

Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Antonija Vitulić

Percepcija bolesti i emocionalni status kardioloških bolesnika

Diplomski rad

Rijeka, 2017.

Sveučilište u Rijeci
Filozofski fakultet u Rijeci
Diplomski studij psihologije

Antonija Vitulić

Percepcija bolesti i emocionalni status kardioloških bolesnika

Diplomski rad

Prof. dr. sc. Alessandra Pokrajac Bulian

Rijeka, 2017.

IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice prof. dr. sc. Alessandra Pokrajac Bulian.

Rijeka, lipanj 2017.

SAŽETAK

Ovim smo istraživanjem htjeli ispitati odnos broja simptoma i atribucije uzroka bolesti s anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika. U ispitivanju je sudjelovalo 165 pacijenata s koronarnim srčanim oboljenjima (113 muškaraca i 52 žene) tijekom hospitalizacije u Kliničkom bolničkom centru Rijeka te Thalassoterapiji u Opatiji. Primijenjen je Upitnik percepcije bolesti (IPQ-R) i Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti (HADS). Rezultati pokazuju statistički značajnu povezanost broja simptoma bolesti i vjerovanja u uzroke bolesti s anksioznosti i depresivnosti. Kod ženskih ispitanica postoji statistički značajna povezanost atribucije bolesti osobnim problemima s anksioznosti. Ispitanice koje navode osobne probleme kao mogući uzrok oboljenja imaju i povećanu anksioznost. Niti jedna atribucija uzroka kao ni identitet bolesti nisu povezani s depresivnosti. Kod muških ispitanika i identitet bolesti i atribucija uzroka osobnim problemima jest statistički značajno povezana s anksioznosti i depresivnosti. Odnosno, pacijenti koji percipiraju veći broj simptoma bolesti te navode osobne probleme kao mogući uzrok oboljenja imaju i povećanu anksioznost i depresivnost. Prevalencija anksioznosti je općenito veća od depresivnosti (24% naspram 22%), dok je negativan afekt češće prisutan u žena (prevalencija anksioznosti kod žena je 27% naspram 23% kod muškaraca; dok je prevalencija depresivnosti 29% kod žena naspram 19% kod muškaraca). Dobiveni rezultati ukazuju na to kako je, pored objektivne težine, bitno ispitati i subjektivnu percepciju bolesti jer ona može uvelike utjecati na pacijentovo psihološko blagostanje.

Ključne riječi: Koronarna srčana bolest, percepcija bolesti, simptomi, vjerovanja u uzroke, anksioznost, depresivnost, spolne razlike

ABSTRACT

The purpose of this study was to examine the relationship between number of illness symptoms, causal attribution, anxiety and depression in patients suffering from coronary heart disease. A sample of 165 patients (113 males and 52 females) were recruited from Clinical hospital (KBC) Rijeka and from Thalassotherapy Opatija. Patients were given the revised version of Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) and Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). The findings show statistically significant correlation between illness symptoms and causal attribution with anxiety and depression in the female sample. Statistically significant correlation has been found between personality and heredity with anxiety. Women that think their own personality or heredity was the cause of their illness also have higher anxiety. None of the causal attributions or illness symptoms were connected with depression in the female sample. In the male sample, both illness symptoms and personality and heredity were connected with anxiety and depression. In other words, men that perceive higher number of illness symptoms and think their own personality or heredity was the cause of their illness also have higher anxiety and depression. In general, there is higher prevalence of anxiety than depression (24% and 22% respectively), and women were found to be more anxious (27% and 23% respectively) and more depressed (29% and 19% respectively) than men. These results show the importance of illness perception as it can play an important role in psychological welfare of coronary heart disease patients.

Key words: Coronary heart disease, illness perception, symptoms, causal attribution, anxiety, depression, gender differences

SADRŽAJ

1	UVOD	1
1.1.	Rizični faktori kardioloških bolesti	2
1.2.	Leventhal-ov model samoregulacije	4
1.3.	Uloga neznanja i kognitivnih distorzija na percepciju kardioloških bolesti.....	6
1.4.	Simptomi kardioloških bolesti	8
1.5.	Atribucija uzroka kardiološke bolesti.....	9
1.6.	Spolne razlike u kardiološkim oboljenjima i njihovoj percepciji.....	13
1.7.	Negativna afektivnost i kardiološke bolesti	14
1.8.	Rehabilitacija kardioloških bolesnika	19
2	PROBLEMI I HIPOTEZE RADA	22
2.1	Problemi rada	22
2.2	Hipoteze rada	22
3	METODA	23
3.1.	Ispitanici.....	23
3.2.	Mjerni instrumenti.....	24
3.1.1	Upitnik percepcije bolesti (<i>Illness Perception Questionnaire – IPQ-R</i> , Weinman i sur., 1996) 24	
3.1.2	Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti (<i>Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS</i> , Zigmond & Snaith, 1983).....	26
3.3.	Postupak istraživanja.....	28
4	REZULTATI	29
4.1	Faktorska analiza Skale atribucije uzroka kardioloških bolesti	29
4.2	Povezanost identiteta bolesti i atribucije uzroka bolesti s anksioznosti i depresivnosti kod kardioloških bolesnika	35
4.3	Spolne razlike u identitetu bolesti, atribuciji uzroka i anksioznosti i depresivnosti kod kardioloških bolesnika	39
4.4	Odnos identiteta bolesti i atribucije uzroka s anksioznosti i depresivnosti kardioloških bolesnika 42	
5	RASPRAVA	45
5.1	Faktorska struktura Skale atribucije uzroka kardiološke bolesti.....	45
5.2	Percepcija kardiološke bolesti, anksioznost i depresivnost u žena.....	46
5.3	Percepcija kardiološke bolesti, anksioznost i depresivnost u muškaraca.....	49
5.4	Problematizacija razlika u percepciji bolesti, anksioznosti i depresivnosti s obzirom na spol	51
5.5	Prednosti, nedostaci i sugestije za buduća istraživanja	52
6	ZAKLJUČAK	54
7	LITERATURA	56
8	PRILOZI	64

1 UVOD

Koronarna srčana bolest (engl. *Coronary heart disease* – CHD) jest oboljenje koje se odnosi na srce i srčane arterije. Uključuje bolesti kao anginu, akutni infarkt miokarda (MI – srčani udar) te iznenadnu srčanu smrt. Sve su te bolesti uzrokovane aterosklerozom odnosno suženjem arterija zbog masnih naslaga. Angina se odnosi na snažnu bol u prsima koja se ponekad može proširiti duž cijele lijeve ruke. Do nje dolazi kada je cirkulacija prema koronarnim arterijama ograničena do te mjere da srčani mišić ostaje bez kisika. Akutni infarkt miokarda se dešava kada je cirkulacija krvi ograničena, tj. ispod normalnog praga, radi čega dolazi do uništenja srčanog tkiva. Srčani udar se može desiti i kada krvni ugrušak dodatno ograniči prijenost krvi do srca. Iznenadna srčana smrt najčešće nastupa kod pacijenata koji su već pretrpili neku formu oštećenja srca, no može pogoditi i one kod kojih su se arterije činile zdrave (Ogden, 2012).

Smatra se da je KSB odgovorna za 33% smrti muškaraca ispod 65 godina, te je općenito jedan od vodećih uzroka smrti u svijetu. U srednjim godinama, broj smrtnih slučajeva je pet puta veći kod muškarca nego kod žena, dok se taj postotak u starosti izjednačava. No, oporavak nakon srčanog udara se pokazao puno lošijim i sporijim za žene nego za muškarce (Ogden, 2012). Predviđeno je da će do kraja 2020. broj smrtnih slučajeva uzrokovanih srčanim udarom doseći brojku od 25 milijuna svake godine (Yaraghchi, Rezaei, Mandegar i Bagheriand, 2012).

Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2009), čak 50% smrti u Hrvata jest posljedica koronarnih srčanih bolesti. Iako podaci navode veću prevalenciju KSB-a u žena, veći postotak muškaraca umire od kardioloških bolesti u ranijoj dobi (19% muškaraca, u odnosu na 5% žena umre od posljedica KSB-a do 64. godine života).

1.1. Rizični faktori kardioloških bolesti

Istraživanja su potvrdila brojne rizične faktore koronarne srčane bolesti koji se mogu podijeliti na više načina, a jedna od mogućih podjela jest na „nepromjenjive“, kao na primjer dužina obrazovanja, društvena klasa, dob, spol, reaktivnost na stres, obiteljska povijest bolesti i rasa, te na one „promjenjive“, kao na primjer pušenje, sjedilački način života, pretilost, percepcija stresa na poslu i osobnost (Ogden, 2012). Druga moguća podjela jest na biološke (dob, spol, obiteljska povijest i nasljeđe), okolinske (pušenje, zagađenje zraka i vode, toksične tvari i prašina), ponašajne (pušenje, uzimanje opojnih sredstava, sjedilački način života, nezdrava prehrana, dijabetes, hipertenzija i pretilost) te psihološke (anksioznost, depresivnost, ljutnja, agresija, osobina ličnosti, žalovanje i stres). Iako su se dugo vremena ignorirali, kognitivni aspekti i vjerovanja pacijenata igraju veliku ulogu u načinu nošenja s bolesti, njezinom toku, razumijevanju simptoma, traženju uzroka te promjeni ponašanja (Saeidi, Soroush, Komasi, Moemeni i Heydarpour, 2015). Tako se na primjer pacijenti koji vjeruju da im srčana bolest ima ozbiljne posljedice na život puno kasnije vraćaju na posao bez obzira na stvarnu ozbiljnost srčanog udara (Weinman, Petrie, Moss-Morris, Horne, 1996; Weinman i Petrie, 1997).

Smatra se da je jedna od pet smrtnih slučajeva srčanih bolesnika posljedica pušenja. Konzumiranje više od 20 cigareta na dan povećava rizik od pojave koronarnih kardioloških oboljenja u srednjoj životnoj dobi. Prestanak pušenja može prepoloviti vjerojatnost drugog srčanog oboljenja u onih koji su isti već doživjeli (Ogden, 2012).

Prehrana, pogotovo razina kolesterola se također povezuju s koronarnim srčanim oboljenjima. Smatra se da 20% populacije koja ima povišene razine kolesterola imaju tri puta veći rizik fatalnog srčanog udara. S obzirom da je visina kolesterola u krvi uglavnom determinirana unosom hrane zasićene masnim kiselinama (na primjer proizvodi životinjskog porijekla kao što su meso, jaja i mliječni proizvodi), smanjenje konzumiranja takve hrane, kao i povećanje konzumiranja vlakna i hrane koja sadrži nezasićene masne kiseline (nalaze se u biljnim proizvodima, orašastim plodovima i nekim ribama kao što je tuna) može dovesti do smanjenja razine kolesterola u krvi (Ogden, 2012).

Visok krvni tlak jest još jedan od rizičnih faktora za koronarna srčana oboljenja, a što je viši, to je i veći rizik za oboljenjem. Smatra se da bi smanjenje tlaka za 10mmHg-a moglo dovesti do smanjenja smrtnosti uzrokovane srčanim bolestima za čak 30%. Izgleda da je krvni tlak povezan s genetikom, pretilošću, konzumiranjem alkohola i soli (Ogden, 2012).

Stres se često ispituje kao jedan od prediktora koronarnih kardioloških oboljenja jer se smatra da postoji poveznica reaktivnosti na stres, životnih događaja i stresa na poslu sa srčanim oboljenjima (Ogden, 2012).

Kao još jedan rizični faktor, spominje se i tip A ličnosti, koji se definira kao kompleks emocija i ponašanja u osoba koje na hostile način žele postići što više u što manje vremena, odnosno možemo ih opisati kao vrlo kompetitivne, ambiciozne, nestrpljive i agresivne (Perez-Garcia i Sanjuan, 1996). Prema Glass-ovom modelu (1977), tip A ponašanje je zapravo mehanizam nošenja s prijetnjom stvarnog ili potencijalnog gubitka kontrole. Keinan i Tal (2005) dobivaju da kada se tip A osoba nađe u situaciji koja indicira mogući gubitak kontrole, ona odmah reagira na način da uloži još više truda kako bi zadržala ili pridobila kontrolu. Upravo ta konstantna potreba za kontrolom (i posljedično povećana psihološka reaktivnost), osjećaj vremenskog pritiska, lako izazvana hostilnost (pogotovo prema preprekama ka uspjehu, bilo da su to stvari ili ljudi), pretjerana kompetitivnost, verbalna impulzivnost i nagli motorički manerizmi su sve faktori koji mogu dovesti do povećanog rizika za preuranjenim kardiovaskularnim bolestima (Perez-Garcia i Sanjuan, 1996).

1.2. Leventhal-ov model samoregulacije

U trenutku nastupa same bolesti, pacijent pokušava stvoriti vlastitu percepciju (na temelju vjerovanja i onog što već zna) kako bi ju mogao bolje razumijeti i nositi se s njom. Stoga su Leventhal i suradnici (1984) predložili model samoregulacije koji smatra da se percepcija bolesti gradi na temelju pet komponenti koje onda posljedično utječu na način nošenja s istom. Leventhal smatra da ljudi reguliraju svoje ponašajne i emocionalne reakcije na bolest na temelju (1) simptoma koje atribuiraju bolesti (engl. *identity*), (2) vjerovanja o uzrocima bolesti (engl. *cause*), (3) vjerovanja o izlječivosti i kontrolabilnosti bolesti (engl. *cure/control*), (4) percipiranih posljedica bolesti na svakodnevni život (engl. *consequences*) te na (5) očekivanoj dužini bolesti (engl. *timeline*). Isto tako, Leventhal smatra da je ta percepcija bolesti pod utjecajem cijelog raspona individualnih, kontekstualnih i kulturalnih faktora (Aalto i sur., 2005). Drugim riječima, reprezentacija bolesti se formira na temelju povijesti bolesti, prototipa formiranih iz prošlih iskustava s bolesti ili ozljedama, promatranjem bolesti u drugih te izloženosti medijima i kulturalnim vjerovanjima o bolesti (Leventhal, Phillips i Burns, 2016).

Bitno je napomenuti da su varijable u svih pet komponenti modela i fizički iskustvene (na primjer: bol uzrokovana bolešću se osjeća) i mentalno konceptualizirane (na primjer: vjerovanje da bol ukazuje na bolest ili poremećaj i da bolest ili poremećaj uzrokuju bol). Stoga, prilikom formiranja percepcije bolesti i konkretno iskustvo i apstraktno rezoniranje biva uključeno (Leventhal i sur., 2016).

Jedan od nedostataka ovog modela jest nedovoljno testiranje uzročno-posljedične veze između vjerovanja pacijenta u vezi svoje bolesti s njenim posljedicama. S obzirom da je većina istraživanja korelacijska, postoji potreba za longitudinalnim istraživanjima kako bi se uistinu mogla potvrditi hipoteza da način nošenja s bolesti utječe na odnos između percepcije bolesti i njenih realnih posljedica (Baines i Wittkowski, 2013).

Mentalna reprezentacija bolesti može se inicirati verbalnim znakom (na primjer: medicinska dijagnoza kardiovaskularne bolesti) ili konkretnim znakom (na primjer: kvržica ili bol). Stoga je sam proces stvaranja reprezentacije bolesti i njenih komponenti zapravo višerazinski – percipiran,

kao i osjećan, apstraktan, kao i konceptualan, formiran kroz prošla iskustva i anticipaciju budućnosti, doživljen svjesno, ali i nesvjesno (Leventhal i sur., 2016).

U trenutku pojave devijacija od „normalnog“, zdravog selfa, osoba postaje motivirana za traženjem pomoći. No, hoće li ju stvarno potražiti, ovisi o pet komponenti reprezentacije bolesti. Osoba će se odlučiti za traženje pomoći onda kada iskustvo bolesti prelazi parametre akutnog modela (simptomi koji nestaju unutar kratkog vremenskog perioda, nisu toliko izraženi niti ometajući za svakodnevni život). S druge strane, kronične su bolesti često asimptomatične, a njihovo „nedetektirano“ razvijanje i trajanje stvaraju drugačiji model nošenja s bolesti (Leventhal i sur., 2016).

Kako koronarne srčane bolesti najčešće spadaju u ovu drugu kategoriju, odnosno imaju kroničan tijek, tako i predstavljaju kroničan stres. Za razliku od akutnih bolesti ili zaraza, kronične bolesti najčešće uzrokuje način života osobe (na primjer sklonost sjedalačkom načinu života, prevelik omjer soli u prehrani, pušenje i slično). Takve bolesti često imaju spor i podmukao početak, a mogu ustrajati duži vremenski period, pa čak i do smrti oboljele osobe. Osim toga, najčešće se ne mogu atribuirati samo jednom uzroku, već u pozadini mogu biti različiti faktori koji zajednički dovode do bolesti. S obzirom da su takve bolesti bolesti tihog početka, često pacijent nije svjestan svog oboljenja dok srčana bolest ne bude u već uznapredovalom stadiju (Xiangshu, 2002).

1.3. Uloga neznanja i kognitivnih distorzija na percepciju kardioloških bolesti

Neznanje je jedno od glavnih faktora koji često dovode do kasne dijagnoze ili nerazumijevanja kardioloških oboljenja. Pacijenti ne prepoznaju simptome, ne razumiju osnove nastanka bolesti ili jednostavno misle da se to dešava drugima.

Većina ljudi zna prepoznati „tipične“ simptome srčanog udara – bol u prsima (ili ramenima), otežano disanje i pojačano znojenje. No, iako su ti simptomi najčešći (pogotovo u muškaraca), nerijetko se mogu prezentirati i atipični simptomi (kao na primjer bol u abdomenu, a ne u prsima), a koji posljedično dovode do atribucije simptoma nekoj drugoj bolesti (u tom slučaju problemima s probavom). Isto tako, pacijenti starije životne dobi će simptome kao nedostatak daha, kronični umor i natečena stopala prije interpretirati kao znakove starenja nego potencijalnog srčanog zatajenja. U situacijama kada se somatski uzorak ne podudara s prototipom o srčanoj bolesti, pacijenti neće reagirati (Leventhal i sur., 2016).

