

Razlike u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i s multiplom sklerozom

Vidaković, Vlasta

Master's thesis / Diplomski rad

2014

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:441840>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-23**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J.J. Strossmayera Osijek

Filozofski fakultet

Studij psihologije Odsjek za psihologiju

**RAZLIKE U DOŽIVLJAJU BOLESTI IZMEĐU BOLESNIKA S
DIJABETESOM I MULTIPLOM SKLEROZOM**

Diplomski rad

Vlasta Vidaković

Mentor: Izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2014.

Sadržaj

UVOD.....	1
Doživljaj bolesti.....	1
Ispitivanje i mjerenje doživljaja bolesti.....	1
Dimenzije doživljaja bolesti.....	1
CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA.....	9
Cilj istraživanja.....	9
Problemi.....	9
Hipoteze.....	9
METODOLOGIJA.....	10
Sudionici.....	10
Mjerni instrumenti.....	10
Postupak prikupljanja podataka.....	10
Analiza podataka.....	10
REZULTATI.....	11
RASPRAVA.....	19
Metodološki nedostaci istraživanja.....	26
ZAKLJUČAK.....	26
LITERATURA.....	27

Razlike u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i multiplom sklerozom

Sažetak:

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i multiplom sklerozom. Istraživanje je provedeno na uzorku od 133 bolesnika. U istraživanju su korišteni sljedeći instrumenti: Anketni upitnik i Skraćeni upitnik doživljaja bolesti IPQ-B. Rezultati pokazuju da se bolesnici s dijabetesom statistički značajno razlikuju od bolesnika s multiplom sklerozom u dimenzijama utjecaja, identiteta, zabrinutosti i emocionalnog odgovora. Potvrđena je hipoteza koja kaže da će se dimenzija identiteta, odnosno simptoma statistički značajno razlikovati između bolesnika koji boluju od dijabetesa i bolesnika koji boluju od multiple skleroze, pri čemu je dimenzija više izražena kod pacijenata s multiplom sklerozom. Utvrđeno je da postoji značajna povezanost trajanja bolesti i dimenzije simptoma bolesti (identitet bolesti) kod bolesnika s multiplom sklerozom, no ne i kod bolesnika s dijabetesom tipa 2. Također, nađena je visoka pozitivna povezanost između dimenzija emotivnog odgovora i utjecaja bolesti kod obje skupine bolesnika.

Ključne riječi: doživljaj bolesti, dijabetes tipa 2, multipla skleroza, Skraćeni upitnik doživljaja bolesti

Differences in illness perception between patients with diabetes and patients with multiple sclerosis

Abstract:

The aim of this study was to examine differences in illness perception between patients with diabetes and patients with multiple sclerosis. The study was conducted on a sample of 133 patients. Instruments that were used are: Questionnaire and Brief Illness Perception Questionnaire IPQ-B. Results show that patients with multiple sclerosis have significantly stronger illness identity than patients with diabetes mellitus type 2, which confirms our hypothesis. Also, results have pointed to significant negative correlation between duration of illness and illness identity in group of patients with multiple sclerosis, as well as significant high correlation between emotional response and illness consequences in both groups of patients.

Key words: illness perception, diabetes mellitus type 2, multiple sclerosis, Brief Illness Perception Questionnaire

UVOD

U svijetu danas postoji opsežna literatura o uvjerenjima o zdravlju i njihovom odnosu sa različitim zdravstvenim ponašanjima. Pitanje o kojemu imamo malo informacija je odakle dolaze vjerovanja o bolesti? Vjerojatno je da ljudi izgrađuju znanje i dojmove o bolesti koju imaju kako bi razvili detaljniju sliku o njoj. Za doživljaj bolesti nije čak niti potrebno imati neposredno iskustvo s bolešću. Izvor ljudskih percepcija bolesti je raznolik i seže od neposrednih iskustava s članom obitelji ali i prijateljima kao posrednicima. Ove percepcije mogu biti skrivene sve dok nisu aktivirane vlastitom bolešću, ili bolešću nekog od bližnjih. Pitanje o uvjerenjima i doživljaju bolesti dublje se počelo proučavati 60-ih godina prošlog stoljeća, nadovezujući se mnoštvom istraživanja i razvojem instrumenata za ispitivanje ovog konstrukta. Ovo istraživanje posvetilo se ispitivanju razlika između dvije kronične bolesti: dijabetesa tipa 2 (diabetes mellitus) i multiple skleroze, ispitivanih Skraćenim upitnikom doživljaja bolesti, čije dimenzije će biti opisane u daljnjem tekstu.

Doživljaj bolesti

Percepcija bolesti je organizirani niz vjerovanja o tome kako bolest utječe na naše tijelo, kako će utjecati na svakodnevne aktivnosti i iskustva, može li se bolest liječiti i slično. Pojedinci se razlikuju, ne samo u točnosti svojih predodžbi, već i u stupnju razvijenosti tih predodžbi. Smatra se da je upravo način na koji bolesnik percipira svoju bolest ključan čimbenik za vrstu i intenzitet njegove psihičke reakcije na bolest, a posljedično i za kasnije ponašanje i odnos prema bolesti (Petrie i Weinman, 2002). Donedavno, procjena percepcije i doživljaja bolesti svodila se na intervjue s pitanjima otvorenog tipa, na koja su bolesnici sami davali odgovore u skladu sa svojom bolesti. Kognitivni modeli bolesti pacijenata po svojoj su prirodi osobni. Pacijenti često nerado dijele svoja uvjerenja o bolesti u medicinskim konzultacijama jer se boje da će izgledati glupi ili neinformirani. Napokon, pronašao se način kako ispitati doživljaj putem instrumenata koji se vrte oko glavnih komponenata bolesti primjenjivih na mnoge bolesti, kako akutne, tako i kronične.

Istraživanja dijabetesa i ostalih kroničnih bolesti govore da doživljaj bolesti služi kao podloga različitih ponašanja povezanih s bolesti (Petrie, Weinman, Sharpe, Buckley, 1996). Slika o bolesti je osobna kognitivna slika bolesti koju osoba ima, te se očituje u vjerovanjima i stavovima koji određuju bolesnikovo ponašanje. Slika bolesti je proizašla iz teorije shema iz kognitivne socijalne psihologije. Prema tome, za razliku od ostalih kognitivnih modela, doživljaj bolesti je utemeljen u općoj teoriji kognicija koja je odgovorna za integriranje dostupnih informacija i prošlih iskustava.

Također, konstrukt doživljaja bolesti je dobiven na temelju pacijentovih iskaza, nasuprot onim istraživača, te se bavi varijablama koje pacijent/bolesnik smatra glavnima za njegovo iskustvo nošenja s bolešću. Napokon, doživljaj bolesti uključuje i emocionalni odgovor na bolest i terapiju, što nedostaje nekim zdravstvenim modelima vjerovanja.

Pristup percepciji se najbolje može razumjeti u kontekstu širih promjena u psihologiji. Od pojava suvremene kognitivne psihologije u zadnjih 40 godina, posvećuje se veća pažnja samoj spoznaji, a kognitivni pristupi dominirali su svim područjima psiholoških istraživanja i teorije. Na primjer, teorije socijalne spoznaje bile su iznimno utjecajne u socijalnoj psihologiji, dok kognitivne bihevioralne metode trenutno prevladavaju u kliničkoj psihologiji. Slično tome, modeli socijalne kognicije su u središtu mnoštva istraživanja u zdravstvenoj psihologiji kao osnova za razumijevanje zdravstvenih ponašanja. U srži kognitivnog pristupa je stav da pojedinci konstruiraju modele, unutarnje reprezentacije, ili sheme, koji ukazuju na jedinstveno razumijevanje prethodnih iskustava i kako bi lakše tumačili nova iskustava i planirali i predvidjeli buduća ponašanja (Weinman i Petrie, 1997).

Mnoga istraživanja vežu se samo za specifična uvjerenja i ponašanja vezana za određenu skupinu pacijenata, ili rizičnih skupina za određenu bolest. Kronična bolest poremećaj je organa, sustava organa ili cijelog organizma koji dovodi do poremećaja psihičkog, tjelesnog i socijalnog funkcioniranja pojedinca, a oboljelog sprječava u potpunom obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Dijagnoza kronične bolesti suočava pojedinca sa zadacima potrebnima za fizičku i psihološku prilagodbu. Ona može uključivati prihvaćanje gubitka funkcija zbog bolesti. Također, može zahtijevati učenje novih vještina i promjena u dnevnoj rutini kako bi se bolesnik nosio sa simptomima bolesti ili suočio sa zahtjevima terapije. Kronična bolest, sama po sebi, stavlja veliki teret na pojedinca i ima veliki utjecaj na kvalitetu njegovog života. Mnoštvo istraživanja u ovom području usmjerila su se u proširenju rezultata na što više stanja i populacija pacijenata.

Većina istraživanja koja se bave pacijentovim uvjerenjima o bolesti, temelje se na Leventhalovom *zdravorazumskom modelu bolesti*, koji pretpostavlja da osobe izgrađuju shematske reprezentacije bolesti i zdravstveno rizičnih stanja prema konkretnim i apstraktnim izvorima informacija koji su im dostupni (Leventhal i sur, 1980; Weinman i Petrie, 1997).

Leventhal i suradnici su u istraživanju iz 1984. razvili *Samoregulacijski model* kako bi opisali proces kojim osobe reagiraju na percipiranu zdravstvenu prijetnju. Model pretpostavlja da situacijski podražaj (kao što su simptomi neke bolesti) uzrokuje kognitivne i emocionalne reprezentacije bolesti ili zdravstvene prijetnje. Ove reprezentacije se paralelno procesuiraju na tri razine. Osoba prvo oblikuje reprezentaciju bolesti ili zdravstvene prijetnje, zatim usvaja ponašanja

suočavanja s bolešću, i naposljetku procjenjuje uspješnost ovih ponašanja. Model uključuje kontinuiranu povratnu petlju u kojoj rezultati procesa procjene osnažuju reprezentaciju bolesti/prijetnje i usvajanje ponašanja suočavanja (Leventhal i sur, 1984).

