

Psihosocijalno prilagođavanje kroničnih respiratornih bolesnika

Nevenka Pavlović, Ivan Žulj i
Mirta Stupin

Izvorni znanstveni rad
UDK 616.89:616.2-036.1
Prispjelo: 8. prosinca 1992.

»INA« Zagreb, Klinička bolnica Osijek,
Bolnica za plućne bolesti i tbc pluća Klenovnik

Autori iznose rezultate ispitivanja kojim je bila obuhvaćena populacija bolesnika s KOPB u svrhu da se pokuša utvrditi na koji način i u kojoj mjeri ova bolest oštećuje kvalitetu života oboljelih. Uzorak je sačinjavao 50 bolesnika koji su bolovali od KOPB. Rezultati upućuju na to da je kvaliteta života tih bolesnika umanjena u gotovo svakom pogledu. Osnovni emocionalni poremećaj u tih bolesnika jest depresivnost, generalizirano nezadovoljstvo sa svojim životom i somatske preokupacije?

Drže da ti bolesnici u većini slučajeva nisu u mogućnosti zadržati svoju bazičnu socijalnu ulogu i nastaviti sudjelovati u aktivnostima koje bi im pričinjavale zadovoljstvo. Daju i smjernice koje bi trebalo slijediti u liječenju bolesnika s KOPB.

Ključne riječi: psihosocijalno prilagođavanje, respiratorne bolesti

Revolucionarna dostignuća i znanstvene spoznaje koje su unaprijedile medicinsku praksu, zanemarile su u potpunosti holistički pristup, koji u kontekstu poimanja medicine u njenom samom začetku nameće obavezu poštivanja i psihosocijalnog konteksta bolesti, koja je ujedno stara kao i umijeće vidanja (Lipowski, 1969). O tome svjedoče Hipokratovi principi koji su nam svima dobro poznati.

Svaka bolest, tjelesna ili psihička, remeti bio-psiho-socijalni integritet ličnosti, pobuđuje i intenzivira egzistencijalni strah čovjeka pa je bolest ujedno i strah, strepnja i patnja (Perišić, 1984). Mijenjajući psihofizičku strukturu ličnosti bolesnika, bolest stavlja oboljelog u nove odnose prema okolini, a mijenja i stav okoline prema njemu. U tim bipolarnim procesima isprepliće se niz psiholoških čimbenika o kojima se sve više vodi računa u somatskoj medicini (Perišić, 1986).

Uspjesi suvremene medicine često imaju paradoksalne posljedice – za razliku od prijašnjeg razdoblja, danas je sve više bolesnika koji trebaju živjeti sa svojom kroničnom bolešću.

Značenje bolesti za bolesnika osnovna je veličina koja osim neposrednog učinka samog patološkog procesa određuje ponašanje oboljelog (Lipowski, 1975). Ono se odnosi na prosuđivanje vrijednosti i uvjerenja koje pa-

cijent manifestira u odnosu na svoju bolest, a i konsekvencija koje ta bolest ima za njega i njemu bliske osobe. To je kognitivni proces, ali ne samo iracionalni, s obzirom na to da ponašanje u bolesti u znatnoj mjeri određuje i njeno nesvjesno značenje za oboljelog (Sarajlić, 1986). Bolest realno i/ili simbolično ruši čovjekovu sliku o njegovoj snazi i moći, dugovječnosti i nepovredivosti, te je čovjek doživljava ne samo kroz ono što ona trenutno znači, već i kroz ono što ona može izazvati. Središnji fenomen u tom procesu je, psihodinamski promatrajući, iskustvo gubitka. Gubitak zdravlja smatra se jednim od najvećih gubitaka koji, ako je zdravlje nepovratno oštećeno, izaziva brojne psihičke teškoće u prilagodbi, jer dovodi i do mnogih drugih gubitaka – gubitka ranijeg načina života, gubitka posla ili zanimanja, gubitka zbog neispunjavanih planova, gubitka socijalnog statusa i sl. (Havelka, 1988). Način na koji pojedinac prihvaća svoj gubitak ovisi o prijašnjim iskustvima, subjektivnom (značenju) izgubljenog i ukazanoj socijalnoj podršci kojom se veličina izgubljenog može umanjiti.

Tip i intenzitet somatopsihičkih reakcija, adaptivnih i maladaptivnih, ovisi o interakciji velikog broja čimbenika koji se mogu svrstati u tri osnovne kategorije:

– djelovanje somatske bolesti per se

– osobine ličnosti oboljelog i njegovo dosadašnje iskustvo u bolesti i

– socijalno-ekonomski i socijalno-kulturni čimbenici.