U istraživanju koje su proveli Meyer, Leventhal i Gutmann (1985) 80% ispitanika se složilo s tvrdnjom da ljudi ne mogu prepoznati kada imaju visok tlak, a 92% ispitanika je vjerovalo da mogu osjetiti kada im je tlak povišen – što ukazuje na jasne kontradikcije. Isto tako, opisali su nekoliko simptoma povišenog tlaka (kao na primjer glavobolja, vrtoglavica, vrućina u licu), te izjavili da im je krvni tlak pod kontrolom kada nemaju te simptome – što je medicinski neispravno. Takvo vjerovanje u akutan model bolesti (da osoba ima povišen krvni tlak samo kad su prisutni simptomi) dovodi do prekidanja terapija (Leventhal i sur., 2016). Na razinu neznanja su također ukazali Lin, Spilsbury, Furze i MPhil (2009) u svom istraživanju, gdje je samo jedan ispitanik (zaposlenik u bolnici) znao objasniti fiziologiju koronarnih kardioloških bolesti. Ostali su ispitanici imali kognitivne distorzije ili površna vjerovanja o bolesti. Jedno od razloga tome navode i nepostojanje komunikacije između liječnika i samog pacijenta. Meyer i suradnici (1985) također ukazuju na nerazumijevanje vlastitog stanja u pacijenata – samo 20% ispitanika je znalo jasno prepoznati veze između uzroka, simptoma i fizioloških mehanizama u pozadini hipertenzije.

Angus i suradnici (2005) su svojim istraživanjem opisali što različiti ljudi misle o koronarnim srčanim bolestima te kako ih doživljavaju. Najviše ispitanika gleda na srčane bolesti kao nešto apstraktno više nego li direktno doživljeno. Isto tako, zbog svoje česte asimptomatičnosti, pogotovo u ranijim stadijima, pacijenti ih nerijetko niti ne prepoznaju. Jedan od ispitanika objašnjava kako je upravo taj nedostatak svjesnosti da bi se takvo nešto moglo desiti dovodi do toga da ljudi ne paze na osnovne stvari kao pušenje, pijenje alkohola, jedenje masne hrane, ne vježbaju i slično. Kod ženskih ispitanica „nesvjesnost“ o potencijalnoj pojavi srčane bolesti nije toliko bila produkt nerazmišljanja, koliko usađenih spolnih stereotipa žene kao njegovateljice drugih radije nego sebe (izvještale su o tome kako nemaju vremena za sebe, kako moraju obavljati poslove i pomagati drugima bez obzira kako se osjećaju, kako moraju držati „ubrzani ritam“ jer balansiraju posao i kuću i slično). Svi ti faktori dovode do kolektivnog zanemarivanja zdravlja (bilo zbog nerazmišljanja ili usađenih normi) što posljedično dovodi do povećanog rizika pojave kardioloških bolesti. U istom su istraživanju ukazali i na promjenu loših navika samo kada su simptomi prisutni, a vraćanje starim navikama kada oni nestanu te na razinu neznanja, odnosno nemogućnosti točnog objašnjenja kako dolazi do srčanog udara.

1.4. Simptomi kardioloških bolesti

Ljudi razvijaju različita vjerovanja kako bi pokušali razumijeti svoju simptomatologiju, a time se i lakše nositi s bolesti i prijetnjama zdravlju. Vjerovanja u simptome bolesti utječu i na nošenje s bolesti, ali i emocionalnu reakciju pojedinca na istu. Nove informacije o bolesti ili pak promjena simptoma mogu utjecati na reevaluaciju njene percepcije, promjenu u načinima nošenja s bolesti, potaknuti (ili smanjiti) potrebu za traženjem pomoći te promijeniti emocionalnu reakciju pacijenta (Baines i Wittikowski, 2013).

Yaragachi i suradnici (2012) pronalaze da sama negativna percepcija simptoma bolesti dovodi do povećanja ozbiljnosti simptoma, dok mijenjanje percepcije i ponašanja može smanjiti broj ili utjecaj tih simptoma na pacijenta. Zapravo, bilo kakvo vjerovanje i kognicija pacijenta o bolesti i neka ponašanja kao što su zabrinutost ili strah mogu posljedično utjecati na same simptome. Xiangshu (2002) čak smatra da je iskustvo simptoma bolesti jedno od bitnijih faktora u formiranju vjerovanja o bolesti, jer je sam začetak srčanog oboljenja zapravo savršen model za razumijevanje simptoma, te pacijenti vrlo brzo formiraju implicitne kognitivne modele o tome što bi moglo biti u pozadini tog fizičkog poremećaja.

Aalto i suradnici (2005) ukazuju na to da psihosocijalna podrška može dovesti do vjerovanja u manju brojnost simptoma u kardioloških bolesnika. U ponovnom testiranju pacijenata nakon godine dana, ovi su istraživači dobili povećanje brojnosti simptoma u žena i mlađih ispitanika, te kod pacijenata s ozbiljnijim stanjem i manjom psihosocijalnom podrškom. U istom su istraživanju naveli da ispitanici s nižim obrazovanjem navode više simptoma, kao i oni s ozbiljnijim zdravstvenim stanjem.

No, Weinman i suradnici (1996) su, ponovnim testiranjem pacijenata nakon tri i šest mjeseci, generalno dobili percepciju smanjenja brojnosti simptoma. Smatraju da je do toga došlo jer prvotni srčani udar najvjerojatnije generira akutni model bolesti s jasnom simptomatologijom (kao što je bol, mučnina i nedostatak zraka). Kako se pacijent oporavlja od akutnog srčanog udara, bolest poprima oblike kroničnog stanja, a koje može biti asimptomatično ili s isprekidanom simptomatologijom (povremena bol u prsima ili fizičko opterećenje), stoga i navode iskustvo manje simptoma. Osim toga, što pacijenti percipiraju manji broj simptoma

bolesti to će biti bolja rehabilitacija. Oni pacijenti koji percipiraju manje simptoma, imaju i viši rezultat na upitniku kvalitete života, odnosno bolji opći zdravstveni status (Aalto i suradnici, 2006).

Xiangshu (2002) u svom istraživanju nalazi kako su najčešće navedeni simptomi koronarnih kardioloških oboljenja redom: umor (iscrpljenost), teško disanje ili gubitak daha, gubitak snage, lupanje srca i smetnje spavanja. Slično su dobili i Lin i suradnici (2009), odnosno ispitanici su redom, po čestini, navodili sljedeće simptome bolesti: bol u prsima, gubitak daha, umor (iscrpljenost), lupanje srca, osjećaj obamrlosti lijeve ruke, bol u leđima, znojenje, mučnina, povraćanje i želučane smetnje. Osim toga, navodili su kako su simptomi koje osjećaju različiti od očekivanih, radi čega su nerijetko odgodili traženje pomoći.

1.5. Atribucija uzroka kardiološke bolesti

Jedna od faceta razumijevanja i percepcije bolesti jest i atribucija uzroka, faktori koje ljudi smatraju da su doprinjeli njihovom oboljenju. Prema Kelley-evoj (1967) atribucijskoj teoriji ljudi stvaraju atribucije uzroka kako bi dobili ili zadržali osjećaj kontrole nad okolinom. To su potvrdili Keinan i Tal (2005) u svom istraživanju gdje su dobili da ispitanici u visoko stresnim situacijama rade više atribucija uzroka. Stoga, otkrivanje uzroka fenomena ili događaja može utjecati na to da percipiramo okolinu strukturiranijom i smislenijom.

French, Maissi i Marteau (2005) opisuju kako su se ispitanici, iako su navodili da više faktora dovodi do pojave kardioloških oboljenja, usredotočili većinom na samo jedan rizični faktor kada su razmišljali o vlastitoj bolesti. Na primjer, većina se ispitanika složila da ponašajni faktori (kao nedostatak vježbanja ili jedenje masne hrane) mogu uzrokovati srčani udar kod ostalih; no, kada su pričali o svojoj bolesti, navodili su samo jedan razlog, i to većinom stres. Jedno od objašnjenja može biti upravo pokušaj zadobivanja kontrole koji je puno lakši ako postoji jedna stvar koju trebamo promijeniti, a ne više njih.

Bekke-Hansen, Weinman, Thastum, Thygesen i Zachariae (2014) pronalaze da percepcija socijalne podrške dovodi do manje atribucija koronarnih kardioloških bolesti imunološkim

faktorima, dok u slučajevima kada pacijenti percipiraju slabu ili nepostojeću socijalnu podršku, veća je vjerojatnost da će uzrok atribuirati slučajnosti (lošoj sreći) i nesreći, odnosno ozljedi. Što se tiče rizičnih faktora, prijašnji prijem pacijenta u bolnicu kao i povijest bolesti u obitelji dovodi do povećane atribucije bolesti nasljeđu, dok je više obrazovanje povezano s atribucijama bolesti starenju i alkoholu. Također, veća socijalna podrška i samoeфикаsnost smanjuju atribuciju uzroka bolesti neprimjerenj medicinskog skrbi u prošlosti, dok povećana samoeфикаsnost smanjuje atribuciju uzroka bolesti pušenju.

Saeidi i suradnici (2015) su u svom istraživanju ispitali koji su to rizični faktori koji su mogli doprinjeti razvitku bolesti u pacijenata, te su dobili da najveći dio ispitanika navodi ponašajne uzroke (42%), a koji uključuju prehrambene navike, pušenje cigareta i zlouporaba opojnih sredstava, fizički rad, nedostatak vježbanja, kolesterol, hipertenzija, dijabetes i pretilost. Drugi po redu rizični faktori su oni psihološki (36%), odnosno stres i žalovanje, ljutnja, depresivnost i zlostavljanje od strane partnera. U daleko manjem postotku su navodili biološke (4.3%) to jest genetiku (nasljeđe) i okolinske faktore (3.8%) u koje spadaju prašina, rat, pušenje i ostale toksične supstance te pasivno pušenje. Njih čak 10% navodi da ne zna što je moglo dovesti do koronarnog srčanog oboljenja, što opet ukazuje na određenu razinu neznanja pacijenata o samoj bolesti.

Lin i suradnici (2009) potvrđuju kako većina ispitanika navodi više od jednog potencijalnog uzroka kardioloških oboljenja, a koje uključuju nezdravi način življenja (kao na primjer loše prehrambene navike, pušenje, nedostatak vježbanja, pretilost, fizički ili emocionalni stres), kao i obiteljska povijest bolesti, komorbiditet s drugim bolestima (kao što je dijabetes i hipertenzija), starenje, a neki su čak krivili partnere i obitelj. Stres se navodio u preko 50% slučajeva, te je percipiran kao ozbiljniji faktor od nezdravog načina življenja, a uključuje i fizičku, kao i emocionalnu komponentu. Stres kao glavni faktor navodili su i pacijenti u istraživanju koje su proveli Byrne, Walsh i Murphy (2005) i to u čak 36%, dok je odmah iza bilo nasljeđe ili ostali biološki faktori (35%) te su u 29% slučajeva pacijenti navodili vlastiti način života kao potencijalni uzrok srčanog oboljenja.

Slično su dobili i Weinman, Petrie, Sharpe i Walker (2000), odnosno i u njihovom uzorku se stres navodi kao najčešći potencijalni uzrok kardioloških oboljenja, dok su se pacijenti i njihovi partneri složili u navođenju stresa, nasljeđa i konzumiranja masne hrane kao tri glavna uzroka bolesti. Ostali često imenovani potencijalni uzroci jesu redom nedostatak vježbanja, visoka razina kolesterola, vrsta posla i previše posla. Također su dobili globalno smanjenje loših navika nakon šest mjeseci – ispitanici su navodili da konzumiraju više „hrane za mozak“ i voća, da jedu doručak, manje konzumiraju crveno meso te masnu, pretjerano slanu i slatku hranu, manje puše i konzumiraju alkohol. Naravno, te su promjene u ponašanju povezane s atribucijom uzroka u pacijenata, pa su tako dobili da su oni koji su navodili da su masna hrana, visok kolesterol, loše prehrambene navike te nedostatak vježbanja glavni uzroci njihovog srčanog oboljenja, kasnije mijenjaju svoje prehrambene navike. Pacijenti koji navode nedostatak vježbanja, visok kolesterol i pretilost kao uzroke vlastite srčane bolesti, kasnije se počinju baviti vježbanjem. Oni koji su navodili alkohol kao glavni razlog svog oboljenja, kasnije konzumiraju značajno manje količine istog.

Zanimljivo je da je atribucija kardioloških oboljenja stresu povezana s globalno višim rezultatima na Upitniku zdravstvenog statusa (Aalto i sur., 2006). Jedno od objašnjenja leži u tome da stres spada u internalne faktore, odnosno osoba nad njim može imati kontrolu, a time i popraviti situaciju te izbjegavati aktivnosti koje kod nje stres i izazivaju.

Fukuoka i suradnici (2004) nalaze da se pušenje najčešće navodi kao potencijalni uzrok koronarnih srčanih oboljenja (skoro 60%), dok ih samo 16% navodi stres, a 14% prehrambene navike. Od tih 16% ispitanika koji su naveli stres kao razlog srčane bolesti, čak 80% navodi svoj posao kao izvor stresa, dok ih 20% smatra da su njihovi personalni odnosi i obiteljski problemi izvori stresa. Od onih koji su naveli prehranu kao glavni uzrok, podjednako ih (po 24%) smatra da je sol, masna hrana i neredovita prehrana glavni problem, dok 15% ispitanika navodi jedenje slatkiša ili voća kao uzroke. Fizička neaktivnost, pretilost, hipertenzija te obiteljska povijest bolesti su rijetko navođeni kao potencijalni uzroci kardioloških oboljenja. Razlike u rezultatima mogu biti zbog kulturalne različitosti (ispitivanje se radilo na japanskoj populaciji).

Astin i Atkin (2008) su u svom istraživanju ukazali na čestu atribuciju uzroka koronarnih kardioloških oboljenja slučaju (sudbini) radi čega su pacijenti smatrali da ne mogu ništa napraviti kako bi poboljšali svoje stanje. Skoro pola ispitanika navodi stres kao uzrok koronarnih kardioloških oboljenja, i to specifično obiteljske probleme ili nesreće (kao na primjer dugotrajna briga za bolesnog člana ili nagla smrt člana obitelji) te stres na poslu – što se podudara s ostalim istraživanjima.

Grace i suradnici (2005) kao najčešće citirane uzroke koronarnim srčanim oboljenjima navode nasljeđe (29%), stres (20%) i prehrambene navike (13%). Slično su dobili i Bennett, Clark, Harry i Howarter (2016), odnosno faktor nasljeđa (26%) također na prvom mjestu, iza čega sljede loše prehrambene navike (18%) i stres (10.2%), dok Mosleh i Almalik (2014) dobivaju pretilost i nezdravu prehranu (31%) na prvom mjestu, a nasljeđe (26%) i stres (19%) na drugom i trećem.

Općenito, 46% ispitanika navodi ponašajne (internalne) uzroke (loša prehrana, nebriga o sebi, nedostatak fizičke aktivnosti, pušenje i pretilost), 45% biološke (nasljeđe, dob te stanja povezana i ne povezana s koronarnim srčanim oboljenjima), a samo 12% navodi stres kao primarni uzrok srčanom oboljenju (Bennett i sur., 2016).

Berglund, Lytsy i Westerling (2014) dobili su da je visoki internalni zdravstveni lokus kontrole pozitivno povezan sa samoprocjenom zdravlja, što ukazuje na to da internalni zdravstveni lokus kontrole može direktno utjecati na bolju percepciju zdravlja. Osobe koje atribuiraju uzroke srčane bolesti slučajnosti i drugima imaju niži rezultat na samoprocjeni zdravlja.

1.6. Spolne razlike u kardiološkim oboljenjima i njihovoj percepciji

Maas i Appelman (2010) su u svom istraživanju pokazali kako se kardiovaskularne bolesti razvijaju i do deset godina kasnije u žena nego u muškaraca, te predstavljaju jedan od glavnih uzroka smrti u žena. Slično su dobili i Azad, Kathiravelu, Minoosepeher, Hebert i Fergusson (2011), te pored toga, izgleda da žene imaju i veći komorbiditet s drugim bolestima.

Postoje razlike i u vrsti oboljenja. Leening i suradnici (2014) u svom istraživanju dobivaju da muškarci imaju veću vjerojatnost za razvitkom koronarnog srčanog oboljenja kao prvog oboljenja (isto su dobili i Brandsaeter, Atar i Agewall, 2011), dok žene imaju veći rizik za zatajenjem srca, iako se sve te bolesti češće manifestiraju što su osobe starije.

Godišnja smrtnost jest također drugačija s obzirom na spol, ali i s obzirom na komorbiditet s dijabetesom. Odnosno, Lin i suradnici (2013) dobili su sljedeće – godišnja smrtnost uzrokovana koronarnim srčanim oboljenjima iznosi 8% za žene s, odnosno 3% za žene bez dijabetesa, dok su kod muškaraca ti postoci 4% i 3%. Prema tome možemo vidjeti da je rizik smrtnosti za žene koje imaju dijabetes i koronarno srčano oboljenje dvostruko veći nego kod muškaraca.