Ispitivanje i mjerenje doživljaja bolesti

Istraživanja uloge doživljaja bolesti u zdravstvenim stanjima uznapredovala su u zadnje vrijeme. Početni razvoj potaknut je upitnicima koji pouzdano mjere vjerovanja o bolesti, kao što je Upitnik doživljaja bolesti (IPQ), te posljedično snažnim povezanostima percepcije bolesti i ponašajnih ishoda kod pacijenata.

Dublje razumijevanje doživljaja bolesti pokazalo se kao vrlo korisno u nošenju i predviđanju zdravstvenih ishoda pacijenta. Opsežni polustrukturirani intervjui, pitanja otvorenog tipa, te faktorsko-analitička istraživanja pružila su dokaze o multidimenzionalnosti reprezentacije bolesti te imaju zajednički nazivnik u presjeku svih bolesti (Turk, Rudy, & Salovey, 1986; Weinman, Petrie, Moss-Morris i Horne, 1996). Istraživanjima se putem faktorske analize razvila opće mjera reprezentacije bolesti kao što su *Upitnik implicitnog modela bolesti* (IMIQ, Turk i sur, 1986) i *Upitnik doživljaja bolesti* (IPQ, Weinman i sur, 1996).

Istraživanja doživljaja bolesti polaze od činjenice da pacijenti grupiraju ideje/predodžbe/slike o bolesti oko pet koherentnih tema ili komponenata. Te komponente čine pacijentovu percepciju bolesti. Komponente pružaju okvir kako bi bolesnici dali smisao simptomima, procijenili zdravstveni rizik, i usmjerili djelovanje i suočavanje. Svaka od ovih komponenata sadrži percepciju o jednom aspektu bolesti, a zajedno pružaju osobi koherentnu sliku bolesti.

Kognitivne komponente prepoznate u ranim istraživanjima Leventhala, Nerenz i Steele (1984) i Lau, Hartman (1983) su: *identitet*- koji se sastoji od etikete bolesti i simptoma koje pacijent vidi kao dio bolesti; *uzrok*- osobne ideje o nastanku koja može uključivati jednostavne zasebne uzroke ili više kompleksnih višestrukih uzročnih modela; *trajanje* - koliko dugo pacijent vjeruje da će bolest trajati. Trajanje može biti kategorizirano kao akutno, kronično ili epizodično; *posljedice*- očekivani efekti i ishod bolesti; i *kontrola*- kako se osoba oporavlja, ili kontrolira bolest.

Upitnik doživljaja bolesti (*engl. Illness Perception Questionnaire – IPQ*) razvijen je kako bi pružio kvantitativnu procjenu pet komponenata kognitivne reprezentacije bolesti (posljedice, trajanje, kontrola terapije, simptomi i uzroci bolesti). U istraživanju s ovim upitnicima, naglasak je stavljen na suočavanje, oporavak i privikavanje na bolest u sklopu niza stanja (Figueiras i sur, 2007).

IPQ je prilagođen za upotrebu kod supružnika i skrbnika osoba sa zdravstvenim problemima poput moždanog udara, srčanog udara i ostalih kroničnih bolesti (Figueiras i sur, 2007).

U nedavnim istraživanjima razvoja Upitnika doživljaja bolesti ili IPQ (Moss-Morris i sur, 2002) predstavljen je napredak u teoriji i mjerenju konstrukta povezanog sa Samoregulacijskim modelom. Uključene su nove dimenzije kao što je razumijevanje bolesti, u cilju bolje procjene sveukupnog značenja bolesti za bolesnika. Također, sadržaj originalne komponente lijeka/kontrole Horne (1997) je definirao kao skup vjerovanja o osobnoj sposobnosti kontrole bolesti i efikasnosti terapije u liječenju ili upravljanju bolešću. Ovaj skup vjerovanja je zatim postavljen odvojeno u *Revidiranoj verziji upitnika doživljaja bolesti (IPQ-R)*, koja je sadržavala čak 80 čestica, u osobnu kontrolu bolesti i kontrolu terapijom. Liječenje ili kontrola odnosi se na procjenu može li se bolest uspješno liječiti ili kontrolirati. Istraživanja pokazuju da su to zapravo dvije odvojene skale – liječenje se odnosi na to koliko bolesnik vjeruje da mu doktori mogu pomoći te postoji li dobar lijek za njegovu bolest, dok se kontrola više odnosi na to smatra li bolesnik da sam svojim ponašanjem i odnosom prema bolesti može kontrolirati bolest (Moss-Morris, 2002).

Također, dimenzija trajanje je rastavljena na vjerovanja o relativnoj kroničnosti bolesti (Akutno/kronično trajanje) i vjerovanje u fluktuaciju simptoma i vremenskoj promjenjivosti bolesti (ciklično trajanje). Važan aspekt revidirane verzije IPQ-R je pridruživanje mjere emocionalnih reprezentacija, koje su povezane s kognitivnim komponentama slike o bolesti.

Kraća verzija upitnika IPQ-B (Broadbent, 2006) razvijena je zatim iz opširnog *Revidiranog upitnika doživljaja bolesti (IPQ-R)*, u obliku skale od devet čestica. Skraćeni upitnik doživljaja bolesti korištena u ovom istraživanju pruža brzu procjenu doživljaja bolesti, koja može biti od pomoći bolesnoj populaciji u istraživanjima velikog opsega (Broadbent, 2006).

Doživljaj bolesti ima široku primjenu u području zdravstvene psihologije. Doživljaj bolesti koristi se za objašnjenje ponašanja nakon infarkta, odgovora na trijažu raka, nesposobnosti kod sindroma kroničnog umora, kako se pacijenti s rakom nose sa terapijom, i raznim bolestima poput dijabetesa i reumatskog artritisa.

Istraživanja iskustva življenja kroničnih bolesnika i prilagodbe na kroničnu bolest u Hrvatskoj bila su većinom kvantitativnog tipa, s naglaskom na istraživanje odnos bolesnikova doživljaja vlastitog utjecaja na tijek i prilagodbu na bolest (Vuger-Kovačić, 2003; prema Petriček, 2012), potom lokusa kontrole zdravlja i depresivnosti (Kostelić, 1992; prema Petriček, 2012), emocionalne prilagodbe i metaboličke kontrole bolesti (Budak, 1986; prema Petriček, 2012), te osobne i socijalne prilagodbe u adolescenata s tjelesnom invalidnosti (Baftiri, 2003; prema Petriček, 2012). Tako je utvrđeno da je većina bolesnika koji boluju od multiple skleroze bila eksternalno orijentirana, te su izdvojeni faktori koji su usmjerili lokus kontrole u smjeru eksternalnosti (dulje trajanje bolesti, ženski spol, niža razina obrazovanosti, te nezaposlenost i umirovljenje) (Vuger-Kovačić, 2003). Nadalje, potvrđena je veća eksternalnost lokusa kontrole u manje obrazovanih bolesnika koji boluju od

šećerne bolesti tip 2, kao i češća prisutnost depresivnih misli i emocija, te osjećaja bespomoćnosti u bolesnika s izraženim eksternalnim lokusom kontrole (Kostelić, 1992).

Dimenzije doživljaja bolesti u IPQ-B

Komponenta utjecaj bolesti veže se za posljedice koje bolest ima na pacijentov život općenito. To se obično odnosi na utjecaj koji bolest ima na njihov posao, obitelj, način života i financije. Pacijentovo viđenje posljedica bolesti odražava subjektivno percipiranu ozbiljnost njihovog stanja, koji može imati slabu povezanost sa objektivnom kliničkom slikom njihovog stanja.

Pacijenti općenito imaju predodžbu o identitetu bolesti načinjenu na temelju značenja o bolesti kao i simptoma koje povezuju sa svojim stanjem. Mnogi razvijaju ideje o vrsti simptoma koji se vežu uz bolest, tako osobe kojima je dijagnosticirana određena bolest ubrzo razvijaju vjerovanja o simptomima koje uzrokuje ta ista bolest.

Pacijenti također razvijaju vjerovanja o trajanju bolesti, koja sežu od akutnog do kroničnog. Povremeno, što se događa kod povišenog krvnog tlaka ili hipertenzije, pacijenti vide svoju bolest kao bolest cikličnog tijeka, ovisno o tome koliki stres trpe u određenom vremenskom razdoblju. Vjerovanja o trajanju bolesti imaju važnu povezanost sa uzimanjem terapije i lijekova. Pacijenti sa percepcijom akutnog tijeka bolesti skloniji su odricanju od lijekova i ostalih terapija od pacijenata sa percepcijom kroničnog tijeka bolesti.

Važnost trajanja/vremenskog tijeka bolesti pokazao se u istraživanju Meyera i suradnika (1985) koje je otkrilo da je uvjerenje bolesnika s hipertenzijom o hipertenziji kao lako izlječivom akutnom stanju, i time rezultiralo visokim stopama odustajanja u tijeku terapije. Ovo uvjerenje o bolesti smatralo se potencijalno važnim prediktorom odluke o samoupravljanju same kronične bolesti, ostali mogući aspekti uvjerenja o tijeku bolesti, kao što su vjerojatnost razvijanja dijabetičkih komplikacija, povezani su sa česticom koja mjeri utjecaj dijabetesa (Meyer, 1985).

Uvjerenja o trajanju i uzroku usko su vezani sa uvjerenjem o kontroli ili liječenju bolesti. Općenito, uvjerenja o kontroli bolesti sastoje se od toga koliko je bolest pod utjecajem osobne kontrole i koliko se dobro može kontrolirati terapijom. Više razine kontrole općenito su povezane sa percepcijom kraćeg trajanja bolesti (Moss-Morris, 2002).

Razumijevanje bolesti pruža korisnu informaciju ako nas zanima značaj kojim bolest daje smisao bolesniku i može imati važnu ulogu u dugoročnoj prilagodbi i odgovoru na simptome (Moss-Morris, 2002).

Dimenzija Uzroci proširena je na one koji se psihološki atribuiraju, rizične faktore, imunološke faktore i čimbenike sreće. No, kao i u slučaju originalnog upitnika (IPQ), istraživači bi

trebali moći mijenjati uzročne i dimenzije simptoma kako bi odgovarale određenim bolestima, kulturnim okruženjima ili populacijama. Primjerice, u nedavnom istraživanju gdje su se istraživale kulture različitosti u vjerovanjima o dijabetesu mellitusu, dodana je čestica "Božja volja" u dimenziju Uzroka (Barnes, 2001).

