

Institut za mentalno zdravlje, Beograd¹
 Klinika za plućne bolesti i tuberkulozu²
 Klinika za zaštitu mentalnog zdravlja³
 Klinika za neurologiju⁴
 Klinički cantar Niš; Niš

Originalni naučni rad
Original study
 UDK 616.24-008.64-036.1
 DOI: 10.2298/MPNS1004179M

PERCEPCIJA BOLESTI U HRONIČNOJ OPSTRUKTIVNOJ BOLESTI PLUĆA

ILLNESS PERCEPTION IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Marija MITKOVIĆ¹, Lidija RISTIĆ², Olivera ŽIKIĆ³, Vuk MILOŠEVIĆ⁴ i Grozdanko GRBEŠA³

Sažetak – Cilj istraživanja bio je da se proceni percepcija bolesti kod obolelih od hronične opstruktivne bolesti pluća, i utvrdi njena povezanost sa sociodemografskim karakteristikama i onima koje su u vezi sa bolešću i lečenjem. Četrdeset četiri konsektivna pacijenta obolela od hronične opstruktivne bolesti pluća, popunila su opšti upitnik (za identifikaciju socijalnodemografskih podataka i onih u vezi sa bolešću i lečenjem) i revidiranu verziju Upitnika o percepciji bolesti (za procenu komponenata percepcije bolesti); podaci su statistički obrađeni korišćenjem t-testa, Mann-Whitneyevog u-testa, jednosmerne analize varijanse i korelacione analize. Zaključeno je da oboleli od hronične opstruktivne bolesti pluća percipiraju svoju bolest na dominantno negativan način. Marker negativne percepcije bolesti bili su ženski pol, starije životno doba, prosečan ekonomski status, zaposlenost i veći broj bolničkih lečenja. Dobri porodični odnosi povezani su i sa pozitivnom (jako verovanje u ličnu kontrolu bolesti) i sa negativnom percepcijom bolesti (verovanje u ozbiljnije posledice bolesti). Verovanje da su spoljašnji uzročnici dominantno odgovorni za nastanak bolesti marker je pozitivne reprezentacije bolesti i tipično je za osobe nižeg obrazovanja.

Ključne reči: Percepcija; Hronična opstruktivna bolest pluća; Socioekonomski faktori; Karakteristike bolesti; Upitnici

Uvod

Hronična opstruktivna bolest pluća (HOBP) značajan je uzročnik morbiditeta i mortaliteta širom sveta [1], a očekuje se da do 2030. godine bude treći globalni uzročnik smrtnosti [2]. Plućne bolesti znatno utiču na kvalitet života [3], koji je povezan sa načinom na koji pacijenti percipiraju svoju bolest [4]. Uverenja o bolesti mogu se odraziti i na proces dijagnostikovanja HOBP [5], kao i na ishod i fizičko funkcionisanje kod različitih hroničnih stanja [6–10]. Prema Leventhalovom modelu samoregulacije bolesti [11], oboleli organizuju svoje ideje o bolesti oko 8 tema nazvanih komponentama percepcije bolesti [12]: identitet (broj simptoma koje pacijent povezuje sa bolešću); hronicitet (percipirana dužina trajanja bolesti); posledice (očekivani ishod i uticaj bolesti); terapijska kontrola (stepen do kog pacijent veruje da se bolest može kontrolisati lečenjem); lična kontrola (verovanje u mogućnost kontrole bolesti sopstvenim uticajem); koherentnost bolesti (razumevanje sopstvenog bolesnog stanja); cikličnost (percipiranje prirode svoje bolesti kao ciklične) i emocionalna reprezentacija (emocionalni odnos prema sopstvenom oboljenju). Osoba pozitivno percipira svoju bolest ako tačno identifikuje znake, simptome i uzrok bolesti, misli da je problem izlečiv ili da se može kontrolisati i da je tok bolesti intermitentan a ozbiljnost posledica koje izaziva niska [8]. Marker negativne percepcije bolesti jesu snažan identitet bolesti, percepcija velike ozbiljnosti posledica, niske mogućnosti kontrole bolesti i predstava o hroničnom toku [13], kao i jaka emocionalna reprezentacija [14] i slabo razumevanje bolesti [15].