Mnogi su istraživači dobili spolne razlike u atribuciji uzroka. Tako su na primjer Saeidi i suradnici (2014, 2015) dobili da žene, više nego muškarci, navode psihološke uzroke (stres, ljutnja, depresivnost i partnersko zlostavljanje) koronarnih kardioloških oboljenja. Osim toga, u istraživanju iz 2014. godine, dobivaju da su žene općenito manje svjesne potencijalnih rizičnih faktora kardioloških bolesti. U drugom istraživanju, žene su, češće nego muškarci, uzroke atribuirale imunološkim faktorima i slučaju (lošoj sreći) (Bekke-Hansen i sur., 2014), dok Aalto i suradnici (2005) dobivaju da žene češće navode stres i genetiku, te povijest bolesti u obitelji kao potencijalne uzroke kardioloških oboljenja (Aalto i sur., 2006; Grace i sur., 2005), smatraju bolest manje kontrolabilnom te percipiraju više simptoma bolesti (Aalto i sur., 2006; Grace i sur., 2005; Potpara i sur., 2012). Pored toga, prema istraživanju Grace i suradnika (2005) žene percipiraju dugotrajniji tijek svoje bolesti, odnosno vjeruju u kroničnost vlastitog stanja, ali i u veću cikličnost simptoma nego muškarci.

Okrivljavanje drugih za vlastito srčano oboljenje je nađeno samo u žena, koje su krivile svoje partnere i obitelj, kao na primjer članove obitelji koji nisu pomagali u kućanskim poslovima ili pak supružnike s kojima su se često svađale (Lin i sur., 2009).

Aalto i suradnici (2006) proveli su istraživanje u kojem su dobili kako muškarci, više nego žene, smatraju da im koronarna srčana bolesti ima ozbiljnije posljedice. Što se tiče atribucije uzroka bolesti, muškarci su češće navodili ponašajne uzroke (kao na primjer prehrana, pušenje, nedostatak aktivnosti, fizički posao i slično) i internalne faktore. Češće navođenje ponašajnih uzroka (u 51% slučajeva) su dobili i Saeidi i suradnici (2014), a 34% posto muškaraca navodi psihološke faktore kao potencijalne uzroke koronarnih kardioloških oboljenja. Veće atribuiranje ponašajnim faktorima u muškaraca potvrđuju i nakon godinu dana (Saeidi i sur., 2015).

Muškarci općenito percipiraju manje simptoma srčane bolesti i veću osobnu kontrolu nad bolesti (Chen, Lee, Liang i Liao, 2014; Grace i sur., 2005) te češće navode povijest pušenja (Bonnet i sur., 2005; Chiha i sur., 2015; Fukuoka i sur., 2004; Najafi i Sheikvatan, 2013) i zloupotrebu opijata (Najafi i Sheikvatan, 2013). Bonnet i suradnici (2005) u svom su istraživanju pokazali kako su muškarci također imali povišenu razinu kolesterola i jeli previše kalorija dnevno, dok su žene, više nego muškarci, navodile fizičku neaktivnost.

1.7. Negativna afektivnost i kardiološke bolesti

Općenito se smatra da ispitanici koji pate od koronarnih kardioloških oboljenja imaju i veću trenutnu depresivnost nego opća populacija (16% naspram 7%) te veću trajnu depresivnost (22% naspram 15%) i anksioznost (17% naspram 10%) (Fan, Strine, Jiles i Mokdad, 2008). Iako postoji konsenzus oko povišene prevalencije anksioznosti i depresivnosti, ne postoji slaganje oko samog postotka. Pa tako Suzuki i suradnici (2014) u svom istraživanju dobivaju postotke od čak 57% za anksioznost te 34% za depresivnost (a 21% kardioloških bolesnika ima oboje), Polikandrioti i suradnici (2015) dobivaju prevalenciju anksioznosti od skoro 30% te depresivnosti 21% u kardioloških bolesnika, dok su Morgan, Villiers-Tuthill, Barker i McGee (2014) dobili prevalenciju anksioznosti i depresivnosti od skoro 30%. Od onih pacijenata kojima je

dijagnosticirana i depresivnost, čak njih 60% imalo je i anksioznost, dok od onih s dijagnosticiranom anksioznošću, 52% ih je imalo i depresivnost. Munk i suradnici (2012) te Fennessy, DeVon, Ryan, Lopez i Zerwic (2013) dobivaju postotak prevalencije depresivnosti i anksioznosti i do 23%, Watkins i suradnici (2016) 20%, Ye i suradnici (2013) 14%.

Ye i suradnici (2013) navode da je čak 20% ispitanika koji imaju povišene depresivne simptome nakon skoro četiri godine doživjelo srčani udar ili preminulo. Veću smrtnost koronarnih bolesnika koji pate od depresivnosti i anksioznosti dobili su i Doering i suradnici (2010). Njihovo istraživanje na skoro 1500 ispitanika ukazuje na prevalenciju depresije i anksioznosti od čak 62% u kardioloških bolesnika. Kada su gledali posebno, njih 43% je imalo trajne anksiozne simptome, dok ih je 45% imalo depresivne. Kovacs i suradnici (2009) nalaze kako je prevalencija depresivnosti u osoba s koronarnim srčanim oboljenjima iznosila 24%, dok anksioznosti 34%.

Veću prevalenciju anksioznosti od depresivnosti u pacijenata nakon srčanog oboljenja dobili su i Dorossiev, Paskova i Zachariev (1976), odnosno prevalenciju depresivnosti u 21% pacijenata, dok anksioznosti u čak 69% te Seldenrijk i suradnici (2013) gdje je anksioznost, više nego depresivnost, bila povezana s koronarnim srčanim oboljenjima. Simptomi koji su se pojavili u depresivnih kardioloških bolesnika su sniženo raspoloženje, otežano obavljanje aktivnosti nakon buđenja, slabost, umor te nepostojanje budućnosti (preokupiranost smrću, vjerovanje u besmislenost življenja).

U metaanalizi koju su proveli Bush i suradnici (2005) 1 od 5 koronarnih pacijenata pati od velike depresije, dok je prevalencija potencijalno značajnih depresivnih simptoma varirala od 10 do 47%. Osim toga, većina srčanih bolesnika kod kojih je depresivnost zabilježena prilikom hospitalizacije zbog srčanog udara, pate od depresivnosti i 1 do 4 mjeseca kasnije. Prema drugoj metaanalizi, prevalencija depresivnosti je u rasponu od 16 do 45% kada se ispitala kliničkim intervjuom, te 10 do 47% kada se ispitala validiranim upitnikom. Kod kardioloških pacijenata s dijagnosticiranom depresijom prilikom hospitaliziranja, u čak 50% slučajeva ta se depresivnost održala i do 12 mjeseci kasnije (Thombs i sur., 2005).

Whooley i suradnici (2008) u svom istraživanju u kojem je sudjelovalo više od 1000 ispitanika dobivaju prevalenciju depresivnosti od skoro 20%. U usporedbi s onima koji nemaju depresiju,

depresivni su pacijenti bili mlađi, ženskog spola, pušili su, bili manje fizički aktivni te imali veći indeks tjelesne mase. Slično su dobili Watkins i suradnici (2016) odnosno povezanost depresivnosti i anksioznosti s mlađom dobi i pušenjem, dok je samo anksioznost bila povezana s kraćim trajanjem spavanja, ženskim spolom i većom tijelesnom masom. Isto tako, pacijenti koji pate od depresivnih simptoma, imaju 50% veću vjerojatnost pojave nekog od kardiovaskularnih događaja (zatajenje srca, srčani udar ili srčana infekcija te smrt), iako ta veza ne bi postojala bez medijatora – fizičke aktivnosti i ostalih zdravstvenih ponašanja; što znači da bi se visoki rizici za kardiološkim oboljenjima mogli drastično smanjiti modifikacijom ponašanja pacijenata, pogotovo vježbanjem.

Postotak depresivnosti i anksioznosti može biti pod utjecajem nezaposlenosti. Prevalencija depresije kod ispitanika koji nisu mogli raditi bila je skoro pet puta veća nego kod zaposlenih (46% naspram 9%). Kod ispitanika koji su nezaposleni taj je postotak iznosio 25% naspram 9% kod onih zaposlenih. S anksioznosti je pak povezan stupanj obrazovanja, odnosno oni koji su završili samo srednju školu su bili manje anksiozni od onih koji su završili fakultet ili neku drugu višu školu (Fan i sur., 2008). Fennessy i suradnici (2013) i Ye i suradnici (2013) su pak dobili da je depresivnost povećana kod onih koji imaju završenu samo osnovnu školu.

Grisolía, Longo, Hutchinson i Kee (2015) nalaze da ispitanici koji imaju visok zdravstveni lokus kontrole (to jest smatraju da mogu kontrolirati svoje zdravlje kroz zdrav način življenja) rijede pate od anksioznosti i depresivnosti, odnosno imaju općenito više optimizma u vezi svog zdravlja. Naravno, osobe kod kojih je dobivena negativna korelacija sa zdravstvenim lokusom kontrole (njih 29%) razmišljaju deterministički kad je u pitanju njihovo zdravlje, odnosno smatraju da ne mogu utjecati na svoje stanje promjenom životnih navika. Takve osobe posljedično imaju manje volje za bavljenjem fizičkom aktivnošću te i dalje unose jednaku količinu kalorija. Dakle, ne žele mijenjati svoj način življenja, iako su vidno nezadovoljne istim.

Baines i Wittikowski (2012) te Dorossiev i suradnici (1976) ukazuju na učestalost seksualnih poteškoća nakon kardiovaskularnih oboljenja. Prema njihovim istraživanjima, čak 69% pacijenata navodi vlastito stanje kao razlog prestanka seksualnih aktivnosti. Šezdeset posto pacijenata navodi kako im se libido smanjio ili ga u potpunosti više nemaju. Geert van Driel, Jef

de Hosson i Gamel (2013) navode niži postotak, odnosno 27% kardioloških bolesnika izvještava o smanjenju seksualnog interesa, dok njih 12% navodi potpuni gubitak interesa. Većina pacijenata (65%) navodi znatno smanjenje seksualne aktivnosti. Seksualna sfera jest pogotovo bitna za kardiološke bolesnike s obzirom da se osjećaji anksioznosti, straha od smrti i osjećaji nemoći često, ako ne i uvijek, generaliziraju na seks. Nerijetko će pacijent imati stav da bolesna osoba – odnosno, osoba sa srčanim problemima – ne smije ili ne može imati spolne odnose. Hinchliff („The Conversation“, 2015) i Wagner (1976) smatraju da neki doktori dodatno potenciraju problem svojim iracionalnim vjerovanjima. Autori smatraju da postoji nekoliko razloga ignoriranja seksualnog aspekta kardioloških bolesnika: većina pacijenata jest starije (seks je karakteristika mladih); starije osobe koje više nisu u reproduktivnim godinama se često ne smatraju seksualnim bićima (tradicionalno, seksualne se potrebe onih „nereproduktivnih“ često ignoriraju u medicini; na primjer kod mentalno retardiranih, tjelesnih invalida, adolescenata, homoseksualaca); srčani bolesnik jest bolestan, a bolest i seksualnost ne idu zajedno. Zbog toga, predlaže se nekoliko rješenja – uključivanje partnera / partnerice u proces oporavka te poticanja vraćanja „starem“ životu kroz pružanje adekvatnih informacija i potpore; smanjenje konzumiranja hrane i alkohola prije spolnog odnosa jer oni dodatno potiču stres za tijelo te dogovor doktora i pacijenata o tome kada pacijent može ponovno i sigurno stupiti u spolne odnose.

Pored anksioznosti i depresivnosti, Hamedi, Ameri i Azamameri (2013) dobili su značajno povišene razine stresa i ljutnje u osoba koje pate od koronarnih kardioloških oboljenja nego zdravih ispitanika.

I kod anksioznosti i depresivnosti postoje spolne razlike. Prata, Martins, Ramos, Rocha-Goncalves i Coelho (2016) u svom istraživanju opisuju kako žene postižu viši rezultat od muškaraca na Upitniku bolničke anksioznosti i depresivnosti te češće navode povijest korištenja antidepressiva. U više istraživanja dobivena je viša anksioznost i depresivnost u žena nego u muškaraca (Bonnet i sur., 2005; Doering i sur., 2010; Whooley i sur., 2008; Ye i sur., 2013), dok su suprotno dobili Fennessy i suradnici (2013). Osim toga, Bonnet i suradnici (2005) dobili su značajnu povezanost anksioznosti i depresivnosti u pacijenata koji su bili fizički neaktivni, dok je nezdrava prehrana bila značajna jedino u muškaraca. Anksioznost i depresivnost bili su također

povišeni u muškaraca koji puše, dok je u žena u tom slučaju bila povišena samo depresivnost. Zloupotreba alkohola bila je značajno povišena kod žena koje su se izjasnile kao depresivne, nego u onih zdravih, dok to nije bilo evidentno kod muškaraca. U žena je depresivnost bila povezana s mladošću, smanjenom fizičkom aktivnošću i percepcijom kroničnosti bolesti (Grace i sur., 2005).

Općenito se može reći da su anksioznost i depresivnost povećane u onih srčanih bolesnika koji uz to i nezdravo žive (oni ispitanici koji su se nezdravo hranili, pušili, pili i bili fizički neaktivni). Mnoga su istraživanja dobila povećanu depresivnost i anksioznost u onih pacijenata koji puše te su fizički neaktivni ili pretili (Doering i sur., 2010; Janszky, Ahnve, Lundberg, 2010; Munk i sur., 2012; Whooley i sur., 2008; Ye i sur., 2013). Janszky i suradnici (2010) su također dobili povezanost depresivnosti s konzumiranjem alkohola, dok je anksioznost bila povezana s višim krvnim tlakom te slabijim socioekonomskim statusom u djetinjstvu. No, osim ponašajnih faktora, bitni su i oni psihološki. Tako su Kovacs i suradnici (2009) dobili povezanost osjećaja usamljenosti i straha od negativne evaluacije s povišenom anksioznošću u kardioloških bolesnika.

Bose (2015) je dobila suprotan rezultat, odnosno, značajno veće razine zloupotrebe opojnih sredstava u muškaraca nego u žena. U svom je istraživanju dalje dobila da ventiliranje emocija (engl. *venting*), ponašajni dezangažman (engl. *behavioural disengagement*), okrivljavanje sebe i zloupotreba opojnih sredstava povećavaju negativni afekt, depresivnost i anksioznost, te smanjuju zdravstvenu kvalitetu života u kardioloških bolesnika. Smatra se da je takvo nošenje s bolesti zapravo maladaptivno, tako da bi adaptivnije strategije mogle smanjiti doživljaj negativnog afekta u osoba s koronarnim srčanim oboljenjima.

Komasi i Saeidi (2015) su ispitali postoji li poveznica između atribucije uzroka s anksioznošću i depresivnošću te su dobili da oni koji smatraju da im je bolest uzrokovana fizičkim ili psihološkim faktorima depresivniji od onih koji atribuiraju uzrok ponašajnim faktorima – što može opet biti povezano s percepcijom kontrole nad bolesti, odnosno oni s internalnim atribucijama (na primjer ponašajni faktori) se mogu lakše nositi s bolešću nego kada se atribuiraju nekim vanjskim rizičnim faktorima.

Vogelzangs i suradnici (2010) nalaze da osobe koje trenutno pate od anksioznog poremećaja (na primjer generalizirani anksiozni poremećaj, socijalna fobija, panični poremećaj ili agorafobija), imaju čak do 80% veće šanse razvoja koronarne srčane bolesti, od osoba koje trenutno pate od depresivnog poremećaja ili su psihički zdrave. Iako trajanje samih poremećaja nije povezano s razvitkom koronarnih srčanih oboljenja, ozbiljnost depresivnih i anksioznih simptoma jest.

1.8. Rehabilitacija kardioloških bolesnika

S obzirom na sve navedeno, možemo vidjeti da brojni faktori utječu na to kako će se pacijent nositi sa svojim stanjem, kako će se oporavak odvijati te hoće li pacijent biti zahvaćen negativnim efektom i osjećajem bespomoćnosti. Jedan od glavnih faktora jest upravo atribucija uzroka jer se pokazalo da je internalno atribuiranje (navođenje faktora kao sjedilački način života, izbjegavanje vježbanja, pušenje, jedenje masne hrane i slično kao uzroka bolesti) povezano s osjećajem kontrole nad bolesti, a samim time i s boljom šansom za oporavak – zbog čega bi se rehabilitacija pacijenata trebala usmjeriti na modifikaciju njihova ponašanja. Tako na primjer oni pacijenti koji su vjerovali u mogućnost kontrole bolesti (bilo osobne, bilo kroz tretman) su i češće sljedili upute doktora, odnosno uzimali lijekove kao dio terapije (Mosleh i Almalik, 2014) te su češće modificirali svoje ponašanje povećanjem fizičke aktivnosti i vježbanjem (Byrne, Walsh i Murphy, 2005).

Drugi glavni faktor jest negativni afekt i stres koji su se pokazali nekad i bitnijim od same objektivne težine bolesti u prognozi i oporavku od srčane bolesti – radi čega je bitno uzeti i psihološke faktore u obzir prilikom rehabilitacije pacijenata. Način na koji kardiološki bolesnici reagiraju na svoje stanje prvih dana hospitalizacije jest ključan faktor u uspješnoj rehabilitaciji. Općenito, najprije se javlja panika, strah od smrti, osjećaj hendikepiranosti i nemoćnosti. Par dana poslije nastupaju anksioznost i depresivnost. Degree-Coustry (1976) smatra da je upravo tada ključno promatranje psihološke reakcije pacijenata jer su one tada najbolji prediktor potencijalne rehabilitacije. Ozbiljniji psihološki poremećaji bi u toj fazi mogli snažno utjecati na oporavak. Stoga je bitna rana dijagnoza kako bi se pacijentu moglo pomoći što prije i što adekvatnije.