Psihološki i rizični čimbenici su također bili povezani s povećanim osjećajem osobne kontrole i kontrole terapijom. Ovo nalaže da ljudi osjećaju veću kontrolu njihove bolesti ako navedu ponašajne i psihološke uzročne čimbenike kao što su pušenje, prehrana, alkohol, stres ili napor na poslu. S druge strane, pripisivanje uzroka imunološkim čimbenicima, što podrazumijeva uzročne čimbenike s eksternalnim lokusom kontrole uključujući bakterije, zagađenje i narušen imunitet, povezan je sa slabim osjećajem kontrole terapijom, kroničnim i cikličnim trajanjem bolesti i ozbiljnim posljedicama. Bolesnici koji su naveli više psiholoških atribucija imali su sklonost gledati njihovu bolest kao kroničnu i bili su pod većim stresom zbog nje (Moss Morris, 2002).

U istraživanju Moss-Morris i suradnika (2002) kognitivni i emocionalni konstrukti pokazali su karakterističan i teoretski predvidljiv uzorak interkorelacija, koji se nalazi u mnogim istraživanjima kronične bolesti u zadnjim meta-analizama (Hagger i Orbell, 2003; prema Petriček, 2012). Nadalje, mjere specifične za bolest, čak i kada se izvede faktorska analiza, grupiraju se u prvotne dimenzije koje su izvedene u istraživanju Leventhala i suradnika (1980), a ovaj nalaz se podudara i kod ostalih ostalih bolesti (Hagger i Orbell, 2005).

Primjer jedne interkorelacije je povezanost snažnog uvjerenje da će bolest biti izliječena ili pod kontrolom s percipiranim kraćim trajanjem bolesti i relativno manjim posljedicama. Također, uvjerenja da će bolest trajati dugo i da će imati brojne simptome povezana je s percepcijom ozbiljnih posljedica i manjih vjerovanja o lijeku ili kontroli bolesti.

Emocionalna reprezentacija/slika uključuje negativne reakcije kao što su strah, ljutnja i zabrinutost. Daljnja istraživanja tijekom 30 godina pokazala su značaj reprezentacije bolesti za ponašanje pacijenta (Weinman, 1996), te se mijenjanje bolesnikove percepcije bolesti pokazao značajnim za brži oporavak nakon srčanog udara (Petrie, 2002), dok su ostale samoregulacijske intervencije u različitim bolestima kao što su dijabetes i AIDS/SIDA su također poboljšale ishod bolesti (Petrie, 2003). Neprihvatanje bolesti i kontinuirana „borba“ s njom, iskustvo je nekih bolesnika oboljelih od dijabetesa, pa je bolest postala teret (anksioznosti, tuga, ljutnja) koji ih je opterećivao i zagorčavao im život (Petriček, 2012).

Doživljaj bolesti kod bolesnika s dijabetesom tipa 2 i bolesnika s multiplom sklerozom

Diabetes Mellitus ili šećerna bolest je heterogena grupa poremećaja karakteriziranih hiperglikemijom i intolerancijom na glukozu (Medical Subject Headings, 2009). U ovom radu zahvaćeni su bolesnici koji boluju od dijabetesa tipa 2. Dijabetes mellitus tip 2, ranije nazivan dijabetes mellitus neovisan o inzulinu (NIDDM) ili adultni dijabetes, je metabolički poremećaj okarakteriziran visokom koncentracijom glukoze u krvi u kontekstu otpora prema inzulinu i relativnog pomanjkanja inzulina (Kumar, 2005). Ova se bolest razlikuje od šećerne bolesti tipa 1 kod koje postoji apsolutno pomanjkanje inzulina zbog uništenja Langerhansovih otočića u gušterači. Klasični simptomi su pretjerana žeđ, učestalo mokrenje i stalna glad.

U istraživanju Petriček i suradnika (2009) pacijenti s dijabetesom tipa 2 imali su sliku o svojoj bolesti kao kroničnoj (trajanje), koja se može dobro kontrolirati odgovarajućom terapijom (kontrola terapijom). Čvrsto su uvjereni da su sposobni kontrolirati svoju bolest sami (kontrola bolesti) i da ju razumiju (razumijevanje). Uglavnom su percipirali dijabetes kao bolest koja ne nosi tako ozbiljne posljedice (utjecaj), prema tome, nisu ni bili jako zabrinuti (zabrinutost), te su bili emocionalno ravnodušni (emocionalni odgovor/prihvatanje) (Petriček, 2009). Neki od nalaza istraživanja ovog istraživanja su ta da su neke od dimenzija doživljaja bolesti značajni prediktori kardiovaskularnog rizika, i to dimenzija kontrola bolesti i kontrola terapijom. Navedeno služi kao dokaz da je osobna percepcija povezana sa zdravstvenim ishodom i prema tome ne može biti zanemarena u svakodnevnom radu liječnika opće prakse (Petriček, 2009).

Prema istraživanju Petriček i suradnika iz 2009. bolesnici oboljeli od dijabetesa kao glavne uzroke dijabetesa navodili su: stres, prehranu, nasljedne faktore, obiteljske probleme i sudbinu.

Multipla skleroza je autoimuna neurološka bolest koja većinom pogađa mlađu odraslu dob u rasponu od 20 do 40 godina (Palace, 2001). Bolest često ima posljedice po osobu kao što je ovisnost o kolicima i kognitivno propadanje. Tijek bolesti jako varira u simptomima, slabo se kontrolira lijekovima, te je nepredvidljiv (Noseworthy i sur, 2000). U nedostatku jasnijih informacija o prognozi, uloga uvjerenja o bolesti može biti važna, te su intervencije na tom polju obećavajuća strategija za mijenjanje nerealnih percepcija i doživljaja bolesti. Istraživanje Moss-Morrisa i suradnika iz 2002. pokazalo je da je stvarna uznapredovalost multiple skleroze bila minimalno povezana s emocionalnim doživljajem bolesti, dok je doživljaj bolesti općenito objašnjavao 36% varijance. Dimenzije utjecaja bolesti, cikličnog tijeka bolesti i razumijevanje su se pokazali kao značajni prediktori emocionalnog stresa uzrokovanog multiplom sklerozom kod bolesnika. Prema tome, kognitivna uvjerenja o ozbiljnim posljedicama i cikličnoj prirodi trajanja bolesti, koja je van kontrole bolesnika, imalo je snažan utjecaj na bolesnikov emocionalni odgovor na bolest.

CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja je ispitati razlike u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i multiplom sklerozom.

Problemi

- 1) Provjeriti postoji li razlike u dimenzijama doživljaja bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom, i ako da, u kojim dimenzijama postoji razlika.
- 2) Provjeriti postoje li razlike u povezanosti sociodemografskih čimbenika i objektivnih mjera bolesti s doživljajem bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom

Hipoteze

- 1) Postoji razlika u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom, i to na način da:
 - a) dimenzija osobne kontrole će biti veća, odnosno izraženija u bolesnika s dijabetesom od bolesnika s multiplom sklerozom
 - b) dimenzija identiteta će biti više izražena u bolesnika s multiplom sklerozom nego u bolesnika s dijabetesom
- 2) Postoji povezanost osobnih i socijalnih čimbenika i dimenzija doživljaja bolesti bolesnika s dijabetesom i multiplom sklerozom, i to na način je dob i osobna kontrola nad bolešću bolesnika negativno povezana, odnosno da stariji sudionici manje vjeruju u osobnu kontrolu nad bolešću. S obzirom na podatke ranijih istraživanja (Petriček, 2012; Cooper, 1999), pretpostavlja se da će dob biti negativno povezana s dimenzijom osobne kontrole kod bolesnika s dijabetesom i multiplom sklerozom.
- 3) Postoji statistički značajna povezanost prema trajanju bolesti u doživljaju bolesti bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom, i to na način da je dulje trajanje bolesti povezano s negativnijim doživljajem bolesti.

METODOLOGIJA

Sudionici

U istraživanju je sudjelovalo 133 osobe oboljele od dijabetesa i multiple skleroze, pacijenata primljenih u Rehabilitacijski centar i jednu ordinaciju obiteljske medicine u Osijeku.

Od ukupnog broja sudionika, 80 je bilo ženskog spola, a 53 muškog spola, u dobi od 22 do 74 godine.

Postupak prikupljanja podataka

Ispitivanje je provedeno u 2 ordinacije obiteljske medicine u Osijeku. Istraživanje se vršilo na prigodnom uzorku ljudi koji su dolazili u ordinacije. U suradnji s liječnikom koji je pacijente s dijagnozom dijabetesa tipa 2 i multiple skleroze obavijestio o istraživanju u vezi njihove bolesti, sudionici su mogli odlučiti o sudjelovanju, koje je bilo anonimno.

Ispitivanje se provodilo individualno i trajalo je oko 15 minuta. Sudioniku je prije provođenja samog istraživanja ukratko predstavljena tema i cilj istraživanja te su mu pročitane upute o ispunjavanju instrumenta. Sudionicima je bilo rečeno da će eksperimentator, ukoliko bude potrebno, dati i dodatna objašnjenja. Nakon toga redom je popunjavao *Anketni upitnik* i *Skraćeni upitnik doživljaja bolesti IPQ-B*, a ispunjeni papiri bili su pred sudionikom uvršteni s prethodno ispunjenim upitnicima.

Mjerni instrumenti

U ovom istraživanju korišteni su sljedeći upitnici: *Anketni upitnik* i *Skraćeni upitnik doživljaja bolesti IPQ-B* (Broadbent, Petrie, Main i Weinman, 2006).

1. *Anketni upitnik* sastoji se od osam pitanja. Prvih pet pitanja odnose se na osobne i demografske podatke: dob, spol, bračni status, radni status i obrazovanje. Ostala četiri pitanja služe za procjenu trajanja bolesti (u godinama), dijagnozu, prepisanu terapiju i pitanje koje otkriva je li sudionik ikada zbog psihičkih poteškoća bili kod psihijatra ili psihologa. Primjerak ovog upitnika može se naći u Prilogu 1.

2. *Skraćeni upitnik doživljaja bolesti IPQ-B* (Broadbent, Petrie, Main i Weinman, 2006).

