



UNIVERZITET U NIŠU  
FILOZOFSKI FAKULTET



**Damjana R. Panić**

**KONSTRUKT BOLESTI I PSIHOLOŠKI  
ASPEKTI PREVLADAVANJA KOD  
PACIJENATA SA INFARKTOM MIOKARDA**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Niš, 2022.



UNIVERSITY OF NIŠ  
FACULTY OF PHILOSOPHY



**Damjana R. Panić**

**ILLNESS REPRESENTATION AND  
PSYCHOLOGICAL COPING IN PATIENTS  
WITH MYOCARDIAL INFARCTION**

DOCTORAL DISSERTATION

Niš, 2022.

## Podaci o doktorskoj disertaciji

Mentor: Dr Marina Hadži Pešić, redovni profesor, Univerzitet u Nišu, Filozofski fakultet

Naslov: Konstrukt bolesti i psihološki aspekti prevladavanja kod pacijenata sa infarktom miokarda

Rezime: Osnovni cilj ovog istraživanja bio je empirijska provera integrativnog modela odnosa između reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata koji su imali infarkt miokarda (IM). Praćene su i promene u ispitivanim konstruktima i njihovim međusobnim odnosima merenjem u tri trenutka (neposredno nakon IM, nakon 1,5–2 meseca od IM i 3–4 meseca od IM). Istraživanje je sprovedeno na uzorku od 114 pacijenata koji su prvi put doživeli IM i zbog toga bili hospitalizovani ( $M = 54.90$ ,  $SD = 11.23$ , 78.1% muškaraca). U drugom trenutku ispitivanja je učestvovalo 67 (stopa odgovora 58.77 %), a u trećem 49 ispitanika (stopa odgovora 42.98% u odnosu na prvo merenje). Primenjeni su sledeći instrumenti: Revidirani upitnik percepcije bolesti, IPQ-R; Upitnik kognitivnih strategija emocionalne regulacije, CERQ-36; Skala pozitivnog i negativnog afektiviteta – PANAS; Skala Stendalovog skora pridržavanja medicinskog tretmana, SAMS; Adaptirana skala nametljivosti bolesti i Upitnik konstruisan za potrebe istraživanja. Podaci su prikupljeni na Klinici za kardiologiju Univerzitetskog kliničkog centra Niš i manjim delom na Institutu za kardiovaskularne bolesti Dedinje. Rezultati su pokazali da formirana reprezentacija bolesti ostvaruje značajne direktne i/ili indirektne efekte na sve ispitivane aspekte prevladavanja i funkcionalnost nakon IM. Neki od ovih odnosa su vremenski stabilni, dok neki oslikavaju dinamične relacije kao rezultat promena ispitivanih varijabli s vremenom. Kognitivno prevladavanje se pokazuje medijatorom u odnosu između konstrukta bolesti i različitih zdravstveno relevantnih ishoda, kako emocionalnih, tako i ponašajnih i funkcionalnih. Ne može se govoriti o pretpostavljenom serijskom medijacionom nizu kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionisanja pacijenata nakon IM, niti se ovi aspekti prevladavanja mogu smatrati paralelnim medijatorima u pomenutom odnosu, već je utvrđeno da su odnosi kompleksniji od pretpostavljenih i dinamični u terminima vremenskog sleda. Rezultati su tumačeni u skladu sa modelom samoregulacije koji predstavlja teorijski okvir istraživanja i dosadašnjim empirijskim nalazima.

Naučna oblast: Psihologija  
Naučna disciplina: Psihologija

Ključne reči: infarkt miokarda (IM), reprezentacija bolesti, model samoregulacije, kognitivne strategije emocionalne regulacije, pozitivni i negativni afektivitet,

pridržavanje tretmana, funkcionalnost nakon bolesti, longitudinalno istraživanje

UDK: 159.9:616.127-056.24

CERIF  
klasifikacija:

S 260

Tip licence  
Kreativne  
zajednice:

CC BY-NC

## Data on Doctoral Dissertation

Doctoral Supervisor:	Ph.D. Marina Hadži Pešić, Full professor, University of Niš, Faculty of Philosophy
Title:	Illness Representation and Psychological Coping in Patients with Myocardial Infarction
Abstract:	<p>The main aim of the research was to empirically assess the integrative model of the relationships between the illness representation, cognitive, emotional, and behavioral coping, and functionality of patients who had suffered from a myocardial infarction (MI). The changes in the examined constructs and their mutual relationships through measurements at three stages were also tracked (immediately after the MI, 1.5–2 months later, and 3–4 months later). The research included a sample of 114 patients, hospitalized after experiencing an MI for the first time (<math>M = 54.90</math>, <math>SD = 11.23</math>, 78.1% males). The second and third stage included 67 (response rate 58.77%) and 49 participants (response rate 42.98% compared to the first stage), respectively. The following measures were used: Illness Perception Questionnaire-Revised, IPQ-R; Cognitive Emotion Regulation Questionnaire, CERQ-36; Serbian adaptation of the PANAS; Stendal Adherence with Medication Score – SAMS; Adapted Illness Intrusiveness Ratings, and a Questionnaire designed for this study. The data were collected from the Cardiovascular Diseases Clinic, University Clinical Center Niš, and from the Institute for Cardiovascular Diseases Dedinje. The results showed that the illness representation demonstrated significant direct and/or indirect effects for all of the investigated aspects of coping and functionality after an MI. Some of these relationships were temporally stable, while others appeared as dynamic, owing to changes in the investigated constructs over time. Cognitive coping appeared as a mediator in the relationship between the illness representation and various health-relevant outcomes – emotional, behavioral, and functional. The hypothesized serial or parallel mediation of the cognitive, emotional, and behavioral coping in the relationship between illness representation and patient functionality after an MI could not be confirmed. These relationships were more complex than expected, and they exhibited temporal dynamics. The results were interpreted in line with the common-sense model and compared with findings from previous research.</p>
Scientific Field:	Psychology
Scientific Discipline:	Psychology
Key Words:	myocardial infarction (MI), illness representation, common-sense model (CSM), cognitive strategies for emotional regulation, positive and negative affect, medication adherence, functionality after the disease, longitudinal research
UDC:	159.9:616.127-056.24

CERIF  
Classification:

S 260

Creative  
Commons  
License Type:

CC BY-NC

## SADRŽAJ

Uvod.....	9
Kardiovaskularne bolesti i infarkt miokarda.....	10
Teorijski okvir istraživanja .....	14
Model samoregulacije .....	14
Operacionalizacija modela samoregulacije – dimenzije reprezentacije bolesti .....	18
Primena modela samoregulacije kod infarkta miokarda .....	23
Prevladavanje stresa i strategije prevladavanja stresa u vezi sa bolešću.....	35
Teorijsko i empirijsko određenje procesa prevladavanja .....	35
Prevladavanje u okviru modela samoregulacije .....	39
Kognitivni aspekti prevladavanja – kako su procene povezane sa emocijama i ponašanjem? .....	43
Emocionalni aspekti prevladavanja – kako su doživljaji povezani sa procenama i ponašanjem? .....	50
Pridržavanje tretmana i funkcionalnost pacijenata nakon infarkta miokarda .....	59
Metodologija istraživanja.....	75
Problem istraživanja.....	75
Ciljevi istraživanja.....	76
Značaj istraživanja.....	79
Varijable .....	80
Instrumenti .....	82
Hipoteze .....	85
Uzorak .....	89
Tok prikupljanja podataka.....	90
Priprema podataka za analizu.....	92
Psihometrijske karakteristike primenjenih skala.....	95
Rezultati .....	105
Deskriptivni statistički podaci.....	105
Razlike u stepenu izraženosti osnovnih varijabli istraživanja s obzirom na registrovane varijable .....	111
Povezanost varijabli istraživanja.....	114
<i>Prvi trenutak merenja</i> .....	114

<i>Drugi trenutak merenja</i> .....	118
<i>Treći trenutak merenja</i> .....	127
Ispitivanje pretpostavljenih medijacionih efekata .....	128
Promene u izraženosti varijabli u dva, odnosno u tri trenutka merenja .....	142
Ispitivanje longitudinalnih odnosa .....	148
Provera pretpostavljenog smera odnosa varijabli u modelu u celini .....	164
Kvalitativna analiza sadržaja u odnosu na zadate kategorije .....	176
Diskusija .....	185
Kako izgleda psihološka reprezentacija IM? .....	187
Promena u reprezentaciji IM nakon 1,5–2 meseca .....	190
Provera pretpostavljenih odnosa između varijabli .....	193
Odnosi među varijablama na transverzalnom nivou u prvom, drugom i trećem trenutku merenja .....	193
Promene u nivou izraženosti ispitivanih varijabli u različitim trenucima merenja .....	221
Odnosi među varijablama na longitudinalnom nivou .....	225
Provera pretpostavljenog smera odnosa između varijabli u modelu .....	234
Diskusija rezultata kvalitativne analize .....	238
Zaključak .....	245
Završna razmatranja, praktične implikacije i ograničenja istraživanja .....	247
Literatura .....	250
Prilog 1 – Povezanost dimenzija reprezentacije bolesti u prvom i drugom trenutku merenja ...	282
Prilog 2 – Rezultati sa zamenjenim nedostajućim vrednostima na nivou ispitanika metodom maksimizacije procene u drugom i trećem trenutku merenja .....	284
Prilog 3 – Informisana saglasnost za pacijente u prvom trenutku ispitivanja .....	319
Prilog 4 – Informisana saglasnost za pacijente u drugom i trećem trenutku ispitivanja .....	320
Prilog 5 – Pitanja za kvalitativnu analizu sadržaja na zadate kategorije u drugom i trećem ispitivanju .....	321



## Uvod

Način na koji ljudi sagledavaju zdravlje i bolest se dugi niz godina istražuje u okviru brojnih disciplina (npr. Caplan et al., 2011; Lawrence et al., 2006; Minas et al., 2007). Ipak, nije lako odrediti šta se podrazumeva pod bolešću, a šta znači biti zdrav. Pregled literature ukazuje na različite pristupe koji daju važnost kako individualnim, tako i kulturološkim faktorima koji su važni za zdravlje. U okviru zapadne medicine gde je dominantan biomedicinski pristup, zdravlje i bolest se, pre svega, opažaju sa naučnog stanovišta koje podrazumeva različite vrste posmatranja, merenja, ispitivanja, te upotrebu savremenih dijagnostičkih i terapijskih metoda. Uzrocima bolesti najčešće se smatraju nasledni i činioci koji su u vezi sa stilom življenja: neadekvatna ishrana, pušenje, upotreba alkohola, nedostatak fizičke aktivnosti, stres, prekomerna težina. S druge strane, istočnjački medicinski sistem zauzima holističko stanovište u odnosu na zdravlje i bolest, te ukazuje na važnost integrativne uloge uma, tela i duha. Pojedinci u okviru ovog pristupa uzroke bolesti pripisuju i nadljudskim faktorima uključujući božju kaznu, sudbinu i karmu, ali i grešne misli, ili pak mešanje mitskih bića poput vračeva i veštica (Cartwright et al., 2014). Iako suprotni, oba pristupa ukazuju na veći broj činilaca koje treba imati u vidu prilikom razmatranja zdravlja i bolesti. S tim u vezi je i shvatanje Svetske zdravstvene organizacije (SZO) gde se zdravlje određuje kao pozitivno stanje koje podrazumeva više relevantnih aspekata – „zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i onesposobljenosti“ (SZO, 1948, prema Downey & Chang, 2013). Kada se neki od ovih aspekata naruši, može da nastane niz problema, koji od osobe do osobe mogu imati vrlo različita ispoljavanja, čak i među onima koji boluju od iste bolesti ili imaju slične vrste onesposobljenosti (Weinman et al., 1996).

Sa pojavom biopsihosocijalnog modela zdravlja i bolesti, i kliničarima i istraživačima postaje jasno da zdravstvena stanja sa sličnom kliničkom slikom mogu biti povezana sa potpuno različitim načinima prilagođavanja kod različitih osoba (Berger, 1997). Istraživanja su pokazala da subjektivna percepcija zdravstvenog stanja doprinosi individualnim razlikama u odnosu na različite ishode, kako u fizičkom, tako i u emocionalnom pogledu, nezavisno od objektivnih indikatora (Benyamini et al., 2004). U nastojanju da razumeju svoje zdravstvene probleme i adekvatno odgovore na njih, ljudi formiraju različite psihološke modele bolesti, tj. opasnosti i pretnje po zdravlje, te načine prevazilaženja istih (Weinman et al., 1996). Kognicija u vezi sa

zdravljem i bolešću bila je predmet interesovanja brojnih istraživača u oblasti psihologije, što je rezultiralo i brojnim modelima i teorijama kojima se objašnjava ponašanje u vezi sa zdravljem (Downey & Chang, 2013). Kao jedan od najčešće korišćenih okvira za razumevanje psihološkog konstrukta bolesti, adaptacije na bolest i zdravstvene ishode u literaturi se pominje *Zdravorazumski model samoregulacije ili model samoregulacije* (eng. The Commonsense Model of Self-Regulation – CSM; Leventhal et al., 1970, 1980, 1998, 2016a). Iako je koncipiran pre gotovo pola veka, ovaj model se stalno dopunjuje i zavređuje veliku pažnju i teoretičara i istraživača i praktičara u oblasti zdravstvene psihologije (Benyamini & Karademas, 2019).

U ovom radu model samoregulacije predstavlja teorijski okvir za razumevanje kako se formira i menja psihološka reprezentacija infarkta miokarda (IM) s obzirom na to da se osnovna pitanja rada tiču međusobnih odnosa konstrukta bolesti, različitih aspekata prevladavanja i funkcionisanja osoba nakon preživljenog srčanog udara. Kako je reč o bolesti sa iznenadnim javljanjem i nepredvidivim ishodom, posledice nisu samo zdravstvene, već i psihosocijalne i funkcionalne (Memon et al., 2016). Razumevanje reprezentacije bolesti i rasvetljavanje njenih relacija sa različitim aspektima prevladavanja i funkcionisanja može dati važne smernice za razvijanje programa psihološke podrške zarad olakšavanja procesa oporavka i adaptacije osoba nakon infarkta. Pre nego što budu opisane mogućnosti primene modela samoregulacije kod pacijenata sa IM, te predstavljeni rezultati dostupnih istraživanja, biće dat kratak osvrt na kardiovaskularne bolesti (KVB) i IM, faktore rizika za njegov nastanak, te brojne psihološke, socijalne i funkcionalne posledice sa kojima se osobe suočavaju nakon IM.

### **Kardiovaskularne bolesti i infarkt miokarda**

Infarkt miokarda kao jedan od oblika akutnog koronarnog sindroma (AKS) spada u red KVB koje se smatraju jednim od vodećih uzroka smrti u svetu i predstavljaju značajan sociomedicinski, ali i ekonomski problem (Memon et al., 2016). Veći procenat obolelih i umrlih se prema nekim podacima registruje u razvijenim zapadanim zemljama, dok neki nalazi govore u prilog većeg morbiditeta i mortaliteta u zemljama u razvoju (Tadić, 2016). U Evropi oko 20% smrtnih ishoda na godišnjem nivou su posledica KVB (Nichols et al., 2014). Iako je incidenca fatalnih ishoda usled KVB smanjena poslednjih godina, ovo je i dalje vodeći glavni uzrok smrti pre 65. godine života (Nichols et al., 2014). Podaci Evropskog i Američkog udruženja kardiologa (eng. ESC – European Society of Cardiology i ACC/AHA – American College of

Cardiology/American Heart Association) ukazuju da je oko 40% svih kardioloških hospitalizacija usled AKS. Kao najteži oblik ishemijske bolesti srca, AKS je jedan od najčešćih uzroka urgentnog prijema u bolnicu i iznenadne smrti u razvijenim delovima sveta, a poslednjih nekoliko decenija i u zemljama u razvoju (Tadić, 2016).

### ***Infarkt miokarda i faktori rizika za njegov nastanak***

IM karakteriše ireverzibilna ishemija miokarda koja progredira do nekroze (Batut, 2018). Uprkos napretku u prevenciji, ovo je i dalje dosta zastupljen zdravstveni problem (Shapiro, 2015). Reč je o akutnoj/iznenadnoj bolesti sa značajnom stopom ponovnog javljanja i smrtnosti u narednoj godini (Soleimani et al., 2017). Iznenadna (nagla) srčana smrt nastaje u akutnoj, nestabilnoj fazi bolesti zbog ishemije praćene teškim poremećajima ritma, ventrikularnom fibrilacijom ili ventrikularnom tahikardijom (Batut, 2018, 2020).

Prema podacima SZO, prosečno godišnje u svetu od IM oboli šest miliona ljudi, pri čemu se letalni ishod javi u više od 25% slučajeva (Batut, 2020). Iako se najčešće javlja u srednjem ili starom životnom dobu, ima podataka koji ukazuju da je IM sve češći i kod mlađe populacije, pri čemu je prevalenca mlađih odraslih koji su doživeli IM bila nešto manja od 50%, a prosečni uzrast na kome se IM javlja  $37.63 \pm 6.26$  godina, sa stopom smrtnosti od oko 12%. Što se tiče Srbije, prevalenca i incidenca IM se ne razlikuju u odnosu na ostale delove Evrope. Veća incidenca se registruje kod muškaraca, broj obolelih raste sa starošću, a veći procenat mortaliteta je u Vojvodini i severnom delu Srbije. Ukupni mortalitet je približno 12–13% (Tadić, 2016). Prema podacima Batut-a iz 2020. godine u Srbiji su bolesti krvnih sudova bile vodeći uzrok smrti (47.3%), ispred malignih bolesti (17.8%). Što se IM tiče, 2020. zabeleženo je 16,837 novoobolelih, pri čemu je najveći broj osoba muškog pola, a registrovani slučajevi se javljaju već na dečjem uzrastu (od 0 do 4 godine). Broj umrlih od IM u 2020. godini bio je 4,253 (Batut, 2020).

Najčešće se kao faktori rizika za obolevanje od koronarne bolesti srca (KBS) i IM navode visok nivo masti u krvi – visoke vrednosti holesterola (pre svega visok nivo LDL holesterola i nizak nivo HDL holesterola) i triglicerida, visok krvni pritisak, dijabetes i pušenje. Pored njih, to su i životno doba (sa starenjem se povećava rizik), pol (brojni nalazi ukazuju na češće obolevanje među muškarcima), gojaznost, hereditet (prisustvo bolesti u porodici), fizička neaktivnost. Shodno tome, najveći broj istraživanja je i usmeren na ispitivanje ovih, tradicionalnih faktora rizika od obolevanja (Hadži Pešić, 2009). Prema nekim podacima njima se, međutim, može objasniti samo

određen, i to najčešće manjinski procenat varijanse nastanka bolesti (Futterman & Lemberg, 1998; Spence et al., 1999). Pored tradicionalnih, pažnju treba usmeriti i na psihosocijalne faktore rizika koji mogu oštetiti kardiovaskularni sistem bilo preko fizioloških mehanizama, bilo preko efekta koji imaju na životne izbore i ponašanja (Haines et al., 2001; Krantz & McCeney, 2002; Steptoe, 2000). Kognicija i emocije koje su povezane sa stresom (npr. hostilnost i sa njom povezani konstrukti, različite vrste kognitivnih pristrasnosti, odnosno kognitivnih distorzija, prisustvo negativnih emocionalnih stanja, naročito depresije i anksioznosti) se takođe smatraju faktorima rizika, ali i faktorima koji deluju na ishod KVB (Gallo & Matthews, 2003; Rozanski et al., 1999; Smith & Ruiz, 2002). S druge strane, malo je pažnje do sada posvećeno faktorima koji doprinose psihološkoj rezilijentnosti u odnosu na KVB (Gallo et al., 2004).

Danas se veliki broj ljudi zahvaljujući medicinskom napretku (prema nekim podacima i do 2/3, Bennett & Connell, 1999) oporavi od IM i nakon rehabilitacije vrati svom uobičajenom životu. Međutim, pored somatskih i funkcionalnih, IM može imati brojne psihološke efekte na osobu, utičući na životni stil obolelih, značajno ograničavajući funkcionisanje i ometajući adaptaciju na zahteve svakodnevnog života (Arrebola-Moreno et al., 2014; Granados-Gámez et al., 2015; Morys et al., 2015). Shodno tome u brojnim studijama je istaknuta važnost psiholoških činilaca u procesu oporavka nakon IM (npr. DuBois et al., 2012).

Rezultati istraživanja ukazuju na brojne teškoće prilagođavanja pacijenata nakon IM (Smith et al., 2017). Najčešće se IM opaža kao iznenadni i životno ugrožavajući događaj sa intenzivnim doživljajem straha od smrti, bespomoćnosti i gubitka kontrole (Princip et al., 2018). Period neposredno nakon IM je obeležen intenzivnom emocionalnom uznemirenošću pacijenata i njihovih porodica. Pacijenti sa IM mogu da doživljavaju visoke nivoe anksioznosti i depresivnosti dok postaju svesni svoje bolesti. Ovo može da dovede do intenzivnog straha od budućeg IM i smanjenih očekivanja da se zdravlje i snaga mogu ponovo povratiti (Hutton & Perkins, 2008). Rezultati istraživanja ukazuju da mnogi pacijenti razviju depresivni poremećaj tri meseca nakon infarkta koji, prema brojnim nalazima, predstavlja faktor rizika za povećanu stopu smrtnosti (Toukhsati et al., 2017). Približno 15% pacijenata nakon IM razvije posttraumatski stresni poremećaj (PTSP; prema klasifikaciji mentalnih poremećaja DSM-IV; Edmondson & von Känel, 2017). Mnogi ne uspevaju da se vrte na posao i izveštavaju o smanjenim sposobnostima iako su fizički sposobni da rade. Mnogi ne učestvuju u ponuđenim programima rehabilitacije. Dakle,

brojne psihološke promene se mogu javiti neposredno nakon IM, i mogu imati implikacije na životni stil osoba. Shodno tome, ne treba zanemariti teorijske modele, ali i empirijske rezultate koji ukazuju na važnost psiholoških procesa nakon IM i prilagođavanja na bolest, tj. vraćanja uobičajenom životu, ali i usvajanja preventivnih oblika ponašanja (Figueiras et al., 2014).

Model samoregulacije nudi okvir za razumevanje važnosti konstrukta bolesti u raznim stadijumima IM i može da ponudi smernice za razvijanje programa intervencija, a sa ciljem olakšavanja procesa oporavka (Petrie & Weinman, 1997a). U nastavku će najpre biti opisan ovaj model generalno, a potom i mogućnost njegove primene kod pacijenata sa IM.

## Teorijski okvir istraživanja

### Model samoregulacije

Model samoregulacije, čiji su autori Leventhal i saradnici (Leventhal, 1970; Leventhal et al., 1980) predstavlja konceptualni okvir na osnovu koga se mogu objasniti kognitivni i emocionalni aspekti razumevanja bolesti i različitih pretnji po zdravlje, kao i zdravstveno relevantna ponašanja. Često se ovaj model naziva i *zdravorazumski* model samoregulacije, jer razmatra uobičajen, zdravorazumski način na koji ljudi razmišljaju kada se suoče sa bolešću ili nekom zdravstvenom pretnjom (Benyamini et al., 2004). Samoregulacija, najšire gledano, podrazumeva sklonost osobe da angažuje svoje kognitivne, emocionalne i ponašajne resurse u cilju ostvarivanja željenog cilja ili ishoda (Blankers, 2008; de Ridder & de Wit, 2006; Van Damme et al., 2009). Reč je o konceptu koji je centralni deo mnogih teorija i modela nastalih sa ciljem da utvrde antecedense ponašanja koje je važno za očuvanje i održanje zdravlja (Hagger et al., 2009; Leventhal et al., 1998; Schwarzer, 2008). Ovo je ujedno i najrasprostranjeniji model za istraživanje povezanosti percepcije bolesti i emocionalnih i bihevioralnih odgovora usmerenih na njeno prevladavanje (Weinman et al., 1996). U osnovi modela je pretpostavka da ljudi imaju prirodnu želju da razumeju svoju bolest kako bi aktivirali i/ili razvili adekvatne načine prilagođavanja i na bolest i na ulogu pacijenta (Hagger & Orbell, 2003; Hermele et al., 2007). To je dinamični, proces-orijentisani model koji nastoji da opiše dinamiku interakcija između varijabli koje kontrolišu ponašanja u vezi sa zdravljem i predstavljaju odgovor na sadašnje ili buduće pretnje po zdravlje (Leventhal et al., 2016a), tj. da pokaže kako pacijenti reaguju na unutrašnje i spoljašnje stimuluse (senzacije, simptome, povrede, bolest, tretman) da bi razumeli konkretnu bolest, ali i bolesti generalno i preduzeli odgovarajuće aktivnosti u cilju njihovog prevladavanja (Foxwell et al., 2013).

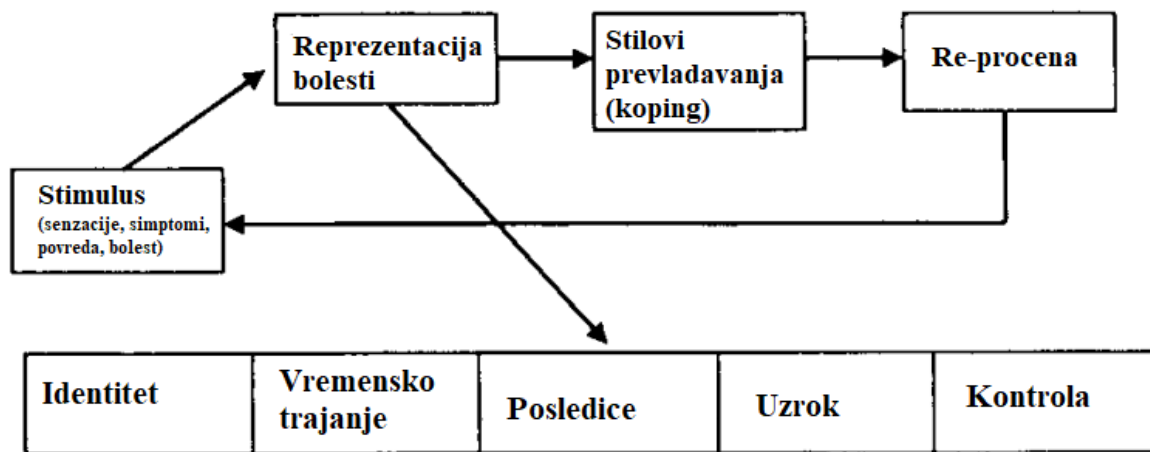
Kada se suočimo sa pretnjom po zdravlje, najčešće smo izloženi velikom broju informacija, počev od onih koje dobijamo iz tela, preko onih od lekara i sa medicinskih testova, do saveta i reakcija drugih ljudi, pa čak i izveštaja iz medija. Proces obrade ovih informacija je utelovljen, kako u samoj osobi, tako i u socijalnom kontekstu u kome ona živi, a njegov rezultat prema modelu samoregulacije su *kognitivne* i sa njima povezane *emocionalne reprezentacije* zdravstvene pretnje (Benyamini et al., 2004). Ova dva paralelna procesa predstavljaju sistem samoregulacije koji

ostvaruje efekat na ishod bolesti, funkcionalno stanje osobe i psihološki distres (Hagger et al., 2017). Kako model uključuje faktore za koje se pretpostavlja da leže u osnovi ponašanja, može se smatrati okvirom za predviđanje pridržavanja tretmana i promene životnog stila u cilju upravljanja pretnjama po zdravlje (Leventhal et al., 2016b). U okviru modela samoregulacije pacijent se posmatra kao neko ko aktivno rešava problem, što nije novina, ali se često ignoriše u kliničkoj praksi. Tek se novija istraživanja sistematski bave odnosom kognicije i verovanja pacijenata i ponašanja u vezi sa zdravljem. Značaj ovog modela se, samim tim, ogleda u promeni pristupa u smislu da je on više usmeren na pacijenta i njegovu perspektivu bolesti, te na implikacije koje ta perspektiva može imati u kasnijim ponašanjima koja se odnose na upravljanje bolešću/zdravljem.

Sam model se može sagledati kroz tri glavna elementa – *reprezentaciju bolesti, stilove/procedure prevladavanja i (re)procenu ishoda* (Slika 1). Da bismo razumeli ove elemente, najpre treba napraviti razliku između *prototipa* (memorijskih struktura) i *reprezentacija bolesti* (mentalnih modela koji se aktiviraju u određenom vremenskom trenutku). Pojedinačna istorija somatskih senzacija, fizičkog i kognitivnog funkcionisanja je utelovljena u *prototipu selfa* i *protipu bolesti* i *tretmana*. Istorija prototipa selfa je jedinstvena i zasnovana je na urođenim neurobiološkim reprezentacijama normalnog telesnog funkcionisanja koje se potvrđuju u svakodnevnim iskustvima. Nasuprot tome, iskustva različitih bolesti i tretmana se formiraju epizodično, kroz stečena iskustva sa različitim faktorima bolesti i tretmana koje prožimaju svakodnevni život. Na primer, prethodna iskustva sa prehladom stvaraju prototip somatskih senzacija, funkcionalnih smetnji i potrebnog tretmana za prehladu, pa kada osoba ponovo ima upalu grla i zapušeni nos, prototip za prehladu se aktivira i pokreće reprezentaciju bolesti za prehladu. Teškoće i onesposobljenosti, koje se javljaju rano u životu i traju dugo ili su kongenitalne prirode, mogu da budu deo *normativnog* prototipa selfa, dok nove, kratkotrajne ili privremene teškoće (npr. privremena onesposobljenost za rad) mogu da aktiviraju reprezentaciju bolesti i tretmana, tj. prevladavanje (akcioni plan; Leventhal et al., 2016a). Odstupanje od uobičajenog, normativnog selfa (npr. pojava simptoma) jeste stimulus koji će sa velikom verovatnoćom stupiti u interakciju sa reprezentacijama bolesti i aktivirati prototipove određenih pretnji po zdravlje u datom trenutku (Bunde & Martin, 2006).

Najšire gledano, reprezentacije bolesti se mogu smatrati individualnim zdravorazumskim definicijama zdravstvene pretnje (Leventhal et al., 1998). Podrazumevaju *verovanja i očekivanja*

koja osoba ima u odnosu na sopstvenu ili tuđu bolest, povredu, simptom, senzaciju. U literaturi se može naći više termina za ova verovanja ili očekivanja. Tako neki istraživači i teoretičari govore o kognitivnim reprezentacijama kao o reprezentacijama bolesti generalno, ili kogniciji o bolesti, ili bazičnim verovanjima/šemama o bolesti i zdravlju, ili percepciji bolesti (Benyamini et al., 2004). Preciznije, reprezentacije bolesti podrazumevaju mentalne modele koji su kao i prototipovi deo memorijskih struktura koje se mogu aktivirati usled neke promene u telesnom funkcionisanju ili davanjem informacija o bolesti. Nakon toga se vrši *pretraga* u memorijskim strukturama, odnosno „uparivanje“ reprezentacije bolesti sa odgovarajućim prototipom (Leventhal et al., 2011). Aktivirajući reprezentaciju stimulus može da se „upari“ i pokrene karakteristike više od jednog prototipa i da, samim tim, stvori nejasnu reprezentaciju bolesti (Leventhal et al., 2016a). Npr. ako neko oseti jak bol u grudima, njegova lokacija, vreme početka, trajanje, stepen ometanja dosadašnjih aktivnosti u interakciji sa individualnim prototipovima bolesti i vulnerabilnosti selfa, mogu da kreiraju reprezentaciju srčanog udara ili ozbiljnog trovanja hranom (za detaljnije informacije videti Bunde & Martin, 2006).



**Slika 1.** Model samoregulacije (modifikovano prema Cameron & Leventhal, 2003)

### ***Kako se formira reprezentacija bolesti?***

Reprezentacija bolesti se može formirati na više načina. Prethodna iskustva sa bolešću, bilo sopstvena, bilo iskustva drugih osoba, određena sociokulturna verovanja o (konkretnoj) bolesti i načini na koje mediji plasiraju informacije o bolesti(ma) jesu činioci koji doprinose formiranju



reprezentacija. Sadržaj verovanja zavisi i od informacija koje se dobijaju od lekara i/ili drugih zdravstvenih radnika, kao i od vrste dijagnoze pod kojom se pacijenti vode. Jednom shvaćeni kao koronarni, astmatični ili gastro pacijenti, osobe mogu formirati i odgovarajuća verovanja u odnosu na bolest. Shodno tome, individualna procena nekog novog simptoma može govoriti o prethodnom iskustvu osobe sa istim simptomom (Teel et al., 1997), posmatranju tuđih iskustava, naročito članova porodice, ali i predstavljati refleksiju informacija koje su dobijene iz medija ili drugih sredstava informisanja (Leventhal et al., 2016a). S jedne strane, dimenzije reprezentacije bolesti nastaju na osnovu mentalne konceptualizacije (verovanja o simptomima, senzacijama, bolesti), a s druge na osnovu konkretnog, fizičkog iskustva sa određenom bolešću, simptomima ili senzacijama. Čine ih, dakle, i *konkretna iskustva* i *apstraktno* poimanje bolesti. Na primer, doživljavanje određenih simptoma ili saopštavanje dijagnoze mogu da dovedu do pretrage apstraktnih informacija u semantičkoj memoriji koje su povezane sa datim simptomima, tj. njihovim nazivima ili dijagnozama. Ovo vodi do formiranja šematske reprezentacije bolesti koja je zasnovana na konkretnom iskustvu, a povezana sa njenim apstraktnim imenom, i podstiče dalju pretragu konkretnih telesnih simptoma koji su povezani sa tim imenom, odnosno dijagnozom. Leventhal (prema Hagger & Orbell, 2003) govori da se ovakvo povezivanje simptoma sa dijagnozama odvija automatski i intuitivno. Dakle, reč je o percepciji i interpretaciji različitih izvora informacija kroz simetrični konceptualni (apstraktni) i šematski (konkretni i perceptivni) proces.

Već postojeća reprezentacija bolesti se može aktivirati na više načina. Najčešće je pokreće javljanje nekog simptoma ili telesne senzacije, ali može biti i saopštavanje dijagnoze. Na primer, ukoliko osoba koja do sada nije imala nikakve simptome, iznenada oseti jak bol u grudima, njegov kvalitet, lokacija, trajanje i stepen do koga ometa dosadašnju aktivnost zajedno sa opaženim uzrocima mogu da pokrenu mentalnu reprezentaciju – „Imam infarkt”. Aktivacija reprezentacije bolesti podrazumeva aktiviranje sadržaja konstrukta bolesti i na opaženom/procenjenom nivou (apstraktnom i konkretnom) – *kognitivna reprezentacija* i na doživljajnom nivou – *emocionalna reprezentacija*. Percepcija bolesti zavisi i od emocionalnog stanja u kome se osoba nalazi, a na njega povratno deluje pokrenuta reprezentacija bolesti (Dempster et al., 2015). Nadalje, prema modelu samoregulacije, reprezentacija bolesti aktivira strategije prevladavanja, tj. vodi u planiranje aktivnosti i anticipaciju određenih ishoda usmerenih na prevladavanje bolesti i poboljšanje emocionalnog blagostanja (Leventhal et al., 2016a; Serlachius & Sutton, 2009). Proces

aktivacije reprezentacije bolesti predstavljen je na Slici 2. Prevladavanje se najčešće smatra medijatorom odnosa između procene i ishoda bolesti, ali ima nalaza koji ukazuju da postoji i direktna povezanost reprezentacija bolesti i ishoda nezavisno od prevladavanja (npr. Foxwell et al., 2013; Hagger et al., 2017). U poslednjoj fazi, fazi (re)procene pacijenti na osnovu procene ishoda vrše evaluaciju preduzetih strategija prevladavanja i odlučuju da li da nastave sa istom ili da probaju neku drugu strategiju. Povratno, pokreće se i promena reprezentacije bolesti, što ilustruje dinamičnu prirodu procesa samoregulacije pokrenutog u cilju uspostavljanja adekvatne adaptacije (Benyamini & Karademas, 2019; Foxwell et al., 2013). Informacije koje se procenjuju kao visoko preteće po zdravlje imaju najveću šansu da pokrenu na aktivnost. Akcioni planovi sami za sebe, bez procene pretnje, neće biti dovoljni (Leventhal et al., 2016a).

Prilikom formiranja reprezentacije bolesti, problem može da nastane ukoliko je apstraktno poimanje, tj. verovanje o bolesti zasnovano na netačnim procenama i zaključcima (npr. bol u grudima = infarkt). Dešava se, u stvari, da subjektivno iskustvo i reprezentacija bolesti koja na osnovu njega nastaje, ne odgovaraju uvek objektivnoj (biološkoj) realnosti (Leventhal et al., 2016a). S tim u vezi treba pomenuti i *zablude* u vezi sa zdravljem (Furze, 2007) koje mogu da budu povezane sa maladaptivnim načinima prevladavanja i ukupnim ishodima po zdravlje (Lin et al., 2013). Ove zablude mogu imati poreklo u nekim predubedenjima koje pacijenti imaju o svojoj bolesti, a neka od njih mogu poticati i od lekara ili iz porodičnog i socijalnog sistema i medija. Prema nekim shvatanjima (Coulson et al., 1989) glavne zablude koje osoba ima u vezi sa zdravljem se mogu smatrati šemama u smislu da deluju na način obrade drugih informacija tako da je osoba selektivno osetljiva na one koje se uklapaju u njenu zabludu, odnosno da zabludama prebojava tumačenje bilo kojih novih informacija, što onemogućava drugačije opažanje. Na reprezentacije bolesti moderirajući efekat može imati i sociokulturni kontekst. Na primer, osoba može glavobolju i bol u mišićima da opazi kao bezopasne znake prehlade. Međutim, ako se ovi simptomi jave nakon posete mestu na kome postoji malarija, mogu aktivirati reprezentacije koje ukazuju da se radi o ozbiljnoj infekciji i pretnji po zdravlje (Hagger et al., 2017).

### ***Operacionalizacija modela samoregulacije – dimenzije reprezentacije bolesti***

Sa razvojem Upitnika percepcije bolesti (eng. Illness Perception Questionnaire IPQ; Weinman et al., 1996) olakšano je sistematsko istraživanje modela samoregulacije kroz odgovarajuću operacionalizaciju i kvantifikaciju reprezentacije bolesti (Benyamini & Karademas,

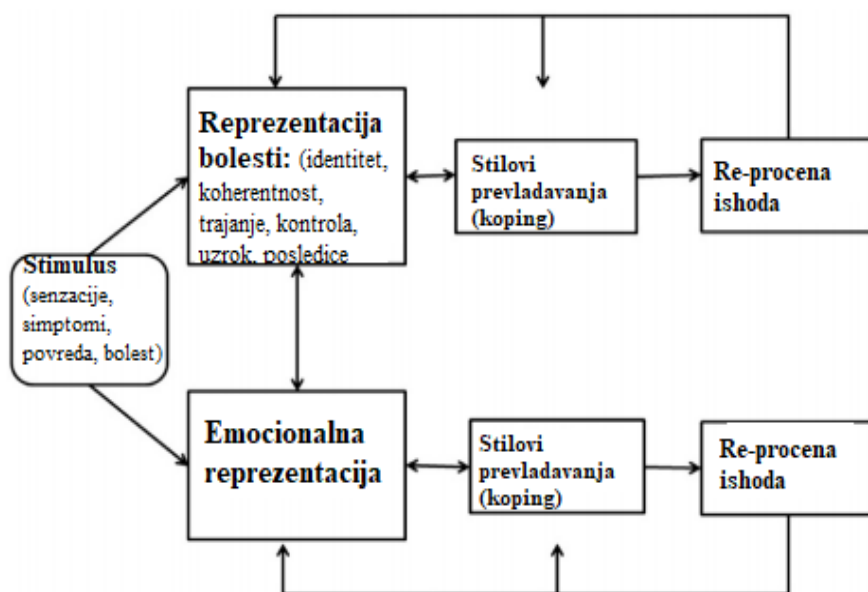
2019). Početna operacionalizacija je podrazumevala model samoregulacije sa pet bazičnih dimenzija (Slika 1): 1) *identitet* (način na koji osoba opisuje lokaciju i stepen ozbiljnosti somatskih senzacija, odnosno simptoma i njihovo potencijalno značenje, tj. naziv koji im pripisuje i kako su oni međusobno povezani); 2) *verovanja u odnosu na vremensko trajanje bolesti* (procena perioda početka bolesti, njenog trajanja, toka i vremena potrebnog za redukciju simptoma); *verovanja o posledicama* bolesti (funkcionalne, socijalne i finansijske) i/ili tretmana; 4) *verovanja o uzroku* (šta osoba smatra da je dovelo do nastanka bolesti (npr. napor, stres, nasleđe) – u okviru različitih istraživanja identifikovan je veliki broj faktora koji se mogu smatrati uzrocima bolesti, poput *bioloških* (virusi, bakterije, karakteristike imunog sistema; Heijmans, 1998); *emocionalnih* (stres, depresija; Weinman et al., 1996); *sredinskih/okolinskih* (zagađenja, hemikalije; Heijmans, 1998; Heijmans & de Ridder, 1998) i *psiholoških* činilaca (stavovi i druge karakteristike ličnosti, prekomeran rad; Moss-Morris et al., 2002), kao i izvesna preklapanja među njima, što je u ranijim fazama dovelo do teškoća ispitivanja i interpretacije ove dimenzije reprezentacije bolesti (Kemp et al., 1999); 5) *verovanja o kontroli* (kako osoba procenjuje da ima kontrolu nad bolešću i izlečenjem) (Leventhal et al., 2016a).

Kasnije, u revidiranoj verziji upitnika (eng. *Illness perception questionnaire – Revised*, IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002) dodata je još jedna (šesta) dimenzija koja se odnosi na verovanja koja bolesti daju *smisao (koherentnost)*. Uključivanje ove dimenzije u operacionalizaciju modela samoregulacije je podržano rezultatima metaanalize u kojima je ispitivana veza između percepcije bolesti i psihološkog blagostanja i kvaliteta života pacijenata koji boluju od različitih hroničnih bolesti, ukazujući da ova povezanost nije specifična za određenu bolest (Foxwell et al., 2013).

Pored pomenutih reprezentacija koje su, pre svega, kognitivne prirode, kao što je već pomenuto, proširena operacionalizacija uključuje i *emocionalnu reprezentaciju* bolesti (Moss-Morris et al., 2002). Ključni aspekt dopunjenog modela je upravo pretpostavka o dva paralelna procesa koji se odnose na kognitivni i emocionalni odgovor na bolest i povratni odgovor koji ukazuje na dinamičan proces samoregulacije gde osoba usvaja određene strategije prevladavanja, procenjuje progres i na osnovu toga revidira i aspekte prevladavanja i formirani konstrukt bolesti (Serlachius & Sutton, 2009). Shodno tome operacionalizacija emocionalne reprezentacije uključuje negativne emocionalne reakcije poput straha, besa, stanja distresa (Moss-Morris et al.,

2002) i ventiliranje osećanja koja se javljaju kao odgovori na bolest, ali i na njene ishode (npr. promena kvaliteta života; npr. Evans & Norman, 2009; Rozema et al., 2009).

Primetno je da, kada se pomene reprezentacija bolesti, najpre se ima u vidu kognicija, a emocionalni aspekti razumevanja bolesti se, iako predstavljaju paralelni proces, ređe pominju. Veliki deo istraživača ne odvajaju kognitivne i emocionalne reprezentacije kao posebne procese, jer se emocionalne reprezentacije teško ispituju i razdvajaju od emocionalnih ishoda, a takođe je teško napraviti razliku u odnosu na emocionalne aspekte prevladavanja, jer jedna ista emocija može biti i emocionalna reprezentacija bolesti i način suočavanja sa njom (Benyamini et al., 2004).



**Slika 2.** Revidirani model samoregulacije (preuzeto i modifikovano prema Foxwel et al., 2013)

Iako se dimenzije reprezentacije bolesti razlikuju i mogu imati različite efekte na prevladavanje i ishode, one nisu nužno nezavisne, već mogu biti povezane na različite načine u zavisnosti od karakteristika konkretne bolesti (akutna ili hronična bolest) i načina lečenja (Leventhal et al., 2016a). One stupaju u međusobni odnos čim osoba doživi početne simptome, a on se menja tokom trajanja bolesti, javljanja novih simptoma i odgovora na tretman (Weinman et al., 1996).

Rezultati nekih istraživanja (npr. Heijmans, 1998, 1999; Heijmans & deRidder, 1998; Weinman et al., 1996) ukazuju na snažnu negativnu povezanost dimenzija identiteta i kontrole,

kao i na pozitivnu povezanost između percepcije hroničnog toka bolesti i ozbiljnih posledica. Ovo ukazuje da pacijenti koji svoju bolest opisuju sa puno simptoma i samim tim joj daju snažan identitet najčešće opažaju da bolest nije pod kontrolom, da će imati hronični tok i ozbiljne posledice po njihov život ili stil života. Nasuprot tome, pacijenti koji opažaju da imaju veću kontrolu nad bolešću, takođe opažaju i da će ona imati manje ozbiljne posledice, te da neće trajati (toliko) dugo (Hagger & Orbell, 2003). Utvrđeno je da su dimenzije identiteta, ozbiljnijih posledica, dužeg trajanja i emocionalne reprezentacije međusobno pozitivno povezane, a u negativnoj su korelaciji sa dimenzijama kontrole i koherentnosti (koje su inače pozitivno povezane; Hagger et al., 2017). Snažnija verovanja o kontroli zahvaljujući tretmanu su povezana sa manje ozbiljnim posledicama, manjim opažanjem hroničnog toka bolesti i manjim brojem simptoma koji su povezani sa bolešću. S druge strane, neki podaci ukazuju na pozitivnu povezanost dimenzije uzročnosti sa kontrolom i koherentnošću kao kognitivnim aspektima reprezentacije bolesti (Figueiras & Alves, 2007), ali ne i sa emocionalnom reprezentacijom (Moss-Morris et al., 2002), mada ovi nalazi nisu konzistentni.

Rezultati istraživanja pokazuju i da se percepcija bolesti može menjati vremenom (Astin & Jones, 2006; Bijsterbosch et al., 2009; Broadbent et al., 2009; Petrie et al., 2002, 2012). Hronična bolest postepeno menja percepciju posledica, emocionalne reakcije i doživljaj kontrole. Percepcija bolesti je podložna promenama i usled raznih intervencija (Foxwell et al., 2013). Edukovanje u pogledu zdravlja može pojačati uvid pacijenata i dovesti do promene atribucije uzročnosti bolesti (npr. promena sa shvatanja uzroka kao posledice genetske predispozicije na shvatanje uzroka kao posledice nezdravog stila življenja) i pratećeg ponašanja. Međutim, kako se odvija interakcija između ovih reprezentacija, da li su one komplementarne ili kompetitivne u načinu na koji utiču na donošenje odluka u cilju promovisanja ili održavanja zdravlja, nešto je što zahteva dodatna istraživanja.

### ***Povezanost reprezentacija bolesti sa zdravstveno relevantnim ishodima***

Sve je više rezultata istraživanja koji ukazuju da je percepcija bolesti povezana sa važnim zdravstvenim ishodima poput preživljavanja i smrtnosti (npr. Parfeni et al., 2013). Generalno, nalazi ukazuju da su negativne reprezentacije bolesti povezane sa nižim kvalitetom života, kasnijim povratkom na posao, više komplikacija bolesti, slabijom modifikacijom životnog stila i sporijom rehabilitacijom. Negativne reprezentacije bolesti, slabije razumevanje i manja percepcija

kontrole u odnosu na bolest se pokazuju kao značajni prediktori depresivnosti. Dimenzije identiteta i posledica su dosledno pozitivni prediktori maladaptivnih ishoda, koji su povezani sa ubrzanom progresijom bolesti, višim nivoom distresa i nižim nivoom blagostanja (Hagger et al., 2017). S druge strane, nalazi govore da pacijenti koji bolje razumeju posledice svoje bolesti imaju veći doživljaj lične kontrole i opažaju mogućnosti promene svog zdravstvenog statusa, ali i bolji kvalitet života u odnosu na zdravlje (Sigurdardottir et al., 2017). Osobe koje opažaju da će bolest imati slabiji efekat na njihov život, koje pri tom bolest opisuju sa manjim brojem simptoma i opažaju da je ona pod kontrolom, te da je moguće lečiti je, verovatno će doživeti i manje stresa u susretu sa bolešću, bolje funkcionisati i imati viši nivo blagostanja (Hagger et al., 2017). U skladu s tim, rezultati novije i opsežne metaanalize (Hagger et al., 2017) pokazuju da su viši nivo percipirane kontrole nad bolešću i njeno razumevanje pozitivno povezani sa strategijama prevladavanja koje su usmerene na problem i traženjem socijalne podrške, a negativno sa izbegavajućim načinima prevladavanja (izuzev povezanosti dimenzije koherentnosti i socijalne podrške). Takođe, doživljaj veće kontrole i koherentnosti su pozitivno povezani sa fizičkim i socijalnim funkcionisanjem, kvalitetom obavljanja uloga i psihološkim blagostanjem (izuzev povezanosti dimenzije koherentnosti i socijalne podrške). Ovo potvrđuje i rezultate prethodne metaanalitičke studije (Hagger & Orbell, 2003) da su negativnija verovanja o posledicama, identitetu bolesti i hroničnom toku bila povezana sa lošijim fizičkim i socijalnim funkcionisanjem, nižom vitalnošću, te nižim kvalitetom obavljanja uloga, dok su verovanja o mogućnosti kontrole bolesti bila povezana sa boljim socijalnim funkcionisanjem i vitalnošću. Jače emocionalne reprezentacije bolesti su, između ostalog, prediktori nižeg kvaliteta života i kasnijeg povratka na posao (Broadbent et al., 2015). Ima podataka i o efektima dimenzija reprezentacije bolesti na emocionalno prilagođavanje (Murphy et al., 1999). Pokazalo se da emocionalna reprezentacija bolesti ima jak pozitivni efekat na ukupni nivo distresa, a da je negativno povezana sa blagostanjem, kao i sa fizičkim i socijalnim funkcionisanjem, što znači da će osobe koje su u mogućnosti da ublaže svoju emocionalnu reakciju na bolest imati manje štetne emocionalne ishode iste. Međutim, rezultati pomenute metaanalize pokazali su i da je efekat emocionalne reprezentacije na funkcionisanje i progresiju bolesti slabiji u odnosu na ostale dimenzije reprezentacije bolesti, što implicira da slabije emocionalne reprezentacije bolesti ne moraju da imaju ni jak efekat na adaptivno funkcionisanje i oporavak (Hagger et al., 2017).

Dimenzije reprezentacije bolesti su takođe povezane sa donošenjem odluka u odnosu na traženje medicinske pomoći (Leventhal et al., 1992), komplijansu sa stručnjacima, pridržavanjem tretmana (Croyle & Ditto, 1990), poštovanjem medicinskih preporuka (Leventhal et al., 2016b), te sa mogućnošću predviđanja uspeha prevladavanja kod hroničnih bolesnika (npr. Hampson et al., 1990). S tim u vezi su i rezultati eksperimentalnih studija koji daju snažne dokaze da percepcija bolesti može modifikovati ponašanje, kao i da intervencije usmerene na promenu percepcije bolesti mogu poboljšati ishode bolesti (Broadbent et al., 2009; Cunningham et al., 2012; Davies et al., 2008; Keogh et al., 2011; Petrie et al., 2002; Petrie et al., 2012, prema Broadbent et al., 2015).

### **Primena modela samoregulacije kod infarkta miokarda**

Model samoregulacije se u dosadašnjim istraživanjima pokazao dobrim teorijskim okvirom za razumevanje psiholoških aspekata IM (npr. Alsén et al., 2010; Broadbent et al., 2009; Petrie & Weinman, 1997b; Petrie et al., 2002; Princip et al., 2016). Kako je reč o bolesti koja se iznenada javlja, mogu se ispitivati pacijentove reprezentacije od samog početka bolesti i pratiti njihove promene u različitim stadijumima. U nastavku će biti više reči o pojedinačnim dimenzijama reprezentacije bolesti i njihovoj međusobnoj povezanosti kod osoba nakon IM.

### ***Reprezentacija bolesti kod IM – dimenzija identitet***

Uobičajeni prototipi srčanog udara, odnosno IM uključuju bol u grudima i/ili ramenu, obilno znojenje i kratak dah. Ovi simptomi se prepoznaju kao „kardiološki relevantni” (eng. cardiac-related) i od strane stručnjaka i od strane laika. „Odjednom sam osetio bol u grudima i leđima, trnjenje u rukama i nogama, počeo sam da se znojim... Bol je bio jak, onesvestio sam se“ (Canto et al., 2000). Iako su ovo uobičajeni simptomi, naročito kod muškaraca, značajan broj osoba sa IM ima atipične simptome, naročito ukoliko infarkt nastupi u kasnijim godinama (Canto et al., 2000). Ako su simptomi atipični, ako su locirani u delovima tela koji nisu povezani sa srčanom funkcijom, onda je formiranje identiteta bolesti kao IM manje verovatno. Na primer, ako se bol locira u gornjem delu abdomena umesto u grudima, može biti opažen kao gastrični problem, tj. problem sa stomakom ili crevima, umesto sa srcem. Bunde i Martin (2006) ukazuju da ovakva percepcija simptoma utiče na ponašanje osoba sa IM najčešće u vidu kasnijih odlazaka u bolnicu, mada je to manje često ako osoba već boluje od kardiovaskularnih bolesti ili je imala neke od klasičnih simptoma IM poput bola u grudima i obilnog znojenja. Prema nekim nalazima kasniji odlazak u bolnicu može da bude povezan sa tim da mnogi ne anticipiraju manje ozbiljne znake

koji na to upozoravaju (Patel et al., 2004), pa odlažu odlazak kod lekara čekajući da simptomi prođu (Dracup & Moser, 1997). Ako osoba smatra da su bolovi gastričnog porekla, ili ako se bol u levoj ruci opazi kao posledica spavanja na toj ruci, vrlo je verovatno da će kasnije potražiti pomoć, kao i ako oseća umor ili ima probleme sa spavanjem. U principu, pacijenti kasne sa javljanjem lekaru ako se simptomi ne uklapaju u tipične simptome određene bolesti (tj. ako nisu u skladu sa usvojenom reprezentacijom; Levental et al., 2016a). Kasnije javljanje može da bude povezano sa smanjenim mogućnostima za rane intervencije, što sa svoje strane može da bude povezano sa pojačanim rizikom od komplikacija i umiranja (Walsh et al., 2004). Takođe je utvrđeno da pacijenti koji su već imali IM nisu „bolji” u smislu bržeg prepoznavanja simptoma i javljanja lekaru od onih koji se sa IM prvi put suočavaju (npr. Schmidt & Borsch, 1990; Yarzebski et al., 1994). Nalazi ukazuju i na polne razlike, pri čemu žene kasnije zatraže pomoć od muškaraca (npr. Schmidt & Borsch, 1990; Yarzebski et al., 1994). Rezultati jedne od studija pokazuju da više od polovine pacijenata sa AKS nije bilo svesno „o čemu se radi” dok nisu dobili informaciju od doktora. Samo 26% pacijenata iz ove studije koji su imali IM sa elevacijom ST segmenta su imali percepciju da se radi o kardiološkim problemima, pri čemu su većina njih bili muškarci i više od polovine su imali prethodnu istoriju KBS (Ribeiro et al., 2014). Prema nekim nalazima prosečno vreme za koje se osoba javi za pomoć je 4h i 4 minuta od pojave simptoma, mada postoje brojne varijacije u odnosu na vreme javljanja. U nekim studijama je taj period bio kraći, npr. 2.45h (GUSTO, 1993), ali veoma mali broj osoba (svega 6%) potraži medicinsku pomoć u prvih pola sata od javljanja simptoma kada su i najbolje mogućnosti za intervenisanje.

Rezultati jedne novije studije na pacijentima koji su imali IM pokazuju da je dimenzija identitet, za razliku od ostalih dimenzija reprezentacija bolesti, snažnije povezana sa učestvovanjem u programima kardiološke rehabilitacije i da negativno korelira sa različitim domenima kvaliteta života, tj. vitalnošću, mentalnim zdravljem, fizičkim funkcionisanjem i učestalošću javljanja angine pektoris (Greco et al., 2014).

IM je dobar primer za ispitivanje kako pacijenti daju smisao simptomima i kako brzo izgrađuju implicitne kognitivne modele o potencijalnim uzrocima bolesti. Osoba vrlo brzo prelazi iz dobrog u loše zdravstveno stanje (Petrie & Weinman, 1997b), mada prema nekim podacima oko polovina pacijenata opisuje pojavu simptoma i nekoliko nedelja pre samog događaja (npr. bol ili umor). Neki osećaju da IM nije bio potpuno nepredvidiv i povezuju ga sa srčanim problemima u



porodici. Međutim, za većinu pacijenata ovo predstavlja potpuni šok (Hutton & Perkins, 2008). Nakon saopštavanja dijagnoze, većina osoba postaje svesna rizika koji bolest ima po njihovo zdravlje i život i ulaze u ulogu pacijenta koji boluje od ozbiljne bolesti koja će dovesti do značajnih promena u njihovom životu (Berardo & Mussa, 2019). Neki od njih spontano počinju da razvijaju ideje o uzroku bolesti. Pronalaženje uzroka (jednog ili više njih) pomaže pacijentima da daju smisao ovom novonastalom iskustvu i bolesti, i okvir za predstojeće akcije u cilju prevladavanja.

### ***Reprezentacija bolesti kod IM – dimenzija uzročnost i procena rizika od nastanka IM***

Najčešća slika obolelog od IM u (zapadnim) medijima podrazumeva užurbanog zaposlenog menadžera koji je dobio IM usled prekomernog rada i stresa koji je povezan sa poslom. Pretpostavka je da osobe koje su žrtve IM nemaju dovoljno vremena za odmor i da je njihovo zdravlje verovatno već kompromitovano pušenjem, prekomernom težinom ili nezdravim životnim stilom. Ideja o tome kako se dobija IM u zapadnoj kulturi je mnogo više razvijena nego što je to slučaj sa drugim bolestima kao npr. dijabetesom, artritismom ili kancerom. Postojanje ovih informacija olakšava pacijentima koji dobiju IM proces atribucije uzročnosti bolesti (Petrie & Weinman, 1997b). Međutim, iako su uzroci nastanka IM možda poznatiji nego u slučaju nekih drugih bolesti, veliki broj osoba ne razume ili slabo razume razloge svoje bolesti, ni neposredno nakon javljanja, a ni kasnije (Miglioretti et al., 2018).

**Kako se procenjuje rizik za nastanak IM?** Rezultati istraživanja pokazuju da ljudi rizik od nastanka IM procenjuju na osnovu utvrđenih epidemioloških, ali i mnogih drugih činilaca. Oni koji smatraju da su zdravstveno ugroženiji, percipiraju i veći rizik od nastanka IM, kao i oni kod kojih postoji porodična istorija prisustva KVB. S druge strane, većina ljudi ispoljava nerealni optimizam u odnosu na to da se baš njima neće desiti da dožive IM (Avis et al., 1989). Stotine istraživanja ukazuju da su ljudi skloni da potcenjuju mogućnost da im se desi neki zdravstveni problem, odnosno da smatraju da imaju manju verovatnoću nego drugi ljudi. Ovo se odnosi na mogućnost razboljevanja od različitih bolesti, uključujući i IM (Avis et al., 1989; Kreuter & Strecher, 1995; Radcliffe & Klein, 2002). Potcenjivanje rizika za nastanak IM može imati implikacije na ponašanja koja su vezi sa zdravljem. Shodno tome, važno je razumeti šta određuje percepciju faktora rizika od bilo koje bolesti, uključujući i IM (Avis et al., 1989). Utvrđeno je da se pacijentova procena rizika da oboli od IM ne poklapa sa kliničkim faktorima rizika, što ukazuje da poboljšanje procene rizika može poboljšati i ponašanje u vezi sa zdravljem (Broadbent et al.,

2006). Međutim, ima nalaza koji ukazuju da ispitanici u najvećem broju slučajeva tačno procenjuju verovatnoću da obole od KVB, a da je procenat onih koji nemaju tačnu procenu ili potcenjuju mogućnost znatno niži (van der Weijden et al., 2007), kao i da osobe koje boluju od nekih drugih hroničnih bolesti poput hipertenzije i dijabetesa precenjuju svoje šanse za nastanak KVB (Frijling et al., 2004).

Verovanja o uzrocima bolesti su važna, jer mogu da deluju na izbor tretmana i promene u životnom stilu koje će pacijenti preduzeti da bi se izborili sa IM na funkcionalan način. Na primer, ukoliko osobe veruju da je njihov IM posledica ateroskleroze, a ne da se desio „sam od sebe”, verovatnije je da će se angažovati u ponašanjima koja su relevantna za održanje zdravlja. MacInnes (2006) je utvrdio da je pripisivanje poznatog uzroka bolesti bilo povezano sa učestvovanjem u programima rehabilitacije. Verovanja o uzroku IM mogu da budu povezana i sa emocionalnim odgovorom pacijenta na IM, naročito ukoliko pacijenti krive sebe za njegov nastanak (Weinman & Petrie 2006).

Kao najčešći uzorci IM o kojima pacijenti govore se izdvajaju, pre svega, oni koji se odnose na ponašanje i životni stil: pušenje, loša ishrana, mnogo kofeina, fizički zahtevan posao, prekomeran rad, ali se pominju i nasledni faktor i stres (Hutton & Perkins, 2008). Ovi činioci zasićuju različite faktore atribucije uzročnosti u različitim istraživanjima, ali se mahom ponavljaju od istraživanja do istraživanja. Tako na primer, Miglioretti i saradnici (2018) kao četiri glavne grupe uzroka IM izdvajaju: *posao i stres; metabolički sindrom i hipertenziju; nevođenje računa o svom telu; i nasleđe i druge bolesti koje se dovode u vezu sa infarktom*. U drugim istraživanjima su, prema izveštajima pacijenata, utvrđena tri faktora uzročnosti. Prvi se može imenovati kao *životni stil*, a zasićuju ga jedenje masne hrane, nedovoljno vežbanje, prekomerna težina, visok nivo holesterola i pušenje. Drugi faktor je nazvan *stres*, a zasićuju ga vrsta posla, prekomerni rad i stres. Treći se naziva *nasleđe* i zasićuju ga nasledni faktori za nastanak IM uključujući i visok pritisak. Supruge pacijenata sa IM su, takođe, najčešće opazale ove uzroke odgovornim za nastanak IM njihovih muževa. Međutim, za razliku od trećeg uzroka, faktora nasleđa, supruge kao treći faktor ističu *porodični stres* koga zasićuju depresija, svađe sa ljudima i porodični problemi i brige (Petrie & Weinman, 1997b). Na osnovu podataka iz većeg broja istraživanja, pre se može govoriti o predisponirajućim efektima hroničnog stresa na poslu za nastanak KBS kod muškaraca, dok je kod žena to najčešće bračni stres (Hadži Pešić, 2004, prema Hadži Pešić i Žikić, 2014). U zdravstvenim

kampanjama se dosta govori o tradicionalnim faktorima rizika za nastanak IM kao što su nasledni činioci, prekomerna težina i neadekvatna ishrana, što potencijalno može da učini da ih ljudi tačnije prepoznaju i identifikuju bolje nego što je to slučaj sa psihološkim činiocima.

Neki rezultati istraživanja (npr. Bennett & Marte, 2013) pokazuju da su pacijenti koji smatraju da su dobili infarkt usled stresa spremniji da se angažuju u ponašanjima koja su u vezi sa zdravljem. Međutim, ima i suprotnih podataka koji idu u prilog tome da, iako pacijenti najčešće stresom objašnjavaju svoj IM, to ne vodi kasnijoj promeni životnog stila (Petrie & Weinman, 1997b). Pripisivanje uzroka KBS stresu se može smatrati i jednom od najčešćih pogrešnih procena, jer je povezano sa lošim ishodom nakon IM (Affleck et al., 1987; Weinman et al., 2000) i angine pectoris (npr. Furze, 2007). Prema nekim nalazima pripisivanje nastanka bolesti srca stresu se pokazalo prediktivnim za izraženiji morbiditet čak osam godina kasnije (Affleck et al., 1987), imajući u vidu da je reč o faktorima nad kojima osoba nema (potpunu) kontrolu, što samim tim sprečava i preduzimanje relevantnih promena u ponašanju (Weinman et al., 2000). Varijacije u percepciji uzroka IM mogu da budu povezane sa razlikama u refleksivnosti pacijenata. Oni koji su bili refleksivniji u smislu da su bili zainteresovaniji da identifikuju razloge i moguće uzroke IM, i smatrali da je on rezultat prethodnog hroničnog stanja. Oni koji su bili manje refleksivni i izbegavali bilo kakvo objašnjenje za svoju bolest su na IM gledali kao na akutni događaj i jednostavno želeli da prestanu da razmišljaju o njemu (Alsén et al., 2008).

Dimenzije uzročnosti su snažno povezane sa ostalim dimenzijama reprezentacije bolesti, naročito sa percepcijom kontrole i emocionalnom reprezentacijom (Miglioretti et al., 2018). Kod kardioloških pacijenata uzroci bolesti se često opažaju kao da jesu ili nisu pod kontrolom, pri čemu su pacijenti koji smatraju da uzrok bolesti nije pod njihovom kontrolom manje spremni da se angažuju u promeni životnog stila (Blair et al., 2014). Nalazi takođe pokazuju da su u okviru reprezentacije bolesti verovanja o uzroku bolesti najpodložnija promeni, te ih shodno tome treba na vreme proceniti i raditi na njima u cilju izmene ponašanja pacijenta (Broadbent et al., 2015). Ima nalaza koji ukazuju da psihološke intervencije u fazi oporavka mogu da doprinesu promeni atribucije uzroka bolesti. Npr. pacijenti koji učestvuju u nekom programu psihološke podrške tokom tretmana, počinju češće da opažaju visok nivo holesterola i nedovoljno vežbanje kao razloge nastanka IM što nije slučaj sa onima koji nisu prošli ovu vrstu psihološkog treninga (Broadbent et al., 2009). Smatra se da, ako se uzrok bolesti pripiše unutrašnjim faktorima nad

kojima osoba ima kontrolu, veća je šansa da će se pacijent pre vratiti na posao. U nekim istraživanjima je utvrđeno da je pripisivanje uzroka IM sudbini ili lošoj sreći prediktivno za loše funkcionisanje i goru prognozu i dvanaest godina nakon IM, verovatno zbog nepreduzivanja promena (ponašanja) na poslu, kod kuće, u pogledu fizičke aktivnosti (Broadbent et al., 2009).

### ***Reprezentacija bolesti kod IM – dimenzija kontrola***

Verovanja o kontroli u odnosu na zdravlje su rezultat postojećih znanja o mogućnosti kontrole bolesti i zdravlja i pokušaja da se utiče na ono što se dešava u telu. Ova dimenzija reprezentacije bolesti je vrlo važna u odnosu na adaptaciju na bolest (Vögele et al., 2012). Unutrašnji lokus kontrole može pojačati subjektivni doživljaj kontrole u stresnim situacijama gde spada i bolest i tako doprineti da se ona opazi kao manje stresna i iscrpljujuća. Osobe sa unutrašnjim lokusom kontrole procenjuju stresore manje pretećim, nego osobe koje imaju spoljašnji lokus kontrole, zato što smatraju da imaju dovoljno resursa da prevladaju stresnu situaciju (Vögele et al., 2012). Početna očekivanja pacijenata sa IM su da će bolest proći bilo zato što je to prirodni sled, ili zato što će tretman biti efikasan (Petrie & Weinman, 1997b). Doživljaj lične kontrole može biti refleksija internog lokusa kontrole, a verovanja da je bolest pod kontrolom zahvaljujući tretmanu verovatno više podrazumevaju eksterni lokus kontrole, što je svakako važno ispitati u budućim istraživanjima (Basu & Poole, 2016).

Alesen i saradnici (2008) utvrdili su da osobe koje su preživele IM, a koje veruju „u sebe” veruju i da imaju moć i kontrolu nad bolešću, te da samim tim mogu prevenirati novi srčani udar. Reč je o osobama koje su spremne da se angažuju u ponašanjima koja su u vezi sa zdravljem i oporavkom, ali i da se sami bore sa posledicama bolesti, bez traženja mnogo pomoći od drugih. S tim u vezi je i izjava jedne pacijentkinje nakon IM: „Radiću na tome da se ovo ne ponovi. Brinuću o sebi, slušaću sebe, svoje telo i signale koje mi šalje. Niko drugi mi neće reći kako da živim svoj život. O tome ja sama odlučujem“ (Alesen et al., 2008). S druge strane, osobe koje više veruju drugima nego sebi su bile manje motivisane da poboljšaju svoju zdravstvenu situaciju, odnosno bile su manje angažovane i manje želele da učestvuju u tretmanu i procesu oporavka. Manje su zainteresovane, ili imaju manje poverenja u svoje sposobnosti da kontrolišu i upravljaju bolešću, pa više veruju onome što urade/kažu značajni drugi, kao što su zdravstveni radnici i članovi porodice, nego što veruju sopstvenim snagama. Tako se neki muškarci osećaju bezbednim kada njihove supruge vode računa o njihovoj ishrani i podstiču ih da vežbaju: „Pa, moja žena se više

bavi time... verovatno ne koristi toliko krema i smanjuje pomalo od ovoga i onoga. Ne, nisam preduzeo nikakve velike promene, ali se trudim da živim, i zbog toga se osećam prilično dobro” (Alesen et al., 2008).

Rezultati jedne studije ukazuju da su dimenzije lične kontrole u odnosu na bolest i koherentnost značajni prediktori vaguesno posredovane varijabilnosti srčane frekvence nakon tri meseca od IM (Princip et al., 2016). Pacijenti sa IM koji svoju bolest percipiraju pod kontrolom, simptomatsku, sa ozbiljnim posledicama i oni koji osećaju da razumeju ono što im se dešava, verovatnije će pohađati programe rehabilitacije (French et al., 2006). S druge strane, utvrđeno je da su značajni prediktori neodlaska ili slabog učestvovanja u rehabilitaciji bezazlenije opažanje simptoma i doživljaj manje kontrole u odnosu na bolest (bilo lične, bilo one koja je posledica tretmana; Greco et al., 2014; Whitmarsh et al., 2003).

### ***Reprezentacija bolesti kod IM – dimenzija posledice***

Pacijenti koji procenjuju da će imati ozbiljnije posledice od IM brže se javljaju lekaru. Strah, dakle, može imati motivacioni efekat u smislu angažovanja ljudi da preduzmu nešto u odnosu na svoje simptome. S druge strane, ne ukazuju svi nalazi na protektivni efekat straha. Tako na primer Dracup i Moser (1997) u svom istraživanju nalaze da pacijenti koji se više plaše posledica traženja pomoći, pomoć kasnije i traže. S druge strane, u istom istraživanju se dimenzija emocionalne reprezentacije bolesti nije pokazala značajnim prediktorom odloženog javljanja lekaru (Walsh et al., 2004).

Pacijenti koji su se bojali da će izgubiti svoje najdraže su bili podstaknuti da promene nešto u svom životu. Manji broj njih je govorio o strahu od onesposobljenosti ili nekim drugim aspektima koji bi uticali na kvalitet života. Većina je verovala da ovaj događaj neće uticati na njihov život na duže staze, da će malo više „voditi računa” u narednih nekoliko meseci i da će se onda potpuno vratiti u normalu; „Video sam toliko mnogo ljudi koji su imali IM i sada se ponašaju kao i ranije. Ne vidim zašto bi kod mene bilo drugačije” (Berardo & Mussa, 2019). Dešava se, međutim, da mnogi pacijenti nisu razumeli efekat koji će dijagnoza imati na njihov svakodnevni život. Ovakvo shvatanje bolesti ukazuje i da pacijenti baš i ne razumeju faktore rizika za nastanak KBS i značaj primarne i sekundarne prevencije. Skoro svi ispitanici u ovoj studiji Berardo-a i Mussa-e (2019) razumeli su potrebu da treba nešto da promene u ponašanju, ali šta tačno treba uraditi, nije bilo jasno. Čini se da su instrukcije koje su dobili od medicinskog osoblja bile

nedovoljne, i ostavile pacijente „na milost” svojim sopstvenim verovanjima i prethodnom iskustvu. Tako su neki ispoljavali istovremeno i nesigurnost i spremnost da nešto promene: „Pa ne znam, verovatno bi mi rekli da treba da vodim više računa” (Berardo & Mussa, 2019).

Verovanja u ozbiljnije posledice, stabilan identitet bolesti, jače emocionalne reprezentacije i zabrinutost mogu biti srednje ili snažno povezani sa depresijom, anksioznošću, nižim kvalitetom života i lošijim rezultatima u odnosu na nivo šećera u krvi (Broadbent et al., 2015). Verovanja o štetnim posledicama nakon IM su bila povezana sa simptomima PTSP-a na osnovu samoprocene i na osnovu intervjua nezavisno od demografskih faktora, kognitivnih simptoma depresije, straha od smrti nakon IM, stepena ozbiljnosti bolesti i faktora koji su povezani sa dizajnom istraživanja. (Princip et al., 2018). Takođe, oni koji opažaju svoju bolest kao hroničnu ili povezanu sa negativnim posledicama često izveštavaju o višim nivoima anksioznosti i depresivnosti. Pacijenti koji veruju da će imati ozbiljnije i dalekosežnije posledice se sporije vraćaju na posao i imaju viši nivo onesposobljenosti (Greco et al., 2014).

*Kardiološki invalidizam* predstavlja ekstremnu formu negativne percepcije zdravlja (Riegel, 1993). Pacijenti usvajaju pasivnu, zavisnu i bespomoćnu ulogu, jer veruju da će svaki oblik pojačane (fizičke) aktivnosti doprineti nastanku novog IM. Postaju preosetljivi na normalne telesne senzacije i često se dešava da ih pogrešno interpretiraju kao znake intenzivnog napora ili nadolazećeg infarkta. Najčešće ovakvi pacijenti često odlaze kod lekara što predstavlja vrstu sigurnosnog ponašanja. Kardiološki invalidizam je često podržan od strane supružnika koji postaje prezaštićujući i preuzima dosadašnje kućne obaveze na sebe.

### ***Reprezentacija bolesti kod IM – dimenzija trajanje***

Neki nalazi pokazuju da pacijenti najčešće IM opažaju kao akutni događaj, a ne kao znak neke hronične bolesti (Alsen et al., 2008). Postoji razlika u odnosu na to da li se IM vidi kao izolovani akutni događaj ili se sagledava sa stanovišta faktora koji mogu biti u osnovi njegovog nastanka. Wiles i Kinmonth (2001) smatraju da pacijenti koji infarkt shvataju pre kao izolovani događaj nego kao posledicu postojeće hronične bolesti su manje motivisani da se angažuju u promeni životnog stila. Koje mesto će IM zauzeti na kontinuumu akutno–hronično može biti povezano i sa stepenom percepcije ozbiljnosti bolesti. Utvrđeno je da pacijenti koji su imali blaži/slabiji infarkt bez ozbiljnih zdravstvenih problema, na njega gledaju kao na akutni događaj,

dok oni koji su imali teži oblik sa specifičnim problemima, verovatnije će sagledavati IM kao hronično stanje (Brink et al., 2006).

Horne i Weinman (1998) ističu da je procena bolesti kao akutne prediktivna za bolje raspoloženje i prevladavanje, ali i za postizanje manje adaptivnih životnih promena. Procena kardiološke bolesti kao hronične bolje predviđa kasniju simptomatologiju i funkcionisanje, pa se smatra da je adaptivnija za duže staze iako može pokrenuti negativne emocije na početku (Levine et al., 1987). U jednom istraživanju na iranskim pacijentima koji su oboleli od IM utvrđeno je da su pacijenti koji su bolest percipirali kao akutnu imali i viši nivo doživljenog stresa. Ovi rezultati nisu neočekivani za iranske pacijente imajući u vidu nalaze koji ukazuju da je kod njih dominantno emocionalno suočavanje sa stresom (Akbari et al., 2010). Sličan nalaz je utvrđen u istraživanju na iranskim pacijentima nakon IM što se može objasniti time da pacijenti akutnost bolesti povezuju sa mogućnošću fatalnog ishoda, naročito u iranskoj kulturi (Falahi et al., 2008). Međutim, utvrđeno je i da pacijenti koji percipiraju viši nivo kontrole u odnosu na bolest, bilo lične, bilo zahvaljujući tretmanu, imaju i niži nivo stresa (Akbari et al., 2010).

Percepcija trajanja se pokazala prediktivnom za održavanje srčane frekvence nakon tri meseca od IM. Takođe se pokazalo da je dimenzija vremenskog trajanja manje značajna za IM u odnosu na druge dimenzije, jer se radi o akutnom događaju sa ireverzibilnim oštećenjem (Princip et al., 2016).

### ***Reprezentacija bolesti kod IM – dimenzija koherentnost***

Dimenzija koherentnost je naknadno uvedena u operacionalizaciju modela samoregulacije i odnosi se na kognitivnu komponentu koja podrazumeva razumevanje bolesti. Može se smatrati nekom vrstom metakognicije u smislu načina na koji osoba procenjuje koherentnost i/ili korisnost svoje reprezentacije bolesti (Moss-Moris et al., 2002). Generalno se pokazalo da je koherentnost pozitivno povezana sa dimenzijama identiteta i kontrole, kako lične, tako i usled tretmana, a negativno sa dimenzijama trajanja (i akutnog/hroničnog i cikličnog), posledicama i emocionalnom reprezentacijom bolesti (Moss-Moris et al., 2002). Ova dimenzija se u dosadašnjim istraživanjima kako kod kardioloških pacijenata, tako i inače pokazuje protektivnim faktorom i povezana je sa brojnim adaptivnim ishodima. Noviji metaanalitički podaci pokazuju da je zajedno sa percepcijom kontrole, dimenzija koherentnosti pozitivno povezana sa adaptivnim strategijama prevladavanja koje se odnose na kognitivnu procenu, usmerenost na problem i traženje socijalne podrške, kao

i adaptivnim ishodima poput boljeg funkcionisanja u fizičkom i socijalnom smislu i višeg nivoa subjektivnog blagostanja. Negativne korelacije su utvrđene sa prevladavanjem usmerenim na izbegavanje (Hagger et al., 2017).

Kod kardioloških pacijenata je utvrđena povezanost dimenzije koherentnosti i izveštavanja o većem broju simptoma bolesti (Schoormans et al., 2014), višeg doživljaja lične kontrole u odnosu na bolest (Brzoska et al., 2012) i brige o sebi (MacInnes, 2013). Dimenzija koherentnost se uglavnom povezuje i višim nivoom kvaliteta života, mada ima i nalaza gde ova povezanost nije utvrđena (Foxwell et al., 2013). Niži nivo koherentnosti je povezan sa negativnim emocionalnim ishodima kao što su depresivnost i anksioznost, mada ima nalaza koji kažu da smanjenje koherentnosti ne doprinosi povećanju nivoa anksioznosti i depresivnosti (Foxwell et al., 2013). Bolje razumevanje bolesti predstavlja i longitudinalni protektivni faktor u odnosu na nivo distresa (Chilcot et al., 2020), odnosno niži nivo depresivnosti (npr. Juergens et al., 2010). Pacijenti koji razumeju svoju bolest i percipiraju da imaju kontrolu nad njom, kao i da je životni stil uzrok bolesti, češće će učestvovati u programima rehabilitacije (npr. French et al., 2005). Konkretno kod pacijenata sa IM se do sada pokazalo da je viši nivo koherentnosti povezan sa višim nivoom vitalnosti, pozitivnijom percepcijom bolesti i višim zadovoljstvom usled tretmana (npr. Broadbent et al., 2006).

### ***Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti kod IM***

Pacijenti najčešće opažaju IM kao iznenadni i životno ugrožavajući događaj koji uključuje intenzivan strah od smrti, doživljaj bespomoćnosti i gubitka kontrole. Za mnoge je to traumatični i/ili visoko stresni događaj (Gander & Von Kanel, 2006; Wikman et al., 2008). Akutni kardiološki pacijenti mogu da osete različite emocije poput šoka, sniženog ili promenljivog raspoloženja, tuge, zabrinutosti, krivice i besa. Shodno tome, kao što je već pomenuto, operacionalizacija emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti podrazumeva vezivanje negativnih osećanja za bolest poput straha, besa i distresa (Moss-Moris et al., 2002). Promene u raspoloženju mogu biti iskazane i u vidu umora, iritabilnosti, plačljivosti, gubitka zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima, povlačenja od drugih, problema sa spavanjem i promene voljno nagonskih dinamizama. Primetne su i promene u socijalnoj sferi, poput sniženog samopoštovanja, zabrinutosti zbog promene u ulogama i pesimizam u odnosu na budućnost. Ovaj doživljaj distresa se smatra normalnim odgovorom na



pojačanu svest o smrtnosti i spontano se razrešava u okviru nekoliko meseci od IM (Berardo & Mussa, 2019), ali neki pacijenti imaju perzistirajuća negativna osećanja u odnosu na IM i mogu da razviju posttraumatski stresni poremećaj (Princip et al., 2018), anksiozni ili depresivni poremećaj (Murphy et al., 2008).

Snažna emocionalna reprezentacija bolesti se u dosadašnjim istraživanjima mahom pokazala negativnim prediktorom u odnosu na razne zdravstveno relevantne ishode poput blagostanja i kvaliteta života, a pozitivnim prediktorom distresa, tj. anksioznosti i depresivnosti nakon IM (Hagger et al., 2017). Viši skorovi na emocionalnim odgovorima su utvrđeni i kod osoba koje se slabije pridržavaju propisanog tretmana nakon IM (Miyazaki et al., 2018). Noviji podaci ukazuju da se ove veze najčešće ostvaruju posredstvom katastrofiziranja kao maladaptivnog načina prevladavanja ili ponašanja po tipu sve ili ništa (Benyamini & Karademas, 2019). O medijacionim efektima prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i različitih ishoda biće više reči u nastavku.

### ***Promene reprezentacija bolesti kod pacijenata sa IM i efekti promena***

Pomenute promene reprezentacije bolesti, bilo usled promene toka bolesti ili usled efekta tretmana prisutne su i kod kardioloških pacijenata i povezane su sa raznim ishodima, uključujući i promene kvaliteta života. Prema nekim podacima, poboljšanja kod kardioloških pacijenata prisutna su naročito u ranim fazama bolesti, tokom hospitalizacije (npr. Roebuck et al., 2001; Worcester et al., 2007) što deluje i na promenu reprezentacije bolesti. Međutim, na samom početku prisutne su brojne varijacije reprezentacije bolesti, pa se u ovim fazama teško može govoriti o efektima koje promene u reprezentacijama imaju na kvalitet života ili neke druge dugoročnije aspekte življenja, te se čini da su eventualno opažena poboljšanja u ovoj fazi ipak samo prividna (Devcich et al., 2008). S druge strane, tokom hronične faze bolesti, reprezentacije bolesti nisu direktno podložne izazovima u odnosu na efekat tretmana ili promene zdravstvenog stanja, pa imaju tendenciju da budu stabilne (Rutter & Rutter, 2007). U svakom slučaju, nema dovoljno istraživanja koja su se bavila promenom reprezentacija bolesti tokom vremena da bismo mogli da imamo precizniju sliku kako se one u stvari odvijaju (Janssen et al., 2013).

Neki nalazi ukazuju da vremenom kod pacijenata koji su imali infarkt dolazi do promene u smislu percepcije veće kontrole nad bolešću i mogućnosti tretmana bolesti (Rakhshan et al., 2013). Rezultati jednog istraživanja gde su praćene promene reprezentacije bolesti pacijenata sa

IM nakon četiri meseca i godinu dana su pokazali da dimenzije identiteta i posledica ostaju stabilne, dok se stepen opažene kontrole nad bolešću povećava, a procena trajanja bolesti produžava (Janssen et al., 2013). Rezultati longitudinalne studije na pacijentima koji boluju od KBS-a i kojima je izvršena prekutana (akutna) koronarna intervencija (neposredno nakon prijema u bolnicu i pet meseci kasnije) ukazuju da se percepcija bolesti i kvalitet života u vezi sa zdravljem menjaju tokom vremena, te da je bolji kvalitet života povezan sa boljim razumevanjem posledica bolesti, povećanom percepcijom lične kontrole u odnosu na bolest, kao i sposobnošću da se bolest sagleda kao hronična sa mogućnošću iznenadnog pogoršanja (ciklični tok bolesti). Paralelno sa ovima, rezultati drugih studija (Alsen et al., 2010; Broadbent et al., 2009), ukazuju da pet meseci nakon IM pacijenti počinju bolest da opažaju kao hroničnu, sa mogućnošću javljanja iznenadnog pogoršanja. Takođe, mnogi počinju da opažaju da bolest ima manje posledice na njihov život i emocionalnu sferu (Hermele et al., 2007).

U istraživanju Peleg-a i saradnika (2016) pokazalo se da se većina dimenzija reprezentacije bolesti kod pacijenata sa IM nije promenila od jednog do drugog trenutka merenja, izuzev dimenzija identiteta i emocionalne reprezentacije čiji su skorovi bili viši u prvom trenutku merenja u odnosu na drugi. Međutim, uprkos dobijenim nalazima koji su ukazali na generalnu stabilnost dimenzija reprezentacije bolesti, utvrđena je značajna varijabilnost među pacijentima. Npr. skorovi na dimenziji vremenskog trajanja su se kod oko 50% pacijenata promenili u smislu opažanja da će bolest duže trajati, dok je 36% pacijenata u drugom trenutku merenja percipiralo kraće trajanje bolesti.

Na promene u reprezentaciji bolesti efekat mogu imati i različiti vidovi sekundarne prevencije, kao što je rehabilitacija. U istraživanju u kojem su praćene promene reprezentacije bolesti nakon tri meseca od IM, pri čemu su pacijenti za to vreme išli na rehabilitaciju, utvrđene su promene dimenzija reprezentacija bolesti i njihova povezanost sa promenama u kvalitetu života u odnosu na zdravlje (Janssen et al., 2013). Generalno, doživljaj kontrole u odnosu na bolest se povećao, a procena ozbiljnosti posledica od bolesti smanjila. Pacijenti su opisivali bolest sa manje simptoma, imali su viši nivo koherentnosti, tj. razumevanja svoje bolesti, veći doživljaj kontrole kao rezultat tretmana i manje emocionalnih efekata bolesti na zdravlje i funkcionisanje (Janssen et al., 2013). Čini se da rehabilitacija može da omogući pacijentima da na drugačiji način sagledaju svoju bolest, te samim tim promene njenu reprezentaciju. Ovi nalazi nisu u skladu sa nekim ranijim

podacima koji pokazuju da vremenom pacijenti sa IM počinju da opažaju svoju bolest kao hroničnu i pod manjom kontrolom (npr. Petrie & Weinman, 1997b), mada je u njima reč o pacijentima koji nakon IM nisu učestvovali u programima rehabilitacije. Ove nekonzistentne nalaze možemo razumeti u smislu da je promena dimenzija reprezentacije bolesti tokom rehabilitacije moguća, ali da treba imati i dozu opreza imajući u vidu kratak vremenski period nakon koga nastupa rehabilitacija, te da promene mogu biti privremene, ali da rehabilitacija predstavlja mogućnost da se oslabe negativne, a pojačaju pozitivne dimenzije reprezentacije bolesti (Janssen et al., 2013).

Kao što je već pomenuto u opisu modela samoregulacije, reprezentacija bolesti, odnosno njene dimenzije predstavljaju početni aspekt samoregulacije. Da bi se samoregulacija dalje odvijala, aktivirana reprezentacija bolesti treba da pokrene prevladavanje koje dovodi do adaptivnih ili manje adaptivnih zdravstveno relevantnih ishoda. U nastavku će najpre biti više reči o različitim aspektima prevladavanja koji se pokreću u cilju adaptacije na bolest, a potom i o prevladavanju i adaptaciji na IM, te njihovim međusobnim odnosima sa opisanim dimenzijama reprezentacije bolesti i mogućim ishodima.

## **Prevladavanje stresa i strategije prevladavanja stresa u vezi sa bolešću**

### ***Teorijsko i empirijsko određenje procesa prevladavanja***

Prevladavanje (eng. coping), prema najšire prihvaćenoj, transakcionističkoj odredbi, predstavlja konstantne kognitivne i bihejvioralne napore koje osoba čini da bi se prilagodila zahtevima spoljašnje i unutrašnje sredine (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984). Ovaj koncept se intenzivno proučava u oblasti psihologije i srodnim disciplinama od osamdesetih godina XX veka, sa porastom interesovanja za individualne razlike u okviru stres procesa i osetljivosti na stres (Zotović, 2004). Ranije se smatralo da je reč o stabilnoj i relativno trajnoj karakteristici osobe (npr. Haan, 1977; Vaillant, 1977, prema Zotović, 2004), pa je transakcionističko stanovište dovelo do velikih promena koncepta prevladavanja pomerajući fokus sa relativno stabilnih karakteristika ličnosti ka dinamičnom procesu koji se menja tokom vremena u zavisnosti od objektivnih zahteva sredine i subjektivne procene situacije (Zotović, 2004).

Bolest, kao stresni događaj, podrazumeva i fizički i psihički stresor u smislu da zahteva prilagođavanje i na nivou različitih sistema organa (u zavisnosti od toga koji je organ napadnut),

ali i na psihološke efekte i promene koje pri tom nastaju. U nastavku ovog teksta i rada u celini biće opisan psihički stres koji prati bolest, te različiti aspekti psihološkog prevladavanja koji se pri tom mogu razviti bez razmatranja njihovih dispozicionih determinanti.

Veliki broj istraživača i teoretičara iz ove oblasti psihički stres izjednačava sa emocionalnim stresom u smislu porasta i trajanja emocionalne tenzije. S tim u vezi, psihički stres se može odrediti kao posebno emocionalno stanje nastalo usled delovanja ekstremnih fizičkih, psihičkih i socijalnih uslova koji su za osobu naročito važni (Obrenović, 2005). Tehnike ili manevri koje osoba koristi u susretu sa stresorom nazivaju se *strategije ili mehanizmi prevladavanja*. Najšire gledano, to su kompleksni odgovori na stres u smislu svih napora koje osoba čini u borbi sa teškoćama, a preciznije se mogu definisati kao specifični kognitivni i bihevioralni naponi ljudi koji se aktiviraju u cilju uspostavljanja kontrole, tolerancije ili minimiziranja stresora (Hadži Pešić i Žikić, 2014). Tipični obrasci koji se javljaju u okviru ovih strategija se određuju kao *stilovi prevladavanja* (Lazarus, 1993). Reč je o uobičajenim ili preferiranim načinima na koje osoba reaguje u različitim stresnim situacijama koje imaju slične osnovne karakteristike (Zotović, 2004).

Proces prevladavanja započinje kada osoba *proceni* da joj pretil neka opasnost, povreda ili gubitak, ili da će ciljevi koji su joj važni biti osujećeni. Ove procene su praćene negativnim emocijama koje mogu da budu jako intenzivne, o čemu će biti više reči u nastavku, a posebno u delu koji se odnosi na emocionalni aspekt prevladavanja. Mehanizmi prevladavanja se smatraju važnim medijatorom u odnosu stresora i njegovih ishoda (Lazarus & Folkman, 1984). Koje će strategije, tj. stil prevladavanja osoba koristiti, zavisi od različitih faktora, kako dispozicionih, tako i situacionih – počev od sociodemografskih karakteristika poput pola i starosti, do individualnih razlika u pogledu karakteristika ličnosti i prethodnog iskustva (Benson et al., 2010), ali i različitih karakteristika samog događaja.

Dve najopštije klasifikacije strategija prevladavanja izvršene su s obzirom na *fokus pažnje* i u odnosu na *funkciju* (Zotović, 2004). Prema fokusu pažnje (Krohne, 1993) prevladavanje se može odrediti u odnosu na *usmeravanje pažnje* – strategije usmerene na intenzivno prikupljanje i obradu informacija vezanih za stresni događaj (pristupajući oblik prevladavanja) i *kognitivno izbegavanje* – odvrćanje pažnje od bilo kakvih znakova vezanih za stresni događaj (izbegavajući oblik prevladavanja). Jedna od najranijih, ali ujedno i najopštija teorijska podela strategija

prevladavanja, s obzirom na njihovu funkciju, potiče od Lazarusa i Folkmanove (1980) i odnosi se na *strategije koje su usmerene na prevladavanje problema* i podrazumevaju direktno bavljenje problemom (npr. traženje informacija, određivanje i postavljanje ciljeva) i *strategije koje su usmerene na prevladavanje emocija* (npr. zabrinutost, depresivna stanja, distrakcione aktivnosti, upotreba alkohola, droga, ili traženje emocionalne podrške). Još jedna konceptualna razlika se može napraviti između *asimilativnog* – prilagođavanje okoline osobi i *akomodativnog prevladavanja* – prilagođavanje osobe okolini (Brandtstadter, 1992). Međutim, autori su uglavnom saglasni da se ova razlika može poistovetiti sa distinkcijom između prevladavanja usmerenog na problem i prevladavanja usmerenog na emocije (Zotović, 2004). Kasnije su brojni istraživači kombinovali ove aspekte prevladavanja, dodavali nove ili redefinisali postojeće što teorijski, što empirijski. Tako su na primer, Billings i Moos (1981) predložili tri vrste prevladavanja – *aktivno prevladavanje* (pokušaji da se vidi pozitivna strana situacije, razmatranje više alternativa), *aktivno ponašanje* (razgovor sa prijateljima, nalaženje dodatnih informacija u vezi sa situacijom) koje se pre svega odnose na *prevladavanje usmereno na problem* i *izbegavanje* (pokušaji da se tenzija smanji uzimanjem veće količine hrane, bavljenjem drugim aktivnostima da se ne bi mislilo na problem), što je vrsta *emocionalnog aspekta prevladavanje* (Folkman & Moskowitz, 2004).

U okviru empirijski izvedenih klasifikacija strategija prevladavanja, najčešće se izdvajaju tri faktora od kojih su neki već pomenuti u teorijskoj konceptualizaciji – *prevladavanje usmereno na problem*, *prevladavanje usmereno na emocije* i *prevladavanje usmereno na značenje (kogniciju)*, ali se često uključuje i socijalni aspekt suočavanja sa stresorima. Amirkhan (1990), na primer, izdvaja tri faktora – *rešavanje problema*, *traženje podrške* i *izbegavanje*. Zautra i saradnici (1996) izdvajaju četiri stila prevladavanja: *aktivnost* (aktiviranje/suzdržanost, planiranje), *izbegavanje* (poricanje, upotreba lekova i droga, mentalno isključivanje), *podrška* (traženje instrumentalne i emocionalne podrške) i *pozitivna kognitivna restrukturacija* (pozitivna reinterpretacija, humor, prihvatanje).