Kao malo koja kronična bolest, KOPB može ugroziti oboljelog i njegovu obitelj, a dispneja je simptom koji u najvećoj mjeri pogađa i onesposobljava bolesnika (Johnson Williams, 1989). Osjećaj da se ne može disati, te postupno progrediranje ove plućne bolesti pridonosi tome da se ona doživljava kao vitalno ugrožavajuća. Time pogađa srž našeg postojanja i budi u nama elementarni strah. O tome kako je disanje sine qua non života svjedoči i Knjiga Postanka: »Jahve, Bog, napravi čovjeka od praha zemaljskog i u nosnice mu udahne dah života. Tako postane čovjek živa duša«.

Mehanizmi dispneje su još uvijek nedovoljno poznati, no postoje istraživanja koja upućuju na to da su uključeni i psihosocijalni čimbenici, te da umanjuje kvalitetu života oboljelih – »osakaćuje prije no što ubija« (Rosser i Guz 1981).

Bolest koja interferira s disanjem, reducira energiju i vitalnost, te progresivno producira sve teže simptome, unatoč njihovoj fluktuaciji (kolebanju), ima tendenciju da stvara i psihosocijalne poteškoće (Dudley i sur., 1980). Takva bolest uzrokuje smanjenje sposobnosti obnašanja socijalnih, seksualnih, rekreacijskih i profesionalnih aktivnosti u svakodnevnom životu, te se posljedično javlja anksioznost, zavisnost, depresivnost i gubitak samopoštovanja (Maes i Schlösser, 1988). Neka istraživanja upućuju i na to da je prevalencija psihijatrijskih bolesti u populaciji bolesnika s KOPB čak i više od 50% (Rosser i sur., 1983).

Bolesnici s KOPB imaju tendenciju povlačenja, izbjegavanja socijalnih interakcija, te se opisuju kao socijalno izolirani, usamljeni i anksiozni, koristeći se obrambenim mehanizmima poput represije i negacije. Takvi bolesnici vrlo brzo nisu u mogućnosti iskazivati emocije poput bijesa, depresivnosti ili čak i radosti, jer svaka značajnija emocionalna reakcija izaziva pojačavanje simptoma i često fiziološku dekompenzaciju i uznapredovali stadij bolesti. Dispneja izazvana navedenim emotivnim stanjima još više pojačava psihičke reakcije pacijenta, koje povratno izazivaju još veće fiziološke promjene, čime se stvara zatvoreni krug. Stoga su bolesnici s KOPB prisiljeni živjeti u »emocionalnoj vezulji« (Dudley i sur., 1980). To u njih izaziva težnju ka ograničavanju »životnog prostora« – kako u prostornom tako i u interpersonalnom smislu – zatvaranju u kuću i izbjegavanju socijalnih interakcija (Johnson Williams, 1989).

Utvrđene su i pozitivne korelacije između pripadnosti određenom socijalnom sloju i sposobnosti adaptacije na KOPB. Ta bolest više pogađa pripadnike nižih slojeva, koji su puno vulnerabilniji u odnosu na socijalne i ekonomske posljedice bilo koje bolesti (Dudley i sur.,

1980. – odnosi se na raspoloživa istraživanja u svijetu – Velika Britanija. U nas nema istraživanja te prirode).

Studije su pokazale da stariji bolesnici pokazuju manje emocionalnih problema poput depresivnosti, bijesa i frustracija od mlađih. Česte hospitalizacije tih bolesnika za neke od njih predstavljaju izvor tjeskobnosti, pogotovu u mlađih bolesnika, dok u starije populacije boravak u bolnici može pružiti i niz pogodnosti za njih.

Činjenica da bolesnici s KOPB često ne nailaze na razumijevanje svoje okoline, dodatna je otežavajuća okolnost u njihovoj rehabilitaciji. Naime, zbog »tihe« prirode patološkog procesa u nekim su slučajevima ti bolesnici ignorirani, jer za širu okolinu nisu »očigledno« bolesni i hendikepirani, npr. poput nekog s amputacijom. Osim toga, bolest je najizraženija u starijih osoba, pa takva osoba koja kašlje i iskašljava često izaziva i nesimpatije u svojoj okolini. Na taj su način ti bolesnici izloženi i socijalnoj stigmatizaciji, maritalnim i obiteljskim poteškoćama i sl. Sve to slabi adaptivni potencijal tih bolesnika.