U ovom istraživanju za samoprocjenu doživljaja bolesti korišten je *Skraćeni upitnik doživljaja bolesti IPQ-B*. Upitnik je preveden s engleskog na hrvatski koristeći se metodom unakrsnog prevođenja pomoću dva nezavisna prijevoda u istraživanju Goranke Petriček (Petriček i sur., 2009). Prema sugestiji autora *Skraćenog upitnika doživljaja bolesti IPQ-B*, riječ bolest zamjenjuje se imenom odgovarajuće bolesti koja se istražuje, u ovom slučaju to su dijabetes tipa 2 i multipla skleroza (Petriček i sur., 2009).

IPQ-B namijenjen je ispitivanju kognitivnih komponenti i jedne emocionalne komponente percepcije bolesti konstruiran 2006. godine, čiji su autori Broadbent, Petrie, Main i Weinman. *Skraćeni upitnik doživljaja bolesti IPQ-B* sastoji se od devet čestica. Sudionici na osam čestica odgovaraju na skali od 11 stupnjeva, na vrijednostima od 0 do 10, dok je zadnje pitanje otvorenog tipa. Čestice su redom nazvane: utjecaj, trajanje, osobna kontrola bolesti, kontrola terapije, simptomi, razumijevanje, zabrinutost (kognitivno i emocionalno prihvaćanje), emocionalno prihvaćanje/odgovor te uzroci.

Svaka čestica *Skraćenog upitnika o doživljaju bolesti* predstavlja jednu dimenziju doživljaja bolesti. Prema tome, rezultat na svakoj dimenziji je odgovor koji je ispitanik zaokružio.

Odgovori na sva pitanja, osim uzročnog, procjenjuju se na linearnoj skali Thurstonova tipa od 0-10 s definiranim krajnjim točkama (0 = najviše pozitivno, 10 = najviše negativno).

Rezultat se gleda na svakom pitanju posebno – pet pitanja odgovaraju komponentama kognitivne percepcije bolesti; utjecaj, trajanje, osobna kontrola, kontrola terapije i identitet. jedno pitanje odnosi se na razumijevanje vlastite bolesti- razumijevanje, a dva pitanja na emocionalnu komponentu percepcije bolesti; zabrinutost i emocionalni odgovor.

Visoki rezultati dobiveni na ovim dimenzijama predstavljaju čvrsta uvjerenja o ozbiljnijim posljedicama bolesti kod pitanja o utjecaju (čestica 1), izraženijim kroničnim tijekom bolesti na čestici trajanje (čestica 2), jača pozitivna uvjerenja u kontrolu bolesti na čestici osobne kontrole i kontrole terapijom (čestice 3 i 4), veći broj simptoma vezanih za bolest na čestici identitet (čestica 5), viša razina bolesnikova emocionalnog odgovora zbog bolesti (čestica 6 i 8), te bolje osobno razumijevanje bolesti na čestici razumijevanje (čestica 7).

Deveta čestica u upitniku su uzroci, koja je bila u obliku pitanja otvorenog tipa, na koje su sudionici sami navodili uzrok kojem pripisuju nastanak bolesti. odgovori se mogu grupirati u kategorije kao što su: stres, stil života, nasljedni utjecaji i ostalo, zavisno o bolesti koja se ispituje (Broadbent, 2006).

Test-retest pouzdanost dimenzija *Skraćenog upitnika doživljaja bolesti* izražene Cronbachovim α redom iznosi: $\alpha = 0,70$ za dimenziju utjecaja, $\alpha = 0,67$ za dimenziju trajanje, $\alpha = 63$ za dimenziju

osobne kontrole liječenja, $\alpha = 0,55$ za dimenziju kontrole terapijom, $\alpha = 0,65$ za dimenziju simptoma, $\alpha = 0,66$ za dimenziju zabrinutosti, $\alpha = 0,48$ za dimenziju razumijevanja i $\alpha = 0,65$ za dimenziju emocionalnog odgovora (Broadbent, 2006).

REZULTATI

Na početku obrade provjerilo se distribuiraju li se rezultati dobiveni Skraćenim upitnikom doživljaja bolesti i Anketnim upitnikom po normalnoj raspodjeli. U tu smo svrhu koristili Kolmogorov-Smirnovljev (K-S) test normaliteta distribucije. Dobiveni rezultati nalaze se u tablici 1.

Tablica 1. Vrijednosti testa normaliteta distribucije (Kolmogorov-Smirnov testa) i indeksa nagnutosti i spljoštenosti za rezultate na dimenzijama Skraćenog upitnika doživljaja (N=133).

Varijabla	Skupina	K-S test	Indeks nagnutosti	Indeks spljoštenosti
Utjecaj	Dijabetes	0,183**	-0,331	-0,916
	Multipla skleroza	0,144**	-0,870	-0,191
Trajanje	Dijabetes	0,435**	-4,300	20,776
	Multipla skleroza	0,484**	-2,970	9,510
Osobna kontrola	Dijabetes	0,128**	-0,006	-0,541
	Multipla skleroza	0,155**	-0,187	-0,753
Kontrola terapij.	Dijabetes	0,187**	-0,746	-0,002
	Multipla skleroza	0,225**	-0,579	-0,014
Identitet	Dijabetes	0,103*	0,296	-0,689
	Multipla skleroza	0,125**	-0,161	-0,810
Zabrinutost	Dijabetes	0,208**	-0,005	-0,956
	Multipla skleroza	0,121**	-0,765	-0,374
Razumijevanje	Dijabetes	0,158**	-0,525	-1,337
	Multipla skleroza	0,248**	-0,519	-0,245
Emocionalni odg.	Dijabetes	0,233**	0,171	-1,051
	Multipla skleroza	0,114*	-0,968	0,177

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

Iz tablice 1 vidljivo je da raspoređenost rezultata značajno odstupa od normalne distribucije ($p < 0,05$). S obzirom na dobivene podatke nije preporučljivo koristiti parametrijske testove u analizi podataka. Kline (1998) tvrdi ukoliko je indeks nagnutosti < 3 i indeks spljoštenosti < 10 , tada je i na rezultatima koji nisu normalno distribuirani opravdano primijeniti parametrijske metode. Budući da su indeksi nagnutosti i spljoštenosti rezultata na svim korištenim ljestvicama ispod navedenih vrijednosti, osim ljestvice za dimenziju trajanje bolesti, koja također ulazi u procjenu doživljaja bolesti, nije opravdano koristiti parametrijske postupke. Također, ni nakon transformacije rezultata, dimenzija trajanja ne zadovoljava pretpostavke za korištenje paramterijskih postupaka, stoga je obrada učinjena neparametrijskim testovima.

Deskriptivna statistika varijabli ispitanih u istraživanju

Obrada je započeta deskriptivnom analizom podataka pri čemu su izračunate aritmetička sredina i standardna devijacija, frekvencije i postoci. Dobivene vrijednosti ovog dijela obrade nalaze se u tablici 2 i tablici 3.

Tablica 2. Sociodemografske varijable prema skupini bolesnika s dijabetesom (N=67) i bolesnika s multiplom sklerozom (N=66).

Varijabla	Dijabetes		Multipla skleroza	
	N	%	N	%
Spol				
Muški	38	56,7	15	22,7
Ženski	29	43,3	51	77,3
Obrazovni status				
Osnovna	20	29,9	7	10,6
Srednja	40	59,7	40	60,6
Viša/visoka	7	10,4	19	28,8
Radni status				
Nezaposlen/a	4	6	21	31,8
Zaposlen/a	13	19,4	13	31,8
Umirovljen/a	50	74,6	32	48
Bračni status				
U vezi/braku	52	77,6	48	72,7
Slobodan/na	15	22,4	18	27,3

Većina sudionika oboljelih od dijabetesa ima srednju stručnu spremu (N=40, 59,7%), zatim osnovnu (N=20, 29,9%) i najmanje njih visoku ili višu stručnu spremu (N=7, 10,4%). Većina sudionika oboljelih od multiple skleroze ima također završenu srednju stručnu spremu (N=40, 60,6%), zatim visoku ili višu stručnu spremu (N=19, 28,8%) i najmanje njih je sa završenom osnovnom školom (N=7, 10,6%).

Prema radnom statusu, najviše bolesnika s dijabetesom tipa 2 su se izjasnili da su umirovljeni (N=50, 74,6%), njih 13 je zaposleno (N=13, 19,4%), i najmanji broj se izjasnio kao nezaposlen (N=4, 6%). Najviše bolesnika s multiplom sklerozom se također izjasnilo da su u mirovini (N=32, 48%), zatim nezaposleno (N=21, 31,8%) a najmanje njih zaposleno (N=13, 31,8%).

Prema bračnom statusu, više bolesnika s dijabetesom tipa 2 se izjasnilo da su u vezi ili braku (N=52, 77,6%) od onih koji su se izjasnili da su slobodni (N=15, 22,4%). Također, više bolesnika s multiplom sklerozom se izjasnilo da su u vezi ili braku (N=48, 72,7%) od onih koji su slobodni (N=18, 27,3%).

Tablica 3. Osobine uzoraka bolesnika prema skupini bolesnika s dijabetesom (N=67) i bolesnika s multiplom sklerozom (N=66): dob i trajanje bolesti, izražene aritmetičkom sredinom i standardnom devijacijom, te minimalnim i maksimalnim vrijednostima.

Skupina	Multipla skleroza				Dijabetes			
	M	SD	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.
Dob	47,12	10,728	22	66	59,77	8,077	43	74
Trajanje bolesti (u godinama)	9,60	6,598	2	26	10,50	7,226	1	34

Prosječna dob bolesnika s dijabetesom tipa 2 u ovom istraživanju iznosi $M = 59,77$ ($SD=8,077$) godina, pri čemu je najmlađi sudionik imao 43, a najstariji 74 godine. Prosječno trajanje bolesti kod bolesnika s dijabetesom je $M = 10,50$ ($SD=7,226$) godina, s minimalnom vrijednosti od 1 do maksimalne vrijednosti od 34 godine. Prosječna dob bolesnika s multiplom sklerozom u ovom istraživanju iznosi $M = 47,12$ ($SD=10,728$) godina, pri čemu je najmlađi sudionik imao 22, a najstariji 66 godina. Prosječno trajanje bolesti kod bolesnika s multiplom sklerozom je $M = 9,60$ ($SD = 6,598$) s minimalnom vrijednosti od 2 godine, a maksimalnom od 26 godina.

