

Vrednotenje in razmeščanje telesnih znakov

MARKO POLIČ, POLONA BRCAR

Predelava fizičnih znakov (simptomov) je zelo zapleteno in pomembno teoretično in praktično vprašanje. V tem prispevku se bomo ukvarjali z njihovo spoznavno predelavo. Po Pennebakerju (1982) je proces iste narave kot zaznava zunanjih dražljajev. Čeprav gre za sorazmerno zanemarjen vidik zaznave, leži tu osnova mnogih pomembnih življenjskih odločitev, nanašajočih se na posameznikovo zdravje. S temi vprašanji pa se je vendarle ukvarjalo kar nekaj raziskovalcev, npr. Bishop in sodelavci (1987), Jemmot in sodelavci (1986, 1988), Croyle in Sande (1988) in drugi. Prišli so do mnogih zanimivih ugotovitev. Običajno menimo, da se ljudje odločajo za obisk zdravnika zaradi prisotnosti telesnih znakov (TZ). Vendar ta domneva ni povsem upravičena, saj lahko tudi zdravi ljudje zaznavajo TZ in bolni zanemarijajo take, ki bi se drugim zdeli resni. Bishop (1987) poroča, da so preskušanci v povprečju poročali (pisali so dnevnik) o prisotnosti enega znaka v petih dneh in to vse od glavobola do rektalnih krvavitev. Toda pomoč so iskali za manj kot 7% poročenih znakov, včasih celo za najhujše ne. Za vedenje, povezano z znaki, je torej nedvomno pomembna tudi njihova subjektivna razlaga. Ljudje se ne odzivajo na prisotnost znakov samo po sebi, pač pa upoštevajo njihovo naravo in pomen. In kako pripisujejo pomen znakom, katere razsežnosti ali lastnosti uporabljajo pri tem in kako se te povezujejo z vedenjem? Nekateri poudarjajo njihovo izstopanje, drugi resnost, razdiralnost, "bolezensko vrednost", ali pa nedavnost. Jones in sodelavci so s factorsko analizo odkrili tri faktorje, ki leže v osnovi zaznave TZ:

- * obseg, do katerega je bil TZ zaznan kot ogrožujoč, resen, moteč in boleč;
- * poznanost TZ in zaznana osebna odgovornost za njegovo pojavljanje ter
- * stiska.

Žal so bile te lastnosti dobljene bolj na apriorni osnovi in ne empirično izvedene iz presoje TZ pri preskušancih. Zato ti faktorji morda bolj odražajo teoretične domneve, kot dejansko stanje.

Penrodove raziskave razvrščanj boleznin in z njimi povezanih znakov so pokazale, da ljudje slednje razvrščajo v več skupkov, npr. skupne znake za prehlad, za glavo in živčni sestav ter za prebavni trakt. Jones in Weise sta v raziskavi primerjave modelov znakov pri kmetih in zdravnikih ugotovila, da slednji najbolj poudarjajo življenjsko nevarnost znaka, kmetje pa bolj, ali je boleč oz. ovirajoč.

Bishop in sodelavci (1987) menijo, da si obvestila o TZ razlagamo tako, da jih povežemo s prej obstoječimi prototipi boleznin. Pri tem izhajajo iz dela Eleanor Rosch in njenih sodelavcev na področju razvrščanja. Prototipi, ki naj bi bili v tem primeru

nekakšni idealni, najboljši predstavniki določene bolezni, nudijo standard ali obrazec, s katerim oseba primerja izkušnjo danega TZ. Bolj ko se dani TZ skladajo s tistimi, ki za posameznika predstavljajo prototip določene bolezni, verjetneje si jih bo razložil kot znake te bolezni. Ljudje naj bi torej v spominu poiskali prototipe znakov različnih bolezni in ugotovili, s katerim prototipom se dani TZ najbolj skladajo. Skladnost seveda ni nikoli popolna, saj so tudi bolezni razmeroma nejasno opredeljene. Raziskave so pokazale, da je razlaga TZ res pod močnim vplivom skladnosti med TZ in znanimi prototipi bolezni in da prototipičnost neke množice simptomov vpliva na njihovo obnovo. Prototipi bolezni pomagajo ljudem pri urejanju in ocenjevanju obvestil o fizičnih spremembah ali občutkih, ki bi bili lahko drugače nejasni in protislovni. Preprosto, ponudijo jim že pripravljeno razlago za dano izkušnjo TZ. Znano pa je, da obstoj prototipov (ali obrazcev) lahko tudi vpliva na dejansko izkušnjo TZ. Tudi bolnikov prikaz TZ bo morada izkrivljen zaradi sprejetega prototipa bolezni, saj bo zdravniku poročal predvsem o TZ, ki se z njim skladajo.