Ima malo podataka o percepciji bolesti kod obolelih od HOBP i oni se pretežno odnose na njenu

adaptivnu ulogu [16] i uticaj na kvalitet života [4], a manje na faktore koji joj prethode i determinišu je. Znanja koja su navedena bila bi od teorijskog i od praktičnog značaja u smislu intervenisanja u kognitivnoj modifikaciji nesvršishodnih i po tok bolesti potencijalno nepovoljnih psiholoških obrazaca.

Cilj našeg istraživanja bio je da utvrdimo komponente percepcije bolesti kod pacijenata obolelih od HOBP i njihovu povezanost sa sociodemografskim karakteristikama i onima koje su u vezi sa bolešću i lečenjem.

Materijal i metode

Uzorak su činila 44 konsektivna pacijenta u stadijumu nestabilne egzacerbirane HOBP, hospitalizovana u Klinici za plućne bolesti i TBC (Klinički centar Niš). Grupu ispitanika činilo je 55% muškaraca i 45% žena; prosečna starost bila je 42,83±11,80 godina. U uzorak nisu uključeni pacijenti koji su prethodno bili psihijatrijski dijagnostikovani ili lečeni.

Instrumenti korišćeni u istraživanju su: 1) upitnik o sociodemografskim podacima (pol, starost, stepen obrazovanja, ekonomski status, status zaposlenosti, sopstvena procena kvaliteta porodičnih odnosa) i podacima u vezi sa kontekstom bolesti i lečenjem (trajanje bolesti, broj bolničkih lečenja, broj prome-njenih ordinarijusa) i 2) revidirana verzija Upitnika o percepciji bolesti – IPQ-R (*Illness Perception Questionnaire Revised*) [12, 17, 18] za procenu pacijentovih uverenja o bolesti, koji u prvom delu ispituje komponente percepcije bolesti (identitet, hronicitet, posledice, terapijska kontrola, lična kontrola, koherentnost bolesti, cikličnost i emocionalna reprezentacija), dok u drugom delu ispituje za koje uzročnike

Skraćenice

HOBP	– hronična opstruktivna bolest pluća
IPQ-R	– revidirana verzija Uputnika o percepciji bolesti
KB	– koronarna bolest
DM	– dijabetes melitus
OA	– osteoartritis

pacijent veruje da su izazvali njegovu bolest, na osnovu čega su pacijenti svrstani u one koji dominantno veruju u „spoljašnje” uzroke (npr. stres, mikroorganizmi, pušenje), one koji pretežno veruju u „unutrašnje” uzroke (na primer nasleđe, ličnost, imunitet) i one koji jednako veruju i u jedne i u druge.

Rezultati istraživanja statistički su analizirani pomoću sledećih metoda: Studentov t-test, Mann-Whitneyev u-test, jednosmerna analiza varijanse (ANOVA), korelaciona analiza.

Rezultati

Većina pacijenata imala je prosečne vrednosti identiteta i hroniciteta, niže vrednosti koherentnosti, a više vrednosti terapijske kontrole, lične kontrole, posledica, cikličnosti i emocionalne reprezentacije (Tabela 1).

Tabela 1. Deskriptivni parametri podskala percepcije bolesti
Table 1. Descriptive parameters of illness perception

Komponenta percepcije bolesti <i>Illness perception component</i>	X±SD	% pacijenata iznad proseka skale % of patients above scale midpoint
Identitet/ <i>Identity</i>	11,66±3,53	50,5
Hronicitet/ <i>Timeline</i>	17,12±4,51	45
Posledice/ <i>Consequences</i>	18,94±5,69	60,6
Lična kontrola/ <i>Personal control</i>	20,70±2,82	72,7
Terapijska kontrola/ <i>Therapy control</i>	18,42±2,86	90
Koherentnost/ <i>Coherence</i>	14,36±3,63	33,3
Cikličnost/ <i>Timeline cyclical</i>	13,55±2,05	60,6
Emocionalne reprezentacije <i>Emotional representations</i>	19,67±4,97	60,6

Muškarci su imali veće vrednosti koherentnosti bolesti nego žene (Tabela 2). Starost, stepen obrazovanja i ekonomski status u ukupnom uzorku nisu pokazali statistički značajnu korelaciju sa komponentama percepcije bolesti.