Nije utvrđena statistički značajna razlika između skupina bolesnika u trajanju bolesti ($t = -0,448$, $ss = 131$, $p = 0,627$).

Razlike u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom

Tablica 4. Aritmetičke sredine, standardne devijacije i medijani ispitivanih varijabli kod bolesnika s dijabetesom (N=67) i bolesnika s multiplom sklerozom (N=66).

Varijabla	Dijabetes (N=67)			Multipla skleroza (N=66)		
	M	SD	Medijan	M	SD	Medijan
Utjecaj	4,40	2,969	4	7,90	2,175	8
Trajanje	9,56	1,437	10	9,43	1,337	10
Osobna kontrola	6,53	2,054	6	6,10	1,993	6
Kontrola terapije	7,35	1,959	8	7,36	1,76	8
Identitet	4,35	2,879	5	6,56	2,254	6,5
Zabrinutost	5,04	3,072	5	7,71	2,410	8
Razumijevanje	6,89	3,045	8	7,45	1,898	8
Emocionalni odgovor	4,43	3,177	5	7,96	2,320	9

Općenito bolesnici gledaju svoju bolest kao kroničnu (trajanje $M = 9,52$) koja se može kontrolirati odgovarajućim lijekovima, odnosno terapijom (kontrola terapijom $M = 7,34$), no manje su vjerovali u to da su ju sami sposobni kontrolirati (osobna kontrola $M = 6,52$), a razumjeli su ju vrlo dobro (razumijevanje $M = 7,04$). Bolesnici oboljeli od dijabetesa tipa 2 smatraju da nema previše utjecaja na njihov život ($M = 4,19$), tako da su izvještavali umjerenu zabrinutost u vezi njihove bolesti (zabrinutost $M = 4,88$), kao i umjeren emocionalni odgovor

($M = 4,44$). Bolesnici oboljeli od dijabetesa su umjereno pogođeni simptomima bolesti, što je iskazano dimenzijom identiteta ($M = 4,26$).

Bolesnici s multiplom sklerozom također vide svoju bolest kao bolest s kroničnim tijekom trajanja ($M = 9,43$), te izvještavaju o sličnoj osobnoj kontroli ($M = 6,10$) i kontroli terapijom ($M = 7,36$) kao i bolesnici s dijabetesom tipa 2. Bolesnici s multiplom sklerozom također dobro razumiju svoju bolest ($M = 7,45$). No, izvještavaju o velikom utjecaju bolesti na život ($M = 7,90$), te su sukladno tome u prosjeku izvještavali veću zabrinutost ($M = 7,59$) i emocionalni odgovor na svoju bolest ($M = 7,96$). Isto tako, bolesnici s multiplom sklerozom izvještavaju o većoj pogođenosti simptomima ($M = 6,56$).

S obzirom na postavljeni problem da postoji razlika u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom testirane su razlike u dimenzijama doživljaja bolesti između navedenih skupina.

Tablica 5. Rezultati Mann-Whitney testa za nezavisne uzorke između bolesnika s dijabetesom ($N=67$) i bolesnika s multiplom sklerozom ($N = 66$).

	Skupina	M (r)	Σ (r)	P
Utjecaj	Dijabetes	45,90	3075,50	0,000
	Multipla skleroza	88,42	5835,50	
Trajanje	Dijabetes	69,90	4683	0,193
	Multipla skleroza	64,06	4228	
Osobna kontrola	Dijabetes	70,32	4711,50	0,311
	Multipla skleroza	63,63	4199,50	
Kontrola terapij.	Dijabetes	67,93	4551	0,776
	Multipla skleroza	66,06	4360	
Identitet	Dijabetes	52,09	3490	0,000
	Multipla skleroza	82,14	5421	
Zabrinutost	Dijabetes	50,90	3410,50	0,000
	Multipla skleroza	83,34	5500,50	
Razumijevanje	Dijabetes	66,46	4452,50	0,868
	Multipla skleroza	67,55	4458,50	
Emocionalni odg.	Dijabetes	46,69	3128,50	0,000
	Multipla skleroza	87,61	5782,50	

U tablici 5 navedene su aritmetičke sredine rangova rezultata na dimenzijama Skraćenog upitnika doživljaja bolesti IPQ-B. Vidljivo je da su bolesnici s multiplom sklerozom izjavili o većem rezultatu na dimenzijama; utjecaja, identiteta, zabrinutosti i emotivnog odgovora, od bolesnika s dijabetesom, što upućuje na zaključak da multipla skleroza i njeni simptomi imaju veći utjecaj na život bolesnika, te da su više zabrinuti i izražavaju veći ili intenzivniji emotivni odgovor na bolest od bolesnika s dijabetesom. To je potvrđeno i rezultatima Mann-Whitney testa za nezavisne uzorke, pri čemu su razlike potvrđene uz 1% rizika.

U drugom problemu ovog istraživanja pretpostavilo se da postoji povezanost osobnih čimbenika i dimenzija doživljaja bolesti bolesnika s dijabetesom i multiplom sklerozom, i to na način je dob i osobna kontrola nad bolešću bolesnika negativno povezana, odnosno da stariji sudionici manje vjeruju u osobnu kontrolu nad bolešću.

Također, pokušala se provjeriti hipoteza koja kaže da postoji statistički značajna povezanost prema objektivnom trajanju bolesti u doživljaju bolesti bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom, i to na način da je dulje trajanje bolesti povezano s negativnijim doživljajem bolesti.

U cilju provjere izravne povezanosti izračunati su Spearmanovi koeficijenti korelacije između varijabli dobi, trajanja bolesti i dimenzija doživljaja bolesti kod bolesnika s dijabetesom tip 2 (prikazano u tablici 6) i s multiplom sklerozom (prikazano u tablici 7).

Tablica 6. Korelacije između dobi, trajanja bolesti i dimenzija doživljaja bolesti ispitivanih Skraćenim upitnikom bolesti (IPQ-B) za bolesnike s dijabetesom tip 2, N = 67.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Dob									
2.Trajanje bolesti	0,163								
3.Utjecaj	-0,139	0,028							
4.Trajanje	-0,157	0,170	0,118						
5.Osobna kontrola	-0,005	0,083	-0,008	0,162					
6.Kontrola terapije	0,008	0,047	-0,061	0,084	0,059				
7.Simptomi	-0,206	0,081	0,557**	0,069	0,049	-0,344**			
8.Zabrinutost	-0,137	-0,044	0,539**	0,087	0,051	0,063	0,442**		
9.Razumijevanje	-0,118	0,086	0,420**	0,221	0,425**	0,070	0,063	0,337**	
10.Emocionalni odg	-0,220	-0,184	0,740**	0,107	-0,007	-0,166	0,070	0,500**	0,369**

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

U skupini bolesnika s dijabetesom nije utvrđena statistički značajna povezanost dobi niti s jednom dimenzijom doživljaja bolesti. Također nije utvrđena ni statistički značajna povezanost trajanja bolesti niti s jednom dimenzijom doživljaja bolesti.

Tablica 7. Korelacije između dobi, trajanja bolesti i dimenzija doživljaja bolesti ispitivanih Skraćenim upitnikom bolesti (IPQ-B) za bolesnike s multiplom sklerozom, N = 66.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.Dob									
2.Trajanje bolesti	0,066								
3.Utjecaj	0,007	0,179							
4.Trajanje	0,070	0,121	0,294*						
5.Osobna kontrola	0,076	-0,129	-0,360**	-0,347**					
6.Kontrola terapije	0,113	0,048	-0,011	-0,043	0,256*				
7.Simptomi	-0,238	0,272*	0,469**	0,019	-0,191	-0,130			
8.Zabrinutost	-0,211	0,240	0,455**	0,070	-0,236	-0,115	0,567**		
9.Razumijevanje	0,021	0,100	-0,333**	0,072	0,056	0,005	-0,014	-0,052	
10.Emocionalni odgovor	-0,208	0,220	0,646**	0,034	-,255*	-0,095	0,606**	0,738**	-0,154

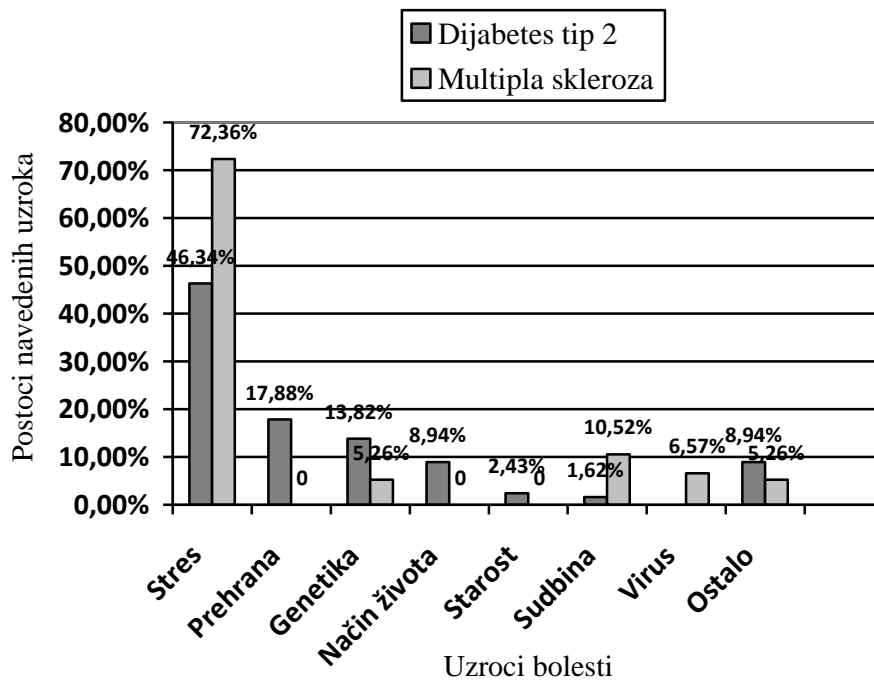
**p < 0,01; *p < 0,05

U tablici 7 navedene su korelacije između varijabli dobi, trajanja bolesti i dimenzija doživljaja bolesti kod bolesnika s multiplom sklerozom.