Uprkos očiglednim razlikama među teorijskim i empirijskim pristupima u određenju prevladavanja, moguće je uočiti neke sličnosti među njima. Prema Zotovićevoj (2004) čini se da je bazična razlika prisutna u odnosu na dva osnovna stila. Prvi se odnosi na usmerenost prema izvoru stresa i uključuje pokušaje da se u manjoj ili većoj meri utiče na njega. Tu spadaju strategije koje podrazumevaju prevladavanje usmereno na problem, uspostavljanje kontrole nad situacijom,

aktivno prevladavanje, usmeravanje pažnje i slično. Drugi se tiče same reakcije, tj. negativnog emocionalnog odgovora u okviru stres procesa i podrazumeva napore da se emocionalna reakcija transformiše, redukuje ili izbegne. U okviru ovog stila spadaju strategije poput prevladavanja usmerenog na emocije, prevladavanja usmerenog na izbegavanje, odvrćanje pažnje, pasivno prevladavanje i slično. Kako autorka navodi, ovo redukovanje na jedinstveni princip klasifikacije je više u cilju razumevanja suštinskih razlika u stilovima prevladavanja (Zotović, 2004), ali se poklapa sa dva suštinska zadatka prevladavanja – da se odgovori na zahteve spoljašnje sredine i da se regulišu emocije povezane sa situacijom (Hadži Pešić & Žikić, 2014). Naravno, ovakva redukcija ne bi bila poželjna ni sa teorijskog ni sa empirijskog stanovišta, jer bi dovela do zamagljivanja brojnih nijansi i razlika koje postoje među različitim klasifikacijama prevladavanja (Zotović, 2004).

Jasno je da se danas proces prevladavanja smatra multidimenzionalnim, sa širokim dijapazonom stilova prevladavanja koji su određeni kako karakteristikama samih stresora uključujući i bolest, tako i karakteristikama osobe koja pokreće prevladavanje (Lindqvist et al., 2000). S tim u vezi, postoje brojne operacionalizacije zasnovane i na situacionoj (Folkman i Lazarus, 1986) i na dispozicionoj prirodi prevladavanja (Carver et al., 1989), što može da otežava izbor adekvatnog načina merenja (Žuljević i Gavrilov-Jerković, 2011). Problem u operacionalizacijama prevladavanja je i to što je najveći broj skala namenjen proceni strategija prevladavanja proizišao iz empirijskog pristupa (Carever et al., 1989), što potencijalno doprinosi restrikciji teorijski relevantnih aspekata prevladavanja, ali i artifičijalnom odvajanju pojedinih aspekata prevladavanja (Opsenica Kostić, 2012). Insistiranje da se različiti aspekti prevladavanja razdvoje, nekada je više rezultat zahteva za psihometrijskom „čistoćom“ prilikom njihove operacionalizacije, nego što je to zaista slučaj u praksi (Folkman & Moskowitz, 2004). Do sada se pokazalo da konceptualno i empirijski različite strategije prevladavanja često idu zajedno, te da mogu da facilitiraju jedna drugu. Na primer, prevladavanje usmereno na problem je strategija sa kojom se zajedno najčešće javljaju i pozitivna reproцена i prevladavanje usmereno na značenje. Gledanje pozitivnih aspekata u mračnoj/neprijatnoj situaciji može ohrabriti osobu da se fokusira na prevladavanje problema i obrnuto, efikasna upotreba prevladavanja usmerenog na problem može voditi u pozitivnu reproцену kompetencija same osobe, faktora sreće ili doprinosa drugih rešavanju problema (Folkman & Moskowitz, 2004). Ovo nije nešto što bi nas trebalo čuditi, i u skladu je sa dinamičnom prirodom prevladavanja (Hadži Pešić i Žikić, 2014). Takođe, uzajamne

veze misli, odnosno procene emocija i ponašanja utvrđene su u brojnim teorijskim modelima u psihologiji, a strategije prevladavanja su samo jedan od koncepata gde se one oslikavaju. Ova povezanost je i temeljna postavka kognitivno-bihejvioralnog modela (Beck, 1964, prema Beck, 2007).

Danas se suočavamo s tim da, uprkos velikom broju postojećih upitnika i instrumenata, i dalje se ne može reći da postoji jedan obuhvatni upitnik koji uključuje sve teorijski relevantne domene prevladavanja. Koji god upitnik da izaberu, istraživači će se suočiti sa problemom konceptualne neodvojivosti određenih aspekata prevladavanja, ali isto tako i nedovoljne pokrivenosti svih domena koje prevladavanje obuhvata. Takođe, u pojedinim upitnicima stavke opisuju aktivnosti bez preciziranja razloga zašto se one obavljaju, što dodatno otežava diferencijaciju aspekata prevladavanja (Opsenica Kostić, 2012). Dakle, iako široko istraživano, za koncept prevladavanja se još uvek vezuju brojne teškoće proučavanja, što je rezultat same širine i dinamike koncepta, različitih determinanti prevladavanja u teorijskom smislu, ali i navedenih problema u operacionalizaciji.

### ***Prevladavanje u okviru modela samoregulacije***

Svaka bolest može predstavljati veliki životni stresor, ne samo za obolelog, već i za njihove supružnike, porodicu, prijatelje i druge osobe koje o njima brinu (Gentry et al., 1987). Neke bolesti mogu biti i životno ugrožavajuće, pa se mogu opaziti i kao traumatični događaji. U medicinskom kontekstu smatra se da se prevladavanje aktivira svaki put kada se pacijent susretne sa akutnom ili hroničnom pretnjom po zdravlje koja narušava njegovu emocionalnu ravnotežu (de Ridder & Schreurs, 2001), a u cilju uspostavljanja adaptacije.

Prema postavkama modela samoregulacije, način na koji pacijenti prevladavaju bolest određen je njihovim verovanjima u odnosu na bolest, tj. njenim reprezentacijama (Petrie & Weinman, 1997a). U kontekstu ovog modela prevladavanje se može razumeti kao *ako-onda* sistem pravila za upravljanje bolestima (Anderson, 1993). Deo *ako* se odnosi na pretnju, identitet bolesti (upozoravajuće simptome), njen percipirani uzrok, posledice i vremenske okvire (uzroka, posledica), koji zajedno postavljaju očekivanja za konkretne akcije. Sama radnja, odnosno konkretna aktivnost podrazumeva *onda* deo pravila – ono što radimo u odnosu na definisani problem. Proces se ne završava ovde, zato što osoba aktivno procenjuje posledice pokrenutog prevladavanja i u zavisnosti od ishoda procene može doći do promena u percepciji pretnji po

zdravlje (Slika 2). Na primer, žarenje u stomaku koje ne prolazi nakon upotrebe lekova za smanjivanje kiseline se može opaziti kao potencijalni čir. Ovo pokreće novi set ako-onda pravila (Leventhal et al., 1998).

Leventhalov model (1980) ukazuje na eksplicitnu vezu između kognicije u vezi sa bolešću i strategija prevladavanja. Kao što je već pomenuto u delu o reprezentaciji bolesti, prema ovom modelu, reprezentacije bolesti predstavljaju šeme za obradu informacija o bolesti, te samim tim određuju i reakcije u odnosu na bolest. U skladu sa ovom pretpostavkom su i rezultati dosadašnjih studija da aktivacija reprezentacije bolesti pokreće aktiviranje odgovarajućih strategija prevladavanja (Henderson et al., 2009; Leventhal & Cleary, 1980; Leventhal et al., 2011) što je potvrđeno kako u transverzalnim, tako i u longitudinalnim istraživanjima (Hagger & Orbell, 2003).

U okviru modela samoregulacije nisu specifikovane određene strategije prevladavanja, ali je, bar u početku, empirijski proveravan efekat strategija prevladavanja koje u najvećoj meri odgovaraju prevladavanju usmerenom na problem i emocije (Carver et al., 1989; Folkman & Lazarus, 1988). Rezultati su ukazali da reprezentacije bolesti koje predstavljaju signal pretnje ne vode do usvajanja strategija koje su usmerene na prevladavanje problema, kao što je to na samom početku pretpostavljao Leventhal (1980) u svojim originalnim postavkama modela. Nasuprot tome, takva verovanja o bolesti imaju tendenciju da budu povezana sa aspektima prevladavanja koji su usmereni na emocije ili sa onima koji nisu usmereni na problem kao što je izbegavanje ili poricanje. Iz ugla adaptacije, ovi načini prevladavanja su razumljivi – hitno regulisanje/upravljanje emocijama je važan prvi korak u aktivnom upravljanju bolešću, jer emocionalni distres ima ometajuće dejstvo na kapacitete osobe da se angažuje u strategijama koje su usmerene na problem (Leventhal et al., 1980). Smatra se da će ovakva reprezentacija bolesti, uprkos percepciji pretnje, dovesti do usmeravanja na problem kada osoba ima jasnu, konkretnu i realnu sliku pretnje sa kojom se suočava, kada joj je pretnja poznata, a ne nejasna i misteriozna (Leventhal et al., 1980). Dimenzije reprezentacije koje uključuju poznatost određene bolesti (dimenzija identitet) i koherentnost mogu da odrede da li će percepcija pretnje biti povezana sa prevladavanjem usmerenim na problem ili emocije (Hagger et al., 2017). Rezultati ranije metaanalize (Hagger & Orbell, 2003) uglavnom podržavaju ove nalaze i pokazuju da je percepcija snažnog identiteta bolesti (opisivanje bolesti sa više simptoma), hroničnog trajanja i ozbiljnih posledica pozitivno povezana sa prevladavanjem koje se odnosi na izbegavanje i emocionalnu ekspresiju. Percepcija



da je bolest pod kontrolom je pozitivno povezana sa strategijama prevladavanja usmerenim na problem i kognitivnom reprocnom. Percipirana kontrola je takođe pozitivno povezana sa funkcionalnošću, vitalnošću i psihološkim blagostanjem, a negativno sa pogoršanjem stanja bolesti. Utvrđeno je i da su dimenzije identiteta, percepcije ozbiljnih posledica i trajanja značajno i pozitivno povezane sa ventilacijom emocija i prevladavanjem usmerenim na izbegavanje, a da nisu povezane sa kognitivnom reprocnom i strategijama koje se odnose na problem. Emocionalne reprezentacije bolesti su bile pozitivno povezane sa ventiliranjem emocija i izbegavanjem, a negativno sa kognitivnom reprocnom i strategijama koje su izvorno usmerene na problem (Hagger et al., 2017). Nalazi takođe ukazuju da intenzivne emocionalne reakcije koje proizilaze iz straha da bi bolest mogla da bude emocionalno ugrožavajuća, vode u izbegavajuće načine prevladavanja. Slično tome, dimenzije reprezentacije bolesti gde postoji neadekvatna atribucija uzroka simptoma mogu biti povezane sa neefikasnim pokušajima samolečenja (Leventhal et al., 1992). Pojedinačno, dimenzija identiteta se pokazala povezanom sa izbegavanjem i izražavanjem emocija. Ovi stilovi prevladavanja se mogu smatrati maladaptivnim, naročito poricanje, jer mogu da dovedu do toga da osoba ne potraži pomoć ili da uopšte ne priznaje prisustvo bolesti (Heijmans, 1998). Takođe, ovakvo prevladavanje, iako kratkoročno, može da dovede do redukcije emocionalnog distresa izazvanog bolešću, može da bude povezano sa percepcijom da aktivno prevladavanje nije efikasno. Tako naučena bespomoćnost može biti izazvana i samom bolešću ako osoba opaža i doživljava da ne postoji efikasan lek ili tretman (Affleck et al., 1987). Ovo se dosledno pokazuje kod bolesti koje ne mogu da se kontrolišu lekovima (Heijmans, 1999). Međutim, ako je takva percepcija prisutna za stanja koja imaju lako dostupan i efikasan režim lečenja ili se mogu držati pod kontrolom, tada bi se efekti ovakvog prevladavanja mogli smatrati neadaptivnim (Hagger & Orbell, 2003).

Većina istraživanja u kojima je korišćen model samoregulacije su ukazala da verovanja koja se odnose na visok nivo pretnje, u smislu percepcije bolesti kao hronične, sa ozbiljnim posledicama i velikim brojem simptoma, pokreću prevladavanje koje je usmereno na emocije i vode u gore ishode u smislu progresije bolesti, nižeg nivoa funkcionisanja i višeg nivoa distresa (npr. Dempster et al., 2015; Hagger & Orbell, 2003; McSharry et al., 2011). U svakom slučaju treba imati u vidu da su ovi nalazi izvedeni iz korelacija nultog reda, tj. da nisu uključeni multivarijacioni odnosi između ispitivanih konstrukata i kako različite dimenzije reprezentacije bolesti preko strategija prevladavanja deluju na različite ishode. S tim u vezi, ima i nalaza koji

ukazuju na adaptivne efekte percepcije pretnje u smislu povezanosti sa ponašanjem koje je usmereno na traženje odgovarajućeg tretmana, pridržavanja propisanih lekova (Brewer et al., 2002), medicinskih saveta (Karademas et al., 2009) i pojačane brige o sebi (MacInnes, 2013).

Efekat dimenzija reprezentacija bolesti na adaptivne i maladaptivne ishode preko raznih strategija prevladavanja imao je odjek i na teoriju. Empirijski nalazi ukazuju na povezanost konstrukata u okviru modela samoregulacije koji su dosta kompleksniji nego što je bilo utvrđeno u ranijim istraživanjima (Hagger et al., 2017). Kao što je Home (1997, prema Leventhal et al., 1998) ukazao dimenzije/aspekti prevladavanja se mogu poklopiti sa dimenzijama reprezentacije bolesti. Na primer, iako vežbanje prema modelu samoregulacije, kao ponašajna strategija, može da poboljša zdravlje, ono se može opaziti i kao faktor rizika tokom oporavka od koronarne bolesti (Dempster et al., 2015). Preklapanje karakteristika reprezentacija bolesti i strategija prevladavanja može doprineti stvaranju visoko specifičnih domena ako-onda pravila, ali i otežavati njihovu diferencijaciju (Leventhal et al., 1998). S druge strane, što je veća diferencijacija u odnosu na strategije prevladavanja, to je i preciznija predikcija i otkrivanje povezanosti između reprezentacija bolesti (i tretmana), prevladavanja i ishoda. Neki od dosadašnjih rezultata istraživanja ukazuju da, kada se strategije prevladavanja i dimenzije reprezentacija bolesti posmatraju zajedno, u okviru regresionog modela, varijable koje se odnose na prevladavanje se izdvajaju kao snažniji prediktori ishoda nego što je to slučaj sa dimenzijama percepcije bolesti (Dempster et al., 2015). Naravno, treba praviti razliku u odnosu na moć različitih stilova prevladavanja u predviđanju ishoda. Neki nalazi pokazuju da se bihevioralno neangažovanje, ventiliranje emocija i poricanje pokazuju naj snažnije povezani sa psihološkim distresom (Dempster et al., 2015). U istraživanjima gde je utvrđena medijaciona uloga strategija prevladavanje u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i ishoda, bar jedna od ove tri strategije je bila značajni medijator, a gde nije utvrđen medijacioni efekat prevladavanja, korišćeni su instrumenti u kojima nije bilo operacionalizacije ovih aspekata prevladavanja. Iz pomenutih rezultata se čini da one vrste prevladavanja, za koje se može reći da pripadaju izbegavajućem aspektu prevladavanja, predstavljaju naj snažnije prediktore psihološkog distresa izazvanog bolešću (Dempster et al., 2015).

**Prevladavanje kod infarkta miokarda i model samoregulacije.** IM, kao životno ugrožavajući događaj, može imati brojne posledice po blagostanje osobe i njenu buduću životnu perspektivu. Efikasnost prevladavanja zavisi od različitih okolnosti, ali i od individualnih

karakteristika i iskustava osobe koja se sa njim susreće. Prema dosadašnjim nalazima i biološki i psihološki i socijalni faktori se pokazuju značajnim za izbor strategija prevladavanja u susretu sa IM (Chiavarino et al., 2012). Shodno tome i lekari i medicinsko osoblje bi trebalo da nastoje da pacijente razumeju holistički imajući u vidu sve ove aspekte.

Većina dosadašnjih istraživača se fokusirala na negativne psihološke posledice IM, uključujući depresiju i snižen nivo kvaliteta života. Međutim, u novije vreme, nalazi pokazuju da visoko stresni/traumatični događaji mogu imati i psihološku dobrobit za samu osobu (za detaljni uvid pogledati Helgeson et al., 2006; Linley & Joseph, 2004; Park & Helgeson, 2006). Ove pozitivne promene se najčešće nazivaju posttraumatskim ili poststresnim rastom. Pojedini nalazi ukazuju da je oko 60% pacijenata sa IM izveštavalo o pozitivnim promenama kao odgovorima na bolest (Petrie et al., 1999), kao i da su oni koji su percipirali pozitivne promene nakon prvog IM imali manje šanse od drugog udara i niži nivo morbiditeta nakon osam godina (Affleck et al., 1987).

Neki nalazi sa osobama koje su preživele IM ukazuju da je budući tok bolesti više u vezi sa različitim strategijama prevladavanja koje pacijenti koriste nego sa samom simptomatologijom (van Elderen et al., 1999). U skladu s tim su i rezultati koji ukazuju da su strategije prevladavanja koje se aktiviraju nakon IM povezane sa psihološkim blagostanjem, opaženim kvalitetom života i ponašanjima koja su u vezi sa zdravljem (Bennett et al., 1999a; Dempster et al., 2010). Takođe se pokazalo da se osobe koje su pre IM bile uspešne u prevladavanju drugih problema bolje nose sa ovim ugrožavajućim događajem i vraćaju na posao značajno ranije u odnosu na osobe koje su pre infarkta imale slabije kapacitete prevladavanja (Bennet & Connell, 1999). Dakle, kao što su i Lazarus i Folkmanova (1984) ukazali, percepcija osobe da ima kapacitet za prevladavanje ima i efekat na njeno aktuelno prevladavanje. U nastavku sledi pokušaj raščlanjivanja različitih aspekata prevladavanja bolesti (na kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom planu) i prilagođavanja na bolest kod pacijenta nakon IM, ali i generalno.

### ***Kognitivni aspekti prevladavanja – kako su procene povezane sa emocijama i ponašanjem?***

Brojni istraživači ističu važnost kognicije u smislu napora koje osoba čini da prevlada bolest. Činjenica da kognitivni aspekti bolesti mogu biti identifikovani vrlo brzo nakon pojave IM može biti značajna u smislu kasnijeg planiranja psiholoških aspekata tretmana i oporavka. Za razliku od drugih karakteristika ličnosti ili sociodemografskih varijabli, veze verovanje-ponašanje

predstavljaju značajan potencijal za razvoj intervencija na ranom stadijumu razvoja IM. Generalno, u osnovi ovih veza je pretpostavka da, ako se negativne misli i sa njima povezana ponašanja, ali i emocije, identifikuju rano u procesu oporavka od IM i primene intervencije namenjene ojačavanju adaptivnijih verovanja i očekivanja, veća je verovatnoća da se očekuje i viši nivo funkcionisanja kod ovih pacijenata (Petrie et al., 2002). Ovi procesi postepeno mogu da dovedu do pozitivnih promena prema sebi, u odnosu sa drugim ljudima i promene životne filozofije i tako doprinesu u postizanju pozitivne adaptacije na bolest (pokušaji da se bolest reuokviri, sagleda na drugi način; Hassani et al., 2009).

Kada govorimo o važnosti kognicije u procesu prevladavanja stresa, potrebno je pozabaviti se najpre kognitivnim procesima koji determinišu vrstu i intenzitet stresne reakcije. Važno je, pre svega, napraviti razliku između dve vrste kognicije koje su relevantne za emocionalni doživljaj – *znanja* i *procene*. U odnosu na efekat koji imaju na emocije, znanje se može smatrati distalnom varijablom koja zahteva dodatnu ulogu procene da bi se pokrenuo emocionalni doživljaj, dok se procena smatra proksimalnom varijablom koja ima direktni efekat na emocionalnu reakciju u smislu da li će je biti ili ne i koji će biti njen intenzitet. Ukratko, znanje se odnosi na saznanja o načinu funkcionisanja stvarnosti, bilo da je apstraktno ili konkretno. Nasuprot tome, procene nastaju na osnovu pripisivanja ličnog značenja, tj. lične evaluacije značaja određenog znanja za osobu i njeno blagostanje. One se u stvari odnose na to koliko je nešto što se dešava za nas lično dobro ili loše. I dok je znanje neophodno, ali ne i dovoljno da izazove emociju, procena koja obuhvata lično značenje, a koja je bazirana na prethodnom saznavanju okoline je i neophodna i dovoljna (Lazarus & Smith, 1988).

Lazarus i saradnici prave razliku između *primarne* i *sekundarne* procene pretnje. Primarna procena se odnosi na *evaluaciju stimulusa iz okoline* na osnovu prethodnog iskustva, očekivanja i stavova individue. U kontekstu bolesti i IM, primarna procena bi se upravo odnosila na procenu IM kao nečeg ugrožavajućeg i pretećeg po život i zdravlje, a na osnovu postojećih reprezentacija bolesti o kojima je bilo reči u delu o reprezentaciji bolesti i modelu samoregulacije. *Sekundarna procena* pretnje se odnosi na izbor ponašanja kojima se osoba može suprotstaviti pretnji, dakle, na izbor odgovarajućih strategija prevladavanja, bilo aktivnih (uklanjanje prepreka, promena ponašanja), bilo pasivnih (pokušaji emocionalne regulacije), te samim tim od nje zavisi i doživljaj

specifičnih emocionalnih reakcija. Primarna i sekundarna procena se najčešće odvijaju simultano (Obrenović, 2005).

Kako se ljudi međusobno razlikuju u načinu na koji procenjuju događaje oko sebe, samim tim imaju i različite procene događaja, iako činjenična osnova može biti identična (Lazarus & Smith, 1988). Bilo je mnogo pokušaja da se odredi uloga kognitivne procene u emocionalnom doživljaju. Tako recimo Arnold (1960, prema Lazarus & Folkman, 1984), Epstein (1983, prema Lazarus & Folkman, 1984), Lazarus (1966, prema Lazarus & Folkman, 1984) govore o emocijama iz perspektive procene, ali ne sistematizuju koje procene su povezane sa kojim emocijama. S druge strane autori poput Frijad-a (1987), Roseman-a (1984), Scherer-a (1984a,b), Smith-a i Ellsworth-a (1985), pokušavali su da povežu određene vrste procene sa određenim vrstama emocije (prema Lazarus & Smith, 1988). Na primer, ako procenimo da je neko drugi kriv za događaje u spoljašnjoj sredini ili da nam je naneta neka nepravda, ili osujećeni ciljevi, najverovatnije će se javiti bes. Ukoliko procenimo da smo lično odgovorni za neki negativni ishod i okrivljujemo sami sebe, javiće se doživljaj krivice. Ako procenimo da se u određenoj situaciji ništa ne može učiniti, da smo bespomoćni, najverovatnije će se javiti tuga. Kada procenjujemo neizvesnost u odnosu na mogućnost za prevladavanje/ublažavanje stresora, veća je verovatnoća za pojavu anksioznosti. Prema ovim postavkama, svaka kognitivna komponenta doprinosi stvaranju, objašnjenju i predviđanju emocionalnog stanja, pa razmatranje odnosa procene i osećanja zajedno daje jasniju sliku nego njihovo izolovano sagledavanje (Lazarus & Smith, 1988). Ono što je fundamentalno u ovom shvatanju jeste da se emocionalna reakcija uvek zasniva na ličnom značenju.

*Kognitivne strategije prevladavanja ili kognitivne strategije emocionalne regulacije se smatraju izuzetno važnim u prevenciji emocionalnih problema u susretu sa stresorima koji su povezani sa zdravljem, jer je regulacija emocija na osnovu kognitivne obrade važna za ljudsko funkcionisanje. To su u stvari svesne mentalne strategije koje osobe koriste da bi upravljale emocionalno pobuđujućim informacijama (Garnefski et al., 2009) kako ne bi bile preplavljene njima nakon nekog stresnog događaja. Ovi kognitivni procesi mogu biti nesvesni poput projekcije ili poricanja i svesni poput samookrivljavanja, okrivljavanja drugih, katastrofiziranja.*

Upitnik kognitivnih strategija emocionalne regulacije (eng. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire; CERQ; Garnefski et al., 2002) predstavlja multidimenzionalni upitnik konstruisan u cilju identifikacije kognitivnih strategija prevladavanja koje osoba koristi nakon nekih negativnih

događaja ili situacija. Odnosi se isključivo na način razmišljanja osobe nakon nekog događaja, ističući eksplicitnu razliku između misli i ponašanja u odnosu na sam događaj, što nije slučaj sa većinom drugih upitnika. CERQ je usmeren na samoregulaciju emocija koja se vrši na osnovu svesnih kognitivnih procesa. Obuhvata devet različitih kognitivnih strategija emocionalne regulacije i to: 1) *Samookrivljavanje* – misli koje se odnose na okrivljavanje samog sebe za ono što se dogodilo (Anderson et al., 1994, prema Garnefski et al., 2002); 2) *Prihvatanje* – misli koje podrazumevaju predavanje onome što se dogodilo („mirenje sa sudbinom”, Carver et al., 1989, prema Garnefski et al., 2002); 3) *Ruminiranje* – neprestano razmišljanje o onome što se dogodilo i osećanjima koja su povezana sa negativnim događajem (Nolen-Hoeksema et al., 1994, prema Garnefski et al., 2002); 4) *Pozitivno reuokviravanje* – razmišljanje o drugim, pozitivnim događajima umesto o aktuelnom (Endler & Parker, 1990; prema Garnefski et al., 2002); 5) *Usmerenost na planiranje* – razmišljanje o onome što treba preduzeti u cilju prevladavanja događaja (Carver, et al., 1989; Folkman & Lazarus, 1989, prema Garnefski et al., 2002); 6) *Pozitivna reprocena* – misli u kojima se ističe pozitivan efekat događaja na lični rast (Carver et al., 1989; Spirito et al., 1988, prema Garnefski et al., 2002); 7) *Smeštanje (stvari) u perspektivu* – umanjivanje značaja samog događaja na osnovu poređenja sa drugim događajima (Allan & Gilbert, 1995, prema Garnefski et al., 2002); 8) *Katastrofiziranje* – misli u kojima se ističe koliko je užasno ono što se dogodilo (Sullivan et al., 1995, prema Garnefski et al., 2002); 9) *Okrivljavanje drugih* – razmišljanja koja podrazumevaju traženje krivca u drugima za ono što se desilo (Tennen & Affleck, 1990, prema Garnefski et al., 2002). U nastavku će biti prikazani rezultati dosadašnjih istraživanja o povezanosti kognitivnih strategija prevladavanja nakon IM i različitih ishoda, prvenstveno na emocionalnom polju.

Dosadašnji nalazi ukazuju na povezanost ruminacije i katastrofiziranja kod pacijenata sa IM sa depresivnim simptomima, dok su s druge strane pozitivno refokusiranje i ponovno angažovanje u postavljanju ciljeva negativno povezani sa depresivnošću (Garnefski et al., 2009). Ruminacija se konstantno u istraživanjima pokazuje povezanom sa visokim nivoom depresije kako kod kardiovaskularnih, tako i kod drugih bolesti (Garnefski et al., 2009). Nolen-Hoeksema i saradnici ukazuju da ruminacija kao kognitivni stil gde se osoba repetitivno bavi uzrocima, posledicama i značenjima stresora povećava incidencu, ozbiljnost i trajanje depresivnog stanja (Nolen-Hoeksema, 1991; videti još i Nolen-Hoeksema et al., 2008). Ne samo da doprinosi negativnom raspoloženju, nego u nekoj meri i njegovom produžavanju zato što ometa

preduzimanje konkretnih aktivnosti koje su usmerene na rešavanje problema (npr. Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Watkins & Baracaia, 2002). Ruminacije mogu biti povezane sa emocionalnim distresom nakon operacije posle IM (Schröder et al., 1998) i sa višim nivoom stresa kod pacijenata koji su čekali angiografiju (Leon et al., 2010). Rezultati istraživanja pokazuju i da su intruzivne misli u vezi sa bolešću povezane sa većim stepenom ozbiljnosti bolesti, slabije izraženim unutrašnjim lokusom kontrole i strategijama koje su usmerene na emocije/izbegavanje, kao i da su češće kod mlađih pacijenata (Devins, 2010). Novija shvatanja ukazuju i na neka adaptivna svojstva koje ruminacija može imati. Ima autora koji smatraju da je reflektivnost kao jedna vrsta ruminacije povezana sa aktivnim prevladavanjem u smislu da se kod osoba koje usvajaju aktivne načine prevladavanja može smatrati benignom i povezanom sa nižim nivoom depresivnosti (Marroquín et al., 2010). Ovakvo shvatanje je u skladu sa postojećim saznanjima da aktivne i strategije koje su usmerene na prevladavanje problema imaju adaptivnije emocionalne ishode, dok su pasivne i strategije koje su usmerene na emocije prediktivnije za negativne ishode (za detaljniji uvid videti Skinner et al., 2003). Burwell i Shirk (2007) ukazuju da su pasivne strategije prevladavanja pozitivno povezane sa preteranim razmišljanjem, a aktivne sa reflektivnošću. U tom smislu se otvara pitanje da li je nužno svaki oblik ruminacije maladaptivna kognicija ili možemo govoriti i o njenim adaptivnim svojstvima koje se odnose na reflektivnost? Iz dosadašnjih saznanja proizilazi da, ako nema aktivnog suočavanja sa stresorima, čak i prosečni nivo reflektivnosti će biti povezan sa višim nivoima depresivnosti (Marroquín et al., 2010).

Pored ruminacija, utvrđena je i uloga katastrofičnog načina razmišljanja (preterivanje u odnosu na intenzitet i neprijatnost nekog iskustva) u odnosu na maladaptaciju, emocionalni distres i depresiju kako generalno (Garnefski et al., 2001), tako i kod osoba sa kardiovaskularnim bolestima (Vlaeyen et al., 2004). Druge kognitivne strategije, kao što su pozitivna procena (pripisivanje pozitivnog značaja situaciji u smislu ličnog rasta) i pozitivno refokusiranje (razmišljanje o radosnim i prijatnim iskustvima umesto o negativnim) povezane su sa nižim nivoima depresivnih simptoma i u opštoj populaciji i kod osoba koje boluju od hroničnih bolesti uključujući i kardiovaskularne (Garnefski i et al., 2001; Garnefski et al., 2002; Granefski et al., 2006; Schroevers et al., 2008; van der Veek et al., 2007). U prilog pomenutim su i rezultati istraživanja gde je ispitivano kognitivno prevladavanje kod osoba sa IM. Ti rezultati ukazuju da se značajan procenat varijanse depresivne simptomatologije kod ovih osoba može objasniti ruminacijama, katastrofizacijama i pozitivnim refokusiranjem (inverzna povezanost). Još

konkretnije, nalazi pokazuju da javljanje depresivnih simptoma nakon IM može da ukaže na prisustvo pomenutih maladaptivnih strategija kognitivnog prevladavanja i problem u pronalaženju i angažovanju u novim, značajnim i dostižnim ciljevima, kao i na važnost usmeravanja pacijenata u ostvarenju novih, za njih važnih i dostižnih ciljeva (Garnefski et al., 2009). Pokazalo se i da su kognitivno prevladavanje i prilagođavanje u odnosu na postavljene ciljeve kao odgovori na IM važni aspekti u odnosu na depresiju kod ovih pacijenata, nezavisno od pola, uzrasta i vremena koje je prošlo od infarkta, kao i od ozbiljnosti fizičkih ograničenja nastalih nakon IM (Garnefski et al., 2009).

Neki od pacijenata očekuju da će nakon IM biti potpuno isti u budućnosti. Zanimljivo je da neki od njih opisuju da nakon IM neće biti drugačiji, ali da će biti sporiji: „Pa, očekujem da u budućnosti budem isti kao i do sada, baš isti, samo sporiji nego pre IM. Neću biti drugačiji na neki drugi način. I znam da, ako drugima ne kažem, niko neće primetiti da je nešto sa mnom drugačije” (Smith et al., 2017). Ove nekonzistentnosti opisa su prisutne kod mnogih pacijenata i mogu da ukažu na poricanje i posledično nepredviđanje budućih promena u životu (Smith et al., 2017). Generalno, postoji slaganje da poricanje kao neki vid kognitivnog prevladavanja usmerenog na izbegavanje može biti adaptivna strategija u akutnim fazama bolesti poput IM, ali postaje maladaptivna na duže staze kada je potrebno promeniti ponašanje i potražiti pomoć (Lazarus, 1999).

Međutim, pored povezanosti maladaptivne kognicije i maladaptivnih ishoda, istraživanja ukazuju i na vezu pozitivnog psihološkog funkcionisanja i kardiovaskularnog zdravlja (npr. Lowe et al., 2000). Neki od kognitivnih konstrukata koji se mogu dovesti u vezu sa pozitivnim funkcionisanjem mogu biti već pomenuto pozitivno refokusiranje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje (Garnefski et al., 2009), kao i optimizam koji ukazuje na dispozicionu tendenciju da se prošli događaji pozitivnije procenjuju i verovanje da će se dešavati dobre stvari (Ben-Zur et al., 2000). Sagledavanje pozitivnih aspekata događaja povezano je sa pozitivnim emocijama, jer potvrđuje vrednosti koje su važne za osobu i pomaže joj da se fokusira na te vrednosti dok se suočava i prevladava tekuće ili buduće stresne događaje. Tendencija da se zadrže optimistična verovanja u odnosu na budućnost povezana je sa boljim kardiovaskularnim zdravljem u prospektivnim studijama (Ben-Zur et al., 2000). Optimizam je u nekim istraživanjima bio značajan prediktor poboljšanja opšteg zdravstvenog statusa, boljih kardioloških ishoda i smanjenja



smrtnosti (npr. Sheehan et al., 1998) nezavisno od stepena ozbiljnosti bolesti, a utvrđena je i njegova povezanost sa manjom incidencom KBS, manjom stopom smrtnosti, boljom postoperativnom prognozom (Ben-Zur et al., 2000). Međutim, postoje i studije koje ne potvrđuju ove nalaze (npr. Coolidge et al., 2000). Prihvatanje se pokazalo povezanim sa poboljšanjem psihičkog i fizičkog zdravlja, a opažanje dobrih strana bolesti sa pozitivnijim raspoloženjem. Kada se osoba susretne sa stresorom koji se ne može modifikovati, kao što je to slučaj nakon IM, strategije prevladavanja koje podrazumevaju prihvatanje smatraju se mnogo relevantnijim nego prevladavanje usmereno na problem sa ciljem da se situacija modifikuje naročito u kratkom vremenskom periodu (Lowe et al., 2000).

Dosadašnji nalazi pokazuju da je kognitivna reproceda, strategija koja se najčešće javlja pre nego što se razvije puni emocionalni odgovor, uspešnija u preusmeravanju emocionalnog odgovora, nego što je to slučaj sa potiskivanjem, strategijom regulacije koja je usmerena na odgovor u cilju prevencije emocionalnog preplavljanja (Gross, 1998). Gross i John (2003) u seriji od pet studija su utvrdili da je uobičajena upotreba reprocene bila povezana sa višim nivoom pozitivnog afekta, boljim interpersonalnim funkcionisanjem i višim nivoom blagostanja. Nasuprot tome, češća upotreba potiskivanja je bila povezana sa lošijim emocionalnim funkcionisanjem. Studije neuroimidžinga (Drabant et al., 2009) pokazale su da osobe koje izveštavaju da koriste reprocedu kao svoju preferiranu strategiju emocionalne regulacije angažuju prefrontalne regije korteksa koje su zadužene za kognitivnu kontrolu uključujući i reprocedu. Slično, Mauss i saradnici (2007) utvrdili su da su osobe koje često koriste reprocedu sposobne da regulišu bol koji izazivaju negativne emocije poput besa i imaju bolji profil psihološkog odgovora, nego ispitanici iz kontrolne grupe koji ne koriste ovu strategiju u susretu sa stimulusima koji provociraju bes (Gyurak et al., 2011).

Na IM ne mora uvek da se reaguje negativno, već događaji poput ovog mogu da dovedu do pozitivnih promena u smislu boljeg funkcionisanja (Barakat et al., 2006), ali i prevencije relapsa i manjeg stepena morbiditeta u periodu od čak nakon osam godina nakon IM (Affleck et al., 1987). Smatra se da je posttraumatski rast nakon IM rezultat adaptivnog prevladavanja koji ima kognitivni karakter, odnosno češću/učestaliju adaptivnu kognitivnu obradu događaja (Linley et al., 2006; Łosiak & Nikiel, 2014; Tedeschi & Calhoun, 2004). Hildingh i saradnici (2006) ukazuju da se pacijenti nakon infarkta reorijentišu u smislu da svoj život usmeravaju prema nekim novim

životnim vrednostima i motivaciji koja je usmerena na pozitivne promene i pronalaženje ravnoteže sa sobom i drugima. Ispitanici koji nastoje da koriste adaptivne strategije uključujući pozitivni rast, kognitivno reuokviravanje, mobilisanje socijalne mreže, imaju viši nivo samopoštovanja i osećaj blagostanja (Egan et al., 2011, prema Astin et al., 2014). Garnefski i saradnici (2009) utvrdili su da je posttraumatski rast kod pacijenata koji su imali IM povezan sa adaptivnim kognitivnim strategijama prevladavanja. Najveći procenat varijanse posttraumatskog rasta kod pacijenata sa IM (24%) u pomenutom istraživanju se mogao objasniti kognitivnim strategijama emocionalne regulacije i to postavljanjem stvari u perspektivu, pozitivnim refokusiranjem i pozitivnom reprocenom (Granefki et al., 2009). Kao i u studijama na drugim grupama pacijenata (npr. Helgeson et al., 2006; Linley & Joseph, 2004) prihvatanje, planiranje, ruminacije, samookrivljavanje i okrivljavanje drugih nisu bile povezane sa posttraumatskim rastom nakon IM (Granefski et al., 2009). Imajući u vidu da su kognitivne strategije prevladavanja promenljive za razliku od (nekih) karakteristika ličnosti, ovaj, ali i prethodni nalazi mogu imati važne praktične implikacije u smislu usvajanja i praktikovanja adaptivnijih kognitivnih strategija emocionalne regulacije.

### ***Emocionalni aspekti prevladavanja – kako su doživljaji povezani sa procenama i ponašanjem?***

Emocije su prepoznate kao važna komponenta ponašanja u vezi sa zdravljem u brojnim teorijskim modelima (Mayne, 1999). Sve je više interesovanja u odnosu na to kako emocionalno prevladavanje može da deluje na fizičko zdravlje i ponašanje (DeSteno et al., 2013), imajući u vidu da empirijski nalazi podržavaju lekovitu ulogu izražavanja i obrade osećanja u cilju prilagođavanja na stresore (npr. Pennebaker, 2012; Stanton et al., 2000). Do sada je poznato da je emocionalno prevladavanje koje uključuje identifikovanje, priznavanje, izražavanje i razumevanje emocionalnih odgovora na stresne ili izazovne okolnosti (Stanton et al., 2000) snažno povezano sa regulacijom emocija, naročito distresa (Folkan & Moskowitz, 2004). Efikasno prepoznavanje i obrada negativnih emocija može da vodi ne samo poboljšavanju raspoloženja (McFarland & Buehler, 1997) nego i da podržava proces psihološke habituacije (Foa & Kozak, 1986; Low et al., 2008), koji predstavlja važan mehanizam na osnovu koga emocionalni aspekt prevladavanja stresa deluje na fizičko i mentalno zdravlje (Seeley et al., 2017). Međutim, emocionalna obrada nije uvek adaptivna. Repetitivno i konstanto usmeravanje na negativne emocionalne sadržaje može da održava ili čak pojačava negativna emocionalna stanja (Ehring & Watkins, 2008).

Aktuelni modeli koji se bave odnosom emocija i zdravlja uključuju i direktne psihološke putanje između emocija i bolesti i indirektne preko kognicije i ponašanja (Mayne, 1999). Sve je više nalaza koji govore o uzajamnoj vezi kognicije i emocija i generalno i na polju prevladavanja, tj. da „hladni“ kognitivni i „topli“ afektivni sistemi ne funkcionišu nezavisno jedni od drugih (npr. Banich et al., 2009; Mueller, 2011). Ovi nalazi su poljuljali neke od postojećih teorijskih postavki neuralnog procesovanja u smislu da emocije s jedne i kognicija s druge strane angažuju anatomske različite delove mozga (Pessoa, 2008, Shackman et al., 2011). Umesto toga, novije teorijske postavke ukazuju na zajedničku neuralnu osnovu procesovanja afektivnih i kognitivnih informacija (Pessoa, 2008, Shackman et al., 2011). Međutim, još uvek je nepoznat precizan način ove integracije i neuroanatomskih struktura koje leže u njenoj osnovi.

**Efekat emocionalnog stanja na procenu zdravlja i ponašanja u vezi sa zdravljem.** Do danas se veliki broj istraživanja fokusirao na vrlo opšte afektivne konstrukte u odnosu na zdravlje i bolest, kao što su anksioznost i depresija, iako je možda obećavajuće ispitivati efekat manje opštih konstrukata ili čak pojedinačnih emocija (npr. Consedine & Moskowitz, 2007). Negativne emocije generalno, i među njima kao posebne, anksioznost i emocije koje su karakteristične za depresiju, mogu biti važne komponente zdravstvenih ishoda, te preventivnih ponašanja u vezi sa zdravljem i traženja pomoći (Lewinsohn et al., 1980). Negativno (loše) raspoloženje je povezano sa usmerenošću osobe na sebe i svoje simptome, te izveštavanjem o većem broju simptoma (Salovey, 1992), ali i većom tačnošću prilikom opažanja simptoma kod osoba koje su aktuelno bolesne (Cohen et al., 1995). S tim u vezi ne iznenađuje što su i anksioznost i depresija (Betrus et al., 1995; Callahan et al., 1994; Karlsson et al., 1995, prema Mayne, 1999) kao i negativno raspoloženje generalno (Mechanic, 1980; Tessler et al., 1976; Watson & Pennebaker, 1989, prema Mayne, 1999) često povezane i sa češćim traženjem medicinske nege (Mayne, 1999). Anksioznost i krivica mogu motivisati pacijente na ponašanja koja su u vezi sa zdravljem, dok anksioznost i depresivnost mogu pojačati traženje zdravstvene pomoći. Ovo može da dovede i do prekomerne upotrebe zdravstvene zaštite kod zdravih osoba, a neadekvatne kod hronično bolesnih (Mayne, 1999).

Istraživanja koje se bave pozitivnim aspektima negativnih emocija ukazuju da se emocije mogu sagledavati na različite načine imajući, pre svega, u vidu njihovu vrstu i intenzitet koji može delovati kako pozitivno, tako i negativno na zdravlje. Tako na primer, kratki izlivi emocija koji su povezani sa aktivacijom simpatičkog nervnog sistema mogu stimulisati neke delove imunog

sistema, dok hronična aktivacija simpatikusa (usled dužeg prisustva negativnih emocija) može izazvati „habanje“ kardiovaskularnog sistema. Smatra se da su ovi kraći emocionalni izlivi povezani sa preventivnim ponašanjima u vezi sa zdravljem i traženjem pomoći, dok distress i depresija povećavaju osetljivost na simptome, tačnost reprezentacije bolesti, te mogu fascilitirati traženje i primanje pomoći, ali i dovesti do rizičnih ponašanja po zdravlje, kao što su zloupotreba supstanci, prejedanje i upuštanje u rizične seksualne aktivnosti u cilju regulisanja negativnih emocija. One mogu takođe podrivati sisteme socijalne podrške koje osoba ima i da tako stvaraju začaran krug konflikta i izolacije (Mayne, 1999). U budućim istraživanjima je važno da se utvrdi do kog nivoa negativne emocije mogu imati pozitivan efekat na zdravlje i zdravstveno ponašanje, a kada postaju dominantno negativne (Mayne, 1999).

Ima vrlo malo studija u kojima se zajedno ispituju pozitivni i negativni afektivitet, a one u kojima se to radi ih najčešće sagledavaju kao krajeve kontinuuma (Watson et al., 1988a; Weisenberg et al., 1998) ili ih ispituju na različitim nivoima (crta/stanje) (Bogaerts et al., 2015). Oskudan je i broj istraživanja koja nastoje da razumeju čitav opseg afektivnih iskustava u odnosu na subjektivnu percepciju zdravlja, što je realnost koja predstavlja razliku između teorije i prakse. Koliko god mi doživljavamo različit spektar osećanja kada je reč o zdravlju, toliko je malo istraživanja u kojima se taj spektar osećanja ispituje i meri (Whitehead & Bergeman, 2013). S obzirom da mnogi teorijski modeli emocija (npr. Watson & Pennebaker, 1999) opisuju emocionalni prostor u terminima valence (pozitivna i negativna) i arauzala (aktivan/neaktivan, pobuđen/nepobuđen), mnogo afektivnog prostora nije pokriveno u kontekstu procene zdravlja (Whitehead & Bergeman, 2013). Takođe, treba imati u vidu da emocionalna obrada informacija može imati različite efekte na zdravlje u različitim fazama bolesti (inicijacije i progresije). (Consedine, 2008).

Do sada se pokazalo da emocionalno stanje u kome se osoba nalazi ima značajan efekat na pristrasnost u izveštavanju i proceni fizičkog zdravlja (Watson & Pennebaker, 1989). Ove vrste pristrasnosti su važne kada je nečije emocionalno iskustvo značajni prediktor ili moderator u odnosu između onoga što osoba govori o svom zdravlju i onoga što se objektivno može proceniti. Pristrasnost se javlja i pod dejstvom pozitivnih i pod dejstvom negativnih emocija, bilo da je reč o trenutnom raspoloženju, bilo o trajnijoj dispoziciji ka češćem doživljavanju pozitivnih ili negativnih stanja, i može biti problematična u kontekstu medicinskog tretmana, ali i istraživanja

ukoliko se ne razume adekvatno i ne uzme u obzir (Whitehead & Bergeman, 2013). Postoje određena prihvatanja uloge emocionalnog stanja u odnosu na zdravstvene pristrasnosti (Petersen et al., 2011). Međutim, ovakve studije, koje daju značaj kontekstu, tj. emocionalnom stanju nastoje da vrše eksperimentalne manipulacije u jednom određenom vremenskom trenutku (Wright et al., 2005) ili da se fokusiraju na specifični simptom ili dijagnozu (Main et al., 2003), što ne mora da bude uvek u skladu sa prirodnim pojavljivanjem pristrasnosti u pogledu percepcije zdravlja čak i na dnevnom nivou. Generalno, afektivne pristrasnosti mogu imati negativnu ulogu i kod zdravih osoba u smislu da provociraju stres i anksioznost, što na ponašajnom planu dovodi do traženja medicinskog tretmana i kada to nije potrebno. S druge strane, pristrasnosti u pozitivnom smeru mogu da dovedu do toga da ljudi ignorišu simptome i da samim tim odlažu odlazak kod lekara što može imati negativne ishode po zdravlje (Whitehead & Bergeman, 2013). Sve je više dokaza koji ukazuju i da postoje značajne intraindividualne dnevne varijacije ne samo u afektivitetu, već i u načinu na koji afektivitet utiče na funkcionisanje osobe tokom dana (Diener et al., 1984; Whitehead & Bergeman, 2013). Rezultati istraživanja gde je istovremeno ispitivano prisustvo pozitivnog i negativnog afektiviteta ukazuju na efekat interakcije u smislu zdravstvenih pristrasnosti na dnevnom nivou: pozitivni afektivitet umanjuje negativni efekat događaja koji su u vezi sa zdravljem na zadovoljstvo svojim zdravljem, dok negativni afektivitet pojačava ovu vezu; takođe, valenca se izdvojila kao istaknutija karakteristika pozitivnog afektiviteta, dok je arauzal diferencirajući faktor za negativni afektivitet. Zaključak koji sledi ukazuje da su i valenca i arauzal važne afektivne komponente koje treba razmatrati prilikom proučavanja zdravstvenih pristrasnosti na dnevnom nivou, kao i da ovi efekti mogu biti utvrđeni na opštoj populaciji odraslih (Whitehead & Bergeman, 2013).

U mnogim istraživanjima je ukazano na važnu ulogu negativne afektivnosti kao crte u odnosu na žalbe u vezi sa zdravljem i somatskim simptomima. Međutim, međusobna veza negativnog afektiviteta kao stanja i izveštavanja o fizičkim simptomima nije bila predmet velikog broja istraživanja uprkos teorijskim i praktičnim implikacijama i značaju (npr. Mora et al., 2007), a pozitivni afektivitet se smatrao manje važnim (npr. van den Bergh et al., 2002; Watson & Pennebaker, 1989). Sa teorijskog stanovišta je još uvek nedovoljno jasno da li su negativna emocionalna stanja povezana sa somatskim simptomima nezavisno od crte negativne afektivnosti (npr. Mora et al., 2007; Watson & Pennebaker, 1989). Shodno tome, bolje razumevanje uloge negativnih emocionalnih stanja u percepciji simptoma može unaprediti teorijske modele koji se

odnose na percepciju simptoma i reprezentaciju bolesti, ali i da doprinese razvoju efektivnijih pristupa tretmanu za one simptome koji se ne mogu objasniti samo medicinski (npr. Charles & Almeida, 2006). Ranije studije u ovoj oblasti (Watson & Pennebaker, 1989) koje su ispitivale povezanost pozitivnog i negativnog afektiviteta sa različitim merama izveštavanja o simptomima su ukazale da je negativna afektivnost i kao crta i kao stanje snažno povezana sa svim merama izveštavanja o simptomima, dok je pozitivna afektivnost nezavisna u odnosu na izveštavanje o simptomima. Watson i Pennebaker (1989, prema Jasper et al., 2015) su čak zaključili da su različite žalbe u odnosu na zdravlje povezane i sa negativnom afektivnošću i međusobno. Utvrđeno je i da su visoki nivoi crte negativne afektivnosti prediktivni za naduvavanje simptoma i samoprocenu zdravlja koja je niža od objektivnih zdravstvenih pokazatelja (npr. Mora et al., 2007). Za pozitivni afektivitet je takođe utvrđeno da može da utiče na samoprocenu zdravlja i kada se radi o stanju i kada se radi o crti, ali, doduše, u manjoj meri (npr. Pressman & Cohen, 2005).

Kao što je već pomenuto, istraživači su uglavnom usmereni na efekte negativnih emocija u vezi sa zdravljem. Manje je pažnje posvećivano pozitivnom afektu i pozitivnim ishodima u procesu stresa. Važno je da psiholozi razumeju jasnije adaptacionu ulogu i značaj pozitivnih emocija u stresnoj sredini, kao i da nauče kako ljudi generišu i održavaju pozitivne emocije u stresnim okolnostima. Koje su to strategije prevladavanja koje generišu pozitivne emocije u stresu? Koje to čine odmah, a kojima je potrebno vreme da bi se videli pozitivni efekti? Da li pozitivne i negativne emocije imaju nezavisan efekat na fizičko zdravlje, ponašanja u vezi sa zdravljem i socijalno funkcionisanje, pitanja su koja su postavljena odavno (Folkman & Moskowitz, 2000), a na koja još uvek nema najjasnijih odgovora.

Pre skoro pola veka, Lazarus i saradnici (1980) su razmatrali funkcionalnu ulogu koju pozitivne emocije mogu imati u odnosu na stresne događaje. Oni su pretpostavili da u stresnim uslovima, kada su negativne emocije predominantne, pozitivne emocije mogu služiti kao neka vrsta psihološke „pauze“, odmora ili predaha koji podržavaju napore koje osoba čini u prevladavanju stresora i da tako osobe dopunjuju resurse koji su usled stresa umanjeni ili oštećeni. Pozitivne emocije takođe mogu da amortizuju efekat štetnih posledica stresa (Folkman & Moskowitz, 2000). Rezultati istraživanja pokazuju da se pozitivne emocije mogu javiti i u izrazito stresnom kontekstu i u periodima kada su depresija i distres značajno povišeni. Istovremeno prisustvo pozitivnih i negativnih emocija je zabeleženo kod pacijenata koji su imali ozbiljnu

povredu kičmene moždine i kod roditelja koji su izgubili dete usled iznenadne smrti u kolenjima već tri nedelje nakon ovih stresnih događaja uprkos ozbiljnosti gubitaka (Silver & Wortman, 1987, prema Folkman & Moskowitz, 2004). Istovremeno javljanje pozitivnih i negativnih emocija ima važne implikacije za prevladavanje. S jedne strane, ako su pozitivne i negativne emocije samo krajevi kontinuuma, onda prevladavanje koje redukuje distress može istovremeno da pojača doživljaj pozitivnih emocija i obrnuto. S druge strane, istovremeno javljanje ovih emocija ukazuje na izvestan stepen njihove nezavisnosti što znači da različiti aspekti prevladavanja mogu da budu povezani sa regulacijom pozitivnog i negativnog afektiviteta (Folkman & Moskowitz, 2004).

**Emocionalni aspekti prevladavanja kod pacijenata sa IM.** Osobe koje prežive IM najčešće doživljavaju negativne emocije koje se podudaraju sa ograničenim fizičkim funkcionisanjem, kardiološkim komplikacijama i deterioracijom kvaliteta života (Kroemeke, 2016a). Depresivnost i anksioznost, ali i depresivni, anksiozni ili mešoviti anksiozno-depresivni poremećaji su najčešći emocionalni korelati nakon IM koji se mogu naći u dostupnoj literaturi. Između 40% i 50% pacijenata neposredno nakon IM, dok su još uvek u bolnici, izveštavaju o srednjem ili visokom nivou anksioznosti (Lloyd & Cawley, 1979). Nakon povratka iz bolnice većina pacijenata oseti egzistencijalni strah, krivicu, poricanje i suoči se sa „gubitkom dosadašnjeg načina života”, te potencijalnim ograničenjima koje bolest može da ima. Neki od njih počinju da percipiraju da će biti potrebno da promene svoj životni stil i da stalno nadalje koriste lekove. Shodno tome, neophodno je da pokrenu odgovarajuće strategije prevladavanja kako bi se prilagodili novonastalim zahtevima i psihosocijalnim stresorima (Chiavarino et al., 2012). Rezultati metaanalize pokazuju da anksioznost koja prati IM povećava za 36% šansu od negativnih kardioloških ishoda (Roest et al., 2010). Stoga, razumevanje mehanizama afektivne regulacije i samim tim posledica po zdravlje kod kardioloških pacijenata može da bude ključno da se pomogne pacijentima ili čak da se sačuvaju njihovi životi. Osobe koje uspevaju da upravljaju svojim negativnim emocijama koje prate zdravstvene probleme i tretman, uspevaju da regulišu i ponašanja koja su u vezi sa zdravljem efektivnije nego oni koji su preplavljeni negativnim emocijama (Terry & Leary, 2011). S druge strane, strategije koje su usmerene na emocionalno prevladavanje kardioloških problema predstavljaju značajne prediktore kasnijih komplikacija bolesti kod pacijenta sa AKS (Son et al., 2016). Prevladavanje usmereno na emocije se smatra maladaptivnom strategijom i u ranom periodu (nakon jednog meseca) i kasnije (nakon šest meseci) od IM, dok je emocionalni balans pozitivno povezan sa prevladavanjem usmerenim na problem

(Kroemeke, 2016a). Izbegavanje ili emocionalno prevladavanje, ali ne i aktivne strategije prevladavanja su se u dosadašnjim istraživanjima pokazale i medijatorima u odnosu između ozbiljnosti bolesti i intruzivnih misli u odnosu na bolest (Son et al., 2016).

Treba reći da su i anksioznost i anksiozni poremećaji podjednako česti kao i unipolarna depresija kod pacijenata sa AKS (npr. Marchesi et al., 2014; Thombs et al., 2013) i nakon ugradnje bajpasa (npr. Tully & Baker, 2012). Prema nekim nalazima anksiozni poremećaji se javljaju komorbiditetno sa depresijom kod oko 50% pacijenata koji boluju od KVB (Tully et al., 2014), što se, takođe, u sličnom procentu sreće i u psihijatrijskoj populaciji (npr. Dilsaver et al., 2006). Važno je identifikovati i ove komorbiditete, jer pacijenti sa AKS koji imaju ili razviju anksiozni poremećaj imaju veću šansu da ne traže pomoć za depresivne simptome, te da samim tim budu pod većim rizikom od ponovnog IM (Tully et al., 2016).

Kod pacijenata nakon IM depresija se javlja dva puta češće nego kod zdravih osoba (Thombs et al., 2006). Podaci metaanalize (Thombs et al., 2006) ukazuju da oko 20% pacijenata nakon IM iskusi simptome kliničke depresije već za vreme hospitalizacije, a ovaj procenat se značajno povećava nakon toga. Subklinički simptomi depresije nakon IM su još češći. Depresija nakon IM je povezana sa fizičkim ograničenjima (de Jonge et al., 2006), kardiološkim komplikacijama i ponovnim hospitalizacijama (Myers et al., 2012), kao i sa većom šansom od ponovnog javljanja IM i većom stopom smrtnosti (Larsen et al., 2014). Takođe, depresivni pacijenti ređe učestvuju u rehabilitaciji i menjaju svoj životni stil nakon IM (Benyamini et al., 2013; Myers et al., 2012), što indirektno deluje na njihovo zdravlje i prognoze. Utvrđeno je da je kod kardioloških pacijenata depresija nezavisni prediktor ponovnog javljanja simptoma i mortaliteta u periodu od narednih godinu dana (DuBois et al., 2012). U relativno malom broju studija ispitivane su promene u nivou depresivnih simptoma nakon IM, a tamo gde jesu, rezultati nisu jednoznačni. Neki nalazi pokazuju da je nivo depresije nakon IM stabilan u periodu od tri meseca (Bennett et al., 2002), šest meseci (Delisle et al., 2012), godinu dana (McGee et al., 2006), pa čak i duže (do 18 meseci; Hanssen et al., 2009) nakon IM. S druge strane, neki drugi nalazi ukazuju na opadanje depresivnih simptoma u ovim vremenskim intervalima (Grace et al., 2005; Yohannes et al., 2010).

Utvrđeno je da pacijenti koji na IM reaguju anksiozno-depresivno (Taylor et al., 2009, prema Chiavarino et al., 2012) manje koriste kognitivne, socijalne, emocionalne, spiritualne i



fizičke resurse prevladavanja (Chiavarino et al., 2012) kao i manje konfrontativnih i optimističkih strategija na račun strategija usmerenih na prevladavanje negativnih emocija (npr. Sararoudi et al., 2011; Lazarus & Folkman, 1984). U ovim studijama se pokazalo da su pacijenti koji su nakon IM bili visoko anksiozni ređe koristili reuokviravanje kao strategiju prevladavanja – kapacitet za redefinisane stresnih događaja, kako bi lakše njime upravljali (Garnefski et al., 2009). Ova strategija je blisko povezana sa prevladavanjem usmerenim na problem. Pacijenti koji u susretu sa IM reaguju anksiozno i depresivno imaju teškoće u pokušajima da problem sagledaju na drugi način (Son et al., 2016). Dosadašnji rezultati su pokazali i da je depresija kod pacijenata koji su doživeli IM povezana sa pasivnim strategijama prevladavanja koje su usmerene na prevladavanje emocija, izbegavanje, poricanje i neangažovanje (Kroemeke, 2016b; Landreville & Vezina 1994, prema Chiavarino et al., 2012). Smatra se da distres i prisustvo depresije imaju najjači prognostički efekat na tok IM iako nije utvrđen tačan mehanizam kojim se ovo ostvaruje. Pretpostavlja se da je svaka od ovih veza posredovana kognitivnim procesima. U studiji Kroemeke (2016a) utvrđeno je da anksioznost najpre pokreće na aktivne strategije prevladavanja, a da su visoki nivoi anksioznosti povezani sa prevladavanjem usmerenim na emocije tri meseca nakon IM. Ovaj „preokret” može da ukaže na promenu u procesu prevladavanja usled neuspešnosti primene aktivnih strategija u redukcivanju anksioznosti na samom početku i promeni strategije da bi se prevladao stres prouzrokovan IM za duži period. Ne treba zaboraviti i povratni efekat koji negativne emocije mogu imati na kogniciju i ponašanje. Depresija i anksioznost deluju na kogniciju, a posredno i na ponašanje, tako da redukuju pokušaje da se nešto uradi na bihevioralnom planu (npr. Meichenbaum, 1985). Jedan od mehanizama negativnog efekta depresije može biti preko kognitivnog aspekta u smislu da će depresivni kardiološki pacijenti razmišljati negativnije o svom zdravlju i tretmanu. Ova negativna razmišljanja i verovanja mogu negativno da deluju na motivaciju ili kapacitet za održavanje dnevnih, kratkotrajnih, ali i dugotrajnih i kompleksnih životnih promena koje se traže od ovih pacijenata (Spernak et al., 2007). Visok nivo negativnih emocija pojačava i prevladavanje usmereno na emocije što sa svoje strane ojačava negativni afekat (Kroemeke, 2016a).

Ima nalaza koji pokazuju da se emocionalna ravnoteža popravlja šest meseci nakon IM što doprinosi poboljšanju emocionalnog blagostanja. Promene se odvijaju u smeru dominacije negativnih emocija nekoliko dana nakon IM do javljanja pozitivnih emocija nakon mesec dana od IM i nastavka prisustva pozitivnih emocija na sličnom nivou tokom narednih šest meseci

(Kroemeke, 2016b). Prema nekim podacima, tri do šest meseci nakon IM nivo anksioznosti opada kod 1/3 pacijenata i ovo stanje se zadržava kod 1/5 obolelih tokom godinu dana praćenja (Stern et al., 1976). Pretpostavlja se da se procena rizika smanjuje nakon tri meseca od IM možda zato što nadalje kod ispitivanih pacijenata nije bilo srčanih problema i zato što su se vratili svom uobičajenom životu ili su promenili životni stil i na osnovu toga smatraju da su smanjili rizik, ali su potrebna dodatna istraživanja da se provere ove pretpostavke (Broadbent et al., 2013). Smatra se da se pozitivne emocije javljaju kada nestane pretnja po život i ostaju prisutne nadalje, ali je njihovo prisustvo slabije izraženo u odnosu na negativne emocije koje se mogu smatrati dominantnim u emocionalnom balansu nakon IM. Efekat pozitivnih emocija verovatno postaje vidljiviji na duže staze u procesu adaptacije (Kroemeke, 2016b). Prevladavanje usmereno na problem i emocije se umeću kao medijatori u ovim vezama.

U kontekstu modela samoregulacije, već je rečeno da percepcija bolesti, tj. dimenzije reprezentacije, deluju na izbor strategija prevladavanja, što povratno ima efekat na ishod. Pacijenti koji boluju od KBS često izveštavaju o doživljaju nedostatak kontrole i zavisnosti od drugih za vreme tretmana i oporavka (Bergvik et al., 2010). Rezultati istraživanja ukazuju da je percepcija većeg rizika povezana sa većom zabrinutošću zbog bolesti, težim posledicama i intenzivnijim emocionalnim odgovorima (Broadbent et al., 2013). Nalazi pokazuju i da su psihološke, ali ne i fizičke posledice koje IM ima razlog nevratanja na posao kod 40–50% obolelih (Lewin, 1995, prema Broadbent et al., 2013). Isto tako, briga o posledicama fizičkih simptoma i kraćem životnom veku mogu da dovedu do anksioznosti i zabrinutosti koja ometa svakodnevni život (Son et al., 2016), a povratno povratak uobičajenim (socijalnim i seksualnim) aktivnostima može biti kompromitovan usled negativnih osećanja poput depresivnosti i anksioznosti (Stern et al., 1976; Wiklund et al., 1984, prema Broadbent et al., 2013). Faktori koji su povezani sa raspoloženjem poput depresije mogu da utiču i na pridržavanje tretmana kod kardioloških pacijenata kao jednog od važnih ponašajnih aspekata nakon IM (npr. Kripalani et al., 2015). Ovi podaci su u skladu sa već pomenutim rezultatima istraživanja modela samoregulacije koji ukazuju na važniju prediktivnu ulogu prevladavanja u odnosu na ishode bolesti, nego same reprezentacije bolesti (Dempster et al., 2015). Svakako, prevladavanje koje je povezano sa IM i emocionalna adaptacija variraju od individue do individue i zavise od mnogo faktora i iziskuje dalja ispitivanja.

Pored opisanih kognitivnih i emocionalnih aspekata prevladavanja, promene u ponašanju takođe predstavljaju deo prevladavanja bolesti, a uzajamna veza, tj. nerazdvojjivost kognitivne, emocionalne i ponašajne komponente je već obrazložena. Kada je u pitanju prevladavanje IM na nivou ponašanja, ono se najčešće vezuje za pridržavanje propisanih lekova i promenu životnog stila u smislu usvajanja ponašanja koji su u vezi sa zdravljem (adekvatna ishrana, fizičko vežbanje) i redukovanja onih koja to nisu (pušenje, alkohol, uzimanje masne i začinjene hrane). Ova komponenta će biti obrađena u nastavku kroz opis pridržavanja propisanog tretmana nakon IM i faktora koji doprinose (ne)pridržavanju tretmana i funkcionisanju nakon IM.

### **Pridržavanje tretmana i funkcionalnost pacijenata nakon infarkta miokarda**

Brojni problemi sa zdravljem su u velikoj meri povezani sa ponašajnim izborima osoba i shodno tome su, bar delimično, pod kontrolom. Međutim, iako se prema nekim podacima oko 40% uzroka pogoršanja raznih zdravstvenih stanja može pripisati faktorima nad kojima osoba ima kontrolu (Levesque et al., 2007), ljudi se često ne ponašaju na način koji može poboljšati i unaprediti njihovo zdravlje i tako produžiti život. U slučaju bolesti ili povrede, pomenuta samoregulacija najčešće ne prestaje kada se zatraži tretman. U stvari, još veća samoregulacija je potrebna kad treba da se prate preporuke lekara, uzimaju regularno lekovi i preduzimaju promene životnog stila koje su važne za održanje zdravlja. Razni faktori mogu da ograniče sposobnosti osobe da se uspešno „samoreguliše” u smislu ponašanja na način koji je u skladu sa zdravljem. Mnogi aspekti i zahtevi tretmana su neprijatni, zahtevaju vreme ili koštaju, ili zahtevaju od ljudi da se suzdržavaju onog što vole i u čemu uživaju (Vermeire et al., 2001). Dešava se da pacijenti mogu imati teškoće u pridržavanju tretmana i usvajanju zdravih oblika ponašanja i kada je većina uslova koja doprinosi ponašanju u vezi sa zdravljem ispunjena (Vermeire et al., 2001).

*Pridržavanje tretmana se može odrediti kao aktivno, voljno i kolaborativno učestvovanje pacijenata u prihvaćenim oblicima ponašanja koja imaju za cilj da dovedu do terapijskog efekta. Ovo određenje ukazuje da pacijent ima izbor, ali i da pacijent i lekar zajedno postavljaju terapijske ciljeve i dogovaraju se oko medicinskog režima koji treba poštovati (Naderi et al., 2012). Ako bismo se usmerili na odredbu pridržavanja tretmana koja je više „psihološka“, pacijentovo angažovanje u tretmanu se može odrediti i kao sadejstvo kognitivnih, emocionalnih i bihejvioralnih činilaca koje on preduzima u upravljanju bolešću (Graffigna et al., 2017) i s tim u*

vezi se ne razlikuje mnogo od onoga što se podrazumeva pod prevladavanjem. Često se u medicinskoj literaturi termin pridržavanje tretmana zamenjuje terminom *komplijansa*. Promena u terminologiji nastoji da se približi pristupu zdravstvene zaštite koji je usmeren na pacijenta i koji ima za cilj uspostavljanje saradnje lekara i pacijenta u cilju postizanja terapijskih ciljeva, a ne slepo praćenje instrukcija lekara od strane pacijenata (Bauer et al., 2012; Giudicessi et al., 2013).

Pridržavanje tretmana je najuže povezano sa pridržavanjem uzimanja propisanih lekova (eng. medication adherence) i predstavlja temu koja privlači veliku pažnju u oblasti zdravstvene zaštite, kako zbog važnosti koje propisani lekovi i tretmani imaju u održavanju zdravlja, tako i zbog problema koji su vezani za njihovo nepridržavanje. Nije (uvek) jednostavno proceniti pridržavanje tretmana, jer je, kao i u slučaju prevladavanja reč o višedimenzionalnom konceptu, a ponašanja koja se nalaze u njegovom sklopu variraju i u zavisnosti od samog tretmana i u zavisnosti od bolesti za koju je tretman indikovano (Spernak et al., 2007).

*Pridržavanje propisanih lekova* se, kao što sam naziv kaže, odnosi na to da li pacijenti uzimaju propisane lekove na način na koji je to određeno (*pridržavanje uzimanja propisanih lekova*) i onoliko dugo koliko je to potrebno (*istrajnost u njihovom uzimanju*). Pridržavanje propisanih lekova podrazumeva da pacijenti uzimaju lekove na dnevnoj osnovi onako kako je to propisano od strane lekara. Istrajnost u uzimanju se odnosi na to da održe vremenski kontinuitet u kome je predviđeno da se lekovi koriste (Ho et al., 2009). Pridržavanje uzimanja propisanih lekova je neophodno za ostvarivanje dobrobiti od lekova, ali je istovremeno i kompleksan i dinamičan proces (Pandey et al., 2018).

Uspeh u pridržavanju tretmana kod kardioloških pacijenata podrazumeva da se lekovi uzimaju onako kako je propisano u 80% slučajeva, kao i da se istraje u uzimanju lekova čak i ako postoje povremeni prekidi umesto da se prestane sa terapijom za stalno. Ovaj kriterijum je konvencija propisana od strane SZO (Thomson et al., 2020) i vezuje se za studije od pre nekoliko decenija gde je utvrđeno da do smanjenja krvnog pritiska dolazi ako pacijenti u 80% slučajeva uzimaju propisane lekove (Fletcher et al., 1975, prema Choudhry et al., 2014). Iako ovo određenje nailazi na potvrde i u nekim kasnijim istraživanjima (Choudhry et al., 2014), njegova empirijska potpora je ograničena.

Upotreba kardioprotektivnih lekova je jako važna i za primarnu i za sekundarnu prevenciju KVB, ali se procenjuje da se oko 50% pacijenata ne pridržava tretmana što dovodi do porasta broja

ponovnih hospitalizacija i prerane smrti (Burnier & Egan, 2019). Uzimanje lekova se tipično smanjuje vremenom i predstavlja glavni izazov u upravljanju hroničnim bolestima (Usherwood, 2017). Ovo je naročito izazov za kardiovaskularne pacijente nakon otpusta iz bolnice kada se upoznaju sa tretmanom koji podrazumeva dugotrajnu upotrebu većeg broja lekova (Pandey et al., 2018). Prevencija budućih komplikacija kod pacijenata kojima je već dijagnostikovana KVB je važan aspekt zdravstvene zaštite, jer oni imaju 5–6 puta veći kardiološki rizik. Da bi se ovaj rizik umanjio, pacijentima se daju i određene preporuke poput umerene fizičke aktivnosti, zdrave ishrane, održavanja normalne telesne težine, nepušenja i neuzimanja velike količine alkohola (Piepoli et al., 2016). Međutim, istraživanja u 24 evropske zemlje ukazuju da, iako mnogi pacijenti pokušavaju da prate ove preporuke u odnosu na životni stil, komplijansa nije zadovoljavajuća, a ciljevi se najčešće ne ostvaruju (Kotseva et al., 2016). Isto tako manje od polovine ovih pacijenata ima koristi od programa rehabilitacije (Bjarnason-Wehrens et al., 2010).

Nepridržavanje tretmana ili neistrajnost u uzimanju lekova nisu novi fenomeni. Istraživači su ih dokumentovali unazad 50 godina (Choudhry & Winkelmayr, 2008). Prema podacima SZO u razvijenim zemljama, oko 50% lekova za hronične bolesti se ne uzima onako kako su propisani, a ovaj procenat je još veći u zemljama u razvoju (Sabaté, 2003). Slabo pridržavanje tretmana je povezano sa brojnim problemima poput rezistentnosti na lekove, prolongiranih hospitalizacija, povećanih troškova zdravstvene zaštite i smanjenog kvaliteta života (Roebuck et al., 2001), a noviji rezultati iz SAD-a ukazuju da je nepridržavanje tretmana uzrok velikog broja hospitalizacija usled komplikacija i smrtnih slučajeva (Ye & Zhang, 2019).

Što se tiče IM, iako je tretman dosta poboljšán i unapređen u novije vreme, a stopa smrtnosti značajno smanjena, i dalje postoji veliki rizik od pogoršanja zdravstvenog stanja ovih pacijenata, ponovnog doživljavanja IM, ali i smrtnih ishoda nakon otpusta iz bolnice (Yusuf et al., 2001). Propisivanje adekvatnih lekova nakon otpusta iz bolnice je samo jedan deo bitke za ove pacijente. Sekundarna prevencija koja podrazumeva dugotrajnu, a često i celoživotnu istrajnost u pridržavanju propisanog režima uzimanja lekova najčešće iz grupe beta-blokatora, statina, inhibitora angiotenzin-konvertujućeg enzima (ACE inhibitori) ili blokatora angiotenzinskih receptora (ARB) ključna je za maksimalnu dobit pacijenata od terapije (Choudhry & Winkelmayr, 2008). Istraživanja efekta pridržavanja propisanih lekova ukazuju da oni koji se potpuno pridržavaju propisanog tretmana sekundarne prevencije imaju veću stopu preživljavanja

i manje recidiva. S druge strane, oni koji se osrednje pridržavaju tretmana nemaju protektivne efekte (Choudhry & Winkelmayr, 2008). Pacijenti koji nakon IM uzimaju statine imaju za 81% manji rizik od rekurentnog IM u odnosu na one koji ih ne uzimaju (Benner et al, 2002). Pacijenti koji nakon IM prestanu sa uzimanjem aspirina, statina i beta blokatora imaju tri puta veću šansu da umru od onih koji ne prestanu (Choudhry & Winkelmayr, 2008).

Kod pacijenta koji su već imali IM, uzimanje propisanih lekova varira (Zullig et al., 2017). Podaci metaanalize iz 20 studija gde je procenjivano pridržavanje propisanih kardioprotektivnih lekova (aspirin, ACE inhibitori, ARB blokatori, beta-blokatora, blokatora kalcijumovih kanala, taizida i statina) ukazuju na pridržavanje tretmana u 66% slučajeva u odnosu na propisane lekove za sekundarnu prevenciju u periodu od dve godine (Naderi et al., 2012). Nalazi takođe ukazuju da nepridržavanje tretmana uglavnom nije bilo povezano sa vrstom lekova, tj. da diskontinuitet u uzimanju lekova nije povezan sa njihovim neželjenim dejstvima (Brieger et al., 2017). Period nakon otpusta iz bolnice je posebno značajan, s obzirom na to da je rizik od smrti najveći mesec dana nakon IM. Neki nalazi pokazuju da jedan od pet pacijenata ne uzima sve propisane lekove nakon otpusta (Yohannes et al., 2007). Jackevicius i saradnici (2008) izveštavaju da se skoro  $\frac{1}{4}$  pacijenata ne pridržava uzimanja lekova u periodu od sedam dana nakon otpuštanja iz bolnice. Neadekvatno pridržavanje tretmana je povezano sa relapsima u smislu ponovnog javljanja infarkta. Prema nekim podacima jedan od pet pacijenata koji su već imali IM doživi novi srčani udar u roku od 30 dana nakon hospitalizacije (Shah et al., 2009). Podaci pokazuju i da je dugotrajno pridržavanje lekova u smislu sekundarne prevencije nakon IM vrlo slabo (Choudhry & Winkelmayr, 2008). Prema nekim navodima jedan od tri pacijenta prestaje sa uzimanjem terapije u periodu od 90 dana nakon IM, a ovaj broj se povećava u periodu od godinu dana (Faridi et al., 2016). Iako su u raznim studijama koje su ispitivale pridržavanje tretmana korišćeni različiti planovi tretmana u različitim zemljama i imajući u vidu različite zdravstvene uslove, u većini se pokazalo da se manje od polovine pacijenata pridržava kardioprotektivnih lekova u sekundarnoj prevenciji (Choudhry & Winkelmayr, 2008). Generalno, rezultati ukazuju da veliki procenat pacijenata prestaje sa uzimanjem kardioprotektivnih lekova nakon IM i da manje od 50% njih nastavlja sa kontinuiranom upotrebom lekova tri godine nakon infarkta (Shah et al., 2009). Veliki broj pacijenata prestaje ili diskontinuirano uzima beta blokatore i ACE inhibitore nakon otpusta usled IM, a samo 50% njih i dalje uzima lekove dve godine nakon samog događaja. Dakle, uprkos potencijalima koje kardiološki lekovi imaju za poboljšanje zdravlja pacijenata, njihova upotreba

ostaje problematična (Leslie et al., 2018). Nalazi pokazuju i da mnogi ljudi koji su preživeli IM nisu svesni da propisani tretman može da im sačuva život. Čini se da u jednom trenutku pacijenti pogrešno počinju da veruju da im više ne trebaju lekovi. S druge strane, oni koji prežive srčani udar su mnogo otvoreniji da celoživotno uzimaju lekove, ako znaju kako lek deluje i koja je korist od njega. Uključenost pacijenata u tretman može da dovede do poboljšanja samoefikasnosti kroz bolje razumevanje same bolesti, što može da poveća motivaciju za preuzimanje odgovornosti za svoje zdravlje i poboljšanje veština (Yohannes et al., 2007).

Preporuke koje podrazumevaju sekundarnu prevenciju nakon IM se odnose i na promenu životnog stila pacijenata pre svega u smislu pridržavanja određenog režima ishrane i fizičke aktivnosti, te redukcije kompromitujućih životnih navika poput pušenja, konzumiranja alkohola, masne i začinjene hrane. Petrie i saradnici (1999) izveštavaju da oko 60% pacijenata nakon IM doživljava pozitivne promene u smislu razvijanja zdravijeg životnog stila, redukovanja riziko faktora i preraspodele prioriteta, ali isto tako se promene mogu odnositi na uključivanje članova primarne porodice u sekundarnu prevenciju u smislu sprečavanja recidiva. IM može da dovede i do poboljšanja porodičnih, socijalnih i interpersonalnih odnosa. Dešava se da iz bolesti pacijenti nauče važne lekcije o sebi i životu koje im pomažu da se kasnije bolje snalaze u susretu sa izazovima koje IM nosi. Neki pacijenti koji su izveštavali o promeni svog životnog stila su govorili da su usporili tempo života, da su odustali od nekih obaveza i da su manje usmereni na posao, odnosno da im je ovo iskustvo bilo oslobađajuće. Mnogi pacijenti su izveštavali o promenama u ishrani, smanjenju konzumiranja alkohola ili prestanku pušenja. Fizička aktivnost, naročito šetnja, takođe je pominjana. Neki su govorili da su smanjili naporan posao, sportske i socijalne aktivnosti, ali je vraćanje ovih aktivnosti na prvobitni nivo primećeno sa ponovnim vraćanjem samopouzdanja. Kod nekih je postojalo jedno sveprožimajuće osećanje da će se sve vratiti u normalu nakon IM, a neki pacijenti su čak govorili i da su se nakon IM osećali mlađe, što je najčešće bilo povezano sa zdravim promenama u životnom stilu (Hutton & Perkins, 2008).

Iako moguće, pozitivne promene se ne odnose na sve pacijente nakon IM (Hassani et al., 2009). Veliki broj nalaza ukazuje da je pridržavanje preporuka koje se odnose na sekundarnu prevenciju daleko od optimalnog čak i kod pacijenata čiji su troškovi zdravstvene zaštite potpuno pokriveni zdravstvenim osiguranjem (Yohannes et al., 2007). Neka istraživanja su pokazala da su pacijenti neposredno nakon IM najresponzivniji za usvajanje promena u životnom stilu, jer opažaju

bolest kao znak upozorenja (Fållun et al., 2016), ali ta motivacija za promenom opada kada prestane doživljaj šoka i kada se osoba vrati na svoje uobičajeno funkcionisanje (Wiles & Kinmonth 2001).

Komplijansa u odnosu na propisani tretman se smatra najboljim načinom za kardiološke pacijente da poboljšaju svoje stanje i smanje rizik od budućih komplikacija. Veliki broj istraživača nastoji da utvrdi potencijalne razloge koji mogu da budu povezani sa nepridržavanjem ili neadekvatnim uzimanjem lekova za kardiovaskularne bolesti, iako se radi o faktorima koje nije uvek lako operacionalizovati. Neke studije ukazuju na faktore koji se odnose na *pacijente* poput: niske motivacije, zaboravnosti, pridruženih bolesti, socioekonomskog statusa, nedovoljnog znanja o terapiji, komplikovanog režima upotrebe većeg broja lekova i depresije, dok su u drugima identifikovani faktori rizika koji se odnose na *lekare* (Cheng et al., 2015; Chen et al., 2015; Gencer et al., 2015). U nekim studijama se razlozi nepridržavanja tretmana mogu podeliti na *nenamerne* (npr. zaboravljanje da se uzmu lekovi) i *namerne* (namerno preskakanje ili neuzimanje lekova), ali isto tako je utvrđeno da neki od razloga koji leže u osnovi namernog nepridržavanja lekova, leže i u osnovi nenamernog (Giudicessi et al., 2013).

Razlozi neuzimanja lekova koji potiču od lekara podrazumevaju način na koji kliničar komunicira sa pacijentom i način na koji vrši doziranje terapije. Tome svakako doprinosi i odnos između pacijenta i lekara, kao i način na koji lekar deli informacije sa pacijentom. Komunikacija koja je nedovoljno usmerena na pacijenta je povezana sa slabijim pridržavanjem tretmana. Kada lekari edukuju pacijente o njihovoj bolesti, odnosno daju objašnjenje zašto je važno pridržavati se tretmana, pacijenti će biti ohrabreni da se pridržavaju tretmana, a to će poboljšati i saradnju. Neki nalazi su ukazali na značajne nedostatke u komunikaciji između doktora i pacijenata što se pokazalo prediktivnim za nepridržavanje propisanih beta blokatora u dužem vremenskom periodu. (Yohannes et al., 2007).

Sistem zdravstvene zaštite takođe može da bude jedan od faktora koji doprinosi nepridržavanju uzimanja lekova u smislu visokih cena, bilo samih lekova, bilo učešća koje pacijent ima u ceni. Okolinski faktori mogu biti brojni, počev od karakteristika sredine gde je onemogućen nesmetan pristup zdravstvenoj zaštiti, do uticaja medija u smislu plasiranja informacija kojima se povećava zabrinutost usled upotrebe lekova (Giudicessi et al., 2013).

Što se tiče razloga na strani pacijenata, ima nalaza koji pokazuju da je neuzimanje lekova povezano sa sociodemografskim karakteristikama, ali su rezultati uglavnom nekonzistentni



(Kripalani et al., 2017). Na kompleksnost diskontinuiteta u pridržavanju tretmana ukazuju i rezultati gde je utvrđeno da su varijable koje su konstantno bile povezane sa diskontinuitetom u uzimanju lekova bile hipertenzija, koja je bila povezana sa nižim rizikom diskontinuiteta, i hospitalizacija u godini pre IM koja je bila povezana sa većim rizikom od diskontinuirane upotrebe (Hudson et al., 2007). U drugim studijama su dobijeni slični nalazi, a pokazalo se i da postoje neki drugi faktori rizika za diskontinuitet kao što je, na primer, dijabetes (Jackevicius et al., 2002). Ima istraživača koji pretpostavljaju da je nepridržavanje propisanih lekova više povezano sa nekim drugim psihosocijalnim faktorima, kao što su npr. zdravstvena pismenost, samoefikasnost, socijalna podrška, komorbiditetno prisustvo nekih poremećaja, poput depresije, ali su i ovde nalazi kontradiktorni, a i retke su studije u kojima je ispitivan efekat svih ovih potencijalnih faktora nepridržavanja tretmana zajedno. Rezultat toga je još uvek nedovoljno razumevanje potencijalnih prediktora neuzimanja lekova, što samim tim otežava i praktičnu stranu u smislu primene odgovarajućih intervencija, a u cilju poboljšanja komplijanse (Kripalani et al., 2017). U nastavku će biti više reči o povezanosti psiholoških činilaca i neadekvatne komplijanse, imajući u vidu njihovu prediktivnu ulogu u odnosu na pridržavanje tretmana (Alavi et al., 2013; Sarrafzadegan et al., 2007).

Davis i saradnici (2012) utvrdili su da psihološki faktori, kao što su stavovi i verovanja u odnosu na zdravlje, anksioznost i depresivnost, socijalna podrška i lokus kontrole predstavljaju značajne prediktore nepridržavanja tretmana. Pacijentovo znanje o svrsi i važnosti uzimanja lekova, opažene barijere ili olakšice u pridržavanju tretmana, ali i niža samoefikasnost i slaba uverenost u značaj i neophodnost uzimanja lekova su neki od činilaca koji mogu imati efekat na uzimanje propisanih lekova (Morrison et al., 2015). U istraživanju Kripalani-ja i saradnika (2015) utvrđeno je da je niska zdravstvena pismenost takođe povezana sa nepridržavanjem tretmana, kao i da je nepridržavanje češće kod pacijenata koji nisu bele rase, koji su mlađi, muškog pola, sa nižim nivoom socijalne podrške i većim brojem depresivnih simptoma. Rezultati nekih istraživanja ukazuju na pozitivne efekte psihosocijalne podrške na samoefikasnost pacijenata u upravljanju hroničnim bolestima (Zullig et al., 2017). Shodno tome, neki nalazi pokazuju da pacijenti koji imaju niži bazični nivo socijalne podrške, imaju veći rizik od slabijeg pridržavanja tretmana tokom prve godine nakon IM, nego pacijenti koji imaju viši nivo socijalne podrške (Leifheit-Limson et al., 2012).

Imajući u vidu brojnost i kompleksnost razloga za nepridržavanje tretmana važno je njihovo dalje istraživanje u cilju utvrđivanja i razumevanja potencijalnih mehanizama koji mogu biti u osnovi nepridržavanja tretmana. Postoje nalazi koji ukazuju da se pridržavanje tretmana može bolje razumeti ako se posmatra kao dinamički proces, tj. ako se razmatra uloga kognitivnih, emocionalnih i ponašajnih činilaca zajedno (Giudicessi et al., 2013). Mnoga istraživanja koja se odnose na pridržavanje tretmana su se fokusirala na perceptivne i kognitivne faktore za koje se pretpostavlja da leže u osnovi motivacije ili namere da se poštuju zdravstvena uputstva ili usvoje ponašanja koja bi trebalo da poboljšaju zdravlje (Croyle & Barger, 1993; Leventhal et al., 1998), te će u nastavku biti više reči o njihovom efektu u odnosu na ovu važnu temu.

### ***Procene (verovanja) pacijenata i pridržavanje tretmana***

Sa kognitivnim pristupom dolazi i do razrade modela koji se odnose na ponašanja u vezi sa zdravljem, pri čemu je akcenat na kognitivnim determinantama ponašanja, ali se ni afekat ne isključuje u potpunosti. Modeli koji se odnose na verovanja u odnosu na zdravlje (eng. Health beliefs models, videti Rosenstock, 1974) pretpostavljaju da je bihejvioralni odgovor na bolest rezultat verovanja koje osoba ima u odnosu na sopstvenu vulnerabilnost prema bolesti, verovanja o ozbiljnosti bolesti i analize prednosti i mana preduzimanja određene akcije. Kasnije su teoretičari u ove postavke integrisali i emocije i dali im važnu ulogu. Na primer, u okviru već pomenutog modela samoregulacije se pretpostavlja da simptomi ili pretnje po zdravlje pokreću određene misli i emocije koje istovremeno deluju na ponašanja u vezi sa zdravljem (Leventhal et al., 1998, 2016a). Prema modelu samoregulacije (Leventhal et al., 1980), oporavak od bolesti zavisi od načina kako pacijenti opažaju svoju bolest i sposobnosti da prevladaju situaciju. Ovaj model u stvari predstavlja sistem konstantnih povratnih informacija gde su posledice procene bolesti fidbek u odnosu na reakcije prevladavanja, a one povratno deluju na dimenzije reprezentacije bolesti. Brojne studije su pokazale da je percepcija bolesti prediktivna za ponašanja koja su u vezi sa zdravljem (npr. pridržavanje tretmana, funkcionalni ishodi; Broadbent et al., 2004, 2009; Reynolds et al., 2007), da može da pojača rizik od PTSP-a kao jedne od posledica somatskih bolesti (Oflaz, 2014) ali i podstakne oporavak od IM (Alsén et al., 2010; Broadbent et al., 2006; French et al., 2006; Petrie et al., 1996).

Sve je više studija koje pokazuju da percepcija simptoma deluje na pacijentova ponašanja u vezi sa zdravljem (Petrie & Weinman, 2012), na poverenje da istraju u dugotrajnim promenama

ponašanja i na uključivanje u programe kardiološke rehabilitacije nakon IM (French et al., 2006; Lau-Walker, 2007; Petrie et al., 1996). Postoje podaci koji ukazuju da informacije o genetskom riziku za oboljevanje, odnosno dimenzija uzročnosti koja podrazumeva naslednu komponentu, povećava efikasnost upotrebe lekova, ali smanjuje opaženu efikasnost promene životnog stila (npr. Senior & Marteau, 2007). Ima i nalaza koji pokazuju da informacije i postojeći genetski rizik nisu povezani sa pridržavanjem propisanih lekova ili prilagođavanjem životnog stila (Elis et al., 2008; Marteau et al., 2004; Senior & Marteau, 2007; Wright et al., 2007), što se može razumeti da su i pre informisanja o genetskom riziku osobe to znale, imajući u vidu vulnerabilnost nekih članova porodice (Walter et al., 2004). Neki nalazi pokazuju da su informacije o postojanju genetskog rizika delotvorne na ponašanje i pridržavanje tretmana samo ako su nove za osobu i da tada mogu imati efekat na reprezentaciju bolesti i odgovor na faktore rizika (Claassen et al., 2012). Nalazi takođe pokazuju da verovanja pacijenata o uzrocima i posledicama bolesti mogu biti dosta različita od toga kako se oni shvataju od strane lekara i u okviru medicinskih modela, što samim tim može da utiče i na (ne)uzimanje lekova od strane pacijenata. Kod mnogih pacijenata netipična priroda kardiovaskularnih bolesti može da dovede u pitanje potrebu za svakodnevnim uzimanjem lekova i dobiti od iste (Giudicessi et al., 2013).

Rezultati istraživanja Figueiras-a i Alves-a (2007) ukazuju da dimenzije reprezentacije bolesti imaju mali, ali značajan udeo u ukupnoj varijansi stavova prema preventivnom ponašanju i nameri da se ista usvoje. Pokazuje se i da nezavisno od iskustva sa bolešću, kognitivne dimenzije reprezentacije poput koherentnosti, psiholoških uzroka, hroničnog trajanja bolesti i posledica mogu da ostvaruju efekat na ponašanja koja su u vezi sa zdravljem kod zdravih osoba. Važnost emocionalne reprezentacije bolesti se najviše vidi u načinu na koji zdrave osobe percipiraju prirodu ozbiljne bolesti (Figueiras & Alves, 2007). Petrie i saradnici (2002), ali i drugi autori (Juergens et al., 2010) ukazali su da pacijentova percepcija IM ima značajan efekat na različite aspekte oporavka kao što su socijalne interakcije, rekreacione i seksualne aktivnosti, kućni poslovi i povratak na posao (npr. Billing et al., 1997) i životni stil (npr. French et al., 2006). Pacijenti koji nakon infarkta veruju da će imati ozbiljnije i dalekosežnije posledice se sporije vraćaju na posao i imaju viši nivo onesposobljenosti (Petrie & Weinman, 1997b). Takođe, ovakva procena bolesti se vezuje i za viši nivo srčane neuroze tri meseca nakon IM (Broadbent et al., 2004). Pacijenti koji svoju bolest opisuju sa više simptoma, ozbiljnijim posledicama, koji osećaju da razumeju svoju bolest i da imaju kontrolu nad njom, kao i da je životni stil uzrok bolesti će češće učestvovati u

programima rehabilitacije (npr. French et al., 2006). Dimenzije identiteta i verovanja u tretman se pokazuju značajnim prediktorima i za fizičke aspekte kvaliteta života godinu dana nakon postavljanja dijagnoze (Lane et al., 2009) i za psihološke aspekte kvaliteta života (Sawicki et al., 2011). Neki autori ukazuju da je pacijentova procena pretnje koju bolest predstavlja za budući život ključna za pridržavanje tretmana i ponašanja u vidu smanjenja rizika od ponovnog IM. Prema njima, pacijenti koji procenjuju da imaju povećanu šansu od novog IM mogu biti snažno motivisani da primene i agresivnije kardiološke tretmane i promene životni stil (Broadbent et al., 2006). Takođe, pacijenti sa IM koji imaju manje negativnu percepciju bolesti reaguju brže na tretman, nego pacijenti sa negativnom percepcijom bolesti (Johnson & King, 1995). S druge strane pokazalo se da su u grupi pacijenata koji se slabo pridržavaju tretmana utvrđeni značajno niži skorovi na dimenziji lične kontrole i kontrole u odnosu na tretman, kao i tendencije ka višim skorovima na emocionalnim odgovorima u odnosu na grupu pacijenata koji se adekvatno pridržavaju tretmana (Miyazaki et al., 2018). Čini se da je veća verovatnoća da će se pacijenti pridržavati tretmana ako veruju u njegovu efektivnost, negoli ako ne veruju u efikasnost onoga što rade (Panzaru & Holman, 2015).