Ovom prilikom željeli bismo izložiti rezultate jednog ispitivanja kojim su bili obuhvaćeni bolesnici s KOPB, sa svrhom da se pokuša utvrditi na koji način i u kojoj mjeri ova bolest oštećuje kvalitetu života oboljelih. Uzorak je sačinjavalo 50 bolesnika koji su bolovali od KOPB više od godinu dana, dobne strukture do 80 godina, pod uvjetom da imaju obitelj. Metoda kojom je obuhvaćen svaki ispitanik unutar planiranog uzorka bila je skala opisa ponašanja. Pri tome smo se koristili modificiranom formom uputnika »Quality of Life« koji je sadržavao opće podatke o bolesniku i njegovoj obitelji i podatke o stanju oboljelog koji su se odnosili na njegov somatski i psihosocijalni status. Uputnik je bio usmjeren na period prije nastanka bolesti i po nastanku bolesti. Popunjavanje uputnika obavio je odjelni liječnik i bolesnik.

U uzorku je postojala gotovo jednaka zastupljenost muškaraca i žena (54% i 46%). U odnosu na dobnu strukturu, 80% ispitanika bilo je starije od 50 godina, s prebivalištem na urbanom području (72%), te niskom obrazovnom razinom – 66% bolesnika imalo je samo osnovnu školu. Samo 14% bolesnika bilo je uposleno, dok je 34% neuposleno ili je u mirovini (52%). U obiteljima iz kojih bolesnici potječu bolest je bila prisutna u 62%, pri čemu je najzastupljeniji bio alkoholizam i plućne bolesti (39% i 26%). Svi su ispitanici i prije imali problema sa zdravljem – 60% ispitanika bolovalo je od plućnih bolesti, a 22% navelo je i svoje srčane teškoće. Polovina ispitanika bilo je već 6 i više puta hospitalizirano, pri čemu je 80% njih smatralo da boravak u bolnici podnose bez ikakvih teškoća.

Na somatskom planu je najizraženiji simptom bila dispneja, potreba za češćim odmorom, suhoća usta, drhtavica ruku i nogu, te teškoće s uspavlivanjem.

Većina bolesnika izražavala je osjećaj depriviranosti u svakodnevnim aktivnostima (42%).

Na emocionalnom planu 90% ispitanika iskazivalo je osjećaj potištenosti različita intenziteta, 56% bilo je anksiozno, 60% razdražljivo, a 22% je imalo osjećaj osamljenosti.

Većina bolesnika (70%) smatrala je da im je zdravlje ugroženo u visokom stupnju, te da često razmišljaju o svojoj bolesti (58%), pri čemu su bili vrlo zabrinuti (58%).

Bolesnici su očitovali i zabrinutost za svoju obitelj (78%), a 92% bolesnika smatralo je da je i porodica vrlo zabrinuta za njih. Na pitanje je li bolest utjecala na njihove odnose s obitelji, 72% je smatralo da nije došlo do nikakvih promjena na tom planu, te je 84% bolesnika iskazivalo i zadovoljstvo odnosima u porodici. Većina pacijenata smatra da u znatnoj mjeri ima socijalnu podršku svoje obitelji (66%) te se 84% bolesnika osjeća uglavnom bliskim s nekim. Zanimljiv je i dobiveni podatak da 28% bolesnika smatra da neke probleme lakše rješava zahvaljujući činjenici da su bolesni, smatrajući pritom da njihova bolest ima i određene pogodnosti.

Rezultati našeg ispitivanja pokazuju da je kvaliteta života bolesnika u KOPB umanjena u gotovo svakom pogledu. Osnovni emocionalni poremećaj u tih bolesnika je depresivnost, generalizirano nezadovoljstvo sa svojim životom i somatske preokupacije. Pogodeni su i ostali oblici kvalitete života tih bolesnika, poput sna i odmora, svakodnevnih aktivnosti – u kući, na poslu, rekreativne i sl. Čini se da ti bolesnici često nisu u mogućnosti zadržati svoju bazičnu socijalnu ulogu i nastaviti sudjelovati u aktivnostima koje bi im pričinjale zadovoljstvo.

Uspješna rehabilitacija bolesnika s KOPB ne ovisi samo o tretmanu s fizikalnog stajališta bolesti, već također i o individualnoj sposobnosti svakog bolesnika da živi sa svojom bolesti. Biti bolestan i imati bolest nije isto.

Liječnikovo poznavanje i razumijevanje psihosocijalnih, kao i fizioloških aspekata respiracije, od velike je važnosti za prilagodbu i življenje bolesnika s KOPB.