Dorossiev i suradnici (1976) i Mulcahy (1976) smatraju da ako medicinska rehabilitacija započinje kada je pacijent u bolnici, ona psihološka bi trebala početi puno ranije, onda kada pacijent saznaje da je kardiološki bolesnik. Time bi se potencijalno mogle spriječiti pretjerane emocionalne reakcije ili ostali psihološki problemi, uključujući i depresivnost koja se često javlja u takvih pacijenata, a predstavlja jednu od glavnih barijera uspješne rehabilitacije pacijenata (Friedman, 1976). To potvrđuju Bogner, Dahlberg, de Vries, Cahill i Barg (2008) koji su ispitivali starije pacijente o njihovim pogledima na povezanost srčanih oboljenja s depresivnošću. Ti su ispitanici smatrali da bi liječnici koji tretiraju kardiovaskularne bolesti trebali pomoći pacijentu u razumijevanju i anticipaciji depresivnih simptoma u njihovom stanju. Neki su smatrali da je bitno da se te emocije reguliraju kako bi se smanjila napetost i osjećaj stalnog pritiska koji može dovesti do srčanih oboljenja. Iako je puno pacijenata pričalo o tome kako sami moraju regulirati svoj negativan afekt, ukazala se potreba veće komunikacije samog doktora i pacijenata o depresivnosti. Smatrali su da se depresivnost u kontekstu srčanih oboljenja mora tretirati odmah s obzirom na brojne posljedice iste. Za bolju komunikaciju između doktora i pacijenata se zalažu i Bos-Towen i suradnici (2015) koji su identificirali faktore koji bi mogli potencijalno smanjiti samoregulaciju pacijenata u svrhu rehabilitacije. Ti faktori jesu viši indeks tjelesne mase, stres zbog financijskih poteškoća, komorbiditet s ostalim bolestima, kraće trajanje bolesti, negativna percepcija bolesti, samački život te depresivnost. Upravo je zbog toga bitna procjena sposobnost pacijenata da prihvati vlastito stanje, mijenja vlastite navike i ponašanja (ako se takve promjene moraju napraviti – na primjer prestanak pušenja, prejedanja, sjedilačkog života i slično), procjena njegovog znanja o bolesti i mogućnosti rehabilitacije, njegove želje za sudjelovanjem i slično. Bitno je ponavljanje takvih procjena, stavova i ponašanja pacijenata kako bi se lakše mogao pratiti napredak pacijenata, ali i usmjeravati rehabilitaciju na adekvatan način u svrhu ostvarenja njenih ciljeva (Dorossiev i sur., 1976). Za opetovane procjene se zalažu i Lichtman i suradnici (2016), te također zagovaraju bolju komunikaciju doktora i pacijenata, i smatraju da je testiranje na depresivnost i anksioznost u kardioloških bolesnika obaveza koju se ne smije propustiti.

Iz svega navedenog vidimo kako, osim objektivne težine bolesti, subjektivna percepcija bolesti može uvelike utjecati na to kako će pacijent reagirati na bolest, s njom se nositi, a ponekad i na sam ishod bolesti. U skladu s tim, cilj je ovog istraživanja bio ispitati odnos subjektivne percepcije bolesti (percepcija simptoma i uzroka bolesti) na anksioznost i depresivnost u kardioloških pacijenata.

S obzirom na literaturu (Aalto i sur., 2006; Yaragachi i sur., 2012), očekuje se povezanost simptoma kardiološke bolesti s anksioznosti i depresivnosti pacijenata. Odnosno, veći će broj simptoma imati negativan utjecaj na anksioznost i depresivnost kardioloških bolesnika. Pored toga, cilj nam je bio provjeriti na koji način pacijenti atribuiraju vlastito oboljenje te kako ono posljedično utječe na njihovu anksioznost i depresivnost. Osnovna je pretpostavka da će internalne atribucije bolesti dijelovati kao zaštitni faktor psihološkog blagostanja pacijenata (Aalto i sur., 2006; Berglund i sur., 2014), dok će atribucije faktorima koji nisu pod kontrolom pacijenata biti povezane s povećanom anksioznosti i depresivnosti kardioloških bolesnika (Berglund i sur., 2014). Također, u literaturi se problem percepcije kardiološke bolesti često ispituje posebno za muškarce i žene, a nalazi sugeriraju na razlike percepcije bolesti po spolu (Aalto i sur. 2006; Chen i sur. 2014; Grace i sur., 2005; Lin i sur. 2009; Potpara i sur. 2012), radi čega se i ovo istraživanje bavi pitanjem spolnih razlika. Očekuje se da će žene više nego muškarci vršiti psihološke atribucije, dok će muškarci svoju bolest češće atribuirati ponašajnim faktorima (Aalto i sur. 2006; Saeidi i sur., 2014., 2015). Nadalje, prijevod Uпитnika percepcije bolesti (IPQ-R) do sada nije ni postojao na hrvatskom jeziku, što ukazuje na to kako je područje subjektivne percepcije bolesti nedovoljno istraženo u Hrvatskoj. Upravo je zbog toga problem percepcije kardiološke bolesti i njenog utjecaja na anksioznost i depresivnost pacijenata zanimljivo istraživačko pitanje koje nam može dati novi uvid u percepciju bolesti te kako ona utječe na emocionalni status kardioloških bolesnika na našem području.

2 PROBLEMI I HIPOTEZE RADA

2.1 Problemi rada

1. Ispitati faktorsku strukturu Skale atribucije uzroka bolesti koja je jedna od subskala Upitnika percepcije bolesti.
2. Ispitati povezanost broja simptoma (identitet bolesti) i vjerovanja u uzroke nastanka kardiološke bolesti (atribuciju uzroka) s anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika.
3. Ispitati spolne razlike u broju simptoma (identitet bolesti), vjerovanju u uzroke nastanka kardiološke bolesti (atribuciju uzroka) te anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika.
4. Ispitati broj simptoma i vjerovanje u uzroke kao prediktore anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika.

2.2 Hipoteze rada

H1: Očekujemo da ćemo potvrditi faktorsku strukturu Skale atribucije uzroka bolesti koju autori upitnika predlažu.

H2: Percepcija manje kontrolabilnosti bolesti, odnosno atribucija bolesti faktorima koji nisu pod kontrolom pacijenata, zajedno s većim brojem percipiranih simptoma kardiološke bolesti jest povezana s povećanom anksioznosti i depresivnosti.

H3: Žene percipiraju veći broj simptoma bolesti, češće navode psihološke atribucije (osobne probleme) uzroka bolesti te su sklonije negativnom afektu (anksioznosti i depresivnosti).

H4: Percepcija manje kontrolabilnosti bolesti, odnosno atribucija bolesti faktorima koji nisu pod kontrolom pacijenata, zajedno s većim brojem percipiranih simptoma kardiološke bolesti su prediktori anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika.

3 METODA

3.1. Ispitanici

Ispitivanje je provedeno na 165 osoba s dijagnosticiranim srčanim oboljenjem, a koje su hospitalizirane u ustanovama KBC Rijeka te Thalassoterapija Opatija, u dobi od 32 do 89 godina.

Od 165 ispitanika, njih 113 su muškarci (68%), a 52 žene (32%). Većina je ispitanika umirovljena (62%), sa završenom srednjom školom (54%). Prosječna je dob ispitanika 64 godine ($M = 63.62$, $SD = 11.88$), prosječna visina 172cm ($M = 172.17$, $SD = 9.84$), a težina 83kg ($M = 83.42$, $SD = 16.53$), dok je indeks tjelesne mase u prosjeku 28 ($M = 28.01$, $SD = 4.32$) što označava prekomjernu tjelesnu težinu. Demografski su podaci prikazani u Tablici 1.

Tablica 1. Demografske karakteristike kardioloških bolesnika u našem uzorku

Varijabla		Broj ispitanika (N)	Postotak ispitanika (%)
Spol	Žensko	52	32%
	Muško	113	68%
Profesionalni status	Zaposlen/a	50	31%
	Nezaposlen/a	11	7%
	Umirovljen/a	99	62%
Obrazovanje	Osnovna škola	20	13%
	Zanatska škola	16	11%
	Srednja škola	82	54%
	Viša škola	19	12%
	Fakultet	15	10%

3.2. Mjerni instrumenti

3.1.1 Upitnik percepcije bolesti (*Illness Perception Questionnaire – IPQ-R, Weinman i sur., 1996*)

Upitnik percepcije bolesti, koji se temelji na Leventhal-ovom modelu samoregulacije, razvijen je u svrhu boljeg razumijevanja formiranja reprezentacija vlastite srčane bolesti i stanja pacijenata, a sastoji se od tri dijela. Prvi se dio odnosi na pacijentovo viđenje bolesti, a sastoji se od 14 najčešćih simptoma koje pacijent doživljava od početka bolesti (kao na primjer bol, gubitak daha, težine, snage, glavobolja, umor i slično). Listu simptoma su autori složili kombinacijom postojećih check lista, simptoma koje su pacijenti predlagali tokom preliminarnih intervjua i simptoma koje su oni predložili u skladu s Leventhalovim opisom komponenti reprezentacije bolesti. Pacijent najprije zaokružuje „Da“ ili „Ne“, ovisno o tome doživljava li ili ne određeni simptom, a onda odgovara s „Da“ ili „Ne“ je li taj simptom povezan s bolesti (Prilog 1), čime se zapravo dobivaju dva rezultata. Prvi nam daje informacije o ukupnom broju trenutno doživljenih simptoma, a drugi o tome koliko tih simptoma pripisuju vlastitom kardiološkom oboljenju – zbroj „Da“ odgovora na ovo pitanje odražava identitet bolesti (engl. *illness identity*). Drugim riječima, identitet bolesti je prilično subjektivan, jer se radi o percepciji pacijenata. Pacijenti procjenjuju koliko je simptoma koje sada doživljavaju (na primjer, glavobolja ili bolne oči) nastalo kao direktna posljedica vlastitog kardiološkog oboljenja. S obzirom na nepouzdanost samoprocjene sličnih zdravstvenih pitanja (prethodno navedeni primjeri o procjeni vlastitog krvnog tlaka i slično), identitet bolesti nije objektivna mjera, već nam daje dodatne informacije o pacijentovoj procjeni vlastitoga stanja. Originalna je pouzdanost subskale identiteta bolesti visoka (Cronbach Alpha = 0.82). Za potrebe istraživanja napravljen je dvosmjerni (engl. *backtranslation*) prijevod upitnika¹.

¹ Kako se rad provodio u sklopu projekta kojega podupire Sveučilište u Rijeci, voditeljica projekta i suradnici preveli su originalni upitnik s engleskog na hrvatski jezik, nakon čega je prevoditelj napravio prijevod s hrvatskog na engleski jezik te je konačna hrvatska verzija lektorirana uz dozvolu The Illness Perception Questionnaire (www.uib.no/IPQ). Broj projekta: 13.04.1.3.07 – Biopsihosocijalni aspekti pretilosti (Pokrajac-Bulian i Ambrosi-Randić, 2016).

Deskriptivni podaci o broju simptoma i identitetu bolesti se nalaze u Tablicama 2. i 3.

Tablica 2. Prikaz broja simptoma koje doživljavaju od početka bolesti, s obzirom na spol

	M	SD	Raspon
Žene	6.27	2.81	0-14
Muškarci	5.09	2.81	0-12

Tablica 3. Prikaz broja simptoma koje povezuju s vlastitim stanjem (identitet bolesti), s obzirom na spol

	M	SD	Raspon
Žene	5.12	2.80	0-13
Muškarci	4.34	2.60	0-11

Zanimljivo je kako su i žene i muškarci skoro sve simptome koje su trenutno doživljavali smatrali direktno povezanim s kardiološkim oboljenjem.

U drugom se dijelu upitnika ispituju posljedice, kroničnost, cikličnost, razumijevanje, emocionalni aspekti bolesti te osobna i tretmanska kontrola. Ovaj se dio nije koristio u istraživanju.

U trećem se dijelu upitnika nalazi Skala atribucije uzroka bolesti, odnosno pacijentu se prezentira lista od 18 potencijalnih uzroka bolesti, te pacijenti zaokružuju brojeve na skali procjene u skladu sa stupnjem slaganja. Brojevi idu od 1 (u potpunosti se ne slažem) do 5 (u potpunosti se slažem). Pri tome je bitno da pacijenti odgovaraju oslanjajući se na vlastito mišljenje o tome koji su mogući uzroci njihovog kardiološkog oboljenja, a ne na temelju onog što su im rekli liječnici, obitelj ili prijatelji (Prilog 2). Autori su grupirali uzroke bolesti na četiri faktora (detaljniji opis je kasnije u poglavlju 4.1 Faktorska analiza Skale atribucije uzroka bolesti), a originalne

pouzdanosti iznose: za psihološke atribucije $\alpha = 0.86$, za rizične faktore 0.77, za imunitet 0.67 te za slučaj ili lošu sreću 0.23.

Za potrebe ovog istraživanja korišteni su prvi i treći dio upitnika (identitet bolesti i atribucija uzroka bolesti).

3.1.2 Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti (*Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS, Zigmond & Snaith, 1983*)

Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti jest razvijen u svrhu ispitivanja prisutnosti i stupnja izraženosti anksioznosti i depresivnosti pacijenata. Sastoji se od 14 čestica koje ispituju anksioznost (HADS-A) i depresivnost (HADS-D), na skali procjene od četiri stupnja. Svaka subskala (anksioznost i depresivnost) sadrži po 7 tvrdnji, a pacijent odgovara tako da zaokružuje odgovor koji ga najbolje opisuje.

Primjer tvrdnje za anksioznost: „Osjećam se napeto ili uzrujano“ na što pacijent može odgovoriti: gotovo uvijek, veći dio vremena, s vremena na vrijeme (povremeno) ili uopće ne; u skladu sa svojim trenutnim stanjem. Primjer tvrdnje za depresivnost: „Na stvari unaprijed gledam s entuzijazmom (užitkom)“ na što pacijent može odgovoriti: jednako kao što sam uvijek radila/radio, manje nego što sam obično radila/radio, puno manje nego sam to obično radila/radio, ili to radim vrlo rijetko; u skladu sa svojim trenutnim stanjem.

Rezultat od 0 do 7 za pojedinu subskalu ukazuje na normalan rezultat, dok sve iznad ukazuje na potencijalnu prisutnost poremećaja, odnosno rezultat od 8 do 10 ukazuje na blagu anksioznost / depresivnost, rezultat od 11 do 14 na umjerenu te od 15 do 21 na tešku anksioznost, odnosno depresivnost (Burns i sur., 2014).

Za potrebe istraživanja napravljen je dvosmjerni (engl. *backtranslation*) prijevod upitnika².

² Broj projekta: 13.04.1.3.07 – Biopsihosocijalni aspekti pretilosti (Pokrajac-Bulian, Kukić i Bašić-Marković, 2015).

Na našem uzorku, Cronbach's alpha za obje subskale iznosi $\alpha = 0.80$, odnosno $\alpha = 0.81$ za anksioznost, te $\alpha = 0.75$ za depresivnost, ukazujući na zadovoljavajuću internalnu konzistentost.

Deskriptivni podaci o stupnju anksioznosti i depresivnosti su prikazani u Tablici 4.

Tablica 4. Prikaz stupnja anksioznosti i depresivnosti s obzirom na spol

	\bar{x}		SD		Raspon		α
	Ž	M	Ž	M	Ž	M	
Anksioznost	5.88	4.95	4.08	3.80	0-16	0-16	0.81
Depresivnost	5.37	4.78	3.77	3.80	1-16	0-17	0.75

Tablica 5. Sadržaj subskale anksioznosti i korelacija tvrdnji s ukupnim rezultatom na toj subskali

Tvrdnja	Korelacija (r)
1. Osjećam se napeto ili uzrujano.	0.69
3. Osjećam neku zabrinutost kao da će se nešto strašno dogoditi.	0.54
5. Zabrinjavajuće misli prolaze mi kroz glavu.	0.60
R7. Mogu udobno sjediti i osjećati se opušteno.	0.46
R9. Osjećam neku vrstu uplašenosti kao da imam «leptire» u želucu.	0.63
11. Osjećam se uznemireno i moram biti u pokretu.	0.36
13. Iznenada me obuzme panika.	0.61

Legenda: R = tvrdnje koje se obrnuto boduju

Tablica 6. Sadržaj subskale depresivnosti i korelacija tvrdnji s ukupnim rezultatom na toj subskali

Tvrdnja	Korelacija (r)
2. Još uvijek uživam u stvarima u kojima sam obično uživala/uživao.	0.37
4. Mogu se nasmijati i vidjeti pozitivnu stranu različitih situacija (dogadaja).	0.56
R6. Dobro sam raspoložena/raspoložen.	0.57
R8. Osjećam se kao da sam usporena/usporen.	0.39
R10. Ne marim za svoj izgled.	0.34
12. Na stvari unaprijed gledam s entuzijazmom (užitkom).	0.66
14. Mogu uživati u dobroj knjizi, radijskoj ili TV emisiji.	0.42

Legenda: R = tvrdnje koje se obrnuto boduju

3.3. Postupak istraživanja

Ispitivanje je provedeno u Kliničkom bolničkom centru Rijeka na Odjelu za internu medicinu te u Thalassoterapiji Opatija, s pacijentima koji su hospitalizirani zbog srčanih oboljenja. Primjena upitnika je individualna, uz prethodno uzimanje suglasnosti te usmeno objašnjavanje svrhe istraživanja. Prije svakog upitnika nalazi se uputa, a samo ispunjavanje je trajalo u prosjeku pola sata do sat vremena. Za statističku obradu podataka korišten je računalni program SPSS 23.0.