Rezultati istraživanja pokazuju da je glavna razlika između pacijenata koji kasnije učestvuju u programima rehabilitacije, kao jednog od vida tretmana nakon IM, i onih koji ne učestvuju ili slabije učestvuju, što ovi prvi govore o većem broju simptoma (dimenzija identitet) i posledica bolesti, višem nivou doživljenog distresa i imaju slabija verovanja da je njihova bolest prouzrokovana bakterijama ili virusima, te generalno češće koriste prevladavanja usmerena na problem ili na emocije (Whitmarsh et al., 2003). U istoj studiji je utvrđeno da su značajni prediktori neodlaska ili slabog učestvovanja u rehabilitaciji bezazlenije opažanje simptoma i doživljaj manje kontrole u odnosu na bolest (bilo lične, bilo one koja je posledica tretmana) (Whitmarsh et al., 2003). Kako ishod rehabilitacije nije određen samo kliničkim statusom, već i sistemom verovanja, ispitivanje dimenzija percepcije bolesti se čini korisnim i važnim za istraživanje prilagođavanja na bolest i njene ishode (Petrie & Weinman, 2006). U metaanalizi povezanosti dimenzija reprezentacije bolesti i učestvovanja u programima rehabilitacije je utvrđeno da je percepcija bolesti kod pacijenata sa IM prediktivna za pohađanje rehabilitacije iako su mere veličine efekta male i često heterogene. Pacijenti sa IM koji svoju bolest percipiraju pod kontrolom, simptomatsku, sa ozbiljnim posledicama i koji osećaju da razumeju ono što im se dešava će verovatnije pohađati programe rehabilitacije, a efekti mogu da budu manji ili veći, dok će oni koji

opažaju da njihova bolest nema smisla ređe pohađati programe rehabilitacije (French et al., 2006). To može biti zato što dimenzija koherentnosti uglavnom podrazumeva razumevanje onog što se dešava – ako pacijenti ne razumeju prirodu IM ili hroničnih faktora KVB koji vode u IM, manje je verovatno da će razumeti relevantnost bihevioralne intervencije kao što je kardiološka rehabilitacija. Na primer, ako pacijenti smatraju da je IM pokrenut stresom, a ne razumeju proces ateroskleroze koji je u osnovi njihovog IM, mogu biti zbunjeni zašto se od njih traži da vežbaju i da promene ishranu, jer se čini da tretman ne odgovara događaju (French et al., 2006). Istraživanja takođe ukazuju i na povratni efekat rehabilitacije na percepciju bolesti. Pacijenti su nakon rehabilitacije opažali manje emocionalnih posledica bolesti, počeli bolje da je razumeju i pripisivali joj manje simptoma (Janssen et al., 2013). Takođe, pojačan doživljaj kontrole nakon rehabilitacije se pokazao prediktivnim u odnosu na niži nivo anksioznosti i depresije nakon dva meseca, a pojačano poverenje u mogućnost promene prediktivnim u odnosu na bolje mentalno zdravlje nakon osam meseci od rehabilitacije. Smanjenje depresije je bilo prediktivno za niži nivo anksioznosti nakon osam nedelja, i za niži nivo anksioznosti, depresije i bolje mentalno zdravlje nakon osam meseci. Smanjenje anksioznosti je bilo prediktivno za niži nivo depresije nakon osam nedelja i niži nivo anksioznosti, depresije i trend ka boljem fizičkom zdravlju nakon osam meseci (Michie et al., 2005). Ovi nalazi ukazuju da promena kognicije u vezi sa zdravljem nakon IM može da smanji distres i da ima dugotrajne benefite na fizičko zdravlje (Miyazaki et al., 2018).

Horne i saradnici (2013) su razvili skale za proučavanje pacijentovih verovanja o lekovima. Prema ovim autorima razlikuju se specifična verovanja pacijenata o lekovima – *neophodnost uzimanja lekova za zdravlje i zabrinutost zbog lekova u smislu nuspojave*. Rezultati metaanalize na 94 studija pokazuju da su specifična verovanja koja se odnose na neophodnost tretmana dosledno pozitivno povezana sa pridržavanjem tretmana, dok su specifična verovanja koja se odnose na zabrinutost zbog uzimanja lekova dosledno i negativno povezana sa pridržavanjem tretmana (Leventhal et al., 2016b). U longitudinalnim studijama je utvrđeno da verovanja o neophodnosti uzimanja lekova i briga/zabrinutost zbog uzimanja lekova predviđaju neupotrebu beta-blokatora, ACE inhibitora/ARBs i statina. Rezultati studija preseka ukazuju da niži skorovi na skali neophodnosti upotrebe lekova predviđaju smanjeno pridržavanje tretmana kod pacijenata sa AKS (Leventhal et al., 2016b). Nesigurnost u odnosu na neophodnost uzimanja lekova je prediktor slabije upotrebe istih, naročito ako su pacijenti zabrinuti u odnosu na nuspojave od lekova (Horne et al., 2013). Pacijenti koji imaju manje snažna verovanja o važnosti uzimanja

lekova ili su zabrinuti od nuspojava izveštavaju o tome da zaboravljaju da ih uzmu ili da namerno preskaču propisane doze (Sabaté, 2003).

S obzirom na to da je proučavanje verovanja o tretmanu novijeg datuma, još uvek nije dovoljno jasno kako verovanja zajedno sa drugim kognitivnim faktorima (koji se odnose na reprezentaciju bolesti) deluju na ponašanje nakon akutnih kardioloških događaja (Leventhal et al., 2016b). Rezultati istraživanja su pokazali da, kada ispitanici treba da samoprocene neophodnost uzimanja lekova, svi daju visoke ocene, što ukazuje na značaj ovih verovanja kod pacijenata. Međutim, visoki prosečni skorovi u odnosu na pridržavanje tretmana su dobijeni i kod osoba koje su pridržavanje tretmana opazale kao rutinu. Neka istraživanja pokazuju da, iako su pacijenti koji imaju negativna verovanja o lekovima pod većim rizikom u odnosu na nepridržavanje tretmana, ova verovanja ipak imaju mali udeo u objašnjenju varijanse pridržavanja tretmana. Isto tako mnogi pacijenti koji veruju u važnost uzimanja kardiovaskularnih lekova se ne pridržavaju tretmana (Giudicessi et al., 2013). Čini se da će kognitivna povezanost sa uzimanjem lekova pre imati efekat na pridržavanje tretmana preko namera, a afektivna preko izbegavajućih tendencija (Kleppe et al., 2017). U jednom istraživanju je utvrđeno da su najniži skorovi u odnosu na pridržavanje tretmana pronađeni kod ispitanika koji su kategorisani da imaju negativne emocije u odnosu na uzimanje lekova, pri čemu se pokazalo da je negativni afekat pre povezan sa trenutkom uzimanja lekova nego sa dugotrajnim negativnim afektom. Međutim, oni koji imaju negativni afekat u trenutku uzimanja lekova su takođe izveštavali o visokom nivou zabrinutosti, što može da ukaže i da je uzimanje lekova u velikoj meri ili pre svega određeno emocionalnim činiocima. Nalaz zapravo ukazuje da ponašanje može da bude pod dejstvom različitih faktora u zavisnosti da li se radi o pozitivnim ili negativnim, kognitivnim ili afektivnim korelatima (Strack & Deutsch, 2004, prema Kleppe et al., 2017).

Neki nalazi pokazuju da osobe koje se podvrgavaju hirurškom tretmanu imaju pozitivniju percepciju bolesti, nego one koje uzimaju lekove (Hirani et al., 2006). S druge strane, pacijenti koji se samo oslanjaju na lekove, percipiraju svoju bolest kao više životno ugrožavajuću, što ima veći efekat na njihov život i emocionalnu sferu, te se bolest doživljava mnogo manje pod kontrolom, nego u slučaju podvrgavanja nekom kardiohirurškom zahvatu (Panzaru & Holman, 2015).

Generalno, iako je ova tema tek u razvoju, postojeći nalazi ukazuju na važnost koju reprezentacija bolesti i drugi kognitivni aspekti mogu imati na pridržavanje propisanog tretmana, kako medikamentoznog, tako i bihevioralnog, što sa svoje strane ima efekte na funkcionisanje nakon bolesti, u ovom slučaju nakon IM. Samim tim, moguće je poboljšati funkcionalnost pacijenata i ishode intervencijama koje su usmerene na promenu nekih dimenzija reprezentacije bolesti nakon IM (Broadbent et al., 2009; Petrie et al., 2012).

### ***Emocije i pridržavanje tretmana***

Period nakon IM je naročito osetljiv za pacijente i, ako ne umeju uspešno da prevladaju ovo (traumatsko) iskustvo i da mu se prilagode, možda neće biti u stanju da se vrate uobičajenom funkcionisanju (Chung et al., 2008; Princip et al., 2018). Pacijenti sa KVB često doživljavaju distres (Dimsdale, 2008), koji nema samo negativni efekat na njihovo zdravlje i blagostanje (Brummett et al., 2004), već može da predstavlja prepreku u odnosu na pridržavanje propisanih lekova i promenu životnog stila (Pogosova et al., 2015).

Rezultati novijih istraživanja podržavaju nalaze da emocije treba smatrati važnom determinantom pridržavanja tretmana (Kleppe et al., 2017). Pacijenti koji povezuju uzimanje lekova sa negativnim emocijama se manje pridržavaju tretmana za razliku od onih koji uzimanje lekova smatraju neophodnim. Pozitivnija osećanja u vezi sa lekovima se pokazuju povezanim sa boljim pridržavanjem tretmana, snažnijim verovanjem u neophodnost uzimanja lekova, manje zabrinutosti, pozitivnim kognitivnim stavovima, pozitivnim emocionalnim stavovima, manjim tendencijama izbegavanja i jačim namerama da se lekovi uzimaju onako kako je potrebno (Kleppe et al., 2017). Međutim, pokazalo se da su osećanja snažnije povezana sa zabrinutošću, nego sa verovanjima o neophodnosti uzimanja lekova, tj. sa afektivnom nego sa kognitivnom komponentom stava i sa tendencijama izbegavanja nego sa namerama. Tendencije izbegavanja i namere mogu se smatrati parcijalnim medijatorima u odnosu između emocija i pridržavanja tretmana (Kleppe et al., 2017).

Neki pacijenti se ne pridržavaju preporuka lekara ne zato što su odlučili da ih ignorišu, nego što možda nemaju dovoljno emocionalnih kapaciteta i potrebnih veština prevladavanja (Mercedes Arrebola-Moreno et al., 2020). Kao što je već opisano u delu koji se odnosi na emocionalni aspekt prevladavanja, depresivni simptomi su česta pojava kod pacijenata nakon IM

(npr. DuBois et al., 2012; Kroemeke, 2016a). Pacijenti koji razviju depresiju nakon IM imaju slabiju komplijansu, što je sa svoje strane povezano sa lošijom prognozom i većom šansom za ponovnim doživljavanjem infarkta (Bauer et al., 2012). Veliki broj dosadašnjih nalaza dosledno ukazuje na povezanost depresije i neuzimanja lekova kod kardioloških pacijenata (Kripalani et al., 2015). Komorbiditetno prisustvo depresije ili posttraumatskog stresnog poremećaja se smatraju psihološkim faktorima koji su se u brojnim dosadašnjim istraživanjima pokazali snažno povezanim sa neuzimanjem lekova (npr. Giudicessi et al., 2013). Nizak nivo socijalne podrške i depresija često idu zajedno i povezani su sa slabijim pridržavanjem tretmana (Lett et al., 2005), ali se pokazalo da je niži nivo socijalne podrške prediktivan za slabije pridržavanje tretmana kod nedepresivnih, ali ne i kod depresivnih pacijenata (Leifheit-Limson et al., 2012). Rezultati nekih istraživanja ukazuju da poboljšanje u odnosu na depresivne simptome (bilo spontano bilo usled tretmana) vodi do poboljšanja u pridržavanju tretmana kod različitih grupa kardioloških pacijenata. S tim u vezi, lekari bi trebalo više da obrate pažnju na komorbiditetno prisustvo depresije i njen tretman, naročito kod pacijenata koji su nedavno hospitalizovani (Giudicessi et al., 2013).

Prema nekim nalazima, anksioznost se može smatrati nezavisnim faktorom rizika za nepridržavanje tretmana, ali još uvek nema dovoljno podataka o tome (Bauer et al., 2012). Iako je anksioznost često prisutna kod pacijenata sa IM, rezultati nekih studija ne ukazuju da je ona nezavisni prediktor pridržavanja tretmana u periodu od šest nedelja nakon IM. Potencijalno objašnjenje može biti da sržni simptomi depresije poput niske motivacije, teškoća koncentracije, dezenergizacije, mogu direktno da utiču na ponašanja koja su u vezi sa zdravljem uključujući i nepridržavanje tretmana i neuzimanje lekova, dok simptomi anksioznosti koji se odnose na nemir i pojačanu aktivaciju mogu imati manji efekat (Bauer et al., 2012). Neki istraživači pretpostavljaju da je anksioznost više od stanja kod ovih pacijenata i da je povezana sa visokim zahtevima koje bolest postavlja, ali da se ne može smatrati i njihovom crtom ličnosti. Stanje anksioznosti može da bude uzrok nepridržavanja tretmana u situacijama koje se opažaju kao visoko preteće. Suprotno tome, anksioznost kao crta može da zaštiti ljude od nepridržavanja tretmana. Verovatno zbog stalnog straha od komplikacija ljudi sa crtom anksioznosti će se češće pridržavati tretmana nego oni koji nisu anksiozni (Dempe et al., 2013). U svakom slučaju oba objašnjenja su samo pretpostavke. Buduće studije su neophodne da bi se ispitala dejstva anksioznosti na pridržavanje/nepridržavanje tretmana kod kardioloških pacijenata (Dempe et al., 2013).



Zabrinutost od novog (srčanog ili moždanog) udara, veći doživljaj „haosa u životu” nakon IM i mlađi uzrast značajno su povezani sa neuzimanjem lekova kod pacijenata sa KVB i istorijom IM (Broadbent et al., 2006). Kvalitativne studije u kojima su ispitivani razlozi neuzimanja lekova kod kardioloških pacijenata takođe ukazuju na važnost pacijentove zabrinutosti kao ključnog faktora nepridržavanja tretmana (Giudicessi et al., 2013). U istraživanju u kojem su korišćeni podaci dobijeni na osnovu procene u tri trenutka merenja tokom procesa oporavka od IM, utvrđeno je da je slabo pridržavanje propisanih direktnih oralnih antikoagulanata bilo snažno povezano sa jačim emocionalnim odgovorima, tj. snažnijim osećanjima besa, anksioznosti i depresije, kao i sa mlađim uzrastom, odsustvom istorije uzimanja varfarina i dužom upotrebom antikoagulanata (Baroletti & Dell’Orfano, 2010). Depresija i anksioznost se pokazuju povezanim i sa neučestvovanjem ili ranim napuštanjem programa rehabilitacije (Petrie et al., 1996; Petrie et al., 2002), ali i prediktorima sniženog kvaliteta života pacijenata u periodu praćenja od godinu dana nakon IM (Cameron & Leventhal, 2003; Petrie & Weinman, 1997b). Do sada se ipak nedovoljno zna o tome da li i kako promene u raspoloženju mogu da budu povezane sa poboljšanjem u pridržavanju tretmana. Takođe, pored depresivnosti i anksioznosti, kao prateći emocionalni korelati IM se mogu javiti i druge emocije ili stanja poput krivice i besa, a u dostupnoj literaturi gotovo da nema istraživanja koja ispituju važnost ovih emocionalnih doživljaja u pridržavanju tretmana i kasnijoj funkcionalnosti pacijenata. S druge strane, istraživanja dosta zanemaruju efekat pozitivnog afekta – zadovoljavajuća emocionalna stanja i pokretačka raspoloženja, a koji može biti prediktivan za poboljšanje opšteg zdravstvenog statusa, bolje kardiološke ishode i smanjenje smrtnosti nezavisno od stepena ozbiljnosti bolesti (Kroemeke, 2016a).

Već je pomenuto da novija istraživanja pokazuju da visoko stresni događaji mogu da budu povezani i sa pozitivnim emocionalnim stanjima (Folkman, 2008), ali je još uvek nedovoljno podataka na tu temu kod preživelih pacijenata. Postojeći podaci iz istraživanja sprovedenih na pacijentima koji boluju od HIV-a, karcinoma ili srčane slabosti ukazuju na adaptivnu ulogu koju pozitivne emocije mogu imati u susretu sa ovim pretnjama po zdravlje/život (prema Kroemeke, 2016a). Čini se da se pozitivni efekti pozitivnih emocija na ponašanje ostvaruju delovanjem na tok kognitivnih procesa i podsticanjem na aktivnosti direktno pomažući u razrešavanju teške situacije. Prema nekim teorijskim razmatranjima (Fredrickson, 2001) prisustvo negativnih emocija sužava repertoar veza između razmišljanja i ponašanja što se odražava na redukovanu procenu stresora bilo kao pozitivnog, bilo kao negativnog, i rezultira reakcijama borba-beg koji predstavljaju jednu

od najstarijih evolucionih reakcija u stresu. S druge strane, prisustvo pozitivnih emocija dovodi do proširenja postojećih perspektiva i otvaranja novih mogućnosti na osnovu dostupnog znanja i aktivnosti, te tako širi repertoar veza misao-ponašanje (Fredrickson, 2001).

IM, kao i druge životno ugrožavajuće bolesti može da pokrene nezavisno prisustvo i pozitivnih i negativnih osećanja (npr. Larsen & McGraw, 2011), međutim, u dostupnoj literaturi gotovo da nisu pronađeni rezultati efekta pozitivnih emocija nakon IM na ponašanje uključujući i pridržavanje tretmana i funkcionalnost pacijenata. Imajući u vidu kompleksnost psiholoških činilaca, kako kognitivnih, tako i emocionalnih, u odnosu (ne)pridržavanje tretmana, važno je njihovo dalje istraživanje u cilju utvrđivanja i razumevanja potencijalnih mehanizama, kako onih koji se odnose na negativne, tako i onih koji uključuju pozitivne aspekte koji mogu biti u njegovoj osnovi.

## Metodologija istraživanja

### Problem istraživanja

Kao što je već pomenuto, model samoregulacije predstavlja sistem koji opisuje odgovore usmerene na upravljanje različitim aspektima bolesti (Leventhal et al., 2016a). Kognicija i emocije sadržane u reprezentaciji bolesti pokreću aktiviranje strategija prevladavanja, a u cilju regulacije emocija i postizanja zdravstveno relevantnih ishoda u ponašanju u odnosu na bolest (Slika 2). Povratno, osoba procenjuje efekat preduzetih aktivnosti na ishod bolesti, što može da dovede do promene načina prevladavanja, ali i reprezentacije bolesti (Broadbent et al., 2015). Iako je prevladavanje najčešće *medijator* odnosa između reprezentacije bolesti i zdravstveno relevantnih ishoda, ima i nalaza koji ukazuju da postoji direktna povezanost bolesti i ishoda nezavisno od prevladavanja (Foxwell et al., 2013). *Ključno pitanje koje se nameće u okviru modela samoregulacije, a koje proizilazi iz dosadašnjih studija se odnosi na udeo koji kognitivni i emocionalni faktori kroz reprezentaciju bolesti i prevladavanje imaju u generisanju akcija.* Iako su reprezentacije neophodne za akciju, planovi aktivnosti u kombinaciji sa reprezentacijama bolesti i tretmana su neophodni za konkretizaciju/aktualizaciju ponašanja. Većina pacijenata zna kako da započne neku konkretnu aktivnost u cilju očuvanja/unapređenja svog zdravlja, poput uzimanja propisanih lekova, ali mnogi posustaju u pridržavanju propisanog tretmana za duži vremenski period (Leventhal et al., 2016a,b). Shodno tome, za bolje razumevanje zdravstveno relevantnih ishoda nakon bolesti, važno je utvrditi šta je ono što ljude pokreće na konkretne aktivnosti, odnosno kakva je povezanost određenih aspekata reprezentacije bolesti sa određenim aspektima prevladavanja i zdravstveno relevantnog ponašanja.

Kognitivno prevladavanje, kao što je već pomenuto, može imati centralnu ulogu u različitim aspektima (mentalnog) zdravlja i bolesti (Garnefski, n.d.), s obzirom na to da su kognicija i regulacija emocija neraskidivo povezane. Međutim, još uvek nije dovoljno jasno kako verovanja o bolesti u kombinaciji sa drugim kognitivnim faktorima (pre svega sa kognitivnim aspektima prevladavanja) deluju na emocije i ponašanje nakon akutnih i životno ugrožavajućih zdravstvenih stanja kao što je IM. Iako se prema kognitivnoj teoriji pretpostavlja da su veze između događaja i ishoda posredovane kognitivnim procesima, ne treba zaboraviti i efekat koji negativne emocije mogu imati na kogniciju, ali i ponašanje (npr. Beck, 2007; Meichenbaum, 1985). Prema

nekim teorijskim razmatranjima, emocije su te koje oblikuju našu percepciju, način na koji vidimo sebe i samim tim način razmišljanja i ponašanja (Chiavarino et al., 2012). Faktori koji su povezani sa raspoloženjem takođe mogu da utiču na pridržavanje tretmana kod kardioloških pacijenata kao jednog od važnih ponašajnih aspekata nakon IM (npr. Kleppe et al., 2017). Da li je najčešće kognicija ta koja deluje na emocije i ponašanje kod pacijenata sa IM, kao što se pretpostavlja u okviru kognitivne teorije (npr. Beck, 1964, prema Beck, 2007) ili su emocije te koje imaju efekat na kogniciju i ponašanje, i kada je to tako, iziskuje dalja ispitivanja. Konkretnije, u okviru primene modela samoregulacije na pacijentima sa IM mogu se postaviti nekoliko pitanja: *Da li je kognitivni aspekt prevladavanja prvi (u odnosu na emocionalni i ponašajni) u pretpostavljenom nizu odnosa između kognitivne i/ili emocionalne reprezentacije bolesti i funkcionalnosti pacijenata nakon bolesti? Da li emocionalni aspekt prevladavanja može imati direktan efekat na prevladavanje na ponašajnom planu i preko njega indirektni na funkcionalnost pacijenata (Slika 3)? Da li reprezentacija bolesti može imati direktne efekte na zdravstveno relevantne ishode i koje? Kakva je dinamika ovih relacija u različitim fazama IM i oporavka?* Imajući u vidu ova pitanja, kao problem istraživanja nameće se empirijska provera modela samoregulacije, tj. integrativnog modela odnosa reprezentacije bolesti, različitih aspekata prevladavanja koji pokreću na aktivnost i funkcionalnosti pacijenata nakon IM, kao i utvrđivanje dinamike ovih odnosa kroz praćenje promena u ispitivanim konstruktima tokom vremena.

## **Ciljevi istraživanja**

### ***Opšti ciljevi:***

- Empirijska provera integrativnog modela odnosa između reprezentacije bolesti, različitih aspekata prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata koji su imali IM (Slika 3).
- Praćenje promene odnosa između ispitivanih varijabli merenjem u tri trenutka (neposredno nakon IM, nakon 1–1,5 meseca i nakon tri meseca).

### ***Specifični ciljevi:***

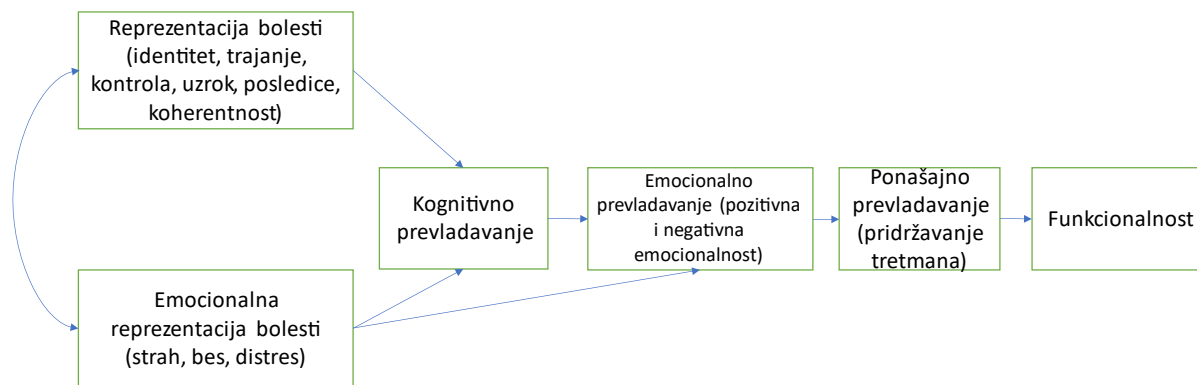
- Ispitati da li se može pretpostaviti serijski medijacioni niz kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog aspekta prevladavanja u odnosu između dimenzija

reprezentacije bolesti i funkcionalnosti pacijenata nakon IM, tj. da li se može pretpostaviti odnos pomenutih varijabli kao na Slici 3;

- Ispitati da li se kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti (identitet, kontrola, trajanje, uzrok, posledice, koherentnost) i emocionalna reprezentacije bolesti (strah, bes, distres) mogu smatrati prediktorima kognitivnog aspekta prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) u prvom trenutku merenja;
- Ispitati da li se emocionalna reprezentacija bolesti (strah, bes, distres) može smatrati prediktorom emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u prvom trenutku merenja;
- Ispitati da li se kognitivni aspekti prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) mogu smatrati medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u prvom trenutku merenja;
- Ispitati da li se emocionalni aspekt prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) može smatrati prediktorom ponašajnog aspekta prevladavanja (pridržavanje tretmana) u drugom trenutku merenja;
- Ispitati da li se kognitivni aspekti prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) i emocionalni aspekti prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) mogu smatrati serijskim medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i ponašajnog aspekta prevladavanja (pridržavanje tretmana) u drugom trenutku merenja;
- Ispitati da li se ponašajni aspekt prevladavanja (pridržavanje tretmana) može smatrati prediktorom funkcionalnosti pacijenata nakon IM u drugom trenutku merenja;
- Ispitati da li se ponašajni aspekt prevladavanja (pridržavanje tretmana) može smatrati medijatorom u odnosu između emocionalnog aspekta prevladavanja

(pozitivna i negativna afektivnost) i funkcionalnosti pacijenata nakon IM u trećem trenutku merenja.

- Ispitati da li se aspekti kognitivnog (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje), emocionalnog (pozitivni i negativni afektivitet) i ponašajnog (pridržavanje tretmana) prevladavanja mogu smatrati serijskim medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionalnosti pacijenata nakon IM.



**Slika 3.** *Pretpostavljeni dijagram puta između reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata nakon IM*

- Na temelju rezultata empirijske provere pretpostavljenog modela odnosa između varijabli po potrebi revidirati i proveriti alternativne modele odnosa reprezentacije bolesti, kognitivnih, emocionalnih i ponašajnih aspekata prevladavanja i funkcionalnosti kod pacijenata koji boluju od IM.

- Ispitati promenu u izraženosti merenih varijabli (reprezentacije bolesti, kognitivni, emocionalni i ponašajni aspekti prevladavanja i funkcionalnost) u dva, odnosno u tri trenutka merenja.
- Proveriti stabilnost pretpostavljenog modela odnosa u celini i pojedinačno u dva trenutka merenja (T1 i T2, odnosno T2 i T3).
- Ispitati da li postoje razlike u stepenu izraženosti dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog aspekta prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata s obzirom na registrovane varijable (prethodno prisustvo kardiovaskularnih bolesti, hereditet i prisustvo akutnog/hroničnog stresa u prethodnoj godini).

## **Značaj istraživanja**

### ***Teorijski značaj***

Ovako postavljen model samoregulacije predstavlja integraciju postojećih znanja o odnosu između kognitivne i emocionalne reprezentacije bolesti, prevladavanja (na kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom planu) i zdravstveno relevantnih ishoda, tj. funkcionalnosti pacijenata nakon IM. Praćenje promena odnosa omogućava ispitivanje dinamike i stabilnosti međuodnosa varijabli u modelu, ali isto tako i potencijal za utvrđivanje kauzalnih relacija između pomenutih varijabli proverom njihovog pretpostavljenog redosleda nacrtom ukrštenih korelacija. Iako model samoregulacije uključuje emocionalnu reprezentaciju bolesti, treba napomenuti da on ne podrazumeva eksplicitno psihološke ishode. Samim tim postoje nekonzistentni nalazi u odnosu na to koje elemente modela treba razmatrati za objašnjenje ishoda poput emocionalnog stanja osoba nakon bolesti, kao i konfuzija kako su ti elementi povezani međusobno (Dempster et al., 2015). Shodno tome, rezultati ovog istraživanja mogu doprineti proširenju postojećih znanja u odnosu na relevantnost određenih aspekata modela samoregulacije za psihološke ishode bolesti. Sagledavanje prevladavanja kroz različite aspekte (kognitivni, emocionalni i ponašajni) predstavlja proširenje dosadašnjeg shvatanja prevladavanja u okviru ovog modela, te samim tim nudi mogućnost za adekvatnije razumevanje pretpostavljenih odnosa. Pored ovakve višestruke operacionalizacije prevladavanja, svi njegovi aspekti su sagledani i pozitivno i negativno što predstavlja dodatno proširenje postojećih saznanja, imajući u vidu da su dosadašnja istraživanja uglavnom bila usmerena na patocentrične konstrukte, a da pozitivni psihološki konstrukti mogu

imati efekat na negativne u predikciji ponašanja koja su relevantna za zdravstveni ishod (Folkman & Moskowitz, 2004). Dopuna dosadašnjih znanja se odnosi i na sagledavanje emocionalnosti kod pacijenata koji su imali IM kroz širi spektar emocionalnih aspekata, uključujući generalno pozitivne i negativne emocije, nasuprot dosadašnjem prevashodnom ispitivanju anksioznosti i depresivnosti kao emocionalnih aspekata IM (npr. Roest et al., 2010; Thombs et al., 2006).

### ***Praktični značaj***

Obuhvatni pogled na psihološko funkcionisanje pacijenata koji su doživeli IM može da otvori „nove puteve” tretmana koji, pored medikamentozne, uključuju i psihološke aspekte. Identifikovanje psiholoških faktora koji mogu biti povezani sa prilagođavanjem na IM i njihovih međusobnih odnosa može imati praktične implikacije u cilju formiranja programa psihološke podrške pacijentima nakon IM, a zarad uspostavljanja što boljeg funkcionisanja. Bolje razumevanje faktora koji su povezani sa emocionalnim distresom i neuzimanjem lekova kod kardioloških pacijenata može da rezultira primenom odgovarajućih intervencija u cilju kreiranja i poboljšanja programa zdravstvenog menadžmenta. Značaj modela odnosa varijabli u ovom istraživanju se ogleda i u promeni pristupa u smislu da je on više usmeren na pacijenta i njegovu perspektivu bolesti, te na implikacije koje ta perspektiva može imati u kasnijim ponašanjima koja se odnose na upravljanje bolešću/zdravljem.

### **Varijable**

Sprovedeno istraživanje je longitudinalno istraživanje korelacionog tipa sa merenjem u tri trenutka (korelacioni nacrt ukrštenih korelacija) i u njemu će biti uključene sledeće varijable:

*Reprezentacija bolesti* – podrazumeva verovanja i očekivanja koja osoba ima u odnosu na sopstvenu ili tuđu bolest, povredu, simptom, senzaciju. Može se operacionalno odrediti skorovima koje ispitanici postižu na subdimenzijama kognitivne reprezentacije: identitet, koherentnost, verovanja u odnosu na vremensko trajanje bolesti (akutni/hronični i ciklični tok), verovanja o posledicama, verovanja o uzroku, verovanja o kontroli (lična kontrola i kontrola zahvaljujući tretmanu) i subdimenziji emocionalne reprezentacije bolesti (Moss-Morris et al., 2002) neposredno nakon IM i nakon 1,5–2 meseca od IM. U gore opisanom modelu odnosa, reprezentacija bolesti se smatra *prediktorskom* varijablom.



*Prevladavanje* – predstavlja konstantne kognitivne i bihevioralne napore koje osoba čini da bi se prilagodila zahtevima spoljašnje i unutrašnje sredine (Lazarus, 1993; Lazarus & Folkman, 1984).

*Kognitivni aspekt prevladavanja* – kognitivne strategije prevladavanja ili kognitivne strategije emocionalne regulacije se mogu odrediti kao svesne mentalne strategije koje osobe koriste da bi upravljale emocionalno pobuđujućim informacijama. Ovaj aspekt prevladavanja je operacionalizovan skorovima koje ispitanici postižu na Upitniku kognitivnih strategija emocionalne regulacije: samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje (CERQ-36; Garnefski et al., 2002, prema Garnefski & Kraaij, 2006) neposredno nakon IM i nakon 1,5–2 meseca od samog događaja. Kognitivne strategije emocionalne regulacije se u pretpostavljenom modelu odnosa smatraju *prediktorom* (u odnosu na emocionalni i ponašajni aspekt prevladavanja i funkcionalnost) i *medijatorom* (u odnosu dimenzija reprezentacije bolesti sa afektivitetom, pridržavanjem tretmana i funkcionalnošću).

*Emocionalni aspekt prevladavanja* – podrazumeva prisustvo pozitivnog i/ili negativnog afektiviteta neposredno nakon IM, nakon 1–1,5 meseca nakon IM i nakon tri meseca od IM. Pozitivni i negativni afektivitet je operacionalizovan skorovima koje ispitanici postižu na adaptiranoj verziji skale pozitivnog i negativnog afektiviteta – PANAS (Mihčić et al., 2014). Ovako operacionalizovan emocionalni aspekt prevladavanja u opisanom modelu odnosa predstavlja *prediktorsku* varijablu (u odnosu na ponašajni aspekt prevladavanja i funkcionalnost) i *medijatorsku* varijablu (u odnosu dimenzija reprezentacije bolesti sa pridržavanjem tretmana i funkcionalnošću).

*Ponašajni aspekt prevladavanja* će biti sagledan kroz zdravstveno relevantne ishode u ponašanju pacijenata nakon IM, tj. pridržavanje ili nepridržavanje propisanog tretmana. Pridržavanje tretmana podrazumeva da pacijenti uzimaju lekove na dnevnoj osnovi onako kako je to propisano od strane lekara, i da istraju u uzimanju lekova, tj. da održe vremenski kontinuitet u kome je predviđeno da se lekovi koriste. Pridržavanje tretmana je operacionalizovano skorovima koje ispitanici postižu na skali Stendalovog skora pridržavanja medicinskog tretmana (Franke et al., 2019). Ovako operacionalizovan ponašajni aspekt prevladavanja u pretpostavljenom modelu

odnosa predstavlja *prediktorsku* varijablu (u odnosu na funkcionalnost) i *medijatorsku* varijablu (u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionalnosti).

*Funkcionalnost nakon IM* – odnosi se na to koliko su pacijenti nakon IM u mogućnosti da funkcioniraju u različitim sferama života, odnosno koliko ih bolest ometa u obavljanju različitih aktivnosti. Ova varijabla je operacionalizovana skorom koje ispitanici postižu na adaptiranoj verziji skale nametljivosti bolesti, a u okviru koje se registruje ometenost na polju fizičkog blagostanja i ishrane, posla i finansija, bračnih, seksualnih i porodičnih odnosa, socijalnih relacija i hobija, kao i ostalih aspekata života (građanske, verske aktivnosti, samoaktualizacija; Devins et al., 1990). U pretpostavljenom modelu odnosa funkcionalnost se smatra *kriterijumskom* varijablom.

*Sociodemografske varijable*: pol, starost, obrazovanje, zanimanje, partnerski status, materijalno stanje.

*Registrovane varijable*: prethodna istorija kardiovaskularnih bolesti (hipertenzija, angina pectoris), prisustvo kardiovaskularnih bolesti u porodici (hereditet), prisustvo riziko faktora za nastanak IM (pušenje, gojaznost, hiperlipidemija, fizička neaktivnost), prisustvo akutnog/hroničnog stresa u prethodnoj godini, potreba da se izvrši operacija nakon IM (ugradnja stenta, koronarni bajpas). Sve registrovane varijable su operacionalizovane skorovima na skali binarnog formata odgovora (*da/ne*).

## **Instrumenti**

Revidirani upitnik percepcije bolesti (eng. Illness Perception Questionnaire – Revised, IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002). Upitnik predstavlja revidiranu verziju Upitnika percepcije bolesti koji je namenjen merenju kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti – identiteta, posledica, vremenskog trajanja, kontrole, koherentnosti i uzroka, a u cilju razumevanja načina kojima osobe upravljaju bolešću i činiocima koji su ugrožavajući po zdravlje (Weinman et al., 1996). U revidiranoj verziji je subdimenzija kontrole podeljena na dve – *lična kontrola* i *kontrola zahvaljujući tretmanu*. Takođe, skala vremenskog trajanja je podeljena na onu koja se odnosi na *akutni/hronični tok* bolesti i onu koja podrazumeva *ciklični tok*. Pored kognitivnih, postoji i subdimenzija *emocionalne reprezentacije* bolesti, koja podrazumeva negativna emocionalna stanja poput straha, besa i distresa. Dakle, IPQ-R se sastoji od devet subdimenzija: uzrok, identitet,

vremensko trajanje (akutno/hronično), vremensko trajanje (ciklično), posledice, lična kontrola, kontrola zahvaljujući tretmanu, koherentnost i emocionalna reprezentacija (Moss-Morris et al., 2002). Sve subdimenzije sem identiteta su operacionalizovane odgovorima koji se raspoređuju na petostepenoj skali Likertovog tipa (1 = *potpuno se slažem*, 5 = *potpuno se ne slažem*). Visoki skorovi na skali vremensko trajanje se odnose na verovanje da će bolest duže trajati i/ili da će imati cikličan odnosno promenljiv tok. Visoki skorovi na skali posledice ukazuju na snažnija verovanja da će bolest imati teže posledice po život pacijenata. Visoki skorovi na skalama lične kontrole i kontrole zahvaljujući tretmanu ukazuju na pozitivna verovanja u odnosu na mogućnost kontrole bolesti i efektivnost tretmana. Visoki skorovi na skali koherentnosti se odnose na pacijentovo razumevanje bolesti, dok se visoki skorovi na skali emocionalne reprezentacije odnose na negativna verovanja o tome kako će bolest uticati na emocionalno blagostanje. Dimenzija identitet se procenjuje tako što ispitanici u binarnom formatu odgovora (*da/ne*) biraju da li se neki od ponuđenih simptoma odnosi na njihovu bolest i da li su sa njim uopšte imali iskustvo. Dimenzija uzročnost je operacionalizovana u okviru posebnog subtesta sa 18 ajtema koji se odnose na potencijalne uzroke bolesti. Pored pobrojanih, ispitanici imaju mogućnost da navedu i dodatne uzroke svoje bolesti (Brink et al., 2011). U dosadašnjim istraživanjima skala je pokazala zadovoljavajuće metrijske karakteristike, pri čemu su koeficijenti pouzdanosti bili u rasponu  $\alpha = .70 - .89$  (npr. Brink et al., 2011; Moss-Morris et al., 2002). Metrijske karakteristike upitnika u ovom istraživanju će biti prikazane u delu koji se odnosi na pripremu podataka za analizu.

Upitnik kognitivnih strategija emocionalne regulacije (CERQ-36; Garnefski et al., 2002, prema Garnefski & Kraaij, 2006). CERQ predstavlja multidimenzionalni upitnik samoprocene namenjen proceni kognitivnih strategija emocionalne regulacije koje osoba koristi nakon nekog negativnog događaja ili situacije. Sastoji se iz 36 ajtema namenjenih merenju devet kognitivnih strategija emocionalne regulacije: samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje (stvari) u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje (svaka strategija je operacionalizovana sa četiri ajtema). Odgovori se raspoređuju na petostepenoj Likertovoj skali (1 = *nikad*, 5 = *uvek*) i mogu se odnositi na *generalne kognitivne strategije prevladavanja* ili kognitivno prevladavanje koje osoba koristi *nakon određenog stresnog događaja (pretnje)*. Dosadašnje validacione studije su ukazale na dobre metrijske karakteristike skale kako na opštoj, tako i na raznim kliničkim populacijama. Koeficijent interne konzistentnosti subskala u dosadašnjim istraživanjima je bio u rasponu od preko .70 do

preko .80 (Garnefski, n.d.). Metrijske karakteristike upitnika u ovom istraživanju će biti prikazane u delu koji se odnosi na pripremu podataka za analizu.

Srpska adaptacija skale pozitivnog i negativnog afektiviteta – PANAS (Mihic et al., 2014). Skala predstavlja adaptaciju skale pozitivnog i negativnog afektiviteta (Watson et al., 1988b) i sastoji se od 20 ajtema u vidu opisnih prideva, pri čemu se 10 odnosi na pozitivni, a 10 na negativni afektivitet. Može se zadavati sa različitim instrukcijama u smislu procene afektivnog stanja *u datom trenutku, pre nekoliko dana ili nedelja, prošle godine ili generalno*, u zavisnosti od toga da li se istražuje crta ili stanje afektiviteta. U ovom istraživanju ispitanici će procenjivati svoje emocionalno stanje nekoliko dana nakon IM (prvo merenje) i u nekoliko poslednjih nedelja (drugo i treće merenje). Odgovori se raspoređuju na petostepenoj skali Likertovog tipa: 1 = *uopšte nisam osetio/la* (navedenu emociju), 2 = *malo*, 3 = *srednje*, 4 = *prilično*, 5 = *naročito*. U dosadašnjim istraživanjima skala je imala zadovoljavajuće metrijske karakteristike na domaćim uzorcima,  $\alpha = .85 - .89$  (npr. Mihic et al., 2014). Metrijske karakteristike skale u ovom istraživanju će biti prikazane u delu koji se odnosi na pripremu podataka za analizu.

Stendalov skor pridržavanja medicinskog tretmana (eng. Stendal Adherence with Medication Score – SAMS; Franke et al., 2019). Skala se sastoji od 18 ajtema namenjenih proceni pridržavanja propisanog tretmana, tj. uzimanja lekova, a odgovori se raspoređuju na petostepenoj Likertovoj skali (0 = *u potpunosti/sasvim*; 1 = *uglavnom*; 2 = *nekad da, nekad ne*; 3 = *ponekad*; 4 = *nikad*). Skala opciono uključuje još 5 ajtema koji se odnose na pridržavanje tretmana hospitalizovanih pacijenata. Ova skala je zadata pacijentima u drugom i trećem merenju, nakon 1–1,5 i nakon tri meseca od IM, jer se u prvom trenutku merenja nalaze u kontrolisanim (bolničkim) uslovima gde se terapija daje i uzimanje nadgleda od strane medicinskog osoblja. Metrijske karakteristike skale u ovom istraživanju će takođe biti prikazane u delu koji se odnosi na pripremu podataka za analizu.

Adaptirana skala nametljivosti bolesti (eng. Adapted Illness Intrusiveness Ratings; Devins et al., 1983). Skala je namenjena proceni koliko bolest može da ometa pacijente u pogledu fizičkog blagostanja i ishrane, posla i finansija, bračnih, seksualnih i porodičnih odnosa, socijalnih relacija i hobija, kao i ostalih aspekata života (građanske, verske aktivnosti, samoaktualizacija). Sastoji se od 13 ajtema, a odgovori se raspoređuju na sedmostepenoj skali Likertovog tipa, 1 = *ne ometa me puno*, 7 = *puno me ometa*. Ova skala je biti zadata pacijentima u drugom i trećem ispitivanju u

cilju provere koliko ih IM ometa u svakodnevnom funkcionisanju. Metrijske karakteristike upitnika u ovom istraživanju će takođe biti prikazane u delu koji se odnosi na pripremu podataka za analizu.

*Namenski konstruisan upitnik* u cilju dobijanja podataka o sociodemografskim i registrovanim varijablama.

Skale za koje nisu pronađeni podaci o adaptaciji za srpsko govorno područje (IPQ-R, SAMS i skala nametljivosti od bolesti) adaptirane su *metodom prevoda unazad* (eng. *backtranslation*). Najpre je prevod sa izvornog (engleskog) jezika na ciljani (srpski) jezik izvršen od strane prevodioca za engleski jezik, a potom je povratni prevod sa ciljanog (srpskog) na izvorni (engleski) jezik izvršen od strane bilingvalnog govornika za srpski i engleski jezik. Ova verzija prevoda skala je upoređena sa izvornom verzijom, a utvrđene razlike su prodiskutovane sa prevodiocima u cilju utvrđivanja rešenja koja su najprimerenija srpskom govornom području.

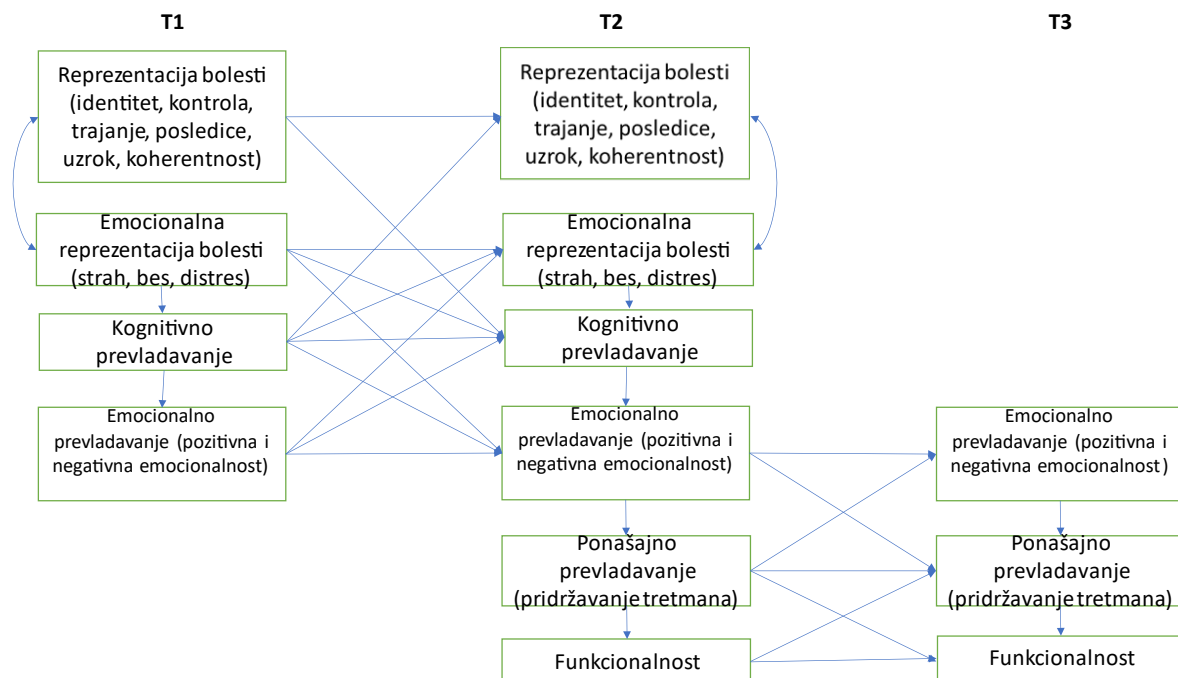
## Hipoteze

- Očekuje se da se funkcionalnost pacijenata nakon IM može predvideti na osnovu dimenzija reprezentacije bolesti, a da se kognitivni, emocionalni i ponašajni aspekti prevladavanja mogu smatrati serijskim medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionalnosti pacijenata nakon IM, tj. da se može pretpostaviti odnos pomenutih varijabli kao na Slici 3:
  - očekuje se da će kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti (identitet, kontrola, trajanje, uzrok, posledice, koherentnost) i emocionalna reprezentacija bolesti (strah, bes, distres) imati jači efekat na kognitivni aspekt prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) nego što će biti efekat kognitivnog aspekta prevladavanja na kognitivne i emocionalnu dimenziju reprezentacije bolesti, tj. *da će intenzitet korelacija između kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti* (identitet, kontrola, trajanje, uzrok, posledice, koherentnost) i *emocionalne reprezentacije bolesti* (strah, bes, distres) *u prvom trenutku merenja (T1) i kognitivnog aspekta prevladavanja* (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje,

pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) u drugom trenutku merenja (T2) biti viši nego intenzitet korelacije između kognitivnog aspekta prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) u prvom trenutku merenja (T1) i kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti (identitet, kontrola, trajanje, uzrok, posledice, koherentnost) i emocionalne reprezentacije bolesti (strah, bes, distres) u drugom trenutku merenja (T2);

- očekuje se da emocionalna reprezentacija bolesti (strah, bes, distres) ima jači efekat na emocionalni aspekt prevladavanja (pozitivna i negativna emocionalnost) nego što je efekat emocionalnog aspekta prevladavanja na emocionalnu reprezentaciju bolesti, tj. da će intenzitet korelacije između emocionalne reprezentacije bolesti (strah, bes, distres) u prvom trenutku merenja (T1) i emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u drugom trenutku merenja (T2) biti viši nego intenzitet korelacije između emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u prvom trenutku merenja (T1) i emocionalne reprezentacije bolesti (strah, bes, distres) u drugom trenutku merenja (T2);
- očekuje se da će kognitivni aspekt prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) imati jači efekat na emocionalni aspekt prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) nego što je efekat emocionalnog aspekta prevladavanja na kognitivni aspekt prevladavanja, tj. da će intenzitet korelacije između kognitivnog aspekta prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) u prvom trenutku (T1) i emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u drugom trenutku (T2) biti viši nego intenzitet korelacije između emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u prvom trenutku merenja (T1) i kognitivnog aspekta prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje stvari u perspektivu, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, prihvatanje i planiranje) u drugom trenutku merenja (T2);

- očekuje se da će emocionalni aspekt prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) imati jači efekat na ponašajni aspekt prevladavanja (pridržavanje tretmana) nego što je efekat ponašajnog aspekta prevladavanja na emocionalni aspekt prevladavanja, tj. da će *intenzitet korelacije između emocionalnog aspekta prevladavanja* (pozitivni i negativni afektivitet) *u drugom trenutku merenja (T2) i ponašajnog aspekta prevladavanja* (pridržavanje tretmana) *u trećem trenutku merenja (T3)* biti viši nego *intenzitet korelacije između ponašajnog aspekta prevladavanja* (pridržavanje tretmana) *u drugom trenutku merenja (T2) i emocionalnog aspekta prevladavanja* (pozitivni i negativni afektivitet) *u trećem trenutku merenja (T3)*;
- očekuje se da će ponašajni aspekt prevladavanja (pridržavanje tretmana) imati jači efekat na funkcionalnost pacijenata nakon IM, nego što je efekat funkcionalnosti pacijenata nakon IM na ponašajni aspekt prevladavanja, tj. da će *intenzitet korelacije između ponašajnog aspekta prevladavanja* (pridržavanje tretmana) *u drugom trenutku merenja (T2) i funkcionalnosti pacijenata nakon IM u trećem trenutku merenja (T3)* biti viši nego *intenzitet korelacija između funkcionalnosti pacijenata nakon IM u drugom trenutku merenja (T2) i ponašajnog aspekta prevladavanja* (pridržavanje tretmana) *u trećem trenutku merenja (T3)* – Slika 4.



**Slika 4.** *Pretpostavljeni smer odnosa ispitivanih varijabli u tri trenutka merenja (T1, T2, T3)*

- Očekuje se efekat protoka vremena na izraženost dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnih, emocionalnih i ponašajnog aspekta prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata nakon IM u tri, odnosno u dva trenutka merenja (T1 i T2, odnosno T2 i T3).
- Očekuje se stabilnost pretpostavljenih odnosa u modelu kako u celini, tako i kada je reč o odnosima u dva trenutka merenja (T1 i T2, odnosno T2 i T3).
- Očekuje se da će postojati razlike u stepenu izraženosti dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnih, emocionalnog i ponašajnog aspekta prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata s obzirom na registrovane varijable (prethodno prisustvo kardiovaskularnih bolesti, hereditet i prisustvo akutnog/hroničnog stresa u prethodnoj godini).

Formulisane hipoteze proizilaze iz opisa modela samoregulacije i navedenih rezultata istraživanja u dostupnoj literaturi, o čemu je bilo više reči u teorijskom delu nacрта.



## Uzorak

Ukupni uzorak u prvom trenutku merenja (T1) činilo je 114 pacijenata koji su prvi put doživeli IM i zbog toga su hospitalizovani ( $M = 54.9$ ,  $SD = 11.23$ , 78.1% muškog pola). Za drugi trenutak merenja (T2) nakon 1,5–2 meseca od IM odazvalo se njih 67, a za treći (T3) nakon 3–4 meseca od IM, 49 ispitanika. Detaljniji prikaz obrazaca osipanja uzorka u oba trenutka praćenja će biti prikazan u delu koji se odnosi na pripremu podataka za analizu. Uzorak je prikupljen na Klinici za kardiologiju Univerzitetskog kliničkog centra Niš i manjim delom na Institutu za kardiovaskularne bolesti Dedinje, Beograd. U nastavku su prikazane sociodemografske karakteristike uzorka.

**Tabela 1**

*Sociodemografske karakteristike uzorka*

	<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>T3</b>
<b>Broj ispitanika</b>	114	67	49
Muškarci ( <i>n</i> , %)	89 (78.1%)	55 (82.1 %)	41 (83.7 %)
Žene ( <i>n</i> , %)	25 (21.9 %)	12 (17.9 %)	8 (16.3 %)
<b>Starost (<i>M</i>, <i>SD</i>)</b>	54.90 (11.23)	55.03 (9.96)	55.44 (10.47)
<b>Obrazovanje (<i>n</i>, %)</b>			
Osnovna škola	19 (16.7 %)	9 (13.4 %)	7 (14.3 %)
Srednja škola	75 (65.8 %)	49 (73.1 %)	37 (75.5 %)
Viša škola	10 (8.8 %)	1 (1.5 %)	1 (2.0 %)
Fakultet/magistratura/doktorat	8 (7 %)	6 (9 %)	3 (6.1 %)
<b>Partnerski status (<i>n</i>, %)</b>			
Neoženjen/neudata	3 (2.6 %)	2 (3 %)	2 (4.1 %)
U vezi	2 (1.8 %)	1 (1.5 %)	1 (2.0 %)
U braku	97 (85.1 %)	57 (85.1 %)	43 (87.8 %)
Razvedena/na	4 (3.5 %)	3 (4.5 %)	2 (4.1 %)
Udovac/ica	7 (6.1 %)	4 (6 %)	1 (2.0 %)
<b>Materijalni status (<i>n</i>, %)</b>			
Sasvim zadovoljavajući	11 (9.6 %)	7 (10.4 %)	6 (12.2 %)
Vrlo dobar	14 (12.3 %)	9 (13.4 %)	7 (14.3 %)
Ni dobar ni loš	74 (64.9 %)	44 (65.7 %)	31 (63.3 %)
Veoma loš	11 (9.6 %)	5 (7.5 %)	4 (8.2 %)
Sasvim nezadovoljavajući	1 (0.9 %)	/	/

*Legenda:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja; *M* = aritmetička sredina, *SD* = standardna devijacija; *n* = broj ispitanika u datom trenutku merenja.

Podaci u Tabeli 1 ukazuju na dominantno prisustvo<sup>1</sup> muškaraca u uzorku u svim trenucima merenja. Pacijenti koji su učestvovali u svim fazama ispitivanja su prevashodno srednjeg obrazovanja, u braku i svoj materijalni status opisuju kao osrednji (*ni dobar ni loš*).

### **Tok prikupljanja podataka**

Istraživanje je sprovedeno u periodu od juna 2020. do avgusta 2021. godine. Najveći deo podataka je prikupljen na Klinici za kardiologiju Univerzitetskog kliničkog centra Niš, a manji na Institutu za kardiovaskularne bolesti Dedinje (Beograd) uz odobrenje nadležnih etičkih odbora ovih ustanova. Istraživanje je realizovano tokom pandemije Kovid-19, što je znatno uticalo i na sam tok prikupljanja podataka, ali i na konačan broj ispitanika u uzorku. Naime, bilo je u planu i da se deo podataka prikupi na odeljenjima kardiologije i u opštim bolnicama u Pirotu i Leskovcu, za šta je dobijeno odobrenje nadležnih etičkih odbora, ali realizacija nije bila moguća, jer su gotovo sve vreme od dobijanja odobrenja za prikupljanje podataka do završetka istraživanja ove bolnice bile u Kovid režimu rada. Pandemija je remetila tok prikupljanja podataka u svim fazama, o čemu će biti više reči u nastavku. U periodima najvećeg porasta broja zaraženih korona virusom, bilo je obustavljeno prikupljanje podataka u cilju smanjenja mogućnosti zaraze kako pacijenata, tako i istraživača.

Prvo ispitivanje (T1) sa pacijentima je obavljano tokom hospitalizacije, u periodu od jednog do nekoliko dana od IM, u zavisnosti od toga kada je prema proceni lekara njihovo stanje bilo dovoljno stabilno da bi mogli da učestvuju u istraživanju. Pre zadavanja testovne baterije sa pacijentima je obavljen kontaktni intervju gde im je ukratko objašnjen cilj, svrha i planirani tok istraživanja. Svi ispitanici su dali pismeni informisani pristanak za učestvovanje u istraživanju. Onima koji nisu mogli samostalno da popunjavaju upitnik istraživač je čitao pitanja i beležio njihove odgovore. Prilikom popunjavanja upitnika, beleženi su i komentari ispitanika u odnosu na pojedina pitanja, koji su se odnosili na širu elaboraciju dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i pojedinih emocija, a sa ispitanicima koji su bili motivisani obavljen je i kraći intervju u odnosu na opis simptoma, misli i osećanja u situaciji kada su se simptomi javili

---

<sup>1</sup> Uz svest o ograničenjima koje tumačenje rezultata bez primene odgovarajućih statističkih testova ima, ali u cilju ilustrativnije deskripcije, termin *prevashodno prisustvo* se odnosi na učestalost pacijenata u grupi koja je viša od 60%.

i nakon saznanja da su imali IM, te promene koje očekuju da će uslediti nakon IM. Kvalitativni podaci dobijeni na ovaj način će biti iskorišćeni kao dopuna utvrđenim kvantitavnim nalazima.

Drugo ispitivanje (T2) je realizovano u periodu od mesec do dva od IM. Pacijenti su nakon mesec dana od prvog ispitivanja (T1) kontaktirani od strane istraživača i onima koji su se saglasili da učestvuju u drugoj fazi je upitnička baterija poslata poštom ili mail-om u zavisnosti od izbora pacijenta. Nacrtom je bilo predviđeno da se druga i treća faza ispitivanja realizuju prilikom kontrola kod ordinirajućeg lekara, ali je to bilo neizvodljivo zbog pomenute pandemije, naročito sa pacijentima koji nisu bili iz Niša. Jedino je praćenje na taj način realizovano sa onima koji su u drugom ili trećem trenutku ispitivanja bili na rehabilitaciji u Institutu za lečenje i rehabilitaciju u Niškoj banji. Nakon slanja upitnika, istraživač je telefonom ili sms porukom podsećao pacijente da popune upitničku bateriju. Popunjeni upitnici su najčešće pristizali istraživaču u periodu od nekoliko dana do dve nedelje od prijema baterije. Ispitanici su popunjene upitnike vraćali poštom, mail-om ili fotografisanjem urađene baterije i slanjem fotografija putem Viber aplikacije. Ovaj poslednji način je dogovaran sa pojedinim pacijentima u cilju smanjenja rizika od zaražavanja korona virusom usled dugog čekanja u redovima u pošti za slanje pisama. Bilo je i ispitanika koji nisu vratili upitnike iako su se saglasili da žele da učestvuju u drugoj fazi istraživanja i prilikom podsećanja govorili da će ih popuniti i poslati uskoro. Ovaj i drugi razlozi osipanja će biti detaljnije opisani u delu koji se odnosi na obradu podataka. Od podsećanja pacijenta bi se odustalo ukoliko upitnik nije pristigao u periodu od tri nedelje od trenutka prijema, jer se ovaj vremenski interval poklapao sa periodom pripreme za realizaciju treće faze ispitivanja. Pacijenti koji su se osuli u drugoj fazi istraživanja iz bilo kog razloga nisu bili kontaktirani u trećoj fazi.

Treća faza istraživanja (T3) obavljena je nakon 3–4 meseca od IM. Svi pacijenti koji su vratili upitnike iz druge faze ispitivanja (T2) bili su kontaktirani ponovo nakon 1,5–2 meseca od prethodne faze za treću fazu ispitivanja, što je u proseku bilo nakon tri meseca od IM. Ispitanicima koji su se saglasili da učestvuju i u ovoj, poslednjoj fazi, bila je poslata predviđena upitnička baterija mail-om ili poštom (po izboru pacijenta), a popunjeni upitnici su vraćani na iste načine kao i u drugoj fazi. Podsećanje pacijenata da popune upitnike je na isti vršeno i u ovoj fazi. Većina njih je takođe vraćala popunjene baterije u intervalu od nekoliko dana do dve nedelje od prijema. Pacijenti koji ne bi vratili upitnik tri nedelje nakon prijema nisu dalje podsećani zbog isteka planiranog intervala za praćenje i realizaciju treće faze ispitivanja. Osipanje je postojalo i u ovoj

fazi, s tim da je bilo manje nego što je to bio slučaj u prethodnoj fazi istraživanja u odnosu na inicijalni trenutak merenja. Više reči o procentima osipanja pacijenata u fazama ispitivanja i razlozima osipanja će biti u nastavku.

### **Priprema podataka za analizu**

Pre obrade izvršena je priprema podataka koja se odnosila na analizu i dopunu nedostajućih vrednosti i proveru metrijskih karakteristika skala koje su korišćene u istraživanju.

### *Nedostajući podaci*

U Tabeli 2 su prikazani obrasci osipanja ispitanika na upitničke baterije u sva tri trenutka merenja.

**Tabela 2**

*Obrasci osipanja ispitanika na upitničke baterije (T1, T2, T3)*

<b>Opis</b>	<b>T1 (tokom hospitalizacije)</b>	<b>T2 (1,5–2 meseca od IM)</b>	<b>T3 (3–4 meseca od IM)</b>
Broj ispitanika ( <i>N</i> )	114	67	49
Osipanje u odnosu na prethodni trenutak merenja ( <i>n</i> )	/	49	18
Stopa odgovora u odnosu na prethodni trenutak merenja	/	58.77 %	73.13%
Stopa odgovora u odnosu na prvi trenutak merenja (T1)	/	58.77%	42.98%
Nedostajući podaci na nivou konstrukta	6	6	/
Stopa odgovora u odnosu na konstrukte	94.75 %	90.91%	100%

Kao što se može videti iz Tabele 2, procenat ispitanika koji su se odazvali pozivu istraživača u drugom trenutku ispitivanja iznosi 58.77%, dok se za treći trenutak odazvalo njih 73.13% u odnosu na one koji su učestvovali u drugom ispitivanju, odnosno 42.98% od ukupnog uzorka.

U longitudinalnim studijama osipanje uzorka je pre pravilo nego izuzetak (npr. Enders, 2010; Tabachnick & Fidel, 2012, 2018), a naročito imajući u vidu pomenute okolnosti u kojima su podaci prikupljeni. Pored osipanja na nivou ispitanika, nedostajući podaci su zabeleženi i na

nivou konstrukata (Newman, 2014), u smislu da ispitanici u prvom i drugom trenutku merenja nisu odgovorili na jednu ili više (sub)skala u okviru testovne baterije. Nedostajući podaci su bili prisutni i na nivou ajtema, ali kako nedostajanje podataka na nivou ajtema predstavlja manji problem u odnosu na nedostajuće podatke na nivou konstrukta u celini i na nivou ispitanika (Newman, 2014), podaci o nedostajućim vrednostima na nivou ajtema neće biti prikazani na način na koji je to urađeno za podatke na pomenuta dva nivoa osipanja.

Osipanje može biti veliki problem u longitudinalnim istraživanjima, naročito ukoliko je sistematsko, jer podrazumeva pristrasnost u utvrđenim nalazima ukoliko se vrednosti ispitanika koji su odustali značajno razlikuju od vrednosti ispitanika koji su ostali u studiji u pogledu nekih bitnih obeležja (Enders, 2010; Newman, 2014; Tabachnick & Fidel, 2012). Shodno tome, primenjuju se neke od metoda za imputaciju nedostajućih podataka. U izboru optimalnog rešenja je važno utvrditi da li je osipanje sistematsko ili slučajno, tj. da li postoje neki sistemski i zajednički razlozi za osipanje koji su povezani sa ispitivanim konstruktima. Tabela u nastavku sumira razloge osipanja ispitanika u oba trenutka praćenja, a nakon toga biće prikazane razlike u skorovima na ispitivanim varijablama između ispitanika koji su učestvovali u svim fazama istraživanja i onih koji su se osuli u nekom trenutku praćenja.

**Tabela 3**

*Razlozi osipanja ispitanika (T2 i T3)*

<b>Razlog</b>	<b>T2 (n, %)</b>	<b>T3 (n, %)</b>
Imao/la koronu u trenutku ispitivanja	3 (2.4 %)	/
Isključen/a zbog naknadno utvrđenih komorbiditeta	1 (0.8 %)	/
Nije uspostavljen kontakt	20 (15.9 %)	3 (2.4 %)
Nije kontaktiran/a za naredno ispitivanje zbog prethodnog nerazumevanja pitanja	3 (2.4%)	/
Nije kontaktiran/a za naredno ispitivanje zbog isteka predviđenog perioda za prikupljanje podataka	2 (1.6 %)	2 (1.6%)
Nije vratio/la upitnik nakon nekoliko podsećanja	15 (11.9 %)	10 (7.9 %)
Nije vratio/la upitnik zbog brojnih obaveza	/	2 (1.6 %)
Odbio/la da učestvuje u narednom ispitivanju	1 (0.8 %)	1 (0.8 %)
Odbio/la da učestvuje u narednom ispitivanju, jer se osećao/la loše	2 (1.6 %)	/

*Legenda:* T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja; n = broj ispitanika u datom trenutku merenja.

Iako navedeni razlozi ne deluju kao da je reč o sistematskom osipanju, s obzirom na stopu osipanja proverene su razlike u ispitivanim konstruktima između ispitanika koji su učestvovali i

onih koji nisu u T2, odnosno T3. Kada je reč o kontinuiranim varijablama, rezultati pokazuju da se ispitanici koji su učestvovali u T2 ( $n = 67$ ) u odnosu na one koji nisu ( $n = 47$ ) razlikuju jedino u okviru strategije *okrivljavanja drugih* u okviru kognitivnih strategija emocionalne regulacije ( $t(100, 72) = -2.05, p = .043, d = 0.20$ ), pri čemu *viši skor imaju oni koji su učestvovali u T2*, ali je utvrđena veličina efekta razlike mala. Što se tiče razlika između ispitanika koji su učestvovali u T3 ( $n = 49$ ) u odnosu na one koji nisu ( $n = 18$ ) dobijene su razlike na sledećim varijablama: dimenzija reprezentacije bolesti *posledice* ( $t(65) = -2.397, p = .019, d = 0.68$ ), pri čemu *viši skor imaju oni koji su učestvovali u istraživanju* i na *pozitivnom afektivitetu* ( $t(65) = 2.631, p = .011, d = 0.77$ ) pri čemu *niži skor imaju oni koji su učestvovali u istraživanju*. Mere veličine efekta razlika su srednje. S obzirom na to da na većini ispitivanih varijabli nisu dobijene razlike između ispitanika koji su učestvovali i onih koji nisu u T2, odnosno T3, može se smatrati da je odstupanje pre posledica slučaja, te su shodno tome, nedostajući podaci na nivou ajtema i konstrukta zamenjeni *metodom maksimizacije procene* (eng. *estimation maximization*; EM) baziranoj na *metodi maksimalne verodostojnosti*. Na nivou ispitanika je takođe korišćena ova metoda imputacije, ali su sagledani rezultati i sa i bez dopune nedostajućih vrednosti. Utvrđene razlike koje ukazuju na sistematska odstupanja će biti razmotrene prilikom tumačenja nalaza.

Nakon primene EM algoritma na ajtemima i konstruktima, izvršena je inspekcija podataka, te su uklonjene sve one vrednosti koje su izlazile iz mogućeg raspona vrednosti za datu skalu.

Za obradu podataka biće korišćene mere deskriptivne statistike, tehnike za poređenje nezavisnih i zavisnih uzoraka (t test i GLM), korelacione tehnike, višestruka regresiona analiza i tehnike za proveru medijacije (Process Macro) i modelovanje strukturnih jednačina (SEM) za proveru integrativnih medijacionih modela i pretpostavljenog smera delovanja varijabli (Slika 3). Podaci će biti obrađeni u SPSS softverskom paketu i AMOS dodatku za SEM. Za proveru psihometrijskih karakteristika korišćenih skala biće korišćena analiza glavnih komponenti, eksplorativna i konfirmativna faktorska i paralelna analiza (Horn, 1965) za proveru validnosti korišćenih instrumenata, te Kronbah alfa koeficijenti za proveru pouzdanosti skala. Podaci će biti analizirani u SPSS-u i R-u.

## **Psihometrijske karakteristike primenjenih skala**

Planirano pilot istraživanje u cilju provere metrijskih karakteristika skala za koje nisu pronađeni podaci na domaćim uzorcima nije bilo moguće sprovesti zbog vanrednog stanja izazvanog pandemijom Kovid-19 u trenutku kada je planirana njegova realizacija, ali ni kasnije usled već pomenutih teškoća prilikom prikupljanja podataka. Shodno tome, a imajući u vidu da neke od primenjenih skala u ovom istraživanju nisu adaptirane i psihometrijski ispitane na srpskom jeziku, izvršena je provera njihovih psihometrijskih karakteristika (provera interne konzistencije i faktorske strukture). Za skale koje su do sada u velikoj meri korišćene u istraživanjima, provera validnosti je vršena putem konfirmativne faktorske analize (eng. Confirmative Factor Analysis, CFA) gde se na osnovu indeksa fita/uklapanja predviđenog modela sa podacima (CFI, TLI, RMSEA; videti Brown, 2015 za smernice o tumačenju ovih indeksa) zaključivalo o faktorskoj strukturi operacionalizacija konstrukata. Za skale za koje postoji manja doslednost ili ne postoje (dosledni) podaci o faktorskoj strukturi, za proveru validnosti je najpre primenjivana paralelna analiza u cilju ispitivanja dimenzionalnosti testa, te na osnovu predloga broja komponenti/faktora vršeno je dalje ispitivanje eksplorativnom faktorskom analizom (eng. Exploratory Factor Analysis, EFA) i/ili metodom glavnih komponenti (eng. Principle Component Analysis, PCA). Osim SPSS paketa, u cilju ovih analiza korišćeni su paketi psych (Revelle, 2021) i lavaan (Rosseel, 2012) implementirani u R okruženju.

### ***Revidirani upitnik percepcije bolesti (eng. *Illness Perception Questionnaire – Revised, IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002*)***

Revidirana skala percepcije bolesti se sastoji iz sedam numeričkih skala kojima je operacionalizovano šest kognitivnih i jedna emocionalna dimenzija reprezentacija bolesti (Moss-Morris et al., 2002). Međutim, na različitim uzorcima pacijenata ove dimenzije su se u većoj ili manjoj meri replicirale. U dosadašnjim nalazima se pokazuje da se pomenute dimenzije ili repliciraju sa određenim odstupanjima u okviru pojedinačnih ajtema (ajtemi ne zasićuju adekvatno faktore kojima inače pripadaju) ili da se pojedine dimenzije ne repliciraju na datim podacima (npr. Abubakari et al., 2012; Giannousi et al., 2010; Lau et al., 2020; Nicholls et al., 2013). U cilju provere faktorske strukture skale na uzorku pacijenata sa IM u ovom istraživanju, urađena je CFA metodom maksimalne verodostojnosti (ML, FIML je primenjen u cilju procene nedostajućih podataka) za prvi trenutak merenja s obzirom na to da je tu uzorak bio najveći. Vrednost hi

kvadrata je sledeća:  $ML\chi^2(644) = 1075.049, p < .001$ . Dobijeni su nezadovoljavajući inkrementalni indeksi fita  $CFI = .673$ ,  $TLI = .643$  i prihvatljiv apsolutni indeks fita  $RMSEA = .077$ , 90% CI [.069, .085].<sup>2</sup> Nezadovoljavajući CFI i TLI indeksi su u skladu sa nalazima u dosadašnjim istraživanjima (npr. Giannousi et al., 2010; Nicholls et al., 2013) što se može objasniti kompleksnom strukturom same skale (broj faktora, raspored ajtema, veća konceptualna sličnost nekih faktora koja se reperkutuje u njihovom združenom zasićenju indikatora/ponašajnih manifestacija latentnih varijabli), što nije u skladu sa nezavisnim klusterskim modelom (eng. Independent cluster model; ICM) na kome počiva CFA ograničavajući zasićenje jednog ajtema na jedan faktor (npr. Marsh et al., 2013). Provera globalnog fita modela stoga nije primarni cilj provere validnosti ovim putem, već smo imajući u vidu i naš nalaz, ali i dosadašnje rezultate, a u cilju zadržavanja postojećih konstrukata, izvršili analizu mernog kvaliteta samih ajtema (faktorskih zasićenja) u okviru pojedinih dimenzija (inspekcija lokalnog fita).

Rezultati pokazuju da većina ajtema adekvatno zasićuje dimenzije čije manifestacije prema teoriji predstavlja, a kao kriterijumi za odabir ajtema korišćeni su veličina zasićenja ( $\lambda > .30$ ) i teorijski razlozi. Shodno tome, iz dalje analize su isključeni ajtemi: 9, 11, 15, 17, 19, 23 i 28, 37 i 38. Fit ovakvog modela značajno je poboljšao ( $ML\chi^2(356) = 582.508, p < .001, CFI = .749, TLI = .713, RMSEA = .075, 90\% CI [.064, .085]$ ). Raspon standardizovanih faktorskih zasićenja za dimenziju reprezentacije bolesti trajanje akutno/hronično iznosi od  $\lambda = .426-.857$  (ajtemi 1, 2, 3, 4, 5, 18), za trajanje-ciklično  $\lambda = .359-.543$  (ajtemi 29, 30, 31, 32), za posledice  $\lambda = .326-.950$  (ajtemi 6, 7, 8, 10), za ličnu kontrolu  $\lambda = .369-.642$  (ajtemi 12, 13, 14, 16), za kontrolu zahvaljujući tretmanu  $\lambda = .532-.691$  (ajtemi 20, 21, 22), za koherentnost  $\lambda = .622-.829$  (ajtemi 24, 25, 26, 27), za emocionalnu reprezentaciju  $\lambda = .338-.901$  (ajtemi 33, 34, 35, 36).

Pouzdanost dimenzija reprezentacije bolesti u prvom trenutku merenja merena Kronbahovim  $\alpha$  koeficijentom se kreće u rasponu od .530 do .850, pri čemu su marginalni koeficijenti pouzdanosti ( $.70 > \alpha > .50$ ; Fajgelj, 2020) utvrđeni za sledeće dimenzije reprezentacije bolesti: trajanje ciklično  $\alpha = .530$ , posledice  $\alpha = .639$ , lična kontrola  $\alpha = .572$  i kontrola zahvaljujući

---

<sup>2</sup> Isto tako, testiranje ovog modela nosilo je sa sobom indikaciju neidentifikacije i problema prilikom konvergencije procena modela kako je najmanja svojstvena vrednost bila blizu nule ( $= 1.785801e-14$ ). No, vrednosti indeksa i parametara modela su uspešno procenjeni i adekvatnih su veličina (sve varijanse su pozitivne, a standardizovane vrednosti u svojim okvirima) te je upozorenje lavaan paketa zanemareno. Ovo je najverovatnije posledica odnosa broja ajtema i ispitanika.



tretmanu  $\alpha = .582$ . Što se tiče drugog trenutka ispitivanja,  $\alpha$  koeficijenti se kreću u rasponu od .522 do .836, pri čemu su marginalni koeficijenti pouzdanosti utvrđeni za dimenzije: ciklično trajanje  $\alpha = .600$ , posledice  $\alpha = .530$ , lična kontrola  $\alpha = .629$ , kontrola zahvaljujući tretmanu  $\alpha = .522$  i koherentnost  $\alpha = .673$ . Marginalni nivoi interne konzistencije na pomenutim dimenzijama u oba trenutka merenja se mogu objasniti nedovoljnim brojem ajtema koje one obuhvataju, ali isto tako mogu ukazivati i na nešto manje interne konzistencije samih konstrukata.

Provera validnosti *skale uzročnosti* kao jedne od dimenzija reprezentacije bolesti je proverena eksplorativno i zasebno po ugledu na proveru u dosadašnjim radovima (npr. Moss-Morris et al., 2002; Hagger & Orbell, 2005; Abubakari et al., 2012; Giannousi et al., 2010; Nicholls et al., 2013), a i u cilju smanjenja kompleksnosti modela. Manje dosledni nalazi na različitim grupama pacijenata u pogledu strukture uzročnosti sugerišu primenu eksplorativnih metoda adekvatnim. Shodno tome, najpre je primenjena paralelna analiza koja je sugerisala postojanje tri komponente (i četiri faktora; Buja & Eyuboglu, 1992), a Velicerov MAP test (Velicer, 1976) dva faktora. Ova različita rešenja su potom proverena metodom glavnih komponenti. Na osnovu dobijenih nalaza i uzimajući u obzir interpretabilnost kao jedan od ključnih kriterijuma, zadržana su tri faktora kao interpretabilnija koja objašnjavaju 39.93% ukupne varijanse. Ovaj izbor je velikim delom u skladu sa podacima na uzroku pacijenata koji boluju o KVB u regionu (Pokrajac-Bulian i sar., 2020). Sledi tabelarni prikaz rasporeda ajtema po faktorima i njihovih zasićenja.

**Tabela 4**

*Analiza glavnih komponenti za skalu uzročnosti bolesti (N = 114)*

Ajtemi	Faktor 1 Stres/Ličnost	Faktor 2 Slučajnost/Biološki činioci	Faktor 3 Ponašanje
c1_Stres ili zabrinutost	<b>.621</b>		
c9_Moj mentalni stav, npr. negativno razmišljanje o životu	<b>.728</b>		
c10_Porodični problemi ili brige su uzrok moje bolesti	<b>.760</b>		
c11_Prekomeran rad	<b>.300</b>		<b>.633</b>
c12_Moje emocionalno stanje; npr. osećam se loše, usamljeno, anksiozno, prazno	<b>.741</b>		
c17_Moja ličnost	<b>.761</b>		
c2_Nasledno – postoji u mojoj porodici			-.308
c4_Dijeta ili navike u ishrani		<b>.508</b>	

c6_Loša medicinska nega u prošlosti		.487	
c8_Moje sopstveno ponašanje	.521		
c13_Starenje		.491	
c14_Alkohol		.487	.539
c15_Pušenje			.742
c3_Bakterija ili virus		.558	-.329
c7_Zagađena okolina			
c18_Izmenjen imunitet	.316	.511	
c5_Slučajnost ili nesrećnih okolnosti		.422	
c16_Nesreća ili povreda		.619	
$\alpha$ (T1)	.798	.574	.497
$\alpha$ (T2)	.768	.654	.296

*Legenda:* Prikazana je rotirana matrica (Varimax rotacija) sa ajtemima čija su zasićenja viša od .30. Ajtemi 2 i 7 nisu pokazali adekvatna zasićenja ni na jednom faktoru, te su isključeni iz daljih analiza. Imajući u vidu sadržaj ajtema koji zasićuju pojedinačne faktore, atribucije uzročnosti se na ovom uzorku mogu podeliti na *Psihološke činioce* (1 faktor), *Biološke/eksterne činioce* (2 faktor) i *Bihevioralne činioce* (3 faktor). Trofaktorsko rešenje je uglavnom utvrđeno i u drugim istraživanjima na različitim uzorcima (npr. Abubakari et al., 2012; Giannousi et al., 2010; Hagger & Orbell, 2005; Pokrajac-Bulian i sar., 2020) pri čemu je raspored ajtema po faktorima delimično uporediv. Opisana replikacija broja faktora ide u prilog odluci o broju faktora u ovom istraživanju (Gorsuch, 2003).

Pouzdanost ovako utvrđenih subskala uzročnosti merena  $\alpha$  koeficijentom je ispod prihvatljivog nivoa ( $\alpha < .07$ ) za drugu i treću komponentu (Biološki/eksterni činioći i Bihevioralni činioći) u oba trenutka merenja. Niži nivo  $\alpha$  koeficijenta kada je reč o komponenti Biološki/eksterni činioći, može se razumeti na osnovu heterogenih činilaca koji predstavljaju manifestacije ove varijable, dok se komponenta Bihevioralnih činilaca sastoji od svega tri ajtema, što takođe može imati efekat na nižu pouzdanost. Ovi rezultati će svakako biti uzeti u obzir prilikom analize podataka. Slični nalazi za nižu internu konzistentnost su dobijeni i na uzorku iz regiona (Pokrajac-Bulian i sar., 2020), mada su nalazi samo delimično uporedivi s obzirom na to da raspored ajtema po faktorima nije identičan.

### ***Upitnik kognitivnih strategija emocionalne regulacije (CERQ-36; Garnefski et al., 2002, prema Garnefski & Kraaij, 2006)***

Reč je o multidimenzionalnom upitniku samoprocene koji meri devet kognitivnih strategija emocionalne regulacije koje osoba može da koristi nakon nekog negativnog događaja ili situacije ili opšti individualni stil rezonovanja i reagovanja na stresne događaje (Garnefski et al., 2002; Popov, 2010). Imajući u vidu kompleksnost strukture upitnika, ali i nedovoljnu veličinu uzorka,

opredelili smo se da proveru njegove validnosti izvršimo putem provere veličine faktorskih zasićenja ajtema koji po teoriji pripadaju odgovarajućem faktoru i esencijalne jednodimenzionalnosti proverom svojstvenih vrednosti prve i druge glavne komponente svake skale ponaosob (Morizot et al., 2007). Faktorsko-analitičko ispitivanje svake skale zasebno već je uspešno primenjeno na srpskoj verziji CERQ-36 (Popov, 2010). Ova eksplorativna faktorsko-analitička strategija je dodatno motivisana prirodom samog konstrukta prevladavanja i njemu odgovarajuće operacionalizacije (koja je slična upitnicima iz domena ličnosti; Hopwood & Donnellan, 2010) iz čega proizilaze kompleksne interakcije latentnih dimenzija prilikom zasićivanja manifestnih varijabli. Provera je takođe izvršena za podatke prikupljene u prvom trenutku merenja. U Tabeli 5 su date svojstvene vrednosti prve i druge glavne komponente svake skale ponaosob i raspon faktorskih zasićenja.

**Tabela 5**

*Odnos prve i druge glavne komponente i raspon faktorskih zasićenja na pojedinačnim skalama CERQ-36 upitnika (N = 114)*

CERQ skala	Svojtvena vrednost I glavne komponente	Svojtvena vrednost II glavne komponente	Faktorska zasićenja	$\alpha$ (T1)	$\alpha$ (T2)
Samookrivljavanje	2.429	.686	Cerq1 = .786 Cerq10 = .835 Cerq19 = .704 Cerq28 = .826	.794	.793
Prihvatanje	2.216	.995	Cerq2 = .816 Cerq11 = .833 Cerq20 = .409 Cerq29 = .774	.588	.668
Ruminiranje	<b>1.896</b>	<b>.995</b>	Cerq3 = .841 Cerq12 = .778 <b>Cerq21 &lt; .300</b> Cerq30 = .750	.579	.740
Pozitivno reuokviravanje	2.607	.599	Cerq4 = .800 Cerq13 = .831 Cerq22 = .865 Cerq31 = .726	.815	.853
Usmerenost na planiranje	2.285	.791	Cerq5 = .829 Cerq14 = .774 Cerq23 = .613 Cerq32 = .788	.738	.742

Pozitivna reformulacija	2.337	.664	Cerq6 = .699	.758	.788
			Cerq15 = .784		
			Cerq24 = .793		
			Cerq33 = .777		
Smeštanje stvari u perspektivu	<b>1.741</b>	<b>1.007</b>	Cerq7 = .506	.544	.713
			Cerq16 = .712		
			Cerq25 = .618		
			Cerq34 = .772		
Katastrofiziranje	2.058	.940	Cerq8 = .640	.684	.758
			Cerq17 = .665		
			Cerq26 = .754		
			Cerq35 = .798		
Okrivljavanje drugih	3.124	.620	Cerq9 = .943	.862	.850
			Cerq18 = .957		
			Cerq27 = .689		
			Cerq36 = .919		

*Legenda:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja.

Rezultati pokazuju da je odnos svojstvenih vrednosti prve i druge glavne komponente za sve skale CERQ-a bar dva puta veći, što može govoriti u prilog jednodimenzionalnosti konstrukta, *izuzev za subskalu Ruminiranje i Smeštanje (stvari) u perspektivu*, što može da ukaže na nejednodimenzionalnost ovih konstrukata, ali i na njihovu heterogeniju prirodu u odnosu na druge prisutne dimenzije. Ipak, osim u slučaju skale Smeštanje stvari u perspektivu, ni u jednom slučaju druga svojstvena vrednost ne prelazi 1 (K1 pravilo; Gutman-Kajzerov kriterijum). Kada je reč o faktorskim zasićenjima, ona su adekvatna u okviru svake pojedinačne skale, sem opet u odnosu na skalu Ruminiranje gde jedan ajtem ima zasićenje niže od .30. Imajući u vidu da se CERQ u dosadašnjim istraživanjima kako u opštoj populaciji, tako i na raznim kliničkim uzorcima pokazao validnom merom kognitivnih strategija emocionalne regulacije, u daljoj analizi podataka biće korišćena originalna verzija skale, bez isključivanja ajtema sa neadekvatnim zasićenjem na datom faktoru, ali će nalazi u vezi sa skalama ruminiranja i smeštanja u perspektivu biti razmatrani sa oprezom. U prilog validnosti CERQ-a na domaćem uzorku govore i podaci o eksternoj validnosti skale, tj. korelacije sa rezilijentnošću i socijalnom podrškom (Pejičić et al., 2018), sa PANAS upitnikom (Popov, 2010), te svakako korelacije sa PANAS skalama u ovom istraživanju.

Što se tiče pouzdanosti subskala u okviru CERQ-a, marginalni  $\alpha$  koeficijenti u prvom trenutku ispitivanja su utvrđeni za skale: Prihvatanje, Ruminiranje, Smeštanje stvari u perspektivu i Katastrofiziranje. Najniži koeficijenti pouzdanosti su za skale Ruminiranje i Smeštanje stvari u

perspektivu što je u skladu i sa rezultatima koji su dobijeni proverom validnosti ovih subskala, te takođe ukazuju na manju internu konzistentnost konstrukta. U drugom trenutku merenja su dobijeni zadovoljavajući  $\alpha$  koeficijenti za sve subskale, sem za skalu Ruminacije, ali je ovaj rezultat svakako bolji nego u prvom trenutku ispitivanja. Konačno, rezultati vezani za probleme u pogledu nedvosmislenih pokazatelja dimenzionalnosti, kao i u pogledu interne konzistencije skala CERQ-a mogu se delom pripisati najpre malom broju ajtema koji svaka od skala poseduje, kao i činjenici da su neke od problematičnih skala vezane za konstrukte kompleksne i heterogene prirode (npr. skala Ruminiranja).

#### ***Adaptirana verzija skale pozitivnog i negativnog afektiviteta – PANAS (Mihic et al., 2014)***

Skala predstavlja adaptaciju skale pozitivnog i negativnog afektiviteta (Watson et al., 1988b) i validirana je na domaćem uzorku, te je provera validnosti izvršena primenom CFA u odnosu na prvi trenutak merenja ( $N = 114$ ) gde su, nakon uključivanja pet koreliranih reziduala, dobijeni zadovoljavajući indeksi fita ( $ML\chi^2(164) = 227.17$ , CFA = .914, TLI = .900, RMSEA = .058, 90% CI [.039, .076]). Neadekvatan fit početnog modela, te potrebe za modifikacijama razumljive su kako indeksi fita (naročito inkrementalni) opadaju sa većim brojem indikatora koji se vezuju za jedan faktor (npr. Kenny & McCoach, 2003). Svi ajtemi izuzev prvog imaju adekvatna zasićenja na faktorima kojima prema teoriji pripadaju kao manifestacije konstrukata koje mere. Imajući u vidu da je skala već validirana na našim prostorima, te da instrument nije ciljano konstruisan za procenu afektiviteta na uzorcima osoba sa IM, kao i da se i ovde dobijaju adekvatni indeksi fita, iako im ne treba pripisivati veliku važnost, jer delom odražavaju idiosinkratične karakteristike uzorka, biće korišćena skala u originalu, bez izbacivanja ajtema.

Pouzdanosti skala merena  $\alpha$  koeficijentom je zadovoljavajuća u sva tri trenutka merenja, a vrednosti iznose redom .759, .808, .857 za skalu pozitivnog afektiviteta, odnosno .843, .899, .891 za skalu negativnog afektiviteta.

#### ***Stendalov skor pridržavanja medicinskog tretmana (eng. Stendal Adherence with Medication Score – SAMS; Franke et al., 2019)***

Skala se sastoji od 18 ajtema namenjenih proceni pridržavanja propisanog tretmana, tj. uzimanja lekova. Kako do sada nije korišćena na našim prostorima, a u generalnom nedostatku validacionih studija s obzirom na to da je skala novijeg datuma, u cilju provere validnosti

primenjen je eksplorativan postupak – paralelna analiza i nakon toga eksplorativna faktorska analiza metodom glavnih komponenti. Analize su sprovedene na podacima iz drugog trenutka ispitivanja. Iz analiza je isključen 10. ajtem zbog nekovariranja sa ostalim ajtemima. Rezultati paralelne analize ukazuju na postojanje tri glavne komponente, a Velicerov MAP na dve. Ova rešenja su dalje ispitana metodom glavnih komponenti (PCA, Varimax rotacija) i zadržano je tro-faktorsko rešenje koje objašnjava 66.26% ukupne varijanse. Ovakva faktorska struktura se čini intepretabilnijom, i u velikoj meri se po broju faktora i rasporedu ajtema poklapa sa dostupnim podacima o primeni ovog postupka kod neuroloških pacijenata (Prell et al., 2019) gde se izdvajaju tri faktora, tj. tri glavna klastera razloga nepridržavanja tretmana – *Modifikacija, Neznanje i Zaboravljanje*. Takođe, dosadašnja teorijska razmatranja ukazuju da jedan od načina nepridržavanja tretmana podrazumeva modifikovanu upotrebu lekova, a zaboravnost i (ne)znanje su se već pokazali jednim od vodećih razloga u nepridržavanju tretmana, pa se ovo rešenje čini i konzistentnim u odnosu na postojeća teorijska razmatranja (Giudicessi et al., 2013). Shodno pomenutom rešenju, faktori u ovom istraživanju su imenovani kao *Znanje, Zaboravljanje i Modifikacija*. Sledi tabelarni prikaz rasporeda ajtema po faktorima i njihovih zasićenja.

**Tabela 6**

*Analiza glavnih komponenti za skalu pridržavanja tretmana (N = 67)*

Ajtemi	Faktor		
	Faktor 1 Zaboravljanje	Faktor 2 Znanje	Faktor 3 Modifikacija
sams1_Da li znate razlog zašto uzimate svoje lekove?		.867	
sams2_Da li znate doze svojih lekova?		.715	
sams3_Da li ste upoznati sa satnicom uzimanja svojih lekova?		.798	
sams4_Da li redovno uzimate svoje lekove?		.893	
sams5_Da li znate koje lekove uzimate?		.939	
sams6_Da li zaboravljate da uzmete svoje lekove?	.907		
sams7_Da li ste nemarni u vezi sa uzimanjem svojih lekova?	.836		
sams8_Da li ponekad ne uzmete svoje lekove kada se osećate bolje?			
sams9_Ako se ponekad osećate gore nakon što uzmete lek, da li prestanete da ga uzimate?		.351	.597
sams11_Ako mislite da imate neželjene efekte nekog leka (kao što su drhtavica, mučnina, itd.) da li smanjite dozu bez konsultacija sa doktorom?			.844
sams12_Ako mislite da imate neželjene efekte nekog leka (kao što su drhtavica, mučnina, itd.) da li prestanete da ga uzimate, ili napravite pauzu?			.832
sams13_Ako smatrate da morate da uzimate previše lekova, da li ne uzimate lekove koji Vam se ne čine toliko važnim bez prethodne konsultacije?			
sams14_Ako zaboravite ili izostavite svoju tabletu, zaboravljate je ujutru	.952		
sams15_Ako zaboravite ili izostavite svoju tabletu, zaboravljate je u	.913		

podne			
sams16_Ako zaboravite ili izostavite svoju tabletu, zaboravljate je uveče			<b>.880</b>
sams17_Da li preskačete one lekove koji Vam se ne čine toliko važnim, ali uzimate sve ostale?			<b>.797</b>
sams18_Ukoliko uzimate lek tokom nedelje u vidu sirupa ili tablete, da li ste ga ikad zaboravili?			<b>.881</b>
$\alpha$ (T2)	.921	.923	.589
$\alpha$ (T3)	.873	.801	.540

*Legenda:* Prikazana je rotirana matrica (Varimax rotacija) sa ajtemima čija su zasićenja viša od .30. Ajtemi 8 i 13 nisu pokazali adekvatna zasićenja ni na jednom faktoru, te su isključeni iz daljih analiza.

Kronbahovi  $\alpha$  koeficijenti su zadovoljavajući za prva dva izdvojena faktora (Zaboravljanje i Znanje) u oba trenutka merenja, dok se niži vrednosti  $\alpha$  utvrđuju za treću komponentu – Modifikaciju u odnosu na upotrebu lekova. I ovde se niži koeficijent pouzdanosti može razmatrati s obzirom na broj ajtema koji čine skalu, ali će rezultat svakako biti uzet u obzir u daljoj analizi.

### ***Adaptirana skala nametljivosti bolesti (eng. Adapted Illness Intrusiveness Ratings; Devins et al., 1983)***

Skala je namenjena proceni koliko bolest može da ometa pacijente u pogledu zadovoljavajućeg fizičkog blagostanja i ishrane, posla i finansija, bračnih, seksualnih i porodičnih odnosa, socijalnih relacija i hobija, kao i ostalih aspekata života gde spadaju građanske, verske aktivnosti i samoaktualizacija. S obzirom na to da, prema našim saznanjima, skala nije do sada korišćena na srpskom jeziku, a takođe, u nedostatku validacionih studija, i ovde je primenjen eksplorativni postupak za proveru validnosti – paralelna analiza i nakon toga analiza glavnih komponenti. Analize su primenjene na podatke iz drugog trenutka ispitivanja. Paralelna analiza je sugerisala dve glavne komponente (i dva faktora), te je ovo rešenje ispitano metodom glavnih komponenti (Varimax rotacija). Sledi prikaz rasporeda faktora po ajtemima i njihova zasićenja.