Prema rezultatima Spearmanove korelacije, povezanost trajanja bolesti i dimenzije simptoma bolesti kod bolesnika s multiplom sklerozom pokazala se statistički značajnom ($r = -0,272$, $p < 0,05$). Kao ni za skupinu sudionika s dijabetesom, niti u skupini bolesnika s multiplom sklerozom nije utvrđena statistički značajna povezanost dobi i doživljaja bolesti.

Frekvencije odgovora na česticu o uzrocima bolesti u Skraćenom upitniku doživljaja bolesti podijeljene su u sljedeće kategorije: stres, prehrana, genetika, način života, starost, sudbina, virus i ostalo. Navedene kategorije se izražene u postocima i prikazane na grafičkom prikazu.

Slika 1. Vjerovanja o uzrocima bolesti kod bolesnika s dijabetesom tip 2 i s multiplom sklerozom.



Prema uvjerenjima bolesnika oboljelih od dijabetesa tipa 2, glavni uzroci bolesti bili su stres (46,34%), prehrana (17,88%), genetika ili naslijeđe (13,82%) i način života (8,94%). Za bolesnike oboljele od multiple skleroze, glavni uzroci bolesti bili su također stres (72,36%), zatim sudbina (10,52%), virus (6,57%) i genetika ili nasljedni faktori (5,26%).

RASPRAVA

Razlike u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom

Prvi problem ovog istraživanja bio je provjeriti postoji li razlike u dimenzijama doživljaja bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom, i ako da, u kojim dimenzijama postoji razlika, te provjeriti postoje li razlike u povezanosti dobi, trajanja bolesti i dimenzija doživljaja bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom. Rezultati Mann-Whitney testa između skupina bolesnika s dijabetesom (N=67) i bolesnika s multiplom sklerozom (N=66) pokazuju da postoji statistički značajna razlika u dimenzijama utjecaja, identiteta, zabrinutosti i emocionalnog odgovora između skupina bolesnika uz razinu rizika od 1%.

S obzirom na postavljenu hipotezu koja kaže da će se dimenzija identiteta statistički značajno razlikovati između bolesnika koji boluju od dijabetesa i bolesnika koji boluju od multiple skleroze, ona je potvrđena Mann-Whitney testom za nezavisne uzorke. Također, potvrđena je hipoteza da će ta razlika biti više izražena u bolesnika s multiplom sklerozom (M = 6,56) nego u bolesnika s dijabetesom (M = 4,35). Navedene vrijednosti prikazane su u tablicama 4 i 5. U istraživanju Petriček (2012), u kojem su bolesnici od infarkta miokarda, u odnosu na bolesnike s dijabetesom tipa 2, značajno češće smatrali da bolest ima izraženije simptome ($p=0,006$), pretpostavilo se da će bolesnici s multiplom sklerozom zbog simptoma koji su vrlo ograničavajući u smislu bolesnikove sposobnosti kretanja i općenito osjećaja sigurnosti, izjašnjavati veću pogođenost simptomima bolesti.

Kod obje skupine bolesnika pokazalo se da postoji visoka pozitivna korelacija između dimenzija emotivnog odgovora i utjecaja bolesti. Između navedene dvije dimenzije kod bolesnika s dijabetesom povezanost iznosi $r=0,740$, dok je kod bolesnika s multiplom sklerozom ona $r=0,646$. Povezanost je izražena uz razinu rizika od 1%, vidljivo iz tablica 6 i 7. Povezanost govori o tome da bolesnici koji više izražavaju emocije u obliku ljutnje, bijesa ili tuge također izvještavaju o većem općem utjecaju bolesti na njihov život. Također, nađena je umjerena statistički značajna povezanost dimenzije utjecaja i dimenzija simptoma i zabrinutosti kod obje skupine bolesnika. Kod skupine bolesnika s multiplom sklerozom nađena je mala negativna povezanost utjecaja bolesti s dimenzijom razumijevanja bolesti ($r= -0,333$), što je indikativno za primjenu adekvatnih postupaka u cilju boljeg nošenja s bolesti u toj skupini.

Mnoga istraživanja doživljaja bolesti usmjerila su se na povezanost percepcije bolesti s ponašajnim i emocionalnim ishodima bolesti. Upravo se u području razvoja djelotvornih

intervencija djeluje u cilju mijenjanja disfunkcionalnih percepcija bolesti i time poboljšavanja ishoda bolesti. Istraživanja u tom području imaju određena ograničenja, no istraživanje Petrie-a i suradnika iz 2002. godine uspjelo je u nakani mijenjanja percepcije bolesti u pacijenata nakon infarkta miokarda, tako što su smanjili nesposobnost bolesnika i njihovu brzinu povratka na posao. Korist spomenutog i ostalih istraživanja leži u primjeni rezultata povezanosti percepcije bolesti i važnih ishoda za život bolesnika u djelotvorne intervencije za bolesnike.

Peel i suradnici (2004, prema Petriček, 2012) utvrdili su da su bolesnici koji su imali adekvatnu predodžbu bolesti, imali manji emotivni odgovor i veće prihvatanje bolesti, te bili optimističniji glede budućnosti s bolešću. Nadalje, Gillibrand i Flynn (2001, prema Petriček, 2012) također su utvrdili da je strah od posjedovanja kronične bolesti poput dijabetesa tipa 2 bio posebno izražen i prisutan u bolesnika koji nisu imali prethodnog znanja o toj bolesti.

Pojedinci s kroničnom bolesti češće su depresivni od onih koji nemaju kronično stanje, a ta veza je najjača kod onih koji razviju kroničnu bolest ranije u životu (Schnittker, 2005). Ipak, samo manjina pacijenata razviju klinička stanja emocionalnih poteškoća, a to je češće kod pacijenata koji trpe veće razine boli i nesposobnosti. Emocionalni problemi poput depresije, često ometaju prihvatanje i održavanje rehabilitacijskih program te se čini da pogoršavaju prognozu u mnogim stanjima. Važno je naglasiti također, da emocionalni odgovor na kroničnu bolest jako varira i nisu sve emocionalne posljedice kronične bolesti negativne. Nekoliko istraživanja bavila su se i pozitivnim ishodima, poznatima kao "traženje koristi", u kojima navode povećano vrednovanje bliskih veza, većeg smisla u svakodnevnim aktivnostima i većeg suosjećanja prema ostalima s teškoćama (Carver i Antoni, 2004, Sears i sur., 2003, prema Petrie, 2007).

Istraživanja u Hrvatskoj s naglaskom na istraživanje odnosa bolesnikova doživljaja vlastitog utjecaja na tijek i prilagodbu na bolest pokazala su da je većina bolesnika koji boluju od multiple skleroze bila eksternalno orijentirana, te su izdvojeni faktori koji su usmjerili lokus kontrole u smjeru eksternalnosti (dulje trajanje bolesti, ženski spol, niža razina obrazovanosti, te nezaposlenost i umirovljenje). Kod ovih bolesnika je utvrđena i pozitivna povezanost između eksternalnosti kao prediktora adaptacije, te psihičkih smetnji poput anksioznosti i depresije (Vuger-Kovačić, 2003). Uzorak bolesnika s multiplom sklerozom u ovom istraživanju karakterizira dulje trajanje bolesti, veći broj ženskih sudionika, te umirovljenje, što se također može dovesti u vezu s jačim emocionalnim odgovorom na bolest, osim samih simptoma.

S obzirom na prvi postavljeni problem, također se pretpostavilo da postoji razlika u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom, i to na način da će dimenzija osobne kontrole je veća, odnosno izraženija u bolesnika s dijabetesom od bolesnika s

multiplom sklerozom, no nije nađena statistički značajna razlika između ispitivanih skupina bolesnika.

Dimenzija trajanja bolesti je izražena u bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom, što upućuje na to da obje skupine bolesnika doživljavaju bolest kroničnom. Prosječna vrijednost dimenzije trajanja bolesti je nešto veća u skupini bolesnika s multiplom sklerozom, no približne vrijednosti i variranja kao i u skupini bolesnika s dijabetesom (Tablica 4). Navedeno se može objasniti činjenicom da se radi o kroničnim bolestima. Istraživanje Grace i suradnika (2005) rezultiralo je brojnim spolnim razlikama u doživljaju bolesti kod srčanih bolesnika. U tom istraživanju, žene su u većem broju percipirale kroničan tijek bolesti od muškaraca, dok su muškarci imali veću osobnu kontrolu i kontrolu bolesti terapijom od žena. Osobno uvjerenje o trajanju bolesti se pokazalo kao potencijalno važan prediktor odluke o brizi i upravljanju kronične bolesti. Oni bolesnici koji su vidjeli svoju bolest ozbiljnijom (jakog identiteta), duljeg trajanja i manje kontrolabilnu (pasivnih stilova nošenja s bolešću) imali su lošije zdravstvene ishode, dok je traženje socijalne pomoći i uvjerenje da je bolest moguće kontrolirati povezano s boljim ishodom (Scharloo, 1998). Važnost bolesnikova doživljaja trajanja bolesti prikazali su Meyer i suradnici u istraživanju hipertenzivnih bolesnika koji su, ukoliko su smatrali da je bolest kratkog tijeka, prestajali provoditi preporučenu terapiju, te manje koristili preporučeno liječenje (Petriček, 2012). U istraživanju Petriček (2012) većina bolesnika od infarkta miokarda je imala klasične simptome bolesti i uz bolest vezivala brojne negativne emocije (briga, potom tjeskoba, žalost, ljutnja, strah), dok većina bolesnika od dijabetesa nije imala simptome dijabetesa i vezala je manje negativnih emocija, što se može objasniti činjenicom da je prosječno trajanje dijabetesa bilo samo $3,9 \pm 1,2$ godine, dok je za razvoj komplikacija potrebno nekoliko dekada.