Iako je jedan od prvih zadataka liječnika da ublaži i smanji bolesnikove tjelesne simptome, potrebno je odbaciti uobičajenu koncepciju u liječenju da bolesnik ima ili fizičke ili emocionalne probleme, a nikako i jedne i druge. Obje vrste problema ne samo da vrlo često koegzistiraju u bolesnika s KOPB, već često međusobno djeluju u uzajamnom ili multiplikativnom obliku. Stoga bi u tretiranju bilo koje somatske bolesti trebalo slijediti određene smjernice, koje su pogotovu važne u slučajevima KOPB:

– podržavati otvorenu komunikaciju između bolesnika i liječnika (pacijent bi trebao osjećati da je liječnik netko komu se može povjeriti, netko tko mu želi pomoći i unaprijediti njegovu kvalitetu života),

– educirati bolesnika i njegovu obitelj glede osobina bolesti,

– razumjeti obrambene psihološke mehanizme bolesnika koji su aktivirani u bolesti, te mu omogućiti da većinu svojih interesa i aktivnosti doživljava kao nešto što mu je dostupno i što mu ne predstavlja prijetnju,

– eliminirati neadekvatne emocionalne reakcije u bolesti,

– uključiti i obitelj u liječenje bolesnika.

Ovakav pristup bolesnika s KOPB zahtijeva uz liječnika i angažiranje psihologa, socijalnog radnika, a u nekim slučajevima i psihijatra.

Na taj način, utjecaj mnogih psihosocijalnih problema na bolesnika bio bi značajno ublažen što bi omogućilo uspješnu rehabilitaciju bolesnika i unaprijedito kvalitetu njihova življenja.

LITERATURA

1. Dudley D.L. Psychosocial Concomitants to Rehabilitation in Chronic Obstructive Pulmonary Disease: Psychosocial and Psychological Considerations. *Chest* 1980; 77:413-420.
2. Havelka M. Zdravstvena psihologija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1988. (Biblioteka Udžbenici i priručnici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; Sv. 22).
3. Johnson Willams S. Chronic Respiratory Illness and Disability: a Critical Review of the Psychosocial Literature. *Sec. Sci. Med.* 1989; 28:791-803.
4. Lipowsky Z.J. Psychiatry of Somatic Diseases: Epidemiology, Patogenesis, Classification. *Comprehensive Psychiatry* 1975; 16:105-12.
5. Lipowsky Z.J. Psychosocial Aspects of Disease. *Comprehensive Psychiatry* 1969; 7:1197-206.
6. Maes S, Schlösser M. Changing Health behaviour outcomes in asthmatic patients: a pilot intervention study. *Soc. sci. Med.* 1988; 26:359-364.
7. Perišić N. Dostignuća kliničke medicine kao spoznaje i pouka. *Struka i znanost* 1984; 2:9-14.
8. Perušić N. Mentalno zdravlje i kriza. U: *Krizna stanja – klinika, konzultacija, intervencija*. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 1986. (Biblioteka Udžbenici i priručnici Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu; Sv. 5).
9. Rosser R, Guz A. Psychological treatments for breathlessness. *J. psychosom. Res.* 1981; 25:439-447.
10. Rosser R. i sur. Breathlessness and psychiatric morbidity in chronic bronchitis and emphysema: a study of psychotherapeutic management. *Psychol. Med.* 1983; 13:93-110.
11. Sarajlić N. Psychosomatic subdecompensation. *Acta med. iug.* 1989; 43:295-302.
12. Shuster U, McVie J.O. Materijali i studije uspoređivanja proživljavanja »kvalitete života« i smrtnih slučajeva kod bolesnika oboljelih od karcinoma pluća. Amsterdam University Hospital, 1983.

Abstract

**PSYCHOSOCIAL ADAPTATION OF PATIENTS SUFFERING FROM CHRONIC
RESPIRATORY DISEASES**

**Nevenka Pavlović, Ivan Žulj and
Mirta Stupin**

INA Zagreb, University Hospital Osijek,
Hospital for Lung Diseases and Tuberculosis Klenovnik

The authors present the results of an investigation comprising a group of patients from COPD. The aim of the study was to try to identify how and to what extent this disease affected their quality of life. The group consisted of 50 patients suffering from COPD. The results suggest that the quality of life of those patients is diminished almost in every aspect. The basic emotional disturbances in those patients are depression, general dissatisfaction with their lives and somatic preoccupations.

The authors think that those patients in most cases cannot maintain their basic social role neither continue to take part in activities which would satisfy them. They also give some instructions which should be obeyed during the treatment of patients with COPD.

Key words: psychosocial adaptation

Received: 8th December, 1992