noe SL, Aguillard RN, Tellur SN. *Daytime sleepiness in insomnia: Behavioral, biological and subjective indices*. *Sleep* 1994; 17: 693–702.
3. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, Świącicki Ł, Gałęcki P. *Kryteria diagnostyczne z DSM 5. Desk Reference*. Urban & Partner; 2015.
4. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta ICD 10. Kraków: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1994.
5. Berry RB, Gamaldo CE, Harding SM, Lloyd RM, Marcus CL, Vaughn BV for the American Academy of Sleep Medicine. *The AASM manual for the scoring of sleep and associated events: Rules, terminology and technical specifications, Version 2.0.3*. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
6. American Academy of Sleep Medicine. *The International Classification of Sleep Disorders, Diagnostic and Coding Manual*, 3<sup>rd</sup> ed. Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine; 2014.
7. Soehner AM, Harvey AG. *Prevalence and functional consequences of severe insomnia symptoms in mood and anxiety disorders: Results from a nationally representative sample*. *Sleep* 2012; 35(10): 1367–1375.
8. Szelenberger W, Skalski M. *Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce*. W: Nowicki Z, Szelenberger W. red. *Zaburzenia snu. Diagnostyka i leczenie. Wybrane zagadnienia*. Kraków: Biblioteka Psychiatrii Polskiej; 1999; s. 57–63.
9. Sieradzki A, Kiejna A, Rymaszewska J. *Epidemiologia zaburzeń snu w Polsce i na świecie – przegląd piśmiennictwa*. *Sen* 2002; 2: 33–38.
10. Kiejna A, Wojtyniak B, Rymaszewska J, Stokwiszewski J. *Prevalence of insomnia in Poland – results of the National Health Interview Survey*. *Acta Psychiatrica* 2003; 15: 68–73.
11. Haldemann R, Good M, Holsboer-Trachsler E. *Epidemiological study of sleep disorders in patients in Swiss general practice*. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 1996; 85(51–52): 1656–1662. *Kardiol. Pol.* 2004; 61(Suppl. 4): IV1–IV26.
12. Zdrojewski T, Rutkowski M, Bandosz P, Gaciong Z, Jędrzejczyk T, Solnica B i wsp. *Rozpoznawanie i kontrola czynników ryzyka sercowo-naczyniowego w Polsce. Cele i sposób realizacji badania NATPOL 2011*. *Kardiol. Pol.* 2013; 71(4): 381–392.
13. Nowicki Z, Grabowski K, Cabała WJ, Nowicka-Sauer K, Zdrojewski T, Rutkowski M i wsp. *Rozpoznawanie subiektywnej bezsenności w populacji polskiej*. *Psychiatr. Pol.* 2016; 50(1): 165–173.
14. Léger D, Partinen M, Hirshkowitz M, Chokroverty S, Touchette E, Hedner J, on behalf of the EQUINOX (Evaluation of daytime QUALity Impairment by Nocturnal awakenings in Outpatients eXperience) survey investigator group. *Daytime consequences of insomnia symptoms among outpatients in primary care practice: EQUINOX international survey*. *Sleep Med*. 2010; 11: 999–1009.
15. Ustinov Y, Lichstein KL, Van der Wal GS, Taylor DJ, Riedel BW, Bush AJ. *Association between report of insomnia and daytime functioning*. *Sleep Med*. 2010; 11: 65–68.
16. McCrae CS, Rowe MA, Tierney CG, Dautovich ND, DeFinis AL, McNamara PH. *Sleep complaints, subjective and objective sleep patterns, health, psychological adjustment, and daytime functioning in community-dwelling older adults*. *J. Gerontol.* 2005; 60: 182–198.
17. Zailinawati AH, Mazza D, Teng ChL. *Prevalence of insomnia and its impact on daily function amongst Malaysian primary care patients*. *Asia Pacific Family Medicine* 2012; 11: 9.

18. Bin YS, Marshall NS, Glozier N. *The burden of insomnia on individual function and healthcare consumption in Australia*. Aust. NZ J. Publ. Heal. 2012; 36: 462–468.
19. Kucharczyk ER, Morgan K, Hall AP. *The occupational impact of sleep quality and insomnia symptoms*. Sleep Med. Rev. 2012; 16: 547–559.
20. Klerlin L, Olmstead R, Yokomizo M, Nicassio P, Irwin MR. *Diagnostic and Statistical Manual criteria for insomnia related impairment in daytime functioning: Polysomnographic correlates in older adults*. Sleep Med. 2012; 13(7): 958–960.
21. Ohayon MM, Smirne S. *Prevalence and consequences of insomnia disorders in the general population of Italy*. Sleep Med. 2002; 3: 115–120.
22. National Sleep Foundation (NSF). *Sleep in America*. Gallup Organization, [www.sleepfoundation.org](http://www.sleepfoundation.org); 2004.

Adres: Karol Grabowski  
Klinika Psychiatrii Dorosłych  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
80-952 Gdańsk, ul. Dębinki 7

Otrzymano: 5.11.2016

Zrecenzowano: 27.12.2016

Otrzymano po poprawie: 25.01.2017

Przyjęto do druku: 10.02.2017