Sociodemografske osobine i doživljaj bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom

Kako se broj starijih ljudi oboljelih od dijabetesa i drugih kroničnih bolesti povećava, ishodi u obliku smanjenja kognitivne i tjelesne sposobnosti postavljaju veće zahtjeve zbog njihovih implikacija za kvalitetu života, gubitka neovisnosti i odgovornosti onih koji skrbe o bolesnicima. Briga za te pacijente će biti složena jer oni mogu imati i nekoliko drugih bolesti i zahtijevaju brojne lijekove, činjenica da je barem polovica starijih odraslih osoba s dijabetesom će imati velike fizičke ili kognitivne nesposobnosti. Zdravstveni djelatnici će morati biti svjesni implikacije dijabetesa u starijih odraslih osoba pri procjeni i određivanju prioriteta u liječenju

svakog pojedinog pacijenta. To će zahtijevati prilagodbu na demografiju bolesti, putem izravnog ispitivanja učinaka dijabetesa i intervencija na ishode koji su najvažniji za starije osobe s dijabetesom. Vođeni tim razmišljanjem, ovim istraživanjem pokušalo se otkriti postoje li povezanosti dobi kod bolesnika s dijabetesom tipa 2 i bolesnika s multiplom sklerozom, kao dvije bolesti s kroničnim tijekom trajanja.

Shodno tome, sljedeća hipoteza ovog istraživanja bila je ispitati povezanost dobi, kao sociodemografske osobine, i doživljaja bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom. Hipoteza nije potvrđena, pošto nije nađena statistički značajna povezanost navedenih varijabli u ovom istraživanju.

U tablicama 6 i 7 navedene su korelacije između varijabli dobi i dimenzija doživljaja bolesti kod skupina bolesnika s dijabetesom tipa 2 i bolesnika s multiplom sklerozom. U istraživanju iskustva bolesnika oboljelih od dijabetesa tipa 2 i infarkta miokarda nađena je niska negativna statistički značajna povezanost između dobi i osobne kontrole nad bolešću bolesnika oboljelih od navedenih bolesti ($\rho = -0,277$) (Petriček, 2012), te umjerena negativna statistički značajna povezanost između zadovoljstva životom i emotivne pogođenošću bolešću ($r = -0,350$). Činjenica da su stariji bolesnici manje vjerovali u osobnu kontrolu nad bolešću u sukladnosti je sa rezultatima nekoliko studija koji upućuju da su stariji bolesnici imali statistički značajno češće izraženo vjerovanje u važne druge osobe, odnosno utjecaj slučaja na zdravlje, u odnosu na mlađe bolesnike (Rubin, 1994, Hayes, 2000; prema Petriček, 2012). U istraživanju sa srčanim bolesnicima pokazalo se da osim što su stariji, manje svjesni svojih vrijednosti kolesterola, a svjesni manje vjerojatnosti da će biti zaposleni, manje vjeruju da je njihovo stanje moguće kontrolirati i da je njihov način života možda pridonio njihovoj bolesti (Cooper, 1999). Osim uloge percepcije bolesti i socijalne podrške, postoje dokazi za mnoštvo varijabli individualnih razlika koje utječu na proces suočavanja s kroničnom bolesti. Dob, obrazovanje i osobne karakteristike kao što je optimizam mogu utjecati na suočavanje. Čimbenici same bolesti u terminima stadija, fizičke karakteristike i simptomatologija su također bitni. Svaku kroničnu bolest čini mnoštvo stresora, a bolesnici mogu koristiti različite odgovore u smislu suočavanja na ove probleme.

Veću kontrolu bolesti doživljavaju bolesnici koji navode ponašajne i psihološke uzročne čimbenike kao što su pušenje, prehrana, alkohol, stres ili napor na poslu. S druge strane, pripisivanje uzroka imunološkim čimbenicima, što podrazumijeva uzročne čimbenike s eksternalnim lokusom kontrole uključujući bakterije, zagađenje i narušen imunitet, povezano je sa slabim osjećajem kontrole terapijom, kroničnim i cikličnim trajanjem bolesti i ozbiljnim posljedicama. Bolesnici koji su naveli

više psiholoških atribucija imali su sklonost gledati njihovu bolest kao kroničnu i bili su pod većim stresom zbog nje (Moss Morris, 2002).

U ovom istraživanju sudionici su navodili uzročne čimbenike ponašajne i psihološke prirode, što je moglo utjecati na doživljaj osobne kontrole bolesti.

Objektivne i subjektivne mjere bolesti između bolesnika s dijabetesom i bolesnika s multiplom sklerozom

Zadnja hipoteza ovog istraživanja bila je ispitati povezanost trajanja bolesti, kao objektivne mjere bolesti, i dimenzija doživljaja bolesti, kao subjektivne mjere bolesti.

Rezultati pokazuju da postoji značajna pozitivna povezanost trajanja bolesti i dimenzije simptoma bolesti (identitet bolesti) kod bolesnika s multiplom sklerozom ($r = 0,272$, $p < 0,05$).

Podršku za nađenu povezanost nalazi se u istraživanju Petriček (2012), u kojem su bolesnici od infarkta miokarda, u odnosu na bolesnike s dijabetesom tipa 2, značajno češće smatrali da bolest jače utječe na njihov život ($p=0,004$), bolest ih je značajno češće emotivno pogađala ($p=0,025$), te imala izraženije simptome ($p=0,006$). Navedeno se može objasniti prosječnim trajanjem ŠBT2 od $3,9 \pm 1,2$ godine, te činjenicom da je većina bolesnika bila na terapiji dijetom i peroralnim lijekovima, tako da su rijetko iskusili simptome hipo- ili hiperglikemije, koji se tipično javljaju pri primjeni neprikladnih doza inzulina. Rezultati ovog istraživanja nisu pokazali značajnu povezanost trajanja bolesti i dimenzije simptoma bolesti i za bolesnike s dijabetesom tipa 2, koji su imali prosječno trajanje bolesti $10,50 \pm 7,23$ godina, što je dovoljno za razvoj simptoma. Ipak, multipla skleroza se pokazala kao bolest čije napredovanje prati doživljaj i percepcija veće pogođenosti simptomima kod bolesnika s multiplom sklerozom. Objašnjenje za tu povezanost se nalazi u činjenici da s napredovanjem bolesti i njeni simptomi se pogoršavaju.. No, u ovom istraživanju nije se potvrdila generalizacija na obje skupine bolesnika, pošto su dijabetes i multipla skleroza klasificirane kao bolesti kroničnog trajanja. Važnost doživljaja simptoma očituje se u činjenici da su bolesnici koji su doživljavali simptome bolesti jačim, bili češće emotivno više pogođeni bolešću (Petriček, 2012). Prema tome, pacijenti koji dulje i više trpe simptome bolesti, u ovom slučaju simptome multiple skleroze, vjerojatnije će biti više emocionalno pogođeni bolešću.

Doživljaj uzroka bolesti u obje skupine bolesnika u ovom istraživanju većinom se podudara s medicinskim shvaćanjima uzroka ovih bolesti, vidljivo na slici 1. Iako su na prvo mjesto uzroka

bolesti obje skupine bolesnika rangirale stres, odmah su slijedili klasični faktori rizika (bolesnici od dijabetesa tipa 2 prehrana (17,88%), genetika ili naslijeđe (13,82%) i način života (8,94%), a bolesnici oboljele od multiple skleroze zatim su naveli sudbinu (10,52%), virus (6,57%) i genetika ili nasljedni faktori (5,26%). Weinman je istaknuo da je percepcija bolesnika o uzroku bolesti, važna za procjenu njegova budućeg zdravstvenog ponašanja (Weinman, 1997), što još jednom potvrđuju rezultati kvalitativnog istraživanja, opisujući da su obje skupine bolesnika uvele promjenu prehrambenih navika i fizičku aktivnost (Petriček, 2012).

Implikacije rezultata istraživanja

Prema rezultatima ovog istraživanja, intenzivniji emotivni odgovor je povezan s jačim utjecajem bolesti na svakodnevni život osobe. Prema tome, rad na emotivnom nošenju s bolesti, u cilju smanjenja intenziteta emotivnog odgovora, implikacije ove povezanosti kod kroničnih bolesnika su rad na negativnom viđenju i doživljaju bolesti, kako bi drugačije sagledali bolest i kako bi što bolje funkcionirali, unatoč dobivenoj dijagnozi bolesti. Također, posebice kod bolesnika s multiplom sklerozom, postoji niska statistički značajna povezanost razumijevanja i utjecaja bolesti.

Predodžbe bolesti direktno su vezane na nošenje s bolešću i putem nošenja s bolešću na ishode prilagodbe (osposobljenost i kvaliteta života). Stoga, zdravstveni profesionalci trebaju procijeniti bolesnikovu predodžbu bolesti (bolesnikov doživljaj stanja) i koristiti ju kao bazu za daljnje intervencije s ciljem pronalaženja zajedničke osnove bolesnika i liječnika na gledanje i rješavanje problema (pružanjem potrebnih informacija o bolesti, razjašnjenjem nedoumica, korigiranjem neadekvatnih predodžbi). Ukoliko predodžbe bolesnika o bolesti nisu uzete u obzir, mogućnost je da će bolesnik nastaviti ponašati se prema njima ne uzimajući u obzir savjete i intervencije zdravstvenih profesionalaca, što će utjecati na procese spoznaje, prihvaćanja i prilagodbe na bolest, zdravstveno ponašanje bolesnika, te posredno i ishode liječenja (Pendelton i suradnici, 2004; prema Petriček, 2012).

Prema zdravorazumskom modelu samoregulacije, pojedinci se oslanjaju na "mentalne alate" za procjenu somatskih podražaja, kao što su: trajanje, mjesto, senzorni uzorak, ozbiljnost itd. Oni služe za razumijevanje kroničnih stanja kao što su hipertenzija, dijabetes, astma, HIV, uzroci starenja i uzroci psihološkog stresa. Ove mentalne pretpostavke utječu na pojedinačno emocionalno stanje i utječu na reakciju na simptome. Prema tome, aktivno procesiranje ili pridavanje smisla te stvaranje emocionalnih reakcija na te podražaje, utječe na odabir

mehanizama suočavanja i stvaranje planova za konkretne akcije i očekivanja posljedica tih akcija. Mehanizmi suočavanja će varirati prema tome kakav smisao pojedinac pripisuje simptomima, a to će odražavati njegova prošla iskustva s bolesti, socijalna očekivanja, informacije od prijatelja, medija i medicinskih radnika (McAndrew i suradnici, 2008). Ovakav pristup proistekao iz teorije shvaćanja i doživljaja bolesti, može služiti kao temelj razvoja intervencija za dijabetes i multiplu sklerozu, u cilju boljeg nošenja s bolešću, posredstvom razumijevanja bolesti i kognitivnih interpretacija koje bolesnici stvaraju o simptomima i njihovom uzroku, koncentrirajući se na neadekvatne predodžbe. U istraživanju Petriček (2012) potvrdilo se da su bolesnici od infarkta miokarda, u odnosu na bolesnike s dijabetesom tipa 2, značajno češće smatrali da bolest jače utječe na njihov život ($p=0,004$), bolest ih je značajno češće emotivno pogađala ($p=0,025$), te imala izraženije simptome ($p=0,006$). Navedeno se može objasniti prosječnim trajanjem dijabetesa od $3,9\pm 1,2$ godine, te činjenicom da je većina bolesnika bila na terapiji dijetom i peroralnim lijekovima, tako da su rijetko iskusili simptome hipo- ili hiperglikemije, koji se tipično javljaju pri primjeni neprikladnih doza inzulina.