Ispitanici stariji od 50 godina imali su veće vrednosti identiteta nego mlađi od 30 godina; pacijenti iz grupe od 30 do 50 godina i stariji od 50 godina imali su veće vrednosti emocionalne reprezentacije nego ispitanici mlađi od 30 godina. Pacijenti sa visokim ekonomskim statusom imali su veće vrednosti verovanja u ličnu kontrolu bolesti nego oni sa prosečnim statusom. Zaposleni pacijenti imali su veće vrednosti verovanja u posledice bolesti nego nezaposleni. Sopstvena procena kvaliteta porodičnih odnosa bila

je u korelaciji sa vrednostima verovanja u posledice i ličnu kontrolu bolesti. Dužina trajanja bolesti i broj promenjenih lekara nisu korelirali sa vrednostima podskala percepcije bolesti. Broj bolničkih lečenja zbog HOBP bio je u visokoznačajnoj korelaciji sa vrednostima emocionalne reprezentacije i terapijske kontrole (Tabela 2).

Tabela 2. Varijable značajno povezane sa percepcijom bolesti
Table 2. Variables significantly related to illness perception

Varijable <i>Variable</i>	Komponenta percepcije bolesti <i>Illness perception component</i>	Vrednost testa <i>Test statistics</i>	Razlika srednjih vrednosti <i>Afeaw difference</i>
Pol / <i>Gender</i> : I (muškarci/ <i>men</i>) II (žene/ <i>women</i>)	Koherentnost <i>Coherence</i>	t = 2,068*	I-II = 2,5*
Zaposlenje <i>Employment</i> : I (nezaposleni/ <i>unemployed</i>)/II (zaposleni/ <i>employed</i>)	Posledice <i>Consequences</i>	t = -2,472*	I-II = 4,28*
Starost/ <i>Age</i> I (<30 god.) II (30-50 god.) III (>50 god.)	Identitet/ <i>Identity</i> Emocionalne reprezentacije <i>Emotional representations</i>	F = 3,555* F = 4,730*	I-II = -5,7 I-III = -6,05* II-III = -0,35 I-II = -8,5** I-III = -6,63* II-III = 1,86
Ekonomski nivo <i>Economic status</i> I (nizak/ <i>low</i>) II (prosečan/ <i>average</i>)/III (visok/ <i>high</i>)	Lična kontrola <i>Personal control</i>	F = 3,596*	I-II = 1,656 I-III = -2,549 II-III = -4,205*
Porodični odnosi <i>Family relations</i>	Posledice <i>Consequences</i> Lična kontrola <i>Personal control</i>	r = 0,357* r = 0,414*	
Broj hospitalizacija <i>No of Hospitalizations no.</i>	Terapijska kontrola <i>Therapy control</i> Emocionalne reprezentacije <i>Emotional representations</i>	r = -0,357* r = 0,507**	

* – p<0,05; ** – p<0,01

Najveći broj ispitanika verovao je u spoljašnje faktore kao uzročnike svoje bolesti (78,8%). U unutrašnje uzročnike verovalo je 12,1% pacijenata, dok je onih koji su podjednako verovali i u unutrašnje i u spoljašnje uzročnike bilo 9,1%.

Stepen obrazovanja onih koji pretežno veruju u unutrašnje uzročnike bio je veći nego kod osoba koje dominantno veruju u spoljašnje uzročnike bolesti. Ispitanici koji pretežno veruju u spoljašnje uzročnike imali su veće vrednosti terapijske kontrole, a manje vrednosti hroniciteta nego oni koji pretežno veruju u unutrašnje uzročnike (Tabela 3).

Tabela 3. Varijable povezane sa verovanjem u spoljašnje/unutrašnje uzročnike bolesti

Table 3. Variables related to belief in external/internal causes of illness

Varijabla Variable	Vrednost testa Test statistics	Srednja vrednost/rang Mean/rank
Hronicitet/Timeline	t = 2,508*	SP: 16,46; UN: 22,25
Terapijska kontrola Therapy control	t = -3,228**	SP: 19,15; UN: 14,75
Obrazovanje/Education	U = 19,5*	SP: 14,25; UN: 23,63

* - p < 0,05; ** - p < 0,01

SP – verovanje u spoljašnje uzročnike/belief in external causes

UN – verovanje u unutrašnje uzročnike/belief in internal causes

t – statistička vrednost Studentovog t-testa/statistical value of Student's t-test

U – statistička vrednost Mann Whitneyovog U testa/statistical value of Mann Whitney's U-test

Diskusija

Oboleli od HOBP u našem istraživanju imali su više pokazatelja negativne percepcije bolesti nego pozitivne, što može biti u vezi sa tim što su pacijenti bili u egzacerbaciji i što su imali veći broj percipiranih simptoma (11,66) nego u drugim hroničnim bolestima: reumatoidni artritis (9,05), sindrom hroničnog bola (7,02), dijabetes melitus (6,56) [18], kardiovaskularne bolesti (8,16) [13]. Velik broj percipiranih simptoma kod obolelih od HOBP u skladu je sa podacima iz literature [19]. Kako samoregulatorni proces započinje percepcijom i pripisivanjem simptoma bolesti [14], što je broj percipiranih simptoma veći, to će i celokupna reprezentacija bolesti biti negativnija.