Na sploh se zdi - to bi sledilo že iz Pennebakerjeve ugotovitve - da lahko modele z drugih področij zaznavanja in spoznavanja uporabljamo pri pojasnjevanju zaznave TZ. Poleg omenjenega modela se avtorjema zdi uporabljiv tudi Andersonov (1974) model informacijskega združevanja. Končno navadno vendarle združimo več znakov v sliko neke bolezni.

Bishop (1987) se je spoznavnega prostora TZ lotil tudi s pomočjo večrazsežnostnega lestvičenja in analize skupkov. Ugotovil je, da so izpraševanci razvrščali TZ vzdolž štirih razsežnosti: povzročajo ga virusi, zgornji ali spodnji del telesa, fizični ali duševni vzroki in moti dejavnost. Vidimo, da se dve razsežnosti nanašata na vzrok TZ, dve pa na njegovo lokacijo oz. motečnost. Razsežnosti so bile povezane s tremi vrstami odzivov na TZ: zmanjšanjem dejavnosti, samooskrbo in poklicno oskrbo. Motečnost znakov je bila povezana z zmanjšanjem dejavnosti, viralna povzročena in motečnost pa sta bili povezani s samooskrbo (uporaba nereceptnih in domačih zdravil). Fizična (v nasprotju s psihično) povzročena in v manjši meri lokacija v spodnjem delu telesa sta bili povezani z uporabo poklicne oskrbe (obisk zdravnika, uporaba predpisanih zdravil). Rezultati analize skupkov so zgornje le potrdili, odkrili pa so še določene spolne razlike. Tako so bile za ženske najpomembnejše po vrsti naslednje značilnosti TZ: motečnost, boleče, povezano s spodnjim delom telesa in povezano s čutili. Za moške so bile te lastnosti po vrsti naslednje: zgornje/spodnje v telesu, moteče in povzročeno z virusi/nalezljivo. Glede vednja je za pripadnike obeh spolov najosnovnejše zmanjšanje dejavnosti, medtem ko se vrstni red ostalih vedenj (npr. pogovoriti se, posvetovati se z nezdravnikom, uporaba nereceptnih zdravil, uporaba domačih zdravil, uporaba receptnih zdravil, posvet z zdravnikom, ignoriranje) razlikuje. Pri razlagi gornjih podatkov je treba upoštevati, da gre za predvideno in ne dejansko vedenje. Zato lahko le nakazujejo določene stvarne zveze in odnose, ne morejo jih pa dokazovati.

Medtem ko so bile do sedaj obravnavane raziskave predvsem spoznavno naravnane, obstajajo tudi take, ki so se ukvarjale z motivacijskimi mehanizmi zaznave in odzivov na TZ. Motnje v zdravju so namreč za veliko večino ljudi nekaj nezaželenega, neprijetnega. Zato je pomembna ocena resnosti motnje in odziv nanjo. Ljudje so nagnjeni k temu, da ocenjujejo neko bolezen ali motnjo za težjo, če menijo, da je razmeroma redka (Jemmot in sod., 1986). Razširjenost bolezni tudi vpliva na manjše odločanje za iskanje pomoči. Na oceno resnosti vpliva tudi osebna pomembnost bolezni. Bolezen, ki jo imamo, se

nam bo zdela manj resna. To je morda nekakšen obrambni odziv, zanikanje nevarnosti ali težav. O tem pričajo tudi izsledki Croylea in Sandea (1988), saj so preskušanci, "pri katerih naj bi test odkril določeno motnjo", le-to ocenjevali za manj resno in bolj razširjeno kot ostali. Kadar se bolnik sooči s slabo novico, lahko:

- * zanika bolezen, kar je značilen začetni odziv na grožnje zdravju in se kaže v večjem dvomu v veljavnost diagnoze;

- * zmanjša resnost grožnje, npr. z zmanjševanjem resnosti posledic bolezni;

- * lahko pa išče tudi potrditev diagnoze, kot so npr. pokazale nekatere Pennebakerjeve raziskave.

Do zanikanja diagnoze ne prihaja zato, ker oseba ne bi zaznala ustreznih TZ, pač pa celo ob njihovem potrjevanju. Gre morda za nekašno "iskanje pomena" in uveljavljanje pogosto iluzornega prepričanja o nadzoru nad boleznijo, ki sledi slabi novici.

Ljudje, ki so že imeli neko bolezen, jo navadno ocenjujejo kot manj resno. Končno so jo le preživeli.

V pričujoči študiji skušava ugotoviti, kako različne skupine preskušancev (zdravstveni delavci, laiki) ocenjujejo pomembnost različnih TZ ter kako jih značilno razporejajo po človeškem telesu. Pričakovali bi lahko, da bodo zaradi različnega znanja in izkušenj ti odgovori različni.