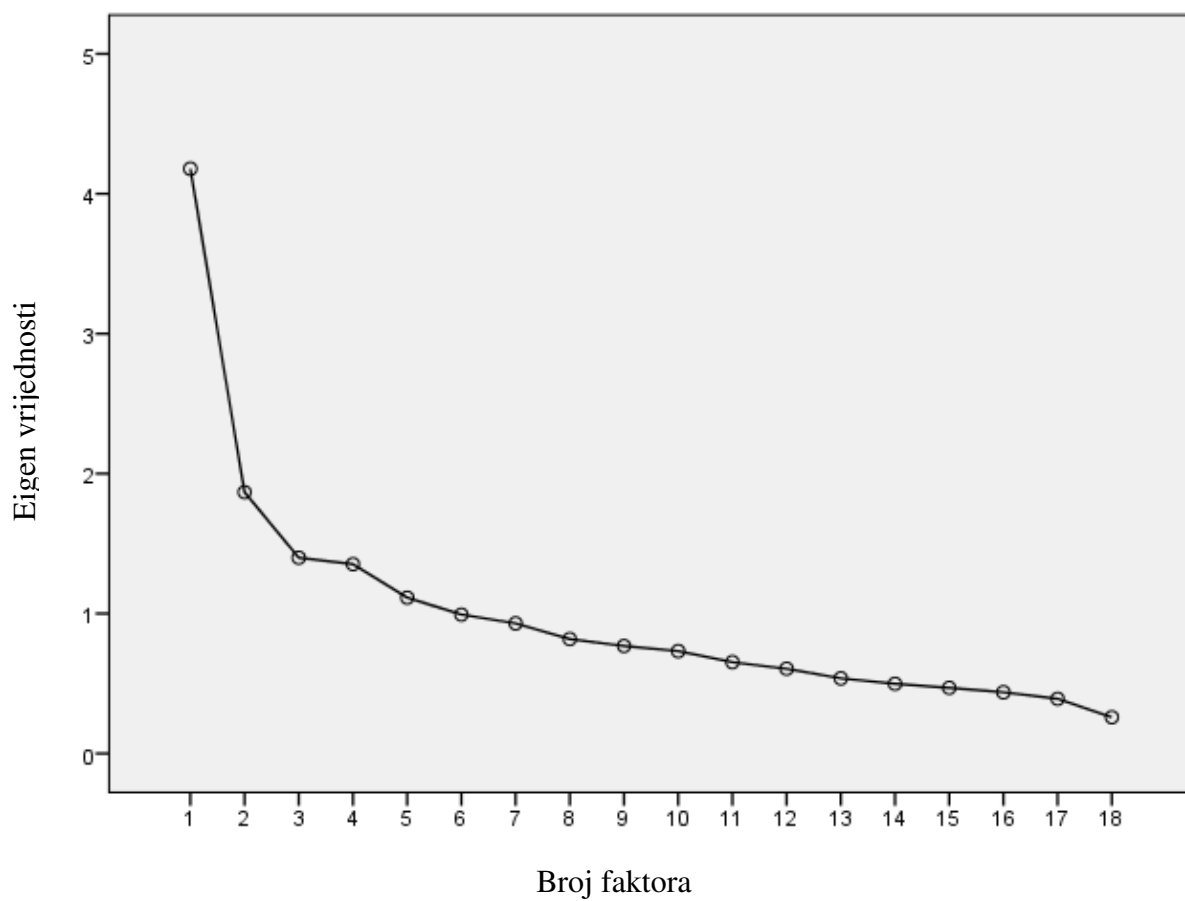
4 REZULTATI

4.1 Faktorska analiza Skale atribucije uzroka kardioloških bolesti

Analizom glavnih komponenti (engl. *PCA – Principal Component Analysis*) uz ortogonalnu (engl. *varimax*) rotaciju, autori upitnika predlažu podijelu Skale atribucije uzroka kardiološke bolesti na četiri faktora: psihološke atribucije, rizične faktore, imunološke atribucije i atribucije slučaju ili ozljedi (Bekke-Hansen i sur., 2014; Moss-Morris i sur., 2002). Četvrti faktor, odnosno atribucija uzroka na slučaj ili ozljedu se sastoji od samo dvije čestice („slučaj ili loša sreća“ te „nesreća ili ozljeda“), a analizom rezultata na našem uzorku vidjeli smo da se korelacija između čestica pokazala vrlo niskom ($r = 0.06$).

Iz tog smo razloga proveli novu faktorsku analizu na našem uzorku. Bartlett-ov test sfericiteta iznosi $h^2 = 636.07$, $df = 153$, $p < 0.01$, a KMO (Kaiser-Meyer-Olkin test) iznosi 0.74 (prihvatljiv je rezultat iznad 0.60) čime su zadovoljeni uvjeti za provođenje faktorske analize. S obzirom da su komunaliteti čestica bili niži od 0.60 (Tablica 7.), a broj čestica manji od 20, radili smo analizu glavnih osi (engl. *PAF – Principal Axis Factoring*) uz kosokutnu (engl. *oblimin*) rotaciju faktora jer su u međusobnoj niskoj do umjerenoj korelaciji ($r_{12} = 0.42$, $r_{23} = 0.29$ i $r_{13} = 0.46$, $p < 0.01$) (Pett, Lackey i Sullivan, 2003). Zbog niske korelacije čestica u originalnom četvrtom faktoru koji je sadržao samo dvije tvrdnje, te prema Cattelovom Scree plot kriteriju (Slika 1), odlučili smo se za tri faktora: (1) osobni problemi, (2) faktori koji nisu pod mojom kontrolom (nekontrolabilni faktori) te (3) opći rizični faktori. U tekstu koji slijedi objasniti ćemo što je doprinjelo formiranju i održavanju takve faktorske strukture i sadržaja pojedinih subskala kao mjera atribucija uzroka kardiološke bolesti.

Slika 1. Scree prikaz faktorske analize glavnih osi uz kosokutnu rotaciju za subskalu vjerovanja u uzroke kardiološke bolesti



Tablica 7. Rotirana faktorska struktura subskale vjerovanja u uzroke kardiološke bolesti korištenjem metode glavnih osi uz kosokutnu rotaciju

	Faktori			Komunaliteti
	1	2	3	
C12 (emocionalno stanje)	0.79	0.23	-0.23	0.63
C10 (brige/obiteljski problemi)	0.65			0.45
C1 (stres i brige)	0.59			0.38
C9 (mentalni stav)	0.49	0.27		0.33
C11 (previše posla)	0.43			0.29
C17 (osobnost)	0.38	0.22	0.26	0.38
C2 (nasljeđe)	0.23			0.06
C3 (bakterija/virus)		0.56		0.32
C6 (neprimjerena med. skrb)		0.48	0.26	0.32
C18 (smetnje imun. sustava)		0.42		0.32
C7 (zagađenje okoliša)		0.41	0.25	0.30
C16 (nesreće/ozljede)		0.38	0.31	0.32
C5 (slučaj/loša sreća)		0.29		0.09
C15 (pušenje cigareta)		-0.38	0.29	0.36
C14 (alkohol)			0.63	0.28
C4 (navike hranjenja)			0.39	0.24
C8 (ponašanje)			0.38	0.24
C13 (starenje)			0.25	0.16
Eigen vrijednosti faktora	4.18	1.87	1.40	
Postotak (%) objašnjene varijance	23.21	10.37	7.77	

Iz navedene tablice možemo vidjeti kako određene čestice imaju više faktorskih opterećenja. Ovo je primjer kod čestice C12 (emocionalno stanje) koja ima opterećenje na sva tri faktora. No, njeno opterećenje na prvom faktoru po visini odudara od ostalih, a u trećem je negativna. Zbog toga smo je ipak odlučili zadržati u prvom faktoru. Čestica C17 (osobnost) također pokazuje

opterećenje na sva tri faktora. No, obzirom na sadržaj čestice i ipak nešto veće opterećenje na prvom faktoru, ostaje vezana uz prvi faktor. Čestica C16 (nesreća ili ozljeda) značajno je opterećena na dva faktora, iako je faktorsko opterećenje značajnije na drugom faktoru. Prema njenom sadržaju i obzirom na ostale čestice opterećene na tom faktoru, možemo vidjeti da ipak ta čestica više pripada drugom, nego li trećem faktoru jer se odnosi na uzroke bolesti koji nisu pod direktnom kontrolom čovjeka (smetnje imunološkog sustava, bakteriju ili virus, zagađenje okoliša...), te kao takva sadržajno ne spada pod čestice koje se nalaze u trećem faktoru, odnosno rizični faktori kao što je pijenje alkohola, pušenje cigareta, loše navike hranjenja i slično, na koje čovjek sam može utjecati.

Tablica 8. Sadržaj subskale osobni problemi i korelacija tvrdnji s ukupnim rezultatom na toj subskali

Uzrok	Korelacija (r)
C1. Stres ili brige	0.49
C2. Nasljeđe	0.18
C9. Moj mentalni stav	0.41
C10. Brige ili obiteljski problemi	0.58
C11. Previše posla	0.38
C12. Moje emocionalno stanje	0.58
C17. Osobnost	0.43

Tablica 9. Sadržaj subskale nekontrolabilnih faktora i korelacija tvrdnji s ukupnim rezultatom na toj subskali

Uzrok	Korelacija (r)
C3. Bakterija ili virus	0.44
C5. Slučaj ili loša sreća	0.15
C6. Neprimjerena medicinska skrb u prošlosti	0.46
C7. Zagađenje okoliša	0.38
C16. Nesreće ili ozljede	0.37
C18. Smetnje imunološkog sustava	0.42

Tablica 10. Sadržaj subskale općih rizičnih faktora i korelacija tvrdnji s ukupnim rezultatom na toj subskali

Uzrok	Korelacija (r)
C4. Navike hranjenja	0.36
C8. Moje ponašanje	0.33
C13. Starenje	0.20
C14. Alkohol	0.37
C15. Pušenje cigareta	0.24

Iz Tablice 7. možemo vidjeti vrlo niske saturacije čestica (C2) nasljeđe (0.23), (C5) slučaj ili loša sreća (0.29) te (C13) starenje (0.25). Isto tako, te čestice niže koreliraju s ukupnim rezultatom na subskali ($r = 0.18, 0.15$ te 0.20 redom) radi čega smo ih isključili iz analize (Tablice 8. 9. i 10.). Isključivanje čestica (C2) nasljeđa i (C5) slučaja ili loše sreće također povećava pouzdanost faktora (u slučaju prvog faktora kojem čestica nasljeđa pripada, pouzdanost se njenim isključivanjem povećala s 0.71 na 0.75 , a u slučaju drugog faktora kojem pripada čestica slučaja ili loše sreće, pouzdanost se njenim isključivanjem povećala s 0.63 na 0.77). Radi se o česticama

koje stvaraju nečistu situaciju, odnosno ometaju pouzdanost faktora. To nije slučaj i kod čestice (C13) starenje čije isključivanje ne utječe značajno na pouzdanost (smanjilo bi ju za 0.01, s 0.526 na 0.525), radi čega smo ju zadržati u daljnjoj analizi.

S obzirom na čestice koje su saturirane na njima (Tablica 7.), dobivena tri faktora imenovali smo redom:

1) Osobni problemi (stres ili brige, mentalni stav (negativno razmišljanje o životu); brige ili obiteljski problemi; previše posla; emocionalno stanje (osjećaj potištenosti, usamljenosti, tjeskobe, praznine); osobnost) – čestice sadržane u ovom faktoru su autori upitnika grupirali u psihološke atribucije, izuzev nasljeđa (koji je spadao u rizične faktore). Faktor smo nazvali prema česticama od kojih je sadržan: naziv osobni problemi na adekvatan način pokriva navedene uzroke, čineći nadređeni pojam ostalima.

2) Faktori koji nisu pod mojom kontrolom – nekontrolabilni (bakterija ili virus; neprimjerena medicinska skrb u prošlosti; zagađenje okoliša; nesreća ili ozljeda; smetnje imunološkog sustava) – čestice sadržane u ovom faktoru su autori upitnika grupirali u dvije subskele – odnosno, imunološka atribucija (bakterija ili virus, zagađenje okoliša te smetnje imunološkog sustava) i atribucija nesreći ili ozlijedi – koja je imala vrlo nisku pouzdanost na našem uzorku. Ovaj novi faktor spaja obje podkategorije, te mu je pridodan naziv „nekontrolabilni faktori“, jer oni uistinu nisu nešto što sama osoba može kontrolirati ili mijenjati.

3) Opći rizični faktori (navike hranjenja, ponašanje, starenje, alkohol, pušenje cigareta) – čestice sadržane u ovom faktoru su autori upitnika također na sličan način grupirali i imenovali, a razlika je u tome što su oni pod taj faktor uvrstili i nasljeđe (koje smo mi isključili iz analize zbog niske saturacije, niske korelacije i remećenja pouzdanosti faktora) i neprimjerenu medicinsku skrb u prošlosti (koju je naša faktorska analiza uvrstila u drugi faktor).

Tablica 11. Interkorelacije i pouzdanosti ekstrahiranih faktora Skale atribucije uzroka bolesti

Faktori	1.	2.	3.
1. Osobni problemi	-	-	-
2. Nekonrolabilni faktori	0.42**	-	-
3. Opći rizični faktori	0.46**	0.29**	-
Pouzdanosti faktora	0.75	0.77	0.53

** p < 0.01

4.2 Povezanost identiteta bolesti i atribucije uzroka bolesti s anksioznosti i depresivnosti kod kardioloških bolesnika

S obzirom na potencijalni efekt dobi, a koji se u ovom istraživanju ne ispituje zasebno, koristili smo parcijalne korelacije prediktora (identiteta (broj simptoma bolesti koje ispitanici pripisuju vlastitom kardiološkom oboljenju) i atribucija bolesti) i kriterija (anksioznosti i depresivnosti) kako bi kontrolirali njen efekt na rezultate. U literaturi se problem percepcije bolesti često ispituje posebno po spolu (Aalto i sur. 2006; Chen i sur. 2014; Grace i sur., 2005; Lin i sur. 2009; Potpara i sur. 2012; Saeidi i sur., 2014., 2015) te se nalaze spolne razlike. Iz tog smo razloga analizu korelacija prikazali u dvije tablice, posebno za žene i za muškarce, kako bi već po korelacijama mogli ustanoviti postoje li naznake spolnih razlika i na našem uzorku. Prikaz interkorelacija prediktora i kriterija po spolu se nalazi u Tablicama 12. i 13.

Tablica 12. Interkorelacije svih varijabli korištenih u analizi kod ženskih ispitanica (uz kontrolu efekta dobi)

Varijable	1.	2.	3.	4.	5.
1. Identitet bolesti	-				
(kontrola dobi)	-				
2. Osobni problemi	0.35*	-			
(kontrola dobi)	0.36*	-			
3. Nekonrolabilni faktori	0.13	0.23	-		
(kontrola dobi)	0.13	0.21	-		
4. Rizični faktori	0.0	0.45**	0.22	-	
(kontrola dobi)	0.0	0.42**	0.21	-	
5. Anksioznost	0.28*	0.60**	0.22	0.19	-
(kontrola dobi)	0.28*	0.60**	0.21	0.17	-
6. Depresivnost	0.0	0.24	0.0	0.0	0.52**
(kontrola dobi)	0.0	0.27	0.0	0.0	0.53**

* p < 0.05

** p < 0.01

Iz priložene tablice možemo vidjeti da je efekti dobi vrlo mali ili neznačajan, odnosno statistički zanemariv (većina korelacija ostaje ista, ili se mijenja za 0.01 do 0.02).

Kod ženskih pacijentica postoji statistički značajna umjerena korelacija anksioznosti s osobnim problemima kao percipiranim uzrokom nastanka bolesti. Odnosno, ispitanice koje navode osobne probleme kao potencijalne uzroke kardiološke bolesti imaju povećanu anksioznost. Niti jedna atribucija bolesti, kao ni identitet bolesti, nisu povezani s depresivnošću u kardioloških

pacijentica. Nadalje, postoji statistički značajna umjerena korelacija atribucija bolesti osobnim problemima s atribucijom bolesti rizičnim faktorima. Pacijentice koje navode osobne probleme kao percipirani uzrok bolesti, često navode i rizične faktore kao potencijalne uzroke. Osim toga, postoji i statistički značajna niska povezanost identiteta bolesti s osobnim problemima kao percipiranim uzrokom bolesti, dok je povezanost anksioznosi s depresivnošću očekivano umjerena.

Tablica 13. Interkorelacije svih varijabli korištenih u analizi kod muških ispitanika (uz kontrolu efekta dobi)

Varijable	1.	2.	3.	4.	5.
1. Identitet bolesti	-				
(kontrola dobi)	-				
2. Osobni problemi	0.12	-			
(kontrola dobi)	0.12	-			
3. Nekontrolabilni faktori	0.10	0.39**	-		
(kontrola dobi)	0.10	0.39**	-		
4. Rizični faktori	0.0	0.50**	0.29**	-	
(kontrola dobi)	0.0	0.50**	0.29**	-	
5. Anksioznost	0.37**	0.50**	0.24*	0.17	-
(kontrola dobi)	0.35**	0.52**	0.23*	0.18	-
6. Depresivnost	0.40**	0.50**	0.26**	0.32**	0.73**
(kontrola dobi)	0.38**	0.52**	0.26**	0.34**	0.72**

* p < 0.05
 ** p < 0.01

Kod muških pacijenata možemo vidjeti statistički značajnu umjerenu povezanost osobnih problema kao percipiranog uzroka bolesti s depresivnošću. Ispitanici koje navode osobne probleme kao potencijalne uzroke kardiološke bolesti imaju povećanu depresivnost. Osim toga, visoka povezanost s depresivnosti se vidi i s identitetom bolesti, odnosno ispitanici koje navode više simptoma kardiološke bolesti imaju i povišenu depresivnost. Rizični su faktori kao percipirani uzroci bolesti također povezani s depresivnošću, ali nisko. Osobni problemi kao uzrok bolesti jest također statistički značajno umjereno povezn s anksioznosti, odnosno ispitanici koji navode osobne probleme kao jedan od uzroka kardiološke bolesti, imaju i povišenu anksioznost. Identitet bolesti jest također pozitivno povezan s anksioznosti, ali u manjoj mjeri. Slično kao u žena, postoji statistički značajna umjerena korelacija osobnih problema s rizičnim faktorima, ali i s faktorima koji nisu pod kontrolom pacijenta (što kod ženskih pacijentica nije vidljivo). Povezanost anksioznosti i depresivnosti jest vrlo visoka.

S obzirom da se već po korelacijama vidi razlika s obzirom na spol (Tablice 12. i 13.), daljnje su analize rađene posebno za žene i posebno za muškarce.