U odnosu na obolele od koronarne bolesti (KB) [14], ispitanici u našem istraživanju jače su emocionalno vezani za bolest, smatraju da je cikličnija i da se manje može kontrolisati sopstvenim uticajem; u odnosu na one sa dijabetesom melitusom (DM) [20], smatraju svoju bolest više hroničnom i veruju da ostavlja više posledica; u poređenju sa obolelima od osteoartritisa (OA) [21], pokazuju veću emocionalnu vezanost za svoje stanje, verovanje u značajnije posledice, veći hronicitet i cikličnost. Od pokazatelja pozitivne percepcije bolesti, naši ispitanici pokazali su jače verovanje u mogućnost terapijske kontrole (nego KB, OA), kontrole sopstvenim uticajem (nego OA), zatim koherentnije razumevanje bolesti (nego OA) i manju hroničnost (nego KB) [14, 21].

Prema rezultatima studija KB, u odnosu na žene, muškarci više veruju u ozbiljnije posledice bolesti, ali manji broj simptoma pripisuju bolesti i uvereniji su da se njihova bolest može kontrolisati. Što su bolesnici iz ove grupe stariji, to manje simptoma povezuju sa bolešću [13]. Naši rezultati daju drugačiju sliku: žene manje koherentno razumeju svoju bolest od muškaraca; pacijenti stariji od 50 godina pripisuju više simptoma svojoj bolesti, a stariji od 30 godina jače su emocionalno vezani za svoju bolest. U nastavku, naši nalazi ukazuju na to da pacijenti prosečnog ekonomskog sloja manje veruju u ličnu moć kontrole bolesti od onih ekonomski dobro situiranih, da oni koji su zaposleni veruju u ozbiljnije posledice bolesti; i, na kraju, da su oni koji se češće bolnički leče jače emocionalno vezani za svoje stanje i manje veruju da se bolest može kontrolisati terapijom. Navedene karakteristike upućuju na sklonost osobe ka pretežno negativnoj percepciji bolesti.

Iako je porodica jedan od važnih faktora u generalnom psihološkom funkcionisanju, nema istraživanja koja govore o uticaju na kognitivnu reprezentaciju bolesti. Naši rezultati pokazuju da što pacijent svoje odnose u porodici oseća boljim, to više veruje u moć lične kontrole bolesti, međutim, i posledice koje bolest ostavlja za njega su ozbiljnije.

U drugim bolestima, percepcija uzročnika bolesti razlikuje se na nivou polova i starosti [13], dok u našem istraživanju takve razlike nisu pronađene. Kao i kod obolelih od KB [13], oboleli od HOBP koji veruju u unutrašnje uzročnike bolesti su obrazovaniji.

Nismo pronašli podatke koji bi međusobno povezali elemente percepcije bolesti i verovanje u uzroke bolesti. Prema našim rezultatima, pacijenti koji veruju da su uzroci bolesti u spoljašnjoj sredini verovali su da je tamo i lokus kontrole (terapija), te da je bolest manje hronična.

Zaključak

Osobe obolele od HOBP svoju bolest percipiraju na dominantno negativan način. Markeri negativne percepcije bolesti su ženski pol, starije životno doba, prosečan ekonomski status, zaposlenost i veći broj bolničkih lečenja. Dobri porodični odnosi deluju i na pozitivnu (jak stepen verovanja u ličnu kontrolu bolesti) i na negativnu percepciju bolesti (verovanje da su posledice bolesti ozbiljnije). Verovanje da su spoljašnji uzročnici dominantno odgovorni za nastanak bolesti marker je pozitivne reprezentacije bolesti i tipično je za osobe nižeg obrazovanja.