METODA

Preskušanci: V raziskavi sta sodelovali dve skupini preskušancev:

- 20 zdravstvenih delavcev (10 zdravnikov in 10 sester);

- 20 laikov.

Skupini sta bili izenačeni glede na izobrazbeno raven, spol in starost.

Gradivo: seznam dvajsetih TZ (glej Tabelo 1) in obris človeškega telesa.

Postopek: Preskušanci so morali oceniti TZ na petstopenjski ocenjevalni lestvici NEPOMEMBEN (1) do ZELO POMEMBEN (5). Nato so morali razporediti TZ (razen enega) po obrisu človeškega telesa. Če so menili, da TZ ne morejo postaviti na neko določeno mesto, ker je presplošen, so samo na seznamu obkrožili številko pred tem TZ.

REZULTATI IN RAZPRAVA

Splošno sliko odgovorov nam daje Tabela 1. Očitno je, da so TZ bolj pomembni za zdravstvene delavce kot pa za laike. Prav tako so tudi odgovori prve skupine bolj homogeni. To je očitno iz praviloma nižjih vrednosti standardnih odklonov pri skupini zdravstvenih delavcev, pa tudi iz večjega števila statistično pomembnih korelacijskih koeficientov med njihovimi ocenami TZ (53 napram 30 pri laikih). Na nek način so bile ocene laikov manj vzajemno odvisne kot pri zdravstvenem osebju. Morda zdravstvena izobrazba in izkušnje homogenizirajo poklicno skupino in povzročajo bolj splošne, medsebojno odvisne ocene. To znanje se najbrže odraža tudi v njihovih višjih ocenah. Veliko več vedo o različnih možnostih in pomenih TZ, tudi o bolj nevarnih. Ista beseda

ima lahko torej drugačne ali točneje dodatne pomene za poklicno skupino. Čeprav obstajajo pomembne razlike v višini ocen, pa je njihov vrstni red glede na pomembnost precej podoben pri obeh skupinah ($Rho=0.81$; $P<0.01$). To bi bolj kazalo na dodatne, kot pa na različne pomene.

TABELA 1: Srednje ocene pomembnosti telesnih znakov.

Št.	TELESNI ZNAK	ZDRAVSTVENI DEL.		LAIKI		t	P
		Sred.	SD	Sred.	SD		
1.	Bolečina	3.75	1.21	3.25	0.91	1.65	*
2.	Temperatura	3.35	0.81	3.85	1.04	2.03	**
3.	Utrujenost	2.40	0.60	1.80	0.83	3.04	***
4.	Slabost	2.45	0.60	2.45	0.89	0.00	nep.
5.	Bruhanje	3.60	0.75	3.15	1.09	1.58	*
6.	Hujšanje	4.00	1.08	2.75	1.07	3.86	***
7.	Izguba teka	2.75	0.91	1.90	0.91	3.22	***
8.	Driska	2.70	1.08	2.35	0.93	1.32	nep.
9.	Zaprtje	2.20	0.89	2.20	1.10	0.00	nep.
10.	Povečane bezg.	3.75	0.85	4.05	0.76	1.55	*
11.	Potenje	2.10	0.91	1.65	1.04	1.69	*
12.	Krvavitev	4.50	0.69	4.50	0.69	0.00	nep.
13.	Zgaga	2.30	0.73	1.85	0.93	1.44	*
14.	Težko dihanje	4.50	0.76	3.50	1.05	4.36	***
15.	Kašelj	3.20	0.62	2.45	0.94	3.00	***
16.	Izpuščaj	3.00	1.08	2.30	1.03	2.48	**
17.	Srbenje zadnjika	2.05	0.76	2.05	1.05	0.00	nep.
18.	Pekoče uriniranje	3.60	0.94	3.70	1.03	0.35	nep.
19.	Sprememba barve kože	4.00	0.86	3.15	1.18	2.67	***
20.	Mišični krči	3.65	1.23	3.60	1.23	0.13	nep.

nep. = nepomembno

* = $P < 0.10$

** = $P < 0.05$

*** = $P < 0.001$

Razlogi za razlike v oceni TZ so razvidni iz same njihove narave. Najbolj pomembni so znaki nevarnejših ali celo smrtnih bolezni ali fizičnih stanj. V spodnji polovici (glede na pomembnost) so manj resni TZ ali telesna stanja, ki se pogosto pojavljajo tudi med normalnim delovanjem telesa (npr. znojenje). Morda so nekateri od teh TZ presplošni in šele v povezavi z kakim drugim TZ postanejo pomembni (npr. slabost). Pojavlja se tudi zanimiva razlika v vrstnem redu temperature. Ta TZ je bolj pomemben za laike. Za njih je pravzaprav sploh nekakšen sinonim za bolezen, medtem ko predstavlja za zdravstvene delavce bolj splošen TZ, ki postane pomemben šele skupaj z drugimi. Večje število

statistično pomembnih korelacij v skupini zdravstvenih delavcev pri tem TZ bi potrjevalo takšno mnenje.