### **Tabela 7**

*Analiza glavnih komponenti za skalu nametljivosti bolesti (N = 67)*

<b>Ajtemi:</b>	<b>Faktor 1</b>	<b>Faktor 2</b>
<b>U kojoj meri Vaša bolest(i) i/ili njeno lečenje utiču na:</b>	<b>Slabije ometanje</b>	<b>Jače ometanje</b>
f1_Vaš osećaj da ste zdravi?		<b>.664</b>
f2_Proizvode koje pijete i jedete?		<b>.551</b>
f3_Vaš rad, uključujući posao, kućne poslove, sređivanje kuće, ili odlazak u nabavku?		<b>.764</b>
f4_Igranje sporta, sređivanje bašte, ili neku drugu fizičku rekreaciju ili hobi?	<b>.301</b>	<b>.696</b>
f5_Da se bavite nekom mirnijom rekreacijom ili hobijem, kao što su čitanje, TV, muzika, pletenje, itd.?	<b>.534</b>	
f6_Vašu finansijsku situaciju?		<b>.613</b>

f7_ Vaš odnos sa Vašim supružnikom ili partnerom?	<b>.685</b>	
f8_ Vaš seksualni život?	<b>.631</b>	
f9_ Vaš odnos i društvene aktivnosti sa Vašom porodicom?	<b>.666</b>	.323
f10_ Društvene aktivnosti sa Vašim prijateljima, komšijama ili grupama?	<b>.737</b>	
f11_ Vaše religiozne ili duhovne aktivnosti?	<b>.698</b>	
f12_ Vaše učešće u građanskim aktivnostima ili aktivnostima u zajednici?	<b>.750</b>	
f13_ Vaše aktivnosti u vezi sa poboljšavanjem ili izražavanjem svoje ličnosti?	<b>.851</b>	
$\alpha(T2)$	.700	.856
$\alpha(T3)$	.763	.862

*Legenda:* Prikazana je rotirana matrica (Varimax rotacija) sa zasićenjima višim od .30.

Kao što se vidi iz Tabele 7, analizom glavnih komponenti su izdvojena dva faktora intruzivnosti u vezi sa bolešću koji objašnjavaju 50.41% ukupne varijanse funkcionalnosti pacijenata nakon IM. Imajući u vidu raspored ajtema po faktorima, može se reći da se raspored zasićenja ajtema na ekstrahovanim komponentama može objasniti stepenom ometenosti koji ajtemi denotiraju u odnosu na pojedine aspekte funkcionisanja, te jednu komponentu čine aspekti koji se odnose na *izraženije* ometajuće dejstvo bolesti (ajtemi 1, 2, 3, 4, 6), dok drugu čine oni aspekti u kojima je prisutno *manje ometanje* od bolesti (ajtemi 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13). S tim u vezi, faktori će biti imenovani kao *Aspekti jačeg i slabijeg ometanja usled bolesti*. Utvrđeni su i zadovoljavajući  $\alpha$  koeficijenti pouzdanosti za obe izdvojene subskale u oba trenutka merenja.



## Rezultati

### Deskriptivni statistički podaci

#### *Deskriptivni statistički pokazatelji primenjenih skala u sva tri trenutka merenja*

**Tabela 8**

*Deskriptivni statistički pokazatelji faktora rizika za nastanak IM (N = 114)*

<b>Faktori rizika</b>	<b>Frekvencija</b>	<b>Procenat</b>
Problemi sa povišenim pritiskom	54	42.9 %
Dijagnostikovana hipertenzija	40	31.7 %
Dijagnostikovana angina pektoris	14	11.1 %
Nasledni činioci (kardiovaskularna bolest: hipertenzija, angina pektoris, infarkt miokarda u porodici)	72	57.1
Pušenje	77	61.1
Gojaznost	46	36.5
Povišen holesterol	42	33.3
Dijabetes	15	11.9
Fizička neaktivnosti	77	61.1
Prisustvo hroničnog stresa (na poslu, kod kuće) u periodu od godinu dana	45	35.7
Prisustvo akutnog stresa (bolest/smrt bližnjih, razvod, gubitak posla) u prethodnih godinu dana	41	32.5

Na osnovu podataka u tabeli, kod i više od 50% pacijenata je registrovano postojanje naslednog činioca – prisustvo neke kardiovaskularne bolesti u porodici, pušenje i odsustvo fizičke aktivnosti.

#### ***Reprezentacija bolesti***

**Dimenzija identitet.** U Tabelama 9 i 10 biće prikazano prisustvo simptoma pacijenata pre hospitalizacije i tokom IM, tj. u prvom trenutku ispitivanja i nakon mesec do dva od IM (drugi trenutak ispitivanja).

**Tabela 9**

*Učestalost prisustva simptoma pacijenata – dimenzija identitet, prvi trenutak merenja (N = 114)*

<b>Simptom</b>	<b>Frekvencija</b>	<b>Procenat</b>
Bol	103	81.7
Upaljeno grlo	15	11.9
Mučnina	41	32.5

Otežano disanje	63	50.0
Gubitak težine	1	0.8
Umor	57	45.2
Ukočeni zglobovi	23	18.3
Bol u očima	3	2.4
Šištanje	16	12.7
Glavobolje	26	20.6
Uznemiren stomak	32	25.4
Problemi sa spavanjem	15	11.9
Vrtoglavica	28	22.2
Gubitak snage	59	46.8

Podaci ukazuju da je tokom infarkta i pre hospitalizacije 50 i/ili više od 50% ispitanika osetilo bol i/ili otežano disanje, nakon čega slede gubitak snage (46.8% ispitanika) i umor (45.2% ispitanika)<sup>3</sup>.

### Tabela 10

*Učestalost prisustva simptoma – dimenzija identitet, drugi trenutak merenja (N = 69)*

<b>Simptom</b>	<b>Frekvencija</b>	<b>Procenat</b>
Bol	37	29.4
Upaljeno grlo	3	2.4
Mučnina	12	9.5
Otežano disanje	31	24.6
Gubitak težine	6	4.8
Umor	42	33.3
Ukočeni zglobovi	17	13.5
Bol u očima	5	4.0
Šištanje	14	11.1
Glavobolje	14	11.1
Uznemiren stomak	13	10.3
Problemi sa spavanjem	19	15.1
Vrtoglavica	13	10.3
Gubitak snage	31	24.6

<sup>3</sup> Svesni činjenice da je reč je o deskriptivnim podacima i da se bez primene odgovarajućih testova ne može govoriti o tome da li je neki simptom bio izraženiji u odnosu na drugi, podaci o procentu ispitanika koji su osetili date simptome su dati jedino u cilju ilustracije.

Nakon mesec i po do dva od infarkta nijedan od ispitivanih simptoma nije bio prisutan kod 50 i/ili više od 50% ispitanika. Više od 30% pacijenata izvestilo je o umoru, dok je bol, gubitak snage i otežano disanje pomenulo više od 20% pacijenata.

**Tabela 11**

*Deskriptivni pokazatelji dimenzija reprezentacije bolesti u prvom (N = 114) i drugom trenutku ispitivanja (N = 67)*

<b>Dimenzije</b>		<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SE)</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Trajanje akutno/hronično	T1	1.33	4.83	3.16 (.07)	0.83	-0.17	-0.82
	T2	1.00	4.83	3.24 (.10)	0.83	-0.45	-0.28
Trajanje ciklično	T1	1.00	4.00	3.12 (.05)	0.58	-0.94	1.26
	T2	1.00	4.73	2.68 (.09)	0.82	0.22	-0.01
Posledice	T1	1.25	4.75	3.32 (.07)	0.74	-0.30	-0.49
	T2	1.00	5.00	3.51 (.10)	0.85	-0.45	-0.12
Lična kontrola	T1	2.25	5.00	3.89 (.05)	0.54	-0.45	0.34
	T2	2.00	5.00	3.73 (.09)	0.74	-0.39	-0.13
Kontrola usled tretmana	T1	2.00	5.00	3.89 (.05)	0.58	-0.28	1.17
	T2	2.00	5.00	3.73 (.08)	0.71	-0.27	-0.51
Koherentnost	T1	1.00	5.00	3.11 (.08)	0.92	-0.08	-0.45
	T2	1.00	5.00	3.44 (.09)	0.82	-0.81	1.22
Emocionalna reprezentacija	T1	1.00	5.00	2.84 (.08)	0.88	0.17	-0.34
	T2	1.00	5.00	2.80 (.10)	0.87	0.62	0.07

*Legenda:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; *Min* = empirijska minimalna vrednost; *Max* = empirijska maksimalna vrednost; *M* = aritmetička sredina *SE* = standardna greška za aritmetičku sredinu, *SD* = standardna devijacija; *Sk* = zakrivljenost distribucije; *Ku* = izduženost distribucije.

Rezultati upućuju da su sve mere u opsegu normalne distribucije ako bismo gledali blaži kriterijum ( $\pm 2$ ; Hahs-Vaughn & Lomax, 2020). Što se tiče asimetričnosti distribucije, sve vrednosti se uklapaju i u najstrože kriterijume ( $\pm 1$ ; Hahs-Vaughn & Lomax, 2020).

**Tabela 12**

*Deskriptivni pokazatelji dimenzije reprezentacije bolesti uzročnost u prvom (N = 114) i drugom trenutku ispitivanja (N = 67)*

<b>Atribucije uzročnosti</b>		<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SE)</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Psihološki činioci	T1	1.17	5.00	2.75 (.07)	0.82	0.50	-0.01
	T2	1.00	5.00	2.78 (.11)	0.87	0.25	0.01
Biološki/eksterni činioci	T1	1.00	3.71	2.16 (.06)	0.59	0.27	-0.16
	T2	1.00	4.00	2.38 (.08)	0.64	0.24	0.03
Bihejvioralni činioci	T1	1.00	4.67	2.78 (.08)	0.87	0.01	-0.74
	T2	1.00	4.33	2.71 (.09)	0.76	-0.26	-0.35

*Legenda:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; *Min* = empirijska minimalna vrednost; *Max* = empirijska maksimalna vrednost; *M* = aritmetička sredina *SE* = standardna greška za aritmetičku sredinu, *SD* = standardna devijacija; *Sk* = zakrivljenost distribucije; *Ku* = izduženost distribucije.

Rezultati upućuju da se vrednosti svih ispitivanih klastera uzročnosti kreću u rasponu vrednosti normalne distribucije po najstrožem kriterijumu ( $\pm 1$ ; Hahs-Vaughn & Lomax, 2020).

Najčešći uzroci koje sami pacijenti navode kao razloge za IM – „tri glavna razloga po meni”) su: stres, prekomeran rad, pušenje, loša ishrana, nemarnost u odnosu na zdravlje, finansijski problemi, nasledni faktor.

### ***Kognitivne strategije emocionalne regulacije***

**Tabela 13**

*Deskriptivni pokazatelji kognitivnih strategija emocionalne regulacije u prvom (N = 114) i drugom trenutku ispitivanja (N = 67)*

<b>Dimenzije</b>		<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SE)</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Samookrivljavanje	T1	1.00	5.00	3.26 (.10)	1.12	-0.27	-0.73
	T2	1.00	5.00	2.82 (.13)	1.07	0.36	-0.69
Prihvatanje	T1	2.00	5.00	4.09 (.06)	0.65	-0.65	0.28
	T2	1.50	5.00	3.78 (.10)	0.81	-0.40	-0.02
Ruminiranje	T1	1.00	5.00	2.78 (.08)	.89	0.18	-0.50
	T2	1.00	5.00	2.70 (.12)	.96	0.34	-0.58

Pozitivno reuokviravanje	T1	1.00	5.00	3.82 (.09)	.96	-0.92	0.66
	T2	1.50	5.00	3.58 (.13)	1.04	-0.37	-1.05
Usmerenost na planiranje	T1	1.00	5.00	3.96 (.07)	.80	-0.83	0.95
	T2	1.75	5.00	3.71 (.10)	.83	-0.56	-0.39
Pozitivna reformulacija	T1	1.50	5.00	3.81 (.08)	.90	-0.64	-0.19
	T2	1.50	5.00	3.36 (.12)	.10	-0.08	-1.00
Smeštanje u perspektivu	T1	2.00	5.00	3.47 (.06)	.68	-0.29	-0.34
	T2	1.38	4.75	3.07 (.10)	.84	0.15	-0.81
Katastrofiziranje	T1	1.00	5.00	2.46 (.09)	1.01	0.44	-0.50
	T2	1.00	4.75	2.31 (.12)	1.01	0.74	-0.28
Okrivljavanje drugih	T1	1.00	4.50	1.32 (.06)	.68	2.84	8.64
	T2	0.99	4.25	1.35 (.08)	.67	2.39	5.93

*Legenda:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; *Min* = empirijska minimalna vrednost; *Max* = empirijska maksimalna vrednost; *M* = aritmetička sredina *SE* = standardna greška za aritmetičku sredinu, *SD* = standardna devijacija; *Sk* = zakrivljenost distribucije; *Ku* = izduženost distribucije.

Na skali okrivljavanje drugih u oba trenutka merenja postoji odstupanje od normalne raspodele i po najstrožem i po blažim kriterijumima, ali se vrednosti asimetričnosti mogu svrstati u dozvoljene po najblažem kriterijumu ( $\pm 3$ ; Hahs-Vaughn & Lomax, 2020). Ako bismo sagledali blaže kriterijume, distribucija je pozitivno asimetrična što ukazuje da su pacijenti na pitanja koja se odnose na okrivljavanje drugih davali suprotne odgovore, tj. odgovore koji ukazuju da krive sebe za ono što se dogodilo. Na ostalim kognitivnim strategijama emocionalne regulacije odgovori su raspoređeni tako da čine normalnu distribuciju ili po najstrožem ili po nešto blažem kriterijumu (Hahs-Vaughn & Lomax, 2020).

### ***Pozitivna i negativna afektivnost***

#### **Tabela 14**

*Deskriptivni pokazatelji pozitivne i negativne afektivnosti u prvom (N = 114), drugom (N = 67) i trećem trenutku ispitivanja (N = 49)*

<b>Dimenzije</b>		<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SE)</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Pozitivna afektivnost	T1	1.00	4.90	3.04 (.07)	0.71	-0.14	0.34
	T2	1.10	4.20	2.91 (.09)	0.74	-0.20	-0.77

	T3	1.40	4.70	3.04 (.11)	0.77	-0.29	-0.43
Negativna	T1	1.00	4.20	2.31 (.08)	0.86	0.34	-0.90
afektivnost	T2	1.00	4.80	2.10 (.10)	0.83	0.95	0.92
	T3	1.00	4.30	2.09 (.12)	0.83	0.93	0.56

*Legenda:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja; *Min* = empirijska minimalna vrednost; *Max* = empirijska maksimalna vrednost; *M* = aritmetička sredina *SE* = standardna greška za aritmetičku sredinu, *SD* = standardna devijacija; *Sk* = zakrivljenost distribucije; *Ku* = izduženost distribucije.

Rezultati upućuju da se vrednosti pozitivnog i negativnog afektiviteta u sva tri trenutka ispitivanja kreću u rasponu vrednosti normalne distribucije po najstrožem kriterijumu ( $\pm 1$ ; Hahs-Vaughn & Lomax, 2020).

### ***Pridržavanje tretmana***

**Tabela 15**

*Deskriptivni pokazatelji pridržavanja tretmana u drugom (N = 67) i trećem trenutku ispitivanja (N = 49)*

<b>Dimenzije</b>		<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>M (SE)</i>	<i>SD</i>	<i>Sk</i>	<i>Ku</i>
Znanje	T2	.00	4.00	.35 (.11)	0.88	3.47	12.03
	T3	.00	4.00	.31 (.10)	0.72	3.49	14.71
Zaboravljanje	T2	.00	4.00	.24 (.08)	0.63	4.24	20.88
	T3	.00	1.71	.17 (.05)	0.37	3.01	9.85
Modifikacija	T2	.00	2.00	.19 (.05)	0.46	2.85	7.83
	T3	.00	2.33	.20 (.07)	0.48	3.17	10.87

*Legenda:* T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja; *Min* = empirijska minimalna vrednost; *Max* = empirijska maksimalna vrednost; *M* = aritmetička sredina *SE* = standardna greška za aritmetičku sredinu, *SD* = standardna devijacija; *Sk* = zakrivljenost distribucije; *Ku* = izduženost distribucije.

Sve vrednosti na skalama koje se odnose na pridržavanje tretmana odstupaju od normalne raspodele i prema blažem i prema najblažem kriterijumu (Hahs-Vaughn & Lomax, 2020). Vrednosti asimetričnosti ukazuju da su distribucije pozitivno asimetrične, odnosno da su ispitanici davali odgovore koji ukazuju da se u potpunosti pridržavaju tretmana u smislu da znaju zašto uzimaju propisanu terapiju, ne zaboravljaju da uzimaju lekove i ne čine nikakve modifikacije prilikom uzimanja.

## Funkcionisanje nakon bolesti

**Tabela 16**

Deskriptivni pokazatelji ometanja od bolesti u drugom ( $N = 67$ ) i trećem trenutku ispitivanja ( $N = 49$ )

Dimenzije		Min	Max	M (SE)	SD	Sk	Ku
Aspekti jačeg ometanja	T2	1.00	6.60	3.93 (.16)	1.35	-0.27	-0.12
	T3	1.00	6.40	3.52 (.18)	1.28	0.45	-0.24
Aspekti slabijeg ometanja	T2	1.00	7.00	2.98 (.17)	1.39	0.68	0.34
	T3	1.00	5.75	2.91 (.19)	1.35	0.49	-0.64

*Legenda:* T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja; *Min* = empirijska minimalna vrednost; *Max* = empirijska maksimalna vrednost; *M* = aritmetička sredina *SE* = standardna greška za aritmetičku sredinu, *SD* = standardna devijacija; *Sk* = zakrivljenost distribucije; *Ku* = izduženost distribucije.

Rezultati upućuju da se vrednosti ispitivanih aspekata ometanja i u drugom i u trećem trenutku ispitivanja kreću u rasponu vrednosti normalne distribucije po najstrožem kriterijumu ( $\pm 1$ ; Hahs-Vaughn & Lomax, 2020).

## Razlike u stepenu izraženosti osnovnih varijabli istraživanja s obzirom na registrovane varijable

U ovom segmentu će biti prikazani rezultati koji se tiču razlika u stepenu izraženosti dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog aspekta prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata s obzirom na registrovane varijable (*prethodno prisustvo kardiovaskularnih bolesti, hereditet i prisustvo akutnog/hroničnog stresa u prethodnoj godini*).

**Tabela 17**

Razlike u stepenu izraženosti dimenzija reprezentacije bolesti s obzirom na registrovane varijable

Dimenzije reprezentacije bolesti	Registrovane varijable		M (SD)	t(df), p	Koenovo d, 95% CI
Koherentnost	Povišen pritisak	Da	3.31 (0.96)	2.101(111), $p < .05$	0.396[0.022, 0.768]
		Ne	2.95 (0.84)		

Koherentnost	Hipertenzija	Da	3.37 (1.08)	2.178(106), $p < .05$	0.434[0.038, 0.828]
		Ne	2.97 (0.81)		
Identitet	Angina pectoris	Da	5.64 (2.24)	2.445(107), $p < .05$	0.700[0.130, 1.267]
		Ne	4.08 (2.22)		
Emocionalna reprezentacija	Dijabetes	Da	3.33 (0.99)	2.397(111), $p < .05$	0.655[0.113, 1.264]
		Ne	2.76 (0.84)		
Uzročnost bihevioralni činioci	– Dijabetes	Da	2.27 (0.94)	-2.481(111), $p < .05$	-0.688 [-1.237, -0.686]
		Ne	2.85 (0.84)		
Posledice	Akutni stres	Da	3.11 (0.76)	-2.438(107), $p < .05$	-0.482[-0.874, -0.088]
		Ne	3.46 (0.71)		

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Koenovo  $d$  je mera veličine efekta razlika između aritmetičkih sredina. 95% CI = 95% interval poverenja veličine efekta.

Osobe koje su prethodno imale povišen krvni pritisak ili dijagnostikovanu hipertenziju će imati viši nivo koherentnosti, odnosno razumevanja IM. Prethodno prisustvo angine pectoris ima efekat na opisivanje IM sa većim brojem simptoma. Oni koji imaju dijabetes će imati snažniju emocionalnu reprezentaciju bolesti i manju percepciju bihevioralnih činilaca uzročnosti odgovornih za nastanak IM u odnosu na one koji nemaju, a prisustvo akutnog stresa u proteklih godinu dana (na poslu, kod kuće) doprinosi smanjenoj percepciji ozbiljnosti posledica od IM. Sve utvrđene veličine efekta razlika su srednje.

### Tabela 18

*Razlike u stepenu izraženosti kognitivnih strategija emocionalne regulacije s obzirom na registrovane varijable*

Kognitivno prevladavanje	Registrovane varijable	$M(SD)$	$t(df), p$	Koenovo $d$ , 95% CI	
Ruminiranje	Nasleđe	Da	2.93 (0.87)	2.165(111), $p < .05$	0.424[0.035, 0.810]
		Ne	2.56		



				(0.88)	
Samookrivljanje	Dijabetes	Da	3.80	1.986(111), $p < .05$	0.551[0.001, 1.098]
			(1.31)		
		Ne	3.19		
			(1.08)		
Pozitivna reformulacija	Akutni stres	Da	4.12	2.860(107), $p < .01$	0.566[0.169, 0.959]
			(0.63)		
		Ne	3.64		
			(0.96)		

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Koenovo  $d$  je mera veličine efekta razlika između aritmetičkih sredina. 95% CI = 95% interval poverenja veličine efekta.

Prisustvo naslednih činitelja za nastanak IM ima značajne efekte na ruminiranje u vezi sa IM u smislu da oni koji imaju hereditet prema IM imaju i više prosečne skorove na ruminiranju. Dijabetes ima efekat na samookrivljanje za nastanak IM pri čemu je ono izraženije od osoba koje imaju dijabetes, a prisustvo akutnog stresa u proteklih godinu dana doprinosi pozitivnoj reformulaciji IM u smislu da će oni koji su imali neki akutni stres (u porodici, na poslu) imati veću tendenciju ka pozitivnoj reformulaciji IM. Sve mere veličine efekta razlika su srednje.

Nisu utvrđene značajne razlike u stepenu izraženosti pozitivnog i negativnog afektiviteta i aspekata pridržavanja tretmana u odnosu na registrovane varijable.

### Tabela 19

*Razlike u stepenu izraženosti aspekata funkcionalnosti s obzirom na registrovane varijable*

Funkcionalnost	Registrovane varijable	$M(SD)$	$t(df), p$	Koenovo $d$ , 95% CI	
Jači stepen ometanja	Nasleđe	Da	4.10 (1.23)	-2.018(64), $p < .05$	0.558[0.005, 1.106]
		Ne	3.37 (1.49)		

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Koenovo  $d$  je mera veličine efekta razlika između aritmetičkih sredina. 95% CI = 95% interval poverenja veličine efekta.

Utvrđeni su značajni efekti prisustva naslednog faktora na jači stepen ometanja od bolesti (doživljaj osobe da je zdrava, ono što jede i pije, radne i fizičke sposobnosti i finansije) pri čemu više skorove imaju oni kod kojih je registrovano prisustvo naslednog faktora, odnosno ovi aspekti ometanja će kod njih biti izraženiji. Veličina efekta razlike je srednja.

## Povezanost varijabli istraživanja

U ovom delu rezultata će biti prikazani direktni efekti varijabli istraživanja prema pretpostavljenom smeru delovanja na slici 3. kroz mogućnosti međusobne predikcije konstrukata na transversalnom nivou merenja, kako u cilju sticanja opšte slike o njihovim vezama, tako i u cilju provere specifičnih ciljeva koji se odnose na utvrđivanje prediktivnih efekata.

### *Prvi trenutak merenja*

#### **Efekti reprezentacije bolesti na kognitivno prevladavanje i afektivitet.**

**Tabela 20**

*Predviđanje kognitivnih strategija emocionalne regulacije na osnovu kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
Lična kontrola ( $\beta = .344, t = 3.717, p < .001$ ) Uzročnost – psihološki činioci ( $\beta = .288, t = 3.117, p < .01$ )	$R = .489; R^2 = .239, F(10, 102)$ $= 3.212, p < .001$	Samookrivljavanje
Koherentnost ( $\beta = -.249, t = -2.667, p < .01$ ) Uzročnost – psihološki činioci ( $\beta = .241, t = 2.640, p < .01$ )	$R = .510; R^2 = .260, F(10, 102)$ $= 3.579, p < .001$	Ruminiranje
Posledice ( $\beta = -.227, t = -2.376, p < .05$ ) Uzročnost – psihološki činioci ( $\beta = -.298, t = -3.095, p < .05$ )	$R = .419; R^2 = .175, F(10, 102)$ $= 2.169, p < .05$	Pozitivno reuokviravanje
Posledice ( $\beta = -.230, t = -2.479, p < .05$ ) Lična kontrola ( $\beta = .243, t = 2.593, p < .05$ )	$R = .468; R^2 = .219, F(10, 102)$ $= 2.864, p < .05$	Pozitivna reformulacija
Identitet ( $\beta = .314, t = 3.431, p < .001$ ) Trajanje akutno/hronično ( $\beta = -.235, t = -2.254, p < .05$ )	$R = .457; R^2 = .209, F(10, 102)$ $= 2.691, p < .01$	Perspektiva

---

Identitet ( $\beta = .209, t = 2.454, p < .05$ )		
Trajanje akutno/hronično ( $\beta = -.235, t = -2.412, p < .05$ )	$R = .560; R^2 = .314, F(10, 102)$ $= 4.662, p < .001$	Katastrofiziranje
Posledice ( $\beta = .194, t = 2.223, p < .05$ )		
Koherentnost ( $\beta = -.269, t = -2.986, p < .01$ )		

---

Posledice ( $\beta = .209, t = 2.181, p < .05$ )	$R = .415; R^2 = .172, F(10, 102)$ $= 2.125, p < .029$	Okrivljavanje drugih
Uzročnost – psihološki činioci ( $\beta = .280, t = 2.907, p < .01$ )		

---

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Rezultati pokazuju da pojedine kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti ostvaruju značajan efekat na većinu kognitivnih strategija emocionalne regulacije. Naime, određenim kognitivnim dimenzijama reprezentacije bolesti se može objasniti od 17.2 do 31.4% varijanse svih kognitivnih strategija emocionalne regulacije *izuzev prihvatanja i planiranja* gde nisu utvrđeni ukupni značajni efekti kognitivnog konstrukta bolesti. Multikolinearnost između prediktora nije nigde utvrđena – Tolerance < .01, VIF < 2. Dimenzija identitet ostvaruje značajni pozitivni efekat u odnosu na strategije kognitivnog prevladavanja koje uključuju smeštanje stvari u perspektivu i katastrofiziranje, dok percepcija trajanja bolesti kao akutne/hronične ima negativni efekat na ove aspekte prevladavanja. Dimenzija lične kontrole je značajni pozitivni prediktor pozitivne reformulacije, ali i samookrivljanja, a dimenzija posledice je negativni prediktor u odnosu na pozitivno reuokviravanje i pozitivnu reformulaciju, dok je njen udeo u varijansi katastrofiziranja i okrivljavanja drugih pozitivan. Koherentnost ostvaruje negativni efekat na ruminiranje i katastrofiziranje. Dimenzija uzročnosti koja se odnosi na atribuciju psiholoških činilaca IM je pozitivni prediktor kako samookrivljanja, tako i okrivljavanja drugih, ali i ruminiranja, dok je njen doprinos u odnosu na pozitivno reuokviravanje negativan. Ostale dimenzije kognitivne reprezentacije bolesti ne ostvaruju značajan efekat na kognitivne strategije emocionalne regulacije.

Navedeni rezultati ukazuju da kognitivni konstrukt bolesti ima najjači efekat u odnosu na katastrofiziranje kao aspekt kognitivnog prevladavanja, te da se on može objasniti sa najviše dimenzija kognitivne reprezentacije bolesti.

Iako kognitivna reprezentacija bolesti ne ostvaruje ukupni značajni efekat na strategije prihvatanja i planiranja, pojedinačne dimenzije su se izdvojile kao značajni prediktori i to identitet ( $\beta = .191, t = 1.992, p = .049$ ) i uzročnost – biološki/eksterni činioci ( $\beta = -.248, t = -2.489, p < .01$ ) za strategiju prihvatanja i kontrola usled tretmana ( $\beta = -.254, t = 2.380, p < .05$ ) za strategiju planiranja.

**Tabela 21**

*Predviđanje kognitivnih strategija emocionalne regulacije na osnovu emocionalne reprezentacije bolesti*

<b>Prediktor</b> <b>Emocionalna</b> <b>reprezentacija</b> <b>bolesti</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
$\beta = .471, t = 5.655, p < .001$	$R = .471; R^2 = .222, F(1, 112) = 31.984, p < .001$	Ruminiranje
$\beta = .304, t = 3.380, p < .001$	$R = .304; R^2 = .093, F(1, 112) = 11.423, p < .001$	Katastrofiziranje

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Emocionalnom dimenzijom reprezentacije bolesti se mogu pozitivno predvideti dve kognitivne strategije emocionalne regulacije – ruminiranje i katastrofiziranje, pri čemu ova dimenzija ima veći udeo u varijansi ruminiranja.

**Tabela 22**

*Predviđanje afektiviteta na osnovu kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
Koherentnost ( $\beta = -.210, t = -2.325, p < .05$ ) Uzročnost – psihološki činioci ( $\beta = .317, t = 3.589, p < .001$ )	$R = .555; R^2 = .308, F(10, 102) = 4.531, p < .001$	Negativni afektivitet

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Rezultati pokazuju da kognitivni konstrukt bolesti ne ostvaruje značajan efekat na pozitivni afektivitet, iako se dimenzije lične kontrole ( $\beta = .258, t = 2.627, p < .01$ ) i psiholoških činilaca uzročnosti ( $\beta = -.241, t = -2.459, p < .05$ ) izdvajaju kao pojedinačno značajne. S druge strane, kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti objašnjavaju 30.8% varijanse negativnog afektiviteta,

a kao značajni prediktori se izdvajaju dimenzije koherentnosti sa negativnim udelom i, takođe, psihološki činioci uzročnosti, s tim da je efekat ove dimenzije sada pozitivan, dok je u odnosu na pozitivni afektivitet negativan.

**Tabela 23**

*Predviđanje afektiviteta na osnovu emocionalne reprezentacije bolesti*

<b>Prediktor</b> <b>Emocionalna</b> <b>reprezentacija</b> <b>bolesti</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
	$\beta = .442, t = 5.219, p < .001$ $R = .442; R^2 = .196, F(1, 112) = 27238, p < .001$	Negativni afektivitet

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti ostvaruje značajan pozitivan efekat na negativni afektivitet. Nisu utvrđeni njeni efekti u odnosu na pozitivni afektivitet.

**Efekti kognitivnog prevladavanja na afektivitet.**

**Tabela 24**

*Predviđanje afektiviteta na osnovu kognitivnih strategija emocionalne regulacije*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
Pozitivno reuokviravanje ( $\beta = .253, t = 2.388, p < .05$ )	$R = .551; R^2 = .303, F(9, 104) = 5.026, p < .001$	Pozitivni afektivitet
Samookrivljavanje ( $\beta = .234, t = 2.610, p < .01$ ) Ruminiranje ( $\beta = .219, t = 2.248, p < .05$ ) Katastrofiziranje ( $\beta = .310, t = 2.945, p < .01$ )	$R = .628; R^2 = .394, F(9, 104) = 7.508, p < .001$	Negativni afektivitet

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Kognitivne strategije emocionalne regulacije su značajne i za predviđanje pozitivnog i za predviđanje negativnog afektiviteta, s tim da je procenat objašnjene varijanse negativnog afektiviteta nešto viši. Ovaj aspekt emocionalnosti se može objasniti sa tri dimenzije kognitivnog

prevladavanja – samookrivljavanje, ruminiranje i katastrofiziranje koje imaju pozitivan efekat, dok se pozitivni afektivitet može objasniti jedino pozitivnim efektom pozitivnog reuokviravanja.

### ***Sumiranje međusobnih efekata varijabli na transverzalnom nivou u prvom trenutku merenja***

Rezultati pokazuju da se neposredno nakon IM formiranim konstruktom bolesti može predvideti većina ispitivanih kognitivnih strategija emocionalne regulacije, pri čemu kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti, između ostalog i kao brojnije, imaju jači efekat nego emocionalna reprezentacija bolesti. *Najjači efekat kognitivni konstrukt bolesti ostvaruje na prevladavanje koje je usmereno na katastrofiziranje, a emocionalni na prevladavanje koje je usmereno na ruminiranje.* Negativni doživljaj pacijenata neposredno nakon IM se može predvideti i na osnovu kognitivnih i na osnovu emocionalne reprezentacije bolesti, *ali konstrukt bolesti u globalu ne ostvaruje efekat na pozitivni afektivitet.* S druge strane, kognitivne strategije emocionalne regulacije su značajne i za pozitivni i za negativni afektivitet, i objašnjavaju viši procenat varijanse negativnog afektiviteta nego konstrukt bolesti, te se može reći da su neposredno nakon IM bolji prediktori emocionalnog stanja pacijenta, nego što je to slučaj sa nastalom reprezentacijom bolesti.

### ***Drugi trenutak merenja***

S obzirom na osipanje uzorka u ovom trenutku merenja, nedovoljan broj ispitanika može uticati na nemogućnost izdvajanja određenih efekata zbog nedovoljne statističke snage (Milas, 2009), pa će biti prikazani i efekti koji se izdvajaju na nivou trenda ( $.08 < p > .05$ ). S tim u vezi, u priložima će biti prikazani isti ovi efekti gde su nedostajući odgovori na nivou ispitanika zamenjeni metodom maksimalne verodostojnosti (EM). Nalazi će biti prokomentarisani i integrisani u okviru diskusije.

**Efekti reprezentacije bolesti na prevladavanje, afektivitet, ponašanje i funkcionisanje nakon IM.**

**Tabela 25**

*Previđanje kognitivnih strategija emocionalne regulacije na osnovu kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
Koherentnost ( $\beta = -.397, t = -2.890, p < .01$ ) Uzročnost – biološki/eksterni činioci ( $\beta = -.261, t = -1.902, p = .062$ )	$R = .527; R^2 = .277, F(10, 55) = 2.112, p < .01$	Prihvatanje
Identitet ( $\beta = .336, t = 2.079, p < .01$ ) Koherentnost ( $\beta = -.257, t = -2.125, p < .05$ )	$R = .663; R^2 = .439, F(10, 55) = 4.304, p < .001$	Ruminiranje
Uzročnost – bihejvioralni činioci ( $\beta = .328, t = 2.505, p < .05$ )	$R = .550; R^2 = .303, F(10, 55) = 2.391, p < .05$	Pozitivna reformulacija
Identitet ( $\beta = .269, t = 2.116, p < .05$ ) Koherentnost ( $\beta = -.304, t = -2.444, p < .05$ ) Uzročnost – biološki/eksterni činioci ( $\beta = -.256, t = -2.077, p < .05$ )	$R = .639; R^2 = .408, F(10, 55) = 3.798, p < .001$	Perspektiva
Identitet ( $\beta = .335, t = 2.769, p < .01$ ) Trajanje ciklično ( $\beta = .269, t = 2.070, p < .05$ ) Koherentnost ( $\beta = -.255, t = -2.160, p < .05$ ) Uzročnost – biološki/eksterni činioci ( $\beta = -.247, t = -2.099, p < .05$ )	$R = .681; R^2 = .464, F(10, 55) = 4.761, p < .001$	Katastrofiziranje
Trajanje akutno/hronično ( $\beta = -.315, t = -2.188, p < .05$ ) Trajanje ciklično	$R = .274; R^2 = .330, F(10, 55) = 2.708, p < .01$	Okrivljavanje drugih

---

( $\beta = .364, t = 2.499, p < .05$ )

Lična kontrola

( $\beta = .284, t = 1.921, p = .060$ )

---

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti ostvaruju efekat na kognitivne strategije prevladavanja i nakon 1,5–2 meseca od infarkta miokarda. Nalazi su nešto drugačiji u odnosu na period za vreme infarkta, u smislu *da se sada strategije koje se odnose na pozitivno reuokviravanje, planiranje (kao i u T1) i samookrivljavanje ne mogu objasniti kognitivnim konstruktom bolesti u celini*. Za strategiju samookrivljavanja se može govoriti o potencijalnom pozitivnom efektu dimenzije posledice ( $\beta = .305, t = 1.936, p = .058$ ). S druge strane, model sastavljen od kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti *je značajan u odnosu na strategiju koja se odnosi na prihvatanje*, što nije bio slučaj u prethodnom trenutku merenja. Što se ostalih aspekata kognitivnog prevladavanja tiče, procenat objašnjene varijanse kognitivnim reprezentacijama bolesti je između 27.7–46.4%, dakle, nešto viši nego u prvom trenutku merenja. Dimenzija identiteta bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM ima značajan pozitivan efekat na ruminiranje, katastrofiziranje i smeštanje stvari u perspektivu. *Pozitivni efekti identiteta na smeštanje stvari u perspektivu i katastrofiziranje se mogu smatrati stabilnim nalazima, jer su utvrđeni i u prvom trenutku merenja*. Percepcija cikličnog trajanja bolesti je značajna za katastrofiziranje, a trajanje generalno za okrivljavanje drugih, pri čemu percepcija akutnog/hroničnog toka ima negativni, a cikličnog pozitivni efekat. Koherentnost ostvaruje značajan negativni efekat na prihvatanje, ruminiranje (*ovaj efekat je utvrđen i u prvom trenutku merenja i ukazuje na stabilnost veze*), smeštanje stvari u perspektivu i katastrofiziranje, a dimenzije uzročnosti su značajne za pozitivnu reformulaciju, smeštanje u perspektivu i katastrofiziranje, pri čemu atribucija uzročnosti u odnosu na bihevioralne činioce ima pozitivni efekat na pozitivnu reformulaciju, a atribucija u odnosu na biološke/eksterne činioce negativni efekat na smeštanje stvari u perspektivu i ruminiranje. O potencijalnom značaju ove dimenzije se može govoriti i u odnosu na prihvatanje, kao što se može razmatrati i potencijalni efekat lične kontrole za samookrivljavanje (nalazi značajni na nivou trenda). Kao i na početku, i nakon 1,5–2 meseca kognitivni konstrukt bolesti i dalje ostvaruje najviši efekat na katastrofiziranje, te se ova strategija prevladavanja može opisati najvećim brojem dimenzija kognitivne reprezentacije bolesti (pri čemu se može govoriti o stabilnosti efekata



identiteta i koherentnosti, jer su utvrđeni i u prvom trenutku merenja). Nije utvrđena multikolinearnost između prediktora – Tolerance < .01, VIF < 2.

**Tabela 26**

*Predviđanje kognitivnih strategija emocionalne regulacije na osnovu emocionalne reprezentacije bolesti*

<b>Prediktor</b> <b>Emocionalna</b> <b>reprezentacija</b> <b>bolesti</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
$\beta = .264, t = 2.209, p < .05$	$R = .264; R^2 = .070, F(1, 65)$ $= 4.880, p < .05$	Samookrivljavanje
$\beta = .528, t = 5.017, p < .001$	$R = .528; R^2 = .279, F(1, 65)$ $= 25.171, p < .001$	Ruminiranje
$\beta = .302, t = 2.551, p < .05$	$R = .302; R^2 = .091, F(1, 65)$ $= 6.507, p < .05$	Perspektiva
$\beta = .492, t = 4.561, p < .001$	$R = .492; R^2 = .242, F(1, 65)$ $= 20.799, p < .001$	Katastrofiziranje

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Emocionalnom dimenzijom reprezentacije bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM se mogu pozitivno predvideti četiri kognitivne strategije emocionalne regulacije – ruminiranje i katastrofiziranje, kao i na početku bolesti (*efekti ukazuju na stabilnost veze*), te dodatno samookrivljavanje i smeštanje stvari u perspektivu. Najizraženiji efekat emocionalna reprezentacija bolesti ponovo ostvaruje na ruminiranje.

**Tabela 27**

*Predviđanje afektiviteta na osnovu kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
Trajanje akutno/hronično ( $\beta = -.309, t = -2.071, p < .05$ )	$R = .529; R^2 = .280, F(10, 55)$ $= 2.142, p < .05$	Pozitivni afektivitet

---

Koherentnost ( $\beta = -.266, t = -2.284, p < .05$ )	$R = .693; R^2 = .481, F(10, 55)$	Negativni afektivitet
Uzročnost – psihološki činioci ( $\beta = .508, t = 4.005, p < .001$ )	$= 5.094, p < .001$	

---

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Kognitivni konstrukt bolesti nakon 1,5–2 meseca ostvaruje značajan efekat kako na pozitivni afektivitet (*novina u odnosu na period neposredno nakon infarkta je da je model u celini značajan*), tako i u odnosu na negativni, pri čemu je efekat i dalje jači na negativni afektivitet. Dimenzija trajanja koja podrazumeva akutni/hronični tok ima značajan negativni efekat na pozitivni afektivitet, dok dimenzije koherentnosti ima negativni, a dimenzija psiholoških činilaca uzročnosti pozitivni efekat na negativni afektivitet (*ovi nalazi se takođe mogu smatrati stabilnim, jer su utvrđeni i u prvom trenutku merenja*).

Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti ima značajan pozitivni efekat na negativni afektivitet ( $\beta = .620, t = 6.375, p < .001$ ) što je utvrđeno i u prvom trenutku merenja, i samim tim *predstavlja stabilnu vezu*. Nisu utvrđeni efekti emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti na pozitivni afektivitet ni u drugom trenutku merenja, što se takođe može smatrati *stabilnim efektom*.

Kognitivni konstrukt bolesti *ne ostvaruje* značajan efekat ni na jedan aspekt pridržavanja tretmana u celini, ali se za pojedine dimenzije kognitivne reprezentacije postoji trend značajnosti u odnosu na aspekt zaboravljanja uzimanja lekova. Rezultati su dati u tabeli koja sledi

### Tabela 28

*Predviđanje pridržavanja tretmana na osnovu konstrukta bolesti*

Značajni prediktori	Sažetak modela	Kriterijum
Identitet ( $\beta = .280, t = 1.923, p = .060$ )	$R = .510; R^2 = .206, F(11, 54)$	Zaboravljanje
Trajanje akutno/hronično ( $\beta = -.275, t = -1.786, p = .080$ )	$= 1.793, p < .05$	
Lična kontrola ( $\beta = .305, t = 1.932, p = .059$ )		

---

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti i efekti značajni na nivou trenda (boldirani efekti).

Kada bi se u modelu zadržale samo ove dimenzije kognitivne reprezentacije bolesti, on bi bio značajan, a značajan parcijalni efekat na zaboravljanje u tom slučaju bi imale dimenzije lične kontrole ( $\beta = .284, t = 2.450, p < .05$ ) i percepcije trajanja kao akutnog/hroničnog ( $\beta = -.274, t = -2.321, p < .05$ ).

Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti ne ostvaruje značajan efekat ni na jedan aspekt pridržavanja tretmana.

### Tabela 29

*Predviđanje funkcionalnosti na osnovu konstrukta bolesti*

Značajni prediktori	Sažetak modela	Kriterijum
Trajanje ciklično ( $\beta = -.289, t = -1.906, p = .062$ )	$R = .529; R^2 = .292, F(11, 54) = 3.177, p < .05$	Jači stepen ometanja
Identitet ( $\beta = .324, t = 2.300, p < .05$ )	$R = .555; R^2 = .308, F(11, 54) = 2.180, p < .05$	Slabiji stepen ometanja
Lična kontrola ( $\beta = .304, t = 1.993, p = .051$ )		
Kontrola usled tretmana ( $\beta = -.405, t = -2.237, p < .05$ )		
Koherentnost ( $\beta = .278, t = 1.997, p = .053$ )		

*Napomena.* Prikazani su značajni efekti. Efekti značajni na nivou trenda su boldirani.

Kognitivni konstrukt bolesti ima efekat na oba aspekta funkcionisanja nakon bolesti, pri čemu je efekat nešto jači na slabiji stepen ometanja. Od pojedinačnih dimenzija, kao značajne se izdvajaju dimenzije identiteta sa pozitivnim i kontrola usled tretmana sa negativnim efektom na aspekte koji su u vezi sa slabijim ometanjem od bolesti. Lična kontrola i koherentnost imaju potencijalno značajne efekte za ove aspekte ometanja od bolesti (efekti značajni na nivou trenda). Percepcija cikličnog toka bolesti ostvaruje potencijalni efekat na jači stepen ometanja (efekat značajan na nivou trenda).

Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti ne ostvaruje značajne efekte ni na jedan aspekt ometanja od bolesti.

**Efekti kognitivnog prevladavanja na afektivitet, pridržavanje tretmana i funkcionisanje.**

**Tabela 30**

*Predviđanje afektiviteta na osnovu kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti*

Značajni prediktori	Sažetak modela	Kriterijum
Pozitivno reuokviravanje ( $\beta = .419, t = 2.761, p < .01$ ) Pozitivna reformulacija ( $\beta = .300, t = 1.913, p = .061$ )	$R = .664; R^2 = .441, F(9, 57) = 4.990, p < .001$	Pozitivni afektivitet
Samookrivljavanje ( $\beta = .216, t = 2.026, p < .05$ ) Ruminiranje ( $\beta = .484, t = 3.513, p < .01$ ) Planiranje ( $\beta = .273, t = 2.129, p < .05$ ) Pozitivna reformulacija ( $\beta = -.450, t = -3.270, p < .01$ ) Katastrofiziranje ( $\beta = .258, t = 1.876, p = .066$ )	$R = .754; R^2 = .568, F(9, 57) = 8.434, p < .001$	Negativni afektivitet

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti, Boldirani efekti su značajni na nivou trenda.

Kognitivno prevladavanje ostvaruje značajan efekat i na pozitivni i na negativni afektivitet i nakon 1,5–2 meseca od IM, pri čemu je i ovog puta efekat nešto jači u odnosu na negativni afektivitet i ovaj aspekt emocionalnosti se može opisati sa više dimenzija kognitivnog prevladavanja. Naime, značajni pozitivni efekat na negativni afektivitet ostvaruju samookrivljavanje, ruminiranje (*kao i u prvom trenutku merenja što ukazuje na stabilnost veze*), planiranje, a potencijalno se može govoriti i o pozitivnom efektu katastrofiziranja. Ovaj efekat se potvrđuje kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Tabela 1, Prilog 2), pa s obzirom na to da je već utvrđen u prvom trenutku merenja, može se govoriti i o *njegovoj stabilnosti*. O negativnom efektu pozitivnog reuokviravanja i prihvatanja na negativni afektivitet bi se moglo govoriti na većim uzorcima (Tabela 1, Prilog 2). Pozitivna reformulacija ima negativni efekat na negativni afektivitet, a potencijalno pozitivni na pozitivni (efekat značajan na nivou trenda), dok se pozitivno reuokviravanje i sada izdvaja kao značajni prediktor pozitivnog afektiviteta (*ovo je stabilna veza, jer je utvrđena i u prvom trenutku merenja*). Nije potvrđen efekat

pozitivne reformulacije u odnosu na pozitivni afektivitet kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, ali se zato izdvaja pozitivni efekat okrivljavanja drugih za pozitivni afektivitet, te ga treba razmatrati u budućim istraživanjima na većim uzorcima (Tabela 1, Prilog 2).

Kognitivno prevladavanje generalno ne ostvaruje efekat na pridržavanje tretmana nakon 1,5–2 meseca od IM, iako se pojedinačne dimenzije izdvajaju kao značajne u odnosu na određene aspekte pridržavanja tretmana. Utvrđen je pozitivni efekat ruminiranja na znanje o uzimanju lekova ( $\beta = .395, t = 2.096, p < .05$ ) i pozitivni efekat pozitivnog reuokviravanja na modifikaciju uzimanja lekova ( $\beta = .483, t = 2.605, p < .01$ ). U slučaju većih uzoraka bi svakako trebalo razmatrati značajne efekte koje kognitivno prevladavanje u celini ostvaruje na sve aspekte pridržavanja tretmana (Tabela 2, Prilog 2). Naime, pored pozitivnog efekta ruminiranja, na znanje o uzimanju lekova se na većim uzorcima može razmatrati i pozitivni efekat okrivljavanja drugih, ali i negativni efekat prihvatanja. Kada je reč o zaboravljanju uzimanja lekova, izdvajaju se značajni negativni efekti planiranja i ruminiranja i pozitivni efekti katastrofiziranja i okrivljavanja drugih. Za modifikaciju upotrebe lekova, pored pozitivnog efekta pozitivnog reuokviravanja, treba razmatrati i negativni efekat ruminiranja.

Kognitivno prevladavanje generalno ne ostvaruje ni značajan efekat na funkcionisanje osobe nakon 1,5–2 meseca od IM iako se izdvaja pojedinačni značajni pozitivni efekat samookrivljavanja i u odnosu na aspekte jačeg ometanja ( $\beta = .389, t = 2.697, p < .01$ ) i u odnosu na aspekte slabijeg ometanja ( $\beta = .336, t = 2.271, p < .05$ ). Međutim, kao i u slučaju odnosa sa aspektima pridržavanja tretmana, i ovde treba imati u vidu potencijalnu redukciju efekata usled nedovoljne statističke snage (zbog nedovoljnog broja ispitanika), te s tim u vezi, razmotriti značajne kako globalne, tako i efekte pojedinačnih aspekata kognitivnog prevladavanja i na aspekte jačeg i na aspekte slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 3, Prilog 2). S tim u vezi, pored samookrivljavanja, za aspekte jačeg ometanja značajan pozitivni efekat može imati planiranje, a pozitivno reuokviravanje negativni, dok se za aspekte slabijeg ometanja pored samookrivljavanja kao značajni izdvajaju negativni efekat ruminiranja i pozitivni efekat okrivljavanja drugih.

**Efekti afektiviteta na ponašanje i funkcionisanje.** Pozitivni i negativni afektivitet nemaju značajan efekat ni na jedan aspekt pridržavanja tretmana niti funkcionisanja u drugom trenutku ispitivanja, tj. 1,5–2 meseca od IM. I ovi efekti mogu biti rezultat nedovoljne statističke

snage, te treba razmotriti potencijalno pozitivni efekat pozitivnog afektiviteta na modifikaciju uzimanja lekova (Prilog 2, str. 287).

**Efekti pridržavanja tretmana na funkcionisanje.** Efektu modifikacije upotrebe lekova na aspekte jačeg ometanja od bolesti je značajan na nivou trenda ( $\beta = -.245$ ,  $t = -1.941$ ,  $p = .057$ ). S druge strane, aspekti pridržavanja tretmana ostvaruju efekat na aspekte slabijeg ometanja od bolesti, pri čemu se kao značajni izdvaja pozitivni efekat zaboravljanja. Rezultati su dati u tabeli koja sledi.

**Tabela 31**

*Predviđanje funkcionisanja na osnovu pridržavanja tretmana*

Značajni prediktori	Sažetak modela	Kriterijum
Zaboravljanje ( $\beta = .344$ , $t = 2.852$ , $p = .01$ ).	$R = .364$ ; $R^2 = .133$ , $F(3, 63) = 3.208$ , $p < .05$	Slabiji stepen ometanja

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Na većim uzorcima se potvrđuje efekat modifikacije upotrebe lekova na aspekte jačeg ometanja od bolesti (Prilog 2, str. 287).

***Sumiranje međusobnih efekata varijabli na transverzalnom nivou u drugom trenutku merenja***

Rezultati koji se tiču međusobnih odnosa konstrukta bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta 1,5–2 meseca nakon IM su *u globalu* slični kao i neposredno nakon IM, što ukazuje na stabilnost utvrđenih relacija na opštem nivou. Različiti obrasci međusobnih odnosa pojedinačnih varijabli govore u prilog dinamičnosti postojećih veza. Repräsentacija bolesti i sada ostvaruje značajan efekat na kognitivno prevladavanje, pri čemu je ponovo efekat kognitivne reprezentacije jači u odnosu na emocionalnu, mada se emocionalnom reprezentacijom bolesti u ovom trenutku merenja objašnjavaju još dve dodatne strategije kognitivnog prevladavanja. Katastrofiziranje je aspekt kognitivnog prevladavanja koji se najbolje može predvideti na osnovu kognitivnog konstrukta bolesti i u ovom trenutku, a ruminiranje na osnovu emocionalnog. Emocionalno stanje pacijenata se može predvideti i na osnovu konstrukta bolesti i na osnovu pokrenutog kognitivnog prevladavanja, pri čemu je ponovo efekat prevladavanja izraženiji u odnosu na efekat reprezentacije bolesti. Međutim, treba napomenuti da konstrukt bolesti, tj.

njegova dimenzija koja se odnosi na akutno/hronično trajanje sada ostvaruje efekat i na pozitivni afektivitet, što nije bio slučaj neposredno nakon IM.

Kada je reč o ostalim efektima koji su ispitivani u ovom trenutku merenja, nalazi pokazuju da se pojedini aspekti pridržavanja tretmana 1,5–2 meseca od IM, ali i oba ispitivana aspekta funkcionisanja nakon bolesti, *mogu predvideti na osnovu aktuelne reprezentacije bolesti*. S druge strane, aktuelno kognitivno prevladavanje nema značajan ukupni efekat ni na pridržavanje tretmana ni na funkcionisanje iako se pojedinačne kognitivne strategije emocionalne regulacije izdvajaju kao značajne u odnosu na neke aspekte pridržavanja tretmana i funkcionalnost. Ovo može biti rezultat nedovoljne statističke snage, jer se efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu na pridržavanje tretmana i funkcionalnost izdvajaju kada se imputiraju nedostajuće vrednosti na nivou ispitanika (videti Tabele 2 i 3 u Prilogu 2). Emocionalni doživljaj nije prediktivan ni za pridržavanje tretmana, ni za funkcionisanje, dok se pridržavanje tretmana, tj. njegovi pojedini aspekti izdvajaju značajnim za aspekte slabijeg ometanja od bolesti. Rezultate o odnosu afektiviteta, pridržavanja tretmana i funkcionisanja treba shvatiti uslovno, jer nalazi na dopunjenim podacima pokazuju da se može razmatrati efekat pozitivnog afektiviteta na pridržavanje tretmana (modifikaciju uzimanja lekova), a da se funkcionisanje nakon bolesti može objasniti sa više aspekata pridržavanja tretmana nego što je to ovde utvrđeno.

### ***Treći trenutak merenja***

**Efekti afektiviteta na ponašanje i funkcionisanje.** Pozitivni i negativni afektivitet nemaju značajan efekat ni na jedan aspekt pridržavanja tretmana niti funkcionisanja ni u trećem trenutku ispitivanja, tj. 3–4 meseca od IM. Kako ovi efekti nisu utvrđeni ni u drugom trenutku merenja, može se govoriti o njihovoj stabilnosti. Efekti se ne utvrđuju ni prilikom zamene nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Prilog 2, str. 288).

**Efekti ponašanja na funkcionisanje.** Pridržavanje tretmana generalno ne ostvaruje efekat na funkcionisanje nakon 3–4 meseca od IM, ali se može govoriti o pozitivnom efektu znanja o uzimanju lekova na aspekte jačeg ometanja od bolesti ( $\beta = .288, t = 2.017, p = .05$ ). Na dopunjenim nedostajućim vrednostima na nivou ispitanika se, pored ovog, izdvajaju i efekti svih aspekata pridržavanja tretmana za aspekte slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 4, Prilog 2).

### ***Sumiranje međusobnih efekata varijabli na transverzalnom nivou u trećem trenutku merenja***

Pridržavanje tretmana i funkcionisanje pacijenata nakon 3–4 meseca od IM se *ne može predvideti na osnovu aktuelnog emocionalnog doživljaja pacijenta*. Ovaj nalaz se može smatrati *stabilnim*, jer se ni u drugom trenutku merenja ovi efekti nisu izdvojili. Na većim uzorcima bi se moglo govoriti o pozitivnom efektu pozitivnog afektiviteta na modifikaciju uzimanja lekova, mada se ovaj nalaz ne pokazuje stabilnim, jer je utvrđen samo u drugom trenutku merenja. Rezultati pokazuju da pridržavanje tretmana ima efekat na funkcionisanje pacijenta nakon IM. Na većim uzorcima se mogu razmatrati stabilni efekti zaboravljanja uzimanja lekova na aspekte slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 4, Prilog 2).

### **Ispitivanje pretpostavljenih medijacionih efekata**

#### ***Prvi trenutak merenja***

**Medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između reprezentacije bolesti i afektiviteta.** Za proveru medijacionih efekata korišćen je postupak za proveru multiplih medijacija u okviru dodatka Proces Macro za SPSS, pri čemu su ispitivani efekti pojedinačnih prediktora (dimenzije reprezentacije bolesti) i multiplih medijatora (kognitivne strategije prevladavanja) u odnosu na zadati kriterijum (pozitivni i negativni afektivitet). Iako se provera medijacionih odnosa modelovanjem strukturnih jednačina čini adekvatnijim postupkom, njegova primena bi bila neizvodljiva zbog kompleksnosti modela usled velikog broja opserviranih varijabli u domenu reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja. Zato je izabran ovaj, više eksplorativni postupak. Utvrđivani pojedinačni medijacioni efekti su nakon toga sumirani u okviru parsimoničnog integrativnog modela, a njihovo uklapanje u podatke je provereno modelovanjem strukturnih jednačina. Sledi najpre tabelarni, a potom i šematski prikaz utvrđenih značajnih medijacionih efekata kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između reprezentacije bolesti i afektiviteta.



**Tabela 32**

*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog afektiviteta u prvom trenutku merenja*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Posledice	→ Pozitivno reuokviravanje	→ Pozitivni afektivitet	$\beta = -.023, t = -248, p = .084$	$\beta = .069, t = .761, p = .448$	$\beta = -.054$ 95% CI [-.127,-001]
Uzročnost psihološki činioci	→ Pozitivno reuokviravanje	→ Pozitivni afektivitet	$\beta = -.201, t = -218, p = .031$	$\beta = .164, t = -1.688, p = .094$	$\beta = -.056$ 95% CI [-.158,-001]

*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti.

Pozitivno reuokviravanje ostvaruje medijacioni efekat u odnosu između dimenzije reprezentacije bolesti posledice i pozitivnog afektiviteta, kao i između psiholoških činioca uzročnosti i pozitivnog afektiviteta. Obe dimenzije reprezentacije bolesti ne ostvaruju direktni efekat na pozitivni afektivitet, te se može govoriti o potpunom medijacionom efektu pozitivnog reuokviravanja. Međutim, intervali poverenja ukazuju da utvrđeni medijacioni efekti mogu biti prilično blizu nule.

**Tabela 33**

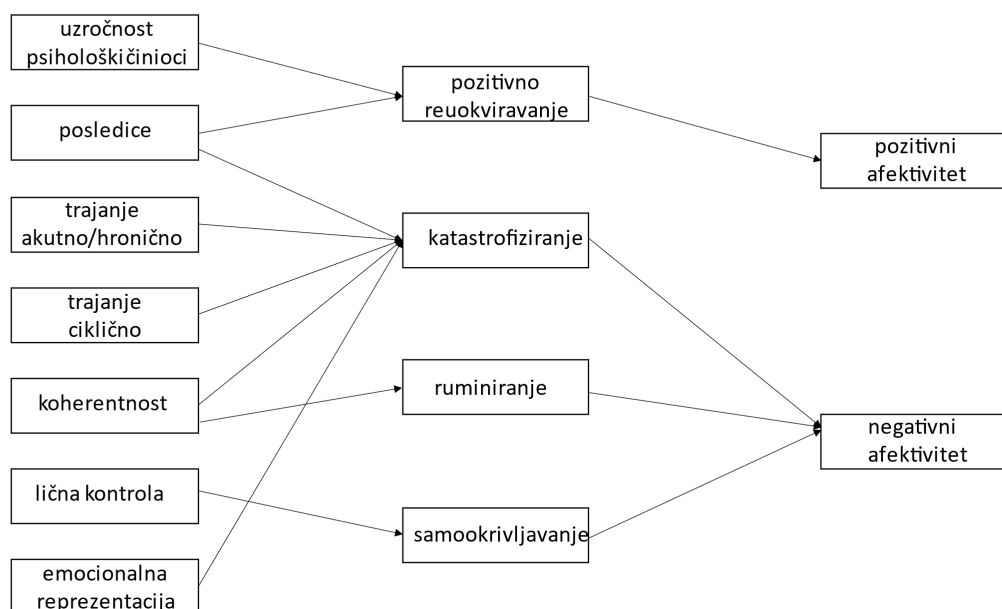
*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta u prvom trenutku merenja*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Trajanje akutno/hronično	→ Katastrofiziranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = .098, t = 1.044, p = .297$	$\beta = .185, t = 2.219, p = .028$	$\beta = -.068$ 95% CI [-.169,-003]
Trajanje ciklično	→ Katastrofiziranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = .136, t = 1.455, p = .148$	$\beta = -.005, t = -.057, p = .955$	$\beta = .086$ 95% CI [.021,.175]
Posledice	→ Katastrofiziranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = .237, t = 2.589, p = .01$	$\beta = .086, t = 1.005, p = .317$	$\beta = .058$ 95% CI [.001,.146]
Koherentnost	→ Katastrofiziranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = -.226, t = -2.454, p = .015$	$\beta = -.006, t = -.071, p = .944$	$\beta = -.120$ 95% CI [-.254,-027]

Emocionalna reprezentacija	→	Katastrofiziranje	→	Negativni afektivitet	$\beta = .442, t = 5.212, p < .001$	$\beta = .234, t = 2.616, p < .01$	$\beta = .086$ 95% CI [.015, .176]
Lična kontrola	→	Samookrivljavanje	→	Negativni afektivitet	$\beta = .034, t = .365, p = .716$	$\beta = -.072, t = -.850, p = .397$	$\beta = .092$ 95% CI [.024, .182]
Koherentnost	→	Ruminiranje	→	Negativni afektivitet	$\beta = .136, t = 1.455, p = .148$	$\beta = -.004, t = -.056, p = .955$	$\beta = -.086$ 95% CI [.021, .175]

*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti.

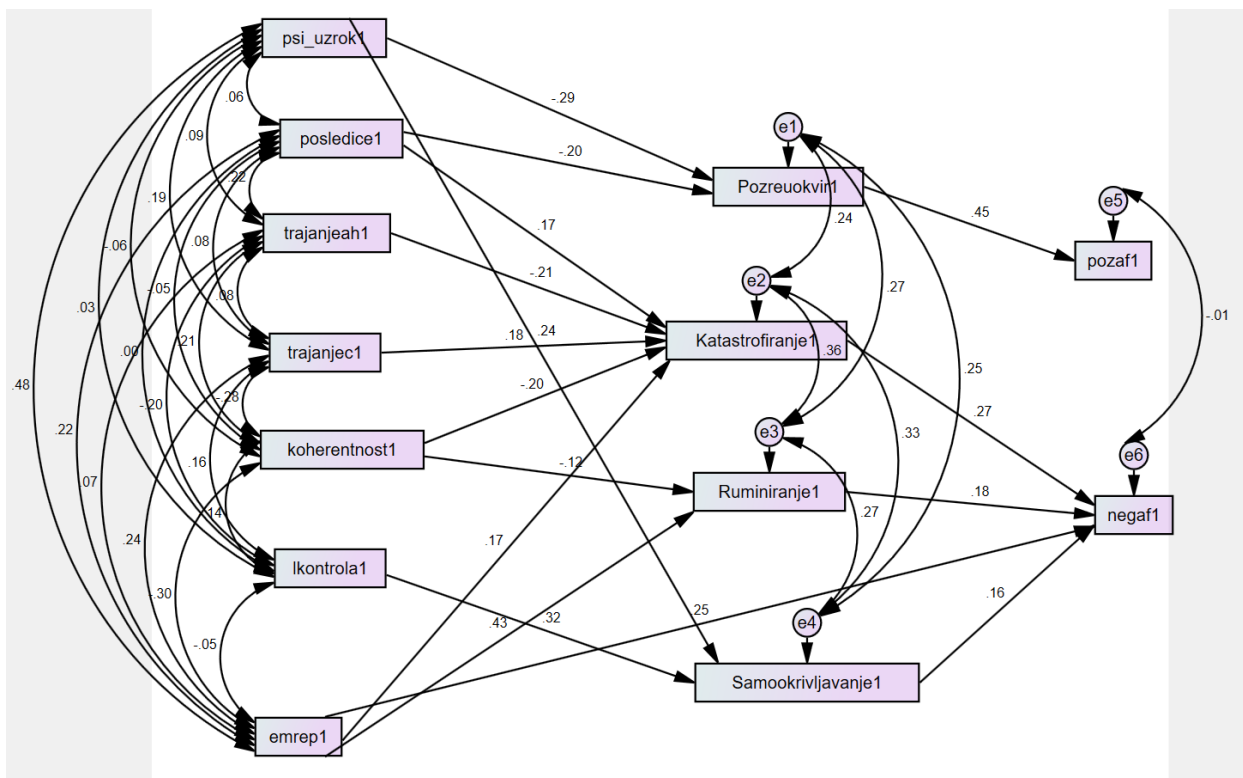
Rezultati pokazuju da postoji veći broj medijacionih efekata kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između konstrukta bolesti i negativnog afektiviteta, nego što je to u slučaju u odnosu reprezentacije bolesti i pozitivnog afektiviteta. Katastrofiziranje se izdvaja kao značajni medijator u odnosu između obe dimenzije trajanja bolesti i negativnog afektiviteta, posledica i negativnog afektiviteta (interval poverenja ovog efekta ukazuje da on može biti blizu nule), koherentnosti i negativnog afektiviteta, kao i u odnosu emocionalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta. Dimenzije koje se odnose na percepciju akutnog/hroničnog trajanja i emocionalna reprezentacija bolesti imaju i značajan direktan efekat na negativni afektivitet, dakle, katastrofiziranje predstavlja delimičan medijator ovih odnosa, dok je u svim ostalim odnosima medijacija potpuna. Samookrivljavanje se izdvaja kao medijator odnosa lične kontrole i negativnog afektiviteta, a ruminiranje kao medijator odnosa koherentnosti i negativnog afektiviteta. Radi preglednosti, utvrđeni rezultati medijacione analize su sumirani šematski.



**Slika 5.** Šematski prikaz utvrđenih medijacionih efekata kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta u prvom trenutku merenja

Imajući u vidu da razmatranje utvrđenih medijacionih efekata daje jasniju sliku ako se svi odnosi sagledaju zajedno, ove relacije su ispitane u okviru integrativnog modela modelovanjem strukturnih jednačina. Rezultati su najpre ukazali na ne baš zadovoljavajuće indekse fita, ali uz nekoliko respecifikacija<sup>4</sup> koje su podrazumevale uključivanje *direktnih efekata između emocionalne reprezentacije i ruminiranja, emocionalne reprezentacije i negativnog afektiviteta i psihičkih činioca uzročnost i samookrivljanja*, dobijaju se zadovoljavajući indeksi fita, tj. uklapanja podataka u model  $FIML\chi^2(35) = 41.081$ , CFI = .974, TLI = .930, RMSEA = .041, 90% CI [.000, .080]. Sledi grafički prikaz respecifikovanog modela i standardizovanih regresionih koeficijenata.

<sup>4</sup> Sa istom metodom estimacije indeksi modifikacije za sve modele u radu su računati u Lavanu zbog komputacionih teškoća koje u ovoj analizi poseduje AMOS. Vrednosti parametra su iste.



**Slika 6.** Respecifikovani integrativni model odnosa dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u prvom trenutku merenja

*Napomena.* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Vrednosti regresionih koeficijenata ispod .12 nisu značajni.

*Legenda:* psi\_uzrok = uzročnost – psihološki činioci; trajanjeah = trajanje akutno/hronično; trajanjec = trajanje ciklično; lkontrola = lična kontrola; emrep = emocionalna reprezentacija; pozreukvir = pozitivno reukviravanje; pozaf = pozitivni afektivitet; negaf = negativni afektivitet. Broj 1 pored imena varijabli označava prvi trenutak merenja (T1).

### Drugi trenutak merenja

**Medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između reprezentacije bolesti i afektiviteta u drugom trenutku merenja.**

**Tabela 34**

*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog afektiviteta u drugom trenutku merenja*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Kontrola usled tretmana	Pozitivno reukviravanje	Pozitivni afektivitet	$\beta = .302, t = 2.552, p = .013$	$\beta = .065, t = .587, p = .559$	$\beta = .121$ 95% CI [.002, .267]

*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti.

Pozitivno reuokviravanje ima značajan medijacioni efekat u odnosu između percepcije kontrole usled tretmana i pozitivnog afektiviteta, međutim, interval poverenja ukazuje da ovaj efekat može biti blizu nule. Nije utvrđen direktni efekat kontrole usled tretmana na pozitivni afektivitet. Na većim uzorcima treba razmatrati i medijacioni efekat pozitivnog reuokviravanja u odnosu između percipirane lične kontrole i pozitivnog afektiviteta na šta ukazuju nalazi nakon imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Tabela 5 u Prilogu 2).

**Tabela 35**

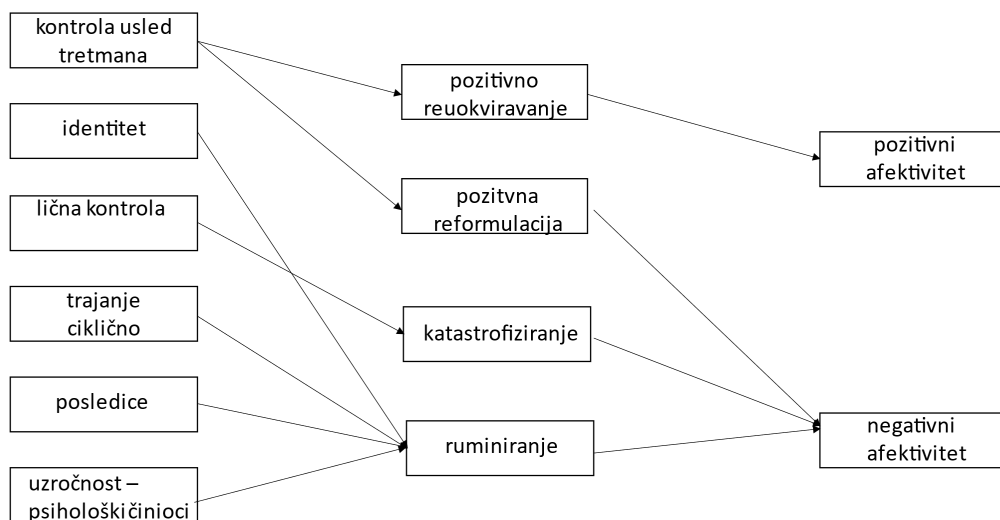
*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta u drugom trenutku merenja*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
<b>Identitet</b>	→ <b>Ruminiranje</b>	→ <b>Negativni afektivitet</b>	$\beta = .112, t = 3.077, p = .003$	$\beta = .017, t = .548, p = .586$	$\beta = .062$ 95% CI [.009, .114]
Trajanje ciklično	→ Ruminiranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = .401, t = 3.530, p = .000$	$\beta = .196, t = 1.942, p = .057$	$\beta = .153$ 95% CI [.021, .322]
Posledice	→ Ruminiranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = .339, t = 2.910, p = .005$	$\beta = -.074, t = -.695, p = .488$	$\beta = .208$ 95% CI [.051, .383]
Uzročnost psihološki činioci	→ Ruminiranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = .506, t = 4.729, p < .001$	$\beta = .223, t = 2.174, p = .034$	$\beta = .134$ 95% CI [.012, .289]
Lična kontrola	→ Katastrofiziranje	→ Negativni afektivitet	$\beta = -.043, t = -.313, p = .755$	$\beta = -.123, t = -1.185, p = .241$	$\beta = .076$ 95% CI [.002, .197]
<b>Kontrola usled tretmana</b>	→ <b>Pozitivna reformulacija</b>	→ <b>Negativni afektivitet</b>	$\beta = -.223, t = -1.842, p = .070$	$\beta = -.187, t = -2.000, p = .051$	$\beta = -.162$ 95% CI [-.340, -.012]

*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti. Boldirani efekti nisu utvrđeni prilikom imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika.

Rezultati ukazuju na značajne medijacione efekte ruminiranja u odnosu između dimenzija identiteta, percepcije cikličnog trajanja bolesti, posledica i atribucije uzročnosti u odnosu na

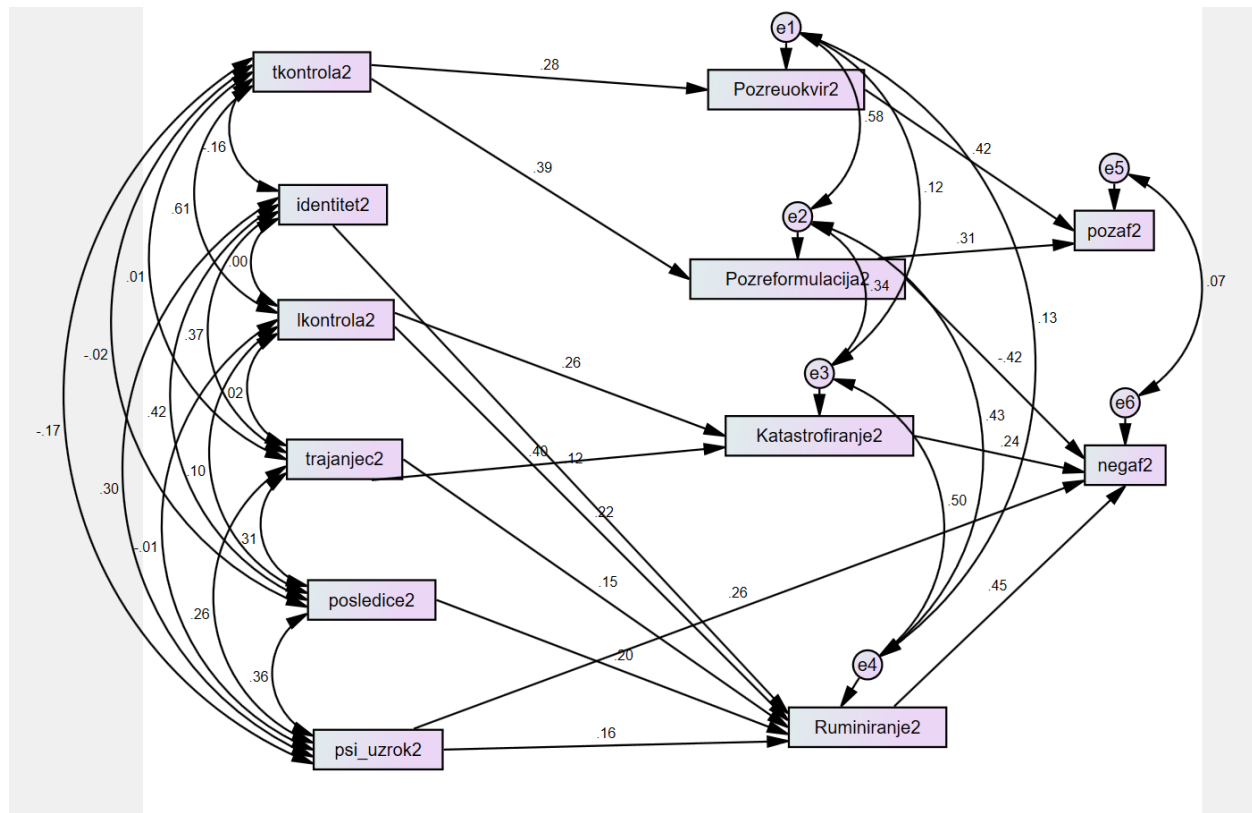
psihološke činioce i negativnog afektiviteta. Pri tom, značajan direktan efekat prema negativnom afektivitetu ima jedino dimenzija psiholoških činioca uzročnosti, dok je u svim ostalim odnosima utvrđen potpuni medijacioni efekat preko ruminiranja. Percepcija lične kontrole ima indirektni efekat na negativni afektivitet preko katastrofiziranja, međutim, interval poverenja pokazuje da ovaj indirektni efekat može biti i blizu nule. Percepcija kontrole usled tretmana preko pozitivne reformulacije ostvaruje efekat na negativnu afektivnost. Neke od ovih nalaza ipak treba razmatrati sa rezervom, jer se nisu replicirali prilikom imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, te se postavlja pitanje da li bi se ovi medijacioni efekti izdvojili na većem uzorku. S druge strane, na većim uzorcima bi se mogli razmatrati efekti emocionalne reprezentacije bolesti i bihevioralnih činilaca uzročnosti na negativni afektivitet preko ruminiranja, te efekti posledica na negativni afektivitet preko samookrivljavanja i katastrofiziranja (Tabela 6, Prilog 2). Radi preglednosti, utvrđeni rezultati medijacione analize su sumirani šematski.



**Slika 7.** Šematski prikaz utvrđenih medijacionih efekata kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta u drugom trenutku merenja

Testiran je integrativni model utvrđenih medijacija sa idejom sagledavanja slike u celini nasuprot izolovanim efektima. Kao i u prvom trenutku, rezultati su pokazali da je potrebno učiniti

nekoliko respecifikacija odnosa u modelu da bi se dobili odgovarajući indeksi uklapanja. Dodati su *direktni efekti percepcije cikličnog trajanja na katastrofiziranje, pozitivne reformulacije na pozitivni afektivitet i psihičkih činilaca uzročnosti na negativni afektivitet*. Ovakav model ima zadovoljavajuće indekse uklapanja:  $FIML\chi^2(29) = 38.900$ ,  $CFI = .961$ ,  $TLI = .895$ ,  $RMSEA = .052$ , 90% CI [.000, .091], ali ukazuje na nešto drugačije odnose u odnosu na one koji su utvrđeni sumiranjem medijacionih efekata, ali i one koji su dobijeni proverom međusobnih direktnih efekata. Sledi grafički prikaz respecifikovanog modela i standardizovanih regresionih koeficijenata.



**Slika 8.** Respecifikovani integrativni model odnosa dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u drugom trenutku merenja

*Napomena.* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Koeficijenti čije su vrednosti manje od .17 nisu značajni.

*Legenda:* tkontrola = kontrola usled tretmana; lkontrola = lična kontrola; trajanjec = trajanje ciklično; psiuzrok = uzročnost – psihološki činilaci; pozreuoqvir = pozitivno reuoqviravanje; pozreformulacija = pozitivna reformulacija; pozaf = pozitivni afektivitet; negaf = negativni afektivitet. Broj 2 pored imena varijabli označava drugi trenutak merenja (T2).

**Medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije i afektiviteta u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja.** Nisu utvrđeni ni serijski ni paralelni medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije i afektiviteta u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja. Naime, *ne može se govoriti o serijskom medijacionom nizu kognitivnog i emocionalnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana*, niti se ovi aspekti prevladavanja mogu smatrati paralelnim medijatorima u pomenutom odnosu. Promene nisu zabeležene ni nakon imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Na većim uzorcima bi se moglo govoriti *o medijacionim efektima kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i svih aspekata pridržavanja tretmana* (Tabela 7, Prilog 2). Ruminiranje se pri tom izdvaja kao značajni medijator u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i znanja o uzimanju lekova, okrivljavanje drugih u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i zaboravljanja uzimanja lekova, pozitivno reuokviravanje u odnosu između konstrukta bolesti i modifikacije uzimanja lekova. S druge strane, utvrđeni su *značajni direktni parcijalni efekti* pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta na pojedinačne aspekte pridržavanja tretmana. Rezultati su dati u tabeli u nastavku.

**Tabela 36**

*Sumirani direktni efekti reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta na pridržavanje tretmana*

<b>Reprezentacija bolesti</b>	<b>Značajni prediktori</b>		<b>Kriterijum</b>
	<b>Kognitivno prevladavanje</b>	<b>Afektivitet</b>	<b>Pridržavanje tretmana</b>
Koherentnost – (trend)	Ruminiranje + Prihvatanje – trend Okrivljavanje drugih + trend Perspektiva -	Negativni afektivitet – trend – samo u odnosu sa koherentnošću	Znanje
Trajanje akutno/hronično (trend) Lična kontrola + Kontrola tretmana +	Ruminiranje – Okrivljavanje drugih + trend	Pozitivni afektivitet – trend	Zaboravljanje



Trajanje akutno/hronično (trend)	Pozitivno – reuokviravanje +	/	Modifikacija
Koherentnost (trend)	–		

*Legenda:* + = pozitivan efekat; - = negativan efekat; + trend = pozitivni efekat značajan na nivou trenda; - trend = negativni efekat značajan na nivou trenda.

Jedini *dosledno pozitivni direktni efekat na aspekt pridržavanja tretmana koji se odnosi na znanje o uzimanju lekova ostvaruje ruminiranje* kao strategija kognitivnog prevladavanja. Pozitivni efekat okrivljavanja drugih i negativni efekat prihvatanja i smeštanja stvari u perspektivu su značajni na nivou trenda. Efekti prihvatanja i okrivljavanja drugih se izdvajaju kao značajni kada se nedostajuće vrednosti na nivou ispitanika dopune (Tabela 9, Prilog 2), dok je efekat smeštanja stvari u perspektivu značajan samo u pojedinim modelima. Što se tiče afektiviteta, može se razmatrati negativni efekat negativnog emocionalnog doživljaja, ali samo u odnosu na dimenziju reprezentacije bolesti koja se odnosi na koherentnost i koja takođe može imati negativni efekat. Ovaj rezultat se potvrđuje kada se zamenom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika poveća statistička snaga (Tabela 9, Prilog 2). Što se tiče aspekta koji se odnosi na zaboravljanje uzimanja lekova, ruminiranje *takođe ima dosledni efekat, ali u ovom slučaju negativni*, a pozitivni efekat okrivljavanja drugih je značajan na nivou trenda i potvrđuje se kada se dopune nedostajuće vrednosti na nivou ispitanika (Tabela 9, Prilog 2). Dopuna nedostajućih vrednosti pored toga sugeriše i na značajan direktni pozitivni efekat katastrofiziranja i negativni efekat planiranja, ali samo u odnosu sa pojedinim dimenzijama reprezentacije bolesti. Negativni efekat pozitivnog afektiviteta na zaboravljanje se izdvaja u odnosu na pojedine dimenzije reprezentacije bolesti i ovo se potvrđuje imputacijom nedostajućih vrednosti, a što se samog konstrukta bolesti tiče, značajne pozitivne efekte imaju obe dimenzije percepcije kontrole, dok je negativni efekat percepcije hroničnog trajanja značajan na nivou trenda i potvrđuje se imputacijom nedostajućih podataka (Tabela 9, Prilog 2). Za modifikaciju uzimanja lekova se *dosledno značajno pokazuje pozitivno reuokviranje u pozitivnom smislu*, a od dimenzija reprezentacije bolesti postoje negativni efekti na nivou trenda u odnosu na percepciju hroničnog trajanja i koherentnosti. Ovi efekti dimenzija reprezentacije bolesti prema modifikaciji uzimanja lekova se potvrđuju kada se imputiraju nedostajuće vrednosti, i dodatno se ukazuje i na negativni efekat ruminiranja prema modifikaciji (Tabela 9, Prilog 2). Afektivitet nema značajne direktne efekte na modifikaciju uzimanja lekova,

niti se ovi efekti izdvajaju prilikom imputacije nedostajućih vrednosti. Treba napomenuti da nijedan od modela u celini ne objašnjava značaj procenat varijanse pojedinačnih aspekata pridržavanja tretmana, već da su pobrojani samo parcijalni značajni direktni efekti. Ovo se takođe menja sa povećanjem statističke snage, pri čemu većina modela objašnjava značajan udeo varijanse aspekata pridržavanja tretmana.

**Medijacioni efekti kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionalnosti u drugom trenutku merenja.** Nije utvrđen ni serijski ni paralelni medijacioni efekat kognitivnih strategija emocionalne regulacije, afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionisanja pacijenata u drugom trenutku merenja. Naime, *ne može se govoriti o serijskom medijacionom nizu kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog kopinga u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionisanja nakon bolesti, niti se ovi aspekti prevladavanja mogu smatrati paralelnim medijatorima u pomenutom odnosu.* Ovo se potvrđuje i prilikom povećanja statističke snage imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Međutim, na većim uzorcima se može se govoriti o *indirektnim efektima kognitivnog prevladavanja u odnosu između pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionalnosti nakon IM* (Tabela 8, Prilog 2). Kao i u odnosu na pridržavanje tretmana, i sada su utvrđeni *parcijalni značajni direktni efekti* određenih dimenzija reprezentacija bolesti, kognitivnog prevladavanja, i ovog puta, i pridržavanja tretmana na pojedinačne aspekte funkcionisanja. Nisu utvrđeni značajni direktni efekti afektiviteta u odnosu na aspekte funkcionisanja. Rezultati su dati u nastavku.

**Tabela 37**

*Sumirani direktni efekti konstrukta bolesti, kognitivnog prevladavanja, afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu na funkcionalnost*

Reprezentacija bolesti	Značajni prediktori			Kriterijum
	Kognitivno prevladavanje	Afektivitet	Pridržavanje tretmana	Funkcionisanje
Trajanje ciklično – (trend) Lična kontrola – Kontrola usled tretmana -	Samookrivljanje +	/	Modifikacija – (trend) samo u odnosu sa dimenzijama kontrole	Jači stepen ometanja

Identitet + Kontrola usled tretmana - (trend) Koherentnost +	Samookrivljavanje + Planiranje + (u pojednim modelima)	Zaboravljanje +	Slabiji stepen ometanja
---	--	-----------------	----------------------------

*Legenda:* + = pozitivan efekat; - = negativan efekat; + trend = pozitívni efekat značajan na nivou trenda; - trend = negativni efekat značajan na nivou trenda.

Situacija je nešto drugačija kada je reč o modelima koji nastoje da objasne funkcionisanje pacijenata nakon 1,5–2 meseca od IM u odnosu na modele koji nastoje da objasne aspekte pridržavanja tretmana. Dok se pridržavanje tretmana ne može u celini objasniti pretpostavljenim modelima koje čine dimenzije reprezentacije bolesti, kognitivni i emocionalni aspekti prevladavanja, neki modeli sastavljeni od pojedinačnih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog i ponašajnog aspekta prevladavanja su značajni na nivou trenda u odnosu na aspekte jačeg ometanja od bolesti, a neki se pokazuju značajnim u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti. Ovi nalazi se potvrđuju kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Ti podaci govore da ovako sastavljeni modeli imaju značajan udeo u ukupnoj varijansi i aspekata koji podrazumevaju jače i onih koji podrazumevaju slabije ometanje od bolesti. Kada je reč o parcijalnim, direktnim doprinosima aspektima jačeg ometanja od bolesti, kognitivno prevladavanje koje se odnosi na samookrivljavanje ostvaruje dosledni pozitívni efekat, a na većim uzorcima treba razmatrati i efekte planiranja i katastrofiziranja (Tabela 10, Prilog 2). Može se govoriti i o negativnim efektima dimenzija kontrole, kako lične, tako i usled tretmana na ove aspekte ometanja, te o potencijalnom negativnom efektu percepcije cikličnog trajanja (efekat značajan na nivou trenda i potvrđuje se prilikom imputacije nedostajućih vrednosti; Tabela 10, Prilog 2). Dok afektivitet nema značajne efekte, negativni efekat modifikacije uzimanja lekova je značajan na nivou trenda, ali samo u odnosu na dimenziju reprezentacije bolesti koja podrazumeva ličnu kontrolu. Ovaj parcijalni efekat modifikacije se potvrđuje kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti (Tabela 10, Prilog 2). Što se aspekata slabijeg ometanja tiče, samookrivljavanje i ovde ostvaruje dosledno pozitívni efekat, a to je slučaj i sa zaboravljanjem uzimanja lekova. Pozitívni efekat planiranja je značajan u pojedinim modelima što se potvrđuje imputacijom nedostajućih vrednosti (Tabela 10, Prilog 2). Na većim uzorcima se kao značajni izdvajaju i efekti okrivljavanja drugih i smeštanja stvari u perspektivu, ali takođe samo u pojedinim

modelima. Kada je reč o konstrukt bolesti, pozitivni efekat imaju dimenzije identiteta i koherentnosti, a negativni efekat percepcije kontrole usled tretmana je značajan na nivou trenda pri čemu su modeli sastavljeni od ovih dimenzija konstrukta bolesti bili značajni u celini. Negativni efekat percepcije kontrole usled tretmana se potvrđuje sa imputacijom nedostajućih vrednosti i dodatno se izdvaja efekat emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti (Tabela 10, Prilog 2).

**Medijacioni efekti ponašajnog prevladavanja u odnosu između afektiviteta i funkcionalnosti u drugom trenutku merenja.** Pridržavanje tretmana se ne može smatrati medijatorom u odnosu između emocionalnog doživljaja i funkcionisanja osoba 1,5–2 meseca od IM. Ovaj nalaz se potvrđuje i kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Utvrđeni su parcijalni direktni efekti aspekata pridržavanja tretmana na funkcionisanje, dok afektivitet ne ostvaruje značajne parcijalne direktne efekte ni na jedan aspekt funkcionisanja.

**Tabela 38**

*Sumirani direktni efekti afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu na funkcionalnost*

	<b>Značajni prediktori</b>	<b>Kriterijum</b>
<b>Afektivitet</b>	<b>Pridržavanje tretmana</b>	<b>Funkcionisanje</b>
/	<b>Modifikacija - Zaboravljanje +</b>	Jači stepen ometanja
/	Zaboravljanje +	Slabiji stepen ometanja

*Legenda:* + = pozitivan efekat; - = negativan efekat. Boldirani efekti se nisu izdvojili prilikom imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Prilog 2, str. 298).

Modifikacija ostvaruje značajan direktni negativni efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti, a zaboravljanje direktni pozitivan efekat i na aspekte jačeg i na aspekte slabijeg ometanja od bolesti. Međutim, kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Prilog 2 str. 298) izdvaja se samo značajni pozitivan efekat zaboravljanja i to u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti.

### ***Treći trenutak merenja***

**Medijacioni efekti ponašajnog prevladavanja u odnosu između afektiviteta i funkcionalnosti u trećem trenutku merenja.** Pridržavanje tretmana se ne može smatrati medijatorom u odnosu između emocionalnog doživljaja 3–4 meseca od IM i funkcionisanja ispitanika. Rezultati se ne menjaju ni prilikom povećanja statističke snage imputacijom

nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Prilog, 2 str. 298). Nalaz ukazuje na stabilnost utvrđenih relacija jer je već utvrđen i u drugom trenutku merenja. Utvrđen je direktni parcijalni pozitivni efekat zaboravljanja na aspekte slabijeg ometanja od bolesti. Na većim uzorcima bi mogli da govorimo o značajnim parcijalnim direktnim efektima svih aspekata pridržavanja tretmana u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 11, Prilog 2). Stabilnost nalaza je upitna s obzirom na to da se različiti direktni efekti u odnosu na aspekte jačeg i slabijeg ometanja od bolesti izdvajaju u drugom i trećem trenutku merenja.

**Tabela 39**

*Sumirani direktni efekti afektiviteta i ponašanja u odnosu na funkcionalnost*

	<b>Značajni prediktori</b>	<b>Kriterijum</b>
<b>Afektivitet</b>	<b>Pridržavanje tretmana</b>	<b>Funkcionisanje</b>
/	Znanje+	Jači stepen ometanja

*Legenda:* + = pozitivan efekat; - = negativan efekat

***Sumiranje rezultata koji se odnose na ispitivanje pretpostavljenih medijacionih odnosa***

Utvrđeni rezultati ukazuju da se može govoriti o medijacionom efektu kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta i da je ovaj indirektni efekat kognitivnog prevladavanja generalno stabilan. Naime, utvrđeno je da pojedine dimenzije reprezentacije bolesti ostvaruju efekat na pozitivni i negativni afektivitet *kako direktno, tako i indirektno* preko pojedinih aspekata kognitivnog prevladavanja, pri čemu je veći broj medijacionih efekata u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nego u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog afektiviteta. Ovo je u skladu sa rezultatima regresione analize gde je utvrđeno da generalno manji broj dimenzija reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja opisuje pozitivni, a veći broj negativni afektivitet.

Pretpostavljeni serijski medijacioni niz kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog aspekta prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacija bolesti i funkcionalnosti pacijenata nakon bolesti (Slika 3) nije utvrđen na transverzalnom nivou (drugi trenutak merenja). Naime, ne može se govoriti o kognitivnom i emocionalnom prevladavanju kao serijskim medijatorima u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, niti o kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom prevladavanju kao o serijskim medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionisanja osoba nakon IM. Takođe, ove varijable se ne mogu smatrati

ni paralelnim medijatorima u pomenutim odnosima. Ipak, može se govoriti o direktnim parcijalnim efektima dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u odnosu na pojedine aspekte pridržavanja tretmana u ovim modelima, kao i o direktnim parcijalnim efektima dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i aspekata pridržavanja tretmana na funkcionisanje nakon bolesti. Direktni parcijalni efekti afektiviteta u odnosu na funkcionisanje nakon IM se ne izdvajaju kao značajni u ispitivanim modelima. Alternativni integrativni modeli odnosa ukazuju da kognitivno prevladavanje može biti značajan indirektni mehanizam u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, kao i u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionalnosti nakon IM, ali na većim uzorcima. Pridržavanje tretmana se ne može razmatrati kao medijator odnosa između afektiviteta i funkcionisanja osoba nakon IM i ovaj nalaz se može smatrati stabilnim. Dakle, afektivitet nema ni značajan direktni ni značajan indirektni efekat preko pridržavanja tretmana na funkcionisanje nakon IM. S druge strane, pojedini aspekti pridržavanja tretmana imaju značajan direktni efekat na funkcionisanje nakon IM, ali su nalazi upitni sa aspekta stabilnosti.