Literatura

1. Chung-Yeung M, Pierard C. Lessons on lung diseases in 2009. *Int J Tuberc Lung Dis* 2010;14(3):263-8.
2. van Zyl Smit RN, Pay M, Yew WW, Leung CC, Zumla A, Bateman ED, et al. Global lung health: the colliding epidemics of tuberculosis, tobacco smoking, HIV and COPD. *Eur Respir J* 2010;35:27-33.
3. Gvozdrenović B, Videnović-Ivanov J. Quality-of-life assessment in patients with pulmonary diseases. *Med Pregl* 2005;58 (Supl 1):55-61.
4. Scharloo M, Kaptein AA, Schlösser M, Pouwels H, Bel EH, Rabe KF, et al. Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *J Asthma* 2007;44(7):575-81.

5. Roche N, Perez T, Neukirch F, Carré P, Terrioux P, Pouchain D, et al. The gap between the high impact and low awareness of COPD in the population. *Rev Mal Respir* 2009;26(5):521-9.
6. Rutter CL, Rutter DR. Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *Br J Health Psychol* 2002;7(4):377-91.
7. Groarke A, Curtis R, Coughlan R, Gsel A. The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2004;43(9):1142-9.
8. Cherrington C, Moser D, Lennie T, Kennedy C. Illness representation after acute myocardial infarction: Impact on in-hospital recovery. *Am J Crit Care* 2004;13(2):136-45.
9. Shen L, Zhang L, Wang K, Cao ZL, Zhu CY, Liu J. Characteristics and related factors of illness perception in Chinese cancer patients. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi* 2009;89(39):2773-5.
10. Kaptein AA, Bijsterbosch J, Scharloo M, Hampson SE, Kroon HM, Kloppenburg M. Using the common sense model of illness perceptions to examine osteoarthritis change: a 6-year longitudinal study. *Health Psychol* 2010;29(1):56-64.
11. Leventhal H, Leventhal EA, Contrada RJ. Self-regulation, health, and behaviour: a perceptual-cognitive approach. *Psychol Health* 1998;13:717-33.
12. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002;17:1-16.
13. Aalto AM, Heijmans M, Weinman J, Aro A. Illness perceptions in coronary heart disease: Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *J Psychosom Res* 2005;58(5):393-402.
14. Byrne M, Walsh J, Murphy A. Secondary prevention of coronary heart disease: patient beliefs and health-related behaviour. *J Psychosom Res* 2005;58(5):403-15.
15. Traeger L, Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Lechner SC, Schneiderman N, et al. Illness perceptions and emotional well-being in men treated for localized prostate cancer. *J Psychosom Res* 2009;67(5):389-97.
16. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LN, Bergman W, et al. Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *J Psychosom Res* 1998;44(5):573-85.
17. Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *J Psychosom Res* 1997;42(2):113-6.
18. Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representations of illness. *Psychol Health* 1996;11:431-45.
19. Hernandez P, Balter M, Baurbeau J, Hadder R. Living with chronic obstructive pulmonary disease: A survey of patient's knowledge and attitudes. *Respir Med* 2009;103(7):1004-12.
20. Paschalides C, Wearden AJ, Dunkerley R, Bundy C, Davies R, Dickens CM. The associations of anxiety, depression and personal illness representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res* 2004;57:557-64.
21. Botha-Scheepers S, Riyazi N, Kroon HM, Scharloo M, Houwing-Duistermaat JJ, Slagboom E, et al. Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthr Cartil* 2006;14:1104-10.

Summary

Introduction

The aim of the study was to investigate illness perception in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), and to explore its relation to socio-demographic and illness/treatment-related characteristics.

Material and methods

44 consecutive COPD patients answered the general questionnaire (which identified data on gender, age, education, economic status, employment, personal estimate of family relations quality) and IPQ-R (which evaluates the illness perception components). The data were statistically processed using T-test, Mann-Whitney U-test, one way anova, and correlation analysis.

Key-words: Perception; Pulmonary Disease, Chronic Obstructive; Socioeconomic Factors; Disease Attributes; Questionnaires

Rad je primljen 14. VI 2007.

Prihvaćen za štampu 29. VI 2007.

BIBLID.0025-8105:(2010):LXIII:3-4:179-182.

Results

COPD patients perceived their illness predominantly negatively. The markers of negative illness perception were female gender, older age, medium economic status, being employed, and high number of hospital treatments. The self-report of good family relations was associated with both positive (strong belief in personal control) and negative illness perception (belief in serious consequences). Believing that external causes were predominantly responsible for the illness onset was related to the positive illness representation and to a lower education level.

Conclusion

Illness perception in COPD patients is negative and associated with certain socio-demographic and illness/treatment-related characteristics; this may have implications for detecting and modifying negative perception patterns in patients at risk.