Na nek način podatki drugega dela raziskave - razporejanja TZ po obrisu telesa - podpirajo prejšnje ugotovitve. Zdravstveni delavci imajo pomembno več splošnih razporeditev (več kot 50%), medtem ko pri laikih prevladujejo specifične (61.18%). Spet različna vednost povzroča različne odgovore. Rezultati so podani v Tabeli 2. TZ so isti kot prej, izpuščen je le TZ števila 17 zaradi trivialnosti možnega odgovora.

TABELA 2: Razmeščanje TZ po obrisu telesa v %.

Št.	Splošno	Glava/Vrat	Udi	Nad pasom	Pod pasom
ZDRAVSTVENI DELAVCI					
1.	4.17	1.19	0.00	0.00	0.00
2.	4.76	0.60	0.00	0.00	0.00
3.	4.76	0.30	0.00	0.00	0.00
4.	2.68	0.00	0.00	2.08	0.60
5.	0.30	1.49	0.00	2.98	0.60
6.	4.76	0.00	0.00	0.30	0.60
7.	2.08	0.60	0.00	1.79	0.60
8.	0.60	0.00	0.00	0.00	4.76
9.	0.30	0.00	0.00	0.00	4.46
10.	4.76	1.19	0.00	0.00	0.00
11.	3.57	0.00	0.89	0.30	0.00
12.	3.89	0.30	0.00	0.30	0.89
13.	0.00	0.89	0.00	4.17	0.30
14.	0.89	0.00	0.00	4.17	0.00
15.	0.60	0.00	0.00	5.06	0.00
16.	5.06	0.00	0.30	0.00	0.00
18.	0.00	0.00	0.00	0.00	5.06
19.	5.06	0.00	0.00	0.00	0.00
20.	3.57	0.00	1.49	0.00	0.00
Total	51.79	6.55	2.68	21.13	17.86

Št.	Splošno	Glava/Vrat	Udi	Nad pasom	Pod pasom
LAIKI					
1.	4.28	1.32	0.00	0.00	0.33
2.	2.96	1.97	0.00	0.33	0.00
3.	4.61	0.66	0.33	0.00	0.00
4.	1.64	0.33	0.00	2.30	0.33
5.	0.00	0.33	0.00	3.95	0.99
6.	4.28	0.00	0.00	0.66	0.00
7.	2.63	1.64	0.00	0.99	0.33
8.	0.33	0.00	0.00	0.66	3.95
9.	0.33	0.00	0.00	0.66	4.28
10.	2.63	1.97	0.66	0.00	0.00
11.	2.30	0.99	1.97	0.33	0.00
12.	2.63	1.32	0.00	0.33	0.99
13.	0.00	0.99	0.00	3.62	0.33
14.	0.00	0.00	0.00	5.26	0.00
15.	0.00	0.66	0.00	4.28	0.00
16.	3.62	0.99	0.33	0.00	0.33
18.	0.00	0.00	0.00	0.00	5.26
19.	3.62	1.32	0.33	0.00	0.00
20.	2.96	0.00	2.63	0.00	0.00
Total	38.82	14.47	6.25	23.36	17.11
Z(tot)	3.290	3.293	2.206	0.676	0.250
P <	0.001	0.001	0.01	nep.	nep.

Odgovori laikov morda kažejo njihovo omejeno znanje ter najbolj značilne ali znane pojavne položaje posameznih TZ. Vendar pa nekatere razvrščajo tudi glede na mesto porekla (npr. bruhanje).

Lahko zaključimo, da izkušnje in znanje vplivajo na zaznavanje TZ vsaj na spoznavni ravni. Ta vpliv se pojavlja predvsem kot večja splošnost in medsebojna povezanost TZ pri zdravstvenem osebju.

VIRI

- Bishop, G.D. et al., Processing Illness Information: The Role of Disease Prototypes, *Basic and Applied Social Psychology*, 1987, 8, 1+2, str. 21-43.
- Bishop, G.D., Lay Conceptions of Physical Symptoms, *Journal of Applied Social Psychology*, 1987, 17, str. 127-146.
- Croyle, R.T. & Sande, G.N., Denial and Confirmatory Search, *Journal of Applied Social Psychology*, 1988, 18, 6, str. 473-490.
- Jemmot, J.B. et al., Judging Health Status, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1985, 50, str. 899-905.
- Jemmot, J.B. et al., Common sense Epidemiology, *Health Psychology*, 1988, 7, 1, str. 55-73.
- Pennebaker, J.W., *The Psychology of Physical Symptoms*, Heidelberg: Springer-Verlag, 1982.