## Promene u izraženosti varijabli u dva, odnosno u tri trenutka merenja

**Tabela 40**

*Promene u izraženosti kognitivnih i emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja*

<b>Reprezentacija bolesti</b>	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>F(df), p</i>	$\eta^2$
Identitet	4.34	3.89	$F(1, 65) = 1.678, p > .05$	/
Trajanje akutno/hronično	3.14	3.23	$F(1, 66) = .572, p > .05$	/
<b>Trajanje ciklično</b>	<b>3.10</b>	<b>2.68</b>	<b><math>F(1, 66) = 15.711, p &lt; .001</math></b>	<b>.192</b>
Posledice	3.30	3.51	$F(1, 66) = 3.091, p > .05$	/
<b>Lična kontrola</b>	<b>3.96</b>	<b>3.73</b>	<b><math>F(1, 66) = 4.216, p &lt; .05</math></b>	<b>.060</b>
Kontrola usled tretmana	3.91	3.74	$F(1, 66) = 3.121, p > .05$	/
<b>Koherentnost</b>	<b>3.15</b>	<b>3.44</b>	<b><math>F(1, 66) = 5.519, p &lt; .05</math></b>	<b>.077</b>
Uzročnost – psihološki činioci	2.75	2.78	$F(1, 66) = .071, p > .05$	/
<b>Uzročnost – biološki/eksterni činioci</b>	<b>2.16</b>	<b>2.38</b>	<b><math>F(1, 66) = 7.844, p &lt; .01</math></b>	<b>.106</b>

Uzročnost – Bihevioralni činioci	2.74	2.71	$F(1, 66) = .086, p > .05$	/
Emocionalna reprezentacija	2.76	2.80	$F(1, 66) = .051, p > .05$	/

*Legenda:*  $M1$  = aritmetička sredina varijable u prvom trenutku merenja;  $M2$  = aritmetička sredina varijable u drugom trenutku merenja;  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. Boldirane su dimenzije reprezentacije gde su utvrđene značajne promene u dva trenutka merenja.

Rezultati pokazuju da posle 1,5–2 meseca dolazi do promene u dimenzijama reprezentacije bolesti koje podrazumevaju percepciju cikličnog trajanja, ličnu kontrolu, koherentnost i biološke/eksterne činioce uzročnosti. Nakon 1,5–2 meseca od IM, pacijenti počinju da opažaju trajanje svoje bolesti kao manje ciklično, povećava se nivo razumevanja bolesti (promena u koherentnosti), smanjuje nivo percipirane lične kontrole, a povećava nivo atribucije uzročnosti bolesti u odnosu na biološke i spoljašnje činioce, u odnosu na nivo ovih dimenzija reprezentacije bolesti neposredno nakon IM. Utvrđene mere veličine efekta su srednje i visoke. Na većem uzorku ispitanika bi se mogle registrovati i promene koje podrazumevaju percepciju višeg nivoa posledica bolesti i nižeg nivoa kontrole usled tretmana (Tabela 12, Prilog 2).

**Tabela 41**

*Promene u izraženosti kognitivnih strategija emocionalne regulacije u drugom trenutku merenja*

Kognitivno prevladavanje	$M1$	$M2$	$F(df), p$	$\eta^2$
<b>Samookrivljanje</b>	<b>3.37</b>	<b>2.82</b>	<b><math>F(1, 66) = 13.681, p &lt; .001</math></b>	<b>.172</b>
<b>Prihvatanje</b>	<b>4.07</b>	<b>3.78</b>	<b><math>F(1, 66) = 7.931, p &lt; .01</math></b>	<b>.107</b>
Ruminiranje	2.88	2.70	$F(1, 66) = 1.768, p > .05$	/
<b>Pozitivno reuokviravanje</b>	<b>3.90</b>	<b>3.57</b>	<b><math>F(1, 66) = 5.177, p &lt; .05</math></b>	<b>.073</b>
<b>Planiranje</b>	<b>3.99</b>	<b>3.71</b>	<b><math>F(1, 66) = 5.426, p &lt; .05</math></b>	<b>.076</b>
<b>Pozitivna reformulacija</b>	<b>3.87</b>	<b>3.37</b>	<b><math>F(1, 66) = 17.743, p &lt; .001</math></b>	<b>.212</b>
<b>Perspektiva</b>	<b>3.44</b>	<b>3.07</b>	<b><math>F(1, 66) = 13.056, p &lt; .01</math></b>	<b>.165</b>
<b>Katastrofiziranje</b>	<b>2.53</b>	<b>2.31</b>	<b><math>F(1, 66) = 4.072, p &lt; .05</math></b>	<b>.058</b>
Okrivljavanje drugih	1.42	1.36	$F(1, 66) = .491, p > .01$	/

*Legenda:*  $M1$  = aritmetička sredina varijable u prvom trenutku merenja;  $M2$  = aritmetička sredina varijable u drugom trenutku merenja;  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. Boldirane su kognitivne strategije prevladavanja gde su utvrđene značajne promene u dva trenutka merenja.

Do promene nakon 1,5–2 meseca dolazi u većini pokrenutih kognitivnih strategija emocionalne regulacije. Mere veličine efekta su srednje i visoke. Promene nisu utvrđene jedino u odnosu na ruminiranje i okrivljavanje drugih. Nalazi pokazuju da se smanjuje nivo izraženosti većine adaptivnih strategija emocionalne regulacije, pri čemu je najviši efekat promene u odnosu na pozitivnu reformulaciju problema. Dolazi i do promena u dve neadaptivne strategije, samookrivljavanje i katastrofiziranje, mada je veličina efekta promene za katastrofiziranje najmanja. S tim u vezi, značajna promena u katastrofiziranju nije utvrđena prilikom imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Prilog 2, str. 300).

**Tabela 42**

*Promene u izraženosti pozitivnog i negativnog afektiviteta u drugom i trećem trenutku merenja*

Afektivitet	M1	M2	M3	$F(df), p$	$p\eta^2$
Pozitivni afektivitet	2.97	2.77	3.04	$F(1, 48) = 2.913, p > .05$	/
<b>Negativni afektivitet</b>	<b>2.35</b>	<b>2.15</b>	<b>2.09</b>	<b><math>F(1, 48) = 3.319, p &lt; .01</math></b>	<b>.065</b>

*Legenda:* M1 = aritmetička sredina varijable u prvom trenutku merenja; M2 = aritmetička sredina varijable u drugom trenutku merenja, M3 = aritmetička sredina varijable u trećem trenutku merenja;  $p\eta^2$  = mera veličine efekta promene. Boldirane su dimenzije afektiviteta gde su utvrđene značajne promene u dva trenutka merenja.

Utvrđene su i značajne promene u negativnom afektivitetu u dva, odnosno u tri trenutka merenja. Rezultati post-hoc analize pokazuju da dolazi do značajnog smanjenja doživljaja negativne emocionalnosti 3–4 meseca od IM u odnosu na inicijalni doživljaj negativnog afektiviteta (Tabela 43). Rezultati pokazuju da ne postoji značajan efekat protoka vremena na pozitivni afektivitet, ali da postoji promena u pozitivnom afektivitetu između drugog i trećeg trenutka merenja, pri čemu nivo pozitivnog afektiviteta raste (Tabela 44).

**Tabela 43**

*Post-hoc test za poređenje promena u nivoima pozitivnog afektiviteta u sva tri merenja*

Afektivitet	Razlika aritmetičkih sredina	$p$	$p\eta^2$
T1	T2	.200	.090
	T3	-.072	.593
<b>T2</b>	T1	-.200	.090
	<b>T3</b>	<b>-.272*</b>	<b>.008</b>



*Napomena:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja;  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. Boldirani su trenuci merenja gde su utvrđene značajne promene u pozitivnom afektivitetu.

**Tabela 44**

*Post-hoc test za poređenje promena u nivoima negativnog afektiviteta u sva tri merenja*

Afektivitet		Razlika aritmetičkih sredina		$p$	$\eta^2$
		T1	T2		
T1	T2	.194	.138		
	<b>T3</b>	<b>.257*</b>	<b>.018</b>	<b>.112</b>	
T2	T1	-.194	.138		
	T3	.063	.376		

*Napomena:* T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja;  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. Boldirani su trenuci merenja gde su utvrđene značajne promene u negativnom afektivitetu.

Imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika dobijaju se nešto drugačiji nalazi koji ukazuju na promenu u negativnom afektivitetu u smislu njegovog opadanja već nakon 1,5–2 meseca od IM i potvrđuju promenu negativne emocionalnosti nakon 3–4 meseca u odnosu na inicijalni nivo. S druge strane, promene u pozitivnom afektivitetu nisu utvrđene (Tabele 13 i 14, Prilog 2).

**Tabela 45**

*Promene u izraženosti aspekata pridržavanja tretmana u drugom i trećem trenutku merenja*

Pridržavanje tretmana	M2	M3	$F(df), p$	$\eta^2$
Znanje	.40	.31	$F(1, 48) = .383, p >.05$	/
Zaboravljanje	.28	.17	$F(1, 48) = .857, p >.05$	/
Modifikacija	.24	.20	$F(1, 48) = .153, p >.05$	/

*Legenda:* M2 = aritmetička sredina varijable u drugom trenutku merenja; M3 = aritmetička sredina varijable u drugom trenutku merenja;  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene.

Nisu registrovane promene u izraženosti aspekata pridržavanja tretmana u trećem u odnosu na drugi trenutak merenja. Međutim, na većem uzroku bi se moglo govoriti o opadanju nivoa zaboravljanja uzimanja lekova između ova dva trenutka merenja (Tabela 15, Prilog 2)

**Tabela 46***Promene u izraženosti aspekata ometanja od bolesti u drugom i trećem trenutku merenja*

Ometanje od bolesti	M2	M3	F(df), p	$\eta^2$
Jači stepen ometanja	3.77	3.52	$F(1, 48) = 1.723, p > .05$	/
Slabiji stepen ometanja	3.90	2.91	$F(1, 48) = .697, p > .05$	/

*Legenda:* M2 = aritmetička sredina varijable u drugom trenutku merenja; M3 = aritmetička sredina varijable u drugom trenutku merenja;  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene.

Nisu registrovane promene u izraženosti aspekata ometanja od bolesti u trećem u odnosu na drugi trenutak merenja. U odnosu na funkcionalnost osoba nakon IM bi se na većim uzorcima moglo govoriti o efektu protoka vremena u smislu smanjenja ometanja u sferama gde se registruje jači stepen intruzivnosti od bolesti (Tabela 16, Prilog 2).

U cilju ispitivanja povezanosti između registrovanih promena u varijablama u dva trenutka merenja, ispitane su njihove korelacije. Promena varijabli je operacionalizovana kao diferencijalni skor, tj. razlika skorova između dva trenutka merenja. Rezultati interkorelacije su prikazani u tabeli koja sledi.

**Tabela 47***Interkorelacije varijabli kod kojih su registrovane promene u izraženosti u dva trenutka merenja*

Promene u varijablama	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Trajanje ciklično	—												
2. Lična kontrola	.201	—											
3. Koherentnost	-.122	.067	—										
4. Uzročnost – biološki/eksterni činioci	.303 *	.120	-.174	—									
5. Samookrivljanje	.023	.107	-.226	-.080	—								
6. Prihvatanje	-.022	.069	-.036	-.012	.443 ***	—							
7. Pozitivno reuokviravanje	-.086	.130	.149	.030	.004	.180	—						
8. Planiranje	<b>8.198e-4</b>	.191	.004	.205	.114	.261 *	.524 ***	—					
9. Pozitivna reformulacija	-.035	.224	.205	.019	.299 *	.345 **	.406 ***	.622 ***	—				
10. Perspektiva	-.012	.212	<b>-6.829e-4</b>	.111	.273 *	.470 ***	.308 *	.419 ***	.369 *	—			
11. Katastrofiziranje	.294 *	.128	-.109	.060	.281 *	.189	.053	.143	.180	.630 ***	—		
12. Negativni afektivitet	.449 **	-.043	-.153	.180	.198	.259	-.224	-.129	-.046	.095	.215	—	
13. Pozitivni afektivitet	-.239	-.357 *	-.134	.038	.348 *	.338 *	.125	.087	.120	.054	.004	.122	—

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ . Vrednosti boldiranih korelacija su blizu nule.

Postoji pozitivna povezanost promene u cikličnom trajanju sa promenom u odnosu na atribuciju uzročnosti prema biološkim/eksternim činiocima. Promene u kognitivnim strategijama prevladavanja su generalno međusobno pozitivno povezane. Promena u samookrivljanju je pozitivno povezana sa promenama u prihvatanju, pozitivnoj reformulaciji, perspektivi i katastrofiziranju, promena u prihvatanju sa promenama u pozitivnoj reformulaciji, planiranju i perspektivi, promena u pozitivnom reuokviravanju sa promenama u pozitivnoj reformulaciji, planiranju i perspektivi, promena u planiranju je povezana sa promenom u pozitivnoj reformulaciji i perspektivi, promena u pozitivnoj reformulaciji je povezana sa promenom u perspektivi, a promena u perspektivi dodatno sa promenom u katastrofiziranju. Kada je reč o međusobnim odnosima varijabli, postoji pozitivna povezanost promene u opažanju trajanja kao cikličnog i promene u katastrofiziranju, ali i negativnom afektivitetu. Promena u ličnoj kontroli je negativno povezana sa promenom u pozitivnom afektivitetu, a promene u samookrivljanju i prihvatanju su pozitivno povezane sa promenama u pozitivnom afektivitetu. Svi utvrđeni intenziteti značajnih korelacija su niski i srednji, tj. kreću se u rasponu od  $r = .261-.630$ . Utvrđeni su i pojedini parcijalni efekti međusobnog delovanja promena u reprezentaciji bolesti na kognitivno prevladavanje, u smislu da se dodatno javlja efekat promene u koherentnosti na promenu u samookrivljanju ( $\beta = -.259, t = -2.083, p < .05$ ). Utvrđeno je i da se u međusobnom delovanju promena u kognitivnom prevladavanju na promenu u pozitivnom afektivitetu, gubi efekat promene u samookrivljanju i prihvatanju na promenu u pozitivnom afektivitetu.

Ovi nalazi mogu biti nešto drugačiji na većem uzorku, imajući u vidu da su tu utvrđene dodatne promene u dimenzijama reprezentacije bolesti (povećanje percepcije posledica i smanjenje percepcije kontrole usled tretmana), zaboravljanju kao aspektu pridržavanja tretmana i aspektima jačeg ometanja od bolesti, kao i da je izostao efekat promene u katastrofiziranju i pozitivnom afektivitetu. Za detaljniji opis videti Tabelu 17 u Prilogu 2 i tumačenje ispod nje.

### ***Sumiranje rezultata koji se odnose na promene u varijablama tokom vremena***

Utvrđeni su efekti protoka vremena kako na konstrukt bolesti, tako i na kognitivno i emocionalno prevladavanje, dok nisu utvrđene vremenske promene u izraženosti aspekata pridržavanja tretmana i funkcionisanja nakon bolesti, mada nije isključeno da bi se njihove promene registrovale na većem uzorku (videti Tabele 15 i 16 u Prilogu 2). Nakon 1,5–2 meseca od IM, ispitanici menjanju svoju percepciju bolesti u smislu da je više razumeju, manje opažaju

bolest kao nepredvidivu, ali opažaju i da imaju manje lične kontrole u odnosu na bolest, a nastanak IM više pripisuju nekim spoljašnjim ili biološkim činiocima, nego što je to bilo na samom početku. Interkorelacije promena u dimenzijama reprezentacije bolesti pokazuju da je opažanje bolesti kao manje nepredvidive povezano sa pojačanom atribucijom uzročnosti u odnosu na spoljašnje ili nasledne činioce, smanjenjem katastrofiziranja i negativnog afektiviteta, a smanjenje lične kontrole u odnosu na bolest sa smanjenjem pozitivnog afektiviteta. Dodatno se registruje negativni parcijalni doprinos koherentnosti na samookrivljavanje u smislu da sa pojačanjem razumevanja bolesti opada nivo samookrivljavanja, ali je ovaj efekat prisutan samo u sadejstvu sa promenama u ostalim dimenzijama reprezentacije bolesti. Nakon 1,5–2 meseca opada i nivo aspekta kognitivnog prevladavanja koji podrazumevaju prihvatanje bolesti, njeno pozitivno reuokviravanje i reformulaciju, planiranje i smeštanje stvari u perspektivu. Takođe, opada i nivo samookrivljavanja i blago nivo katastrofiziranja (mada se ovaj efekat promene u dva trenutka merenja verovatno ne bi potvrdio na većem uzorku). Smanjenje u samookrivljanju je povezano sa smanjenim nivoom prihvatanja, pozitivne reformulacije i smeštanja stvari u perspektivu, ali i sa smanjenjem katastrofiziranja. Postoji međusobna pozitivna povezanost smanjenja nivoa prihvatanja, pozitivnog reuokviravanja, pozitivne reformulacije, planiranja i smeštanja stvari u perspektivu, izuzev povezanosti promena u prihvatanju i pozitivnom reuokviravanju. Promene u kognitivnom prevladavanju nakon 1,5–2 meseca nisu povezane sa promenama u negativnom afektivitetu nakon 3–4 meseca od IM, dok su promene u samookrivljanju i prihvatanju nakon 1,5–2 meseca pozitivno povezane sa promenom u pozitivnom afektivitetu nakon 3–4 meseca, mada se ovi efekti gube u sadejstvu sa promenama u ostalim strategijama kognitivnog prevladavanja.

Za uvid u potencijalne odnose promena varijabli na većem uzorku pogledati opis u Prilogu 2 (str. 303–305) koji se odnosi na sumiranje efekata promena varijabli u dva, odnosno tri trenutka merenja.

### **Ispitivanje longitudinalnih odnosa**

*Ispitivanje longitudinalnih efekata reprezentacije bolesti na kognitivno, emocionalno, ponašajno prevladavanje i funkcionisanje*

**Tabela 48**

*Longitudinalni efekti reprezentacije bolesti na kognitivno prevladavanje*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Kriterijum</b>	<b>Sažetak modela</b>
<b>Reprezentacija bolesti (T1)</b>	<b>Kognitivno prevladavanje (T2)</b>	
Trajanje ciklično $\beta = .308, t = 2.236 p < .05$	Samookrivljavanje	/
Uzročnost – bihejvioralni činioci $\beta = -.299, t = -2.444 p < .05$	Prihvatanje	/
Identitet $\beta = .314, t = 2.579 p < .05$ Posledice $\beta = .266, t = 2.172 p < .05$	Ruminiranje	$R = .562; R^2 = .316, F(10, 55) = 2.538, p < .05$
Trajanje akutno/hronično $\beta = -.284, t = -2.011 p < .05$ Posledice $\beta = .369, t = 2.815 p < .01$	Planiranje	/
Koherentnost $\beta = -.337, t = -2.532 p < .01$	Katastrofiziranje	$R = .530; R^2 = .281, F(10, 55) = 2.416, p < .05$
Posledice $\beta = .221, t = -2.025 p < .05$ Lična kontrola $\beta = -.321, t = -2.743 p < .01$ Uzročnost – psihološki činioci $\beta = .468, t = 4.121 p < .01$ Uzročnost – biološki/eksterni činioci $\beta = -.270, t = -2.386 p < .05$	Okrivljavanje drugih	$R = .674; R^2 = .454, F(10, 55) = 4.570, p < .01$

---

Emocionalna reprezentacija $\beta = .388, t = 3.399 p < .01$	Ruminiranje
Emocionalna reprezentacija $\beta = .271, t = 2.270 p < .05$	Katastrofiziranje

---

*Napomena:* Prikazani su samo značajni efekti.

Konstrukt bolesti ostvaruje efekte na kognitivno prevladavanje kako na transverzalnom nivou (rezultati koji su utvrđeni u prvom i drugom trenutku merenja, Tabele 20 i 25), tako i longitudinalno, što dodatno ukazuje na generalnu stabilnost ovih veza. Inicijalne kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti objašnjavaju značajan procenat varijanse ruminiranja, katastrofiziranja, okrivljavanja drugih i smeštanja stvari u perspektivu nakon 1,5–2 meseca od IM, iako se u poslednjem slučaju ne izdvajaju značajni efekti pojedinačnih prediktora, tj. dimenzija reprezentacije bolesti, već samo efekat modela u celini ( $R = .517; R^2 = .267, F(10, 55) = 2.005, p < .05$ ). Za ostale aspekte prevladavanja izdvajaju se značajni parcijalni longitudinalni efekti određenih dimenzija inicijalne reprezentacije bolesti, ali modeli u celini nisu bili značajni. Inicijalna percepcija cikličnog trajanja bolesti je značajna za samookrivljavanje 1,5–2 meseca od IM. Atribucija uzročnosti u odnosu na bihevioralne činioce ima značajan negativni longitudinalni efekat na prihvatanje. Utvrđeni su značajni pozitivni longitudinalni efekti identiteta i posledica na ruminiranje. (Efekat identiteta na ruminiranje je utvrđen i *transverzalno u drugom trenutku merenja*). Percepcija hroničnog trajanja ostvaruje negativni longitudinalni efekat na planiranje, dok je longitudinalni efekat posledica na planiranje pozitivan. Koherentnost ostvaruje negativni longitudinalni efekat na katastrofiziranje (ovaj efekat je utvrđen i *transverzalno u oba trenutka merenja*). Posledice ostvaruju pozitivni longitudinalni efekat na okrivljavanje drugih (ovaj efekat je utvrđen i *transverzalno u prvom trenutku merenja*), a percepcija lične kontrole ima negativni longitudinalni efekat na ovaj aspekt prevladavanja (efekat je utvrđen i *transverzalno u drugom trenutku merenja*). Pored toga, dimenzije atribucije uzročnosti ostvaruju efekat na okrivljavanje drugih i to pripisivanje uzroka psihičkim činiocima pozitivan (efekat je utvrđen i *transverzalno u prvom trenutku merenja*), a bihevioralnim činiocima negativan.

Kada je reč o emocionalnoj dimenziji reprezentacije bolesti, ona ostvaruje značajne pozitivne longitudinalne efekte na ruminiranje i katastrofiziranje, što je utvrđeno i transverzalno u oba trenutka merenja.

**Tabela 49**

*Longitudinalni efekti reprezentacije bolesti na afektivitet*

Značajni prediktori		Kriterijumi		
Reprezentacija bolesti (T1)	Pozitivni afektivitet (T2)	Negativni afektivitet (T2)	Pozitivni afektivitet (T3)	Negativni afektivitet (T3)
-	-	Emocionalna reprezentacija $\beta = .399, t = 3.510, p < .01$	Uzročnost – biološki/eksterni činioci $\beta = .386, t = 2.521, p < .05$	Identitet $\beta = .469, t = 3.290, p < .01$ Koherentnost $\beta = -.333, t = -2.249, p < .05$ . Emocionalna reprezentacija $\beta = .434, t = 3.301, p < .01$
Reprezentacija bolesti (T2)	/	/	Trajanje ciklično $\beta = .369, t = 2.465, p < .01$ Koherentnost $\beta = .459, t = 3.246, p < .01$	Uzročnost – psihološki činioci $\beta = .384, t = 2.429, p < .05$

*Napomena:* Prikazani su samo značajni efekti. / = efekti nisu longitudinalni; - = nema značajnih efekata.

Utvrđen je i longitudinalni efekat reprezentacije bolesti na negativni afektivitet (T2 –  $R = .637; R^2 = .406, F(10, 55) = 2.529, p < .05$ ; T3 –  $R = .649; R^2 = .422, F(10, 55) = 2.722, p < .01$ ), dok je reprezentacija bolesti u T2 značajna za pozitivni afektivitet u T3 ( $R = .736; R^2 = .542, F(10, 55) = 4.502, p < .01$ ). Što se tiče pojedinačnih dimenzija utvrđen je značajni longitudinalni efekat inicijalne emocionalne reprezentacije bolesti na negativni afektivitet i u drugom i u trećem trenutku merenja što ukazuje na *stabilnost ove longitudinalne veze*, ali na opštu stabilnost efekta s obzirom na to da su relacije utvrđene i *transverzalno u oba trenutka merenja*. Od kognitivnih dimenzija, inicijalna atribucija uzročnosti u odnosu na biološke/eksterne činioce ostvaruje pozitivni

longitudinalni efekat na pozitivni afektivitet nakon 3–4 meseca od IM. Percepcija cikličnog trajanja i koherentnosti nakon 1,5–2 meseca od IM imaju pozitivni efekat na pozitivni afektivitet nakon 3–4 meseca od IM. Inicijalni identitet bolesti ima pozitivni longitudinalni efekat na negativni afektivitet i nakon 3–4 meseca od IM, dok inicijalna koherentnost ima negativni efekat na negativni afektivitet takođe nakon 3–4 meseca. (Ovaj efekat je utvrđen i *transverzalno u drugom trenutku merenja*). Percepcija psihičkih činilaca kao uzroka bolesti u drugom trenutku merenja ima pozitivni longitudinalni efekat na negativni afektivitet nakon 3–4 meseca od IM. (I ovaj efekat je utvrđen *transverzalno u drugom trenutku merenja*).

**Tabela 50**

*Longitudinalni efekti reprezentacije bolesti na pridržavanje tretmana*

Značajni prediktori	Kriterijumi						
	Reprezentacija bolesti (T1)	Znanje (T2)	Zaboravljanje (T2)	Modifikacija (T2)	Znanje (T3)	Zaboravljanje (T3)	Modifikacija (T3)
Trajanje ciklično $\beta = .280, t = 2.101, p < .05$	/	/	/	/	/	/	/
Lična kontrola $\beta = -.424, t = -3.072, p < .01$	/	/	/	/	/	/	/
<b>Reprezentacija bolesti (T2)</b>	/	/	/	/	-	-	-

*Napomena:* Prikazani su samo značajni efekti. / = efekti nisu longitudinalni; - = nema značajnih efekata.

Reprezentacija bolesti u celini ne ostvaruje značajne longitudinalne efekte na pridržavanje tretmana, ali se izdvajaju značajni parcijalni efekti pojedinačnih kognitivnih dimenzija. Utvrđen je značajan pozitivni efekat inicijalne percepcije cikličnog trajanja bolesti i negativni efekat inicijalne percepcije lične kontrole na znanje o uzimanju lekova 1,5–2 meseca od IM. Nisu utvrđeni efekti reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja na pridržavanje tretmana u trećem trenutku merenja.



Tabela 51

Longitudinalni efekti reprezentacije bolesti na funkcionisanje

Značajni prediktori	Kriterijumi				
	Reprezentacija bolesti (T1)	Jači stepen ometanja (T2)	Slabiji stepen ometanja (T2)	Jači stepen ometanja (T3)	Slabiji stepen ometanja (T3)
		Uzročnost – bihejvioralni činioci $\beta = -.264, t = -2.017 p < .05$	Kontrola usled tretmana $\beta = -.354, t = -2.192 p < .05$	-	-
Reprezentacija bolesti (T2)	/	/	-	-	

Napomena: Prikazani su samo značajni efekti. / = efekti nisu longitudinalni; - = nema značajnih efekata.

Reprezentacija bolesti u celini ne ostvaruje ni značajne longitudinalne efekte na funkcionisanje ispitanika nakon IM, ali se izdvajaju značajni parcijalni efekti pojedinih dimenzija. Utvrđen je značajan negativni longitudinalni efekat inicijalnog opažanja bihejvioralnih činilaca uzročnosti na aspekte jačeg ometanja od bolesti 1,5–2 meseca od IM i negativni longitudinalni efekat inicijalne percepcije kontrole usled tretmana na aspekte slabijeg ometanja od bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM (ovaj efekat je utvrđen i *transverzalno u drugom trenutku merenja*). Nisu utvrđeni efekti reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja na funkcionisanje u trećem trenutku merenja.

### *Ispitivanje longitudinalnih efekata kognitivnog prevladavanja na afektivitet, pridržavanje tretmana i funkcionisanje*

Tabela 52

Longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na afektivitet

Značajni prediktori	Kriterijumi				
	Kognitivno prevladavanje (T1)	Pozitivni afektivitet (T2)	Negativni afektivitet (T2)	Pozitivni afektivitet (T3)	Negativni Afektivitet (T3)
		-	-	-	-
Kognitivno prevladavanje (T2)	/	/	Pozitivna reformulacija $\beta = .481, t = 2.210 p < .05$	Ruminiranje $\beta = .502, t = 2.731 p < .01$	

Pozitivna reformulacija  
 $\beta = -.507, t = -2.808$   
 $p < .01$

*Napomena:* Prikazani su samo značajni efekti. / = efekti nisu longitudinalni; - = nema značajnih efekata.

Nisu utvrđeni značajni efekti inicijalnog kognitivnog prevladavanja na doživljaj ispitanika nakon 1,5–2 meseca od IM, ali postoje značajni efekti kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca od IM na njihovo emocionalno stanje 3–4 meseca od IM. Naime, kognitivnim prevladavanjem u drugom trenutku merenja se može objasniti 33.4 % varijanse pozitivnog afektiviteta u trećem trenutku merenja ( $R = .278, R^2 = .334, F(9, 39) = 2.177, p < .05$ ) i 54.3% varijanse negativnog afektiviteta ( $R = .737, R^2 = .534, F(10, 55) = 5.155, p < .001$ ). Pozitivna reformulacija ostvaruje longitudinalno pozitivni efekat na pozitivni i negativni efekat na negativni afektivitet, dok ruminiranje ima pozitivni longitudinalni efekat na negativni afektivitet. Efekat ruminiranja na negativni afektivitet je utvrđen *i transverzalno u oba trenutka merenja*, dok je efekat pozitivne reformulacije na pozitivni afektivitet značajan na nivou trenda *u drugom trenutku merenja*. Na uzorcima sa većom statističkom snagom bi se moglo govoriti i pozitivnom longitudinalnom efektu pozitivnog reuokviravanja na pozitivni afektivitet (koji je utvrđen *transverzalno u oba trenutka merenja*) i negativnom efektu smeštanja stvari u perspektivu, kao i o pozitivnom longitudinalnom efektu katastrofiziranja na negativni afektivitet (Tabela 18, Prilog 2; pozitivan efekat katastrofiziranja na negativni afektivitet je utvrđen *transverzalno u oba trenutka merenja*).

### Tabela 53

*Longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na pridržavanje tretmana*

Značajni prediktori		Kriterijumi				
Kognitivno prevladavanje (T1)	Znanje (T2)	Zaboravljanje (T2)	Modifikacija (T2)	Znanje (T3)	Zaboravljanje (T3)	Modifikacija (T3)
	Okrivljavanje drugih $\beta = .287, t = 2.191$ $p < .05$	-	-	Ruminiranje $\beta = .547, t = 2.295$ $p < .05$ Planiranje $\beta = -.630, t = -2.305$ $p < .05$	-	-
Kognitivno prevladavanje (T2)	/	/	/	-	-	-

*Napomena:* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani efekti nisu utvrđeni prilikom imputacije nedostajućih vrednosti. / = efekat nisu longitudinalni; - = nema značajnih efekata.

Nisu utvrđeni ukupni longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na pridržavanje tretmana, ali su utvrđeni parcijalni longitudinalni efekti pojedinačnih inicijalnih strategija prevladavanja na znanje o uzimanju lekova i u drugom i u trećem trenutku ispitivanja. Inicijalno okrivljavanje drugih ima pozitivni longitudinalni efekat na znanje o uzimanju lekova u drugom trenutku merenja, a inicijalno ruminiranje na znanje o uzimanju lekova u trećem trenutku merenja (efekat postoji i na *transverzalnom nivou u drugom trenutku merenja*), dok je longitudinalni efekat inicijalnog planiranja na znanje o uzimanju lekova nakon 3–4 meseca od IM negativan. Postojanje ovih efekata na uzorcima sa većom statističkom snagom je upitno (Prilog 2 str. 295). Naime, potvrđen je jedino longitudinalni efekat inicijalnog okrivljavanja drugih na znanje o uzimanju lekova (koji je utvrđen *i transversalno u drugom trenutku merenja* nakon imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika).

**Tabela 54**

*Longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na funkcionisanje*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Kriterijumi</b>			
	<b>Jači stepen ometanja (T2)</b>	<b>Slabiji stepen ometanja (T2)</b>	<b>Jači stepen ometanja (T3)</b>	<b>Slabiji stepen ometanja (T3)</b>
<b>Kognitivno prevladavanje (T1)</b>	-	-	-	Pozitivna reformulacija $\beta = .551, t = 2.282 p < .05$ Okrivljavanje drugih $\beta = .332, t = 2.254 p < .05$
<b>Kognitivno prevladavanje (T2)</b>	/	/	Katastrofiziranje $\beta = -.475, t = 2.139 p < .05$	-

*Napomena:* Prikazani su samo značajni parcijalni efekti. / = efekti nisu longitudinalni; - = nema značajnih efekata.

Postoje longitudinalni efekti pojedinih inicijalnih strategija kognitivnog prevladavanja na aspekte slabijeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca od IM. Naime, inicijalna pozitivna

reformulacija i okrivljavanje drugih imaju pozitivne efekte na aspekte slabijeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca od samog IM (efekat okrivljavanja drugih je utvrđen i *transverzalno u drugom trenutku merenja* nakon imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika). Katastrofiziranje 1,5–2 meseca od IM ima negativni efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca od IM. Na većim uzorcima bi se mogli izdvojiti i negativni longitudinalni efekat pozitivnog reuokviranja nakon 1,5–2 meseca od IM na aspekte jačeg ometanja od bolesti 3–4 meseca od IM (efekat utvrđen i *transverzalno u drugom trenutku merenja* prilikom imputacije nedostajućih vrednosti), dok bi longitudinalni efekat ove strategije kognitivnog prevladavanja na aspekte slabijeg ometanja od bolesti bio pozitivan. Pozitivna reformulacija nakon 1,5–2 meseca od IM na većim uzorcima može imati pozitivan longitudinalni efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca, dok samookrivljavanje i okrivljavanje drugih nakon 1,5–2 meseca imaju pozitivan longitudinalni efekat na aspekte slabijeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca (Tabela 19, Prilog 2). Poslednja dva efekta su se izdvojila kao značajna i *transverzalno u drugom trenutku merenja*.

### ***Ispitivanje longitudinalnih efekata između afektiviteta, pridržavanja tretmana i funkcionisanja***

Nisu utvrđeni značajni longitudinalni efekti afektiviteta na pridržavanje tretmana niti na funkcionisanje, kao ni longitudinalni efekti pridržavanja tretmana na funkcionisanje. Longitudinalni efekti emocionalnog doživljaja na pridržavanje tretmana se verovatno ne bi dobili ni na većim uzorcima, ali se mogu razmatrati potencijalni longitudinalni efekti afektiviteta na funkcionisanje s obzirom na to da se pozitivni afektivitet nakon 1,5–2 meseca izdvaja kao značajni prediktor aspekata slabijeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca od IM (Tabela 20, Prilog 2). Takođe se mogu razmatrati i longitudinalni efekti pridržavanja tretmana na funkcionalnost na većim uzorcima. Naime, modifikacija uzimanje lekova može imati značajni negativni longitudinalni efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti (Tabela 21, Prilog 2; efekat je utvrđen i *transverzalno u drugom trenutku merenja*).

### ***Sumiranje rezultata koji se odnose na longitudinalnu povezanost među varijablama***

Rezultati ukazuju na postojanje ne samo trenutnih nego i dugoročnih veza između dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta. Postoje i dugoročni efekti pojedinih dimenzija konstrukta bolesti na pridržavanje tretmana i funkcionisanje nakon IM. Nisu utvrđeni longitudinalni efekti inicijalnog kognitivnog prevladavanja na emocionalni doživljaj

ispitanika nakon 1,5–2 meseca od IM, ali postoje efekti kognitivnog prevladavanja 1,5–2 meseca od IM na emocionalni doživljaj ispitanika nakon 3–4 meseca od IM. Postoje i pojedini longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na pridržavanje tretmana i funkcionisanje nakon IM. Nisu utvrđeni longitudinalni efekti afektiviteta ni na pridržavanje tretmana ni na funkcionisanje, mada bi se u odnosu na funkcionisanje mogli razmatrati na većim uzorcima. Nisu utvrđeni ni longitudinalni efekti pridržavanja tretmana na funkcionisanje, ali bi se i oni mogli razmatrati na većim uzorcima. Većina utvrđenih longitudinalnih efekata je drugačija u odnosu na one koji su utvrđeni na transverzalnom nivou, što govori o dinamičnim odnosima između ispitivanih varijabli.

### ***Longitudinalni medijacioni efekti***

Longitudinalni medijacioni efekti su provereni u skladu sa teorijski pretpostavljenim smerom delovanja (Slika 3) i utvrđenim empirijskim rezultatima na transverzalnom nivou u prvom i drugom trenutku merenja. S tim u vezi ispitani su longitudinalni medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta, jer su se jedino oni pokazali značajnim na nivou preseka u oba trenutka merenja. Longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana i reprezentacije bolesti i funkcionisanja nakon IM nisu proveravani, jer se pokazalo da je njihovo prisustvo moguće eventualno na većim uzorcima za šta su potrebne dodatne provere.

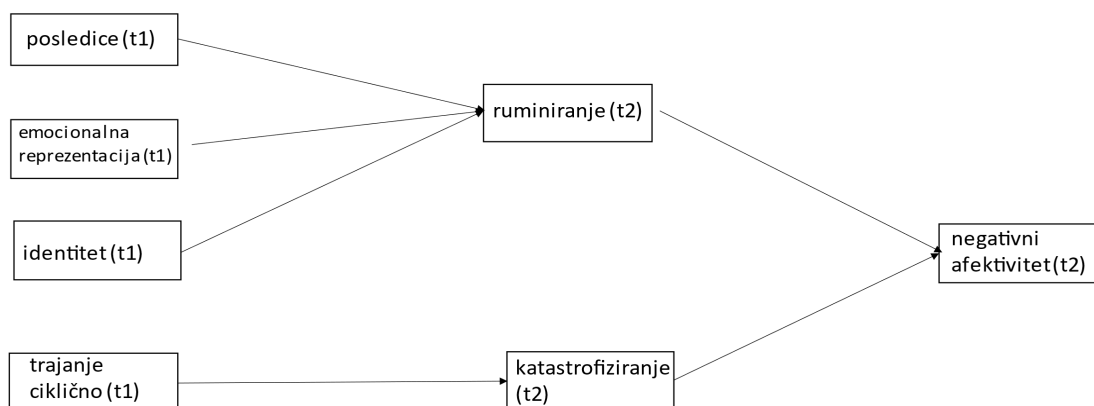
**Tabela 55**

*Longitudinalni medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca od IM u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta u drugom trenutku merenja*

<b>Prediktor</b>	<b>Medijator</b>	<b>Kriterijum</b>	<b>Ukupni efekat</b>	<b>Direktni efekat</b>	<b>Indirektni efekat</b>
<b>Identitet (T1)</b> →	<b>Ruminiranje (T2)</b> →	<b>Negativni afektivitet (T2)</b>	$\beta = .369, t = 3.501, p = .001$	$\beta = .104, t = 1.073, p = .288$	$\beta = .161$ 95% CI [.005, .345]
Posledice (T1) →	Ruminiranje (T2) →	Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .031, t = .216, p = .830$	$\beta = -.152, t = -1.327, p = .190$	$\beta = .147$ 95% CI [.015, .325]
Emocionalna reprezentacija (T1) →	Ruminiranje (T2) →	Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .095, t = 2.314, p = .037$	$\beta = .026, t = -.711, p = .482$	$\beta = .161$ 95% CI [.018, .360]
Trajanje ciklično (T1) →	Katastrofiziranje (T2) →	Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .059, t = .349, p = .728$	$\beta = .084, t = -.645, p = .521$	$\beta = .099$ 95% CI [.000, .266]

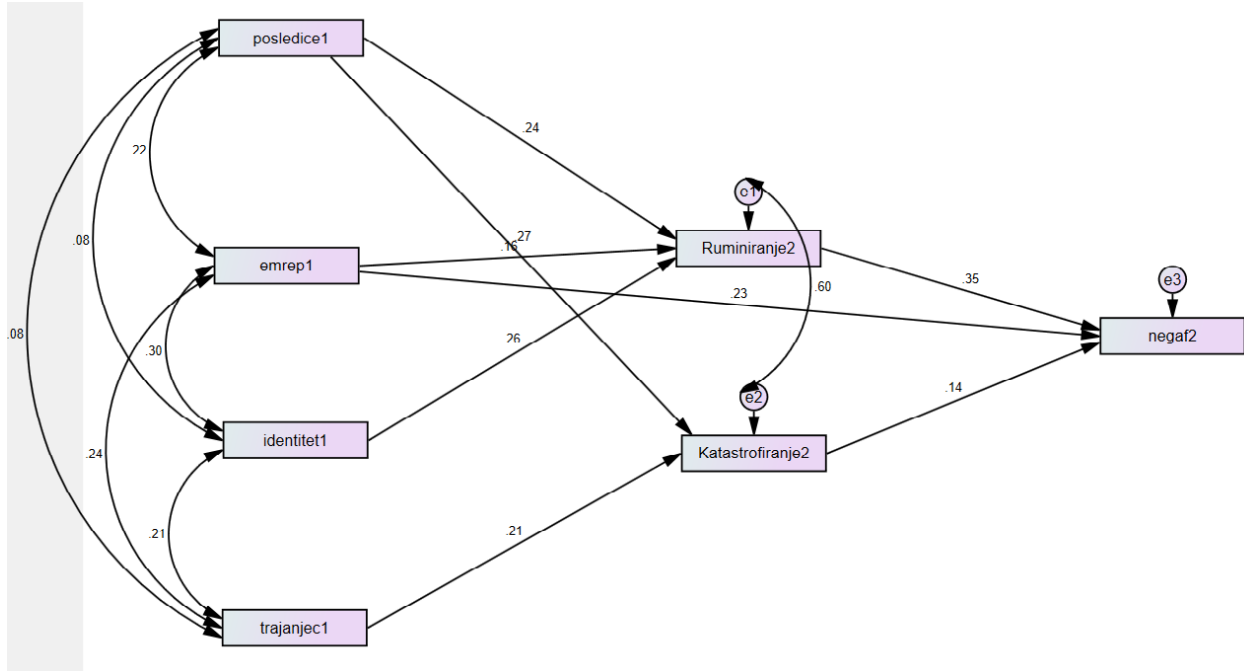
*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti. Boldirani efekti nisu utvrđeni prilikom imputacije nedostajućih vrednosti.

Ruminiranje i katastrofiziranje nakon 1,5–2 meseca od IM se pokazuju značajnim medijatorima u odnosu između inicijalnih dimenzija reprezentacije bolesti (identitet, posledice, emocionalna reprezentacija i ciklično trajanje) i negativnog afektiviteta nakon 1,5–2 meseca od IM. Svi efekti ukazuju na potpune medijacije. Na većim uzorcima bi trebalo razmatrati i samookrivljavanje kao longitudinalni medijacioni mehanizam u odnosu između inicijalne percepcije cikličnog trajanja i kasnijeg doživljaja negativnog afektiviteta, kao i longitudinalni medijacioni efekat katastrofiziranja u odnosu između inicijalne percepcije posledica i kasnijeg doživljaja negativnog afektiviteta, dok se longitudinalni efekti u ruminiranja u odnosu između inicijalnog identiteta bolesti i kasnijeg negativnog afektiviteta ne registruju (Tabela 22, Prilog 2). Medijacioni efekat katastrofiziranja u odnosu između cikličnog trajanja i negativnog afektiviteta je utvrđen i *u datom trenutku, neposredno nakon IM*, tako da se može govoriti i o kratkoročnom i o dugoročnom indirektnom efektu ovog aspekta prevladavanja na negativni afektivitet. Međutim, treba biti oprezan jer interval poverenja za ovaj indirektni longitudinalni efekat obuhvata nulu. Ostali longitudinalni medijacioni efekti nisu evidentirani na transverzalnom nivou. Nisu utvrđeni longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja u odnosu između inicijalnih dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog afektiviteta nakon 1,5–2 meseca. Sledi šematski prikaz sumiranih longitudinalnih indirektnih efekata kognitivnog prevladavanja u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nakon 1,5–2 meseca od IM.



**Slika 9.** Šematski prikaz utvrđenih longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nakon 1,5–2 meseca od IM

Ovako proveren integrativni model odnosa uz par respecifikacija pokazuje zadovoljavajuće indekse uklapanja  $FIML\chi^2(6) = 7.829$ ,  $CFI = .979$ ,  $TLI = .903$ ,  $RMSEA = .049$ , 90% CI [.000, .133]. Respecifikacije podrazumevaju uključivanje *direktnih efekata* između inicijalne percepcije posledica i kasnijeg katastrofiziranja (efekat nije utvrđen kada se sagledavaju pojedinačni longitudinalni odnosi reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja) i inicijalne emocionalne reprezentacije bolesti i kasnijeg doživljaja negativnog afektiviteta.



**Slika 10.** Respecifikovani integrativni model longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nakon 1,5–2 meseca od IM

*Napomena:* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Vrednosti koeficijenta koje su manje od .16 nisu značajne.

*Legenda:* emrep = emocionalna reprezentacija bolesti; trajanjec = ciklično trajanje; negaf = negativni afektivitet. Broj 1 u imenu varijabli se odnosi na prvi trenutak merenja. Broj 2 u imenu varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja.

**Tabela 56**

Longitudinalni medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja u odnosu između reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja i negativnog afektiviteta u trećem trenutku merenja

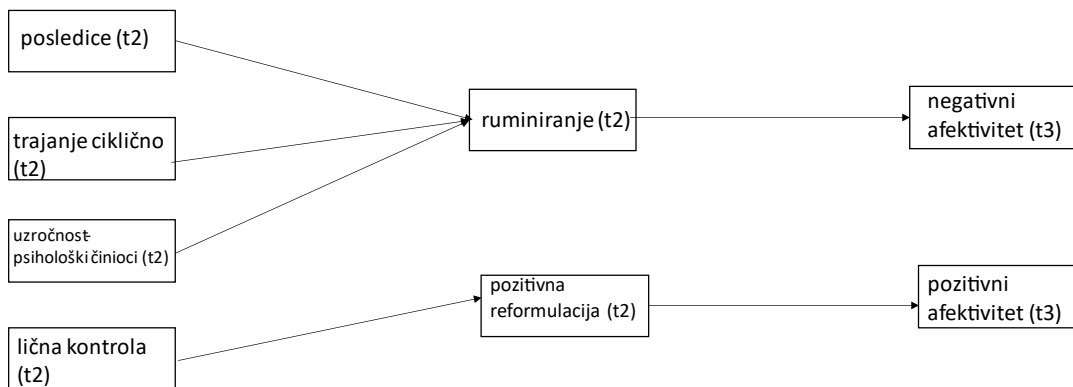
Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Lična kontrola (T2)	Pozitivna reformulacija (T2)	Pozitivni afektivitet (T3)	$\beta = .429, t = 3.206, p = .004$	$\beta = .367, t = -2.567, p = .014$	$\beta = .153$ 95% CI [.008, .317]
Trajanje ciklično (T2)	Ruminiranje (T2)	Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .445, t = 3.501, p = .001$	$\beta = .127, t = .917, p = .347$	$\beta = .184$ 95% CI [.002, .426]
Posledice (T2)	Ruminiranje (T2)	Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .281, t = 2.137, p = .038$	$\beta = -.053, t = -.416, p = .680$	$\beta = .246$ 95% CI [.036, .506]



Uzročnost psihološki činioci (T2)	– Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .349, t = 2.830, p = .007$	$\beta = .015, t = -.117, p = .907$	$\beta = .178$ 95% CI [.008, .411]
-----------------------------------	--------------------	------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

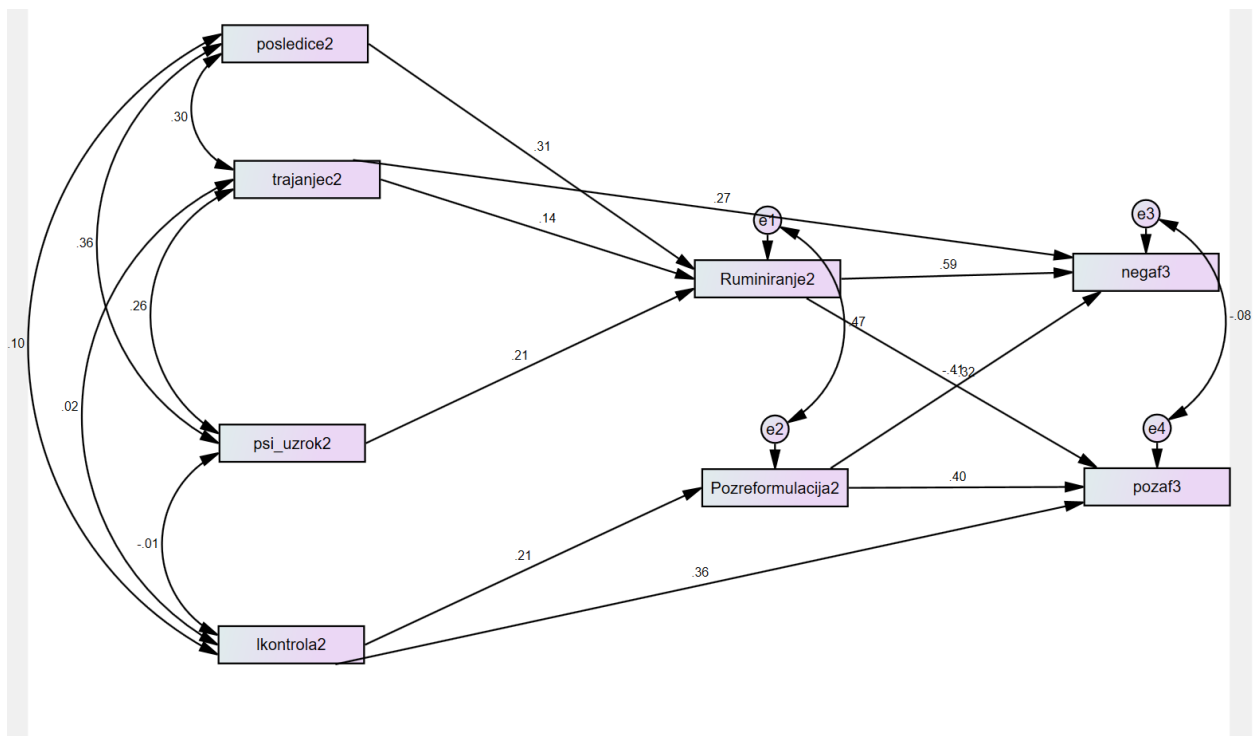
*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti.

Ruminiranje nakon 1,5–2 meseca od IM se izdvaja i kao značajni longitudinalni medijator u odnosu između reprezentacije bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM (dimenzije ciklično trajanje, posledice i psihološki činioci uzročnosti) i negativnog emocionalnog doživljaja nakon 3–4 meseca od samog događaja. Sve utvrđene medijacije su potpune. Ove veze su utvrđene *i transverzalno u drugom trenutku merenja*, pa se može govoriti o ruminiranju kao značajnom medijacionom mehanizmu u odnosu između percepcije cikličnog trajanja, posledica i psiholoških činilaca uzročnosti i negativnog afektiviteta i u datom trenutku i na duže staze. Međutim, ponovo treba biti oprezan u odnosu na longitudinalni medijacioni efekat ruminiranja u odnosu između percepcije cikličnog trajanja i negativnog afektiviteta jer interval poverenja ukazuje da ovaj efekat može biti blizu nule. Pozitivna reformulacija nakon 1,5–2 meseca od IM se pokazuje značajnim longitudinalnim medijatorom u odnosu između percepcije lične kontrole u drugom trenutku merenja i doživljaja pozitivnog afektiviteta nakon 3–4 meseca od IM. Ovaj efekat nije utvrđen transverzalno u drugom trenutku merenja, nasuprot tome, utvrđen je transverzalni medijacioni efekat pozitivne reformulacije u odnosu između percepcije kontrole usled tretmana i pozitivnog afektiviteta. Na većim uzorcima bi se moglo govoriti i o longitudinalnom medijacionom efektu ruminiranja nakon 1,5–2 meseca od IM u odnosu između emocionalne reprezentacije i bihevioralnih činilaca uzročnosti u drugom trenutku merenja i negativnog afektiviteta u trećem trenutku merenja (Tabela 23, Prilog 2). Ono što bi se takođe moglo pokazati na većim uzorcima su longitudinalni efekti inicijalnih dimenzija reprezentacije bolesti na emocionalni doživljaj nakon 3–4 meseca indirektno preko kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca od IM. Naime, imputiranjem nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika se pokazalo da pozitivna reformulacija u drugom trenutku merenja ima indirektni efekat u odnosu između inicijalne percepcije cikličnog trajanja i pozitivnog afektiviteta nakon 3–4 meseca, a da ruminiranje u drugom trenutku merenja ima indirektni efekat u odnosima između inicijalne percepcije posledica i emocionalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nakon 3–4 meseca (Tabela 23, Prilog 2). Sledi šematski prikaz gore pomenutih utvrđenih medijacionih odnosa.



**Slika 11.** Šematski prikaz utvrđenih longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja u odnosu između reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja i negativnog afektiviteta u trećem trenutku merenja

Ovako proveren integrativni model odnosa, uz par respecifikacija koje podrazumevaju *uvođenje direktnih efekata* između percepcije cikličnog trajanja i negativnog afektiviteta, lične kontrole i pozitivnog afektiviteta (efekat nije utvrđen kada se sagledavaju pojedinačni longitudinalni odnosi reprezentacije bolesti i afektiviteta), ruminiranja i pozitivnog afektiviteta (efekat nije utvrđen kada se sagledavaju pojedinačni longitudinalni odnosi kognitivnog prevladavanja i afektiviteta) i pozitivne reformulacije i pozitivnog afektiviteta, pokazuje zadovoljavajuće indekse uklapanja u podatke –  $FIML\chi^2(10) = 11.674$ ,  $CFI = .981$ ,  $TLI = .933$ ,  $RMSEA = .037$ , 90% CI [.00, .108].



**Slika 12.** Respecifikovani integrativni model longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja u odnosu između reprezentacije bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM i negativnog afektiviteta nakon 3–4 meseca od IM

*Napomena:* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Vrednosti koeficijenta koje su manje od .21 nisu značajne.

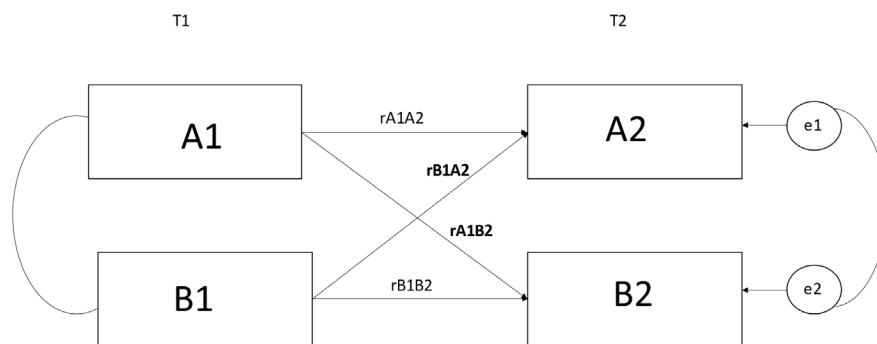
*Legenda:* trajanje = ciklično trajanje; psi\_uzrok = uzročnost – psihološki činioci; lkontrola = lična kontrola; pozreformulacija = pozitivna reformulacija; negaf = negativni afektivitet; pozaf = pozitivni afektivitet. Broj 2 u imenu varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja. Broj 3 u imenu varijabli se odnosi na treći trenutak merenja.

### **Sumiranje rezultata koji se odnose na proveru longitudinalnih medijacionih efekata**

Rezultati ukazuju da kognitivni aspekti prevladavanja mogu imati i dugoročne indirektno efekte u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i emocionalnog doživljaja pacijenata, a ne samo trenutne (efekti utvrđeni na transverzalnom nivou u prvom i drugom trenutku merenja). Neki od utvrđenih longitudinalnih medijacionih efekata su se pokazali i na transverzalnom nivou i to u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta i upućuju na vremenski stabilne indirektno efekte. Međutim, većina utvrđenih longitudinalnih indirektnih efekata je drugačija u odnosu na one koji su utvrđeni na transverzalnom nivou što govori o dinamičnim odnosima reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta nakon IM.

## Provera pretpostavljenog smera odnosa varijabli u modelu u celini

Provera pretpostavljenog smera odnosa između reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja i funkcionisanja na Slici 3 i 4 izvršena je poređenjem utvrđenih značajnih parcijalnih efekata između subdimenzija ovih varijabli u pretpostavljenom i obrnutom smeru delovanja. Veliki broj varijabli, pre svega u okviru dimenzija reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja, i u ovom slučaju čini otežanom primenu modelovanja strukturnim jednačinama zbog kompleksnosti modela. Shodno tome, najpre je urađena serija regresionih analiza u cilju izdvajanja značajnih parcijalnih longitudinalnih efekata dimenzija reprezentacije bolesti u odnosu na aspekte kognitivnog prevladavanja i afektiviteta, ali i kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u odnosu na dimenzije reprezentacije bolesti, te kognitivnog prevladavanja i afektiviteta međusobno. Isti postupak je ponovljen za izdvajanje longitudinalnih efekata afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu na funkcionisanje, kao i efekata pridržavanja tretmana u odnosu na afektivitet i funkcionisanja u odnosu na pridržavanje tretmana (Slika 4). Nakon toga je izvršeno poređenje utvrđenih značajnih parcijalnih efekata između varijabli u pretpostavljenom i obrnutom smeru metodom ukrštenih korelacija, uz kontrolu autoregresivnih efekata pomoću SEM-a, a po modelu kao na Slici 13 (Newsom, 2015). U slučaju potvrde pretpostavljenog smera delovanja očekivano je bilo da korelacija/efekat između varijabli A1B2 bude veća/i od korelacije/efekta između varijabli B1A2.



**Slika 13.** Provera pretpostavljenog smera delovanja varijabli metodom ukrštenih korelacija

Najpre će biti prikazani utvrđeni značajni parcijalni longitudinalni efekti varijabli u pretpostavljenom i obrnutom smeru delovanja, a nakon toga i rezultati koji su dobijeni poređenjem utvrđenih veličina efekata tako izdvojenih parova varijabli uz kontrolu autoregresivnih efekata (A1A2 i B1B2 – Slika 13).

**Tabela 57**

*Predviđanje kognitivnih strategija emocionalne regulacije u drugom trenutku merenja na osnovu dimenzija reprezentacije bolesti u prvom trenutku merenja i dimenzija reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja na osnovu kognitivnih strategija emocionalne regulacije u prvom trenutku merenja*

<b>Prediktori dimenzije reprezentacije bolesti (T1)</b>	<b>– Kriterijumi kognitivne strategije emocionalne regulacije (T2)</b>	<b>– Prediktori kognitivne strategije emocionalne regulacije (T1)</b>	<b>– Kriterijumi dimenzije reprezentacije bolesti (T2)</b>
Trajanje ciklično ( $\beta = .308, t = 2.236, p < .05$ )	Samookrivljavanje	Planiranje ( $\beta = -.456, t = -2.465, p < .05$ )	Identitet
Trajanje ciklično ( $\beta = .255, t = 1.947, p = .057$ )	Perspektiva	Katastrofiziranje ( $\beta = .399, t = 2.340, p < .05$ )	Posledice
Uzročnost bihevioralni činioci ( $\beta = -.299, t = -2.444, p < .05$ )	Prihvatanje	Samookrivljavanje ( $\beta = .352, t = 2.317, p < .05$ )	Koherentnost
Uzročnost bihevioralni činioci ( $\beta = .192, t = 1.847, p = .070$ )	Okrivljavanje drugih	Samookrivljavanje ( $\beta = .317, t = 2.083, p < .05$ )	Uzročnost psihološki činioci
Identitet ( $\beta = .314, t = 2.579, p < .05$ )	Ruminiranje	Ruminiranje ( $\beta = .332, t = 2.017, p < .05$ )	Emocionalna reprezentacija
Posledice ( $\beta = .266, t = 2.172, p < .05$ )	Ruminiranje		
Trajanje akutno/hronično ( $\beta = -.284, t = -2.011, p < .05$ )	Planiranje		
Posledice ( $\beta = .369, t = 2.815, p < .05$ )	Planiranje		

< .01)	
Posledice ( $\beta = .241, t = 1.837, p = .072$ )	Pozitivna reformulacija
Posledice ( $\beta = .221, t = 2.025, p < .05$ )	Okrivljavanje drugih
Koherentnost ( $\beta = -.337, t = -2.532, p < .05$ )	Katastrofiziranje
Lična kontrola ( $\beta = -.321, t = -2.743, p < .01$ )	Okrivljavanje drugih
Uzročnost psihološki činioci ( $\beta = .468, t = 4.121, p < .001$ )	– Okrivljavanje drugih
Uzročnost – biološki/eksterni činioci ( $\beta = -.270, t = -2.386, p < .05$ )	Okrivljavanje drugih
Emocionalna reprezentacija ( $\beta = .271, t = 2.270, p < .05$ )	Katastrofiziranje
Emocionalna reprezentacija ( $\beta = .388, t = 3.399, p < .001$ )	Ruminiranje

*Napomena:* Prikazani su značajni efekti i efekti značajni na nivou trenda (boldirani efekti). T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja.

Rezultati pokazuju da postoji veći broj značajnih longitudinalnih efekata dimenzija reprezentacije bolesti na aspekte kognitivnog prevladavanja, negoli longitudinalnih efekata kognitivnog prevladavanja na pojedine dimenzije reprezentacije bolesti, ali je utvrđeno i da *pojedini aspekti kognitivnog prevladavanja (samookrivljavanje, ruminiranje, katastrofiziranje i planiranje) značajno longitudinalno predviđaju pojedine aspekte reprezentacije bolesti.*

Tabela 58

Poređenje efekata između dimenzija reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa

Međusobni efekti varijabli u odnosu na zadati smer odnosa	Nestandardizovani regresioni koeficijenti (B) i SE (B)	Standardizovani regresioni koeficijenti ( $\beta$ )
<b>Samookrivljanje2 ←- trajanje2</b>	<b>.413** (.129)</b>	<b>.284</b>
trajanje2 ←- Samookrivljanje1	.022 (.049)	.042
<b>Perspektiva2 ←- trajanje1</b>	<b>.399** (.152)</b>	<b>.281</b>
trajanje2 ←- Perspektiva1	.163 (.138)	.138
<b>Prihvatanje2 ←- bih_uzrok1</b>	<b>-.311** (.101)</b>	<b>-.333</b>
bih_uzrok2 ←- Prihvatanje1	.117 (.131)	.100
Planiranje2 ←- identitet1	.019 (.144)	.052
<b>identitet2 ←- Planiranje1</b>	<b>-1.209*** (.360)</b>	<b>-.355</b>
<b>Ruminiranje2 ←- identitet1</b>	<b>.127** (.049)</b>	<b>.301</b>
identitet2 ←- Ruminiranje1	-.039 (.355)	-.013
<b>Ruminiranje2 ←- posledice1</b>	<b>.328* (.148)</b>	<b>.255</b>
posledice2 ←- Ruminiranje1	.268* (.112)	.280
<b>Planiranje2 ←- posledice1</b>	<b>.284* (.192)</b>	<b>.254</b>
posledice2 ←- Planiranje1	-.052 (.128)	-.049
Okrivljanje drugih2 ←- posledice1	.040 (.100)	.045
posledice2 ←- Okrivljanje drugih1	-.051 (.154)	-.041
Pozreformulacija2 ←- posledice1	.281 (.147)	.210
posledice2 ←- Pozreformulacija1	-.030 (.117)	-.031
Katastrofiziranje2 ←- posledice1	.182 (.130)	.134
<b>posledice2 ←- Katastrofiziranje1</b>	<b>.293** (.097)</b>	<b>.349</b>
Planiranje2 ←- trajanjeah1	-.178 (.119)	-.176
trajanjeah2 ←- Planiranje1	.047 (.125)	.045
Katastrofiziranje2 ←- koherentnost1	-.193 (.111)	-.176
koherentnost2 ←- Katastrofiziranje1	-.040 (.112)	-.050
Okrivljanje drugih2 ←- lkontrola1	-.197 (.133)	-.162
lkontrola2 ←- Okrivljanje drugih1	.103 (.133)	.095
<b>Okrivljanje drugih2 ←- psi_uzrok1</b>	<b>.314*** (.085)</b>	<b>.384</b>
psi_uzrok2 ←- Okrivljanje drugih1	-.037 (.138)	-.028
Okrivljanje drugih2 ←- spobiol_uzrok1	-.060 (.122)	-.055
spobiol_uzrok2 ←- Okrivljanje drugih1	-.059 (.103)	-.062
Okrivljanje drugih2 ←- bih_uzrok1	-.103 (.083)	.136
bih_uzrok2 ←- Okrivljanje drugih1	.072 (.126)	.064
Katastrofiziranje2 ←- emrep1	-.030 (.115)	-.026
emrep2 ←- Katastrofiziranje1	.195 (.105)	.226
<b>Ruminiranje2 ←- emrep1</b>	<b>.342* (.138)</b>	<b>.316</b>
emrep2 ←- Ruminiranje1	.165 (.130)	.166

Samookrivljanje2 ←- koherentnost1	-.067 (.135)	-.057
<b>koherentnost2 ←- Samookrivljanje1</b>	<b>.187* (.083)</b>	<b>.259</b>
Samookrivljanje2 ←- psi_uzrok1	-.144 (.155)	-.110
psi_uzrok2 ←- Samookrivljanje1	.086 (.083)	.107

*Napomena:* Boldirani efekti su značajni. Efekti prikazani italikom su značajni u smeru suprotnom od pretpostavljenog. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

*Legenda:* trajanjec = ciklično trajanje, bih\_uzrok = uzročnost bihevioralni činioci; pozreformulacija= pozitivna reformulacija; trajanjeah = trajanje akutno/hronično; lkontrola = lična kontrola; psi\_uzrok = uzročnost psihološki činioci; spbiol\_uzrok = uzročnost bihevioralni činioci; emrep = emocionalna reprezentacija bolesti. Broj 1 u imenima varijabli se odnosi na prvi trenutak merenja. Broj 2 u imenima varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja.

Rezultati ukazuju na dinamične odnose reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja. *Pojedine inicijalne dimenzije reprezentacije bolesti bolje predviđaju određene aspekte kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca od IM, negoli obrnuto*, ali isto tako, pojedini aspekti kognitivnog prevladavanja u prvom trenutku merenja su bolji prediktori kasnijeg konstrukta bolesti (dimenzije reprezentacije bolesti u drugom trenutku) negoli obrnuto. Inicijalni identitet bolesti ima značajan efekat na ruminiranje 1,5–2 meseca od IM dok efekat inicijalnog ruminiranja na identitet bolesti u drugom trenutku merenja nije značajan. Inicijalna percepcija cikličnog trajanja bolesti ima značajan efekat na naknadno samookrivljanje i smeštanje stvari u perspektivu dok inicijalni efekti samookrivljanja i perspektive na kasniju percepciju cikličnog trajanja bolesti nisu značajni. Atribucija uzročnosti u odnosu na psihološke činioce na samom početku predviđa kasnije okrivljavanje drugih, dok okrivljavanje drugih na samom početku nema efekat na kasniju atribuciju uzročnosti u odnosu na psihološke činioce. Ista je situacija i za međusobni odnos atribucije uzročnosti u odnosu na bihevioralne činioce i prihvatanje. Inicijalno pripisivanje uzroka IM bihevioralnim činiocima doprinosi kasnijem prihvatanju, ali inicijalno prihvatanje IM ne doprinosi kasnijoj atribuciji uzročnosti u odnosu na bihevioralne činioce. Emocionalna reprezentacija bolesti na samom početku predviđa ruminiranje 1,5–2 meseca od IM, ali obrnuta veza nije utvrđena. Isto tako, inicijalna percepcija posledica ostvaruje značajan efekat na naknadno planiranje, ali efekat početnog planiranja na naknadne posledice nije značajan. Inicijalna percepcija posledica ostvaruje i značajan efekat na kasnije ruminiranje, međutim, *inicijalno ruminiranje ima nešto jači efekat u odnosu na kasniju percepciju posledica bolesti*. Efekti u suprotnom od pretpostavljenog smera su utvrđeni i u odnosu *inicijalnog katastrofiziranja i naknadne percepcije posledica bolesti*. U ovom slučaju čak *efekat inicijalne percepcije posledica na naknadno katastrofiziranje i nije značajan*. Takođe, *inicijalno samookrivljanje ima efekat na kasniju percepciju smisla bolesti (dimenzija koherentnost)*, dok *inicijalno opažanje smisla bolesti*



nema efekat na kasnije samookrivljanje. Inicijalno planiranje ostvaruje značajan efekat na kasniji opis većeg broja simptoma (dimenzija identitet), dok efekat inicijalnog opisivanja IM sa većim brojem simptoma na kasnije planiranje nije značajan. Ostali ispitivani efekti se nisu pokazali značajnim ni u pretpostavljenom, ni u obrnutom smeru odnosa kada se kontrolišu autoregresivni efekti.

**Tabela 59**

*Predviđanje afektiviteta u drugom trenutku merenja na osnovu dimenzija reprezentacije bolesti u prvom trenutku merenja i dimenzija reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja na osnovu afektiviteta u prvom trenutku merenja*

<b>Prediktori dimenzije reprezentacije bolesti (T1)</b>	<b>– Kriterijum afektivitet (T2)</b>	<b>– Prediktori afektivitet (T1)</b>	<b>– Kriterijum dimenzije reprezentacije bolesti (T2)</b>	<b>–</b>
Emocionalna reprezentacija ( $\beta = .399, t = 3.510, p < .01$ )	Negativni afektivitet	Negativni afektivitet ( $\beta = .333, t = 2.842, p < .01$ )	Emocionalna reprezentacija	
		Negativni afektivitet ( $\beta = .262, t = 2.176, p < .05$ )	Lična kontrola	
		Negativni afektivitet ( $\beta = .246, t = 2.029, p < .05$ )	Kontrola usled tretmana	
		Negativni afektivitet ( $\beta = .233, t = 1.969, p = .053$ )	Uzročnost psihološki činioci	–
		Pozitivni afektivitet ( $\beta = -.237, t = 1.999, p = .050$ )	Uzročnost psihološki činioci	–

*Napomena:* Prikazani su samo značajni efekti i efekti značajni na nivou trenda (boldirani efekti).

Rezultati pokazuju da se *pozitivnim i negativnim afektivitetom longitudinalno može predvideti više dimenzija reprezentacije bolesti* negoli što se *pojedinačnim dimenzijama reprezentacije bolesti longitudinalno može predvideti pozitivni i negativni afektivitet*. Naime, jedino se inicijalna emocionalna reprezentacija bolesti izdvaja kao značajni prediktor kasnijeg

negativnog afektiviteta, dok inicijalni negativni afektivitet ima značajni longitudinalni efekt pored emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti i na kognitivne dimenzije koje se odnose na percepciju kontrole, kako lične, tako i usled tretmana, a dok je efekat u odnosu na atribuciju uzročnosti prema psihološkim činiocima značajan na nivou trenda. S druge strane, inicijalni pozitivni afektivitet ostvaruje značajan efekat na kasniju atribuciju uzroka u odnosu na psihološke činioce.

**Tabela 60**

*Poređenje efekata između dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa*

Međusobni efekti varijabli u odnosu na zadata smer odnosa	Nestandardizovani regresioni koeficijenti (B) i SE (B)	Standardizovani regresioni koeficijenti (β)
<b>negaf2 ←- emrep1</b>	<b>.250* (.114)</b>	<b>.267</b>
<i>emrep2 ←- negaf1</i>	<i>.261* (.130)</i>	<i>.255</i>
negaf2 ←- lkontrola1	-.152 (.171)	-.099
<b>lkontrola2 ←- negaf1</b>	<b>.224* (.102)</b>	<b>.259</b>
negaf2 ←- tkontrola1	-.138 (.160)	-.097
<b>tkontrola2 ←- negaf1</b>	<b>.188* (.096)</b>	<b>.229</b>
negaf2 ←- psi_uzrok1	.088 (.123)	.088
psi_uzrok2 ←- negaf1	.058 (.114)	.056
<b>pozaf2 ←- psi_uzrok1</b>	<b>.227* (.101)</b>	<b>.245</b>
psi_uzrok2 ←- pozaf1	-.151 (.129)	-.18

*Napomena:* Boldirani efekti su značajni. Efekti prikazani italikom su značajni u smeru suprotnom od pretpostavljenog. \*  $p < .05$ .

Legenda: emrep = emocionalna reprezentacija; negaf = negativni afektivitet; lkontrola = lična kontrola; tkontrola = kontrola usled tretmana; psi\_uzrok = psihološki činioci uzročnosti; pozaf = pozitivni afektivitet. Broj 1 u imenima varijabli se odnosi na prvi trenutak merenja. Broj 2 u imenima varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja.

Poređenjem efekata između dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa je utvrđeno da su efekti u obrnutom smeru (od afektiviteta ka reprezentaciji bolesti) u podjednakom broju značajni kao i efekti u pretpostavljenom smeru odnosa (od emocionalne reprezentacije bolesti ka afektivitetu). Inicijalna emocionalna reprezentacija bolesti je nešto jači prediktor kasnijeg doživljaja negativnog afektiviteta, negoli što inicijalni doživljaj negativnog afektiviteta predviđa kasniju emocionalnu reprezentaciju bolesti. Psihološki činioci uzročnosti neposredno nakon IM predviđaju kasniji doživljaj pozitivnog afektiviteta, dok obrnuti efekat nije značajan. S druge strane, inicijalni negativni afektivitet

predviđa kasniju percepciju kako lične, tako i kontrole usled tretmana, ali efekti u obrnutom smeru nisu utvrđeni. Ostali ispitivani efekti se nisu pokazali značajnim ni u pretpostavljenom ni u obrnutom smeru. I ovi nalazi ukazuju na kompleksnost međusobnih odnosa konstrukta bolesti i afektiviteta.

**Tabela 61**

*Predviđanje afektiviteta u drugom trenutku merenja na osnovu kognitivnih strategija emocionalne regulacije u prvom trenutku merenja i kognitivnih strategija emocionalne regulacije u drugom trenutku merenja na osnovu afektiviteta u prvom trenutku merenja*

<b>Prediktori dimenzije kognitivnog prevladavanja (T1)</b>	<b>– Kriterijum afektivitet (T2)</b>	<b>– Prediktori afektivitet (T1)</b>	<b>– Kriterijum dimenzije kognitivnog prevladavanja (T2)</b>
/	/	Negativni afektivitet ( $\beta = .391, t = 3.428, p < .01$ )	Ruminiranje
/	/	Negativni afektivitet ( $\beta = .307, t = 2.647, p < .05$ )	Katastrofiziranje
/	/	Pozitivni afektivitet ( $\beta = .436, t = 3.885, p < .001$ )	Pozitivno reuokviravanje
/	/	Pozitivni afektivitet ( $\beta = .309, t = 2.598, p < .05$ )	Pozitivna reformulacija
/	/	Pozitivni afektivitet ( $\beta = .351, t = 3.081, p < .01$ )	Perspektiva

*Napomena:* Prikazani su samo značajni efekti.

Utvrđeno je da inicijalni kognitivni aspekti prevladavanja nemaju značajan efekat na kasniji doživljaj pozitivnog i negativnog afektiviteta, dok se s druge strane, inicijalni doživljaji pozitivnog afektiviteta pokazuju značajnim za kasnije pozitivno reuokviravanje i pozitivnu reformulaciju, kao i za smeštanje stvari u perspektivu, a inicijalni doživljaj negativnog afektiviteta za kasnije ruminiranje i katastrofiziranje. Na većim uzorcima se može govoriti i o pozitivnom

efektu negativnog afektiviteta na smeštanje stvari u perspektivu i okrivljavanje drugih (Tabela 24, Prilog 2).

**Tabela 62**

*Poređenje efekata između dimenzija kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa*

Međusobni efekti varijabli u odnosu na zadati smer odnosa	Nestandardizovani regresioni koeficijenti (B) i SE (B)	Standardizovani regresioni koeficijenti ( $\beta$ )
<b>Pozreuokvir2 &lt;--- pozaf1</b>	<b>.604*** (.178)</b>	<b>.400</b>
pozaf2 <--- Pozreuokvir1	.147 (.096)	.189
Pozreformulacija2 <--- pozaf1	.298 (.166)	.206
<b>pozaf2 &lt;--- Pozreformulacija1</b>	<b>.237* (.098)</b>	<b>.279</b>
<b>Perspektiva2 &lt;--- pozaf1</b>	<b>.365** (.132)</b>	<b>.304</b>
pozaf2 <--- Perspektiva1	.217 (.126)	.195
Katastrofiziranje2 <--- negaf1	.041 (.128)	.035
negaf2 <--- Katastrofiziranje1	.136 (.104)	.167
<b>Ruminiranje2 &lt;--- negaf1</b>	<b>.365** (.141)</b>	<b>.330</b>
negaf2 <--- Ruminiranje1	.227 (.116)	.244

*Napomena:* Boldirani efekti su značajni.

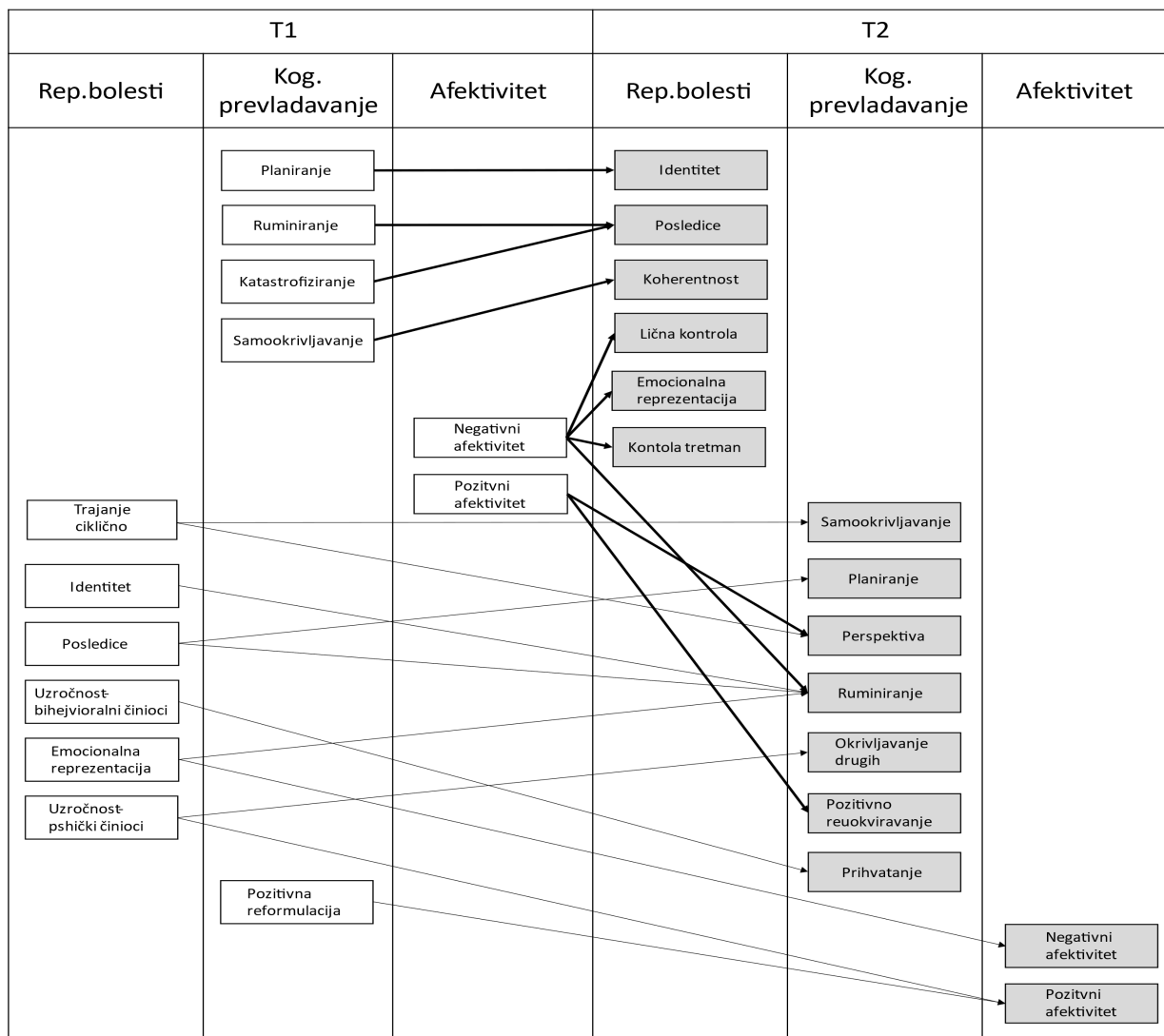
\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Legenda: pozaf = pozitivni afektivitet; pozreuokvir = pozitivno reuokviravanje; pozreformulacija = pozitivna reformulacija; negaf = negativni afektivitet. Broj 1 u imenu varijabli se odnosi na prvi trenutak merenja. Broj 2 u imenu varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja.

Inicijalna pozitivna reformulacija događaja ostvaruje efekat na pozitivni afektivitet nakon 1,5–2 meseca od IM, dok efekat u obrnutom smeru nije utvrđen. *Inicijalni doživljaj pozitivnog afektiviteta ima efekat na kasnije pozitivno reuokviranje i smeštanje stvari u perspektivu, dok efekti u obrnutom smeru nisu utvrđeni. Inicijalni negativni afektivitet ima efekat na kasnije ruminiranje, dok efekat u obrnutom smeru nije utvrđen.* I ovi nalazi govore u prilog kompleksnim međusobnim relacijama između kognitivnog prevladavanja i afektiviteta.

Nisu utvrđeni značajni parcijalni efekti pozitivnog i negativnog afektiviteta u drugom trenutku merenja na pridržavanje tretmana u trećem trenutku merenja, niti značajni parcijalni efekti pridržavanja tretmana u trećem trenutku merenja na pozitivni i negativni afektivitet u drugom trenutku merenja. Sa povećanjem statističke snage se može govoriti o negativnom efektu znanja u vezi sa uzimanjem lekova 1,5–2 meseca od IM na pozitivni afektivitet 3–4 meseca od IM (Tabela

26, Prilog 2). Nisu utvrđeni ni značajni parcijalni efekti pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja na funkcionisanje u trećem trenutku merenja, kao ni značajni parcijalni efekti funkcionisanja u trećem trenutku merenja na pridržavanje tretmana u drugom trenutku merenja. Međutim, sa imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, dodatno je utvrđen negativni efekat modifikacije uzimanja lekova u odnosu na jači stepen ometanja od bolesti (Tabela 28, Prilog 2). Shodno tome, nije bilo moguće porediti efekte među ovim varijablama u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa. Međutim, na većim uzorcima bi se potencijalno mogao razmatrati efekat pridržavanja tretmana na kasniji emocionalni doživljaj (Tabela 27, Prilog 2) umesto efekta emocionalnog doživljaja na pridržavanje tretmana kao što je pretpostavljeno (Slike 3 i 4). S druge strane, ni sa imputacijom nedostajućih vrednosti longitudinalni efekti pridržavanja tretmana i funkcionisanja nisu bili značajni ni u pretpostavljenom ni u obrnutom smeru (Tabela 29, Prilog 2). Utvrđeni značajni efekti u oba smera sumirani su grafički na Slici 14, a potom je ovako postavljen integrativni model odnosa proveren metodom SEM.

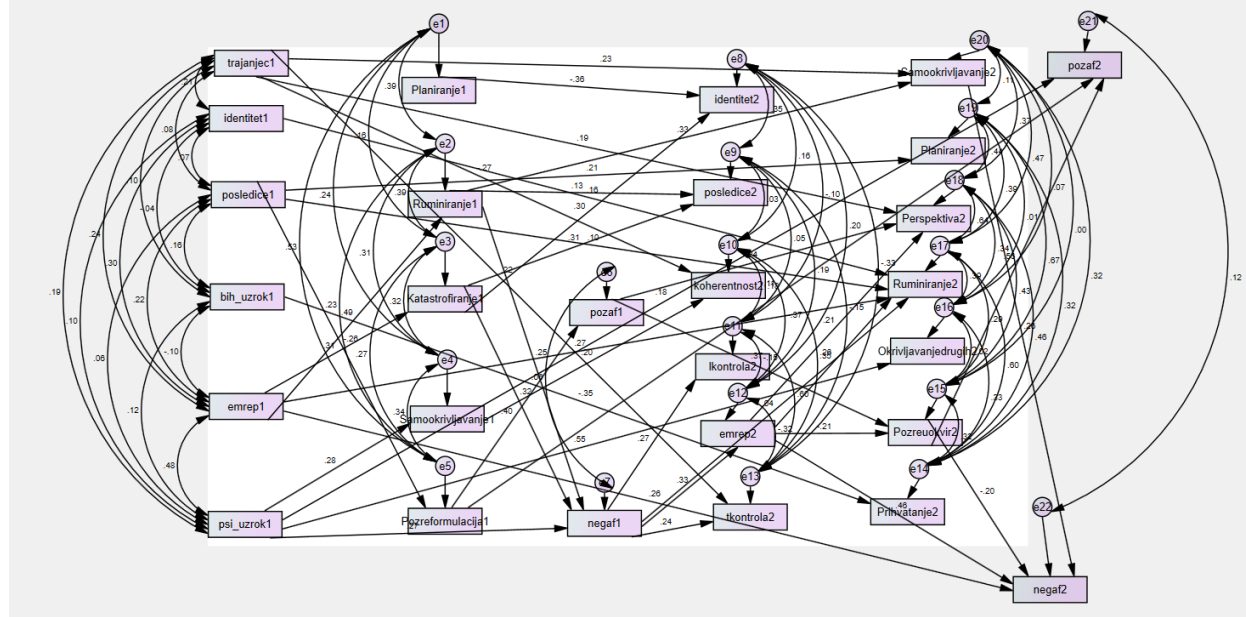


**Slika 14.** Sumirani značajni efekti i njihov smer delovanja

*Legenda:* Tanja strelica pokazuje značajne efekte u pretpostavljenom smeru delovanja; deblja strelica pokazuje efekte u suprotnom od pretpostavljenog smera delovanja. Rep.bolesti = reprezentacija bolesti; Kog.prevladavanje = kognitivno prevladavanje.

Provera ovakvog parsimoničnog integrativnog modela je ukazala na potrebu za respecifikacijama koje su podrazumevale uključivanje odnosa na transverzalnom nivou između reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta. Sa uvođenjem transverzalnih odnosa, može se reći da su utvrđeni zadovoljavajući indeksi uklapanja podataka u model  $FIML\chi^2(275) = 382.281$ ,  $CFI = .860$ ,  $TLI = .794$ ,  $RMSEA = .056$ ,  $90\% CI [.042, .069]$ . Nešto niži indeksi relativnog fita ( $CFI$  i  $TLI$ ) mogu se objasniti kompleksnošću samog modela (Olaru et al.,

2015), dok je indeks relativnog fita, RMSEA zadovoljavajući. Ovako proveren integrativni model odnosa potvrđuje uzajamne i kompleksne relacije koje postoje između reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta. U nastavku je data slika finalnog modela međusobnih odnosa. Slika je kompleksna i teško čitljiva, tako da je data samo kao potkrepljenje za provereni model, a ne sa idejom tumačenja pojedinačnih relacija, jer su one već specifikovane i obrazložene kroz dosadašnje rezultate.



**Slika 15.** Integrativni model odnosa reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta

*Napomena:* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Vrednosti koeficijenta koje su manje od .20 nisu značajne.

*Legenda:* trajanjec1 = ciklično trajanje; bih\_uzrok = uzročnost – bihevioralni činioci; emrep = emocionalna reprezentacija bolesti; psi\_uzrok = uzročnost – psihološki činioci; lkontrola = lična kontrola; tkontrola = kontrola usled tretmana; pozreformulacija = pozitivna reformulacija; pozreuo okvir = pozitivno reuo kviravanje; pozaf = pozitivni afektivitet; negaf = negativni afektivitet. Broj 1 u nazivu varijabli se odnosi na prvi trenutak merenja (T1); Broj 2 u nazivu varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja (T2).

### **Sumiranje rezultata koji se odnose na proveru pretpostavljenog smera delovanja varijabli u modelu**

Proverom pretpostavljenog smera odnosa među varijablama (Slika 4) utvrđeni su značajni efekti i u pretpostavljenom, ali u obrnutom smeru između reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta, što ukazuje na njihove dvosmerne, dinamične i kompleksne

međudnose. Inicijalno formirana reprezentacija bolesti je u pojedinim slučajevima bolji prediktor kasnijeg kognitivnog prevladavanja (prevladavanje nakon 1,5–2 meseca od IM), ali isto tako inicijalno kognitivno prevladavanje je u pojedinim slučajevima bolji prediktor kasnijeg konstrukta bolesti (reprezentacija bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM). Slični rezultati su dobijeni i za međusobne odnose konstrukta bolesti i afektiviteta. Podjednak broj značajnih efekta je utvrđen i u pretpostavljenom i u obrnutom smeru odnosa. Provera pretpostavljenog smera delovanja pokazuje i dvosmerne međusobne odnose kognitivnog prevladavanja i afektiviteta. U nekim slučajevima inicijalni aspekti kognitivnog prevladavanja imaju značajan efekat na kasniji emocionalni doživljaj (nakon 1,5–2 meseca od IM), dok obrnuti efekti nisu utvrđeni, ali isto i inicijalni emocionalni doživljaj ima značajan efekat na neke aspekte kasnijeg kognitivnog prevladavanja (1,5–2 meseca od IM), dok obrnuti efekti nisu utvrđeni. Sve skupa, poređenjem efekata u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa između varijabli je utvrđeno da se ne može uvek govoriti o pretpostavljenom smeru odnosa između reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta. Iako je taj smer održiv u pojedinim slučajevima, isto tako postoje značajni efekti i u suprotnom smeru, što ukazuje na kompleksne međusobne odnose ovih konstrukata. Kako nisu utvrđeni međusobni efekti afektiviteta, pridržavanja tretmana i funkcionisanja, nije ni bilo moguće proveriti njihov pretpostavljeni smer delovanja na ovaj način. Međutim, i ovde potencijalno treba razmatrati efekte u suprotnom od pretpostavljenog smera delovanja, jer se efekat pridržavanja tretmana na kasniji emocionalni doživljaj može pokazati značajnim na većim uzorcima (rezultati koji su utvrđeni imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, Tabela 27, Prilog 2).

### **Kvalitativna analiza sadržaja u odnosu na zadate kategorije**

Radi boljeg razumevanja razmišljanja, doživljaja i ponašanja ispitanika u vezi sa IM urađena je kvalitativna analiza sadržaja u odnosu na zadate kategorije – razmišljanje o IM (*kognitivna komponenta*), doživljaj u vezi sa IM (*emocionalna komponenta*) i promene nakon IM (*ponašajna komponenta*). U kvalitativnu analizu su ušli odgovori na pitanja: „Šta ste prvo pomisli kada su simptomi javili?“ „Šta ste pomislili kada ste saznali da ste imali IM?“ (kognitivna komponenta), „Jeste li se uplašili?“ „Da li ste osetili još nešto sem straha?“ i „Šta vam je najteže u vezi sa IM koji ste doživeli?“ (emocionalna komponenta) i „Šta će se promeniti nakon IM?“ (ponašajna komponenta). Pored ovoga, beleženi su odgovori ispitanika u odnosu na opis simptoma



i biće prikazani kao kvalitativna dopuna dimenziji reprezentacije bolesti koja se odnosi na identitet. Odgovori su prikupljeni i doslovno zabeleženi tokom (kontaktnog) intervjua, u prvom trenutku merenja, neposredno nakon IM, tokom hospitalizacije.

Za praćenje promena u razmišljanju, doživljaju i ponašanju nakon IM analizirani su odgovori koje su ispitanici davali na pitanja: „O čemu najčešće razmišljate nakon infarkta?” (kognitivna komponenta), „Kako se osećate u vezi sa IM koji ste preživeli?” (emocionalna komponenta) i „Šta se u Vašem životu promenilo nakon infarkta?” (ponašajna komponenta), a na koje su ispitanici davali odgovore prilikom popunjavanja testovne baterije u okviru praćenja nakon 1,5–2 meseca od IM i 3–4 meseca od IM. Ispitanici su imali instrukciju da u nekoliko rečenica odgovore na zadata pitanja. Sledi prikaz analize sadržaja u odnosu na zadate kategorije neposredno nakon IM.

**Tabela 63**

*Opis simptoma*

<b>Simptomi</b>	<b>Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji</b>
Bol, stezanje i/ili pritisak u grudima	13
Ubrzan rad srca	1
Teškoće sa disanjem	3
Bolovi i/ili trnjenje drugih delova tela, grčenje mišića (ruke, vilica, vrat, leđa zglobovi)	12
Gastrointestinalne tegobe (podrigivanje, pečenje i stezanje u želucu mučnina, povraćanje (ili nagon za povraćanjem)	6
Opšta slabost (umor, gubitak snage, malaksalost, znojenje, bledilo, pad u nesvest)	11

Dimenziju identitet prema opisu pacijenata čine: (jak) bol (stezanje, pritisak, pečenje) u grudima, („Kao da će da mi pukne grudni koš”, „Kao da sam ježa stavila u grudi”, „Kao da imam teg na grudima“), bol i/ili trnjenje u drugim delovima tela (ruke, vilica, ramena, zglobovi, vrat, leđa, grlo), opšta slabost (umor, malaksalost, gubitak snage, znojenje, bledilo), gastrointestinalne tegobe (podrigivanje, pečenje i stezanje u želucu mučnina, povraćanje ili nagon za povraćanjem), teškoće sa disanjem (gubitak daha, gušenje) i ubrzan rad srca.

**Tabela 64***Razmišljanja o IM neposredno nakon samog događaja*

<b>Glavne kategorije odgovora</b>	<b>Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji</b>
<b>Povezivanje simptoma sa infarktom</b> („Ovo je infarkt, znao sam – pričali su mi ranije kako izgleda“, što pre zvatı pomoć, očekivanje da se IM desi)	13
<b>Neverica</b> („Zašto baš meni?“ „Zašto baš sada?“ „Ne mogu da shvatim da se to dogodilo, nisam očekivala/uzimala sam lekove redovno“, proći će simptomi)	7
<b>Smrt i razmišljanja o porodici</b> („Zašto baš sad da napustim ovaj svet kad sam sve organizovao?“, „Mogla sam da nestanem“, „Bolje da umrem kod kuće“, „Da li ću preživeti?“ „Ili ću da umrem ili ne“ „Ljudi umiru od infarkta“, ovo je opasno, ovo je ozbiljno, bitno je preživeti, trenutna smrt brata od IM, „Otac je umro od IM godinu dana mladi“, „ćerku nisam video godinama“)	14
<b>Organizacija aktivnosti</b> („Koga da zovem da organizujem posao“, šta dalje)	2

Razmišljanja neposredno nakon IM se prevashodno odnose na smrt i razmišljanja o porodici. U okviru ove kategorije se izdvajaju odgovori na temu umiranja, odnosno preživljavanja, asociranja događaja sa smrću bliskih srodnika koji su umrli od IM, kao i odgovori koji se odnose na razmišljanja o članovima porodice sa kojima osobe dugo nisu bile u kontaktu. Pored toga, izdvajaju se odgovori koji se odnose na povezivanje simptoma sa infarktom u smislu prepoznavanja ili naslućivanja da se radi o IM i da što pre treba potražiti pomoć, ali isto tako i odgovori koji se odnose na nevericu ispitanika da su preživeli IM – „Zašto baš meni?“ i odgovori koji se tiču organizacije aktivnosti (za vreme oporavka).