4.3 Spolne razlike u identitetu bolesti, atribuciji uzroka i anksioznosti i depresivnosti kod kardioloških bolesnika

Ispitali smo spolne razlike u identitetu bolesti, vjerovanju u uzroke bolesti te anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika. Rezultati su prikazani u Tablici 14.

Tablica 14. Aritmetičke sredine, standardne devijacije i razlike u prosječnom broju navedenih simptoma, atribucije uzroka bolesti, te anksioznost i depresivnost kod kardioloških bolesnika s obzirom na spol

		Žene		Muškarci		t-test	Cohen d
		M	SD	M	SD		
Nezavisne varijable	Identitet bolesti	5.12	2.80	4.34	2.59	1.74	0.29
	Osobni problemi	17.56	5.49	15.18	4.95	2.73**	0.43
	Nekontrolabilni faktori	10.04	3.98	9.06	3.40	2.18*	0.35
	Opći rizični faktori	11.32	3.13	12.42	4.02	1.72	0.31
Zavisne varijable	Anksioznost	5.88	4.08	4.94	3.80	1.44	0.24
	Depresivnost	5.36	3.77	4.77	3.80	0.93	0.16

Legenda: Identitet bolesti = broj simptoma koje osoba doživljava i povezuje s kardiološkom bolesti

* p < 0.05

** p < 0.01

T-test jest statistički značajan za atribuciju bolesti osobnim problemima između žena i muškaraca, dok Cohenov d (koji ukazuje na veličinu efekta) ukazuje na postojanje umjerenog efekta kod atribucije bolesti osobnim problemima. Pored toga, t-test jest statistički značajan i za nekontrolabilne faktore, ali je u ovom slučaju Cohenov d malo niži. Drugim riječima, postoji statistički značajna razlika između žena i muškaraca u atribuiranju određenih uzroka bolesti vlastitom kardiološkom oboljenju. Žene su, češće nego muškarci, vlastito oboljenje atribuirali osobnim problemima i faktorima koji nisu pod njihovom kontrolom.

To što nema razlike u ostalim t-testovima ukazuje da se žene i muškarci ne razlikuju u prosječnoj vrijednosti na ispitivanim varijablama. No, to ne znači da odnosi među varijablama neće biti drugačiji za žene i muškarce kod regresijske analize. Osim toga, u literaturi se problem često ispituje posebno po spolu (Aalto i sur., 2005; Azad i sur., 2011; Bekke-Hansen i sur., 2014; Bonnet i sur., 2005; Brandsaeter i sur., 2011; Chen i sur., 2014; Chiha i sur., 2014; Fukuoka i sur., 2004; Grace i sur., 2005; Leening i sur., 2014; Lin i sur., 2013; Maas i Appelman, 2010; Najafi i Sheikvatan, 2013; Potpara i sur., 2012; Saeidi i sur., 2014, 2015) što je dodatan argument za odvojene analize. Na taj ćemo način moći komentirati rezultate u skladu s prijašnjim istraživanjima.

Tablica 15. Prikaz frekvencija navođenja određenog uzroka kardiološke bolesti s obzirom na spol

Uzroci bolesti	Frekvencija (N)	
	Ž (ukupno 52)	M (ukupno 113)
C1. Stres ili brige (OP)	42	77
C2. Nasljeđe (OP)	36	57
C3. Bakterija ili virus (NF)	8	7
C4. Navike hranjenja (RF)	20	45
C5. Slučaj ili loša sreća (NF)	20	41
C6. Neprimjerena medicinska skrb u prošlosti (NF)	8	15
C7. Zagađenje okoliša (NF)	15	22
C8. Moje ponašanje (RF)	16	47
C9. Moj mentalni stav (OP)	11	11
C10. Brige ili obiteljski problemi (OP)	30	37
C11. Previše posla (OP)	21	48
C12. Moje emocionalno stanje (OP)	20	22
C13. Starenje (RF)	17	36
C14. Alkohol (RF)*	2	16
C15. Pušenje cigareta (RF)	13	30
C16. Nesreće ili ozljede (NF)	4	10
C17. Osobni problemi (OP)	14	17
C18. Smetnje imunološkog sustava (NF)	15	12

Navedena se frekvencija dobila zbrajanjem broja ispitanika koji su zaokružili 4 (slažem se) i 5 (u potpunosti se slažem) na trećem dijelu upitnika (Skala atribucije uzroka bolesti)

Legenda: * $p < 0.05$

OP = čimbenici koji spadaju pod faktor „osobni problemi“

NF = čimbenici koji spadaju pod faktor „nekontrolabilni faktori“

RF = čimbenici koji spadaju pod faktor „opći rizični faktori“

Iz priložene tablice možemo vidjeti da su žene najčešće navodile stres ili brige, nasljeđe, brige ili obiteljske probleme te previše posla kao potencijalne razloge pojave kardiološke bolesti. U slučaju muških ispitanika, iako redosljedom potencijalnih uzroka vlastite bolesti prate žene, postotak navođenja pojedinih čimbenika je ipak niži, što je posebno uočljivo kod briga ili obiteljskih problema (čak za 26% rjeđe navode taj uzrok kardiološke bolesti nego žene), nasljeđa

(za 20% rjeđe), emocionalnog stanja i smetnja imunološkog sustava (za 18% rjeđe). Hi kvadrat testom jedino se razlika u frekvenciji navođenja alkohola kao uzroka kardiološke bolesti pokazala značajnom. Odnosno, muškarci u statistički značajno većem broju navode alkohol kao potencijalni uzrok vlastitog oboljenja.

4.4 Odnos identiteta bolesti i atribucije uzroka s anksioznosti i depresivnosti kardioloških bolesnika

Kako što je već spomenuto, postoje razlike u odnosu varijabli s obzirom na spol (pa tako na primjer depresivnost nije značajno povezana s niti jednim prediktorom kod žena), radi čega smatramo opravdanim raditi posebne analize s obzirom na spol kardioloških bolesnika.

Kako bi se ispitala povezanost identiteta bolesti (broja simptoma koje ispitanici direktno pripisuju vlastitom kardiološkom oboljenju) i vjerovanja u uzroke (atribucija uzroka) bolesti s depresivnosti i anksioznosti, koristili smo regresijsku analizu. Rezultati regresijske analize prikazani su u Tablici 16. i 17.

Tablica 16. – Prikaz rezultata regresijske analize za kriterij anksioznost (s obzirom na spol)

	Prediktori	Beta (β)	F	R	R ²
			7.39**	0.63	0.40
Žene	Identitet bolesti	0.05			
	Osobni problemi	0.66**			
	Nekontroklabilni faktori	-0.03			
	Rizični faktori	-0.11			
			14.44**	0.60	0.36
Muškarci	Identitet bolesti	0.30**			
	Osobni problemi	0.52**			
	Nekontroklabilni faktori	0.00			
	Rizični faktori	0.10			

** p < 0.01

Ispitivanjem spolnih razlika u povezanosti identiteta bolesti i vjerovanja u uzroke (atribucija uzroka) bolesti s anksioznosti, dobili smo da u žena, identitet bolesti i atribucije uzroka objašnjavaju 40% varijance kriterija ($F_{5,40} = 7.39$, $p < 0.01$), dok je taj postotak kod muškaraca nešto niži (36%; $F_{5,81} = 14.44$, $p < 0.01$). Identitet bolesti jest značajan prediktor samo kod muškaraca, dok je atribucija bolesti osobnim problemima značajan prediktor za oba spola. Drugim riječima, kod muškaraca, veći broj simptoma koje pripisuju kardiološkom oboljenju vodi ka višem stupnju anksioznosti. Nadalje, oni ispitanici koji uzrok vlastitog oboljenja vide u osobnim problemima imaju također povišen stupanj anksioznosti.

Tablica 17. Prikaz rezultata regresijske analize za kriterij depresivnost (s obzirom na spol ispitanika)

	Prediktori	Beta (β)	F	R	R ²
			0.91	0.27	0.08
Žene	Identitet bolesti	-0.10			
	Osobni problemi	0.33			
	Nekontroklabilni faktori	-0.10			
	Rizični faktori	-0.11			
			15.52**	0.61	0.37
Muškarci	Identitet bolesti	0.34**			
	Osobni problemi	0.39**			
	Nekontroklabilni faktori	0.01			
	Rizični faktori	0.12			

** $p < 0.01$

Što se tiče depresivnosti, identitet bolesti i atribucije uzroka bolesti osobnim problemima su statistički značajno povezani s depresivnosti samo u muškaraca, te objašnjavaju 37% varijance kriterija ($F_{5,81} = 15.52$, $p < 0.01$), dok je kod žena ta povezanost neznačajna. Slično kao i kod anksioznosti, kod muškaraca, veći broj simptoma i atribucija bolesti osobnim problemima vodi ka većoj depresivnosti.

Analizom rezultata koji ukazuju na potencijalnu prisutnost poremećaja raspoloženja (rezultati na subskali anksioznosti, odnosno depresivnosti iznad 7) pronađena je veća prevalencija anksioznosti od depresivnosti (24% naspram 22%), a što se tiče spolnih razlika, žene su općenito anksioznije (27% žena, naspram 23% muškaraca je imalo HADS-A rezultat viši od 7) i depresivnije od muškaraca (29% žena, naspram 19% muškaraca je imalo povišen HADS-D rezultat).

5 RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između identiteta bolesti i atribucije uzroka bolesti s anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika. Samim time ćemo dobiti dodatan uvid u percepciju kardioloških bolesnika o vlastitom stanju, kao i o povezanosti percepcije bolesti s njihovim emocionalnim stanjem i općenito psihološkom i fiziološkom dobrobiti. Nakon ispitivanja faktorske strukture subskale atribucija uzroka kardiološke bolesti, ispitali smo povezanost identiteta bolesti i atribucije uzroka s anksioznosti i depresivnosti u kardioloških pacijenata, s naglaskom na spolne razlike.

5.1 Faktorska struktura Skale atribucije uzroka kardiološke bolesti

Prvi je problem bio ispitati faktorsku strukturu Skale atribucije uzroka bolesti, koja je jedna od subskala Upitnika percepcije bolesti, a sastoji se od 18 čimbenika koje ispitanici mogu smatrati uzrocima njihove kardiološke bolesti. Kako je naš uzorak bio veći od $N > 85$ („The Illness Perception Questionnaire Website“, 2017), zadovoljili smo uvjete za faktorsku analizu.

Analizom glavnih komponenti uz ortogonalnu (engl. *varimax*) rotaciju, autori upitnika dobivaju četiri faktora, obuhvaćajući 57% ukupne varijance. Prvi su faktor nazvali psihološke atribucije, a uključivao je šest od sedam psiholoških čimbenika (stres ili brige, mentalni stav, obiteljski problemi ili brige, previše posla, emocionalno stanje, osobnost). Sedmi je psihološki čimbenik, moje ponašanje, imao veće opterećenje na drugom faktoru, nazvanom rizični faktori. Drugi je faktor uključivao nasljeđe, navike hranjenja, neprimjenu medicinsku skrb u prošlosti, ponašanje, starenje, pušenje i alkohol. Treći je faktor, nazvan imunitet, uključivao samo tri čimbenika – bakterija ili virus, zagađenje okoliša te smetnje imunološkog sustava. Posljednji se faktor, nazvan nesreća ili slučaj, odnosio na samo dvije čestice, odnosno kako sam naziv i implicira, na čimbenike slučaj ili loša sreća te nesreća ili ozljeda, a korelacija između njih je bila niska (Moss-Morris, 2002).

No, kako je korelacija čestica četvrtog faktora vrlo niska i u originalnom istraživanju i na našem uzorku, sami autori predlažu da istraživači modificiraju Skalu atribucije uzroka bolesti kako je

smatraju primjerenom vlastitom uzorku. Upravo smo iz tog razloga radili faktorsku analizu skale, te dobili tri faktora vjerovanja u uzroke kardiološke bolesti na našem uzorku. Prvi smo faktor nazvali „osobni problemi“, a sadržao je čimbenike stres ili brige, mentalni stav, brige ili obiteljski problemi, previše posla, osobnost te emocionalno stanje. Drugi je faktor grupirao čimbenike koji nisu pod kontrolom ispitanika, pa smo ga stoga nazvali „nekontrolabilni faktori“, a uključivao je čimbenike bakterija ili virus, neprimjerena medicinska skrb u prošlosti, zagađenje okoliša, nesreća ili ozljeda te smetnje imunološkog sustava. Treći i posljednji smo faktor nazvali „opći rizični faktori“, a odnosi se na navike hranjenja, ponašanje, starenje, alkohol te pušenje cigareta. Takva se faktorska struktura pokazala adekvatnijom za naš uzorak pokazujući primjerene pouzdanosti u rasponu od 0.53 za opće rizične faktore do 0.77 za nekontrolabilne faktore.

5.2 Percepcija kardiološke bolesti, anksioznost i depresivnost u žena

Analizom rezultata dobivenih na ženama dobili smo statistički značajnu povezanost identiteta bolesti i osobnih problema kao potencijalnog uzroka kardiološkog oboljenja s anksioznosti. Drugim riječima, nabrojavanje više simptoma bolesti i atribuiranje stanja bolesti osobnim problemima jest pozitivno povezano s anksioznosti u kardioloških pacijentica. S druge strane, identitet bolesti, kao ni atribucije uzroka bolesti nisu povezane s depresivnosti u pacijentica.

Zbog nemogućnosti ispitivanja depresivnosti pacijentica prije dijagnoze kardiološke bolesti, ne možemo sa sigurnošću znati je li na depresivnost pacijentica utjecala bolest ili su možda bile sklonije depresivnosti prije same hospitalizacije. Drugim riječima, niti jedna varijabla istraživanja nije povezana s depresivnosti u žena jer se depresivnost nije javila kao posljedica bolesti, već je moguće bila prisutna i prije same dijagnoze.

Drugo moguće objašnjenje nepovezanosti ispitanih varijabli s depresivnosti u žena leži u trajanju hospitalizacije i informiranosti pacijentica. Kao što smo već spomenuli, postoji povezanost depresivnosti s dužinom trajanja hospitalizacije jer se depresivnost kao stanje javlja kasnije (Degree-Coustry, 1976; Leventhal i suradnici, 2016). Protokom vremena se povećava i vjerojatnost informiranja pacijentica o vlastitom stanju. Iz tih razloga veći broj percipiranih

simptoma (identitet bolesti) ili određeni uzrok neće biti povezani s depresivnosti u kardioloških bolesnica. Depresivnost se u tom slučaju može javiti kao prirodna posljedica bolesti i potencijalno neadekvatnih psiholoških reakcija.

Postojanjem pozitivne povezanosti identiteta bolesti s anksioznosti, djelomično smo potvrdili prvu hipotezu. No, ono što ovim istraživanjem ostaje nepotvrđeno jest druga hipoteza, odnosno da je percepcija kontrolabilnosti bolesti – atribucija bolesti internalnim faktorima koji su pod kontrolom pacijenata, povezana sa smanjenom anksioznosti i depresivnosti. Drugim riječima, istraživanja su pokazala da kada pacijenti internalno atribuiraju (u našem je slučaju to atribucija bolesti osobnim problemima), postižu i više rezultate na samoprocjeni zdravlja (Berglund i sur., 2014), rijeđe su anksiozni i depresivni te imaju više optimizma u vezi svog zdravlja (Grisolia i sur., 2015), dok naše istraživanje ukazuje upravo suprotno. Odnosno, atribuiranje uzroka osobnim problemima jest pozitivno povezano s anksioznosti i depresivnosti.

Jedno je od mogućih objašnjenja da, iako bi se pripisivanje uzroka bolesti osobnim problemima moglo smatrati internalnim, pa zbog toga i kontrolabilnim, pacijenti će puno teže promijeniti svoj duboko ukorijenjeni negativan mentalni stav, osobnost ili emocionalno stanje, poput osjećaja potištenosti ili praznine, nego na primjer navike hranjenja – odnosno jednostavno smanjiti unos masti ili soli.

Daljnjom analizom percipiranih razloga kardiološkom oboljenju, dobili smo da 81% žena, odnosno 68% muškaraca navodi stres ili brige kao jedan od glavnih uzroka nastanka bolesti, što je u skladu s brojnim istraživanjima. Tako u istraživanju Astin i Atkin-a (2008) skoro 50% ispitanika navodi stres kao uzrok koronarnih kardioloških oboljenja; isto su dobili i Lin i suradnici (2009), odnosno njihovi su ispitanici navodili stres kao potencijalni uzrok kardiološkog oboljenja u preko 50% slučajeva, te je percipiran kao ozbiljniji faktor rizika od nezdravog načina življenja. Stres kao glavni faktor navodili su i pacijenti u istraživanju Byrne i suradnika (2005) i to čak 36%, te kod Weinman i suradnika (2000). Pored toga, u tom su se istraživanju pacijenti i

njihovi partneri složili u navođenju stresa, nasljeđa i konzumiranja masne hrane kao glavne uzroka bolesti.

Pitanje koje bi se tu moglo postaviti jest zašto se stres kao uzrok navodi u tako visokom postotku, ako postoje objektivniji razlozi oboljenja. I u ovom uzorku, ali i općenito u istraživanjima, ispitanici su nerijetko povišene tjelesne mase, visokog krvnog tlaka, te vode sjedilački način života i ne paze na prehranu (Bennett i sur., 2016; Ogden, 2012). Unatoč tome, pacijenti najčešće navode stres kao vanjski faktor, a ne na primjer vlastite loše navike hranjenja ili ostale opće rizične faktore. Jedan od razloga tome može biti pokušaj odmicanja odgovornosti od sebe. Drugim riječima, pacijenti će navoditi opterećenost poslom, brigu za obitelj ili ostale probleme – čimbenike koji posljedično dovode do povećanog stresa, nego li faktore koji se odnose na njih samih (svoju prekomjernu težinu, nezdrav način hranjenja i slično). Osim toga, istraživanje Angusa i suradnika (2016) jest također ukazalo na slabiju informiranost ispitanika što i kako dovodi do kardioloških bolesti pa je moguće da ispitanici rade ovakve atribucije bolesti iz neznanja.