Metodološki nedostaci istraživanja

Mogućnost generaliziranja nalaza ovog istraživanja ograničeno je zbog odabira uzorka; samo oni pacijenti koji su posjetili ordinaciju u vremenskom periodu u kojem se odvijalo istraživanje i koji su bili voljni sudjelovati u istom su uključeni. Također, prigodan uzorak sudionika oboljelih od multiple skleroze nije obuhvatio bolesnike koji su bili spriječeni doći u ordinaciju zbog fizičke ograničenosti uslijed bolesti, što je moglo utjecati na rezultate istraživanja. Komorbiditet s ostalim bolestima izražen u čestici "Jeste li ikada zbog psihičkih poteškoća bili kod psihijatra ili psihologa?", mogao je utjecati različito na odgovaranje sudionika i procjenu doživljaja bolesti kod sudionika koji su imali psihičke poteškoće od onih koji ih nisu imali.

Nadalje, sociodemografske odrednice sudionika govore da je većina sudionika su srednje do starije dobi, što također može utjecati na rezultate istraživanja, te veći broj ženskih sudionika u uzorku bolesnika s multiplom sklerozom.

Dobivene rezultate treba promatrati i u kontekstu nekih metodoloških nedostataka ovog istraživanja. Zbog korelacijske prirode istraživanja ne možemo govoriti o uzročno-posljedičnim vezama među varijablama.

Nedostatak može ležati u korištenju Skraćene verzije upitnika doživljaja bolesti (IPQ-B), pošto on nije dovoljno osjetljiv instrument, te daje manje informacija o doživljaju bolesti nego verzija Upitnika doživljaja bolesti (IPQ) koja ima veći broj čestica, i na temelju koje većina literature donosi zaključke o doživljaju bolesti. Prednost IPQ-B je najveća kod ispitivanja starije populacije bolesnika kojima ispunjavanje upitnika predstavlja napor, te kod istraživanja koji se odvijaju ponavljano, te imaju longitudinalni nacrt.

Daljnji nedostatak istraživanja vezan je uz korištene varijable, pošto je u istraživanju Petriček iz 2012. godine utvrđeno da je većina bolesnika koji boluju od multiple skleroze bila eksternalno orijentirana, te su izdvojeni faktori koji su usmjerili lokus kontrole u smjeru eksternalnosti (dulje trajanje bolesti, ženski spol, niža razina obrazovanosti, te nezaposlenost i umirovljenje). Uzorak bolesnika oboljelih od multiple skleroze u ovom istraživanju je imao većinski udio ženskih sudionika, što je svakako moglo odvući rezultate u smjeru manjeg doživljaja osobne kontrole bolesti, čemu je mogla posredovati upravo eksternalnost.

ZAKLJUČAK

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u doživljaju bolesti između bolesnika s dijabetesom i multiplom sklerozom.

Dobivenim rezultatima djelomično je potvrđena prva hipoteza. Utvrđena je statistički značajna razlika u dimenziji identiteta, odnosno simptoma između bolesnika koji boluju od dijabetesa i bolesnika koji boluju od multiple skleroze.

Rezultati nisu potvrdili drugu hipotezu. Dob bolesnika se nije pokazala statistički značajno povezanom sa dimenzijom osobne kontrole bolesti.

Rezultati su djelomično potvrdili treću hipotezu. Utvrđeno je da postoji značajna povezanost trajanja bolesti i dimenzije simptoma bolesti (identitet bolesti) kod bolesnika s multiplom sklerozom ($r = 0,272$, $p < 0,05$), no ne i kod bolesnika s dijabetesom tipa 2.

LITERATURA

- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*. 60, 631 – 637.
- Cooper, A., Lloyd, G., Weinman, J., Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*. 82, 234–6.
- Figueiras, M., J., Alves N., C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology & Health*. 22 (2), 143-158.
- Grace, S.,L., Krepostman, S., Brooks, D., (2005). Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*. 59, 153–160.
- Hagger, M.,S., Orbell, S. (2003). A meta-analytic common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*. 18(2), 141-184.
- Horne, R. (1997). Representations of medication and treatment: Advances in theory and measurement. U: K. J. Petrie & J. A. Weinman (Eds), *Perception of health and illness* (pp. 155–188). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Jonsson, P.M., Nyström, L., Sterky, G., Wall, S. (2001). Sociodemographic predictors of self-rated health in patients with diabetes of short duration. *Scandinavian Journal Of Public Health*. 29(4), 263-70.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press
- Kostelić, A. (1992). *Percipirani izvor kontrole zdravlja i depresivnost kod osoba oboljelih od dijabetesa melitusa i zdravih osoba*. Neobjavljeni diplomski rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju.
- Kumar, V., Nelson, F., Abbas, A.,K., Cotran, R.,S., Robbins, S.,L. (2005). *Robbins and Cotran Pathologic Basis of Disease*. Philadelphia, Pa.: Saunders.
- Lau, R.,R., Hartman, K.,A. (1983). Common sense representations of common illnesses. *Health Psychology*. 2(2), 167-185.
- Leventhal, H., Meyer, D., Nerenz, D. R. (1980). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*. 2, 17–30.
- Leventhal, H., Nerenz, D.,R., Steele, D.,J. (1984). Illness representations and coping with health threats. U: Baum A, Taylor SE, Singer JE, editors. *Handbook of Psychology and Health*,

- Volume IV: social psychological aspects of health* (pp. 219 – 52). Hillsdale, NJ7 Erlbaum,.
- McAndrew, L.,M., Musumeci-Szabo, T.,J. (2008). Using the common sense model to design interventions for the prevention and management of chronic illness threats: From description to process. *British Journal of Health Psychology*. 13, 195–204.
- Medical Subject Headings (MeSH) Fact sheet*. National Library of Medicine. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68003920>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.,D., Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 17, 1-16.
- Noseworthy, J.,H., Lucchinetti, C., Rodriguez, M., Weinshenker, B.,G. (2000). Multiple Sclerosis. *The New England Journal of Medicine*. 343, 938-952.
- Palace, J. (2001). Making the diagnosis of multiple sclerosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 71(2), 3-8.
- Parry, S, Corbett, S., James, P., Barton, J.,R., Welfare, M. (2003). Illness perception in people with acute bacterial gastro-enteritis. *Journal of Health Psychology*. 8(6), 693-704.
- Peel, E., Parry, O., Douglas M, Lawton J. (2004). Diagnosis of type 2 diabetes:a qualitative analysis of patients emotional reactions and views about information provision. *Patient Education and Counseling*. 53, 269-275.
- Petriček, G., Vrcić-Keglević, M., Vuletić, G., Cerovečki, V., Ožvačić, Z., Murgić, L. (2009). Illness Perception and Cardiovascular Risk Factors in Patients with Type 2 Diabetes: Cross-sectional Questionnaire Study. *Croatian medical journal*. 50(6), 583-93.
- Petriček, G. (2012). *Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika*. Neobjavljena doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet.
- Petrie, K.J., Cameron, L., Ellis, C.J., Buick, D., Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*. 64(4), 580 – 6.
- Petrie, K.J., Broadbent, E., Meechan, G. (2003). Self-regulatory interventions for improving the management of chronic illness. U L.D. Cameron & H. Leventhal H (Eds), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 257 – 277). New York: Routledge.
- Petrie, K.J., Reynolds, L. (2007). Coping with chronic illness. U: Ayers, S., Baum, A., McManus, C., (2007). *Cambridge handbook of psychology, health & medicine*. 2nd ed. (46-48). Cambridge: Cambridge University Press.

- Scharloo, M., Kaptein, A., Weinman, J., Hazes, J.,M., Willems, L.,N.,A., Bergman, W., Rooijmans, H.,G.,M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*. 44, 573–585.
- Schnittker, J. (2005). Chronic Illness and Depressive Symptoms in Late Life. *Social Science & Medicine*. 60, 13-23.
- Snoek, F. J., Skinner, T.C. (2005). *Psychology in Diabetes Care*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Vuger-Kovačić, D. (2003). *Bolesnikov doživljaj vlastitog utjecaja na tijek multiple skleroze*. Neobjavljeni magistarski rad. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta.
- Weinman, J., Petrie, K., J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics? *Journal of Psychosomatic Research*. 42(2), 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R., Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing illness perceptions. *Psychology and Health*. 11, 431-446.

PRILOG 1

Molimo Vas zaokružite tvrdnju koja vrijedi za Vas:	
Spol	<input type="radio"/> žensko <input type="radio"/> muško
Bračni status	<input type="radio"/> u vezi/braku sam <input type="radio"/> slobodan/na sam
Radni status	<input type="radio"/> nezaposlen/a sam <input type="radio"/> zaposlen/a sam <input type="radio"/> u mirovini sam
Obrazovanje	<input type="radio"/> osnovna škola <input type="radio"/> srednja stručna sprema <input type="radio"/> viša ili visoka stručna sprema
Navedite od koje godine bolujete od dijabetesa?	___ godina
Koju dijagnozu bolesti imate?	<input type="radio"/> dijabetes TIPA 1 <input type="radio"/> dijabetes TIPA 2
Kakva terapija Vam je prepisana?	<input type="radio"/> tablete <input type="radio"/> inzulin <input type="radio"/> dijeta ili <input type="radio"/> nešto drugo (navedite što) _____
Jeste li ikada zbog psihičkih poteškoća bili kod psihijatra ili psihologa?	<input type="radio"/> da <input type="radio"/> ne