**Tabela 65***Emocionalni doživljaj neposredno nakon IM*

<b>Glavne kategorije odgovora</b>	<b>Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji</b>
<b>Strah/uznemirenost</b> (Za sebe, za bližnje, od vezanosti za krevet)	11

<b>Depresivno raspoloženje</b> (Bespomoćnost/nemoć, poraz, tuga, krivica, tuga za bližnje)	4
<b>Prihvatanje/mirenje sa situacijom</b> („Šta je tu je, da vidimo šta ćemo sad“, „Živiš normalno pa šta bude“, „Pustila sam da stvari idu svojim tokom – uvek ima neki izlaz“)	6

Doživljaj ispitanika neposredno nakon IM se najčešće odnosi na strah i uznemirenost bilo za sebe, bilo za bližnje. Pored toga, prisutni su odgovori koji podrazumevaju prihvatanje samog događaja – „Šta je tu je...“, ali i odgovori koji se odnose na depresivno raspoloženje (tuga jer se desio IM, žalost za bližnje, krivica, doživljaj bespomoćnosti).

**Tabela 66**

*Promene koje će uslediti nakon IM*

<b>Glavne kategorije odgovora</b>	<b>Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji</b>
<b>Usporavanje ritma života</b> („Da spustim malo loptu“, „Neću moći da radim neke stvari“, „Povući ću se na selo“)	5
<b>Bez promena u ponašanju ili teškoće u promeni</b>	2
<b>Pojačana briga za zdravlje</b> (Prestanak pušenja, umerena fizička aktivnost, zdravija ishrana)	4
<b>Neplaniranje budućnosti</b> („Više ništa ne planiram, svaki dan je poklon“)	2

Promene koje su pacijenti anticipirali nakon IM su se uglavnom odnosile na usporavanje ritma života i pojačanu brigu o zdravlju u smislu promene životnog stila kroz umerene aktivnosti, poboljšanje ishrane, prestanak kompromitujućih životnih navika poput pušenja. Bilo je i onih koji su opažali teškoće u promeni ponašanja ili smatrali da ništa neće promeniti, kao i onih koji su govorili o odsustvu bilo kakvog planiranja u odnosu na budućnost.

*Razmišljanja, osećanja i ponašanja pacijenata nakon IM*

**Tabela 67**

*Razmišljanja nakon 1,5–2 i nakon 3–4 meseca od IM*

1,5–2 meseca od IM		3–4 meseca od IM	
Glavne kategorije odgovora	Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji	Glavne kategorije odgovora	Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji
<b>Oporavak i poboljšanje zdravlja</b>	13	<b>Oporavak i poboljšanje zdravlja</b>	6
<b>Pozitivno razmišljanje</b> (Ohrabriti svoju porodicu, zamišljanja lepih događaja sa porodicom i prijateljima, vratiti se poslu, dočekati penziju)	4		
<b>Organizacija svakodnevnog života</b> (Porodica, posao, finansije)	4	<b>Organizacija svakodnevnog života</b> (Porodica, posao, finansije)	6
<b>Ograničenja</b> (Preispitivanje sopstvenih kapaciteta (radnih i fizičkih) – „konac je konac, ali sa čvorom”, vraćanje uobičajenim aktivnostima)	7	<b>Ograničenja</b> (preispitivanje sopstvenih kapaciteta (radnih i fizičkih), vraćanje uobičajenim aktivnostima)	5
<b>Preispitivanje smisla života – traženje smisla u preživljenom iskustvu</b> („Život je tanka nit koja je toliko napeta da nikad ne znaš kad će pući”, razmišljanja o greškama, propuštenom, o svojoj beskorisnosti, o smrti)	5		
		<b>Smrt, promena negativnih osećanja</b>	2
<b>Traženje smisla bolesti</b> (Razmišljanja o bolesti, zbog čega se to desilo, kako je to moglo da se desi bez prethodnih tegoba)	6	<b>Traženje smisla bolesti</b> („Kako mene to da snađe, zašto se to meni desilo”, razmišljanja o radu srca, razlozima bolova)	5
<b>Planovi za budućnost</b> (Kako dalje, šta raditi, kako	5	<b>Planovi za budućnost</b> (Šta će biti sutra, „da li	3

---

organizovati život nadalje)

---

ću dobiti penziju“,  
buduće intervencije)

---

Razmišljanja pacijenata 1,5–2 meseca od IM su najviše bila usmerena na oporavak i poboljšanje zdravlja, kao i na ograničenja koja će nastupiti zbog bolesti u smislu preispitivanja i testiranja sopstvenih radnih i fizičkih kapaciteta. Takođe, beleže se i kategorije odgovora koje se odnose na traženje smisla bolesti (razmišljanje o infarktu, razlozima zašto se dogodio) i preživljenog iskustva, tj. preispitivanje smisla života (razmišljanja o konačnosti života, propuštenom, počinjenim greškama). Javljaju se i razmišljanja koja su u vezi planovima za budućnost i organizaciju života nadalje, ali i razmišljanja koja se odnose na aktuelnu organizaciju života, kao i pozitivna razmišljanja u odnosu na važne aspekte života poput porodice i prijatelja.

Ove kategorije odgovora su uglavnom prisutne i 3–4 meseca od IM. Međutim, za razliku od drugog praćenja, ovde se više ne izdvaja kategorija koja se odnosi na pozitivna razmišljanja u odnosu na važne aspekte života, niti se može govoriti o zasebnoj kategoriji koja se odnosi na preispitivanje smisla života. S druge strane, za razliku od drugog, u trećem praćenju se izdvajaju razmišljanja koja se odnose na smrt i negativna osećanja, te i potreba za promenom ovih misli.

### Tabela 68

*Emocionalni doživljaj nakon 1,5–2 i 3–4 meseca od IM*

1,5–2 meseca od IM		3–4 meseca od IM	
Glavne kategorije odgovora	Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji	Glavne kategorije odgovora	Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji
<b>Depresivni doživljaj</b> (Usamljenost/gubitak, nezadovoljstvo, poniženost, razočaranje, bespomoćnost, krivica, žal za prethodnim životom)	9	<b>Depresivni doživljaj</b> (Gubitak nade (u ozdravljenje), tuga, nezadovoljstvo, sputanost, umor, bespomoćnost, beskorisnost)	7
<b>Ljutnja/bes</b>	2		
<b>Anksiozni doživljaj</b> (Strah, zabrinutost (od novog IM), nervoza, napetost)	7	<b>Anksiozni doživljaj</b> (Strah (za život/od smrti), panika, neizvesnost/nesigurnost, uznemirenost, zabrinutost,	8

		nervoza, napetost)	
<b>Oprez/opomena</b>	1	<b>Oprez/opomena</b>	3
<b>Fizičke promene</b> (Malaksalost, umor, nestabilnost)	2		
<b>Boljitak</b> (Poboljšanje opšteg stanja, spavanja, disanja)	6	<b>Boljitak</b> (Poboljšanje opšteg stanja)	2
<b>Pozitivna osećanja</b> (Vera u prevazilaženje teškoća/posledica, nada, zahvalnost (lekarima))	4	<b>Pozitivna osećanja</b> (Radost zbog preživljavanja)	1
<b>Prihvatanje</b> („Desilo se, šta bude“)	3	<b>Prihvatanje, mir/smirenost</b>	3
<b>Poricanje</b> („Kao da ga nisam doživeo, sve mi je normalno“)	2	<b>Poricanje</b> („Nije me strah, ponašam se kao da se ništa nije dogodilo“, „Sasvim normalan život vodim“, „Osećam se isto kao i ranije, kao da ga nije bilo“)	3
<b>Iznenadenje/Zbunjenost</b> (Bez prethodnih indikacija)	2	<b>Iznenadenje/Zbunjenost</b>	1

Kao glavne kategorije odgovora u odnosu na doživljaj pacijenata nakon IM (1,5–2 i 3–4 meseca od samog događaja) izdvajaju se depresivnost i anksioznost u vezi sa infarktom. Međutim, ispitanici nakon 1,5–2 meseca izveštavaju i o poboljšanju opšteg fizičkog stanja, ali i o pozitivnim osećanjima koja se odnose na veru i nadu u uspešan oporavak i doživljaj zahvalnosti prema lekarima zbog prevladavanja samog događaja. Kao manje učestale kategorije odgovora se izdvajaju ljutnja/bes, prihvatanje IM, poricanje i iznenadenje/zbunjenost u odnosu na sam događaj, isticanje lošeg fizičkog stanja i doživljaj opreza nakon IM.

Slične kategorije doživljaja se sreću i u trećem praćenju, 3–4 meseca od IM. Ovde se ne beleži doživljaj ljutnje i izveštavanje o lošem fizičkom stanju, dok su ostale kategorije doživljaja prisutne i dalje.

Tabela 69

Promene nakon 1,5–2 i 3–4 meseca od IM

1,5–2 meseca od IM		3–4 meseca od IM	
Glavne kategorije odgovora	Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji	Glavne kategorije odgovora	Broj odgovora ispitanika koji pripada kategoriji
<b>Usporavanje ritma života</b> (Smanjen obim posla/preraspodela, smanjenje fizičkog rada/kućnih poslova, lagane fizičke aktivnosti/više odmora)	10	<b>Usporavanje ritma života</b> (Smanjen obim posla/preraspodela, smanjenje fizičkog rada/kućnih poslova, lagane fizičke aktivnosti/više odmora i rekreacije)	7
<b>Teškoće</b> (Redukcija zadovoljstva, socijalnih kontakata i fizičke aktivnosti, seksualnih aktivnosti, putovanja, finansijske teškoće)	8	<b>Teškoće</b> (Redukcija zadovoljstva, socijalnih kontakata i fizičke aktivnosti, finansijske teškoće)	6
<b>Pojačana briga o zdravlju</b> (Promene u ishrani, prestanak pušenja)	9	<b>Pojačana briga o zdravlju</b> (Promene u ishrani, vakcinacija protiv sezonskog gripa)	7
<b>Promena prioriteta i stila življenja</b> („Više vodim računa o tome šta su mi prioriteta, više cenim život”, manje nerviranja i stresa, promena razmišljanja o životu – „život je samo jedan”, okretanje veri, više vremena sa porodicom)	8	<b>Promena prioriteta i stila življenja</b> (Odmerenost u radu, promena razmišljanja o životu, okretanje veri, manje stresa, više vremena sa porodicom)	6
<b>Pridržavanje tretmana/uzimanje puno lekova</b>	4	<b>Pridržavanje tretmana/uzimanje puno lekova</b>	2
<b>Bez promena</b>	2		

Najzastupljenije kategorije odgovora u vezi sa promenama koje su nastupile nakon IM se tiču usporavanja ritma života u smislu smanjenja obima i preraspodela poslova, smanjenja fizičkog rada na račun lagane fizičke aktivnosti i rekreacije, i pojačane brige o zdravlju u smislu redukcije

loših životnih navika koje se tiču neadekvatne ishrane i pušenja. S tim u vezi su i promene u prioritetima i stilu življenja (redukcija stresa, okretanje važnijim aspektima života nasuprot manje važnim). Učestala kategorija odgovora se odnosi i na percipirane teškoće nakon IM u smislu raznih ograničenja i redukciju životnih zadovoljstava (socijalni kontakti, seksualne aktivnosti, hobiji). Kao manje učestale promene, pacijenti navode pojačano uzimanje lekova. Pomenute kategorije odgovora se odnose i na period od 1,5 do 2 meseca od IM i na period od 3 do 4 meseca od IM. Ima ispitanika koji nakon 1,5–2 meseca od IM ne izveštavaju ni o kakvim promenama, dok se ova kategorija odgovora ne beleži u trećem praćenju.



## Diskusija

Osnovni cilj ovog istraživanja bio je pokušaj rasvetljavanja međusobnih odnosa psihološke reprezentacije infarkta miokarda (IM), različitih aspekata prevladavanja i funkcionisanja pacijenata nakon bolesti. Konkretnije, nastojali smo da proverimo kakav efekat percepcija, tj. konstrukt bolesti, koji se formira u vezi sa IM, ostvaruje na kognitivno, emocionalno i ponašajno prevladavanje i kako sve to skupa doprinosi funkcionalnosti osoba koje su preživele srčani udar.

Infarkt miokarda se najčešće opaža kao neočekivani i životno ugrožavajući događaj. Saznanje da su imali infarkt je kod mnogih ljudi povezano sa intenzivnim doživljajem straha od smrti, gubitka kontrole i bespomoćnosti imajući u vidu rizik koji bolest može da ima po njihov život i zdravlje (Princip et al., 2018). Pored neizbežnih somatskih i funkcionalnih, IM ima i različite psihološke efekte na osobu, utičući na njen životni stil i remeteći svakodnevno funkcionisanje (Arrebola-Moreno et al., 2020; Granados-Gámez et al., 2015; Morys et al., 2015). Shodno tome u brojnim studijama je istaknuta važnost psiholoških činioca u procesu oporavka nakon IM (npr. DuBois et al., 2012). S tim u vezi, u ovom istraživanju je ispitano kakve efekte kognitivna (opis simptoma, percepcija trajanja, posledica, kontrole, uzročnosti i razumevanja bolesti) i emocionalna reprezentacija IM (doživljaj straha, besa i distresa) mogu imati na aspekte kognitivnog (samookrivljavanje, prihvatanje, ruminiranje, planiranje, pozitivno reuokviravanje, pozitivna reformulacija, smeštanje stvari u perspektivu, katastrofiziranje i okrivljavanje drugih), emocionalnog (pozitivni i negativni afektivitet) i ponašajnog prevladavanja (pridržavanje tretmana – znanje o uzimanju lekova, zaboravljanje i modifikacija u odnosu na uzimanje lekova) i koje sve sfere života mogu biti pri tom ometene (doživljaj osobe da je zdrava, ishrana, radna i fizička sposobnost, finansije, socijalni i partnerski odnosi i ostale rekreativne, društvene i religiozne aktivnosti, samoaktualizacija). Teorijski kontekst za razumevanje pretpostavljenih odnosa bio je zdravorazumski model samoregulacije (CSM; Leventhal et al., 2016a) kao jedan od najčešće korišćenih modela za razumevanje psihološkog konstrukta bolesti i efekata koji on može imati na prevladavanje i različite zdravstveno relevantne ishode. U osnovi modela je pretpostavka da ljudi imaju prirodnu želju da razumeju svoju bolest kako bi aktivirali i/ili razvili adekvatne načine prilagođavanja i na bolest i na ulogu pacijenta (Bishop & Converse, 1986; Hagger & Orbell, 2003). Kognicija i emocije sadržane u reprezentaciji bolesti pokreću aktiviranje strategija prevladavanja u cilju regulacije emocija i poboljšanja zdravstveno relevantnih ishoda u ponašanju prema bolesti

(Slika 2). Povratno, osoba procenjuje efekat preduzetih aktivnosti na ishod bolesti što može da dovede do promene načina prevladavanja, ali i same reprezentacije bolesti (Broadbent et al., 2015). Pitanja koja su proizašla iz dosadašnjih istraživanja modela samoregulacije, a na koje je pokušano da se odgovori u ovom istraživanju su se ticala udela koji kognitivni i emocionalni faktori kroz reprezentaciju bolesti imaju u pokretanju različitih aspekata prevladavanja (na kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom planu) i samim tim direktno i/ili indirektno na funkcionisanje osoba nakon IM. U cilju rasvetljavanja dinamike pomenutih odnosa, praćene su promene u ispitivanim varijablama i njihovim međusobnim odnosima merenjem u tri trenutka (neposredno nakon IM, nakon 1,5–2 meseca od IM i 3–4 meseca od IM).

Istraživanje je sprovedeno na inicijalnom uzorku (T1) od 114 pacijenata koji su prvi put doživeli IM i zbog toga bili hospitalizovani. Prvenstveno su to bile osobe muškog pola, srednjeg obrazovanja, u braku i osrednjeg materijalnog statusa. Za drugi trenutak merenja (T2), nakon 1,5–2 meseca se odazvalo 67 ispitanika (stopa odgovora 58.77 %), a za treći (T3) 49 (stopa odgovora 73.13% u odnosu na T2 i 42.98% u odnosu na T1). Uzorak je prikupljen na Klinici za kardiologiju UKC Niš i manjim delom na Institutu za kardiovaskularne bolesti Dedinje. Osipanje ispitanika tokom praćenja je u longitudinalnim istraživanjima pre pravilo nego izuzetak, ali može biti veliki problem, naročito ukoliko je sistematsko, jer podrazumeva pristrasnost u utvrđenim nalazima (npr. Enders, 2010; Newman, 2014; Tabachnick & Fidel, 2012). Kako na većini ispitivanih varijabli nisu dobijene razlike između ispitanika koji su učestvovali u praćenju i onih koji nisu, može se smatrati da je u ovom istraživanju osipanje pre bilo posledica slučaja. Shodno tome, nedostajući podaci na nivou ajtema i konstrukata su zamenjeni metodom maksimizacije procene baziranoj na metodi maksimalne verodostojnosti, kao jednoj od najadekvatnijih metoda za imputaciju nedostajućih vrednosti (npr. Enders, 2010). Ipak, imajući u vidu da su registrovane razlike na pojedinim varijablama (prevladavanje koje podrazumeva okrivljavanje drugih, percepcija posledica, pozitivni afektivitet) između ispitanika koji su učestvovali u svim fazama istraživanja i onih koji su odustali u nekom trenutku, na nivou ispitanika rezultati su sagledani i sa i bez dopune nedostajućih vrednosti. Dobijeni podaci sa zamenom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika su dati kao prilog, a utvrđeni rezultati su obuhvaćeni u delu koji se odnosi na rezultate i biće integrisani kroz interpretaciju u diskusiji.

Osnovna hipoteza istraživanja je bila da se *funkcionalnost pacijenata nakon IM može predvideti na osnovu dimenzija reprezentacije bolesti, a da se kognitivni, emocionalni i ponašajni aspekti prevladavanja mogu smatrati serijskim medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionisanja osoba nakon IM*. Naime, pretpostavljen je serijski lanac odnosa između reprezentacije bolesti, prevladavanja i funkcionisanja, pri čemu reprezentacija bolesti, u skladu sa postavkama modela samoregulacije, predstavlja početnu kariku u lancu i pokreće najpre kognitivni aspekt prevladavanja koji sa svoje strane ostvaruje efekat na emocionalno, a on na ponašajno prevladavanje, što sve skupa ostvaruje efekat na funkcionisanje osobe nakon bolesti (Slika 3). Kako je neposredno nakon samog infarkta bilo rano govoriti o komplijansi pacijenata u smislu pridržavanja propisanog tretmana (ponašajni aspekt prevladavanja) i funkcionisanju nakon bolesti, ove varijable su uključene prilikom praćenja, nakon 1,5–2 meseca od IM (T2) i nakon 3–4 meseca od IM (T3). S tim u vezi, kao ishod formirane reprezentacije IM i pokrenutog kognitivnog prevladavanja u prvom trenutku je sagledan emocionalni doživljaj osobe u vezi sa infarktom (pozitivni i negativni afektivitet). Tokom praćenja, s obzirom na uvođenje dve nove varijable, afektivitet postaje karika u lancu odnosa za koji je pretpostavljeno da će imati efekat na pridržavanje propisanog tretmana i preko njega na funkcionalnost osoba nakon IM kao konačni ishod (Slike 3 i 4). Pored toga, *pretpostavljeno je i da će doći do promena u svim ispitivanim varijablama tokom vremena, ali i da će utvrđeni odnosi među njima biti stabilni, kako u celini, tako i između dva merenja*.

Pre nego što se pozabavimo rezultatima koji se odnose na proveru pretpostavljenih odnosa između varijabli (Slike 3 i 4), osvrnućemo se na deskriptivne podatke i na osnovu njih pokušati da sagledamo formiran konstrukt bolesti, tj. psihološku reprezentaciju infarkta miokarda osoba koje su u učestvovala u istraživanju.

### **Kako izgleda psihološka reprezentacija IM?**

Ako krenemo od dimenzije reprezentacije bolesti *identitet* koja se odnosi na opis simptoma, rezultati pokazuju da su simptomi koje osobe najčešće opisuju pre i tokom samog infarkta: bol, otežano disanje, gubitak snage i umor. Ove simptome je prijavilo oko 50% učesnika istraživanja. Pored toga, od simptoma su bile prisutne gastrointestinalne smetnje – mučnina, uznemiren stomak, ali i vrtoglavica, glavobolja, ukočeni zglobovi (Tabela 9). Sličan opis dimenzije identitet dobijen je i kvalitativnom analizom odgovora ispitanika na zadate kategorije gde su, tokom kontaktnog

intervjua sa hospitalizovanim ispitanicima beleženi odgovori koji su se odnosili na opis simptoma neposredno pre javljanja lekaru. Izdvojili su se: (jak) bol (stezanje, pritisak, pečenje) u grudima – „Kao da će da mi pukne grudni koš“, „Kao da sam ježa stavila u grudi“, „Kao da imam teg na grudima“, bol i/ili trnjenje u drugim delovima tela (ruke, vilica, vrat, ramena, zglobovi, leđa, grlo), opšta slabost (malaksalost, gubitak snage, znojenje, bledilo), gastrointestinalne tegobe (podrigivanje, pečenje i stezanje u želucu, mučnina, povraćanje ili nagon za povraćanjem), ubrzan rad srca, teškoće sa disanjem (gubitak daha, gušenje). Dobijeni podaci su u skladu sa opisima koji se dosadašnjim istraživanjima najčešće vezuju za IM – „Odjednom sam osetio bol u grudima i leđima, trnjenje u rukama i nogama, počeo sam da se znojim i da gubim svest. Bol je bio jak, onesvestio sam se“ (Berardo & Mussa, 2019).

Deskriptivni podaci (Tabela 11) generalno ukazuju da su prosečni skorovi ispitanika na svim dimenzijama reprezentacije bolesti najčešće u domenu srednjih vrednosti na skali u okviru zadatog raspona odgovora (1–5). Isto se može reći i za skorove koji se tiču atribucije uzročnosti koja podrazumeva kognitivnu dimenziju reprezentacije bolesti, ali je u okviru instrumenta zasebno sagledana. Ova skala pored ajtema koji pripadaju pojedinačnim klasterima atribucije uzročnosti (tri izdvojene glavne komponente uzročnosti – psihološki, biološki/eksterni i bihejvioralni činioci – Tabela 4) ima i deo gde se od samih pacijenata traži da pobroje tri glavna uzroka nastanka bolesti za njih. Ispitanici su kao najčešće uzroke nastanka IM izdvajali stres, prekomeran rad, činioce koji se odnose na ponašanje u vezi sa zdravljem (pušenje, loša ishrana, nemarnost u odnosu na zdravlje), finansije i nasleđe. Ovo su najčešći uzroci IM koji su se izdvojili i u drugim istraživanjima (npr. Hutton & Perkins, 2008; Miglioretti et al., 2018). Iako su uzorak ispitanika dominantno činile osobe srednjeg obrazovanja koje nisu na menadžerskim pozicijama (mada je bilo i nekoliko menadžera), atribucija uzročnosti se poklapa sa slikom obolelog od IM u (zapadnim) medijima koja podrazumeva užurbanog zaposlenog menadžera koji je dobio IM usled prekomernog rada i stresa koji je povezan sa poslom, odnosno sa pretpostavkama da osobe koje su žrtve IM nemaju dovoljno vremena za odmor i da je njihovo zdravlje možda već kompromitovano pušenjem, prekomernom težinom ili nezdravim životnim stilom (Petrie & Weinman, 1997b). Imajući u vidu sociodemografsku strukturu uzorka u ovom istraživanju, pokazalo se da ova slika obolelog od IM može važiti nezavisno od obrazovanja, zanimanja osobe i mesta u kome živi.

Utvrđeno je i da na reprezentaciju bolesti efekat može imati zdravstveni kontekst u kome se ona formira (prethodno prisustvo kardiovaskularnih bolesti i faktori rizika za njihov nastanak, Tabela 17). Rezultati koji se odnose na razlike u dimenzijama reprezentacije bolesti s obzirom na registrovane varijable, pokazuju da osobe koje su prethodno imale anginu pektoris opisuju svoj IM sa većim brojem simptoma u odnosu na one koje nisu, pri čemu je veličina efekta razlike srednja. Razlike su utvrđene i u odnosu na dimenziju koherentnosti koja prevashodno podrazumeva razumevanje same bolesti, pri čemu oni koji su prethodno imali povišen pritisak i dijagnostikovanu hipertenziju imaju više prosečne skorove u odnosu na one koji nisu, a veličine efekta razlike su takođe srednje. Nalazi se mogu razumeti u odnosu na već postojeće iskustvo ovih osoba sa kardiovaskularnim bolestima, naročito ako je reč o nestabilnoj angini pektoris koja takođe spada u akutne koronarne sindrome, kao i infarkt miokarda (Hadži Pešić, 2009). Ove osobe verovatno u reprezentaciju infarkta ugrađuju već postojeće reprezentacije u odnosu na druge kardiovaskularne bolesti koje mogu da prethode infarktu, što se u ovom slučaju oslikava kroz bogatiji opis simptoma prilikom javljanja IM, ali i bolje razumevanje same bolesti. Značajni efekti postojećeg iskustva sa kardiovaskularnim bolestima na aktuelnu reprezentaciju IM su u skladu sa postavkama modela samoregulacije da se reprezentacija bolesti pored verovanja, formira i na osnovu konkretnog iskustva sa bolestima (Levental et al., 2016a). Osobe koje su pre IM imale dijabetes imaju više prosečne skorove na emocionalnoj reprezentaciji bolesti, tj. za IM vezuju više stresa, besa i distresa negoli oni koji nemaju dijabetes (veličina efekta razlike je srednja). I ovaj rezultat pokazuje da prethodno iskustvo sa nekim od faktora rizika za IM doprinosi percepciji samog IM. Pokazalo se i da dijabetičari imaju slabiju percepciju bihejvioralnih uzroka za nastanak IM u odnosu na one koji nemaju dijabetes, što je razumljivo, jer se nastanak dijabetesa najčešće ne povezuje sa činiocima koji zasićuju ovu dimenziju (pušenje, alkohol, prekomerni rad). Takođe se pokazalo da oni koji su imali neki akutni stres u periodu od godinu dana pre IM (bolest/smrtn bližnjih, razvod, gubitak posla) imaju niže skorove na percepciji posledica IM od onih koji nisu bili izloženi ovakvoj vrsti stresora u protekloj godini (veličina efekta razlike srednja). Čini se da izloženost nekom akutnom stresnom događaju doprinosi habituaciji u odnosu na ozbiljnost životnih događaja i posledica koje su sa njima povezane. Utvrđeni rezultati govore *delimično u prilog hipotezi da će postojati razlike u stepenu izraženosti dimenzija reprezentacije bolesti, s obzirom na registrovane varijable (prethodno prisustvo kardiovaskularnih bolesti, hereditet i prisustvo akutnog/hroničnog stresa u prethodnoj godini).*

Postoji povezanost pojedinih dimenzija psihološke reprezentacije infarkta (Tabela 1, Prilog 1). Što osoba opisuje IM sa većim brojem simptoma (dimenzija identitet), to će više percipirati tok svoje bolesti kao promenljiv (dimenzija ciklično trajanje) i imati viši nivo negativnih emocija u vezi sa bolešću (emocionalna reprezentacija bolesti – strah, bes, distres). Što osoba više smatra da će bolest trajati duže (dimenzija hronično trajanje), to će percepcija posledica bolesti biti ozbiljnija, nivo percipirane kontrole, kako lične, tako i usled tretmana manji, ali nivo razumevanja bolesti veći. S druge strane, što osoba manje razume bolest (dimenzija koherentnost), to će više percipirati njen tok kao promenljiv (dimenzija cikličnog trajanja) i imati snažniju emocionalnu reprezentaciju (strah, bes, distres). Sama emocionalna reprezentacija je pored snažnijeg identiteta bolesti, percepcije promenljivog toka i slabijeg razumevanja bolesti, povezana i sa ozbiljnijom percepcijom posledica i češćim pripisivanjem uzroka nastanka IM psihološkim činiocima (činioci koji su u vezi sa ličnošću, stavovima, emocijama i ponašanjem osobe), ali je s druge strane percepcija ozbiljnijih posledica povezana sa većim pripisivanjem uzroka za nastanak IM spoljašnjim ili biološkim činiocima (bakterije/virusi, navike u ishrani, sticaj nesrećnih okolnosti, starenje, izmenjen imunitet). Ovi nalazi o međusobnoj povezanosti dimenzija reprezentacija bolesti potvrđuju stanovište da, iako se dimenzije reprezentacije bolesti razlikuju, one nisu nužno nezavisne, već mogu biti povezane na različite načine (npr. Hagger et al., 2017; Leventhal et al., 2016a), ali i da stupaju u međusobni odnos čim osoba doživi početne simptome, što se upravo pokazalo. Međutim, ti međusobni odnosi se mogu menjati kasnije, tokom trajanja bolesti, javljanja novih simptoma i odgovora na tretman (Weinman et al., 1996), o čemu svedoče interpretacije rezultata u nastavku.

### ***Promena u reprezentaciji IM nakon 1,5–2 meseca***

Nakon mesec i po do dva od infarkta nijedan od ispitivanih simptoma u okviru dimenzije identitet nije bio prisutan kod 50 i/ili više od 50% ispitanika. Kao najčešći simptomi se sada navode umor, koji je bio prisutan kod više od trećine ispitanika, a potom i bol, otežano disanje, gubitak snage (Tabela 10). Međutim, promene u dimenziji identitet nakon mesec i po do dva od IM su prvenstveno kvalitativne. Menjaju se dominantni simptomi, ali svi simptomi koje skala identitet podrazumeva su i dalje bili prisutni kod ispitanika koji su nastavili da učestvuju u istraživanju, jer rezultati koji se odnose na promene u reprezentaciji bolesti (Tabela 40) ukazuju da nema značajnih promena u stepenu izraženosti dimenzije identitet između dva trenutka merenja. Jedno od mogućih

objašnjenja je da je potreban duži vremenski interval da do promene dođe, u prilog čemu su i rezultati istraživanja koji pokazuju da dimenzija identitet ostaje stabilna i nakon četiri meseca od IM, pa čak i nakon godinu dana (Janssen et al., 2013; Peleg et al., 2016).

Promene između dva trenutka merenja u dimenzijama reprezentacije bolesti se registruju u odnosu na kognitivne dimenzije koje podrazumevaju percepciju cikličnog trajanja, lične kontrole, koherentnosti i atribucije uzročnosti u odnosu na biološke/eksterne činioce (Tabela 40). Pacijenti počinju da opažaju trajanje svoje bolesti kao manje ciklično, odnosno tok bolesti kao manje nepredvidiv, povećava se nivo razumevanja same bolesti (promena u koherentnosti), smanjuje nivo percipirane lične kontrole i povećava nivo atribucije uzročnosti infarkta prema spoljašnjim/biološkim činiocima u odnosu na period neposredno nakon samog događaja. Rezultati idu u prilog do sad utvrđenim nalazima da se percepcija bolesti može menjati vremenom (Astin & Jones, 2006; Bijsterbosch et al., 2009; Broadbent et al., 2009; Petrie et al., 2002, 2012), a konkretni nalazi pokazuju da to može biti i za relativno kratko vreme. Ako uporedimo utvrđene rezultate sa podacima gde su praćene promene reprezentacije bolesti pacijenata sa IM nakon četiri meseca i godinu dana, a koji su pokazali da dimenzije identiteta i posledica ostaju stabilne, dok se stepen opažene kontrole nad bolešću povećava, a procena trajanja bolesti produžava (Janssen et al., 2013), vidimo da i nakon 1,5–2 meseca od IM dimenzije identiteta i posledica ostaju stabilne, ali da su nalazi o percepciji trajanja i lične kontrole drugačiji u odnosu na postojeće. Na većim uzorcima ispitanika bi se potencijalno moglo govoriti i o promenama u odnosu na percepciju posledica u smislu opažanja ozbiljnijih posledica nakon 1,5–2 meseca od IM kao i smanjenju nivoa percipirane kontrole usled tretmana (Tabela 12, Prilog 2), što opet nije u skladu sa postojećim nalazima koji govore da se sa vremenom smanjuje i ozbiljnost percipiranih posledica (Janssen et al., 2013). Svakako, ove nalazi zahtevaju proveru u budućim istraživanjima. Kada je reč o percepciji lične kontrole, podaci nisu jednoznačni. Moguće je da vremenom pacijenti sa IM počinju da opažaju svoju bolest kao hroničnu i pod manjom kontrolom (Alsen et al., 2010; Petrie & Weinman, 1997b), a činioci koji do toga dovode su brojni, između ostalih i (ne)učestvovanje u programima rehabilitacije (Janssen et al., 2013). Nalazi nisu u skladu ni sa rezultatima istraživanja koji pokazuju da nakon pet meseci od IM pacijenti počinju da opažaju svoju bolest kao hroničnu, sa manjom mogućnošću iznenadnog pogoršanja i manje ozbiljnim posledicama po život nego što je to bilo tokom hospitalizacije (Sigurdardottir et al., 2017). Pretpostavićemo da se ove promene pre mogu očekivati nakon dužeg vremenskog perioda nego što je to posle 1,5–2 meseca od IM. Ono

što se do sada takođe pokazalo je da su u okviru reprezentacije bolesti verovanja o uzroku bolesti najpodložnija promeni, te samim tim predstavljaju važan aspekt za procenu i intervencije u smislu zdravstvene edukacije (Broadbent et al., 2015). Međutim, u ovom istraživanju je utvrđeno da sa protokom vremena osobe počinju da više pripisuju uzrok nastanka IM činiocima nad kojima nemaju neposrednu kontrolu, što iz ugla dosadašnjih nalaza ne mora biti adaptivno. U nekim istraživanjima je utvrđeno da je pripisivanje uzroka IM sudbini ili lošoj sreći prediktivno za loše funkcionisanje i goru prognozu i dvanaest godina nakon IM, verovatno zbog nepreduzimanja promena (u ponašanju) na poslu, kod kuće, u pogledu fizičke aktivnosti. Smatra se da ako se uzrok bolesti pripiše unutrašnjim faktorima nad kojima osoba ima kontrolu, veća je šansa da bolju adaptaciju (Broadbent et al., 2009). S tim u vezi, možemo ukazati na praktične implikacije koje proizilaze iz ovog nalaza, a odnose se na značaj edukacije u odnosu na uzroke i faktore rizika za nastanak IM.

Interkorelacije dimenzija reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja (Tabela 2, Prilog 1) uglavnom odgovaraju inicijalno utvrđenim interkorelacijama, te ukazuju na generalnu stabilnost pomenutih veza, uz nekoliko registrovanih promena. Javljanje novih odnosa se može pripisati promenama u dimenzijama reprezentacije bolesti i odražava njihovu dinamiku. Što se samih promena tiče, utvrđena je jedino pozitivna povezanost promene u cikličnom trajanju sa promenom u odnosu na atribuciju uzročnosti prema spoljašnjim/eksternim činiocima (Tabela 47). Opažanje većeg broja simptoma u okviru dimenzije identiteta je i dalje povezano sa višim nivoom percepcije cikličnog trajanja i višim nivoom emocionalne reprezentacije bolesti (strah, bes, distres), što ukazuje na stabilnost ovih relacija, ali i sa *višim nivoom percepcije ozbiljnosti posledica i atribucije uzročnosti prema spoljašnjim/biološkim činiocima*, što su novine u odnosu na inicijalni trenutak merenja koje oslikavaju dinamiku odnosa između dimenzija reprezentacije bolesti. Percepcija dužeg trajanja bolesti je i dalje pozitivno povezana sa dimenzijom posledica, a negativno sa percepcijom kontrole u odnosu na bolest, što takođe ukazuje na stabilnost odnosa, *ali ovog puta samo u slučaju percipirane kontrole usled tretmana*. Povezanost sa *koherentnošću* ovog puta *nije utvrđena*. Stabilne interkorelacije su utvrđene i između percepcije cikličnog toka bolesti i pojačanog pripisivanja uzroka nastanka IM psihološkim činiocima, snažnije emocionalne reprezentacije i smanjenog razumevanja same bolesti (dimenzija koherentnost), ali se dodatno registruje povezanost percepcije nepredvidivog toka bolesti sa *biološkim/eksternim činiocima uzročnosti* i sa percepcijom *višeg nivoa posledica što nije inicijalno registrovano*. Veza



emocionalne reprezentacija sa češćim pripisivanjem uzroka nastanka bolesti psihološkim činiocima i manjim razumevanjem bolesti je potvrđena i prilikom praćenja. Potvrđena je i povezanost percepcije posledica i emocionalne reprezentacije, ali i posledica i uzročnosti u odnosu na biološke/eksterne činioce, dok se *dodatno javlja povezanost percepcije ozbiljnijih posledica i psiholoških činilaca uzročnosti*. Čini da, što se posledice percipiraju snažnijim, raste i broj uzorka koji se opažaju odgovornim za nastanak IM, pri čemu veze sa činiocima nad kojima osoba nema neposrednu kontrolu ostaju vremenski stabilne (Tabela 2, Prilog 1).

### **Provera pretpostavljenih odnosa između varijabli**

S obzirom na kompleksnost pretpostavljenih odnosa, usled velikog broja opserviranih varijabli, pre svega u domenu reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja, ali i usled pomenutog osipanja ispitanika, provera integrativnog modela odnosa nije bila moguća modelovanjem strukturnim jednačinama (SEM). Shodno tome, rezultati su najpre analizirani parcijalno, proverom pojedinačnih međuodnosa kroz seriju regresionih i medijacionih analiza radi mapiranja značajnih efekata. Nakon toga, utvrđeni značajni međusobni efekti su sumirani sa ciljem dobijanja parsimoničnih integrativnih modela koji su provereni modelovanjem strukturnim jednačinama. Kako se glavne hipoteze odnose na proveru integrativnog modela koji podrazumeva longitudinalne odnose i njihovu stabilnost, primenjena „eksplorativna” strategija je najpre podrazumevala analizu parcijalnih međusobnih odnosa na transverzalnim nivoima (pojedinačno u svakom trenutku merenja), pa tek onda proveru longitudinalnih relacija i pretpostavljenog smera delovanja. Shodno tome, najpre će biti interpretirani rezultati koji se tiču odnosa varijabli na transverzalnom nivou u sva tri trenutka merenja uz međusobno poređenje utvrđenih relacija u cilju interpretacije stabilnih efekata. Nakon toga će uslediti interpretacija nalaza koji se odnose na promene u varijablama između različitih trenutaka merenja, a potom i interpretacija rezultata koji se tiču longitudinalnih odnosa i provere pretpostavljenog smera delovanja. Zbog velikog broja nalaza, nakon svakog segmenta diskusije, ukratko će biti sumirani najvažniji prethodno interpretirani podaci. Glavni rezultati istraživanja će biti sumirani u zaključku.

### ***Odnosi među varijablama na transverzalnom nivou u prvom, drugom i trećem trenutku merenja***

U ovom odeljku će biti sumirane interpretacije nalaza koji se odnose na proveru međusobnih direktnih efekata svih ispitivanih varijabli u modelu prema pretpostavljenom smeru delovanja na Slici 3. To su nalazi koji se tiču mogućnosti predikcije kognitivnog i emocionalnog

aspekta prevladavanja IM na osnovu dimenzija reprezentacije bolesti, predikcije afektiviteta na osnovu kognitivnog prevladavanja, predikcije pridržavanja tretmana nakon IM na osnovu reprezentacije bolesti, kognitivnog i emocionalnog prevladavanja i predikcije funkcionalnosti nakon IM na osnovu reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja.

**Odnosi reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u prvom i drugom trenutku merenja.** Neposredno nakon IM kognitivnim dimenzijama reprezentacije bolesti se može predvideti većina kognitivnih strategija emocionalne regulacije. Izuzev strategija koje se odnose na prihvatanje i planiranje, svi modeli sastavljeni od kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti objašnjavaju značajan procenat varijanse aspekata kognitivnog prevladavanja (Tabela 20). Emocionalna reprezentacija bolesti (strah, bes, distres) se izdvojila značajnom jedino u odnosu na dimenzije ruminiranje i katastrofiziranje, pri čemu je udeo u varijansi ruminiranja veći (Tabela 21). S tim u vezi, *pretpostavka da se kognitivne dimenzije reprezentacije bolesti (identitet, kontrola, trajanje, uzrok, posledice, koherentnost) i emocionalna reprezentacija bolesti (strah, bes, distres) mogu smatrati prediktorima kognitivnog aspekta prevladavanja (samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, ruminiranje, katastrofiziranje, smeštanje u perspektivu, pozitivno refokusiranje, pozitivna preformulacija, prihvatanje i planiranje) u prvom trenutku merenja je velikim delom potvrđena.* Najveći procenat objašnjene varijanse kognitivnog prevladavanja je utvrđen u pogledu *katastrofiziranja*. Rezultati ukazuju da je reprezentacija bolesti koja podrazumeva opisivanje većeg broja simptoma neposredno nakon IM, percepciju ozbiljnijih posledica, slabije razumevanje bolesti, izraženiju percepciju akutnog toka i izraženije pripisivanje negativnih emocija u smislu straha, besa i distresa značajna za katastrofičnu procenu samog događaja, odnosno procenu IM kao nečeg užasnog i najgoreg što je osobi moglo da se desi. Međutim, neke od ovih reprezentacija IM mogu da pokrenu i adaptivnije (Garnefski et al., n.d; Feliu-Soler et al., 2017) aspekte prevladavanja. S tim u vezi je nalaz da opisivanje većeg broja simptoma i percepcija akutnog toka bolesti predstavljaju značajne prediktore smeštanja samog događaja u perspektivu. Za razliku od katastrofiziranja, ovaj aspekt prevladavanja upravo podrazumeva pozicioniranje događaja, tj. IM na kontinuumu „dobro–loše”, odnosno prevladavanje kroz reevaluaciju težine događaja u poređenju sa drugim iskustvima (Garnefski et al., 2002), što je u neskladu sa prethodnim podacima u vezi sa katastrofiziranjem. Nalaz upućuje da iste reprezentacije bolesti mogu istovremeno da pokrenu različite aspekte prevladavanja u

odnosu na isti događaj, pri čemu neki od mogu biti prevashodno adaptivni, a neki maladaptivni. Samookrivljavanje zbog IM se može objasniti pripisivanjem uzroka nastanka IM psihološkim činiocima, te pojačanom percepcijom lične kontrole, dakle, onim dimenzijama konstrukta bolesti koje podrazumevaju neku vrstu unutrašnjeg lokusa kontrole, imajući u vidu da atribucija uzročnosti u odnosu na psihološke činioce podrazumeva ajteme koji se odnose i na samu ličnost, tj. njene stavove, emocije i ponašanje (Moss-Morris et al., 2002). Psihološki činioci uzročnosti su se izdvojili i kao pozitivni prediktor okrivljavanja drugih. Čini se neskladnim to da aspekt uzročnosti koji je u vezi sa samom ličnošću osobe pozitivno doprinosi okrivljavanju drugih, mada, treba imati u vidu da ovu dimenziju reprezentacije bolesti zasićuje i stres za šta osoba može okrivljavati druge ljude. S tim u vezi je i prediktivna uloga percepcije ozbiljnih posledica za okrivljavanje drugih. Pripisivanje uzroka nastanka IM psihološkim činiocima je prediktivno i za pojačano ruminiranje u odnosu na sam događaj, tj. tendenciju da se osoba iznova i iznova bavi onim što se desilo i svojim osećanjima u vezi sa tim. Pozitivni efekat na ruminiranje ostvaruje i emocionalna reprezentacija bolesti, odnosno usmerenost na negativna osećanja u vezi sa IM doprinosi i pojačanoj potrebi za bavljenjem njima što je u skladu sa teorijskim određenjem ruminacije (Granefski et al., 2002; Nolen-Hoeksema, 1991). S druge strane, bolje razumevanje bolesti ostvaruje negativan efekat na ruminiranje. U tom smislu se čini da ruminiranje o samom događaju može imati ulogu traženja smisla, tj. razumevanja IM, ali i razloga koji su do njega doveli. Što se tiče adaptivnih strategija prevladavanja (Granefski et al., n.d; Feliu-Soler et al., 2017), pojačan doživljaj kontrole i smanjena percepcija ozbiljnih posledica će imati efekat na pozitivnu reformulaciju, tj. sagledavanje IM kao iskustva za učenje. Percepcija manje ozbiljnih posledica kao i nepripisivanje uzroka nastanka IM psihološkim činiocima će doprineti pozitivnom reuokviravanju događaja, odnosno razmišljanju o prijatnim iskustvima nasuprot IM.

Nalaz da se neposredno nakon IM jedino strategije koje se odnose na prihvatanje i planiranje ne mogu predvideti dimenzijama reprezentacije bolesti, se potencijalno može objasniti time da je reč o strategijama za koje je ipak potrebno određeno vreme za osmišljavanje i razumevanje same bolesti, i da bi se prihvatila i da bi se pokrenuli određeni aspekti planiranja, a da je period od jednog do nekoliko dana od IM, kada je rađeno prvo ispitivanje, za to nedovoljan. To svakako ne znači da dimenzije reprezentacije bolesti nemaju nikakav inicijalni efekat na ove strategije prevladavanja, s obzirom na to da se neke od njih izdvajaju kao značajni prediktori, iako modeli koji se odnose na konstrukt bolesti u celini nisu bili značajni. Opisivanje IM sa većim

brojem simptoma je značajano za prihvatanje što se potencijalno može razumeti time da, ukoliko se javi veći broj simptoma i slika samog događaja je kompletnija i formiranija, pa postaje prediktivna za prihvatanje onog što se desilo. S druge strane, pripisivanje uzroka nastanka IM spoljašnjim/biološkim činiocima je negativni prediktor prihvatanja, u smislu da smeštanje lokusa kontrole izvan osobe ne doprinosi prihvatanju samog događaja. Percepcija kontrole usled tretmana se pokazala negativnim prediktorom u odnosu na planiranje, dakle, što se više percipira mogućnost kontrole IM usled tretmana, to će planiranje biti manje, jer verovatno ne zahteva angažovanje ličnih resursa.

Utvrđeni nalazi o međusobnim odnosima konstrukta bolesti i kognitivnog prevladavanja sugerišu da je reprezentacija IM neposredno nakon samog događaja povezana sa brojnim neadaptivnim aspektima prevladavanja (katastrofiziranje, ruminiranje, samookrivljavanje, okrivljavanje drugih, Feliu-Soler et al., 2017), što može biti na prvi pogled suprotno modelu samoregulacije koji podrazumeva aktiviranje prevladavanja koje bi trebalo da doprinese adaptivnom ishodu (Leventhal et al., 2016a). Međutim, oni su u skladu sa postavkama da percepcija pretnje koja je sadržana u dimenzijama identiteta, posledica, opažanja sebe kao glavnog faktora nastanka bolesti, zahteva hitnu adaptaciju, pa samim tim ima i efekat na one aspekte prevladavanja koji su više usmereni na emocionalnu regulaciju, a manje na konstruktivno prevladavanje (Granefski et al., 2002). Hitno regulisanje/upravljanje emocijama je važan prvi korak u aktivnom upravljanju bolešću, jer emocionalni distress ima ometajuće dejstvo na kapacitete osobe da se angažuje u strategijama koje su usmerene na problem (Leventhal et al., 1980). Smatra se da će ovakva reprezentacija bolesti uprkos percepciji pretnje dovesti do usmeravanja na problem kada osoba ima jasnu, konkretnu i realnu sliku pretnje sa kojom se suočava, kada joj je pretnja poznata, a ne nejasna i misteriozna (Leventhal et al., 1980), o čemu svedoči i rezultat o negativnom efektu koherentnosti na katastrofiziranje i ruminiranje. Ovi nalazi su uglavnom potvrđeni u nedavnoj metaanalitičkoj studiji (Hagger et al., 2017) gde su sagledavani odnosi između dimenzija reprezentacije bolesti i različitih aspekata prevladavanja kod pacijenata koji su bolovali i od akutnih i od hroničnih bolesti. S tim u vezi su i nalazi, da su dimenzije reprezentacije bolesti koje se odnose na percepciju lične kontrole, manju ozbiljnost posledica i manje pripisivanje uzročnosti psihološkim činiocima značajni prediktori za adaptivnije oblike prevladavanja, kao što su pozitivno reuokviranje i pozitivna reformulacija samog događaja.

Da su odnosi između reprezentacije bolesti i prevladavanja dinamični, ukazuju već rezultati nakon 1,5–2 meseca od IM. U periodu od 1,5 do 2 meseca nakon IM kognitivnom reprezentacijom bolesti se, *kao i neposredno nakon IM, mogu objasniti aspekti kognitivnog prevladavanja koji se odnose na ruminiranje, pozitivnu reformulaciju, smeštanje stvari u perspektivu, katastrofiziranje i okrivljavanje drugih* (Tabela 25). Procenat objašnjene varijanse za svaku od ovih strategija je viši nego inicijalno, što može da ukazuje na jače efekte kognitivnog konstrukta bolesti na kognitivno prevladavanje 1,5–2 meseca nakon IM nego na samom početku, ali i na karakteristike uzroka u drugom trenutku (ostali su motivisaniji ispitanici). Imajući ipak u vidu da jačine efekata u dva trenutka merenja nisu približno jednake, *rezultati samo u određenoj meri mogu smatrati stabilnim*. Ono što je još važnije je da su dimenzije reprezentacije bolesti koje ostvaruju značajan udeo u varijansi ovih aspekta kognitivnog prevladavanja donekle drugačije nego inicijalno, što *ukazuje na dinamične odnose*. Kao i u prvom trenutku, i sada iste reprezentacije bolesti pokreću istovremeno različite, adaptivne i neadaptivne aspekte prevladavanja. Ako sagledamo pojedinačne nalaze, i dalje se kognitivnim strategijama može objasniti najveći procenat varijanse katastrofiziranja, međutim, pojedinačne reprezentacije koje ostvaruju značajni efekat su nešto drugačije. Stabilnom se pokazala mogućnost predikcije katastrofiziranja na osnovu opisivanja bolesti sa većim brojem simptoma (dimenzija identitet) i manjeg razumevanja (dimenzija koherentnost), dok se kao novina javljaju *pozitivni efekat percepcije nepredvidivog toka bolesti, tj. cikličnog trajanja* (u prvom trenutku je to bio negativni efekat percepcije hroničnog trajanja) i *negativni efekat uzročnosti u odnosu na biološke/eksterne činioce* (u prvom trenutku to je bio pozitivan efekat posledica). Slična situacija je i sa ostalim aspektima kognitivnog prevladavanja. Značajan pozitivan efekat na ruminiranje *sada ostvaruje opisivanje IM sa većim brojem simptoma (dimenzija identitet)*, dok je inicijalno to bila uzročnost u odnosu na psihičke činioce, dok negativni efekat koherentnosti, odnosno razumevanja bolesti ostaje nepromenjen. Pozitivnu reformulaciju *sada uspešno predviđa jedino aspekt uzročnosti koji se odnosi na bihevioralne činioce*, dok su u prvom trenutku bili značajni efekti dimenzija posledica i lične kontrole. Percepcija ponašajnih faktora rizika kao što su pušenje, alkohol i prekomeran rad postaju prediktori za učenje iz iskustva. Ovaj rezultat je u skladu i sa najčešćim promenama o kojima su osobe izveštavale nakon IM, a o čemu će biti više reči u interpretaciji kvalitativnih rezultata. Na smeštanje stvari u perspektivu pored opisivanja većeg broja simptoma IM, što se i inicijalno pokazalo značajnim, sada *negativni efekat ima razumevanje bolesti i manja percepcija bihevioralnih činilaca uzročnosti*, dok je u

prvom trenutku to bila percepcija hroničnog trajanja. Okrivljavanje drugih se *sada može objasniti na osnovu percepcije trajanja bolesti*, pri čemu percepcija hroničnog toka ima negativni, a percepcija cikličnog toka pozitivni efekat i na *osnovu percepcije lične kontrole* (efekat je takođe pozitivan), dok su u prvom trenutku merenja značajni prediktori bile posledice i psihološki činioci uzročnosti. Ono što je, takođe, novina je, da se *kognitivnim dimenzijama reprezentacije bolesti može uspešno predvideti i aspekt prevladavanja koji se odnosi na prihvatanje* sa negativnim parcijalnim doprinosom koherentnosti i bioloških/eksternih činilaca. Rezultat ukazuje da što je veće razumevanje bolesti i što se veći efekat pripisuje aspektima uzročnosti koji su van ličnosti, to će prihvatanje IM biti manje, *ali tek nakon 1,5–2 meseca od samog događaja*. Za razliku od prvog trenutka merenja, kognitivnim konstruktom bolesti u celini se sada *ne mogu objasniti strategije koje se odnose na pozitivno reuokviravanje i samookrivljavanje*. Međutim, na samookrivljavanje parcijalni pozitivan efekat ima emocionalna reprezentacija bolesti i kognitivna dimenzija reprezentacije koja se odnosi na percepciju ozbiljnijih posledica (što nije bio slučaj u prvom trenutku merenja). Zanimljiv je nalaz o nemogućnosti predikcije pozitivnog reuokviravanja konstruktom bolesti u celini niti njegovim pojedinačnim dimenzijama u drugom trenutku merenja. Izgleda da sada percepcija bolesti nije takva da pokreće distrakciju u smislu razmišljanja o drugim prijatnim iskustvima umesto o IM, kao način prevladavanja. Konstrukt bolesti ne ostvaruje značajan efekat ni na planiranje, što je u skladu sa rezultatima utvrđenim u prvom trenutku, s tim da se sada ne može govoriti ni o pojedinačnim efektima kognitivnih reprezentacija bolesti u odnosu na ovaj aspekt prevladavanja. Čini se da je ovaj aspekt prevladavanja pre određen nekim drugim činiocima, nego reprezentacijom bolesti.

Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti je sada značajna ne samo za ruminiranje i katastrofiziranje, već kao što je pomenuto i *za samookrivljavanje, ali i za smeštanje stvari u perspektivu* (Tabela 26). Procenti varijanse objašnjenih kriterijuma su takođe viši nego inicijalno, ali najjači efekat je i ovog puta u odnosu na ruminiranje. I ovi rezultati kao i prethodni koji se tiču kognitivne reprezentacije bolesti govore i o dinamičnim odnosima, i o pojedinim stabilnim relacijama.

Kognitivna i emocionalna reprezentacija bolesti su značajne i za emocionalni doživljaj osoba nakon IM (Tabele 22 i 23). Emocionalna reprezentacija bolesti i kognitivne dimenzije koje podrazumevaju pripisivanje uzroka nastanka IM psihološkim činiocima, kao i nerazumevanje

same bolesti su značajni prediktori emocionalnog distresa neposredno nakon IM, dok percepcija lične kontrole u odnosu na IM i manje pripisivanje uzroka nastanka psihološkim činiocima doprinose doživljaju pozitivnog afektiviteta, odnosno emocionalnom blagostanju neposredno nakon samog događaja. Utvrđeni nalazi govore *delimično u prilog pretpostavci da se emocionalna reprezentacija bolesti (strah, bes, distres) može smatrati prediktorom emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivna i negativna emocionalnost) u prvom trenutku merenja*. Rezultati su uglavnom u skladu sa dosad utvrđenim nalazima da se emocionalna reprezentacija bolesti pokazuje snažnim prediktorom emocionalnih ishoda (Dempster et al., 2015), tj. potvrđuju rezultate da dimenzije reprezentacije bolesti ostvaruju efekat na emocionalno prilagođavanje (Murphy et al., 1999), ali i nalaze metaanalize da osobe koje smatraju da je bolest pod kontrolom, te da je moguće lečiti je, verovatno će doživeti i manje stresa u susretu sa bolešću i imati viši nivo blagostanja (Hagger et al., 2017). U ovom istraživanju nisu eksplicitno mereni depresivnost i psihološko blagostanje, ali se mere pozitivnog i negativnog afektiviteta mogu smatrati dobrim pandanom, s obzirom na to da je negativni afektivitet jedno od glavnih obeležja depresivnosti, a da je pozitivni afektivitet i te kako mera psihološkog blagostanja. Takođe, u velikom broju dosadašnjih istraživanja su ove sličnosti i empirijski potvrđene (npr. Jovanović, 2015). Rezultati dosadašnjih istraživanja ukazuju i da se reprezentacijom bolesti može objasniti između 25 i 30% varijanse emocionalnih ishoda u vezi sa zdravljem u transverzalnim studijama, pre nego što se razmotre bilo kakvi aspekti prevladavanja (Dempster et al., 2015). Ovo je u skladu i sa podacima u ovom istraživanju, kada se efekti reprezentacije bolesti na afektivitet sagledavaju nezavisno od efekata strategija prevladavanja.

Nalazi o odnosu reprezentacije bolesti i afektiviteta su delimično potvrđeni u drugom trenutku merenja (Tabela 27). Koherentnost i psihički činioci uzročnosti su i dalje jedine značajne dimenzije kognitivnog konstrukta bolesti koje ostvaruju efekat na negativni afektivitet, pri čemu je i ovde procenat objašnjenja varijanse nešto viši nego inicijalno, a slična je situacija i sa emocionalnom dimenzijom reprezentacije bolesti. *Razlike postoje u odnosu na pozitivni afektivitet, pri čemu konstrukt bolesti sada ostvaruje značajan efekat*, što nije bio slučaj inicijalno kada su se izdvojili samo parcijalni doprinosi dimenzija lične kontrole i psiholoških činilaca uzročnosti, dok *sada značajan efekat ima percepcija hroničnog trajanja*, koja očigledno umanjuje efekat blagostanja izraženog pozitivnom emocionalnošću nakon 1,5–2 meseca od IM. Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti nema značajan efekat na pozitivni afektivitet u oba trenutka

merjenja, što upućuje na stabilnost nepostojanja ove relacije. Čini se da vezivanje negativnih emocija za bolest iako doprinosi distresu, nema efekat na smanjenje pozitivnog afektiviteta generalno. Ovo je delimično u skladu sa nalazima metaanalize da emocionalne reprezentacije bolesti imaju jak pozitivni efekat na ukupni nivo distresa, a da su negativno povezane sa blagostanjem (Hagger et al., 2017).

Kognitivne strategije emocionalne regulacije ostvaruju značajan efekat i na pozitivni i na negativni afektivitet neposredno nakon IM, pri čemu je udeo u varijansi negativnog afektiviteta nešto viši (Tabela 24). Kognitivnim aspektima prevladavanja se može opisati i aktuelno emocionalno stanje osoba nakon 1,5–2 meseca od IM (Tabela 30), a procenat objašnjene varijanse je i ovog puta viši nego inicijalno. Samookrivljavanje, ruminiranje i katastrofiziranje se izdvajaju kao značajni prediktori emocionalnog distresa neposredno nakon IM, pri čemu je parcijalni doprinos katastrofiziranja snažniji u odnosu na druga dva. Ovi nalazi se pokazuju stabilnim nakon 1,5–2 meseca od IM. Za emocionalni distres se u drugom trenutku merenja dodatno kao značajni izdvajaju i *pozitivni efekat planiranja i negativni efekat pozitivne reformulacije*. Dakle, pored toga što pojačano okrivljavanje sebe za IM, pojačano bavljenje samim događajem i procenjivanje najstrašnijih ishoda u vezi sa IM pojačavaju negativna osećanja i neposredno nakon IM i nakon 1,5–2 meseca od samog događaja, kasnije tome doprinose i pojačano planiranje i tendencija neučenja iz iskustva, tj. nesagledavanje IM kao događaja iz koga može da se nauči nešto važno budućnost. Na većim uzorcima bi se mogli izdvojiti i negativni efekti pozitivnog reuokviravanja i prihvatanja na negativni afektivitet (Tabela 1, Prilog 2), što bi ukazivalo na negativne efekte pasivizacije koja se vezuje za prihvatanje (Feliu-Soler et al., 2017) i nedovoljnog bavljenje drugim pozitivnim aspektima za emocionalni distres u vezi sa IM. Nalazi su uporedivi sa rezultatima dosadašnjih istraživanja gde je utvrđena povezanost ruminacije i katastrofizacije kod pacijenata sa IM sa depresivnim simptomima, imajući u vidu da je negativni afekat sastavni deo depresivnih simptoma. Ruminacija se u istraživanjima konstantno pokazuje povezanom sa visokim nivoom depresije kako kod osoba sa kardiovaskularnim, tako sa drugim bolestima (Granefski et al., 2009). Pored ruminacija, utvrđena je i uloga katastrofičnog načina razmišljanja u odnosu na maladaptaciju, emocionalni distres i depresiju generalno (Granefski et al., 2001), ali i kod osoba sa kardiovaskularnim bolestima (npr. Granefski et al., 2002; Grafenski et al., 2009; Granefski & Kraaij, 2006; Vlaeyen et al., 2004).



Emocionalno blagostanje neposredno nakon IM se može jedino objasniti pozitivnim reuokviravanjem. Nakon 1,5–2 meseca ovaj aspekt prevladavanja je takođe značajan, što upućuje na delimičnu stabilnost relacije, imajući u vidu da je intenzitet efekta jači nego u prvom trenutku merenja. Potencijalno se nakon 1,5–2 meseca od IM može razmatrati i *pozitivni efekat pozitivne reformulacije* (nalaz značajan na nivou trenda). Međutim, ovaj efekat se nije izdvojio značajnim prilikom imputiranja nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Tabela 1, Prilog 2), već ti podaci ukazuju na značajni pozitivni efekat okrivljavanja drugih za emocionalno blagostanje, tj. da pripisivanje odgovornosti drugima za IM doprinosi pozitivnom afektivitetu, ali tek nakon 1,5–2 meseca od IM. Svakako, ove nalaze treba proveriti u budućim istraživanjima na većim uzorcima. Do tada se čini izvesnim pozitivni efekat pozitivnog reuokviravanja, odnosno da „razmišljanje o nečem lepom“ umesto o IM doprinosi emocionalnom blagostanju nakon IM. Mogućnost predikcije pozitivnog afektiviteta na osnovu pozitivnog reuokviravanja koje se smatra adaptivnom strategijom (Feliu-Soler et al., 2017) se može uporediti sa nalazima Egan-a i saradnika (2011) da ispitanici koji nastoje da koriste adaptivne strategije uključujući i kognitivno reuokviravanje, mogu da poboljšaju samopoštovanje i osećaj blagostanja (Astin et al., 2014). Ova strategija se inače pokazala povezanom sa prevladavanjem koje je usmereno na izbegavanje (Granefski et al., n.d.), pa nalaz ukazuje na pozitivne efekte koje izbegavanje kao način prevladavanja može imati za emocionalno rasterećenje od stresa izazvanog životno ugrožavajućim događajima u datom trenutku.

Generalno, rezultati koji se tiču odnosa prevladavanja i afektiviteta potvrđuju dosadašnje nalaze u kojima je korišćen CERQ da su ruminiranje, katastrofiziranje i samookrivljavanje povezani sa brojnim psihopatološkim simptomima, dok pozitivno reuokviravanje može biti protektivna strategija (Granefski et al., 2002, prema Granefski & Kraaij, 2006). Ono što se pokazalo u oba merenja je da kognitivno prevladavanje objašnjava uglavnom veći procenat varijanse emocionalnosti, nego što je to slučaj sa dimenzijama reprezentacije bolesti. Ovo je, takođe, u skladu sa dosadašnjim nalazima koji ukazuju da kada se reprezentacije bolesti i strategije prevladavanja razmatraju zajedno u odnosu na različite ishode bolesti, efekti prevladavanja se pokazuju jačim (Dempster et al., 2015).

**Odnosi reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja, afektiviteta, pridržavanja tretmana i funkcionalnosti drugom i trećem trenutku merenja.** U drugom trenutku merenja su ispitivane još dve dodatne varijable, pridržavanje tretmana u smislu uzimanja propisanih lekova i funkcionalnost osoba koja podrazumeva ometanja u raznim sferama života nakon bolesti (doživljaj osobe da je zdrava, ishrana, radna i fizička sposobnost, finansije, socijalni i partnerski odnosi i ostale rekreativne, društvene i religiozne aktivnosti, samoaktualizacija). Ovi aspekti nisu ispitivani inicijalno jer je pridržavanje tretmana bilo kontrolisano od strane medicinskog osoblja tokom hospitalizacije, a za procenu ometanja od IM je bilo rano.

Rezultati su pokazali da se jedino aspekt pridržavanja tretmana koji podrazumeva zaboravljanje uzimanja lekova *potencijalno* može objasniti konstruktom bolesti i to kognitivnim dimenzijama, pri čemu se kao značajni izdvajaju pozitivni efekti identiteta i percepcije lične kontrole i negativni efekat percepcije hroničnog trajanja (efekti značajni na nivou trenda, Tabela 28). Što osoba više opaža da će bolest duže trajati, to će zaboravljanje uzimanja lekova biti manje, međutim, što više bolest opisuje sa većim brojem simptoma i opaža da ima kontrolu u odnosu na nju, to će zaboravljanje uzimanja lekova biti češće. Generalno, nalazi podržavaju dosadašnje podatke o prediktivnim efektima reprezentacije bolesti na ponašanje u vezi sa zdravljem koje podrazumeva i pridržavanje propisanog tretmana (npr. Marteau et al., 2004; Petrie & Weinman, 2012; Phelan et al., 2006; Senior & Marteau, 2007; Wright et al., 2003). Konkretni nalaz o pozitivnom efektu percepcije lične kontrole na zaboravljanje uzimanja lekova nije u skladu sa dosadašnjim rezultatima koji ukazuju da su u grupi pacijenata koji se slabo pridržavaju tretmana utvrđeni značajno niži skorovi na dimenziji lične kontrole i kontrole u odnosu na tretman (Miyazak et al., 2018), već pokazuje da percepcija kontrole u odnosu na bolest, iako se najčešće pokazuje kao protektivna dimenzija, može imati i negativne efekte. S druge strane, zaboravljanje da se uzmu lekovi se svrstava u nenamerne razloge nepridržavanja tretmana (Giudicessi et al., 2013), pa nije sasvim nerazumljivo da jači doživljaj kontrole može doprineti slučajnom i/ili povremenom neuzimanju leka.

Što se funkcionalnosti tiče, rezultati pokazuju značaj kognitivnog konstrukta bolesti i za aspekte jačeg (doživljaj zdravlja, ishrana, radna sposobnost, fizička aktivnost, finansije) i za aspekte slabijeg ometanja od bolesti (rekreacija/hobi, partnerski, seksualni odnosi i porodični odnosi, socijalne relacije, učestvovanje u građanskim i verskim aktivnostima, samooaktulazacija,

Tabela 29). I ovo je u skladu sa dosadašnjim podacima da percepcija bolesti ima efekat na razne sfere života osoba (npr. Juergens et al., 2010; Petrie et al., 1996, 2002). Utvrđeno je da što se više tok bolesti opaža kao nepredvidiv, to će biti izraženije ometanje bar u nekoj od sfera života koje se odnose na doživljaj osobe da je zdrava, ishranu, radnu sposobnost, fizičke aktivnosti i finansije. Što se bolest opisuje sa većim brojem simptoma, bolje razume i percipira viši nivo lične kontrole, a manji nivo kontrole usled tretmana, to će biti veće ometanje u nekom od domena koje se odnose na rekreativne, partnerske, porodične, socijalne relacije, ostvarivanje građanskih i verskih aktivnosti i samoaktualizaciju. Ovi poslednji rezultati su delimično u skladu sa onima koju su utvrđeni u metaanalitičkim studijama (Hagger & Orbell, 2003; Hagger et al., 2017) da su dimenzije identiteta i vremenskog trajanja značajno negativno povezane sa fizičkim i socijalnim funkcionisanjem. Ako se vratimo na dosad utvrđene rezultate eksperimentalnih studija koji daju snažne dokaze da percepcija bolesti može modifikovati ponašanje, kao i da intervencije usmerene na promenu percepcije bolesti mogu poboljšati ishode bolesti (Broadbent et al., 2009; Cunningham et al., 2012; Davies et al., 2008; Keogh et al., 2011; Petrie et al., 2002; Petrie et al., 2012, prema Broadbent et al., 2015; Reynolds et al., 2007), ovi nalazi ne samo da potvrđuju već postojeće, nego ukazuju i na koje aspekte konstrukta bolesti kod osoba koje su preživele IM treba obratiti pažnju u cilju poboljšanja i pridržavanja propisanog tretmana i funkcionisanja nakon bolesti. To bi svakako bile dimenzije koje se odnose na identitet, percepciju kontrole, trajanja i koherentnosti u odnosu na bolest.

Kognitivno prevladavanje generalno nema efekat na pridržavanje tretmana nakon 1,5–2 meseca od IM, iako se pojedinačne dimenzije izdvajaju kao značajne u odnosu na određene aspekte. Utvrđen je pozitivan efekat ruminiranja na znanje o uzimanju lekova i pozitivan efekat pozitivnog reuokviravanja na modifikaciju uzimanja lekova. Rezultati ukazuju da što se osoba više bavi IM i osećanjima u vezi sa njim, imaće veće znanje o lekovima koje uzima, što je razumljivo, jer ovo bavljenje iznova i iznova samim događajem verovatno podrazumeva i prikupljanje informacija o samom lečenju. S druge strane, što osoba ima izraženiju tendenciju da se bavi nekim drugim, pozitivnijim iskustvima u odnosu na IM, to će verovatnije vršiti neke modifikacije u odnosu na tretman, odnosno preskakati ili povremeno ne uzimati lekove na svoju ruku. Ove nalaze svakako treba prihvatiti sa rezervom, jer kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, *efekti kognitivnog prevladavanja postaju značajni u odnosu na sve aspekte pridržavanja tretmana* (videti Tabelu 2 u Prilogu 2). Pored pozitivnog efekta ruminiranja, na većim

uzorcima se može razmatrati i pozitivan efekat neprihvatanja IM i okrivljavanja drugih za IM u odnosu na znanje o lekovima koje osoba uzima. Nedostatak plana, tendencija smanjenog bavljenja događajem, sagledavanja katastrofičnog ishoda i veće uloge drugih za nastanak IM doprinose zaboravljanju da se lekovi uzimaju. Za modifikaciju upotrebe lekova, pored pozitivnog efekta pozitivnog reuokviravanja, treba razmatrati i negativni efekat ruminiranja, odnosno tendenciju da pojačano bavljenje samim događajem smanjuje mogućnosti za uzimanje lekova na svoju ruku ili prestanak uzimanja bez konsultacije lekara. Čini se da ruminiranje uprkos negativnim efektima na emocionalni distress nakon IM, može biti protektivno u odnosu na praktične aspekte prevladavanja kao što je uzimanje lekova u smislu da doprinosi znanju o uzimanju lekova, a potencijalno redukuje tendencije da se lekovi zaboravljaju ili da se modifikuje njihova upotreba. Ovo nije u skladu sa rezultatima koji ukazuju da ruminacija ne samo da doprinosi negativnom raspoloženju, nego ometa i preduzimanje konkretnih aktivnosti koje su usmerene na rešavanje problema (npr. Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995; Watkins & Baracaia, 2002). Ukoliko bi se rezultati potvrdili na većim uzorcima, imali bi i praktične implikacije u smislu iskorišćavanja pozitivnih potencijala koje ruminacija može imati, ali i rada na usvajanju/pojačavanju kognitivnih aspekata prevladavanja koji mogu da doprinesu adekvatnom i pravilnom uzimanju propisane terapije nakon IM (kao što je prihvatanje), tj. redukciji onih koji doprinose nepridržavanju tretmana (planiranje, katastrofiziranje, okrivljavanje drugih).

Kognitivnim prevladavanjem se generalno ne može objasniti ni funkcionisanje osobe 1,5–2 meseca nakon bolesti, iako se izdvaja pojedinačni značajni pozitivni efekat samookrivljavanja i u odnosu na sfere života za koje se vezuje jače i u odnosu na aspekte za koje se vezuje slabije ometanje. Što osoba više sebe krivi za nastanak IM, to će biti izraženije ometanje koje trpi zbog samog događaja u gotovo svim aspektima života. Međutim, kao i u slučaju odnosa sa aspektima pridržavanja tretmana, i ovde treba imati u vidu potencijalnu redukciju efekata usled slabe statističke snage zbog nedovoljnog broja ispitanika, te s tim u vezi, razmotriti dodatne značajne kako pojedinačne, tako i ukupni efekat kognitivnog prevladavanja i na aspekte jačeg i na aspekte slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 3 u Prilogu 2). Pored samookrivljavanja, za aspekte jačeg ometanja značajan pozitivan efekat na većim uzorcima može imati planiranje, a pozitivno reuokviravanje negativan, dok se za aspekte slabijeg ometanja izdvajaju negativni efekat ruminiranja i pozitivan efekat okrivljavanja drugih. Što su prisutnija razmišljanja o tome kako da se promeni situacija (usmerenost na rešavanje problema), to bi moglo da bude i izraženije ometanje

u sferama koje se tiču doživljaja zdravlja, ishrane, radne i fizičke sposobnosti i finansija, dok razmišljanje o pozitivnim iskustvima sem o IM može da umanja efekat samog IM na ove aspekte života. Negativni efekat planiranja na funkcionisanje se može razumeti u kontekstu razmatranja koja ukazuju da kada se osoba susretne sa stresorom koji se ne može modifikovati, kao što je to slučaj sa nekim ometanjima nakon IM, prevladavanje usmereno na problem sa ciljem da se situacija modifikuje, naročito u kratkom vremenskom periodu ne mora da bude adaptivno. Suprotno, strategije prevladavanja koje podrazumevaju prihvatanje smatraju se mnogo relevantnijim (Lowe et al., 2000). Efekat prihvatanja se nije izdvojio relevantnim, ali se pokazalo da strategije koje donekle podrazumevaju izbegavanje bavljenja problemom mogu biti od koristi. Pojačano okrivljavanje drugih može da remeti osobu u domenu rekreativnih, socijalnih, porodičnih, partnerskih, građanskih relacija, što može imati veze sa percipiranim teškoćama, ali i preraspodelom prioriteta nakon IM, o čemu će biti više reči kasnije u interpretiranju rezultata kvalitativne analize odgovora na zadate kategorije, dok pojačano bavljenje samim događajem može te efekte da umanja, što opet ukazuje na pojedine adaptivne aspekte ruminiranja. I ovi rezultati ukazuju na značaj usvajanja, tj. minimiziranja određenih kognitivnih aspekata prevladavanja u cilju redukcije efekta koji IM može imati na funkcionisanje onih koji su ga preživeli.

Emocionalni doživljaj osoba 1,5–2 meseca se nije pokazao važnom determinantom u odnosu ni na jedan aspekt pridržavanja tretmana, te hipoteza o *mogućnosti predikcije ponašajnog prevladavanja na osnovu emocionalnog prevladavanja nije potvrđena*. Nalaz je u suprotnosti sa velikim brojem dosadašnjih rezultata koji ukazuju na to da emocionalno stanje osoba nakon IM ima efekat na neuzimanje lekova (npr. Kleppe et al., 2017; Miyazak et al., 2018). Ovo može biti posledica osipanja uzroka u drugom trenutku merenja, jer se pokazalo da se na većim uzorcima može razmatrati pozitivan efekat pozitivnog afektiviteta na modifikaciju uzimanja lekova (Prilog 2, str. 287). Nalaz bi značio da viši nivo pozitivnog afektiviteta doprinosi namernom nepridržavanju tretmana, verovatno imajući u vidu da nam se „pod dejstvom“ pozitivnog emocionalnog stanja čini da smo dobro, te da ne moramo baš uvek da uzimamo lekove onako kako je propisano. Netipična priroda kardiovaskularnih bolesti može da dovede u pitanje potrebu za svakodnevnim uzimanjem lekova i dobiti od iste kod mnogih pacijenata (Giudicessi et al., 2013), pa ovaj nalaz dodatno sugerise na efekat koji u svemu tome emocionalna pristrasnost u vezi sa bolešću može imati, te značaj edukacije o prirodi i toku bolesti. Pozitivni i negativni afektivitet

nemaju značajan efekat ni na jedan aspekt pridržavanja tretmana ni nakon 3–4 meseca od IM. Efekti se ne registruju ni nakon imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, te vrlo verovatno ukazuju na *stabilnost nepostojanja povezanosti između aktuelnog emocionalnog stanja pacijenata i aspekta pridržavanja tretmana*, nasuprot pomenutim rezultatima prethodnih istraživanja. Iako je sve više interesovanja u odnosu na to kako emocionalno prevladavanje može da deluje na fizičko zdravlje i ponašanje (DeSteno et al., 2013), rezultati ovog istraživanje ne potvrđuju datu vezu. Jedno od objašnjenja koje možemo ponuditi je potencijalni efekat poricanja, tj. otpisivanje emocionalnog doživljaja što se često registruje kod kardioloških pacijenata (npr. Fowers, 1992), pa je preporuka da se u budućim istraživanjima proveriti moderatorski efekat ove varijable, utoliko pre što i kvalitativni podaci prikupljeni u ovom istraživanju ukazuju na poricanje kao jedan od aspekta prevladavanja. Drugo objašnjenje može biti da se emocionalni doživljaj koji ostvaruje efekte na ponašanje i funkcionisanje prvenstveno u dosadašnjim istraživanjima odnosio na anksiozne i depresivne korelate (npr. Bauer et al., 2012; Giudicessi et al., 2008, Kripalani et al., 2015) što nije eksplicitno mereno i ovde, iako su oni sastavni deo negativnog afektiviteta. Možda bi se efekti izdvojili ako bi se akcenat prebacio na konkretna negativna osećanja. Naravno, ostaje i mogućnost da rezultati odražavaju realno stanje među ovim varijablama i da zaista emocionalni doživljaj nema efekat na ove aspekte ponašanja.

Nisu utvrđeni ni efekti aktuelnog emocionalnog stanja osoba 1,5–2 meseca nakon IM ni na jednu od ispitivanih sfera ometanja od bolesti. I ovo bi mogao biti rezultat nedovoljne statističke snage, mada se efekti ne izdvajaju ni u slučaju imputiranja nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Ima podataka koji ukazuju da emocionalni aspekti bolesti imaju efekat na emocionalni doživljaj osobe, ali da on nije značajan za praktična ponašanja u vezi sa bolešću, kao ni za funkcionisanje osobe (Hagger et al., 2017). Nisu utvrđeni ni značajni efekti emocionalnosti na funkcionisanje ni nakon 3–4 meseca i verovatno se ne bi detektovali ni na većim uzorcima, s obzirom na to da nisu registrovani ni kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Iz svega proizilazi da se može govoriti i o stabilnosti *nepostojanja povezanosti između aktuelnog emocionalnog doživljaja osoba nakon IM i funkcionisanja, tj. ometanja od bolesti*.

Aspekti pridržavanja tretmana generalno nemaju značajan efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti, ali se pojedinačno izdvaja značajan negativni efekat modifikacije uzimanja lekova. Što osoba više menja način uzimanja lekova „na svoju ruku“, bolest će je manje remetiti

u domenu doživljaja da je zdrava, u odnosu na to šta jede, koliko radi i kojim se intenzitetom fizičke aktivnosti bavi, kao i u domenu finansija. Modifikovanje uzimanja lekova verovatno kratkoročno može smanjiti opterećenje koje bolest izaziva u navedenim sferama života, imajući u vidu u potencijalna neželjena dejstva lekova, ali se postavlja pitanje koristi od ovakvog ponašanja za duže vreme. Značajni procenat varijanse u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti može se objasniti pridržavanjem tretmana, pri čemu se izdvaja pozitivni parcijalni doprinos zaboravljanja (Tabela 31). Što je prisutnije zaboravljanje uzimanja lekova, to će biti i izraženije ometanje u bar nekoj od sfera koje podrazumevaju rekreaciju, porodicu, seks, prijateljske, građanske, verske aktivnosti i/ili ostvarivanje sebe. Rezultati idu u prilog nalazima da pacijenti vremenom prestaju, zaboravljaju ili modifikuju uzimanje lekova što dovodi do brojnih negativnih ishoda (Choudhry & Winkelmayr, 2008), te proširuju dosadašnja znanja u odnosu na dijapazon mogućih smetnji na koje nepridržavanje tretmana može imati efekat. Imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika se potvrđuje negativni efekat modifikacije na jači stepen ometanja od bolesti, dok nalazi u odnosu na efekat pridržavanja tretmana na aspekte slabijeg ometanja od bolesti, uključujući i pozitivni efekat zaboravljanja nisu potvrđeni. Pridržavanje tretmana generalno ne ostvaruje efekat na funkcionisanje nakon 3–4 meseca od IM, ali se može govoriti o parcijalnom pozitivnom efektu znanja o uzimanju lekova na domene koji se tiču jačeg ometanja od bolesti. Pojačano znanje o uzimanju lekova će remetiti aspekte života koji se tiču doživljaja osobe da je zdrava, ishrane, fizičke aktivnosti, radne sposobnosti i finansija. Pored toga, na dopunjenim vrednostima na nivou ispitanika se dodatno izdvajaju i efekti svih aspekata pridržavanja tretmana za domene slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 4, Prilog 2). Dakle, nalazi ukazuju na važnost koju uzimanje propisanih lekova ima za određene aspekte funkcionisanja nakon IM. Shodno tome, *hipoteza o predikciji funkcionisanja pacijenta nakon bolesti na osnovu pridržavanja tretmana je delimično potvrđena*. Ono što ostaje da se proveriti u istraživanjima na većim uzorcima je koji bi to konkretno aspekti pridržavanja tretmana bili, kao i njihova vremenska stabilnost.

\*\*\*

Generalno, rezultati na nivou preseka ukazuju na značajne i u *opštem smislu, stabilne* direktne efekte formirane reprezentacije IM na aspekte kognitivnog prevladavanja i emocionalnog stanja osoba nakon bolesti, kao i kognitivnog prevladavanja i afektiviteta. Neki od ovih odnosa su stabilni, dok neki oslikavaju dinamične relacije kao rezultat promena ispitivanih konstrukata s

vremenom. Pokrenuti kognitivni aspekti prevladavanja IM se mogu u velikoj meri objasniti formiranom reprezentacijom bolesti i to pre svega kognitivnom, a jedna ista dimenzija reprezentacije bolesti može istovremeno da pokrene i adaptivne i manje adaptivne aspekte prevladavanja. Ono što se pokazuje stabilnim je tendencija da opisivanje IM sa većim brojem simptoma doprinosi pojačanom katastrofiziranju i smeštanju stvari u perspektivu, a bolje razumevanje bolesti i slabija emocionalna reprezentacija manjem katastrofiziranju i ruminiranju. Emocionalni doživljaj osoba i neposredno nakon IM, ali i kasnije, nakon 1,5–2 meseca se može objasniti i reprezentacijom bolesti i pokrenutim kognitivnim prevladavanjem, ali je mogućnost predikcije veća na osnovu kognitivnog prevladavanja, što potvrđuje dosadašnja saznanja da ishod bolesti (u ovom slučaju psihološki, tj. emocionalni) može biti više u vezi sa strategijama prevladavanja koje pacijenti koriste (Dempster et al., 2015), kao i da je budući tok bolesti više u vezi sa različitim strategijama prevladavanja pretnje, nego sa samom simptomatologijom (van Elderen et al., 1999). Vezivanje negativnih emocija za bolest ne doprinosi doživljaju pozitivnog afektiviteta generalno, ali je dosledno povezano sa doživljajem negativnog afektiviteta. Za emocionalni distres nakon IM su najvažnije strategije koje podrazumevaju katastrofiziranje, ruminiranje i samookrivljavnje, tj. strategije koje su usmerene na emocionalno prevladavanje događaja (Granefski et al., 2002), što govori o izraženoj (neposrednoj) percepciji pretnje i potrebi za njenim prevladavanjem. Međutim, treba imati u vidu podatke koji govore da se prevladavanje usmereno na emocije smatra maladaptivnom strategijom i u ranom periodu (nakon jednog meseca) i kasnije (nakon šest meseci) od IM (Kroemeke, 2016a), te podsticati ove osobe na minimizaciju ovih strategija prevladavanja i usvajanje onih koje su se pokazale adaptivnijim. Za emocionalno blagostanje, tj. pozitivni afektivitet se kao značajno izdvaja pozitivno reuokviravanje, tj. razmišljanje o lepim iskustvima koja nemaju veze sa IM. Reč je o strategiji prevladavanja koja je povezana sa izbegavanjem bavljenja problemom (Granefski et al., 2002) i očigledno može imati neposredno poželjan efekat u emocionalnoj regulaciji kod pacijenta koji su preživeli srčani udar.

Pridržavanje tretmana i funkcionisanje nakon bolesti se mogu najbolje objasniti reprezentacijom bolesti, tj. njenim dimenzijama i to kognitivnim, ali se izdvajaju i značajni efekti određenih strategija kognitivnog prevladavanja i za pridržavanje tretmana i za funkcionalnost. Ono što se ističe kao važno je adaptivni efekat ruminiranja u odnosu na pridržavanje propisnog tretmana. Naime, ruminiranje može imati značajan efekat na sve aspekte pridržavanja tretmana, tako što doprinosi pojačanom znanju o uzimanju lekova i smanjenju zaboravljanja da se lekovi



uzimaju ili da se menja način njihovog uzimanja. Rezultat podržava shvatanja o dvojnoj prirodi ruminacije (Marroquín et al., 2010). S jedne strane ona ima stabilne negativne efekte na emocionalni distres nakon IM što je u skladu i sa dosadašnjim nalazima (npr. Garnefski et al., 2009), dok s druge može biti protektivna u odnosu na neke praktične aspekte koji se vezuju za zdravstveno relevantna ponašanja, što ukazuje da nije uvek hendikepirajuća. Samookrivljavanje se pokazuje maladaptivnom strategijom u odnosu na sve ispitivane aspekte funkcionisanja nakon bolesti, što je u skladu sa uopštenim negativnim efektima koje samookrivljavanje zbog bolesti može imati (Shvaer et al., 1986). Suprotno očekivanjima, nisu utvrđeni efekti aktuelnog emocionalnog stanja osoba nakon IM ni na aspekte pridržavanja tretmana, ni na aspekte funkcionisanja, dok pojedini aspekti pridržavanja tretmana ostvaruju efekat na funkcionalnost osoba nakon IM, ali je i njihova stabilnost upitna. Nalazi podržavaju dosadašnje rezultate da se jedino konstrukt bolesti i „kognitivno ponašanje“ mogu smatrati antecedentima ponašanja koje je važno za održanje zdravlja (npr. Davis et al., 2012; Hagger et al., 2009), a uz to pokazuju i da zdravstveno relevantno ponašanje izraženo kroz pridržavanje propisanog tretmana ostvaruje efekat na funkcionisanje osoba nakon IM. Rezultati su samim tim u skladu sa modelima gde se akcentat u odnosu na ponašanje u vezi s zdravljem stavlja na kognitivne determinante. Modeli koji se odnose na verovanja u odnosu na zdravlje (eng. Health beliefs models, Rosenstock, 1974) pretpostavljaju da je bihevioralni odgovor na bolest rezultat verovanja koje osoba ima u odnosu na sopstvenu vulnerabilnost prema bolesti, verovanja o ozbiljnosti bolesti i analize prednosti i mana preduzimanja određene akcije. Iako ovi modeli ne isključuju efekat, na šta ukazuje da su kasnije integrisali emocije i dali im važnu ulogu, nalazi ovog istraživanja ipak ne potvrđuju ulogu emocija u odnosu na ponašanja koja su u vezi sa zdravljem.

**Medijacioni efekti na transverzalnom nivou merenja.** Aspekti kognitivnog prevladavanja za koje je utvrđen značajan efekat u odnosu na pozitivni i negativni afektivitet neposredno nakon IM se izdvajaju i kao značajni medijatori u odnosu između pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta (Slika 5). *Shodno tome, hipoteza o postojanju medijacionog efekta kognitivnog prevladavanja u odnosu između formiranog konstrukta bolesti i doživljaja osoba neposredno nakon IM kao ishoda je delimično potvrđena.*

Percepcija posledica i psiholoških činilaca uzročnosti ostvaruju negativni indirektni efekat na pozitivni afektivitet *preko pozitivnog reuokviravanja* tako što umanjuju efekat pozitivnog

reuokviravanja (Tabela 32). Što osoba ozbiljnije percipira posledice i smatra da je bolest nastala pod dejstvom činilaca koji uključuju njenu ličnost, stavove, emocionalnost i ponašanje, to će biti slabije prevladavanje koje podrazumeva usmeravanje na prijatna iskustva koja nisu povezana sa IM i samim tim manje emocionalno blagostanje. Utvrđene medijacije su potpune, odnosno ove dimenzije reprezentacije bolesti ne ostvaruju značajne direktne efekte na pozitivni afektivitet. Međutim, indirektni negativni efekat psiholoških činilaca uzročnosti na pozitivni afektivitet putem umanjenja pozitivnog reuokviravanja treba prihvatiti sa oprezom s obzirom na to da interval poverenja u kome se kreće veličina efekta može biti vrlo blizu nule.

Brojne dimenzije koje podrazumevaju kognitivni konstrukt bolesti imaju indirektno pozitivne i negativne efekte na negativni afektivitet *preko katastrofiziranja, ruminiranja ili samookrivljanja* (Tabela 33). Konkretnije, percepcija hroničnog trajanja ima negativni indirektni efekat na negativnu emocionalnost preko katastrofiziranja, dok je direktan efekat takođe značajan i pozitivan. S druge strane, indirektni efekat percepcije cikličnog trajanja bolesti na negativni afektivitet preko katastrofiziranja je pozitivan. Nalaz ukazuje da, što više osoba percipira da će bolest trajati duže, to će i nivo negativnog afektiviteta biti viši (pozitivni direktan efekat), ali s druge strane manja percepcija hroničnog toka bolesti je povezana sa nižim nivoom katastrofiziranja i samim tim i sa nižim nivoom negativnog afektiviteta, dok će izraženija percepcija promenljivog toka bolesti biti povezana sa višim nivoom katastrofiziranja i posredno sa višim doživljajem negativne emocionalnosti. Pozitivni indirektni efekat na negativnu emocionalnost preko katastrofiziranja imaju i posledice i emocionalna reprezentacija bolesti, dok je indirektni efekat koherentnosti preko katastrofiziranja, ali i preko ruminiranja negativan. Što je percepcija posledica ozbiljnija i za bolest se snažnije vezuju negativne emocije poput straha, besa i distresa, to će nivo katastrofiziranja biti viši i samim tim i nivo emocionalnog distresa. S druge strane, što se bolest bolje razume, nivo katastrofiziranja će biti niži, pa time i nivo negativnog afektiviteta, a, takođe, što se bolest bolje razume, osoba će se manje iznova i iznova baviti bolešću i emocijama koje ona izaziva, pa će i nivo negativnog afektiviteta biti niži. Percepcija kontrole preko samookrivljanja ostvaruje pozitivan efekat na negativni afektivitet, tako što pojačana percepcija lične kontrole pojačava nivo samookrivljanja i preko njega i nivo negativnog afektiviteta.

Integrativni model koji obuhvata pomenute indirektne efekte kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog i negativnog afektiviteta (Slika 6) uz nekoliko respecifikacija ima zadovoljavajuće indekse uklapanja u podatke. Respecifikacije su podrazumevale uključivanje prethodno utvrđenih i obrazloženih *direktnih efekata* emocionalne reprezentacije na ruminiranje i negativni afektivitet i psiholoških činilaca uzročnosti na samookrivljanje. Ove respecifikacije pokazuju da dimenzije reprezentacije bolesti, i to pre svega emocionalna dimenzija, pored indirektnih, imaju i značajne direktne efekte na emocionalne ishode, što je u skladu i sa postavkama modela samoregulacije da, iako se prevladavanje najčešće smatra medijatorom odnosa između procene i ishoda bolesti, ima nalaza koji ukazuju da postoji direktna povezanost bolesti i ishoda, nezavisno od prevladavanja (Foxwell et al., 2013). Rezultat je u skladu i sa nalazima Hagger-a i saradnika (2017) da se prevladavanje nije pokazalo potpunim medijatorom u odnosu između reprezentacije bolesti i ishoda kod osoba sa hroničnim bolestima, te da je bilo potrebno uključiti i direktne efekte reprezentacije na ishod.

Aspekti kognitivnog prevladavanja predstavljaju značajne medijatore u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog i negativnog afektiviteta i 1,5–2 meseca od samog događaja (Tabele 34 i 35, Slika 7). *Positivno reuokviravanje* se kao i neposredno nakon IM izdvaja kao značajan medijator u odnosu između kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog afektiviteta. Međutim, prediktori koji podrazumevaju dimenzije reprezentacije bolesti nisu isti. Dok su neposredno nakon IM to bile dimenzije posledica i psiholoških činilaca uzročnosti, sada to nije slučaj, te ne možemo govoriti o stabilnosti samih relacija, već o dinamičnim odnosima, ali se može razmatrati *stabilnost medijacionog efekta pozitivnog reuokviravanja u odnosu između dimenzija reprezentacija bolesti i pozitivnog afektiviteta*. Percipirana kontrola usled tretmana ostvaruje pozitivni efekat na pozitivni afektivitet indirektno preko pozitivnog reuokviravanja, tako što je pojačana percepcija kontrole usled tretmana povezana sa pojačanim razmišljanjem o lepim stvarima umesto o IM i na taj način i sa pozitivnim osećanjima. Na većem uzroku bi se mogao utvrditi i ovaj medijacioni mehanizam u odnosu između percepcije lične kontrole i pozitivnog afektiviteta (Tabela 5, Prilog 2) i generalno bi ukazivao na adaptivne efekte koje percepcija kontrole može imati (Hagger et al., 2017).