Što se tiče negativnog afekta, općenito je anksioznost bila izraženija od depresivnosti (24% naspram 22%), što je također u skladu s istraživanjima. Pa tako Suzuki i suradnici (2014) u svom istraživanju dobivaju prevalenciju od čak 57% za anksioznost te 34% za depresivnost, Kovacs i suradnici (2009) izvještavaju o prevalenciji anksioznosti od 34%, a depresivnosti 24%, dok je u istraživanju Polikandrioti-a i suradnika (2015) prevalencija anksioznosti od skoro 30% te depresivnosti 21% u kardioloških pacijenata. Veću prevalenciju anksioznosti od depresivnosti u pacijenata nakon srčanog oboljenja dobili su i Dorossiev, Paskova i Zachariev (1976), odnosno prevalenciju depresivnosti u 21% pacijenata, dok anksioznosti u čak 69%, te Seldenrijk i suradnici (2013) gdje je anksioznost, više nego depresivnost, bila povezana s koronarnim srčanim oboljenjima.

Jedno od objašnjenja za sustavno veću prevalenciju anksioznosti od depresivnosti u kardioloških pacijenata jest činjenica da je anksioznost akutna reakcija, dok depresivnost kao stanje nastupa kasnije. Kao što smo već spomenuli, pacijentova prva reakcija na dijagnozu jest najčešće panika,

strah, osjećaj neizvjesnosti i bespomoći što dovodi do povećane anksioznosti (Degree-Coustry, 1976; Leventhal i sur., 2016). Tek nakon nekog vremena nastupa depresivnost kao dugotrajniji osjećaj tuge i nemoći. Sama se ispitivanja percepcije bolesti obavljaju upravo na početku hospitalizacije, kad se anksioznost počinje javljati ili je već u punoj snazi.

5.3 Percepcija kardiološke bolesti, anksioznost i depresivnost u muškaraca

U muškaraca, dobili smo statistički značajnu povezanost identiteta bolesti (broj simptoma bolesti koje ispitanici pripisuju vlastitom kardiološkom oboljenju), osobnih problema i nekontrolabilnih faktora kao percipiranih uzroka kardiološke bolesti s anksioznosti i depresivnosti, te rizičnih faktora kao percipiranih uzroka bolesti samo s depresivnosti. Drugim riječima, postoji pozitivna povezanost nabiranja percipiranih simptoma bolesti, atribuiranja bolesti osobnim problemima i faktorima koji nisu pod vlastitom kontrolom pacijenta s negativnim afektom ispitanika. U slučaju depresivnosti, također i treći faktor uzroka bolesti, odnosno opći rizični faktori, jesu pozitivno povezani s depresivnosti u muškaraca.

Objašnjenje ovih nalaza može biti u tome da su to rezultati korelacijskih analiza, a na koje mogu utjecati drugi, neispitani, faktori. Tako na primjer Aalto i suradnici (2006) ukazuju na to kako muškarci smatraju da im kardiološka bolest ima ozbiljnije posljedice, a što povratno može utjecati na anksioznost i depresivnost. Nadalje, nismo ispitali zdravstveni lokus kontrole: Grisolia i suradnici (2015) nalaze da ispitanici koji imaju nizak zdravstveni lokus kontrole razmišljaju deterministički te smatraju da ne mogu utjecati na svoje zdravlje promjenom loših životnih navika, a brojna istraživanja ukazuju kako je upravo nezdrav način života povezan s anksioznosti i depresivnosti: fizička neaktivnost, pretilost, nezdrava prehrana, pušenje (Bonnet i sur., 2005; Doering i sur., 2010; Janszky i sur., 2010; Munk i sur., 2012; Whooley i sur., 2008; Ye i sur., 2013) i alkohol (Janszky i sur., 2010). Nadalje, u mnogim istraživanjima, pa tako i u našem, upravo muškarci, više nego žene, navode povijest pušenja (Bonnet i sur., 2005; Chiha i sur., 2015; Fukuoka i sur., 2004; Janszky i sur., 2010; Najafi i Sheikvatan, 2013) i konzumiranja alkohola (Bose, 2015; Janszky i sur., 2010; Najafi i Sheikvatan, 2013)

Regresijska je analiza pokazala da percepcija osobnih problema kao uzroka nastanka bolesti ostaje statistički značajan prediktor negativnog afekta, dok su sve ostale atribucije uzroka neznačajne. Muški ispitanici koji smaraju osobne probleme „krivcima“ za nastanak kardiološkog oboljenja imaju kao posljedicu povećanu anksioznost i depresivnost. Pozitivnu povezanost atribuiranja bolesti osobnim problemima s anksioznosti i depresivnosti u skladu je s istraživanjem koje su proveli Komasi i Saeidi (2015), a nalaze da su oni kardiološki bolesnici koji smatraju da im je bolest uzrokovana psihološkim faktorima depresivniji od onih koji atribuiraju uzrok ponašajnim faktorima.

Nadalje, regresijskom se analizom pokazalo da identitet bolesti ostaje značajan prediktor negativnog afekta u muškaraca, dok isto nije slučaj u žena. Muški ispitanici koji nabrajaju veći broj simptoma povezanih s vlastitom bolesti imaju kao posljedicu povećanu anksioznost i depresivnost.

Ovaj je nalaz moguće objasniti kroz prijašnja istraživanja koja ukazuju na to da se muškarci nerijetko oslanjaju na fizičke aspekte bolesti (pa tako na primjer češće atribuiraju bolesti ponašajnim i rizičnim faktorima, rađe nego psihološkim) (Aalto i sur., 2005; Saeidi i sur., 2014; Saeidi i sur., 2015), radi čega sami simptomi bolesti mogu potencijalno više utjecati na njihov negativan afekt, nego u žena.

Kao što se može vidjeti, i u muškaraca i u žena rezultati korelacijske i regresijske analize nisu isti. Ovo se može objasniti činjenicom kako je korelacija jednostavna analiza na čiji rezultat mogu utjecati i neke druge varijable koje ovim istraživanjem nismo kontrolirali. S druge strane, regresijskom se analizom kontroliraju efekti ostalih varijabli, a rezultat nam ukazuje na jedinstveni doprinos onih varijabli koje smo uključili u analizu.

5.4 Problematizacija razlika u percepciji bolesti, anksioznosti i depresivnosti s obzirom na spol

Ispitivanjem spolnih razlika dobiveno je da žene općenito nabrajaju više simptoma same bolesti od muškaraca (identitet bolesti), ali ta je razlika neznčajna. S druge strane, ovim smo istraživanjem potvrdili postojanje spolnih razlika kod atribucije uzroka bolesti. Žene su uzroke iz kategorije osobnih problema navodile u većem postotku od muškaraca. Ta je razlika posebno uočljiva kod nekoliko potencijalnih uzroka, pa tako na primjer skoro 60% žena smatra brige i obiteljske probleme direktnim uzrokom vlastitog kardiološkog oboljenja, dok je taj postotak u muškaraca skoro dvostruko manji; faktor nasljeđa žene navode u 70% slučajeva, naspram 51% muškaraca; emocionalno stanje kao uzrok bolesti navode u 38% slučajeva, dok je taj postotak u muškaraca za 18% niži i tako redom.

Ovaj rezultat ide u skladu s istraživanjima koje su proveli Saeidi i suradnici (2014; 2015) gdje su dobili da žene, više nego muškarci, navode psihološke uzroke (stres, brige, ljutnju, depresivnost i partnersko zlostavljanje). Pored toga, visok postotak navođenja briga ili obiteljskih problema jest također očekivan gledano iz socijalnog konteksta. Žene često, pod pritiskom usvojenih stereotipa, obavljaju višestruke rodne uloge (poslovne, obiteljske, njegovateljske...) te nerijetko izvještavaju kako nemaju vremena za sebe jer moraju obavljati kućanske poslove, pomagati drugima, obavljati poslovne obaveze, a sve bez obzira kako se osjećaju ili koliko objektivno mogu. Smatraju kako moraju držati „ubrzani ritam“ jer balansiraju između zahtjeva posla i obitelji, a pritom često nemaju adekvatnu podršku okoline, odnosno partnera ili obitelji (Angus i suradnici, 2005; Yin i suradnici, 2009).

Općenito je negativan afekt češći u ženskih ispitanica, odnosno anksioznost je bila povišena u 27% pacijentica (naspram 23% pacijenata), dok je depresivnost bila povišena u 29% pacijentica (naspram 19% pacijenata). Ovi su rezultati također u skladu s mnogim prijašnjim istraživanjima (Bonnet i sur., 2005; Doering i sur., 2010; Prata i sur., 2016; Whooley i sur., 2008; Ye i sur., 2013). Nadalje, više istraživanja navodi kako žene percipiraju više simptoma bolesti te ju smatraju manje kontrolabilnom i dugotrajnijom (Aalto i sur., 2005; Grace i sur., 2005; Potpara i sur., 2012).

Vjeronanje u dugotrajniji tijek bolesti, njenu veću težinu te nemogućnost kontrole situacije posljedično dovode do povećane anksioznosti i depresivnosti. Ogden (2012) slično potvrđuje, pokazavši da oporavak nakon srčanog udara jest dugotrajniji i teži u žena, nego li u muškaraca. Pored toga, spomenuli smo kako žene često preuzimaju više uloga, a samim time i više obaveza i posla, što također pridonosi povećanju negativnog afekta, osjećaju potištenosti i bespomoći. Ako uz to još i osjećaju nedostatak potpore svojih partnera, obitelji ili prijatelja, ovakvi su rezultati više nego očekivani.

5.5 Prednosti, nedostaci i sugestije za buduća istraživanja

Kao što smo spomenuli, prijevod Upitnika percepcije bolesti (IPQ-R) do sada nije postojao na hrvatskom jeziku što ukazuje na nedovoljnu istraženost područja percepcije bolesti u Hrvatskoj. Upravo u tome leži prednost ovog istraživanja. Kroz projekt Biopsihosocijalni aspekti pretilosti, u sklopu kojeg se provodilo ovo istraživanje, Upitnik percepcije bolesti se koristi prvi put na našem jeziku te smo time dobili nove informacije o njegovoj pozdanosti i razumijevanju upitnika kod hrvatskih kardioloških bolesnika. Nadalje, time smo ispitali nešto što do sada nije bilo istraženo i samim time dobili vrijedne podatke o percepciji bolesti i emocionalnom statusu hrvatskih kardioloških bolesnika.

Iako je uzorak žena skoro dvostruko manji od uzorka muškaraca, on se ne može smatrati pretjeranim nedostatkom zato što smo njime zapravo zahvatili prirodan fenomen, odnosno činjenicu da se kardiološka oboljenja smatraju „muškom“ bolešću, te je kao posljedica toga manje žena hospitalizirano. Smanjeni uzorak žena može predstavljati jedino dijelomičan problem u statističkom smislu, odnosno rezultati iz ženskog uzorka mogu biti nepouzdaniji, te ih je teže generalizirati na populaciju.

Jedan od nedostataka se svakako odnosi na starost ispitanika – obzirom da je uzorak starije dobi, imali smo iskustvo čestog nerazumijevanja pojedinih tvrdnji upitnika, radi čega su se pojavljivali konflikti u dogovaranju (na primjer ispitanici su često odgovarali potvrdno na tvrdnju: „Ništa ne može pomoći mojem stanju“, i „Ono što činim može odrediti hoće li se moja bolest poboljšati ili pogoršati“ – što ukazuje na jasne kontradikcije i nerazumijevanje tvrdnji). Osim toga, dvije od

tvrdnji koje su skoro uvijek izazivale čuđenje i nerazumijevanje jesu „Moja je bolest za mene misterija“ i „Ne nalazim nikakav smisao u svojoj bolesti“, zbog čega bih predložila promjenu termina ili cijele rečenice u neku razumljiviju starijoj populaciji.

Istraživanje je provedeno od strane više studentica pri čemu razlike u metodologiji mogu povratno utjecati na same rezultate.

Nadalje, Upitnik bolničke anksioznosti i depresivnosti se nalazio pri kraju, a sam je upitnik prilično dug (ispitanici bi odgovarali i po sat vremena), radi čega rezultati subskale mogu biti pod utjecajem umora i nedostatka volje za daljnjim ispunjavanjem, te kao posljedica toga, manje pouzdani.

Jedna od sugestija za buduća istraživanja jest mogućnost uvida u eventualnu prethodnu sklonost ispitanika negativnom afektu ili drugim dijagnozama pacijenata, a koje povratno mogu utjecati na rezultate. Pored toga, bitno je i uzimanje u obzir trajanja hospitalizacije, jer kao što smo već prethodno spomenuli, samo vrijeme provedeno u bolnici može imati utjecaja na afekt, informiranje i motiviranost ispitanika što opet povratno može utjecati na rezultate.

Istraživanje bi se svakako trebalo ponoviti tako da se ispituje i vrijeme hospitalizacije kao i moguću prethodnu sklonost poremećajima raspoloženja, a na temelju dobivenih rezultata usmjeriti se na preventivne programe ovisno o spolu i na adekvatnu psihološku pomoć tijekom hospitalizacije (pravovremena i adekvatna psihološka pomoć) te na kasniju rehabilitaciju pacijenata.

Također, longitudinalnim bi se nacrtom moglo dodatno istražiti odnos kognicija i objektivne težine bolesti, odnosno kako Baines i Wittkowski (2013) navode, tada bi se uistinu mogla potvrditi hipoteza da način nošenja s bolesti utječe na odnos između percepcije bolesti i njenih realnih posljedica.

6 ZAKLJUČAK

Prvi je problem istraživanja bio ispitati faktorsku strukturu Skale atribucije uzroka bolesti na našem uzorku. Analizom glavnih osi uz kosokutnu rotaciju, dobili smo tri značajna faktora, a naziv i sadržaj im je sljedeći: (1) Osobni problemi – stres ili brige, mentalni stav (negativno razmišljanje o životu), brige ili obiteljski problemi, previše posla, emocionalno stanje (osjećaj potištenosti, usamljenosti, tjeskobe, praznine) te osobnost. (2) Nekontrolabilni faktori – bakterija ili virus, neprimjerena medicinska skrb u prošlosti, zagađenje okoliša, nesreća ili ozljeda te smetnje imunološkog sustava. (3) Opći rizični faktori – navike hranjenja, ponašanje, starenje, alkohol te pušenje cigareta.

Nadalje, ovim smo istraživanjem htjeli ispitati odnos broja simptoma bolesti (identitet bolesti) i atribucije uzroka bolesti s anksioznosti i depresivnosti u kardioloških bolesnika. Dobili smo statistički značajnu povezanost identiteta bolesti i atribucije uzroka s anksioznošću i depresivnošću, uz manje spolne razlike. U oba spola postoji statistički značajna povezanost identiteta bolesti te osobnih problema kao uzroka kardiološkog oboljenja s anksioznošću. Isto vrijedi i za povećanu depresivnost, ali samo u muških pacijenata.

Ispitivanjem spolnih razlika dobiveno je da žene općenito nabrajaju više simptoma same bolesti od muškaraca (identitet bolesti), ali ta razlika biva neznčajna. S druge strane, ovim smo istraživanjem potvrdili postojanje spolnih razlika kod atribucije uzroka – žene su u značajno većem postotku od muškaraca navodile osobne probleme kao uzrok nastanka kardiološkog oboljenja.

Općenito je pronađena veća prevalencija anksioznosti od depresivnosti (24% naspram 22%), a što se tiče spolnih razlika, žene su anksioznije (27% žena, naspram 23% muškaraca je imalo HADS-A rezultat viši od 7) i depresivnije od muškaraca (29% žena, naspram 19% muškaraca je imalo povišen HADS-D rezultat).

Ispitivanjem prediktora anksioznosti i depresivnosti u pacijenata, dobiveni su rezultati očekivano pratili rezultate korelacija. Percepcija osobnih problema kao uzroka nastanka bolesti jest statistički značajan prediktor negativnog afekta, dok su sve ostale atribucije uzroka neznčajne.

Muški ispitanici koji smaraju osobne probleme „krivcima“ za nastanak vlastitog kardiološkog oboljenja imaju kao posljedicu povećanu anksioznost i depresivnost, dok isto vrijedi i kod ženskih ispitanica, ali samo za anksioznost (regresijskom se analizom niti jedan prediktor nije pokazao značajnim za sferu depresivnosti u žena). Identitet bolesti je također značajan prediktor anksioznosti i depresivnosti, ali samo u muškaraca. Odnosno, što muškarci percipiraju veći broj simptoma povezanih s vlastitim oboljenjem, to su skloniji povišenoj anksioznosti i depresivnosti.

7 LITERATURA

1. Aalto, A., Aro, A. J., Weinman, J., Heijmans, M., Manderback, K. i Elovainio, M. (2006). Sociodemographic, disease status, and illness perceptions predictors of global self-ratings of health and quality of life among those with coronary heart disease – one year follow-up study. *Quality of Life Research*, 15, 1307–1322.
2. Aalto, A., Heijmans, M., Weinman, J. i Arod, A. R. (2005). Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 393–402.
3. Angus, J., Evans, S., Lapum, J., Rukholm, E., Onge, R. S., Nolan, R. i Michel, I. (2005). “Sneaky disease”: the body and health knowledge for people at risk for coronary heart disease in Ontario, Canada. *Social Science & Medicine*, 60, 2117–2128
4. Astin, F. i Atkin, K. (2008). Causal attributions, lifestyle change and coronary heart disease: Illness beliefs of patients of South Asian and European origin living in the United Kingdom. *Heart & Lung - The Journal of Acute & Critical Care*, 37, 91–104.
5. Azad, N. Kathiravelu, A., Minoosepeher, S., Hebert, P. i Fergusson, D. (2011). Gender differences in the etiology of heart failure: A systematic review. *Journal of Geriatric Cardiology*, 8, 15–23.
6. Baines, T. i Wittkowski, A. (2012). A systematic review of the literature exploring illness perceptions in mental health utilising the self-regulation model. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20, 263–274.
7. Bekke-Hansen, S., Weinman, J., Thastum, M., Thygesen, K. i Zachariae, R. (2014). Psycho-social factors are important for the perception of disease in patients with acute coronary disease. *Danish Medical Journal*, 61, 1–7.
8. Bennett, K. K., Clark, J. M. R., Harry, K. i Howarter, A. D. (2016). Causal attributions following a cardiac event: Short- and long-term differences in health appraisals and outcomes. *Health Psychology Open*, 3, 1–9.
9. Berglund, E., Lytsy, P. i Westerling, R. (2014). The influence of locus of control on self-rated health in context of chronic disease: A structural equation modeling approach in a cross sectional study. *BMC Public Health*, 14, 1–9.