Dok se većina indirektnih efekata reprezentacije bolesti na negativnu emocionalnost neposredno nakon IM može objasniti pomoću katastrofiziranja, 1,5–2 meseca od IM, *ruminiranje*

predstavlja najčešći indirektni mehanizam preko koga konstrukt bolesti ostvaruje efekat na negativni afektivitet. Utvrđeni su indirektni efekti dimenzija identiteta, percepcije cikličnog trajanja, posledica i psiholoških činilaca uzročnosti na negativni afektivitet, tj. emocionalni distres preko ruminiranja. Opisivanje IM sa većim brojem simptoma, percepcija promenljivog toka bolesti, ozbiljnijih posledica i ličnih činilaca kao uzroka nastanka IM pojačavaju ruminiranje, a time indirektno i nivo emocionalnog distresa. Pri tom, atribucija uzročnosti u odnosu na psihološke faktore ima i direktan pozitivni efekat na negativnu emocionalnost. Efekat ruminacije na negativni afektivitet, kako direktni, tako i sada utvrđeni indirektni, je u skladu sa već pomenutim nalazima da je ovakva obrada najčešće maladaptivna (npr. Granefski et al., 2002, 2009; Nolen-Hoeksema, 1991), iako može imati i neke adaptivne aspekte (Marroquín et al., 2010), što se pokazalo i u ovom istraživanju u odnosu na aspekte pridržavanja tretmana i funkcionisanje. Repetitivno i konstantno usmeravanje na negativne emocionalne sadržaje može da održava ili čak pojačava negativna emocionalna stanja (Ehring & Watkins, 2008), a u ovom slučaju i indirektno da ostvaruje efekte na njih. Katastrofiziranje za razliku od prvog trenutka, predstavlja značajan medijator samo u odnosu između percepcije lične kontrole i negativnog afektiviteta. Utvrđeno je i da percepcija kontrole usled tretmana ostvaruje indirektni efekat na negativni afektivitet preko pozitivne reformulacije. Međutim, provera integrativnog modela ovako utvrđenih medijacionih odnosa (Slika 8) ukazuje da sa respecifikacijama koje podrazumevaju uključivanje *direktnih efekata* percepcije cikličnog trajanja na katastrofiziranje, pozitivne reformulacije na pozitivni afektivitet i psiholoških činilaca uzročnosti na negativni afektivitet, međusobni odnosi varijabli postaju nešto drugačiji. Ruminiranje prestaje da bude dominantan medijator odnosa između reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta, jer se putem njega ostvaruje samo jedan indirektni efekat, dok se preko *katastrofiziranja* ostvaruju dva medijaciona efekta, čineći ga i u ovom trenutku *dominantnim indirektnim mehanizmom*. Ono što je takođe značajno je da se ponovo uključuju i direktni efekti reprezentacije bolesti na afektivitet, što kao i u prvom trenutku, potvrđuje globalno stanovište modela samoregulacije, ali i empirijske nalaze, da konstrukt bolesti može imati i direktne efekte na ishode, a ne samo indirektno preko prevladavanja (Foxwell et al., 2013; Hagger et al., 2017; Leventhal et al., 2016a). S druge strane, činjenica da dimenzije reprezentacije bolesti ostvaruju medijacioni efekat na afektivitet *preko većeg broja strategija prevladavanja* i neposredno nakon IM i nakon 1,5–2 meseca od IM govori u prilog stanovištu da konceptualno i empirijski različite strategije prevladavanja često idu zajedno, te da mogu da facilitiraju jedna drugu (Folkman &

Moskowitz, 2004). Imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika su utvrđeni neki dodatni indirektni efekti reprezentacije bolesti na negativni afektivitet, dok se neki već utvrđeni nisu replikovali (Tabela 6, Prilog 2). Međutim, integrativni model sumiranih medijacionih efekata na dopunjenim podacima nije pokazao adekvatno uklapanje u podatke ni uz respecifikacije, te se pre čini da su realniji oni odnosi koji su već opisani bez zamene nedostajućih podataka.

Nisu utvrđeni ni serijski ni paralelni medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije i afektiviteta u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja, *te shodno tome ova hipoteza nije potvrđena*. Naime, ne može se govoriti o serijskom medijacionom nizu kognitivnog i emocionalnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, niti se ovi aspekti prevladavanja mogu smatrati paralelnim medijatorima u pomenutom odnosu. Promene nisu zabeležene ni nakon imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Nalazi se najpre mogu razumeti imajući u vidu prethodno razmotrene parcijalne efekte između pojedinačnih varijabli u modelu sa slike 3, pri čemu afektivitet ne ostvaruje značajan efekat na pridržavanje tretmana nakon IM. Takođe, ukazuju i da je ovako pretpostavljen serijski medijacioni niz verovatno previše pojednostavljena slika stvarnosti, a da su odnosi između varijabli pre isprepletani i uzajamni (o čemu će biti više reči u nastavku).

S druge strane, utvrđeni su parcijalni direktni efekti pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog i afektivnog prevladavanja na pridržavanje tretmana (Tabela 36). Ovi nalazi ukazuju da se znanje o uzimanju lekova može objasniti smanjenim nivoom razumevanja bolesti, pojačanim ruminiranjem i okrivljavanjem drugih, neprihvatanjem IM i nesagledavanjem događaja u kontekstu sa drugima (negativni efekat smeštanja stvari u perspektivu), ali isto tako i nižim nivoom distresa u odnosu na IM. Svi efekti koji su značajni za znanje o uzimanju lekova na nivou trenda se potvrđuju imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika dok se jedino ne replicira efekat smeštanja stvari u perspektivu (Tabela 9, Prilog 2). Ono što je donekle zbunjujuće je negativni efekat koherentnosti na znanje o uzimanju lekova, imajući u vidu adaptivni aspekt koji razumevanje smisla bolesti podrazumeva (Moss-Moris et al., 2002), ali i rezultate koji su ovde utvrđeni. U dostupnoj literaturi nema srodnih istraživanja kojima se ovaj rezultat može objasniti. Jedno od mogućih objašnjenja je da razumevanje bolesti nikad ne može biti apsolutno, odnosno da što se bolest bolje razume, osoba postaje svesna brojnih nepoznanica. Donekle neočekivan

može biti i negativni efekat prihvatanja, ali treba se podsetiti da ova strategija može imati dvojaki, i adaptivni i neadaptivni kontekst (Garnefski et al., 2002) i da se prema nekim istraživanjima (Feliu-Soler et al., 2017) pre svrstava u neadaptivne strategije, jer podrazumeva konotaciju koja se odnosi na nemogućnost promene, razumevanje i mirenje sa onim što se dogodilo, što samim tim može umanjiti potrebu za informisanjem o lekovima koje osoba uzima nakon IM u cilju sekundarne prevencije. Negativni efekat smeštanja stvari u perspektivu ukazuje da reevaluacija iskustva u pozitivnijem kontekstu ne mora da bude adaptivna za znanje o uzimanju lekova. Baš naprotiv, ovi nalazi pre ukazuju da su *za znanje o uzimanju lekova važnije one strategije koje se smatraju neadaptivnim u odnosu na emocionalni distres*. Iako emocionalni doživljaj pojedinačno ne ostvaruje značajan efekat na aspekte pridržavanja tretmana, u modelima zajedno sa konstruktom bolesti i kognitivnim aspektima prevladavanja se na nivou trenda izdvaja negativni efekat negativnog afektiviteta po znanje o uzimanju lekova i verovatno bi se i potvrdio na većim uzorcima (Tabela 9, Prilog 2). Ovo može biti potvrda već utvrđenih rezultata o važnosti emocionalnog stanja pacijenata za pridržavanje tretmana (npr. Miyazak et al., 2018), ali očigledno samo u sadejstvu sa kognitivnim aspektima prevladavanja i konstruktom bolesti. Što se tiče aspekta koji se odnosi na zaboravljanje uzimanja lekova, on bi se mogao opisati smanjenom percepcijom hroničnog trajanja bolesti (efekat značajan na nivou trenda koji bi se verovatno potvrdio na većim uzorcima, Tabela 9, Prilog 2), pojačanom percepcijom kontrole, kako lične, tako i usled tretmana, smanjenim ruminiranjem, pojačanim okrivljavanjem drugih i smanjenim pozitivnim afektivitetom. Efekti okrivljavanja drugih su prisutni na nivou trenda, ali se detektuju kada se imputiraju nedostajuće vrednosti na nivou ispitanika, pri čemu se dodatno registruje i negativni efekat planiranja i pozitivni efekat katastrofiziranja (Tabela 9, Prilog 2). I ovi nalazi su u skladu sa već objašnjenim pojedinačnim efektima konstrukta bolesti i kognitivnog prevladavanja na zaboravljanje, a dodatno ukazuju da emocionalno stanje ipak može biti važno za pridržavanje propisanog tretmana što su pokazali i brojni dosadašnji nalazi (npr. Kleppe et al., 2017). Što je izraženija percepcija akutnog trajanja bolesti, to će i zaboravljanje uzimanja lekova biti veće, verovatno usled smanjene percepcije pretnje koja se tiče akutnih stanja, ali i činjenice da se za akutna stanja vezuje i privremeno uzimanje lekova, nasuprot konstantnoj terapiji koje se podrazumeva za hronične bolesti. Ovde se u stvari vidi kako neadekvatna percepcija IM može biti kompromitujuća u kasnijim zdravstveno relevantnim ponašanjima što je utvrđeno i u dosadašnjim istraživanjima (Figueiras & Alves, 2007). Pozivni efekat ruminiranja na znanje o lekovima koji se piju, u skladu

je sa negativnim efektom na zaboravljanje, odnosno tendencija pojačanog bavljenja IM smanjuje mogućnost zaboravljanja uzimanja lekova. Efekat okrivljavanja drugih se može objasniti u kontekstu pomeranja lokusa kontrole ka spolja, a prisustvo pozitivnog afektiviteta u kontekstu značaja doživljaja pozitivnog emocionalnog stanja na značaj kontinuiteta u uzimanju medikamenata. Modifikacija uzimanja lekova bi se mogla opisati takođe smanjenom percepcijom hroničnog trajanja, ali i razumevanja bolesti (oba efekta značajna na nivou trenda i oba se potvrđuju kada se izvrši imputacija, uz dodatni efekat emocionalne reprezentacije bolesti u smislu da izraženija emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti doprinosi većoj modifikaciji u uzimanju lekova, Tabela 9, Prilog 2). I ovi nalazi se mogu razumeti slično kao i oni koji se odnose na zaboravljanje, iako je modifikacija uzimanja lekova u odnosu na zaboravljanje više namerni aspekt nepridržavanja tretmana. Ono što je diferencijalno u odnosu na zaboravljanje je da negativne asocijacije koje se vezuju za bolest (a koje je teško razdvojiti od samog emocionalnog doživljaja koji odatle proizilaze) imaju tendenciju ka većoj modifikaciji, verovatno usled neželjenih dejstava i nuspojava od lekova. Ovo se donekle može uporediti sa nalazom da pacijenti koji su zabrinuti od nuspojava izveštavaju o tome da zaboravljaju da ih uzmu ili da namerno preskaču propisane doze leka (Sabaté, 2003). Pored konstrukta bolesti, modifikacija uzimanja lekova bi se mogla razumeti i u kontekstu pozitivnog reuokviravanja i potencijalno u kontekstu smanjenog ruminiranja (Tabela 9, Prilog 2). Bavljenje lepim stvarima umesto IM pojačava tendenciju da se lekovi ne uzimaju kako je propisano, dok pojačano bavljenje samim IM potencijalno umanjuje ove efekte. Važno je reći da, uprkos svim ovim pobrojanim pojedinačnim značajnim direktnim efektima na aspekte pridržavanja tretmana, nijedan model u celini ne objašnjava značajni udeo u varijansi nijednog aspekta pridržavanja tretmana. Na većim uzorcima bi situacija bila nešto drugačija, u smislu da pojedini modeli postaju značajni, ali se svakako *ne može reći da su konstrukt bolesti, kognitivni i emocionalni aspekt prevladavanja dovoljni faktori za objašnjenje pridržavanje propisanog režima uzimanja lekova.*

Revidirani model odnosa reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog prevladavanja i pridržavanja tretmana ukazuje da se mogu razmatrati medijacioni efekti pojedinih aspekata kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i svih aspekata pridržavanja tretmana, *ali na većim uzorcima* (Tabela 7, Slike 2 i 3, Prilog 2). Dakle, kognitivno prevladavanje, pored toga što predstavlja medijator odnosa između reprezentacije bolesti i emocionalnih ishoda, takvu ulogu može imati i u odnosu između reprezentacije bolesti i ponašajnih

ishoda, konkretno u ovom slučaju operacionalizovanih kroz pridržavanje tretmana. *Ruminiranje* se izdvaja kao značajni medijator u odnosu između konstrukta bolesti i znanja o uzimanju lekova, *okrivljavanje drugih* u odnosu između reprezentacije bolesti i zaboravljanja uzimanja lekova, a *pozitivno reuokviravanje* je značajan indirektni mehanizam u odnosu između reprezentacije bolesti i modifikacije uzimanja lekova.

Nisu utvrđeni ni serijski ni paralelni medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije, afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionisanja pacijenata u drugom trenutku merenja. Ovo se potvrđuje i prilikom povećanja statističke snage imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, te samim tim nalazi govore *nasuprot polaznoj hipotezi i pretpostavljenom modelu odnosa kao na slici 3*. Biće da ovako postavljen model ipak reflektuje pojednostavljenu sliku, a da su odnosi generalno kompleksniji (o čemu će biti više reči u nastavku), ali isto tako i da je pitanje postojanja pojedinih relacija, pre svega, relacija između emocionalnog stanja ispitanika i pridržavanja tretmana, kao i funkcionisanja nakon bolesti.

Iako nisu potvrđeni pretpostavljeni medijacioni efekti, utvrđeni su značajni direktni parcijalni efekti pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i pridržavanja tretmana na sve sfere ometanja od bolesti, dok emocionalni doživljaj pacijenata ni u ovoj konstelaciji odnosa nema značajne efekte na funkcionisanje nakon bolesti (Tabela 37). Što se trajanje bolesti percipira kao predvidljivije i što je manja percepcija lične i kontrole usled tretmana, to će ometanje u bar nekoj od sfera koje se odnose na doživljaj osobe da je zdrava, ono što jede i pije, radnu i fizičku sposobnosti i finansije biti izraženiji. Ovo je u skladu sa već objašnjenim protektivnim efektima percepcije lične kontrole, odnosno nalazi ukazuju na negativne efekte koje ima smanjena percepcija lične kontrole (Hagger et al., 2017). Što je izraženije samookrivljavanje, biće izraženije i smanjenje funkcionalnosti u ovim oblastima ili nekoj od njih, što je takođe već prodiskutovano, a na većim uzorcima bi se verovatno identifikovali i efekti izraženijeg planiranja i katastrofiziranja (Tabela 10, Prilog 2). Takođe, izraženija modifikacija uzimanja lekova ima značajan negativni efekat na jače ometanje od bolesti (efekat na nivou trenda potvrđen imputiranjem vrednosti, Tabela 10, Prilog 2), što je već komentarisano i generalno govori da uzimanje lekova na svoju ruku redukuje efekte ometanja od bolesti na važne sfere funkcionisanja osobe nakon bolesti. Što se tiče aspekata gde je prisutno slabije ometanje od bolesti (socijalne,



porodične, seksualne relacije, rekreacija, verske, građanske aktivnosti, samooaktulazacija), oni se mogu razumeti u kontekstu opisivanja bolesti većim brojem simptoma, smanjene percepcije kontrole usled tretmana (efekat na nivou trenda potvrđen imputiranjem nedostajućih vrednosti, Tabela 10, Prilog 2) i pojačanog razumevanja same bolesti, ali i pojačanog samookrivljavanja (i na većim uzorcima pojačanog planiranja, okrivljavanja drugih i smeštanja stvari u perspektivu (Tabela 10, Prilog 2), te pojačanim zaboravljanjem uzimanja lekova. Ovi nalazi su već u velikoj meri prokomentarisani kroz obrazloženje mogućnosti predikcije pomenutih aspekata funkcionisanja na osnovu konstrukta bolesti i različitih strategija kognitivnog prevladavanja, tako da se efekti samo dodatno potvrđuju kada se sagledaju svi skupa. I ovde treba reći da ovako sastavljeni modeli u celini nisu bili značajni uprkos izdvajanju pomenutih parcijalnih doprinosa, međutim, kada se statistička snaga poveća imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, oni postaju značajni, što ukazuje da se *funkcionalnost osobe nakon IM može razumeti na osnovu konstrukta bolesti, kognitivnog prevladavanja i pridržavanja tretmana.*

Kao i u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, revidirani model odnosa ukazuje da kognitivno prevladavanje može biti i značajan medijator odnosa pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti i aspekata funkcionalnosti, ali takođe na *većim uzorcima* (Tabela 8, Prilog 2). Dakle, može se govoriti o *uopštenom medijacionom efektu kognitivnog prevladavanja u odnosu između konstrukta bolesti i različitih zdravstveno relevantnih ishoda, kako emocionalnih, tako i ponašajnih i funkcionalnih.* Ovo je generalno u skladu sa postavkama modela samoregulacije (Leventahl et al., 2016a), međutim, u dosadašnjim istraživanjima su retko gde istovremeno sagledavani ovako različiti aspekti prevladavanja i u odnosu na ovako širok dijapazon ishoda (Hagger et al., 2017), tako da utvrđeni nalazi ne samo da potvrđuju originalne postavke modela nego i doprinose široj slici.

Pridržavanje tretmana se ne može smatrati medijatorom u odnosu između emocionalnog doživljaja 1,5–2 meseca od IM i funkcionisanja ispitanika. Ovaj nalaz se potvrđuje i kada se izvrši imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, te samim tim *hipoteza o indirektnom efektu afektiviteta na funkcionalnost putem pridržavanja tretmana nije potvrđena.* Ipak, utvrđeni su parcijalni direktni efekti pojedinih aspekata pridržavanja tretmana na funkcionisanje (Tabela 38). Što se češće zaboravlja uzimanje lekova, veći će biti negativni efekat na sve ispitivane aspekte funkcionisanja osobe što potvrđuje generalne negativne efekte nepridržavanja tretmana i/ili

diskontinuiranog uzimanja kardioprotektivnih lekova (npr. Choudhry & Winkelmayr, 2008). Međutim, što je češća izmena upotrebe lekova, kao što je već pomenuto, biće manje ometanje u sferama koje podrazumevaju osećaj osobe da je zdrava, ono što jede i pije, radne i fizičke kapacitete i finansije. Nalazi se nisu u potpunosti replicirali imputacijom nedostajućih vrednosti (Prilog 2, str. 298). Potvrđen je samo pozitivni efekat zaboravljanja na aspekte slabijeg ometanja od bolesti, te ih svakako treba dodatno proveriti. Nisu utvrđeni značajni indirektni efekti aspekata pridržavanja tretmana u odnosu između emocionalnog doživljaja osoba i funkcionalnosti ni nakon 3–4 meseca od IM. Rezultati se ne menjaju ni prilikom povećanja statističke snage imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Prilog 2, str. 298), a kako nisu utvrđeni ni u drugom trenutku merenja, verovatno ukazuju na nepostojanje samih efekata. Nalaz se može razumeti u kontekstu nepostojanja značajnih efekata aktuelnog emocionalnog doživljaja osoba nakon IM ni na pridržavanje tretmana ni na funkcionisanje. Značajnim se izdvaja jedino pozitivni parcijalni efekat znanja o uzimanju lekova za aspekte koji podrazumevaju jače ometanje od bolesti (Tabela 39), dok na većim uzorcima treba razmotriti efekte svih aspekata pridržavanja tretmana na aspekte koji se tiču slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 11, Prilog 2).

Afektivitet ne ostvaruje ni značajne direktne efekte na funkcionalnost, odnosno funkcionisanje osobe nakon IM se ne može objasniti njenim aktuelnim emocionalnim stanjem, što je u skladu sa prethodnim nalazima o nemogućnosti predikcije funkcionalnosti osoba nakon IM na osnovu njihovog emocionalnog doživljaja ni u trećem trenutku merenja. Kao što je već pomenuto, ovo može biti u skladu sa nalazima da emocionalno stanje osobe ne mora biti povezano sa funkcionisanjem nakon bolesti (Hagger et al., 2017).

\*\*\*

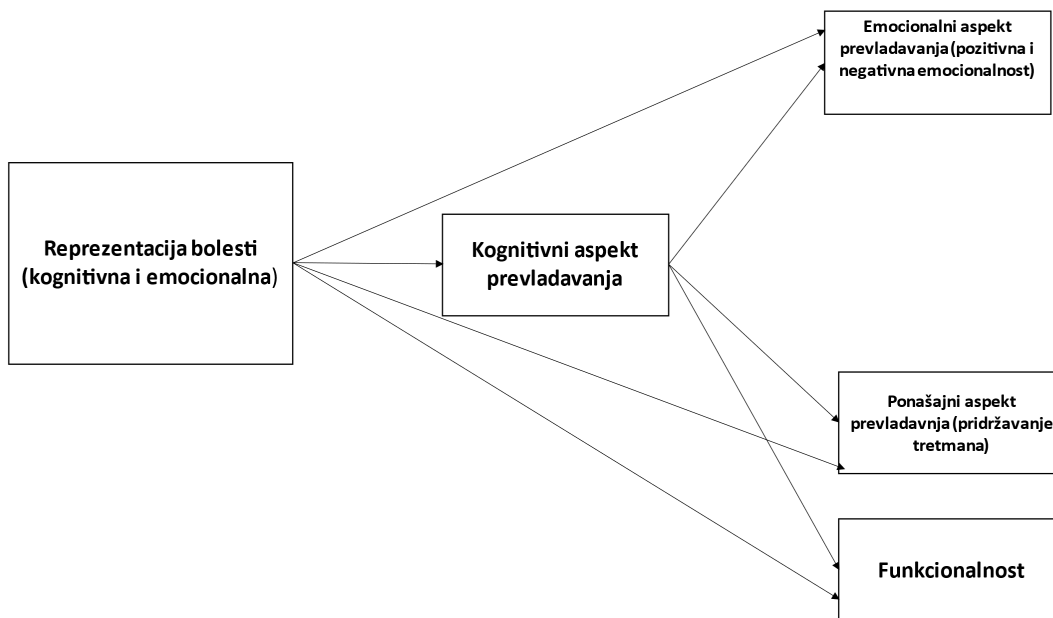
Rezultati koji se tiču medijacionih efekata varijabli na transverzalnom nivou, generalno ukazuju da se kognitivno prevladavanje može smatrati indirektnim mehanizmom putem koga reprezentacija bolesti ostvaruje efekte na različite ishode nakon bolesti, kako emocionalne, tako i ponašajne i funkcionalne. Nalazi govore u prilog postavkama da se prevladavanje najčešće smatra medijatorom odnosa između procene i ishoda bolesti (Foxwell et al., 2013), ali i uopštenom shvatanju mehanizama prevladavanja kao važnim medijatorima u odnosu stresora i njegovih ishoda (Lazarus & Folkman, 1984). Ako se vratimo na odredbe modela samoregulacije, prema kome samoregulacija, najšire gledano, podrazumeva sklonost osobe da angažuje svoje kognitivne,

emocionalne i/ili ponašajne resurse u cilju ostvarivanja željenog cilja ili ishoda (Blankers, 2008), dobijeni nalazi potvrđuju ove postavke.

*Katastrofiziranje i ruminiranje* se izdvajaju kao glavni indirektni mehanizmi u odnosu između reprezentacije bolesti i negativnog doživljaja osoba nakon IM. Izolovano posmatrani, rezultati ukazuju da katastrofiziranje predstavlja dominantan inicijalni medijacioni mehanizam na početku, a ruminiranje nakon 1,5–2 meseca. Međutim, kada se u drugom trenutku merenja odnosi sagledaju zbirno u okviru integrativnog modela, dobijaju se nalazi o katastrofiziranju kao dominantnom medijacionom mehanizmu i nakon 1,5–2 meseca od IM, što očigledno ukazuje na važnost i jačinu ovog aspekta prevladavanja u susretu sa IM kao životno ugrožavajućem događaju. Stabilnim se pokazuje i medijacioni efekat *pozitivnog reuokviravanja* u odnosu između dimenzija reprezentacija bolesti i pozitivnog afektiviteta. Dimenzije reprezentacije bolesti, naročito emocionalna mogu imati i direktne efekte na emocionalne ishode, a ne samo indirektno preko pokrenutog prevladavanja. S tim u vezi nalazi potvrđuju i smisao dopune dimenzija reprezentacije bolesti emocionalnom dimenzijom, te pretpostavku o dva paralelna procesa koji se odnose na kognitivni i emocionalni odgovor na bolest (Leventhal et al., 2016a; Moss-Moris et al., 2002), ali isto tako i rezultate istraživanja da veze između reprezentacije bolesti i ishoda mogu postojati i nezvezano od prevladavanja (Hagger et al., 2017).

Ne može se govoriti o serijskom medijacionom nizu kognitivnog i emocionalnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, niti se ovi aspekti prevladavanja mogu smatrati paralelnim medijatorima u pomenutom odnosu. Nisu utvrđeni ni serijski ni paralelni medijacioni efekat kognitivnih strategija emocionalne regulacije, afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionisanja pacijenata u drugom trenutku merenja. Ovi odnosi su očigledno kompleksniji od pretpostavljenih. Pokazalo se, međutim, da određene kognitivne strategije emocionalne regulacije mogu biti značajni medijatori u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, ali i reprezentacije bolesti i funkcionisanja nakon IM. *Ruminiranje* može biti adaptivni mehanizam u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, ali se indirektni efekti mogu ostvarivati i preko *okrivljavanja drugih i pozitivnog reuokviravanja* što može imati negativne efekte na uzimanje lekova. *Samookrivljavanje* je značajni indirektni mehanizam u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionisanja nakon IM. Pridržavanje tretmana ne ostvaruje značajan indirektni efekat u

odnosu između afektiviteta i funkcionisanja nakon IM, što se može objasniti nepostojanjem povezanosti između afektiviteta i pridržavanja tretmana i funkcionisanja nakon IM. Važno je napomenuti i zakrivljenost distribucije, tj. njenu pozitivnu asimetričnost za sve aspekte pridržavanja tretmana, što ukazuje na priličnu homogenost ove ponašajne karakteristike u smislu „apsolutnog“ pridržavanja tretmana, pa je moguće da bi se drugačiji rezultati dobili u heterogenijim grupama. Treba imati u vidu i tendenciju davanja socijalno poželjnih odgovora kada je u pitanju uzimanje lekova, što dovodi u pitanje samoprocenu kao adekvatnu meru pridržavanja tretmana. Neke druge mere, poput direktnih opservacija, bile bi verovatno adekvatnije, mada i teže primenljivije. Svakako, ne mora da znači da bi sve navedeno promenilo dobijene nalaze. Sve skupa, nisu potvrđene relacije između varijabli u distalnom delu modela na Slici 3, dok rezultati u globalu potvrđuju pretpostavljene odnose u proksimalnom delu modela. Sledi slika redefinisano modela odnosa sa Slike 3 prema utvrđenim rezultatima istraživanja.



**Slika 16.** Redefinisani model odnosa reprezentacije bolesti, kognitivnog, emocionalnog, ponašajnog prevladavanja i funkcionalnosti nakon IM

Iako nisu potvrđeni pretpostavljeni medijacioni efekti, utvrđeni su direktni parcijalni efekti pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta na

pridržavanje tretmana, odnosno pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i pridržavanja tretmana na ispitivane aspekte ometanja od bolesti. Važno je reći da, uprkos pomenutim značajnim parcijalnim efektima, konstrukt bolesti, kognitivni i emocionalni aspekt prevladavanja nisu dovoljni faktori za objašnjenje pridržavanja tretmana u celini. S druge strane, podaci ukazuju da se funkcionisanje nakon IM može razumeti na osnovu konstrukta bolesti, kognitivnog prevladavanja i pridržavanja tretmana, ali na većim uzorcima. Treba imati i u vidu da, iako je pridržavanje tretmana u smislu uzimanja propisane terapije esencijalno za oporavak nakon IM (Choudhry & Winkelmayr, 2008), ovo svakako nije jedini aspekt ponašanja pacijenata. Šta više, rezultati kvalitativne analize koji će biti interpretirani u nastavku, ukazuju da promene kod pacijenata nakon IM obuhvataju mnogo širi repertoar ponašanja nego što je to uzimanje lekova. Shodno tome, operacionalizacija ponašajnog prevladavanja kroz uzimanje lekova samo je jedan segment ponašanja, koji ne mora biti primarni iako je važan. Opet u skladu sa kategorijama odgovora koje su se izdvojile u okviru kvalitativne analize sadržaja na zadate kategorije, čini se da promene u funkcionisanju operacionalizovane kroz jači i slabiji aspekt ometanja od bolesti u boljoj meri oslikavaju promene u ponašanju osoba nakon IM što može biti objašnjenje dobijenih rezultata.

### **Promene u nivou izraženosti ispitivanih varijabli u različitim trenucima merenja**

Kao što je već pomenuto u opisu reprezentacije bolesti, nakon 1,5–2 meseca dolazi do promena u dimenzijama reprezentacije bolesti tako da ispitanici počinju da opažaju tok svoje bolesti kao manje nepredvidiv (percepcija cikličnog trajanja), povećava se nivo razumevanja bolesti (promena u koherentnosti), smanjuje nivo percipirane lične kontrole i povećava nivo atribucije uzročnosti u odnosu na spoljašnje činioce u odnosu na inicijalne nivoe ovih dimenzija reprezentacije bolesti (neposredno nakon IM). Utvrđene mere veličine efekta su srednje i velike (Tabela 40). Najveći efekat je registrovan u odnosu na percepciju cikličnog trajanja bolesti, odnosno smanjenje opažanja nepredvidivog toka bolesti. Ovi nalazi su već obrazloženi u okviru rezultata koji se odnose na opis i promenu u konstrukt bolesti, tako da ponovo neće biti reči o tome. Na većem uzorku ispitanika bi se mogle registrovati i promene koje podrazumevaju percepciju višeg nivoa posledica nakon 1,5–2 meseca od bolesti i nižeg nivoa kontrole usled tretmana (Tabela 12, Prilog 2), što bi ponovo bilo suprotno nekim od dosadašnjih nalaza koji

ukazuju da percepcija ozbiljnosti posledica opada sa vremenom, a nivo percipirane kontrole raste (npr. Janssen et al., 2013).

Promene su prisutne i u većini aspekata kognitivnog prevladavanja (Tabela 41). Rezultati pokazuju da nakon 1,5–2 meseca opada nivo kako onih aspekata prevladavanja koji se smatraju adaptivnim – pozitivno reokviravanje, pozitivna reformulacija, planiranje, smeštanje stvari u perspektivu, tako i onih koje se smatraju neadaptivnim – samookrivljavanje, prihvatanje, katastrofiziranje (Feliu-Soler et al., 2017). Promene jedino nisu registrovane u odnosu na nivo ruminiranja i okrivljavanja drugih. Sve veličine efekta promena su srednje i velike, izuzev promene u katastrofiziranju, gde je registrovani mali efekat promene u periodu od 1,5–2 meseca. S tim u vezi, značajna promena u katastrofiziranju nije utvrđena prilikom imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Prilog 2, str. 300). Rezultati mogu da ukažu na smanjeni nivo percipirane pretnje od bolesti u odnosu na period neposredno nakon IM, ali i generalno na smanjenje mehanizama prevladavanja u odnosu na bolest. Najveći efekat protoka vremena je prisutan u odnosu na smanjenje pozitivne reformulacije, kada je reč o adaptivnim aspektima kognitivnog prevladavanja i u odnosu na samookrivljavanje, kada je reč o neadaptivnim aspektima kognitivnog prevladavanja. Čini se da je nakon 1,5–2 meseca od IM najmanje izražena potreba da se o IM misli kao pozitivnom iskustvu iz koga se nešto može naučiti i koje će doprineti ličnom rastu, ali i da osobe manje krive sebe zbog onog što se desilo, što je svakako povezano sa adaptacijom na bolest i njene efekte.

Kada je reč o emocionalnom doživljaju, rezultati pokazuju da nije utvrđena značajna promena ni u nivou pozitivne ni u nivou negativne emocionalnosti nakon 1,5–2 meseca. Utvrđeno je dolazi do značajnog smanjenja doživljaja negativne emocionalnosti 3–4 meseca od IM u odnosu na inicijalni doživljaj negativnog afektiviteta, pri čemu je veličina efekta velika (Tabele 42 i 44). Nije utvrđen značajan efekat protoka vremena na pozitivni afektivitet generalno, ali postoji promena u pozitivnom afektivitetu između drugog i trećeg trenutka merenja, pri čemu nivo pozitivnog afektiviteta raste. Veličina efekta je takođe velika (Tabela 43). Dakle, 3–4 meseca nakon IM kod ispitanika značajno opada nivo negativnog afektiviteta u odnosu na inicijalni trenutak, a povećava se nivo pozitivnog afektiviteta u odnosu na period 1,5–2 meseca od IM. Čini se, kao što pokazuju dosadašnji nalazi, da se emocionalna ravnoteža nakon IM popravlja, i da taj period može biti i kraći nego što je utvrđeno u prethodnim istraživanjima (Kroemeke, 2016a).

Prema postojećim podacima (Kroemeke, 2016a) promene u afektivitetu nakon IM se odvijaju u smeru predominacije negativnih emocija nekoliko dana nakon IM do javljanja pozitivnih emocija nakon mesec dana i nastavka prisustva pozitivnih emocija na sličnom nivou tokom narednih šest meseci. Autorka ukazuje i da se pozitivne emocije javljaju kada nestane pretnja po život i ostaju prisutne nadalje, ali je njihovo prisustvo slabije izraženo u odnosu na negativne emocije koje se mogu smatrati dominantnim u emocionalnom balansu nakon IM. Efekat pozitivnih emocija verovatno postaje vidljiviji na duže staze u procesu adaptacije (Kroemeke, 2016a). I u ovom istraživanju je utvrđeno da negativni afektivitet opada već nakon 3–4 meseca, a da pozitivni raste. Međutim, nalaz o kasnijoj predominaciji pozitivnog afektiviteta u odnosu na negativni nije ispitivan. Ono što svakako treba istaći je da se prema utvrđenim nalazima promene u emocionalnom doživljaju dešavaju ipak sporije, nego što je to slučaj sa promenama u kogniciji. Ovo je u skladu sa brojnim zapažanjima u psihoterapijskoj praksi (kognitivno-bihejvioralnim modalitetima pre svega) da promene u kogniciji nastupaju brže nego promene u emocionalnoj sferi (npr. Beck, 2007; Young et al., 2003). Utvrđene nalaze ipak treba proveriti na većim uzorcima s obzirom na to da rezultati sa imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika ukazuju jedino na promenu u negativnom afektivitetu u smislu njegovog opadanja i nakon 1,5–2 meseca od IM i nakon 3–4 meseca od IM (Tabele 13 i 14, Prilog 2), pri čemu su mere veličine efekta srednje ka niskim.

Nisu utvrđene značajne promene u odnosu na aspekte pridržavanja tretmana od drugog do trećeg trenutka ispitivanja (Tabela 45). Na većim uzorcima bi se mogao detektovati niži nivo zaboravljanja u odnosu na uzimanje lekova, ali je veličina efekta promene mala (Tabela 15, Prilog 2). Ukoliko se ustanovi u budućim nalazima, ovaj efekat se može smatrati optimističnim podatkom imajući u vidu većinu dosadašnjih rezultata o nepridržavanju propisanog tretmana već ubrzo nakon IM (npr. Faridi et al., 2016; Naderi et al., 2012). Do sada je utvrđeno da se uzimanje lekova tipično smanjuje vremenom i predstavlja glavni izazov u upravljanju hroničnim bolestima (Usherwood, 2017). Ovo je naročito slučaj za kardiovaskularne pacijente nakon otpusta iz bolnice kada se upoznaju sa tretmanom koji podrazumeva dugotrajnu upotrebu većeg broja lekova (Pandey et al., 2018). Svakako, treba imati u vidu i tendenciju ka davanju socijalno poželjnih odgovora u vezi sa pridržavanjem tretmana i samim tim već pomenute teškoće u proveru pridržavanja tretmana na osnovu samoprocene (nedovoljna ekološka validnost). U prilog tome su i podaci o zakrivljenosti distribucije na ovoj skali koji ukazuju na visoko pridržavanje tretmana, o čemu je već bilo reči.

Nisu utvrđene ni promene u odnosu na nivo ometanja od bolesti, tj. u odnosu na nivo funkcionalnosti pacijenata nakon IM od drugog do trećeg trenutka merenja (Tabela 46). Postoji mogućnost da se na većim uzorcima detektuje smanjenje u odnosu na one aspekte koji su određeni kao jače ometanje od bolesti, pri čemu je veličina efekta promene velika (Tabela 16, Prilog 2). Ukoliko bi se replicirali, značili bi da nakon 3–4 meseca od IM bolest ima manji efekat i na doživljaj osoba da su zdrave, ali i ishranu, radne i fizičke kapacitete i finansije. Da li je to zaista rezultat nižeg nivoa ometanja, ili efekat adaptacije na ove teškoće što se reperkutuje u potencijalno nižim skorovima je nešto što treba proveriti u budućim istraživanjima.

Shodno dobijenim nalazima koji se tiču promena u varijablama između dva trenutka merenja, može se reći da je *hipoteza koja se odnosila na efekat protoka vremena na izraženost dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnih, emocionalnih i ponašajnog aspekta prevladavanja i funkcionalnosti pacijenata nakon IM u tri, odnosno u dva trenutka merenja (T1 i T2, odnosno T2 i T3) je delimično potvrđena.*

Interkorelacije promena u dimenzijama reprezentacije bolesti (Tabela 47) pokazuju da, što se manje percipira nepredvidljiv tok bolesti (dimenzija cikličnog trajanja), to će biti manje katastrofiziranje i emocionalni distres, ali će biti pojačano pripisivanje nastanka bolesti biološkim/eksternim činiocima. Promene u percepciji lične kontrole su negativno povezane sa promenama u pozitivnom afektivitetu. Dodatno se registruje negativni parcijalni doprinos koherentnosti na samookrivljavanje u smislu da sa pojačanjem stepena razumevanja bolesti opada nivo samookrivljavanja, ali je ovaj efekat prisutan samo u sadejstvu sa promenama u ostalim dimenzijama reprezentacije bolesti. Što se tiče samih aspekata kognitivnog prevladavanja, smanjenje u samookrivljavanju je povezano sa povećanjem pozitivnog afektiviteta, smanjenim nivoom katastrofiziranja i prihvatanja kao neadaptivnih strategija, ali i smanjenim nivoom adaptivnijih strategija, kao što su pozitivna reformulacija i smeštanje stvari u perspektivu. Postoji međusobna pozitivna povezanost u smanjenju adaptivnih strategija kognitivnog prevladavanja, tj. nivoa prihvatanja, pozitivnog reokviravanja, pozitivne reformulacije, planiranja i smeštanja stvari u perspektivu. Rezultati, dakle, pokazuju da su opadanja u mehanizama prevladavanja generalno povezana, što svakako može da ukaže na umanjeni nivo percepcije pretnje neko vreme nakon IM. Dodatno, smanjenje prihvatanja je povezano sa povećanjem pozitivnog afektiviteta što dodatno potvrđuje shvatanja da prihvatanje ne mora biti adaptivno (Feliu-Soler et al., 2017). Ovi nalazi



mogu biti nešto drugačiji na većem uzorku na šta ukazuju rezultati koji su dobijeni imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, a koji sugerišu dodatne promene u dimenzijama reprezentacije bolesti, promenu u negativnom afektivitetu, kao i izostajanje efekta promene u katastrofiziranju, ali i promene u odnosu na zaboravljanje uzimanja lekova i aspekte jačeg ometanja od bolesti. Za detaljniji opis videti Tabelu 17 u Prilogu 2 i opis nakon nje. Interkorelacije varijabli kod kojih su registrovane promene u dva trenutka merenja su prikazane samo u cilju ilustracije međusobnih povezanosti promena u varijablama, te dodatno neće biti komentarisane. Multivarijacioni efekti promena u varijablama su jednim delom prokomentarisani kroz interpretiranje stabilnih i dinamičnih odnosa na transverzalnom nivou, a dodatno će biti obrazloženi kroz interpretaciju longitudinalnih odnosa i pretpostavljenih smerova delovanja među varijablama.

### **Odnosi među varijablama na longitudinalnom nivou**

U ovom odeljku će biti interpretirani rezultati koji se tiču longitudinalnih odnosa među varijablama, tj. nalazi koji podrazumevaju postojanje međusobnih efekata u dužem vremenskom periodu. Redosled interpretiranja rezultata će najpre podrazumevati parcijalne longitudinalne efekte prema pretpostavljenom smeru povezanosti varijabli kao na Slici 3 i njihovo poređenje sa utvrđenim rezultatima na transverzalnom nivou (efekti dobijeni na nivou preseka u prvom, drugom i trećem trenutku merenja). Potom će biti prokomentarisani i nalazi koji se odnose na pretpostavljeni smer delovanja varijabli (Slika 4).

Konstrukt bolesti, pored trenutnih, ostvaruje i dugoročne efekte na aspekte kognitivnog prevladavanja, u smislu da se na osnovu inicijalne reprezentacije bolesti može predvideti kognitivno prevladavanje ne samo u datom trenutku, već i kasnije, nakon 1,5–2 meseca od IM. *S tim u vezi globalni efekat reprezentacije bolesti na kognitivno prevladavanje možemo smatrati stabilnim.* Međutim, diferencijalni obrasci značajnih parcijalnih efekata na longitudinalnom nivou govore u prilog dinamičnim relacijama. Na dinamične relacije su već ukazali i rezultati na transverzalnom nivou, u drugom trenutku merenja, što je u skladu s tim da dolazi i do promena u dimenzijama reprezentacije bolesti i do promena u aspektima kognitivnog prevladavanja. Većina rezultata koji ukazuju na longitudinalne odnose je u smislu značenja već komentarisana prilikom interpretacije rezultata na transverzalnom nivou, tako da će ovde biti istaknuta dugoročnost utvrđenih efekata i napravljena paralela sa efektima koji su utvrđeni na nivou preseka.

Početna kognitivna reprezentacija bolesti ostvaruje dugoročne efekte (nakon 1,5–2 meseca od IM) na aspekte kognitivnog prevladavanja koji se odnose na *ruminiranje, smeštanje stvari u perspektivu, katastrofiziranje i okrivljavanje drugih* (Tabela 48), dok se u odnosu na ostale aspekte kognitivnog prevladavanja registruju longitudinalni efekti pojedinačnih inicijalnih dimenzija reprezentacije bolesti (i kognitivnih i emocionalnih), ali ne i konstrukta bolesti u celini. Uprkos i longitudinalnim i prethodno utvrđenim transverzalnim efektima koje konstrukt bolesti ostvaruje na ruminiranje, smeštanje stvari u perspektivu, katastrofiziranje i okrivljavanje drugih, dimenzije reprezentacije bolesti kojima se ovi aspekti kognitivnog prevladavanja mogu opisati se razlikuju kako od jednog do drugog trenutka merenja, tako i longitudinalno, pa možemo govoriti o nekoj opštoj stabilnosti efekata koji su unutar sebe dinamični. Naime, ruminiranje se nakon 1,5–2 meseca od IM može opisati većim početnim brojem simptoma koje osoba pripisuje IM i percepcijom ozbiljnih posledica, što nisu dimenzije reprezentacije bolesti koje opisuju ruminiranje u datom trenutku (koherentnost i uzročnost u odnosu na psihološke činioce). Međutim, dimenzije identiteta i koherentnosti se izdvajaju kao značajni prediktori ruminiranja u drugom trenutku merenja, što ukazuje da *identitet bolesti ima i trenutne i dugoročne efekte na ruminiranje, dok su efekti koherentnosti stabilni, ali vezani za dati trenutak*. Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti uspešno predviđa ruminiranje i na nivou preseka u oba trenutka merenja i longitudinalno. Takođe, početna emocionalna reprezentacija ostvaruje kako transverzalni, tako i longitudinalni efekat na katastrofiziranje, a ova veza je potvrđena i transverzalno u drugom trenutku merenja, što ukazuje da *će sagledavanje IM sa aspekta negativnih osećanja imati stabilne trenutne i dugotrajne efekte na tendenciju da se pojačano razmišlja o bolesti i osećanjima koje ona u nama izaziva, ali i na katastrofičnije sagledavanje onog što se dogodilo*. Koherenost se izdvaja kao jedina inicijalna dimenzija reprezentacije bolesti koja ostvaruje i transverzalni i longitudinalni negativni efekat na katastrofiziranje. Opisivanje IM sa većim brojem simptoma će imati stabilan efekat na katastrofiziranje, ali *samo u datom trenutku*. Dakle, *što je bolest jasnija, što je osoba više i bolje razume, to će manje razmišljati o iskustvu koje je preživela kao o nečemu najgorem što joj se desilo i u datom trenutku i na duže staze*. Ovaj nalaz može imati praktične implikacije u smislu pružanja što jasnije slike bolesti pacijentima, tj. davanja *informacione podrške* u vezi sa onim što im se dogodilo. Bolest kao stresna situacija sama po sebi podrazumeva neizvesnost, pa bi davanje adekvatnih informacija moglo da doprinese boljem razumevanju bolesti, i samim tim redukciji neadaptivnih načina prevladavanja koji mogu da proizilaze iz njenog nerazumevanja. Inicijalna

percepcija ozbiljnijih posledica i psiholoških činilaca uzročnosti je prediktivna za okrivljavanje drugih, kako transverzalno u prvom trenutku merenja, tako i longitudinalno nakon 1,5–2 meseca od IM. Takođe, inicijalna percepcija lične kontrole ima značajni negativni efekat na kasnije okrivljavanje drugih, a ova veza se pokazuje i transverzalno u drugom trenutku merenja. *Što osoba percipira ozbiljnije posledice IM i njegov nastanak više pripisuje činiocima koji su u vezi sa ličnošću, uključujući i stres, to će više kriviti druge za njegov nastanak i neposredno nakon samog događaja i u dužem vremenskom periodu. Isto važi i za smanjenu percepciju lične kontrole u odnosu na sam događaj.* Dodatno, rezultati pokazuju da je inicijalno pripisivanje uzroka nastanka IM bihevioralnim činiocima prediktivno za kasnije neprihvatanje bolesti i manje okrivljavanje drugih. Na osnovu inicijalne percepcije cikličnog trajanja, tj. promenljivog toka bolesti može se predvideti kasnije samookrivljavanje, a početna percepcija ozbiljnijih posledica i hroničnog toka su prediktivne za kasnije planiranje, samo u suprotnim smerovima (posledice imaju pozitivan, a percepcija hroničnog toka negativni efekat). Ovi efekti *se registruju samo dugoročno* i nisu se izdvojili na nivou preseka ni u prvom ni u drugom trenutku merenja.

Inicijalna emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti je prediktivna za emocionalni distress pacijenata dugoročno i nakon 1,5–2 i nakon 3–4 meseca od IM (Tabela 49). Imajući u vidu da su ove relacije utvrđene i transverzalno, u oba trenutka merenja, upućuju svakako na stabilne odnose sa kratkoročnim i dugoročnim efektima. *Što se više za reprezentaciju bolesti vezuju negativna osećanja, to će i doživljaj emocionalnog distresa u vezi sa bolešću biti izraženiji i situaciono i na duže staze.* Kada je reč od odnosima kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta na longitudinalnom nivou, inicijalna percepcija spoljašnjih/bioloških faktora kao uzroka nastanka IM je prediktivna za pozitivni afektivitet nakon 3–4 meseca, a percepcija promenljivog toka bolesti i koherentnost nakon 1,5–2 meseca od IM ostvaruju pozitivne efekte na afektivitet nakon 3–4 meseca od samog događaja. Inicijalno opisivanje bolesti većim brojem simptoma je prediktivno za negativni afektivitet nakon 3–4 meseca od IM, a koherentnost i pripisivanje uzroka nastanka bolesti psihološkim činiocima imaju kako transverzalne, tako i longitudinalne efekte na negativni afektivitet (koherentnost negativan, psihološki činioci uzročnosti pozitivan). Ovi rezultati pokazuju da se generalno može govoriti i o longitudinalnim efektima konstrukta bolesti na emocionalni doživljaj osoba nakon bolesti, ali da se ti efekti razlikuju od onih koji su prisutni u datom trenutku. Vremenski stabilnijim se pokazuju odnosi sa negativnim afektivitetom koji se i u datom trenutku i dugoročno može predvideti na osnovu

stepena razumevanja bolesti, atribucije uzročnosti u odnosu na psihološke činioce i emocionalne reprezentacije. *Što je bolest jasnija, što se manje njen nastanak pripisuje činiocima koji su u vezi sa ličnošću, i za nju se vezuje manje negativnih emocija, manji će biti njen efekat i na aktuelni i na dugotrajni emocionalni distres u vezi sa IM.* Manje ćemo biti uznemireni i neadaptivno pokušavati da se izborimo sa negativnim emocijama kad znamo i možemo da razumemo šta nam je, što nam je i šta potencijalno možemo da očekujemo.

Rezultati govore i u prilog dugoročnih efekata kognitivnog prevladavanja na afektivitet (Tabela 52). Međutim, utvrđeni su longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na afektivitet samo između drugog i trećeg trenutka merenja, dok se inicijalno pokrenuto kognitivno prevladavanje nije pokazalo predikativnim za emocionalno stanje ispitanika ni nakon 1,5–2 meseca od IM, ni nakon 3–4 meseca od IM. Ovo se može razumeti u kontekstu vremenskih promena i u dimenzijama kognitivnog prevladavanja i u afektivitetu i ukazuje na dinamiku međusobnih odnosa. Pozitivna reformulacija IM nakon 1,5–2 meseca od samog događaja ima pozitivni dugoročni efekat na pozitivni afektivitet, a negativni na negativnu emocionalnost nakon 3–4 meseca od IM (što je utvrđeno i transverzalno u drugom trenutku merenja). Nalazi ukazuju na važnost *razmatranja IM kao iskustva za učenje, ali efekti takvog prevladavanja na emocionalno blagostanje postaju vidljivi tek nakon određenog vremena od samog događaja* što je i razumljivo imajući u vidu da je potrebno bar neko vreme da se događaj integriše u iskustvo. Prema nekim podacima, posttraumatski rast nakon IM je rezultat adaptivnog prevladavanja koji ima kognitivni karakter, odnosno češću/učestaliju adaptivnu kognitivnu obradu događaja (Linley et al., 2006; Łosiak & Nikiel, 2014; Tedeschi & Calhoun, 2004), na šta mogu da ukažu i ovi nalazi. Međutim, rezultati nakon imputacije vrednosti na nivou ispitanika ne potvrđuju ove longitudinalne efekte (Tabela 18, Prilog 2), pa nalazi zavređuju dalje provere. S druge strane, *razmišljanje o prijatnim iskustvima umesto o IM ima stabilne efekte na emocionalno blagostanje, ali samo u datom trenutku. Dugoročne efekte pozitivnog reuokviravanja na emocionalno blagostanje možemo očekivati na većim uzorcima*, o čemu svedoče podaci u Prilogu 2 (Tabela 18). Na većim uzorcima bi pored ovog trebalo razmatrati i dugoročni negativan efekat smeštanja stvari u perspektivu na pozitivni afektivitet (Tabela 18, Prilog 2).

Pojačano ruminiranje nakon 1,5–2 meseca od IM je prediktivno za kasniji negativni afektivitet i ovaj nalaz je u skladu sa onima koji su dobijeni na transverzalnom nivou u oba

trenutka merenja. *Što više osoba ruminira o bolesti, to će emocionalni distres biti snažniji kako u datom trenutku, tako i longitudinalno.* Naravno, već je pomenuto da će manje ruminirati ako bolest bolje razume, što još jednom ukazuje na praktične implikacije koje proizilaze iz dimenzije reprezentacije bolesti koherentnost. Na većim uzorcima bi se potencijalno izdvojio i dugoročni pozitivan efekat katastrofiziranja u vezi sa IM na kasniji doživljaj negativnog afektiviteta (Tabela 18, Prilog 2) što je u skladu i sa rezultatima utvrđenim na transverzalnom nivou u oba trenutka merenja. Dakle, što se *emocionalnog distresa u vezi sa IM tiče, može se reći da, što osoba ima veću tendenciju da uči iz iskustva, konkretno da IM sagledava i kao iskustvo koje treba da pokrene adaptivne promene, to će nivo negativnog afektiviteta biti niži i trenutno i na duže staze. Što osoba ima izraženiju tendenciju da ruminira i katastrofizira u vezi sa bolešću, to će nivo negativnog afektiviteta da bude viši i trenutno i na duže staze.* Ovo su ujedno i mehanizmi preko kojih se mogu ostvarivati longitudinalni medijacioni efekti reprezentacije bolesti na emocionalne ishode (Tabele 55 i 56 i Slike 9 i 11), a na većim uzorcima longitudinalni medijacioni efekat može imati i samookrivljavanje (Tabele 22 i 23, Slike 4 i 6, Prilog 2). S tim u vezi, nalazi proširuju postojeće postavke modela samoregulacije ukazujući i na verovatne dugoročne medijacione efekte prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i ishoda. Međutim, imajući u vidu rezultate koji govore u prilog dvosmernih i dinamičnih odnosa između reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta, o čemu se u nastavku biti reči, *utvrđeni longitudinalni medijacioni efekti predstavljaju samo jedan od mogućih mehanizama povezanosti ovih varijabli, nikako i jedini.*

Konstrukt bolesti u celini ne ostvaruje longitudinalne efekte na aspekte pridržavanja tretmana. Kao značajni se jedino izdvajaju parcijalni efekti inicijalne percepcije cikličnog trajanja bolesti (pozitivan efekat) i inicijalni negativni efekat percepcije lične kontrole u odnosu na znanje o uzimanju lekova nakon 1,5–2 meseca od IM (Tabela 50). Dakle, ako osoba se na samom početku proceni da će bolest imati promenljiv tok, kasnije znanje o uzimanju lekova će biti veće, dok nasuprot tome, što je veća početna percepcija lične kontrole, to je slabije kasnije znanje o uzimanju lekova. Ovi efekti nisu utvrđeni na transverzalnom nivou.

Pojedine dimenzije inicijalne reprezentacije bolesti ostvaruju i značajne longitudinalne efekte na kasnije ometanje od bolesti (Tabela 51). Početno pripisivanje uzroka nastanaka IM bihevioralnim činiocima ima negativni dugoročni efekat na sfere koje podrazumevaju jači aspekt

ometanja od bolesti. Što više osoba na početku smatra da su IM doprineli ponašajni činioci (pušenje, alkohol i prekomeran rad) to je manje izraženo ometanje u odnosu na bar neki od aspekata života koji se tiču doživljaja osobe da je zdrava, onoga šta pije i jede, koje fizičke i radne aktivnosti može da obavlja i na finansijski aspekt. Moguće je da ovaj efekat proizilazi iz mogućnosti da se ovi faktori rizika za nastanak IM lakše i brže koriguju s obzirom na to da se odnose na promene u konkretnom ponašanju, što ne mora biti slučaj sa psihološkim ili biološkim/eksternim činiocima nad kojima osoba ima manju mogućnost delovanja, naročito u kratkom vremenskom periodu. S druge strane što je veća percepcija kontrole usled tretmana u odnosu na IM na samom početku, to će kasnije biti manje ometanje u odnosu na rekreativne, socijalne, porodične, partnerske, seksualne, građanske, verske aktivnosti i samoaktualizaciju. Ovaj efekat je utvrđen i na nivou preseka u drugom trenutku merenja i u skladu je već komentarisanim protektivnim efektima koje percepcija kontrole u odnosu na bolest može imati na različite zdravstveno relevantne ishode (npr. Juergens et al., 2010; Panzaru & Holman, 2015; Petrie et al., 1996, 2002).

Inicijalno okrivljavanje drugih se pokazuje značajnim u odnosu na znanje o lekovima koje osoba uzima nakon 1,5–2 meseca od IM (Tabela 53). Ovaj efekat se potencijalno može razmatrati i na transverzalnom nivou na studijama sa većim brojem ispitanika, jer se pokazao značajnim u drugom trenutku merenja nakon imputiranja nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Tabela 2, Prilog 2). *Čini se da što se više krivac za nastanak IM traži u drugima, to će osoba imati veće znanje o lekovima koje uzima i u datom trenutku i na duže staze.* Takođe, inicijalno ruminiranje može imati pozitivan efekat na znanje o uzimanju lekova čak nakon 3–4 meseca od IM, a inicijalno planiranje negativan, na ovaj aspekt pridržavanja tretmana. *Pozitivni efekat ruminiranja na znanje o uzimanju lekova je potvrđen i transverzalno, pa ukazuje i na trenutni i na dugotrajni potencijal ruminiranja za znanje o lekovima koji se uzimaju.* Što se planiranja tiče, nalazi ponovo potvrđuju da strategije prevladavanja koje su generalno adaptivne (Feliu-Soler et al., 2017) ne moraju uvek imati pozitivne efekte na ishode. Međutim, longitudinalni efekti ruminiranja i planiranja na znanje o uzimanju lekova nisu utvrđeni zamenom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, pa ih treba proveriti u budućim istraživanjima.

Pozitivna reformulacija neposredno nakon bolesti i okrivljavanje drugih ostvaruju pozitivne longitudinalne efekte na sfere života gde se registruje slabije ometanje od bolesti 3–4

meseca od IM, dok katastrofiziranje nakon 1,5–2 meseca od IM ima negativni efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca (Tabela 54). Tendencija da se IM sagledava kao događaj za učenje i da se drugi krive za njegov nastanak će dugoročno imati efekat na ometanje u raznim aspektima života koji pre svega uključuju aktivnosti sa drugim ljudima. Ne možemo na osnovu date operacionalizacije da znamo u kojoj tačno sferi (socijalne, partnerske, seksualne, rekreativne, građanske, verske aktivnosti i samoaktualizacija) bi ovi efekti bili izraženiji, ali rezultati mogu biti shvaćeni kao promena prioriteta nakon životno ugrožavajućeg događaja, jer se ovaj aspekt ometanja od bolesti pre svega odnosi na aktivnosti koje uključuju druge ljude. Negativni efekti katastrofiziranja na funkcionisanje su već obrazloženi, tako da ćemo ovde samo istaći i njihovu dugotrajnost. Na većim uzorcima se može govoriti o negativnom efektu pozitivnog reuokviravanja i pozitivnom efektu pozitivne reformulacije nakon 1,5–2 meseca od IM na aspekte jačeg ometanja od bolesti 3–4 meseca od IM (Tabela 19, Prilog 2). Tendencija da se misli o lepim stvarima pored IM dugotrajno umanjuje efekat koji bolest ima na doživljaj osobe da je zdrava, to šta jede i pije, fizičku i radnu sposobnost i finansije, a tendencija da se IM sagledava kao iskustvo za učenje povećava efekat bolesti na ove aspekte jer verovatno, kao što je već gore navedeno, može dovesti do promene prioriteta, ali i stila življenja. Samookrivljavanje i okrivljavanje drugih, kao i pozitivno reuokviravanje nakon 1,5–2 meseca od IM mogu takođe imati pozitivan dugoročni efekat na aspekte slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 19, Prilog 2). I ovaj nalaz se može razumeti u kontekstu prethodnih objašnjenja, s tim da dodatno pokazuje da traženje krivca u sebi i u drugima dugoročno redukuje aktivnosti koje podrazumevaju druge ljude, mada traženje krivca u sebi ima ove efekte i u datom trenutku.

Nisu utvrđeni longitudinalni efekti afektiviteta na pridržavanje tretmana, a verovatno se ne bi dobili ni na većim uzorcima jer nisu utvrđeni ni prilikom imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Ovi nalazi očigledno ukazuju *na stabilnost nepostojanja veza između emocionalnog stanja ispitanika i pridržavanja propisanog tretmana i u datom trenutku, i na duže staze.*

Nisu utvrđeni ni longitudinalni efekti emocionalnog doživljaja na funkcionisanje nakon IM, što je takođe u skladu sa nalazima dobijenim na transverzalnom nivou i ukazuje na opštu stabilnost nepostojanja ovih relacija. Na većim uzorcima bi se dugoročni efekti ipak mogli razmatrati, jer se imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika registruje da je pozitivni

afektivitet 1,5–2 meseca od IM značajni pozitivni prediktor aspekata slabijeg ometanja od bolesti (Tabela 20, Prilog 2). Nalaz svakako treba proveriti dalje. S obzirom na veću doslednost *nepostojanja relacija između emocionalnog doživljaja ispitanika nakon IM i funkcionisanja*, za sada sa većom verovatnoćom možemo tvrditi da ovi efekti nisu utvrđeni.

I konačno, nisu utvrđeni ni longitudinalni efekti pridržavanja tretmana na funkcionisanje, mada mogu da se dobiju drugačiji nalazi na većem broju ispitanika. Naime, modifikacija uzimanja lekova može imati na većim uzorcima značajni negativni longitudinalni efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti (Tabela 21, Prilog 2), što je utvrđeno i transverzalno, 1,5–2 meseca nakon IM. Što je izraženije „uzimanje lekova na svoju ruku“, to će manje trpeti sfere koje se odnose na radne i fizičke sposobnosti, ishranu, finansije i opšti doživljaj osobe da je zdrava. Nalaz pokazuje da neke negativne prakse mogu imati benefite za određene aspekte funkcionisanja, ali postavlja se pitanje njihove dobrobiti na duže staze. Ne znači da su ove relacije pozitivne za održanje zdravlja, već ukazuju samo na olakšanje koje osoba ima od promene uzimanja lekova u odnosu na propisani režim, kako u datom trenutku, tako i na duže staze.

\*\*\*

Rezultati su generalno, pored transverzalnih, ukazali i na brojne longitudinalne odnose među varijablama, tj. na njihove međusobne dugoročne efekte. Ono što je važan nalaz ovog istraživanja jesu *uglavnom drugačije relacije na transverzalnom i longitudinalnom nivou što ukazuje da formirana reprezentacija bolesti ima različite neposredne i dugotrajne efekte na različite aspekte prevladavanja i funkcionisanja. Isto tako, načini na koje se ljudi suočavaju sa bolešću imaju drugačije kratkoročne i dugoročne efekte na emocionalne, ponašajne i funkcionalne ishode.*

Ne samo kratkoročnim nego i dugoročnim su se pokazali efekti opisivanja većeg broja simptoma IM i snažnije emocionalne reprezentacije na ruminiranje. Vezivanje negativnih osećanja za bolest ima i kratkotrajne i dugotrajne efekte i na katastrofičnije sagledavanje onog što se dogodilo. Takođe, što se više za reprezentaciju bolesti vezuju negativna osećanja, to će i doživljaj emocionalnog distresa u vezi sa bolešću biti izraženiji i situaciono i dugoročno, kao i prevladavanje istog preko ruminiranja i katastrofiziranja. Međutim, što je bolest jasnija, što je osoba više i bolje razume, to će manje razmišljati o iskustvu koje je preživela kao o nečemu najgorem što joj se desilo i u datom trenutku na duže staze, a efekat na emocionalni distres će biti manji. Dakle,



rezultati ukazuju na međusobne i vremenski stabilne odnose između razumevanja infarkta i vezivanja snažnijih emocionalnih doživljaja za njega sa ruminiranjem, sagledavanjem katastrofičnih ishoda i emocionalnim distresom. Pripisivanje uzroka nastanka bolesti psihološkim činiocima takođe ima kako transverzalne, tako i longitudinalne efekte na negativni afektivitet, te je razumevanje činilaca koji dovode do IM još jedan važan aspekt u sekundarnoj prevenciji. Ruminiranje, kastrofiziranje, pozitivna reformulacija i potencijalno samookrivljavanje mogu imati i dugoročne indirektno efekte u odnosu između reprezentacije bolesti i emocionalnih ishoda, mada su ovo samo neki od mogućih mehanizama dugoročnih indirektnih efekata konstrukta bolesti na afektivitet, nikako i jedini. To ne menja činjenicu da su ovo aspekti prevladavanja na koje bi prvenstveno trebalo obratiti pažnju u programima psihološke podrške pacijentima nakon IM.

Konstrukta bolesti i kognitivni aspekti prevladavanja mogu imati i dugoročne efekte na pojedine aspekte pridržavanja tretmana i funkcionalnosti nakon IM. *Pozitivni efekat ruminiranja na znanje o uzimanju lekova se pokazuje i na duže staze, dok za funkcionisanje nakon bolesti dugoročne efekte mogu imati adaptivne strategije koje se odnose na pozitivno reuokviranje i reformulaciju i neadaptivne koje podrazumevaju kastrofiziranje, samookrivljavanje i okrivljavanje drugih*, pri čemu njihovi efekti na neke aspekte ometanja od bolesti mogu biti pozitivni, a za neke negativni. Emocionalno stanje osoba nakon bolesti nema efekta na uzimanje propisanih lekova i funkcionisanje ni u datom trenutku, ni na duže staze. Međutim, pojedini aspekti pridržavanja tretmana su važni za funkcionisanje nakon bolesti i u datom trenutku i dugoročno. Naime, modifikacija uzimanja lekova može imati značajni negativni longitudinalni efekat na aspekte jačeg ometanja od bolesti, što ukazuje da neke negativne prakse mogu imati benefite za određene aspekte funkcionisanja, ali postavlja se pitanje njihove dobrobiti na duže staze. Do replikacije ovih nalaza možemo reći da se na osnovu utvrđenih rezultata pokazalo da su *kognitivni i ponašajni aspekti prevladavanja važniji za funkcionalnost osoba nakon IM, nego što je to slučaj sa emocionalnim prevladavanjem*. Jedno od mogućih objašnjenja može biti pomenuti efekat poricanja emocionalnog doživljaja nakon IM. Lakše je verovatno nositi se na kognitivnom i ponašajnom planu sa onim što se desilo i tako prevladavati događaj, nego dopustiti emocijama da nas obuzmu. Moguće je, međutim, i da operacionalizacijom afektiviteta nisu „uhvaćeni“ pravi sadržaji emocionalnog doživljaja, pa su efekti zato izostali.

## Provera pretpostavljenog smera odnosa između varijabli u modelu

Kao što je već opisano u delu sa rezultatima, provera pretpostavljenog smera odnosa među varijablama u modelu na Slici 4, izvršena je poređenjem utvrđenih značajnih parcijalnih efekata u pretpostavljenom i obrnutom smeru delovanja uz kontrolu autoregresivnih efekata kao na Slici 13. Cilj je bio da se ovim postupnim putem dođe do parsimoničnog integrativnog modela čije je uklapanje u podatke provereno modelovanjem strukturnim jednačinama. Zbog velikog broja, pre svega, dimenzija reprezentacije bolesti i kognitivnog aspekta prevladavanja, nije bilo moguće odmah proveriti sve ove odnose modelovanjem strukturnim jednačinama.

Utvrđeni nalazi ne govore uvek u prilog pretpostavljenim smerovima delovanja, te se shodno tome konačno može reći da je *osnovna hipoteza istraživanja da se funkcionalnost pacijenata nakon IM može predvideti na osnovu dimenzija reprezentacije bolesti, a da se kognitivni, emocionalni i ponašajni aspekti prevladavanja mogu smatrati serijskim medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionalnosti pacijenata nakon IM (Slika 3 i 4) samo delimično potvrđena*. Važan podatak ovog istraživanja je skoro podjednak, a nekad i jači efekat povezanosti varijabli u smeru suprotnom od pretpostavljenog što ukazuje na njihovu međusobnu isprepletanost i neodvojivost. Ovo pre ide u prilog osnovnim postavkama modela samoregulacije koji predstavlja proces-orientisani model u kome su relacije među varijablama dinamične (Slika 2; Leventhal et al., 2016a), a ne pretpostavljanim jednoznačnim efektima na Slikama 3 i 4.

Kada je reč o odnosima reprezentacije bolesti i kognitivnih aspekata prevladavanja, utvrđeno je da u većini slučajeva reprezentacija bolesti bolje predviđa kognitivno prevladavanje, negoli što kognitivno prevladavanje predviđa reprezentaciju bolesti, ali svakako ima i slučajeva kada se konstrukt bolesti može bolje objasniti kognitivnim prevladavanjem (Tabele 57 i 58). Shodno tome, hipoteza da će kognitivne i emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti imati jači efekat na kognitivni aspekt prevladavanja, nego što će biti efekat kognitivnog aspekta prevladavanja na kognitivne i emocionalnu dimenziju reprezentacije bolesti, tj. *da će intenzitet korelacija između kognitivnih i emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti u prvom trenutku merenja (T1) i kognitivnog aspekta prevladavanja u drugom trenutku merenja (T2) biti viši nego intenzitet korelacije između kognitivnog aspekta prevladavanja u prvom trenutku merenja (T1) i kognitivnih i emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja (T2) je*

*samo delimično potvrđena.* U nastavku će biti prokomentarisani utvrđeni efekti u suprotnom od pretpostavljenog smera delovanja, jer su longitudinalni efekti u pretpostavljenom smeru već diskutovani u prethodnom odeljku. S tim u vezi, utvrđeni su negativni efekti planiranja neposredno nakon IM na kasniji identitet bolesti, tj. broj simptoma kojima se bolest naknadno opisuje, u smislu da, što se osoba više usmeri na aktivno rešavanje problema na samom početku, to će broj simptoma kojima bude opisivala infarkt nakon 1,5–2 meseca od događaja biti manji. Ovo je u skladu sa adaptivnim efektima koji se generalno vezuju za konstruktivne strategije prevladavanja (npr. Folkman & Moskowitz, 2004; Feliu–Soler et al., 2017). Obrnut efekat od inicijalnog identiteta bolesti ka naknadnom planiranju nije bio značajan. Takođe se pokazalo da će početno katastrofiziranje imati pozitivan efekat na percepciju ozbiljnijih posledica nakon 1,5–2 meseca od IM, dok nisu utvrđeni efekti početne percepcije posledice bolesti na naknadno katastrofiziranje. Ono što se naročito pokazuje interesantnim su značajni efekti između ruminiranja i posledica u oba smera, međutim efekat ruminiranja neposredno nakon samog IM na kasniju percepciju ozbiljnosti posledica (1,5–2 meseca od IM) nešto je jači negoli efekat početne percepcije posledica na naknadno ruminiranje. Rezultati idu u prilog nalazima koji se odnose na negativne efekte katastrofiziranja i ruminiranja u odnosu na IM (npr. Garnefski et al., 2009). Početno samookrivljavanje će imati efekat na bolje razumevanje bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM, dok efekat početnog samookrivljavanja bolesti na kasnije razumevanje bolesti nije utvrđen.

Slična situacija je i u odnosu između konstrukta bolesti i emocionalnog doživljaja nakon bolesti (Tabele 59 i 60). Kao što konstrukt bolesti ostvaruje značajne efekte na emocionalnost nakon IM, isto tako, povratno i emocionalni doživljaj nakon IM deluje na reevaluaciju konstrukta bolesti. Od efekata van pretpostavljenog smera se pokazalo da će negativni afektivitet na početku imati efekat na kasniju (1,5–2 meseca od IM) nižu percepciju lične kontrole i kontrole usled tretmana, dok se efekti u obrnutom smeru delovanja nisu pokazali značajnim. Rezultat je u skladu s tim da na percepciju bolesti efekat ima emocionalno stanje u kome se osoba nalazi, a da na njega povratno deluje pokrenuta reprezentacija bolesti (Dempster et al., 2015). Obostrane značajne veze su prisutne između emocionalne reprezentacije bolesti i emocionalnog distresa, što potvrđuje tešku odvojivost ovih konstrukata (Benyamini et al., 2004). U ovom slučaju se pokazalo da je efekat emocionalne reprezentacije na emocionalni distres nešto veći negoli efekat emocionalnog distresa na emocionalnu reprezentaciju bolesti. Shodno tome, hipoteza da će emocionalna reprezentacija bolesti (strah, bes, distres) imati jači efekat na emocionalni aspekt prevladavanja (pozitivna i

negativna emocionalnost) nego što je efekat emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) na emocionalnu reprezentaciju bolesti, tj. da će *intenzitet korelacije između emocionalne reprezentacije bolesti (strah, bes, distres) u prvom trenutku merenja (T1) i emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u drugom trenutku merenja (T2) biti viši nego intenzitet korelacije između emocionalnog aspekta prevladavanja (pozitivni i negativni afektivitet) u prvom trenutku merenja (T1) i emocionalne reprezentacije bolesti (strah, bes, distres) u drugom trenutku merenja (T2) je potvrđena, ali samo u odnosu na negativni afektivitet.*

Međusobne dvosmerne veze su utvrđene i između kognitivnog prevladavanja i emocionalnosti, čak se pokazalo i da je veći broj značajnih efekata u obrnutom, tj. u smeru od emocija ka kognitivnom prevladavanju nego u smeru od kognitivnog prevladavanja ka emocionalnom stanju (Tabela 62). Dakle, hipoteza da će kognitivni aspekt prevladavanja imati jači efekat na emocionalni aspekt prevladavanja nego što je efekat emocionalnog aspekta prevladavanja na kognitivni aspekt prevladavanja, tj. da će *intenzitet korelacije između kognitivnog aspekta prevladavanja u prvom trenutku (T1) i emocionalnog aspekta prevladavanja u drugom trenutku (T2) biti viši nego intenzitet korelacije između emocionalnog aspekta prevladavanja u prvom trenutku merenja (T1) i kognitivnog aspekta prevladavanja u drugom trenutku merenja (T2) je samo delimično potvrđena.* Naime, pokazalo se da će pozitivni afektivitet neposredno nakon IM imati pozitivan i značajan efekat na kasnije pozitivno reuokviravanje i smeštanje stvari u perspektivu, dok obrnuti efekti nisu utvrđeni. Efekta pozitivnog afektiviteta na pozitivno reuokviravanje bi trebalo ipak proveriti u budućim studijama s obzirom na to da se nije replicirao prilikom imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika (Tabela 25, Prilog 2). Negativni afekat na samom početku će imati efekat na ruminiranje nakon 1,5–2 meseca dok obrnut efekat nije utvrđen.

Proverom parsimoničnog integrativnog modela odnosa reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta su potvrđeni dvosmerni uzajamni efekti svih varijabli u modelu (Slike 14 i 15). Uz respecifikacije koje su podrazumevale uključivanje relacija na transverzalnom nivou, model ukazuje na adekvatno uklapanje u podatke o čemu svedoče prihvatljivi indeksi apsolutnog fita. Nešto niži indeksi relativnog fita se mogu objasniti kompleksnošću modela (Olrau et al., 2015) i izvesno je da bi uz dodatne respecifikacije koje se tiču transverzalnih relacija i ovi indeksi mogli

da se poboljšaju. Ako se emocionalno stanje sagledava kao ishod formiranog konstrukta bolesti i pokrenutog, u ovom slučaju kognitivnog prevladavanja, onda se ovi nalazi mogu razumeti u skladu sa osnovnim postavkama modela samoregulacije koji nastoji da opiše dinamiku interakcija između varijabli koje kontrolišu ishode u vezi sa zdravljem i predstavljaju odgovor na buduće ili sadašnje pretnje po zdravlje (Leventhal et al., 2016a). Kognicija sadržana u reprezentaciji bolesti i emocionalni odgovori pokreću na aktivnost (u ovom slučaju kognitivno prevladavanje) u cilju poboljšanja ishoda bolesti i regulacije emocija. Povratno, osoba procenjuje efekat preduzetih aktivnosti na ishod bolesti (u ovom slučaju emocionalni distres i emocionalno blagostanje) što ima efekat i na pokrenuto (kognitivno) prevladavanje i na reprezentaciju bolesti (Slika 2; Broadbent et al., 2015).

Kako nisu utvrđeni značajni longitudinalni efekti između emocionalnog stanja i pridržavanja tretmana, kao ni i između pridržavanja tretmana i funkcionisanja ni u pretpostavljenom ni u obrnutom smeru, nije bilo moguće proveriti pretpostavljeni smer delovanja na ovaj način. Na uzorcima sa većom statističkom snagom bi se mogli utvrditi i odnosi van pretpostavljenog smera delovanja između afektiviteta i pridržavanja tretmana (Tabela 27, Prilog 2). Svakako ostaje na budućim istraživanjima detaljnije istraživanje i razmatranje ovih veza i to pre svega u distalnom delu modela gde se pretpostavljene hipoteze o međusobnim odnosima globalno nisu potvrdile. Do tada možemo reći da hipoteza da će emocionalni aspekt prevladavanja imati jači efekat na ponašajni aspekt prevladavanja nego što je efekat ponašajnog aspekta prevladavanja na emocionalni aspekt prevladavanja, tj. *da će intenzitet korelacije između emocionalnog aspekta prevladavanja u drugom trenutku merenja (T2) i ponašajnog aspekta prevladavanja u trećem trenutku merenja (T3) biti viši nego intenzitet korelacije između ponašajnog aspekta prevladavanja u drugom trenutku merenja (T2) i emocionalnog aspekta prevladavanja u trećem trenutku merenja (T3) nije potvrđena*. Isto važi i za hipotezu da ponašajni aspekt prevladavanja ima jači efekat na funkcionalnost pacijenata nakon IM, nego što je efekat funkcionalnosti pacijenata nakon IM na ponašajni aspekt prevladavanja, tj. *da će intenzitet korelacije između ponašajnog aspekta prevladavanja u drugom trenutku merenja (T2) i funkcionalnosti pacijenata nakon IM u trećem trenutku merenja (T3) biti viši nego intenzitet korelacija između funkcionalnosti pacijenata nakon IM u drugom trenutku merenja (T2) i ponašajnog aspekta prevladavanja u trećem trenutku merenja*.

\*\*\*

Rezultati koji se odnose na proveru pretpostavljenog smera delovanja među varijablama ukazuju na uzajamne i kompleksne relacije konstrukta bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta što ide u prilog pretpostavkama modela samoregulacije ako afektivitet sagledavamo kao ishod formirane reprezentacije bolesti i pokrenutog kognitivnog prevladavanja. Ovi nalazi govore i o dvosmernim relacijama kognicije i emocija, te potvrđuju novije postavke o zajedničkom procesovanju afektivnih i kognitivnih informacija (Pessoa, 2008, Shackman et al., 2011) nasuprot njihovom razmatranju kao odvojenih mehanizama. Kompleksnost relacija sa ishodima na ponašajnom planu i u domenu funkcionisanja treba proveriti u budućim istraživanjima. U ovom slučaju nije bilo moguće razmotriti smer ovih veza, jer je pretpostavljeni model odnosa bio drugačiji (Slika 4), pa nije imalo smisla procenjivati pridržavanje tretmana i funkcionisanje neposredno nakon samog IM. Nije potvrđen pretpostavljeni smer delovanja između afektiviteta, pridržavanja tretmana i funkcionisanja nakon bolesti.

### **Diskusija rezultata kvalitativne analize**

I konačno, nakon elaboracije ispitivanih odnosa između varijabli na transverzalnom i longitudinalnom nivou i njihove stabilnost i dinamike, za kraj ćemo ponudi i informacije o konkretnijim misaonim, emocionalnim i ponašajnim sadržajima ispitanika čije su opšte pravilnosti i veze već obrazložene. Kvalitativna analiza sadržaja u odnosu na zadate kategorije – *razmišljanje o IM* (kognitivna komponenta), *doživljaj u vezi sa IM* (emocionalna komponenta) i *promene nakon IM* (ponašajna komponenta) omogućila je bolji uvid u najčešće misaone, emocionalne i ponašajne sadržaje ispitanika neposredno nakon IM i u periodu oporavka, tj. nakon 1,5–2 meseca od samog događaja i 3–4 meseca od IM.

Neposredno nakon IM se kao misaoni sadržaji izdvajaju kategorije odgovora koje se odnose na smrt i razmišljanja o porodici, tj. odgovori koje se odnose na asociranje IM sa (trenutnom) smrću, umiranjem, preživljavanjem, ali i sa bližnjima koji su umrli od IM. Ovi misaoni sadržaji se sreću i u dosadašnjim nalazima gde su osobe govorile o snažnom doživljaju da će umreti od IM i negativnim mislima koje su bile povezane sa njihovim voljenima, ali i poslovima koje su ostavili nezavršenim. „Pik je bio baš zastrašujući. Pomislio sam da neću da dočekam sledeći dan” (Berardo & Mussa, 2019). Pored toga, određeni broj ispitanika je davao odgovore koji podrazumevaju povezivanje simptoma sa IM u smislu prepoznavanja da se radi o infarktu, i

samim tim potrebi da se pomoć što pre potraži, što je utvrđeno i u ranijim istraživanjima. Rezultati jedne od studija pokazuju da su pacijenti sa težim IM (IM sa elevacijom ST segmenta) imali percepciju da se radi o kardiološkim problemima, pri čemu je više od polovine njih imalo prethodnu istoriju ishemijske bolesti srca (Ribeiro et al., 2014). Deo ispitanika je bio u neverici u odnosu na ono što se dogodilo i davao odgovore koji se odnose na traženje smisla samog događaja što se smatra uobičajenom reakcijom u odnosu na iznenadni životno ugrožavajući događaj (npr. Arambašić, 2012). Zabeležen je i manji broj odgovora koji se odnosi na razmišljanja o aktuelnoj organizaciji aktivnosti.

Nakon 1,5–2 meseca od IM kao najčešća razmišljanja se izdvajaju kategorije koje se odnose na oporavak i poboljšanje zdravlja. Ovo bi se moglo svrstati u red svrsishodnih razmišljanja koja bi, imajući u vidu prethodno utvrđenu kvantitativnu povezanost između aspekata kognitivnog prevladavanja sa emocionalnim i ponašajnim prevladavanjem i funkcionisanjem, mogla imati pozitivne efekte i na emocionalno stanje i na ponašanje i funkcionisanje nakon bolesti. Tu su i razmišljanja u odnosu na nastala ograničenja, tj. razmišljanja koja bi se mogla povezati sa onim što je bilo operacionalizovano u okviru aspekata jačeg ometanja od bolesti, a tiču se preispitivanja kapaciteta, pre svega fizičkih i radnih, odnosno njihove potencijalne redukcije usled IM. Sa istom učestalošću se izdvajaju i razmišljanja koja se odnose na traženje smisla bolesti, tj. postavljanje pitanja zašto i kako se IM dogodio, preispitivanje smisla života, odnosno traženje smisla u preživljenom iskustvu i planiranje budućnosti. Ove kategorije razmišljanja uključujući i prethodnu koja se tiče ograničenja bi se združeno mogle sagledati kao *razmišljanja koja su u vezi sa obradom samog događaja*, a u cilju njegove integracije u svakodnevno iskustvo. Ovo bi mogli biti sadržaji ruminacija, čiji su maladaptivni efekti utvrđeni u odnosu na emocionalni distres, a adaptivni u odnosu na pridržavanje tretmana, ali i razmišljanja u cilju pronalaženja neke (nove) ravnoteže, što se često povezuje sa promenama u razmišljanju i stilu života koje su literaturi poznate kao posttraumatski ili poststresni rast (npr. Arambašić, 2012). Nakon toga slede razmišljanja koja se odnose na organizaciju svakodnevnog života, te razmišljanja koja su svrstana u kategoriju pozitivnih, a odnose se na zamišljanja lepih trenutka sa porodicom i prijateljima, i iščekivanje određenih budućih događaja. Ovo je u dobroj meri sadržaj kvantifikovane strategije prevladavanja koja podrazumeva pozitivno reuokviravanje, a čiji su pozitivni efekti utvrđeni na pozitivnu emocionalnost.

Gotovo identične kategorije misaonih sadržaja su se izdvojile i nakon 3–4 meseca od IM, ali je učestalost odgovora u okviru zadatih kategorija nešto drugačija. I dalje je dominantno razmišljanje o opravku i poboljšanju zdravlja, a nakon toga slede razmišljanja o organizaciji svakodnevnog života, ograničenjima i razmišljanja koja se tiču traženja smisla bolesti. Činjenica da su ove dve kategorije razmišljanja i dalje prisutne govori da je IM događaj za koji je potrebno duže vremena da bi se integrisao u svakodnevno iskustvo osobe koja se sa njim suočila. U ovom trenutku se kao zasebna nije izdvojila kategorija koja se tiče preispitivanja smisla života i proživljenog iskustva što može da ukazuje da se već postavljaju „temelji“ za osmišljavanje samog događaja, ali izostajanje kategorije može da bude i efekat osipanja ispitanika u trećem trenutku merenja. Prisutna je i dalje kategorija koja se odnosi na planiranje budućnosti, ali i nova razmišljanja koja se javljaju u ovom periodu, a nisu bila prisutna nakon 1,5–2 meseca od IM, poput razmišljanja o smrti i negativnim osećanjima te misli kako da se ona promene. Prisustvo ove kategorije razmišljanja se može razumeti u kontekstu sadržaja koji se tiču emocionalnog stanja osoba i neposredno nakon IM, ali i kasnije tokom oporavka.

Osobe koje prežive IM najčešće doživljavaju negativne emocije koje se podudaraju sa ograničenim fizičkim funkcionisanjem, kardiološkim komplikacijama i redukcijom kvaliteta života (Kroemeke, 2016b). Prema postojećim podacima između 40% i 50% pacijenata neposredno nakon IM, dok su još uvek u bolnici, izveštavaju o srednjem ili visokom nivou anksioznosti (Lloyd & Cawley, 1979). Nakon povratka iz bolnice većina pacijenata oseti egzistencijalni strah, krivicu, poricanje i suoči se sa „gubitkom dosadašnjeg načina života“, te potencijalnim ograničenjima koje bolest može da ima (Chiavarino et al., 2012). Ovo se pokazalo i u kategorijama odgovora koje su u vezi sa emocionalnim doživljajem i promenama koje su usledile i kod ispitanika u ovom istraživanju. Kao glavne kategorije emocionalnog doživljaja osoba neposredno nakon IM se izdvajaju osećanja koja su u vezi sa strahom (od smrti, za bližnje, od onesposobljenosti) i uznemirenošću. Treba imati u vidu da je neposredno nakon IM osobama i postavljano pitanje koje se odnosi na to da li su se uplašili od simptoma i kada su saznali da su imali IM, pa može biti i da je ovakvo pitanje donekle usmerilo odgovore u smislu izdvajanja kategorije doživljaja koja se tiče straha i uznemirenosti. Međutim, nakon toga je postavljeno i otvoreno pitanje vezano za druga osećanja koja su osetili neposredno nakon IM. Uvid u sadržaje odgovora ukazuje na izdvajanje još dve kategorije doživljaja – prihvatanja i depresivnog raspoloženja. Rezultati su u skladu sa stanovištem da je period neposredno nakon IM obeležen intenzivnom emocionalnom



uznemirenošću pacijenata, ali i njihovih porodica (Hutton & Perkins, 2008), te da akutni kardiološki pacijenti mogu da oseće različite emocije poput šoka, sniženog ili promenljivog raspoloženja, tuge, zabrinutosti, krivice i besa, a koje su u vezi sa opažanjem IM kao iznenadnog i životno ugrožavajućeg događaja (npr. Gander & Von Kanel, 2006; Wikman et al., 2008). Što se prihvatanja tiče, ono može biti rezultat svrsishodne adaptacije kada se osoba susretne sa stresorom koji se ne može modifikovati, kao što je to slučaj nakon IM, gde se strategije prevladavanja koje podrazumevaju prihvatanje smatraju mnogo relevantnijim nego prevladavanje usmereno na problem sa ciljem da se situacija modifikuje naročito u kratkom vremenskom periodu (Lowe et al., 2000), ali se može smatrati i neadaptivnim doživljajem i ponašanjem koje odatle proizilazi ukoliko vodi pasivizaciji (Feliu-Soler et al., 2017).

Depresivno raspoloženje je sa anksioznošću i njenim telesnim korelatima najčešći afektivni kvalitet koji se vezuje sa IM (npr. Roest et al., 2010; Thombs et al., 2006). Ovo su i najčešće kategorije odgovora ispitanika u odnosu na emocionalni doživljaj i nakon 1,5–2 meseca od IM i nakon 3–4 meseca od IM, što je opet u skladu sa dosadašnjim nalazima da osobe koje su preživele IM mogu da doživljavaju visoke nivoe anksioznosti i depresivnosti dok postaju svesne svoje bolesti. Dosadašnji podaci pokazuju da promene u raspoloženju mogu biti iskazane i u vidu ponašajnih aspekata poput umora, iritabilnosti, plačljivosti, gubitka zadovoljstva u uobičajenim aktivnostima, povlačenja od drugih, problema sa spavanjem i promene voljno nagonskih dinamizama (Berardo & Mussa, 2019) što jesu neke od kategorija odgovora u domenu emocija koje se izdvajaju i u ovom istraživanju. Prisutne su i kategorije doživljaja koje se odnose na žalbe u odnosu na fizičke promene, ali i doživljaj opreza u odnosu na ono što se dogodilo. Nakon IM se često sreću promene u socijalnoj sferi, poput sniženog samopoštovanja, zabrinutosti zbog promene u ulogama i pesimizam u odnosu na budućnost (Berardo & Mussa, 2019), što se takođe izdvojilo u odgovorima ispitanika. Ovaj doživljaj distresa se smatra normalnim odgovorom na pojačanu svest o smrtnosti i spontano se razrešava u okviru nekoliko meseci od IM (Berardo & Mussa, 2019), ali neki pacijenti mogu da imaju perzistirajuća negativna osećanja u odnosu na IM i mogu da razviju posttraumatski stresni poremećaj, anksiozni ili depresivni poremećaj (Murphy et al., 2008). Rezultati istraživanja ukazuju da mnogi pacijenti razviju depresivni poremećaj tri meseca nakon infarkta koji, prema brojnim nalazima, predstavlja faktor rizika za povećanu stopu smrtnosti (Toukhsati et al., 2017). S tim u vezi, i ovi podaci ukazuju na važnost sagledavanja psihičkog

stanja osoba nakon IM, te otvorenost za komorbiditetno prisustvo, ali i tretman anksiozno-depresivnih stanja i poremećaja paralelno sa kardiološkim lečenjem.

Nakon 1,5–2 meseca se izdvajaju i doživljaji koji se odnose na boljitak u smislu poboljšanja opšteg stanja, kao i pozitivna osećanja u smislu nade i vere u prevazilaženje teškoća i zahvalnosti lekarima zbog preživljavanja. Prisustvo pozitivnog afektiviteta je u prilog stanovištu da se za negativne događaje ne vezuju isključivo negativna osećanja (prevashodno anksioznost i depresivnost u ovom slučaju), već da paralelno s tim mogu biti prisutna i pozitivna (Silver & Wortman, 1987, prema Folkman & Moskowitz, 2004). Prihvatanje je takođe jedna od kategorija doživljaja, a prisutni su i iznenađenje/zbunjenost, ljutnja i poricanje. Ove tri kategorije osećanja mogu biti povezane sa nedovoljnom integracijom IM u iskustvo kod nekih osoba, tj. potrebom za duži vremenski period da se događaj obradi na psihološkom planu, o čemu svedoči i kategorija razmišljanja u ovom vremenskom intervalu koja se odnosi na traženje smisla. Svakako, ovo su tipične reakcije koje se javljaju u susretu sa iznenadnim i životno ugrožavajućim događajima, ali i promenama i gubicima koje oni podrazumevaju (Arambašić, 2012).

Situacija je slična i nakon 3–4 meseca od IM. Kao i kod razmišljanja, i ovde su sadržaji doživljaja slični, s tim da je ovde slična i njihova učestalost. Ne izdvaja se više kategorija osećanja koja se odnose na ljutnju/bes što takođe može biti u prilog osmišljavanju iskustva, ali i osipanju uzroka, dok je poricanje i dalje prisutno. Ne izdvaja se ni kategorija koja se odnosi na žalbe u odnosu na fizičke promene/poteškoće, što može da bude i rezultat osipanja uzroka, ali i poboljšanja u ovom smislu.

Glavne kategorije koje se odnose na promene koje će uslediti nakon IM se tiču usporavanja ritma života i pojačane brige za zdravlje što svakako može da ukaže na adaptivne reakcije koje mogu biti povezane sa promenom stila življenja, te samim tim i sa aspektima posttraumatskog rasta. Hildingh i saradnici na primer (2006) ukazuju da se pacijenti nakon infarkta reorijentišu u smislu da svoj život usmeravaju prema nekim novim životnim vrednostima i motivaciji koja je usmerena na pozitivne promene i pronalaženje ravnoteže sa sobom i drugima. Takođe, preporuke koje podrazumevaju sekundarnu prevenciju nakon IM se odnose i na promenu životnog stila, pre svega u smislu pridržavanja određenog režima ishrane i fizičke aktivnosti, te redukcije kompromitujućih životnih navika poput konzumiranja alkohola, cigareta, masne i začinjene hrane (Yohannes et al., 2007). Međutim, bilo je onih koji neposredno nakon IM nisu percipirali nikakve

promene u budućem ponašanju ili nisu želeli da se bave budućnošću. Iako je učestalost odgovora u ovim kategorijama manja nego u prethodne dve, ovi odgovori su izdvojeni, jer su u skladu i sa kategorijama odgovora koje se odnose na doživljaj iznenađenja i zbunjenost nakon IM, tako i sa kvantitativnim rezultatima koji govore da se planiranje kao kognitivni aspekt prevladavanja ne može objasniti konstruktom bolesti ni neposredno nakon IM, ni nakon 1,5–2 meseca od samog događaja. Prilikom analize kvantitativnih podataka, ovaj rezultat je shvaćen kao da je „rano“ za planiranje, dok mu kvalitativni podaci daju drugačiji ton u smislu neizvesnosti.

Kategorije odgovora koje se tiču anticipacije promena u smislu usporavanja ritma života i pojačane brige za zdravlje neposredno nakon IM su i najučestalije kategorije odgovora u odnosu na promene o kojima osobe izveštavaju i nakon 1,5–2 meseca od IM i nakon 3–4 meseca od IM. Čini se da dolazi do promene životnog stila koja podrazumeva smanjen obim i preraspodelu poslova što fizičkih i kućnih, što onih koji se odnose na konkretno radno angažovanje, a isto tako i do promena u ishrani i redukciji nezdravih životnih navika poput pušenja. Nalazi su u skladu sa dosadašnjim podacima da su nakon IM neki pacijenti koji su izveštavali o promeni svog životnog stila govorili da su usporili tempo života, da su odustali od nekih obaveza i da su manje usmereni na posao, odnosno da im je ovo iskustvo bilo oslobađajuće (Hutton & Perkins, 2008). U pomenutom istraživanju neki ispitanici su izveštavali i o promenama u ishrani, smanjenju konzumiranja alkohola ili prestanku pušenja. Fizička aktivnost, naročito šetnja je takođe pominjana. Neki su govorili da su smanjili naporan posao, sportske i socijalne aktivnosti, ali je vraćanje ovih aktivnosti na prvobitni nivo primećeno sa ponovnim vraćanjem samopouzdanja (Hutton & Perkins, 2008). Petrie i saradnici (1999) izveštavaju da oko 60% pacijenata nakon IM doživljava pozitivne promene u smislu razvijanja zdravijeg životnog stila, redukovanja riziko faktora za nastanak IM i preraspodele prioriteta, ali i da se promene mogu odnositi na uključivanje članova primarne porodice u sekundarnu prevenciju u smislu sprečavanja recidiva. Do sada je utvrđeno da IM može da dovede do poboljšanja porodičnih, socijalnih i interpersonalnih odnosa. Dešava se da iz bolesti pacijenti nauče važne lekcije o sebi i životu koje im pomažu da se kasnije bolje snalaze u susretu sa izazovima koje IM nosi (Hassani et al., 2009). U svakom slučaju, iako su moguće, pozitivne promene se ne odnose na sve pacijente nakon IM (Hassani et al., 2009) što ukazuju i kvalitativni podaci prikupljeni u ovom istraživanju.