10. Bogner, H. R., Dahlberg, B., de Vries, H. F., Cahill, C. i Barg, F. K. (2008). Older patients' views on the relationship between depression and heart disease. *Family Medicine*, 40, 652–657.
11. Bonnet, F., Irving, K., Terra, J., Nony, P., Berthezene, F. i Moulin, P. (2005). Anxiety and depression are associated with unhealthy lifestyle in patients at risk of cardiovascular disease. *Atherosclerosis*, 178, 339–344.
12. Bose, C. N. (2015). *Coping and emotional well-being in patients with chronic heart failure*. Stockholm: AJ E-print AB.
13. Bos-Touwen, I., Schuurmans, M., Monninkhof, E. M., Korpershoek, Y., Spruit-Bentvelzen, L., Ertugrul-van der Graaf, I., de Wit, N. i Trappenburg, J. (2015). Patient and disease characteristics associated with activation for self- management in patients with diabetes, chronic obstructive pulmonary disease, chronic heart failure and chronic renal disease: A cross-sectional survey study. *PLoS ONE*, 10, 1–15.
14. Brandsaeter, B., Atar, D. i Agewall, S. (2011). Gender differences among Norwegian patients with heart failure. *International Journal of Cardiology*, 146, 354–358.
15. Burns, A., Hofer, S., Curry, P., Sexton, E. i Doyle, F. (2014). Revisiting the dimensionality of the Hospital Anxiety and Depression Scale in an international sample of patients with ischaemic heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 1, 1–29.
16. Bush, D. E., Ziegelstein, R. C, Patel, U. V., Thombs, B. D., Ford, D. E., Fauerbach, J. A., McCann, U. D., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, A. L., Feuerstein, C. J. i Bass, E. B. (2005). Post-myocardial infarction depression. *AHRQ Publication*, 05, 1–310.
17. Byrne, M., Walsh, J. i Murphy, A. W. (2005). Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 58, 403– 415.
18. Chen, S. L., Lee, W. L., Liang, T. i Liao, I. C. (2014). Factors associated with gender differences in medication adherence: a longitudinal study. *Journal of Advanced Nursing* 70, 2031–2040.
19. Chiha, J., Mitchell, P., Gopinath, B., Plant, A. J. H., Kovoov, P. i Thiagalingam, A. (2015). Gender differences in the severity and extent of coronary artery disease. *IJC Heart & Vasculature*, 8, 161–166.

20. Deegree-Coustry, C. (1976). Psychological problems in rehabilitation programmes. U: U. Stocksmeier (Ur.), *Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients*. (str. 32-34). New York: Springer-Verlag.
21. Doering, L. V., Moser, D. K., Riegel, B., McKinley, S., Davidson, P., Baker, H., Meischk, H. i Dracu, E. (2010). Persistent comorbid symptoms of depression and anxiety predict mortality in heart disease. *International Journal of Cardiology*, 145, 188–192.
22. Dorossiev, D., Pascova, V. i Zachariev, Z. (1976). Psychological problems of cardiac rehabilitation. U: U. Stocksmeier (Ur.), *Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients* (str. 26-31). New York: Springer-Verlag.
23. Fan, A. Z., Strine, T. W., Jiles, R. i Mokdad, A. H. (2008). Depression and anxiety associated with cardiovascular disease among persons aged 45 years and older in 38 states of the United States. *Preventive Medicine*, 46, 445–450.
24. Fennessy, M. M., DeVon, H. A., Ryan, C., Lopez, J. L. i Zerwic, J. J. (2013). Changing illness perceptions and adherence to dual antiplatelet therapy in patients with stable coronary disease. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 28, 573–583.
25. French, D. P., Maissi, E. i Marteau, T. M. (2005). The purpose of attributing cause: Beliefs about the causes of myocardial infarction. *Social Science & Medicine*, 60, 1411–1421.
26. Friedman, E. H. (1976). Psychosocial factors in coronary risk and rehabilitation. U: U. Stocksmeier (Ur.), *Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients*. (str. 35-41). New York: Springer-Verlag.
27. Fukuoka, Y., Dracup, K., Kobayashi, F., Ohno, M., Froelicher, E. S. i Hirayama, H. (2004). Illness attribution among Japanese patients with acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, 33, 146–153.
28. Geert van Driel, A., de Hosson, M. J. i Gamel, C. (2013). Sexuality of patients with chronic heart failure and their spouses and the need for information regarding sexuality. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 0(0), 1–8.
29. Grace, S. L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, A., Scholely, P., Suskin, N., Jaglal, S., Abramson, B L. i Stewart, D. E. (2005). Illness perceptions among cardiac patients:

- Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 153–160.
30. Grisolia, J. M., Longo, A., Hutchinson, G. i Kee, F. (2015). Applying health locus of control and latent class modelling to food and physical activity choices affecting CVD risk. *Social Science & Medicine*, 132, 1–10.
 31. Hamed, V., Ameri, A. i Azamameri (2013). Comparison of anxiety, depression, stress and anger in migraine, diabetic and cardiac patients and healthy people. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 84, 1885 – 1888.
 32. Janszky, I., Ahnve, S., Lundberg, I. i Hemmingsson, T. (2010). Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 31–37.
 33. Keinan, G. i Tal, S. (2005). The effects of Type A behavior and stress on the attribution of causality. *Personality and Individual Differences*, 38, 403–412.
 34. Komasi, S. i Saeidi, M. (2015). Screening for depressive symptoms at the beginning of outpatient cardiac rehabilitation by assessed perceived risk factors by patients. *Clinical Medical Reviews and Case Reports*, 2, 1–5.
 35. Kovacs, A. H., Saidi, A. S., Kuhl, E. A., Sears, S. F., Silversides, C., Harrison, J. L., Ong, L., Colman, J., Oechslin, E. i Nolan, R. P. (2009). Depression and anxiety in adult congenital heart disease: Predictors and prevalence. *International Journal of Cardiology*, 13, 158–164.
 36. Leening, M. J. G., Ferket, B. S., Steyerberg, E. W., Kavousi, M., Deckers, J. W., Nieboer, D., Heeringa, J., Portegies, M. L. P., Hofman, A., Ikram, M. A., Hunink, M., Franco, O. H., Stricker, B. H., Wittteman, J. C. M. i Roos-Hesselink, J. W. (2014). Sex differences in lifetime risk and first manifestation of cardiovascular disease: prospective population based cohort study. *The BMJ*, 1–13.
 37. Leventhal, H., Phillips, L. A. i Burns, E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. *Psychological Topics*, 25, 1–18.
 38. Lichtman, J. H., Bigger, J. T., Blumenthal, J. A., Frasure-Smith, N., Kaufmann, P. G., Lespérance, F., Mark, D. B., Sheps, D. S., Taylor, C. B. i Froelicher, S. E. (2016).

- Depression and coronary heart disease: Recommendations for screening, referral, and treatment. *AHA Science Advisory*, 118, 1768–1776.
39. Lin, Y., Spilsbury, K., Furze, G. i Lewin, R. J. P. (2009). Exploring misconceptions or potentially maladaptive beliefs about coronary heart disease and their relationship with coping behaviours among Taiwanese cardiac patients. *Diversity in Health and Care*, 6, 97–108.
 40. Lin, G., Spilsbury, K., Furze, G. i Mphil, R. L. (2013). Gender differences in the impact of diabetes on mortality in patients with established coronary artery disease: A report from the Eastern Taiwan integrated health care delivery system of Coronary Heart Disease (ET-CHD) registry, 1997–2006. *Journal of Cardiology*, 61, 393–398.
 41. Maas, A. H. E. M. i Appelman, Y. E. A. (2010). Gender differences in coronary heart disease. *Netherlands Heart Journal*, 18, 599–603.
 42. Morgan, K. Villiers, A. T., Barker, M. i McGee, H. (2014). The contribution of illness perception to psychological distress in heart failure patients. *BMC Psychology*, 2, 1–9.
 43. Mosleh, S. M. i Almalik, M. M. A. (2014). Illness perception and adherence to healthy behaviour in Jordanian coronary heart disease patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 3, 1–8.
 44. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L. D. i Buick, D. (2002). The revised Illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17, 1–16.
 45. Mulcahy, R. (1976). The rehabilitation of patients with coronary heart disease: A clinical view. U: U. Stocksmeier (Ur.), *Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients* (str. 52-61). New York: Springer-Verlag.
 46. Munk, P. S., Isaksen, K., Brønneck, K., Kurz, M. W., Butt, N. i Larsen, A. I. (2012). Symptoms of anxiety and depression after percutaneous coronary intervention are associated with decreased heart rate variability, impaired endothelial function and increased inflammation. *International Journal of Cardiology*, 28, 173-176.
 47. Najafi, M. i Sheikvatan, M. (2013). Gender differences in coronary artery disease: correlational study on dietary pattern and known cardiovascular risk factors. *International Cardiovascular Research Journal*, 7, 124–129.

48. Norton, S., Cosco, T., Doyle, F., Done, J. i Sacker, A. (2012). The Hospital Anxiety and Depression Scale: A meta confirmatory factor analysis. *Journal of Psychosomatic Research, (in press)*, 1–32.
49. Ogden, J. (2012). *Health psychology*. New York: Open University Press.
50. Perez-Garcia, A. M. i Sanjuan, P. (1996). Type-A behaviour pattern's (global and main components) attentional performance, cardiovascular reactivity, and causal attributions in the presence of different levels of interference. *Personality and Individual Differences, 20*, 81–93.
51. Pett, M. A., Lackey, N. R. i Sullivan, J. J. (2003). *Making sense of factor analysis*. Thousand Oaks: SAGE Publication, Inc.
52. Pokrajac-Bulian, A. i Ambrosi-Randić, N. (2016). Illness perception in patients with cardiovascular diseases. Manuscript submitted for publication.
53. Pokrajac-Bulian, A., Kukić, M. i Bašić-Marković, N. (2015). Quality of life as a mediator in the association between body mass index and negative emotionality in overweight and obese non-clinical sample. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 20(4)*, 473-481.
54. Polikandrioti, M., Goudevenos, J., Michalis, L. K., Koutelekos, K., Kyristi, H., Tzialas, D. i Elisaf, M. (2015). Factors associated with depression and anxiety of hospitalized patients with heart failure. *Hellenic Journal of Cardiology, 56*, 26–35.
55. Potpara, T. S. (2012). Gender-related differences in presentation, treatment and long-term outcome in patients with first-diagnosed atrial fibrillation and structurally normal heart: The Belgrade atrial fibrillation study. *International Journal of Cardiology, 161*, 39–44.
56. Prata, J., Martins, A. Q., Ramosa, S., Rocha-Goncalves, F. i Coelho, R. (2016). Gender differences in quality of life perception and cardiovascular risk in a community sample. *Revista Portuguesa de Cardiologia, 35*, 153–160.
57. Saeidi, M., Komasi, S., Soroush, A., Zakiei, A. i Shakeri, J. (2014). Gender differences in patients' beliefs about biological, environmental, behavioral, and psychological risk factors in a cardiac rehabilitation program. *Journal of Cardiothoracic Medicine, 2*, 215–220.

58. Saeidi, M., Soroush, A., Komasi, S., Moemeni, K. i Heydarpour, B. (2015). Attitudes toward cardiovascular disease risk factors among patients referred to a cardiac rehabilitation center: importance of psychological attitudes. *E-Medical Journal*, 16, 1–7.
59. Seldenrijk, A., van Hout, H. P. J., van Marwijk, H. W. J., de Groot, E., Gort, J., Rustemeijer, C., Diamant, M. i Penninx, W. J. H. (2013). Sensitivity to depression or anxiety and subclinical cardiovascular disease. *Journal of Affective Disorders*, 146, 126–131.
60. Suzuki, T., Shiga, T., Kuwahara, K., Kobayashi, S., Suzuki, S., Nishimura, K., Suzuki, A., Minami, Y., Ishigooka, J., Kasanuki, H. i Hagiwara, N. (2014). Impact of clustered depression and anxiety on mortality and rehospitalization in patients with heart failure. *Journal of Cardiology*, 64, 456–462.
61. The Conversation (2015). When it comes to older people and sex, doctors put their heads in the sand. Preuzeto sa: <http://theconversation.com/when-it-comes-to-older-people-and-sex-doctors-put-their-heads-in-the-sand-43556>, 19. srpnja 2016.
62. The Illness Perception Questionnaire Website (2017). The Illness Perception Questionnaire. Preuzeto sa: <http://www.uib.no/ipq/>, 07. srpanja 2016.
63. Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., Fauerbach, J. A., Bush, D. E. i Ziegelstein, R. C. (2005). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 30–38.
64. Vogelzangs, N., Seldenrijk, A., Beekman, A. T. F., van Hout, H. P. J., de Jonge, P. i Penninx, B. W. J. H. (2010). Cardiovascular disease in persons with depressive and anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, 125, 241–248.
65. Wagner, N. (1976). Some sexual aspects of rehabilitation of cardiac patients. U U. Stocksmeier (Ur.) *Psychological approach to the rehabilitation of coronary patients*. (str. 118-129). New York: Springer-Verlag.
66. Watkins, L. L., Koch, G. G., Sherwood, A., Blumenthal, J. A., Davidson, J. R. T., O'Connor, C. i Sketch, M. H. (2013). Association of anxiety and depression with all-cause mortality in individuals with coronary heart disease. *Journal of American Heart Association*, 2, 1–11.

67. Weinman, J. i Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: A new paradigm for psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113–116.
68. Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N. i Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263–273.
69. Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R. i Horne, R. (1996). The Illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431–441.
70. Whooley, M. A., de Jonge, P., Vittinghoff, E., Otte, C., Moos, R., Carney, R. M., Ali, S., Dowray, S., Na, B., Feldman, M. D., Schiller, N. B. i Browner, W. S. (2008). Depressive symptoms, health behaviors, and risk of cardiovascular events in patients with coronary heart disease. *Journal of American Medical Association*, 300, 2379–2389.
71. Xiangshu, W. (2002). *Illness perception and coping among older adults with coronary heard disease: A study of acute and convalescent stage*. The University of Hong Kong.
72. Yaraghchi, A., Rezaei, O., Mandegar, M. H. i Bagherian, R. (2012). The relationship between Illness perception and quality of life in Iranian patients with coronary artery bypass graft. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 46, 3329–3334.
73. Ye, S., Muntner, P., Shimbo, D., Judd, S. E., Richman, J., Davidson, K. W. i Safford, M. M. (2013). Behavioral mechanisms, elevated depressive symptoms, and the risk for myocardial infarction or death in individuals with coronary heart disease. *Journal of the American College of Cardiology*, 61, 622–630.

8 PRILOZI

Prilog 1. Prikaz subskale Upitnika percepcije bolesti – simptomi bolesti

	Imao/imala sam ovaj simptom od početka moje bolesti		Ovaj je simptom vezan uz moju bolest	
Bol	DA	NE	DA	NE
Grlobolja	DA	NE	DA	NE
Mučnina	DA	NE	DA	NE
Gubitak daha	DA	NE	DA	NE
Gubitak težine	DA	NE	DA	NE
Umor (iscrpljenost)	DA	NE	DA	NE
Ukočenost zglobova	DA	NE	DA	NE
Bolne oči	DA	NE	DA	NE
Teško disanje	DA	NE	DA	NE
Glavobolja	DA	NE	DA	NE
Želučane smetnje	DA	NE	DA	NE
Smetnje spavanja	DA	NE	DA	NE
Vrtoglavice	DA	NE	DA	NE
Gubitak snage	DA	NE	DA	NE

Prilog 2. Prikaz subskale Upitnika percepcije bolesti – Skala atribucije uzroka bolesti

	MOGUĆI UZROCI	U potpunosti se ne slažem	Ne slažem se	Niti se slažem, niti se ne slažem	Slažem se	U potpunosti se slažem
C1	Stres ili brige	1	2	3	4	5
C2	Naslijeđe – bolest je prisutna u mojoj obitelji	1	2	3	4	5
C3	Bakterija ili virus	1	2	3	4	5
C4	Navike hranjenja	1	2	3	4	5
C5	Slučaj ili loša sreća	1	2	3	4	5
C6	Neprijmjerena medicinska skrb u prošlosti	1	2	3	4	5
C7	Zagađenje okoliša	1	2	3	4	5
C8	Moje ponašanje	1	2	3	4	5
C9	Moj mentalni stav, primjerice negativno razmišljanje o životu	1	2	3	4	5
C10	Brige ili obiteljski problemi	1	2	3	4	5
C11	Previše posla	1	2	3	4	5
C12	Moje emocionalno stanje, primjerice, osjećaj potištenosti, usamljenosti, tjeskobe, praznine	1	2	3	4	5
C13	Starenje	1	2	3	4	5
C14	Alkohol	1	2	3	4	5
C15	Pušenje cigareta	1	2	3	4	5
C16	Nesreće ili ozljede	1	2	3	4	5
C17	Moja osobnost	1	2	3	4	5
C18	Smetnje imunološkog sustava	1	2	3	4	5