Kao promene se izdvajaju i teškoće koje osobe percipiraju nakon IM, tj. ometanja od bolesti koje se odnose na redukciju zadovoljstava, socijalnih kontakata, fizičke i seksualne aktivnosti, putovanja. Većina ovih aspekata je bila obuhvaćena u kvantitativnom delu istraživanja u okviru varijable koja se odnosila na funkcionalnost, tj. aspekte slabijeg ometanja od bolesti, pri čemu se pokazalo da efekat na nju i u datom trenutku i na duže staze imaju konstrukt bolesti, pokrenuti aspekti kognitivnog prevladavanja i pojedini aspekti pridržavanja tretmana. Nadalje, sadržaji odgovora pokazuju da su ove promene u životnom stilu praćene i promenama u prioritetima u smislu njihove preraspodele, obraćanja više pažnje na stvari koje su osobi važne, redukovanje stresa, provođenja više vremena sa porodicom, ali i okretanja veri.

Neki ispitanici su izveštavali o promenama u smislu pojačanog uzimanja lekova, međutim učestalost odgovora u okviru ove kategorije je bila niža nego u odnosu na prethodno pobrojane. S tim u vezi se stiče utisak da pojačano uzimanje lekova ne mora da bude nešto što je naročito značajna promena za osobe nakon IM. Ovo može donekle da objasni nepostojanje povezanosti pridržavanja tretmana sa emocionalnim stanjem osoba nakon IM, ali i generalno slabiju povezanost sa funkcionalnošću, kognitivnim prevladavanjem i konstruktom bolesti utvrđenim u kvantitativnom delu. I na kraju, nakon 1,5–2 meseca bilo je i odgovora koji govore da nema promena nakon IM. Odgovor može biti u skladu sa razmišljanjima u ovom trenutku ispitivanja koja se odnose na poricanje. Ostaje proveriti.

Iste kategorije promena i učestalosti odgovora u okviru njih su utvrđene i nakon 3–4 meseca od IM, s tim da ova poslednja, koja se tiče nepostojanja promena nije registrovana, što može ukazivati, kao i u ostalim slučajevima, na osipanje uzroka, ali i da su te osobe ipak registrovale neke promene u svom životu.

\*\*\*

Rezultati kvalitativne analize su dali uvid u najčešće misaone i emocionalne sadržaje osoba neposredno nakon IM, ali i kasnije tokom oporavka u periodu do četiri meseca od samog događaja. Takođe su oslikane i najčešće anticipirane promene nakon IM, kao i njihova primena u svakodnevnom životu sa bolešću. Najvećim delom se utvrđeni nalazi poklapaju sa podacima u dosadašnjim kako kvalitativnim, tako i kvantitavnim istraživanjima i dodatno doprinose boljem razumevanju i pojašnjenju kvantitativnih nalaza koji su utvrđeni u ovom istraživanju.

## Zaključak

Glavna pitanja postavljena u ovom istraživanju ticala su se međusobnih odnosa psihološkog konstrukta bolesti, različitih aspekata prevladavanja na kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom planu i funkcionisanja osoba nakon preživljenog infarkta. Utvrđeni nalazi ukazuju na sledeće zaključke:

- Kognitivni aspekti prevladavanja neposredno nakon IM se mogu u velikoj meri objasniti formiranom reprezentacijom bolesti i to pre svega kognitivnom. Jedna ista dimenzija reprezentacije bolesti može istovremeno da pokrene i adaptivne i manje adaptivne aspekte kognitivnog prevladavanja.
- Formirana kognitivna i emocionalna reprezentacija bolesti ostvaruju efekat na emocionalno stanje osoba neposredno nakon IM bilo direktno, bilo indirektno putem kognitivnog prevladavanja. Međutim, efekat kognitivnog prevladavanja na emocionalni doživljaj nakon IM je najčešće jači u odnosu na efekat reprezentacije bolesti, iako je reprezentacija bolesti i te kako značajna za pokretanje kognitivnog prevladavanja.
- Formirana kognitivna i emocionalna reprezentacija bolesti imaju donekle različite neposredne i dugotrajne efekte na različite aspekte kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja i funkcionisanja nakon IM.
- Načini na koje se ljudi suočavaju sa bolešću na kognitivnom nivou imaju donekle drugačije trenutne i dugoročne efekte na emocionalne ishode, pridržavanje tretmana i funkcionisanje. Iste strategije kognitivnog prevladavanja mogu imati i različite (adaptivne i neadaptivne) efekte u zavisnosti od toga da li su zdravstveno relevantni ishodi vezani za emocionalni doživljaj, ponašanje ili funkcionisanje nakon IM.
- Utvrđen je skoro podjednak, a nekad i jači efekat povezanosti reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u smeru suprotnom od pretpostavljenog (reprezentacija bolesti – kognitivno prevladavanje – afektivitet), što ukazuje na uzajamne efekte kognicije i emocija i njihovu jaku dvosmernu povezanost i neodvojivost. Ovo je u skladu sa pretpostavkom o dinamičnim interakcijama između reprezentacije bolesti i varijabli koje kontrolišu ishode u vezi sa zdravljem.

- Pridržavanje tretmana i funkcionisanje nakon bolesti se i kratkoročno i dugoročno mogu najbolje objasniti dimenzijama reprezentacije bolesti, ali se izdvajaju i pojedini značajni efekti kognitivnog prevladavanja.
- Kognitivno prevladavanje predstavlja značajan medijator i u odnosu između reprezentacije bolesti i ishoda koji su u vezi sa ponašanjem (pridržavanje tretmana) i funkcionisanjem. Može se, dakle, govoriti o uopštenom medijacionom efektu kognitivnog prevladavanja u odnosu između konstrukta bolesti i različitih zdravstveno relevantnih ishoda, kako emocionalnih, tako i ponašajnih i funkcionalnih.
- Emocionalno stanje osoba nakon IM nema efekat na uzimanje propisanih lekova i funkcionisanje nakon bolesti ni u datom trenutku ni dugoročno. Afektivitet ne ostvaruje ni značajan indirektni efekat na funkcionisanje nakon bolesti preko ponašajnog prevladavanja, tj. pridržavanja tretmana.
- Pojedini aspekti pridržavanja tretmana bi mogli da budu važni za funkcionisanje nakon bolesti i u datom trenutku i dugoročno.
- Kognitivni i ponašajni aspekti prevladavanja su se pokazali važniji za funkcionalnost nakon bolesti, nego što je to slučaj sa emocionalnim prevladavanjem.
- Nakon 1,5–2 meseca od IM dolazi do promene u određenim dimenzijama reprezentacije bolesti i većine pokrenutih aspekata prevladavanja. Promene u emocionalnom doživljaju se odvijaju sporije i registruju nakon 3–4 meseca. Promene u aspektima pridržavanja tretmana i funkcionalnosti nisu utvrđene.
- Ne može se govoriti o pretpostavljenom serijskom medijacionom nizu u kojem kognitivno i emocionalno prevladavanje imaju ulogu medijatora u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, niti se ovi aspekti prevladavanja mogu smatrati paralelnim medijatorima u pomenutom odnosu.
- Nisu utvrđeni ni serijski ni paralelni medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije, afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionisanja pacijenata nakon IM. Ovi odnosi su očigledno kompleksniji od pretpostavljenih.

## **Završna razmatranja, praktične implikacije i ograničenja istraživanja**

Iako je model samoregulacije dosta korišćen teorijski okvir u brojnim istraživanjima, konkretni mehanizmi, tj. putevi preko kojih dimenzije reprezentacije bolesti ostvaruju efekat na razne zdravstveno relevantne ishode su retko ispitivani (Hagger et al., 2017). U ovom istraživanju su ispitane relacije svih dimenzija reprezentacije bolesti u okviru modela samoregulacije sa velikim brojem aspekata kognitivnog prevladavanja, pozitivnim i negativnim afektivitetom, aspektima pridržavanja tretmana (koji se odnose na uzimanje propisanih lekova) i raznim sferama života koje mogu biti kompromitovane nakon IM. Time su osvetljeni brojni međusobni mehanizmi, a zahvaljujući longitudinalnom dizajnu istraživanja i dinamika ovih odnosa. Nalazi su proširili postojeća znanja u odnosu na determinante emocionalnog blagostanja nakon IM, ali i aspekte pridržavanja tretmana i funkcionisanja. Kvalitativni podaci su dali uvid u najčešće misaone i emocionalne sadržaje osoba neposredno nakon IM, ali i kasnije tokom oporavka u periodu do četiri meseca od samog događaja. Pored toga, ukazali su i na najčešće anticipirane promene nakon IM, kao i njihovu primenu u svakodnevnom životu sa bolešću.

Praktične implikacije utvrđenih rezultata se pre svega odnose na davanje jasnih informacija pacijentima o samoj bolesti, ali i o faktorima koji dovode do nastanka IM, imajući u vidu nalaze da bolje razumevanje bolesti i činilaca koji do nje dovode smanjuje korišćenje maladaptivnih strategija prevladavanja i predstavlja protektivni faktor u odnosu na emocionalni distress koji se vezuje za IM. Što se konkretnih aspekata prevladavanja tiče, trebalo bi raditi na minimizaciji i redukciji ruminiranja, katastrofiziranja, samookrivljavanja i okrivljavanja drugih kao maladaptivnih kognitivnih strategija koje su se pokazale značajnim direktnim i/ili indirektnim mehanizmima za negativni afektivitet, ali i ostale zdravstveno relevantne ishode nakon IM, i u datom trenutku i na duže staze. Međutim, trebalo bi iskoristi i pozitivni potencijal koji ruminacija može imati u odnosu na pridržavanje propisanog tretmana, u smislu adekvatnog usmeravanja i kanalsanja njenog sadržaja. Paralelno bi psihološke intervencije trebalo da budu usmerene na usvajanje strategija koje podrazumevaju pozitivnu reformulaciju i pozitivno reuokviravanje događaja, jer se pokazalo da one mogu imati i neposredne i dugoročne, direktne i indirektno efekte na emocionalno blagostanje. Kada je reč o ostalim zdravstveno relevantnim ishodima, poput pridržavanja propisanog tretmana i funkcionisanja nakon bolesti, korišćenje ovih strategija

prevladavanja bi trebalo pravilno usmeriti imajući u vidu da njihov efekat na neke od ovih aspekata ne mora biti protektivni.

Ostaje otvoreno pitanje moderatorskih efekata zdravstvenog i sociodemografskog konteksta u kome se ispitivani odnosi formiraju i menjaju, što su preporuke za ispitivanje u budućim istraživanjima. U dostupnoj literaturi nisu pronađena istraživanja gde je dijapazon međusobnih odnosa reprezentacije bolesti, prevladavanja i ishoda sagledavan na ovako sveobuhvatan način. Shodno tome, najveća prednost ovog istraživanja leži u kompleksnosti sagledanih međusobnih odnosa, ali odatle proizilaze i izvesna ograničenja.

Glavna ograničenja istraživanja tiču se velikog broja varijabli čiji su međusobni odnosi ispitivani, mernih karakteristika primenjenih instrumenata, veličine uzorka i njegovog osipanja tokom vremena. Dok je prvi činilac pod relativnom kontrolom istraživača, za preostale se to može reći u mnogo manjoj meri, naročito kada su podaci prikupljeni tokom pandemije Kovid-19. Kompleksnost međusobnih odnosa varijabli i istovremeno manji broj ispitanika na samom početku u odnosu na planirani, kao i osipanje u drugom i trećem trenutku merenja, doprineli su redukciji statističke snage, i samim tim mogućnosti izdvajanja potencijalno značajnih efekata. Metode imputacije nedostajućih vrednosti su dobra praksa u tim slučajevima, pa su shodno tome razmotreni i potencijalni međusobni efekti pod pretpostavkom da osipanja nije bilo. Naravno, ova metoda nije apsolutno precizna, naročito ukoliko su osipanja sistematska, odnosno povezana sa samim varijablama, jer doprinose pristrasnosti. S tim u vezi se i imputacija nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika u ovom istraživanju može smatrati donekle pouzdanom, jer se pokazalo da je u drugom ispitivanju učestvovao veći broj ispitanika sa tendencijom okrivljavanja drugih za ono što im se dogodilo u odnosu na one koji nisu učestvovali, dok su istraživanje u trećem trenutku ispitivanja nastavili oni koji su imali percepciju ozbiljnijih posledica IM i niži nivo pozitivnih osećanja u odnosu na one koji nisu nastavili učestvovanje. Što se tiče broja varijabli, preporuke za buduću redukciju se odnose na razmatranje kognitivnih dimenzija reprezentacije bolesti preko kompozitnih skorova ili latentnih varijabli što bi doprinelo mogućnosti sagledavanja opšte slike i adekvatnijoj proverbi i kompleksnijih modela odnosa. O tome se može razmisliti i u pogledu kognitivnog prevladavanja. Konačno, treba imati u vidu i metrijske karakteristike primenjenih skala, te nezadovoljavajuća merna svojstva nekih od njih, čije je otklanjanje bilo onemogućeno sprovođenjem pilot istraživanja, takođe usled pandemije Kovid-19. Istraživanje je ponudilo neka



rešenja i dalo početne smernice za validaciju instrumenata na uzorku osoba sa IM koji se tiču revidirane verzije skale reprezentacije bolesti, skale pridržavanja propisanog tretmana i ometanja od bolesti, s obzirom na to da do sada nisu korišćene na domaćim uzorcima, ali svakako bi trebalo izvršiti validacije u budućim istraživanjima uključujući ne samo IM nego i širi spektar akutnih i hroničnih bolesti. Replikacija istraživanja na većim uzorcima koji podrazumevaju različite sociodemografske grupe i sa boljim metrijskim karakteristikama pojedinih skala će biti i mera pouzdanosti utvrđenih nalaza.

## Literatura

- Abubakari, A. R., Jones, M. C., Lauder, W., Kirk, A., Devendra, D., & Anderson, J. (2012). Psychometric properties of the Revised Illness Perception Questionnaire: Factor structure and reliability among African-origin populations with type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, *49*(6), 672–681. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.11.008>
- Affleck, G., Tennen, H., Croog, S., & Levine, S. (1987). Causal attribution, perceived benefits and morbidity after a heart attack: An 8 year study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 29–35. doi:10.1037/0022-006X.55.1.29
- Akbari, M., Mahmood Aliloo, M., & Aslanabadi, N. (2010). Relationship between stress and coping styles with coronary heart disease: Role of gender factor. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *15* (4), 368–376
- Alsén, P., Brink, E., & Persson, L. O. (2008). Patients' illness perception four months after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, *17*(5a), 25–33. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02136.x>
- Alsén, P., Brink, E., Persson, L. O., Brändström, Y., & Karlson, B. W. (2010). Illness perceptions after myocardial infarction: relations to fatigue, emotional distress, and health-related quality of life. *Journal of Cardiovascular Nursing*, *25*(2), E1–E10.
- Amirkhan, J. H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, *59*(5), 1066–1074.
- Anderson, J. L. (1993). *The adaptive character of thought*. Erlbaum.
- Arambašić, L. (2012). *Psihološka prva pomoć nakon kriznih događaja. Vodič kroz psihološke krizne intervencije u zajednici*. Jasterbarsko: Naklada Slap.
- Arrebola-Moreno, A. L., Garcia-Retamero, R., Catena, A., Marfil-Álvarez, R., Melgares-Moreno, R., & Ramírez-Hernández, J. A. (2014). On the protective effect of resilience in patients with acute coronary syndrome. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *14*, 111–119. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(14\)70044-4](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(14)70044-4)
- Arrebola-Moreno, M., Petrova, D., Garrido, D., Ramírez-Hernández, J. A., Catena, A., & Garcia-Retamero, R. (2020). Psychosocial markers of pre-hospital decision delay and psychological distress in acute coronary syndrome patients. *British Journal of Health Psychology*, *25*(2), 305–323. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12408>
- Astin, F., & Jones, K. (2006). Changes in patients' illness representations before and after elective percutaneous transluminal coronary angioplasty. *Heart & Lung*, *35*(5), 293–300. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2005.09.006>

- Astin, F., Horrocks, J., & Closs, S. J. (2014). Managing lifestyle change to reduce coronary risk: a synthesis of qualitative research on peoples' experiences. *BMC Cardiovascular Disorders, 14*(1), 1–16.
- Avis, N. E., Smith, K. W., & McKinlay, J. B. (1989). Accuracy of perceptions of heart attack risk: what influences perceptions and can they be changed?. *American Journal of Public Health, 79*(12), 1608–1612.
- Banich, M. T., Mackiewicz, K. L., Depue, B. E., Whitmer, A. J., Miller, G. A., & Heller, W. (2009). Cognitive control mechanisms, emotion and memory: a neural perspective with implications for psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 33*(5), 613–630. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.09.010>
- Barakat, L., Alderfer, M., & Kazak, A. (2006). Posttraumatic growth in adolescent survivors of cancer and their mothers and fathers. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 413–419. doi:10.1093/jpepsy/ajs058
- Baroletti, S., & Dell'Orfano, H. (2010). Medication adherence in cardiovascular disease. *Circulation, 121*(12), 1455–1458.
- Basu, S., & Poole, J. (2016). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Occupational Medicine, 66*(5), 419–420. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqv203>
- Bauer, L. K., Caro, M. A., Beach, S. R., Mastromauro, C. A., Lenihan, E., Januzzi, J. L., & Huffman, J. C. (2012). Effects of depression and anxiety improvement on adherence to medication and health behaviors in recently hospitalized cardiac patients. *American Journal of Cardiology, 109*(9), 1266–1271. <https://doi.org/10.1016/j.amjcard.2011.12.017>
- Beck, J. S. (2007). *Osnove kognitivne terapije*. Naklada Slap.
- Benner, J. S., Glynn, R. J., Mogun, H., Neumann, P. J., Weinstein, M. C., & Avorn, J. (2002). Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. *Jama, 288*(4), 455–461. doi:10.1001/jama.288.4.455
- Bennett, P., & Connell, H. (1999). Dyadic processes in response to myocardial infarction. *Psychology, health & medicine, 4*(1), 45–55. <https://doi.org/10.1080/135485099106397>
- Bennett, P., Lowe, R., Mayfield, T., & Morgan, M. (1999a). Coping, mood and behaviour following myocardial infarction: Results of a pilot study. *Coronary Health Care, 3*(4), 192–198. [https://doi.org/10.1016/s1362-3265\(99\)80044-3](https://doi.org/10.1016/s1362-3265(99)80044-3)
- Bennett, P., Mayfield, T., Norman, P., Lowe, R., & Morgan, M. (1999b). Affective and social-cognitive predictors of behavioural change following first myocardial infarction. *British Journal of Health Psychology, 4*(3), 247–256. <https://doi.org/10.1348/135910799168605>
- Bennett, P., Owen, R. L., Koutsakis, S., & Bisson, J. (2002). Personality, social context and cognitive predictors of post-traumatic stress disorder in myocardial infarction patients. *Psychology and Health, 17*(4), 489–500. <https://doi.org/10.1080/0887044022000004966>

- Bennett, K. K., & Marte, R. M. (2013). Patient attributions for cardiac events: Predictors of physical and psychological recovery. *Journal of Applied Social Psychology, 43*(3), 660–672. <https://doi.org/10.1111/jasp.12103>
- Benson, S., Hahn, S., Tan, S., Janssen, O. E., Schedlowski, M., & Elsenbruch, S. (2010). Maladaptive coping with illness in women with polycystic ovary syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 39*(1), 37–45. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2009.01086.x>
- Benyamini, Y., Gozlan, M., & Kokia, E. (2004). On the self-regulation of a health threat: Cognitions, coping, and emotions among women undergoing treatment for infertility. *Cognitive Therapy and Research, 28*(5), 577–592.
- Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., & Gerber, Y. (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine, 46*, 310–321. [doi:10.1007/s12160-013-9509-3](https://doi.org/10.1007/s12160-013-9509-3)
- Benyamini, Y., & Karademas, E. C. (2019). Introduction to the special issue on the common sense model of self-regulation. *Health Psychology Review, 13*(4), 373–377. <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1644189>
- Ben-Zur, H., Rappaport B., Ammar R., Uretzky G. (2000). Coping strategies, lifestyle changes, and pessimism after open-heart surgery. *Health & Social Work, 25*(3), 201–209. <https://doi.org/10.1093/hsw/25.3.201>
- Berardo, D., & Mussa, M. V. (2019). Application of relational tool to support acute cardiac patients' emotional recovery: analysis of effects during acute and follow-up care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 14*(1), 1595957. <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1595957>
- Bergvik, S., Sørli, T., & Wynn, R. (2010). Approach and avoidance coping and regulatory focus in patients having coronary artery bypass graft surgery. *Journal of Health Psychology, 15*(6), 915–924. <https://doi.org/10.1177/1359105309359542>
- Berger, D. (1997). *Zdravstvena psihologija*. Centar za primenjenu psihologiju.
- Bijsterbosch, J., Scharloo, M., Visser, A. W., Watt, I., Meulenbelt, I., Huizinga, T. W. J., ... & Kloppenburg, M. (2009). Illness perceptions in patients with osteoarthritis: change over time and association with disability. *Arthritis Care & Research, 61*(8), 1054–1061. <https://doi.org/10.1002/art.24674>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(2), 139–157.
- Billing, E., Bar-On, D., & Rehnqvist, N. (1997). Causal attribution by patients, their spouses and the physicians in relation to patient outcome after a first myocardial infarction: subjective and objective outcome. *Cardiology, 88*, 367–72. <https://doi.org/10.1159/000177361>

- Bishop, G. D., & Converse, S. A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology, 5*, 95–114.
- Bjarnason-Wehrens, B., McGee, H., Zwisler, A. D., Piepoli, M. F., Benzer, W., Schmid, J. P., ... & Mendes, M. (2010). Cardiac rehabilitation in Europe: results from the European cardiac rehabilitation inventory survey. *European Journal of Preventive Cardiology, 17*(4), 410–418. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e328334f42d> PMID:20300001
- Blair, J., Angus, N. J., Lauder, W. J., Atherton, I., Evans, J., & Leslie, S. J. (2014). The influence of non-modifiable illness perceptions on attendance at cardiac rehabilitation. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 13*(1), 55–62. <https://doi.org/10.1177/1474515113477272>
- Blankers, M. (2008). Self-regulation processes in health psychology. *Psychologie & Gezondheid, 36*, 224–234.
- Bogaerts, K., Rayen, L., Lavrysen, A., Van Diest, I., Janssens, T., Schruers, K., & Van den Bergh, O. (2015). Unraveling the relationship between trait negative affectivity and habitual symptom reporting. *PloS One, 10*(1), e0115748. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0115748>
- Brandtstädter, J., & Renner, G. (1992). Coping with discrepancies between aspirations and achievements in adult development: A dual-process model. In L. Montada, S.-H. Philipp, & M. J. Lerner (Eds.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 301–319). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Brewer, N. T., Chapman, G. B., Brownlee, S., & Leventhal, E. A. (2002). Cholesterol control, medication adherence and illness cognition. *British Journal of Health Psychology, 7*(4), 433–447. <https://doi.org/10.1348/135910702320645408>
- Brink, E., Karlson, B. W., & Hallberg, L. R. M. (2006). Readjustment 5 months after a first-time myocardial infarction: reorienting the active self. *Journal of Advanced nNursing, 53*(4), 403–411. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03737.x>
- Brink, E., Alsén, P., & Cliffordson, C. (2011). Validation of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in a sample of persons recovering from myocardial infarction – the Swedish version. *Scandinavian Journal of Psychology, 52*(6), 573–579. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00901.x>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Ellis, C. J., Ying, J., & Gamble, G. (2004). A picture of health—myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research, 57*(6), 583–587. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2004.03.014>
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Ellis, J., Andersson, G., Gamble, D., Andersson, D., & Benjamin, W. (2006) Patients with acute myocardial infarction have an inaccurate understanding of their

- risk of a future event. *International Medicine Journal*, 36, 643–647. <https://doi.org/10.1111/j.1445-5994.2006.01150.x>
- Broadbent, E., Ellis, C. J., Thomas, J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2009). Further development of an illness perception intervention for myocardial infarction patients: A randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(1), 17–23. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.12.001>
- Broadbent, E., Leggat, A., McLachlan, A., & Kerr, A. (2013). Providing cardiovascular risk management information to acute coronary syndrome patients: A randomized trial. *British Journal of Health Psychology*, 18(1), 83–94. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02081.x>
- Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S., & Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health*, 30(11), 1361–1385. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1070851>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford Press.
- Brzoska, P., Yilmaz-Aslan, Y., Sultanoglu, E., Sultanoglu, B., & Razum, O. (2012). The factor structure of the Turkish version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) in patients with diabetes and cardiovascular disease. *BMC Public Health*, 12(1), 1–8.
- Buja, A., & Eyuboglu, N. (1992). Remarks on parallel analysis. *Multivariate Behavioral Research*, 27(4), 509–540. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2704\\_2](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2704_2)
- Bunde, J., & Martin, R. (2006). Depression and prehospital delay in the context of myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, 68, 51–57. doi: 10.1097/01.psy.0000195724.58085.f0
- Burnier, M., & Egan, B. M. (2019). Adherence in hypertension: a review of prevalence, risk factors, impact, and management. *Circulation Research*, 124(7), 1124–1140.
- Burwell, R. A., & Shirk, S. R. (2007). Subtypes of rumination in adolescence: Associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(1), 56–65.
- Cameron, L. D., & Leventhal, H. (Eds.). (2003). *The self-regulation of health and illness behaviour*. Routledge.
- Canto, J. G., Shlipak, M. G., Rogers, W. J., Malmgren, J. A., Frederic, P. D., Lambrew, C. T., ... & Kiefe, C. I. (2000). Prevalence, clinical characteristics, and mortality among patients with myocardial infarction presenting without chest pain. *JAMA*, 283(24), 3223–3229. doi:10.1001/jama.283.24.3223
- Caplan, S., Paris, M., Whittemore, R., Desai, M., Dixon, J., Alvidrez, J., ... & Scahill, L. (2011). Correlates of religious, supernatural and psychosocial causal beliefs about depression

- among Latino immigrants in primary care. *Mental Health, Religion & Culture*, 14(6), 589–611. <https://doi.org/10.1080/13674676.2010.497810>
- Cartwright, B. Y., Zhang, S., & Jin, Y. S. (2014). Causal Attributions for Illness: Cross-Cultural Perspectives. *Journal of Best Practices in Health Professions Diversity*, 7(1), 967–978.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Charles, S. T., & Almeida, D. M. (2006). Daily reports of symptoms and negative affect: Not all symptoms are the same. *Psychology and Health*, 21(1), 1–17. <https://doi.org/10.1080/14768320500129239>
- Chen, H. Y., Saczynski, J. S., Lapane, K. L., Kiefe, C. I., & Goldberg, R. J. (2015). Adherence to evidence-based secondary prevention pharmacotherapy in patients after an acute coronary syndrome: A systematic review. *Heart & Lung*, 44(4), 299–308. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2015.02.004>
- Cheng, K., Ingram, N., Keenan, J., & Choudhury, R. P. (2015). Evidence of poor adherence to secondary prevention after acute coronary syndromes: possible remedies through the application of new technologies. *Open Heart*, 2(1), e000166.
- Chiavarino, C., Rabellino, D., Ardito, R. B., Cavallero, E., Palumbo, L., Bergerone, S., ... Bara, B. G. (2012). Emotional coping is a better predictor of cardiac prognosis than depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(6), 473–475. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.10.002>
- Chilcot, J., Lee, E., Tylee, A., Brown, J., Weinman, J., Hotopf, M., & Palacios, J. E. (2020). Distinct distress symptom trajectories over 3 years are associated with baseline illness perceptions in individuals with coronary heart disease. *Annals of Behavioral Medicine*, 54(5), 374–379. <https://doi.org/10.1093/abm/kaz054>
- Choudhry, N. K., & Winkelmayer, W. C. (2008). Medication adherence after myocardial infarction: a long way left to go. *Journal of General Internal Medicine*, 23(2), 216–218.
- Choudhry, N. K., Glynn, R. J., Avorn, J., Lee, J. L., Brennan, T. A., Reisman, L., ... & Shrank, W. H. (2014). Untangling the relationship between medication adherence and post-myocardial infarction outcomes: medication adherence and clinical outcomes. *American Heart Journal*, 167(1), 51–58. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2013.09.014>
- Chung, M. C., Berger, Z., Jones, R., & Rudd, H. (2008). Posttraumatic stress and co-morbidity following myocardial infarction among older patients: the role of coping. *Aging and Mental Health*, 12(1), 124–133. <https://doi.org/10.1080/13607860701366152>
- Claassen, L., Henneman, L., Van der Weijden, T., Marteau, T. M., & Timmermans, D. R. M. (2012). Being at risk for cardiovascular disease: perceptions and preventive behavior in

- people with and without a known genetic predisposition. *Psychology, Health & Medicine*, 17(5), 511–521. <https://doi.org/10.1080/13548506.2011.644246>
- Consedine, N. S. (2008). The health-promoting and health-damaging effects of emotions: The view from developmental functionalism. In M. Lewis, J. Haviland-Jones, & L. F. Barrett (Eds.), *Handbook of emotions* (3rd ed., pp. 676–690). Guilford.
- Consedine, N. S., & Moskowitz, J. T. (2007). The role of discrete emotions in health outcomes: A critical review. *Applied and Preventive Psychology*, 12(2), 59–75. <https://doi.org/10.1016/j.appsy.2007.09.001>
- Coolidge, F. L., Segal, D. L., Hook, J. N., & Stewart, S. (2000). Personality disorders and coping among anxious older adults. *Journal of anxiety disorders*, 14(2), 157–172. [https://doi.org/10.1016/S0887-6185\(99\)00046-8](https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00046-8)
- Croyle, R. T., & Ditto, P. H. (1990). Illness cognition and behavior: An experimental approach. *Journal of Behavioral Medicine*, 13(1), 31–52.
- Croyle, R.T. and Barger, S.D. (1993). Illness cognition. In: Maes, S., Leventhal, H. and Johnston, M. (Eds.), *International review of health psychology*, pp. 29–49. John Wiley & Sons.
- Davis, D. P., Jandrisevits, M. D., Iles, S., Weber, T. R., & Gallo, L. C. (2012). Demographic, socioeconomic, and psychological factors related to medication non-adherence among emergency department patients. *The Journal of Emergency Medicine*, 43(5), 773–785. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.04.008>
- de Ridder, D., & Schreurs, K. (2001). Developing interventions for chronically ill patients: Is coping a helpful concept? *Clinical Psychology Reviews*, 21, 205–240. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00046-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00046-X)
- de Ridder, D. T. D., & De Wit, J. B. F. (2006). Self-regulation in health behaviour: Concepts, theories, and central issues. In D. T. D. de Ridder, & J. B. F. de Wit (Eds.), *Self-regulation in health behavior* (pp. 1–24). Wiley.
- de Jonge, P., Ormel, J., van den Brink, R. H., van Melle, J. P., Spijkerman, T. A., Kuijper, A., ... & Schene, A. H. (2006). Symptom dimensions of depression following myocardial infarction and their relationship with somatic health status and cardiovascular prognosis. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 138–144. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.138>
- Delisle, V. C., Beck, A. T., Ziegelstein, R. C., & Thombs, B. D. (2012). Symptoms of heart disease or its treatment may increase Beck Depression Inventory Scores in hospitalized post-myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 73(3), 157–162. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.07.001>
- Dempe, C., Jünger, J., Hoppe, S., Katzenberger, M. L., Möltner, A., Ladwig, K. H., ... Schultz, J. H. (2013). Association of anxious and depressive symptoms with medication nonadherence



- in patients with stable coronary artery disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(2), 122–127. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2012.12.003>
- Dempster, M., Carney, R., & Mc Clements, R. (2010). Response shift in the assessment of quality of life among people attending cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 15(2), 307–319. <https://doi.org/10.1348/135910709X464443>
- Dempster, M., Howell, D., & McCorry, N. K. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(6), 506–513. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.10.006>
- DeSteno, D., Gross, J. J., & Kubzansky, L. (2013). Affective science and health: The importance of emotion and emotion regulation. *Health Psychology*, 32(5), 474–486. <https://doi.org/10.1037/a0030259>
- Devcich, D. A., Ellis, C. J., Gamble, G., & Petrie, K. J. (2008). Psychological responses to cardiac diagnosis: Changes in illness representations immediately following coronary angiography. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 553–556. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.07.003>
- Devins, G. M., Binik, Y. M., Hutchinson, T. A., Hollomby, D. J., Barré, P. E., & Guttman, R. D. (1983). The emotional impact of end-stage renal disease: Importance of patients' perceptions of intrusiveness and control. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13(4), 327–343.
- Devins, G. M., Mandin, H., Hons, R. B., Burgess, E. D., Klassen, J., Taub, K., ... & Buckle, S. (1990). Illness intrusiveness and quality of life in end-stage renal disease: comparison and stability across treatment modalities. *Health Psychology*, 9(2), 117.
- Devins, G. M. (2010). Using the illness intrusiveness ratings scale to understand health-related quality of life in chronic disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 591–602. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.05.006>
- Diener, E., Larsen, R. J., & Emmons, R. A. (1984). Bias in mood recall in happy and unhappy persons. In 92nd Annual Convention of the American Psychological Association, Toronto, Ontario, Canada.
- Dilsaver, S. C., Akiskal, H. S., Akiskal, K. K., & Benazzi, F. (2006). Dose-response relationship between number of comorbid anxiety disorders in adolescent bipolar/unipolar disorders, and psychosis, suicidality, substance abuse and familiarity. *Journal of Affective Disorders*, 96(3), 249–258. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.008>
- Downey, C. A., & Chang, E. C. (2013). Assessment of everyday beliefs about health: the lay concepts of health inventory, college student version. *Psychology & Health*, 28(7), 818–832. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.762099>

- Drabant, E. M., McRae, K., Manuck, S. B., Hariri, A. R., & Gross, J. J. (2009). Individual differences in typical reappraisal use predict amygdala and prefrontal responses. *Biological Psychiatry*, *65*(5), 367–373. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.09.007>
- Dracup, K., & Moser, D. K. (1997). Beyond sociodemographics: factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction. *Heart & Lung*, *26*(4), 253–262. [https://doi.org/10.1016/S0147-9563\(97\)90082-0](https://doi.org/10.1016/S0147-9563(97)90082-0)
- DuBois, C. M., Beach, S. R., Kashdan, T. B., Nyer, M. B., Park, E. R., Celano, C. M., & Huffman, J. C. (2012). Positive psychological attributes and cardiac outcomes: associations, mechanisms, and interventions. *Psychosomatics*, *53*(4), 303–318. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2012.04.004>
- Edmondson, D., & von Känel, R. (2017). Post-traumatic stress disorder and cardiovascular disease. *The Lancet Psychiatry*, *4*(4), 320–329. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30377-7](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30377-7)
- Ehring, T., & Watkins, E. R. (2008). Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of Cognitive Therapy*, *1*(3), 192–205. <https://doi.org/10.1521/ijct.2008.1.3.192>
- Enders, C. K. (2010). *Applied missing data analysis*. Guilford press.
- Evans, D., & Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease. *Psychology & Health*, *24*, 1181–1196. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440802398188>
- Fajgelj, S. (2020). *Metode istraživanja ponašanja*. Centar za primenjenu psihologiju.
- Falahi Khoshknab, M., Hasani, P., Afrasiabifar, A., & Yaghmaei, F. (2008). Iranian elderly experiences with myocardial infarction. *Iranian Journal of Ageing*, *3*(3), 66–74
- Fållun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., & Norekvål, T. M. (2016). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *15*(7), 495–503. <https://doi.org/10.1177/1474515115614712>
- Faridi, K. F., Peterson, E. D., McCoy, L. A., Thomas, L., Enriquez, J., & Wang, T. Y. (2016). Timing of first postdischarge follow-up and medication adherence after acute myocardial infarction. *JAMA Cardiology*, *1*(2), 147–155. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2016.0001>
- Feliu-Soler, A., Reche-Camba, E., Borràs, X., Pérez-Aranda, A., Andrés-Rodríguez, L., Peñarrubia-María, M. T., ... & Luciano, J. V. (2017). Psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ) in patients with fibromyalgia syndrome. *Frontiers in Psychology*, *8*, 2075. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02075>

- Figueiras, M. J., & Alves, N. C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health, 22*(2), 143–158. <https://doi.org/10.1080/14768320600774462>
- Figueiras, M. J., Maroco, J., Caeiro, R., Monteiro, R., & Trigo, M. (2014). The relationship between illness perceptions and cardiac misconceptions after Myocardial Infarction. *Psychology, Health & Medicine, 22*, 1–12. doi:10.1080/13548506.2014.993662
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*(1), 20–35. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.99.1.20>
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping, 21*(1), 3–14. doi:10.1080/10615800701740457
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*(3) 219–239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology, 95*(2), 107.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(3), 466–475. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.54.3.466>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist, 55*(6), 647–654. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.6.647>
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745–774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Foxwell, R., Morley, C., & Frizelle, D. (2013). Illness perceptions, mood and quality of life: A systematic review of coronary heart disease patients. *Journal of Psychosomatic Research, 75*(3), 211–222. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.05.003>
- Franke, G. H., Jagla, M., & Küch, D. (2019). Towards a deeper understanding of adherence to medication in pain patients. Dubrovnik, Croatia: 33rd Annual Conference of the European Health Psychology Society, 3.–7. Sept. – Poster.
- Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist, 56*(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- French, D. P., James, D., Horne, R., & Weinman, J. (2005). Causal beliefs and behaviour change post-myocardial infarction: How are they related?. *British journal of health psychology, 10*(2), 167–182. <https://doi.org/10.1348/135910705X26722>
- French, D. P., Cooper, A., & Weinman, J. (2006). Illness perceptions predict attendance at cardiac rehabilitation following acute myocardial infarction: a systematic review with meta-

- analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(6), 757–767. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.07.029>
- Frijling, B. D., Lobo, C. M., Keus, I. M., Jenks, K. M., Akkermans, R. P., Hulscher, M. E., ... & Grol, R. P. (2004). Perceptions of cardiovascular risk among patients with hypertension or diabetes. *Patient Education and Counseling*, 52(1), 47–53. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00248-3](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00248-3)
- Furze, G. (2007). Cardiac misconceptions: A problem in need of treatment. *Practical Cardiovascular Risk Management*, 5(1), 13–15.
- Futterman, L. G., & Lemberg, L. (1998). Fifty percent of patients with coronary artery disease do not have any of the conventional risk factors. *American Journal of Critical Care*, 7(3), 240.
- Gallo, L. C., & Matthews, K. A. (2003). Understanding the association between socioeconomic status and physical health: do negative emotions play a role?. *Psychological Bulletin*, 129(1), 10–51. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.1.10>
- Gander, M. L., & Känel, R. V. (2006). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder: frequency, outcome, and atherosclerotic mechanisms. *European Journal of Preventive Cardiology*, 13(2), 165–172. <https://doi.org/10.1097/01.hjr.0000214606.60995.46>
- Garnefski, N. (n.d.). *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire A questionnaire measuring cognitive copingstrategies* Nadia Garnefski Vivian Kraaij Philip Spinhoven.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 1311–1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403–420. <https://doi.org/10.1002/per.458>
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40(8), 1659–1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Garnefski, N., Kraaij, V., Schroevers, M. J., Aarnink, J., van der Heijden, D. J., van Es, S. M., ... Somsen, G. A. (2009). Cognitive Coping and Goal Adjustment After First-Time Myocardial Infarction: Relationships With Symptoms of Depression. *Behavioral Medicine*, 35(3), 79–86. <https://doi.org/10.1080/08964280903232068>
- Gencer, B., Rodondi, N., Auer, R., Räber, L., Klingenberg, R., Nanchen, D., ... & Mach, F. (2015). Reasons for discontinuation of recommended therapies according to the patients after acute coronary syndromes. *European journal of Internal Medicine*, 26(1), 56–62. <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2014.12.014>

- Gentry, W. D., Aronson, M. K., Blumenthal, J., Costa, P. T., & Di Giacomo, J. N. (1987). Behavioral, cognitive and emotional considerations. *Journal of the American College of Cardiology*, *10*(2S1), 38A–41A.
- Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulas, V., & Samonis, G. (2010). Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology*, *19*(1), 85–92. <https://doi.org/10.1002/pon.1538>
- Giudicessi, J. R., Michael, B. A., & Ackerman, J. (2013). The Psychosocial Context Impacts Medication Adherence after Acute Coronary Syndrome. *Bone*, *23*(1), 1–7. <https://doi.org/10.1038/jid.2014.371>
- Gorsuch, R. L. (2003). Factor analysis. In J. A. Schinka & W. F. Velicer (Eds.), *Handbook of psychology: Research methods in psychology*, Vol. 2, (pp. 143–164). John Wiley & Sons Inc.
- Grace, S. L., Abbey, S. E., Pinto, R., Shnek, Z. M., Irvine, J., & Stewart, D. E. (2005). Longitudinal course of depressive symptomatology after a cardiac event: effects of gender and cardiac rehabilitation. *Psychosomatic Medicine*, *67*(1), 52.
- Graffigna, G., Barello, S., & Bonanomi, A. (2017). The role of Patient Health Engagement Model (PHE-model) in affecting patient activation and medication adherence: A structural equation model. *PloS One*, *12*(6), e0179865.
- Granados-Gómez, G., Roales-Nieto, J. G., Gil-Luciano, A., Moreno-San Pedro, E., & Márquez-Hernández, V. V. (2015). A longitudinal study of symptoms beliefs in hypertension. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *15*, 200–207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.07.001>
- Greco, A., Steca, P., Pozzi, R., Monzani, D., D'Addario, M., Villani, A., ... Parati, G. (2014). Predicting depression from illness severity in cardiovascular disease patients: Self-efficacy beliefs, illness perception, and perceived social support as mediators. *International Journal of Behavioral Medicine*, *21*(2), 221–229. <https://doi.org/10.1007/s12529-013-9290-5>
- Gross, J. J. (1998). Antecedent-and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*(1), 224–237.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348–362.
- Gusto Investigators. (1993). An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, *329*(10), 673–682.

- Gyurak, A., Gross, J. J., & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: a dual-process framework. *Cognition and Emotion*, 25(3), 400–412. <https://doi.org/10.1080/02699931.2010.544160>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the Common-Sense model of illness representations. *Psychology & Health*, 18, 141–184. <https://doi.org/10.1080/088704403100081321>
- Hagger, M. S., & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology & Health*, 20(2), 161–173. <https://doi.org/10.1080/0887044042000334724>
- Hagger, Martin S., Wood, Chantelle, Stiff, Chris and Chatzisarantis, Nikos L. D. (2009) 'The strengthmodel of self-regulation failure and health-related behaviour', *Health Psychology Review*, 3(2), 208 — 238 <http://dx.doi.org/10.1080/17437190903414387>
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L., & Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: Meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117–1154. <https://doi.org/10.1037/bul0000118>
- Hadži Pešić, M. (2009). *Psihološki aspekti koronarne bolesti srca*. Filozofski fakultet.
- Hadži Pešić, M. i Žikić, O. (2014). *Stres. Prevladavanje i kontrola*. Scero Print.
- Hahs-Vaughn, D. L., & Lomax, R. G. (2020). *An introduction to statistical concepts*. Routledge.
- Haines, A., Cooper, J., & Meade, T. W. (2001). Psychological characteristics and fatal ischaemic heart disease. *Heart*, 85(4), 385–389.
- Hampson, S. E., Glasgow, R. E., & Tolbert, D. J. (1990). Personal models of diabetes and their relation to self-careactivities. *Health Psychology*, 9, 632–646.
- Hanssen, T. A., Nordrehaug, J. E., Eide, G. E., Bjelland, I., & Rokne, B. (2009). Anxiety and depression after acute myocardial infarction: an 18-month follow-up study with repeated measures and comparison with a reference population. *European Journal of Preventive Cardiology*, 16(6), 651–659. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32832e4206>
- Hassani, P., Afrasiabifar, A., Khoshknab, M. F., & Yaqhmaei, F. (2009). Perceived positive effects of illness following acute myocardial infarction. *International Journal of Nursing and Midwifery*, 1(1), 001–005. <https://doi.org/10.5897/IJNM.9000034>
- Heijmans, M. J. (1998). Coping and adaptive outcome in chronic fatigue syndrome: importance of illness cognitions. *Journal of Psychosomatic Research*, 45(1), 39–51.
- Heijmans, M. J. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology*, 4(2), 137–149.
- Heijmans, M., & de Ridder, D. (1998). Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(5), 485–503.

- Helgeson, V. S., Reynolds, K. A., & Tomich, P. L. (2006). A meta-analytic review of benefit finding and growth. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(5), 797–816. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.797>
- Henderson, C. J., Orbell, S., & Hagger, M. S. (2009). Illness schema activation and attentional bias to coping procedures. *Health Psychology, 28*(1), 101–107. <https://doi.org/10.1037/a0013690>
- Hermele, S., Olivo, E. L., Namerow, P., & Oz, M. C. (2007). Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychology, Health and Medicine, 12*(5), 580–591. <https://doi.org/10.1080/13548500601162705>
- Hildingh, C., Fridlund, B., & Lidell, E. (2006). Access to the world after myocardial infarction: experiences of the recovery process. *Rehabilitation Nursing, 31*(2), 63–68. <https://doi.org/10.1002/j.2048-7940.2006.tb00127.x>
- Hirani, S. P., Pugsley, W. B., & Newman, S. P. (2006). Illness representations of coronary artery disease: an empirical examination of the Illness Perceptions Questionnaire (IPQ) in patients undergoing surgery, angioplasty and medication. *British Journal of Health Psychology, 11*(2), 199–220. <https://doi.org/10.1348/135910705X53443>
- Ho, P. M., Bryson, C. L., & Rumsfeld, J. S. (2009). Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation, 119*(23), 3028–3035. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986>
- Hopwood, C. J., & Donnellan, M. B. (2010). How should the internal structure of personality inventories be evaluated? *Personality and Social Psychology Review, 14*(3), 332–346. <https://doi.org/10.1177/1088868310361240>
- Horn, J. L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika, 30*, 179–185. <https://doi.org/10.1007/BF02289447>
- Horne, R., & Weinman, J. (1998). Predicting treatment adherence: An overview of theoretical models. In L. B. Myers & K. Midence (Eds.), *Adherence to treatment in medical conditions* (pp. 25–50). Harwood Academic Publishers.
- Horne, R., Faasse, K., Cooper, V., Diefenbach, M. A., Leventhal, H., Leventhal, E., & Petrie, K. J. (2013). The perceived sensitivity to medicines (PSM) scale: an evaluation of validity and reliability. *British Journal of Health Psychology, 18*(1), 18–30. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2012.02071.x>
- Hudson, M., Richard, H., & Pilote, L. (2007). Parabolas of medication use and discontinuation after myocardial infarction—are we closing the treatment gap?. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety, 16*(7), 773–785. <https://doi.org/10.1002/pds.1414>

- Hutton, J. M., & Perkins, S. J. (2008). A qualitative study of men's experience of myocardial infarction. *Psychology, Health and Medicine*, 13(1), 87–97. <https://doi.org/10.1080/13548500701294549>
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ (2018). Incidencija i mortalitet od akutnog kornarnog sindroma u Srbiji. *Registar za akutni kronarni sindrom u Srbiji*, 13.
- Institut za javno zdravlje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“ (2020). Incidencija i mortalitet od akutnog kornarnog sindroma u Srbiji. *Registar za akutni kronarni sindrom u Srbiji*, 15.
- Jackevicius, C. A., Mamdani, M., & Tu, J. V. (2002). Adherence with statin therapy in elderly patients with and without acute coronary syndromes. *Jama*, 288(4), 462–467. doi:10.1001/jama.288.4.462
- Jackevicius, C. A., Li, P., & Tu, J. V. (2008). Prevalence, predictors, and outcomes of primary nonadherence after acute myocardial infarction. *Circulation*, 117(8), 1028–1036. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.706820>
- Janssen, V., De Gucht, V., van Exel, H., & Maes, S. (2013). Changes in illness perceptions and quality of life during participation in cardiac rehabilitation. *International Journal of Behavioral Medicine*, 20(4), 582–589.
- Jasper, F., Hiller, W., Berking, M., Rommel, T., & Witthöft, M. (2015). The affective response to health-related information and its relationship to health anxiety: An ambulatory approach. *Cognition and Emotion*, 29(4), 714–722. <https://doi.org/10.1080/02699931.2014.930022>
- Johnson, J. A., & King, K. B. (1995). Influence of expectation about symptoms on delay in seeking treatment during myocardial infarction. *American Journal of Critical Care*, 4, 29–35.
- Jovanović, V. (2015). Beyond the PANAS: Incremental validity of the Scale of Positive and Negative Experience (SPANE) in relation to well-being. *Personality and Individual Differences*, 86, 487–491. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.07.015>
- Juergens, M. C., Seekatz, B., Moosdorf, R. G., Petrie, K. J., & Rief, W. (2010). Illness beliefs before cardiac surgery predict disability, quality of life, and depression 3 months later. *Journal of Psychosomatic Research*, 68(6), 553–560. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.10.004>
- Karademas, E. C., Karamvakalis, N., & Zarogiannos, A. (2009). Life context and the experience of chronic illness: is the stress of life associated with illness perceptions and coping?. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 25(5), 405–412. <https://doi.org/10.1002/smi.1252>
- Kemp, S., Morley, S., & Anderson, E. (1999). Coping with epilepsy: do illness representations play a role?. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(1), 43–58. <https://doi.org/10.1348/014466599162656>



- Kenny, D. A., & McCoach, D. B. (2003). Effect of the number of variables on measures of fit in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling, 10*(3), 333–351. [https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1003\\_1](https://doi.org/10.1207/S15328007SEM1003_1)
- Kleppe, M., Lacroix, J., Ham, J., & Midden, C. (2017). ‘A necessary evil’: associations with taking medication and their relationship with medication adherence. *Psychology, Health & Medicine, 22*(10), 1217–1223. <https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1316412>
- Kotseva, K., Wood, D., De Bacquer, D., De Backer, G., Rydén, L., Jennings, C., ... & EUROASPIRE Investigators. (2016). EUROASPIRE IV: A European Society of Cardiology survey on the lifestyle, risk factor and therapeutic management of coronary patients from 24 European countries. *European Journal of Preventive Cardiology, 23*(6), 636–648. <https://doi.org/10.1177/2047487315569401>
- Krantz, D. S., & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual Review of Psychology, 53*(1), 341–369.
- Kreuter, M. W., & Strecher, V. J. (1995). Changing inaccurate perceptions of health risk: results from a randomized trial. *Health Psychology, 14*(1), 56–63. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.14.1.56>
- Kripalani, S., Goggins, K., Nwosu, S., Schildcrout, J., Mixon, A. S., McNaughton, C., ... & Wallston, K. A. (2015). Medication nonadherence before hospitalization for acute cardiac events. *Journal of Health Communication, 20*(sup2), 34–42.
- Kripalani, S., Goggins, K., Nwosu, S., Schildcrout, J., Mixon, A., Naughton, C., McDougald, A.M., Scott, M.S., & Wallston, K. A. (2017). Medication Non-Adherence before Hospitalization for Acute Cardiac Events. *Physiology & Behavior, 176*(1), 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2017.03.040>
- Kroemeke, A. (2016a). Changes in well-being after myocardial infarction: Does coping matter? *Quality of Life Research, 25*(10), 2593–2601. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1286-6>
- Kroemeke, A. (2016b). Depressive symptom trajectories over a 6-year period following myocardial infarction: predictive function of cognitive appraisal and coping. *Journal of Behavioral Medicine, 39*(2), 181–191. <https://doi.org/10.1007/s10865-015-9681-y>
- Krohne, H. W. (1993). Vigilance and cognitive avoidance as concepts in coping research. In H.W. Krohne (Ed.), *Attention and avoidance: Strategies in coping with aversiveness*. Hogrefe & Huber.
- Lane, D. A., Langman, C. M., Lip, G. Y., & Nouwen, A. (2009). Illness perceptions, affective response, and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *Journal of Psychosomatic Research, 66*(3), 203–210. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2008.10.007>

- Larsen, K. K., Christensen, B., Nielsen, T. J., & Vestergaard, M. (2014). Post-myocardial infarction anxiety or depressive symptoms and risk of new cardiovascular events or death: A population-based longitudinal study. *Psychosomatic Medicine, 76*, 739–746. doi:10.1097/PSY.0000000000000115
- Larsen, J. T., & McGraw, A. P. (2011). Further evidence for mixed emotions. *Journal of Personality and Social Psychology, 100*(6), 1095–1110. doi:10.1037/a0021846.
- Lau, J. T., Dang, L., Cheung, R. Y., Zhang, M. X., Chen, J. H., & Wu, A. M. (2020). The psychometric properties of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) regarding Internet gaming disorder in a general population of Chinese adults. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(3), 654–663. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00043>
- Lau-Walker, M. (2007). Importance of illness beliefs and self-efficacy for patients with coronary heart disease. *Journal of Advanced Nursing, 60*(2), 187–198. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04398.x>
- Lawrence, V., Murray, J., Banerjee, S., Turner, S., Sangha, K., Byng, R., ... & Macdonald, A. (2006). Concepts and causation of depression: A cross-cultural study of the beliefs of older adults. *The Gerontologist, 46*(1), 23–32. <https://doi.org/10.1093/geront/46.1.23>
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory and research: Past, present, and future. *Fifty years of the research and theory of RS Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*, 366–388.
- Lazarus, R. S. (1999). Hope: An emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research, 66*, 653–678.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Springer.
- Lazarus, R. S., & Smith, C. A. (1988). Knowledge and appraisal in the cognition—emotion relationship. *Cognition & Emotion, 2*(4), 281–300.
- Lazarus, R. S., Kanner, A. D., & Folkman, S. (1980). Emotions: A cognitive–phenomenological analysis. In *Theories of emotion* (pp. 189–217). Academic Press.
- Leifheit-Limson, E. C., Kasl, S. V., Lin, H., Buchanan, D. M., Peterson, P. N., Spertus, J. A., & Lichtman, J. H. (2012). Adherence to risk factor management instructions after acute myocardial infarction: the role of emotional support and depressive symptoms. *Annals of Behavioral Medicine, 43*(2), 198–207. <https://doi.org/10.1007/s12160-011-9311-z>
- León, T. C., Nouwen, A., Sheffield, D., Jaumdally, R., & Lip, G. Y. (2010). Anger rumination, social support, and cardiac symptoms in patients undergoing angiography. *British Journal of Health Psychology, 15*(4), 841–857. <https://doi.org/10.1348/135910710X491360>
- Leslie, K., Pell, J., & Mccowan, C. (2018). Adherence to cardiovascular medication: A review of systematic reviews. *Journal of Public Health, 41*(1), e84–e94. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy088>.

- Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T. J., Robins, C., & Sherwood, A. (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*, 67(6), 869–878. doi: 10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a
- Leventhal, H. (1970). Findings and theory in the study of fear communications. *Advances in Experimental Social Psychology*, 5, 119–186. doi:10.1016/S0065-2601(08)60091-X
- Leventhal, H., & Cleary, P. D. (1980). The smoking problem: a review of the research and theory in behavioral risk modification. *Psychological Bulletin*, 88(2), 370.
- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (Vol. II, pp.7–30). Pergamon Press.
- Leventhal, H., Diefenbach, M. A., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163. <http://dx.doi.org/10.1007/BF01173486>
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Contrada, R. J. (1998). Self-regulation, health, and behavior: A perceptual-cognitive approach. *Psychology and Health*, 13(4), 717–733. <https://doi.org/10.1080/08870449808407425>
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L. D. Cameron, & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp.42– 65). Routledge.
- Leventhal, H., Leventhal, E. A., & Breland, J. Y. (2011). Cognitive science speaks to the “common-sense” of chronic illness management. *Annals of Behavioral Medicine*, 41, 152–163. <http://dx.doi.org/10.1007/s12160-010-9246-9>
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. (2016a). The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6), 935–946. <https://doi.org/10.1007/s10865-016-9782-2>
- Leventhal, H., Alison Phillips, L., & Burns, E. (2016b). Modelling management of chronic illness in everyday life: A common-sense approach. *Psihologijske Teme*, 25(1), 1–18.
- Levesque, C. S., Williams, G. C., Elliot, D., Pickering, M. A., Bodenhamer, B., & Finley, P. J. (2007). Validating the theoretical structure of the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ) across three different health behaviors. *Health Education Research*, 22(5), 691–702. <https://doi.org/10.1093/her/cyl148>
- Levine, J., Warrenburg, S., Kerns, R., Schwartz, G., Delaney, R., Fontana, A., Gradman, A., Smith, S., Allen, S., and Cascione, R. (1987). The role of denial in recovery from coronary heart disease. *Psychosomatic Medicine*, 49(2), 109–117

- Lewinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: an approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 17(3), 322.
- Lin, C. C., Chen, M. C., Hsieh, H. F., & Chang, S. C. (2013). Illness representations and coping processes of Taiwanese patients with early-stage chronic kidney disease. *Journal of Nursing Research*, 21(2), 120–128. doi: 10.1097/jnr.0b013e3182921fb8
- Lindqvist, R., Carlsson, M., & Sjöden, P. O. (2000). Coping strategies and styles assessed by the Jalowiec Coping Scale in a random sample of the Swedish population. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(3), 147–154. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2000.tb00577.x>
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 11–21. doi:10.1023/B:JOTS.0000014671.27856.7e.
- Lloyd, G. G. (1987). Myocardial infarction and mental illness: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 80(2), 101–104.
- Łosiak, W., & Nikiel, J. (2014). Original article Posttraumatic growth in patients after myocardial infarction: the role of cognitive coping and experience of life threat. *Health Psychology Report*, 4(4), 256–262. <https://doi.org/10.5114/hpr.2014.45894>
- Low, C. A., Stanton, A. L., & Bower, J. E. (2008). Effects of acceptance-oriented versus evaluative emotional processing on heart rate recovery and habituation. *Emotion*, 8(3), 419–424. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.8.3.419>
- Lowe, R., Norman, P., & Bennett, P. (2000). Coping, emotion and perceived health following myocardial infarction: Concurrent and predictive associations. *British Journal of Health Psychology*, 5(4), 337–350.
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 176–190.
- MacInnes, J. D. (2006). The illness perceptions of women following acute myocardial infarction: implications for behaviour change and attendance at cardiac rehabilitation. *Women & Health*, 42(4), 105–121. [https://doi.org/10.1300/J013v42n04\\_06](https://doi.org/10.1300/J013v42n04_06)
- MacInnes, J. D. (2013). Relationships between illness representations, treatment beliefs and the performance of self-care in heart failure: a cross-sectional survey. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 12(6), 536–543. <https://doi.org/10.1177/1474515112473872>
- Main, J., Moss-Morris, R., Booth, R., Kaptein, A. A., & Kolbe, J. (2003). The use of reliever medication in asthma: the role of negative mood and symptom reports. *Journal of Asthma*, 40(4), 357–365.
- Marchesi, C., Ossola, P., Scagnelli, F., Paglia, F., Aprile, S., Monici, A., ... & Ardissino, D. (2014). Type D personality in never-depressed patients and the development of major and minor

- depression after acute coronary syndrome. *Journal of Affective Disorders*, 155, 194–199. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.052>
- Marsh, H. W., Nagengast, B., & Morin, A. J. S. (2013). Measurement invariance of big–five factors over the life span: ESEM tests of gender, age, plasticity, maturity, and la dolce vita effects. *Developmental Psychology*, 49(6), 1194–1218. <https://doi.org/10.1037/a0026913>
- Mauss, I. B., Cook, C. L., Cheng, J. Y., & Gross, J. J. (2007). Individual differences in cognitive reappraisal: Experiential and physiological responses to an anger provocation. *International Journal of Psychophysiology*, 66(2), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.ijpsycho.2007.03.017>
- Mayne, T. J. (1999). Negative affect and health: The importance of being earnest. *Cognition & Emotion*, 13(5), 601–635.
- McFarland, C., & Buehler, R. (1997). Negative affective states and the motivated retrieval of positive life events: The role of affect acknowledgment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(1), 200.
- McGee, H. M., Doyle, F., Conroy, R. M., De La Harpe, D., & Shelley, E. (2006). Impact of briefly–assessed depression on secondary prevention outcomes after acute coronary syndrome: a one–year longitudinal survey. *BMC Health Services Research*, 6(1), 1–8.
- McSharry, J., Moss-Morris, R., & Kendrick, T. (2011). Illness perceptions and glycaemic control in diabetes: a systematic review with meta-analysis. *Diabetic Medicine*, 28(11), 1300–1310. <https://doi.org/10.1111/j.1464-5491.2011.03298.x>
- Meichenbaum, D. (1985). Metacognitive methods of instruction: Current status and future prospects. *Special Services in the Schools*, 3(1–2), 23–32.
- Memon, A. G., Shaikh, F. H., & Shaikh, M. K. (2016). Myocardial infarction in young patients. *Congestive Heart Failure*, 2(2.3), 86–97.
- Michie, S., O'Connor, D., Bath, J., Giles, M., & Earll, L. (2005). Cardiac rehabilitation: The psychological changes that predict health outcome and healthy behaviour. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1), 88–95. <https://doi.org/10.1080/13548500512331315398>
- Miglioretti, M., Meroni, C., Baiardo, G., Savioli, G., & Velasco, V. (2018). The perceptions of the causes of cardiac diseases: a taxonomy. *Psychology and Health*, 33(4), 537–554. <https://doi.org/10.1080/08870446.2017.1380810>
- Mihić, L., Novović, Z., Čolović, P., & Smederevac, S. (2014). Serbian Adaptation of the Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): Its facets and second–order structure. *Psihologija*, 47(4), 393–414. <https://doi.org/10.2298/PSI1404393M>
- Milas, G. (2009). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima (II izdanje)*. Naklada Slap.

- Minas, H., Klimidid, S., & Tuncer, C. (2007). Illness causal beliefs in Turkish immigrants. *BMC Psychiatry*, 7, 34–44.
- Mora, P. A., Halm, E., Leventhal, H., & Ceric, F. (2007). Elucidating the relationship between negative affectivity and symptoms: The role of illness-specific affective responses. *Annals of Behavioral Medicine*, 34(1), 77–86.
- Morizot, J., Ainsworth, A. T., & Reise, S. (2007). Toward modern psychometrics: Application of item response theory models in personality research. In R. W. Robins, R. C. Fraley, & R. F. Krueger (Eds.), *Handbook of research methods in personality psychology* (pp. 407–423). New York: Guildford.
- Morrison, V. L., Holmes, E. A. F., Parveen, S., Plumpton, C. O., Clyne, W., De Geest, S., ... & Hughes, D. A. (2015). Predictors of self-reported adherence to antihypertensive medicines: A multinational, cross-sectional survey. *Value in Health*, 18(2), 206–216. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.12.013>
- Moryś, J. M., Pačalska, M., Bellwon, J., & Gruchała, M. (2015). Cognitive impairment, symptoms of depression, and health-related quality of life in patients with severe stable heart failure. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(3), 230–238. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2016.03.002>
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., & Buick, D. (2002). The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16. <https://doi.org/10.1080/08870440290001494>
- Mueller, S. (2011). The influence of emotion on cognitive control: relevance for development and adolescent psychopathology. *Frontiers in Psychology*, 2, 327. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2011.00327>
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F., & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 155–164. [http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999\(98\)00073-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0022-3999(98)00073-7)
- Murphy, B. M., Elliott, P. C., Worcester, M. U., Higgins, R. O., Le Grande, M. R., Roberts, S. B., & Goble, A. J. (2008). Trajectories and predictors of anxiety and depression in women during the 12 months following an acute cardiac event. *British Journal of Health Psychology*, 13(1), 135–153. <https://doi.org/10.1348/135910707X173312>
- Myers, V., Gerber, Y., Benyamini, Y., Goldbourt, U., & Drory, Y. (2012). Post-myocardial infarction depression: increased hospital admissions and reduced adoption of secondary prevention measures—a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(1), 5–10. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.09.009>
- Naderi, S. H., Bestwick, J. P., & Wald, D. S. (2012). Adherence to drugs that prevent cardiovascular disease: meta-analysis on 376,162 patients. *The American Journal of Medicine*, 125(9), 882–887. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2011.12.013>

- Newman, D. A. (2014). Missing data: Five practical guidelines. *Organizational Research Methods, 17*(4), 372–411. <https://doi.org/10.1177/1094428114548590>
- Newsom, J. T. (2015). Cross-lagged panel analysis. *The Encyclopedia of Adulthood and Aging, 1–6*. <https://doi.org/10.1002/9781118521373.wbeaa250>
- Nicholls, E. E., Hill, S., & Foster, N. E. (2013). Musculoskeletal pain illness perceptions: factor structure of the Illness Perceptions Questionnaire–Revised. *Psychology & health, 28*(1), 84–102. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.714782>
- Nichols, M., Townsend, N., Scarborough, P., & Rayner, M. (2014). Cardiovascular disease in Europe 2014: epidemiological update. *European Heart Journal, 35*(42), 2950–2959. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehu299>
- Nolen–Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(4), 569–582.
- Nolen–Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400–424.
- Obrenović, J. (2005). Modeli stresa. U Nešić, M. (Ur.), *Psihoneuroendokrinoimunologija stresa* (str. 11–22). Medicinski fakultet u Nišu.
- Olaru, G., Witthoef, M., & Wilhelm, O. (2015). Methods matter: Testing competing models for designing short-scale Big-Five assessments. *Journal of Research in Personality, 59*, 56–68.
- Oflaz, S., Yüksel, Ş., Fatma, Ş. E. N., Özdemiroğlu, F., Ramazan, K. U. R. T., Oflaz, H., & Kaşıkcioglu, E. (2014). Does illness perception predict posttraumatic stress disorder in patients with myocardial infarction?. *Nöro psikiyatri arşivi, 51*(2), 103.
- Opsenica Kostić, J. (2012). *Adolescenti i njihovi roditelji u svetlu PART teorije* (Doktorska disertacija). Preuzeto sa <https://nardus.mppn.gov.rs/>
- Osterberg, L., Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine, 353*, 487–497.
- Pandey, A., Patel, K. V., Liang, L., DeVore, A. D., Matsouaka, R., Bhatt, D. L., ... & Fonarow, G. C. (2018). Association of hospital performance based on 30–day risk–standardized mortality rate with long–term survival after heart failure hospitalization: an analysis of the get with the guidelines–heart failure registry. *JAMA Cardiology, 3*(6), 489–497. [doi:10.1001/jamacardio.2018.0579](https://doi.org/10.1001/jamacardio.2018.0579)
- Panzaru, G. M., & Holman, A. (2015). Type of treatment of cardiac disorders–quality of life and heart–focused anxiety: The mediating role of illness perceptions. *Psychology, Health & Medicine, 20*(5), 551–559. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.989863>

- Parfeni, M., Nistor, I., & Covic, A. (2013). A systematic review regarding the association of illness perception and survival among end-stage renal disease patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, *28*(10), 2407–2414. <https://doi.org/10.1093/ndt/gft194>
- Park, C. L., & Helgeson, V. S. (2006). Introduction to the special section: growth following highly stressful life events—current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(5), 791–796. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.5.791>
- Patel, H., Rosengren, A., & Ekman, I. (2004). Symptoms in acute coronary syndromes: does sex make a difference?. *American Heart Journal*, *148*(1), 27–33. <https://doi.org/10.1016/j.ahj.2004.03.005>
- Pejičić, M., Ristić, M., & Anđelković, V. (2018). The mediating effect of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between perceived social support and resilience in postwar youth. *Journal of Community Psychology*, *46*(4), 457–472. <https://doi.org/10.1002/jcop.21951>
- Peleg, S., Drori, E., Banai, S., Finkelstein, A., & Shiloh, S. (2016). Illness perceptions or recurrence risk perceptions: What comes first? A longitudinal cross-lagged examination among cardiac patients. *Psychology & Health*, *31*(5), 509–523. <https://doi.org/10.1080/08870446.2015.1116533>
- Pennebaker, J.W. (2012). *Opening up: The healing power of expressing emotions*. Guilford Press.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *9*(2), 148–158.
- Petersen, S., van den Berg, R. A., Janssens, T., & Van den Bergh, O. (2011). Illness and symptom perception: a theoretical approach towards an integrative measurement model. *Clinical Psychology Review*, *31*(3), 428–439. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.11.002>
- Petrie, K. J., Weinman, J., Sharpe, N., & Buckley, J. (1996). Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: Longitudinal study. *British Medical Journal*, *312*, 1191–1194.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (Eds.). (1997a). *Perceptions of health and illness: current research and applications*. Harwood Academic.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. A. (1997b). Illness representations and recovery from myocardial infarction. *Perceptions of Health and Illness: Current Research and Applications.*, 441–461. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=1997-36219-015&site=ehost-live>
- Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J., & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*(6), 537–543. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(99\)00054-9](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(99)00054-9)



- Petrie, K. J., Cameron, L. D., Ellis, C. J., Buick, D., & Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: An early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, *64*(4), 580–586. <https://doi.org/10.1097/00006842-200207000-00007>
- Petrie, K., & Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical Medicine*, *6*(6), 536–539.
- Petrie, K. J., & Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, *21*(1), 60–65. <https://doi.org/10.1177/0963721411429456>
- Petrie, K. J., Perry, K., Broadbent, E., & Weinman, J. (2012). A text message programme designed to modify patients' illness and treatment beliefs improves self-reported adherence to asthma preventer medication. *British Journal of Health Psychology*, *17*, 74–84. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.2011.02033.x>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... & Verschuren, W. M. (2016). Guidelines: Editor's choice: 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, *37*(29), 2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106
- Pogosova, N. V., Sokolova, O. Y., Yufereva, Y. M., Kursakov, A. A., Ausheva, A. K., Arutyunov, A. A., ... & Oganov, R. G. (2019). Psychosocial Risk Factors in Patients With Most Common Cardiovascular Diseases Such as Hypertension and Coronary Artery Disease (Based on Results From the Russian Multicenter COMET Study). *Kardiologiya*, *59*(8), 54–63. <https://doi.org/10.18087/cardio.2019.8.n469>
- Pokrajac-Bulian, A., Kukić, M., & Mohorić, T. (2020). Revidirani upitnik percepcije bolesti–provjera mjernih karakteristika ljestvice atribucija uzroka bolesti. *Primenjena psihologija*, *13*(1), 71–90. <https://doi.org/10.19090/pp.2020.1.71-90>
- Popov, S. (2010). Relacije kognitivne emocionalne regulacije, osobina ličnosti i afektiviteta. *Primenjena psihologija*, *3*(1), 59–76.
- Prell, T., Grosskreutz, J., Mendorf, S., Franke, G. H., Witte, O. W., & Kunze, A. (2019). Clusters of non-adherence to medication in neurological patients. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, *15*(12), 1419–1424. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2019.01.001>
- Pressman, S. D., & Cohen, S. (2005). Does positive affect influence health?. *Psychological Bulletin*, *131*(6), 925.

- Princip, M., Gattlen, C., Meister–Langraf, R. E., Schnyder, U., Znoj, H., Barth, J., ... & von Känel, R. (2018). The role of illness perception and its association with posttraumatic stress at 3 months following acute myocardial infarction. *Frontiers in Psychology, 9*, 941. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00941>
- Rakhshan, M., Hassani, P., Ashktorab, T., & Majd, H. A. (2013). The nature and course of illness perception following cardiac pacemaker implantation: A self–regulatory approach. *International Journal of Nursing Practice, 19*(3), 318–325. <https://doi.org/10.1111/ijn.12073>
- Revelle, W. (2021). *How To: Use the psych package for Factor Analysis and data reduction*.
- Reynolds, N. R., Sun, J., Nagaraja, H. N., Gifford, A. L., Wu, A. W., & Chesney, M. A. (2007). Optimizing measurement of self–reported adherence with the ACTG Adherence Questionnaire: a cross–protocol analysis. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 46*(4), 402–409. doi: 10.1097/QAI.0b013e318158a44f
- Ribeiro, V., Melão, F., Rodrigues, J. D., Leite, S. M., Garcia, R. M., Dias, P., & Maciel, M. J. (2014). Perception of illness symptoms in patients with acute coronary syndrome: a need to improve. *Revista Portuguesa de Cardiologia (English Edition), 33*(9), 519–523. <https://doi.org/10.1016/j.repce.2013.09.020>
- Riegel, B. J. (1993). Contributors to cardiac invalidism after acute myocardial infarction. *Coronary Artery Disease, 4*(2), 215–220.
- Roebuck, A., Furze, G., & Thompson, D. R. (2001). Health-related quality of life after myocardial infarction: an interview study. *Journal of Advanced Nursing, 34*(6), 787–794. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01809.x>
- Roest, A. M., Martens, E. J., de Jonge, P., & Denollet, J. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta–analysis. *Journal of the American College of Cardiology, 56*(1), 38–46.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs, 2*(4), 328–335.
- Rosseel, Y. (2012). Lavaan: An R package for structural equation modeling and more. Version 0.5–12 (BETA). *Journal of Statistical Software, 48*(2), 1–36.
- Rozanski, A., Blumenthal, J. A., & Kaplan, J. (1999). Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation, 99*(16), 2192–2217.
- Rozema, H., Völlink, T., & Lechner, L. (2009). The role of illnessrepresentations in coping and health of patients treated for breast cancer. *Psycho-Oncology, 18*, 849 –857. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.1488>

- Rutter, C. L., & Rutter, D. R. (2007). Longitudinal analysis of the illness representation model in patients with irritable bowel syndrome (IBS). *Journal of Health Psychology, 12*(1), 141–148. <https://doi.org/10.1177/1359105307071748>
- Sabaté, E. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. World Health Organization.
- Salovey, P. (1992). Mood-induced self-focused attention. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*(4), 699.
- Sararoudi, R., Maroofi, M., Kheirabadi, G., Gol, M. F., Zare, F. (2011). Same coping styles related to reduction of anxiety and depressive symptoms among myocardial infarction patients. *Koomesh, 12*(4), 356–363.
- Sawicki, G. S., Sellers, D. E., & Robinson, W. M. (2011). Associations between illness perceptions and health-related quality of life in adults with cystic fibrosis. *Journal of Psychosomatic Research, 70*(2), 161–167. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2010.06.005>
- Schmidt, S. B., & Borsch, M. A. (1990). The prehospital phase of acute myocardial infarction in the era of thrombolysis. *The American Journal of Cardiology, 65*(22), 1411–1415.
- Schoormans, D., Mulder, B. J., van Melle, J. P., Pieper, P. G., van Dijk, A. P., Sieswerda, G. T., ... & Sprangers, M. A. (2014). Illness perceptions of adults with congenital heart disease and their predictive value for quality of life two years later. *European Journal of Cardiovascular Nursing, 13*(1), 86–94. <https://doi.org/10.1177/1474515113481908>
- Schröder, K. E., Schwarzer, R., & Konertz, W. (1998). Coping as a mediator in recovery from cardiac surgery. *Psychology and Health, 13*(1), 83–97.
- Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2008). How do cancer patients manage unattainable personal goals and regulate their emotions. *British Journal of Health Psychology, 13*(3), 551–562. <https://doi.org/10.1348/135910707X241497>
- Schwarzer, R. (2008). Modeling health behaviour change: How to predict and modify the adoption and maintenance of health behaviors. *Applied Psychology: An International Review, 57*, 1–29. <https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00325.x>
- Seeley, S. H., Yanez, B., Stanton, A. L., & Hoyt, M. A. (2017). An emotional processing writing intervention and heart rate variability: the role of emotional approach. *Cognition and Emotion, 31*(5), 988–994. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1170667>
- Senior, V., & Marteau, T. M. (2007). Causal attributions for raised cholesterol and perceptions of effective risk-reduction: Self-regulation strategies for an increased risk of coronary heart disease. *Psychology and Health, 22*(6), 699–717. <https://doi.org/10.1080/14768320601020253>
- Serlachius, A., & Sutton, S. (2009). Self-management and behaviour change: theoretical models. *Chronic Physical Illness: Self-Management and Behavioural Interventions*, (January), 47–63.

- Shah, N. D., Dunlay, S. M., Ting, H. H., Montori, V. M., Thomas, R. J., Wagie, A. E., & Roger, V. L. (2009). Long-term Medication Adherence after Myocardial Infarction: Experience of a Community. *American Journal of Medicine*, 122(10). <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.12.021>
- Shapiro, P. A. (2015). Management of depression after myocardial infarction. *Current Cardiology Reports*, 17(10), 1–9.
- Shaver, K. G., & Drown, D. (1986). On causality, responsibility, and self-blame: a theoretical note. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(4), 697.
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (MINI): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(20), 22–33.
- Sigurdardottir, A. K., Sigurlásdóttir, K., Ólafsson, K., & Svavarsdóttir, M. H. (2017). Perceived consequences, changeability and personal control of coronary heart disease are associated with health-related quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3636–3645. <https://doi.org/10.1111/jocn.13734>
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216–269. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>
- Smith, F., Banwell, E., & Rakhit, R. (2017). ‘I was in control of it from the start’: A qualitative study of men’s experiences of positive adjustment following a heart attack. *Journal of Health Psychology*, 22(7), <https://doi.org/10.1177/1359105315627000>
- Smith, T. W., & Ruiz, J. M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: current status and implications for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 548.
- Soleimani, M. A., Pahlevan Sharif, S., Allen, K. A., Yaghoobzadeh, A., Sharif Nia, H., & Gorgulu, O. (2017). Psychometric Properties of the Persian Version of Spiritual Well-Being Scale in Patients with Acute Myocardial Infarction. *Journal of Religion and Health*, 56, 1981–1997. <https://doi.org/10.1007/s10943-016-0305-9>
- Son, H., Friedmann, E., Thomas, S. A., & Son, Y. J. (2016). Biopsychosocial predictors of coping strategies of patients postmyocardial infarction. *International Journal of Nursing Practice*, 22(5), 493–502. <https://doi.org/10.1111/ijn.12465>
- Spernak, S. M., Moore, P. J., & Hamm, L. F. (2007). Depression, constructive thinking and patient satisfaction in cardiac treatment adherence. *Psychology, Health & Medicine*, 12(2), 172–189. <https://doi.org/10.1080/10556790500465631>

- Stanton, A. L., Kirk, S. B., Cameron, C. L., & Danoff-Burg, S. (2000). Coping through emotional approach: scale construction and validation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(6), 1150.
- Stern, M. J., Pascale, L., & McLoone, J. B. (1976). Psychosocial adaptation following an acute myocardial infarction. *Journal of Chronic Diseases*, 29(8), 513–526.
- Tabachnick, B., & Fidel. S. L. (2012). *Using multivariate statistics (VI edition)*. Pearson.
- Tabachnick, B., & Fidel. S. L. (2018). *Using multivariate statistics (VII edition)*. Pearson.
- Tadić, S. (2016). *Ehokardiografski i angiološki prediktori remodelovanja leve komore nakon akutnog infarkta miokarda prednjeg zida* (doktorska disertacija). Univerzitet u Novom Sadu, Srbija.
- Taylor, C. B., Conrad, A., Wilhelm, F. H., Strachowski, D., Khaylis, A., Neri, E., ... & Spiegel, D. (2009). Does improving mood in depressed patients alter factors that may affect cardiovascular disease risk?. *Journal of Psychiatric Research*, 43(16), 1246–1252. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.05.006>
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 15, 1–18. doi:10.1207/s15327965pli1501\_01.
- Teel, C. S., Meek, P., McNamara, A. M., & Watson, L. (1997). Perspectives unifying symptom interpretation. *Image–Journal of Nursing Scholarship*, 29(2), 175–181.
- Terry, M. L., & Leary, M. R. (2011). Self-compassion, self-regulation, and health. *Self and Identity*, 10(3), 352–362. <https://doi.org/10.1080/15298868.2011.558404>
- Thombs, B. D., Bass, E. B., Ford, D. E., Stewart, K. J., Tsilidis, K. K., Patel, U., ... & Ziegelstein, R. C. (2006). Prevalence of depression in survivors of acute myocardial infarction. *Journal of General Internal Medicine*, 21(1), 30–38.
- Thombs, B. D., Roseman, M., Coyne, J. C., De Jonge, P., Delisle, V. C., Arthurs, E., ... & Ziegelstein, R. C. (2013). Does evidence support the American Heart Association's recommendation to screen patients for depression in cardiovascular care? An updated systematic review. *PloS One*, 8(1), e52654. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0052654>
- Thomson, P., Rushworth, G. F., Andreis, F., Angus, N. J., Mohan, A. R., & Leslie, S. J. (2020). Longitudinal study of the relationship between patients' medication adherence and quality of life outcomes and illness perceptions and beliefs about cardiac rehabilitation. *BMC Cardiovascular Disorders*, 20(1), 1–11.
- Toukhsati, S. R., Jovanovic A., Dehghani, S., Tran, T., Tran, A., & Hare, D. H. (2017). Low psychological resilience is associated with depression in patients with cardiovascular disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(1) 64–69. <https://doi.org/10.1177/1474515116640412>

- Tully, P. J., & Baker, R. A. (2012). Depression, anxiety, and cardiac morbidity outcomes after coronary artery bypass surgery: a contemporary and practical review. *Journal of Geriatric Cardiology: JGC*, *9*(2), 197–208. doi: 10.3724/SP.J.1263.2011.12221
- Tully, P. J., Cosh, S. M., & Baumeister, H. (2014). The anxious heart in whose mind? A systematic review and meta-regression of factors associated with anxiety disorder diagnosis, treatment and morbidity risk in coronary heart disease. *Journal of Psychosomatic Research*, *77*(6), 439–448. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.10.001>
- Tully, P. J., Harrison, N. J., Cheung, P., & Cosh, S. (2016). Anxiety and cardiovascular disease risk: a review. *Current Cardiology Reports*, *18*(12), 1–8.
- Usherwood, T. (2017). Encouraging adherence to long-term medication. *Australian Prescriber*, *40*(4), 147–150. doi: 10.18773/austprescr.2017.050
- van Damme, S., Crombez, G., Goubert, L., & Eccleston, C. (2009). The costs and benefits of self-regulation—a call for experimental research. *Psychology & Health*, *24*, 367–371.
- van den Bergh, O., Winters, W., Devriese, S., & Van Diest, I. (2002). Learning subjective health complaints. *Scandinavian Journal of Psychology*, *43*(2), 147–152.
- van der Veek, S. M., Kraaij, V., Van Koppen, W., Garnefski, N., & Joeke, K. (2007). Goal disturbance, cognitive coping and psychological distress in HIV-infected persons. *Journal of Health Psychology*, *12*(2), 225–230. <https://doi.org/10.1177/1359105307074249>
- van der Weijden, T. V., Van Steenkiste, B., Stoffers, H. E. J. H., Timmermans, D. R. M., & Grol, R. P. T. M. (2007). Primary prevention of cardiovascular diseases in general practice: mismatch between cardiovascular risk and patients' risk perceptions. *Medical Decision Making*, *27*(6), 754–761. <https://doi.org/10.1177/0272989X07305323>
- van Elderen, T., Maes, S., & Dusseldorp, E. (1999). Coping with coronary heart disease: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, *47*(2), 175–183.
- Velicer, W. F. (1976). Determining the number of components from the matrix of partial correlations. *Psychometrika*, *41*(3), 321–327. <https://doi.org/10.1007/BF02293557>
- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: Three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy Therapeutics*, *26*, 331–342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2710.2001.00363.x>
- Vlaeyen, J. W., Timmermans, C., Rodriguez, L. M., Crombez, G., van Horne, W., Ayers, G. M., ... & Wellens, H. J. (2004). Catastrophic thinking about pain increases discomfort during internal atrial cardioversion. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*(1), 139–144. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00081-3](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00081-3)
- Vögele, C., Christ, O., & Spaderna, H. (2012). Cardiac threat appraisal and depression after first myocardial infarction. *Frontiers in Psychology*, *3*(OCT), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00365>

- Walsh, J. C., Lynch, M., Murphy, A. W., & Daly, K. (2004). Factors influencing the decision to seek treatment for symptoms of acute myocardial infarction: an evaluation of the Self-Regulatory Model of illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, *56*(1), 67–73. [https://doi.org/10.1016/S0022-3999\(03\)00082-5](https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00082-5)
- Walter, F. M., Emery, J., Braithwaite, D., & Marteau, T. M. (2004). Lay understanding of familial risk of common chronic diseases: a systematic review and synthesis of qualitative research. *The Annals of Family Medicine*, *2*(6), 583–594.
- Watkins, E. D., & Baracaia, S. (2002). Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(10), 1179–1189. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00098-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00098-5)
- Watson, D., & Pennebaker, J. W. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, *96*, 234–254. doi:10.1037/0033-295X.96.2.234
- Watson, D., Clark, L. A., & Carey, G. (1988a). Positive and negative affectivity and their relation to anxiety and depressive disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, *97*(3), 346.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988b). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*, 1063–1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063
- Wei, L., Flynn, R., Murray, G. D., & MacDonald, T. M. (2004). Use and adherence to beta-blockers for secondary prevention of myocardial infarction: who is not getting the treatment?. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, *13*(11), 761–766. <https://doi.org/10.1002/pds.963>
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, *11*(3), 431–445. <https://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- Weinman, J., & Petrie, K. J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of psychosomatic research*, *42*(2), 113–116.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Sharpe, N., & 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. <https://doi.org/10.1348/135910700168900>
- Whitehead, B. R., & Bergeman, C. S. (2013). Self-reported health bias: The role of daily affective valence and arousal. *Psychology & Health*, *28*(7), 784–799. <https://doi.org/10.1080/08870446.2012.759224>
- Whitmarsh, A., Koutantji, M., & Sidell, K. (2003). Illness perceptions, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, *8*(2), 209–221. <https://doi.org/10.1348/135910703321649178>

- Wiklund, I., Sanne, H., Vedin, A., & Wilhelmsson, C. (1984). Psychosocial outcome one year after a first myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, *28*(4), 309–321. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(84\)90053-9](https://doi.org/10.1016/0022-3999(84)90053-9)
- Wikman, A., Bhattacharyya, M., Perkins–Porras, L., & Steptoe, A. (2008). Persistence of posttraumatic stress symptoms 12 and 36 months after acute coronary syndrome. *Psychosomatic Medicine*, *70*(7), 764–772. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181835c07
- Wiles, R., & Kinmonth, A. L. (2001). Patients’ understandings of heart attack: implications for prevention of recurrence. *Patient Eand Counseling*, *44*(2), 161–169. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(00\)00187-7](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(00)00187-7)
- Worcester, M. U. C., Murphy, B. M., Elliott, P. C., Le Grande, M. R., Higgins, R. O., Goble, A. J., & Roberts, S. B. (2007). Trajectories of recovery of quality of life in women after an acute cardiac event. *British Journal of Health Psychology*, *12*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1348/135910705X90127>
- Wright, C. E., Ebrecht, M., Mitchell, R., Anggiansah, A., & Weinman, J. (2005). The effect of psychological stress on symptom severity and perception in patients with gastro-oesophageal reflux. *Journal of Psychosomatic Research*, *59*(6), 415–424. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.05.012>
- Yarzebski, J., Goldberg, R. J., Gore, J. M., & Alpert, J. S. (1994). Temporal trends and factors associated with extent of delay to hospital arrival in patients with acute myocardial infarction: the Worcester Heart Attack Study. *American Heart Journal*, *128*(2), 255–263.
- Ye, L., & Zhang, X. (2019). Visualizing the knowledge structure of medication-adherence research: A bibliometric analysis (1997-2016). *The International Journal of Health Planning and Management*, *34*(4), 1333–1353. <https://doi.org/10.1002/hpm.2852>
- Yohannes, A. M., Yalfani, A., Doherty, P., & Bundy, C. (2007). Predictors of drop–out from an outpatient cardiac rehabilitation programme. *Clinical Rehabilitation*, *21*(3), 222–229. <https://doi.org/10.1177/0269215506070771>
- Yohannes, A. M., Doherty, P., Bundy, C., & Yalfani, A. (2010). The long-term benefits of cardiac rehabilitation on depression, anxiety, physical activity and quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, *19*(19–20), 2806–2813. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03313.x>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner’s guide*. The Guilford Press
- Yusuf, S., Reddy, S., Ôunpuu, S., & Anand, S. (2001). Global burden of cardiovascular diseases: part I: general considerations, the epidemiologic transition, risk factors, and impact of urbanization. *Circulation*, *104*(22), 2746–2753.



- Zautra, A. J., Sheets, V. L., & Sandler, I. N. (1996). An examination of the construct validity of coping dispositions for a sample of recently divorced mothers. *Psychological Assessment*, 8(3), 256–264. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.8.3.256>
- Zotović, M. (2004). Prevladavanje stresa: konceptualna i teorijska pitanja sa stanovišta transakcionističke teorije. *Psihologija*, 37(1), 5–32.
- Zullig, L. L., Ramos, K., & Bosworth, H. B. (2017). Improving medication adherence in coronary heart disease. *Current Cardiology Reports*, 19(11), 1–13.
- Žuljević, D., & Gavrilov-Jerković, V. (2011). Strategije prevladavanja stresa u kontekstu teorije osetljivosti na potkrepljenje. *Primenjena psihologija*, 4(1), 35–52.

## Prilog 1 – Povezanost dimenzija reprezentacije bolesti u prvom i drugom trenutku merenja

**Tabela 1**

*Interkorelacije između dimenzija reprezentacije bolesti u prvom trenutku merenja*

Varijable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Identitet (T1)	—										
2. Trajanje (akutno/hronično) (T1)	.108	—									
3. Trajanje (ciklično) (T1)	.206 *	.076	—								
4. Posledice (T1)	.078	.217 *	.079	—							
5. Lična kontrola (T1)	.023	.198 *	.156	.001	—						
6. Kontrola usled tretmana (T1)	.016	.408 ***	.010	.115	.266 **	—					
7. Koherentnost (T1)	.095	.214 *	.277 **	.051	.139	.117	—				
8. Emocionalna reprezentacija (T1)	.296 **	.071	.237 *	.222 *	.047	.085	.299 **	—			
9. Uzročnost – psihološki činioci (T1)	.097	.087	.191 *	.055	.030	.096	.058	.484 ***	—		
10. Uzročnost – eksterni/biološki činioci (T1)	.083	.040	.103	.219 *	.017	.095	.072	.105	.255 **	—	
11. Uzročnost – bihejvioralni činioci (T1)	.046	.134	.096	.157	.118	.091	.179	.101	.123	.188 *	—

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

**Tabela 2**

*Interkorelacije između dimenzija reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja*

Varijable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1. Identitet (T2)	—										
2. Trajanje (akutno/hronično) (T2)	.191	—									
3. Trajanje (ciklično) (T2)	.382 **	.118	—								
4. Posledice (T2)	.421 ***	.452 ***	.305 *	—							
5. Lična kontrola (T2)	.001	.028	.022	.097	—						
6. Kontrola usled tretmana (T2)	.155	.303 *	.011	.015	.607 ***	—					
7. Koherentnost (T2)	.043	.032	.368 **	.056	.137	.224	—				
8. Emocionalna reprezentacija (T2)	.319 **	.036	.334 **	.281 *	.046	.209	.326 **	—			
9. Uzročnost – psihološki činioci (T2)	.295 *	.091	.261 *	.360 **	.012	.166	.019	.424 ***	—		

Varijable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
10. Uzročnost – eksterni/biološki činioci (T2)	.277 *	.066	.287 *	.254 *	.028	.215	.016	.195	.436 ***	—	
11. Uzročnost – bihejvioralni činioci (T2)	.006	.170	.116	.114	.066	.052	.146	.108	.401 ***	.206	—

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

## **Prilog 2 – Rezultati sa zamenjenim nedostajućim vrednostima na nivou ispitanika metodom maksimizacije procene u drugom i trećem trenutku merenja**

### **Povezanost između varijabli**

Nedostajuće vrednosti na nivou ispitanika u drugom i trećem trenutku merenja su zamenjene kao i u slučaju nedostajućih podataka na nivou konstrukata, metodom maksimizacije procene koja je zasnovana na metodi maksimalne verodostojnosti. U priložima koji slede biće prikazani *rezultati koji se razlikuju* u odnosu na one koji su utvrđeni bez zamene nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika u drugom i trećem trenutku merenja i predstavljaju nalaze koji bi se mogli očekivati na većim uzorcima.

### ***Drugi trenutak merenja***

**Efekte reprezentacije bolesti na kognitivno prevladavanje, afektivitet, ponašanje i funkcionisanje.** Efekte *kognitivnih dimenzija* reprezentacije bolesti na kognitivno prevladavanje, afektivitet, pridržavanje tretmana i funkcionalnost neće biti prikazani, jer je u modelima uvek učestvovala i dimenzija identitet gde zbog binarnog formata odgovora nije bilo moguće izvršiti zamenu nedostajućih podataka na nivou ispitanika pomenutom metodom, pa se broj stepeni slobode ne razlikuje u odnosu na onaj koji je izvorno dat u rezultatima gde nije izvršena imputacija nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Emocionalna dimenzija reprezentacije bolesti nakon imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika *ne ostvaruje značajne nove efekte* na kognitivno prevladavanje, afektivitet, pridržavanje tretmana i funkcionalnost pacijenata nakon IM.

**Efekti kognitivnog prevladavanja na afektivitet, pridržavanje tretmana i funkcionisanje.**

**Tabela 1**

*Predviđanje afektiviteta na osnovu kognitivnih strategija emocionalne regulacije*

<b>Značajni prediktori</b>	<b>Sažetak modela</b>	<b>Kriterijum</b>
Pozitivno reuokviravanje ( $\beta = .488, t = 4.804, p < .001$ ) <b>Okrivljavanje drugih</b> ( $\beta = .161, t = 2.093, p < .05$ )	$R = .690; R^2 = .476, F(9, 116) = 11.713, p < .001$	Pozitivni afektivitet
Samookrivljavanje ( $\beta = .247, t = 3.267, p < .01$ ) <b>Prihvatanje</b> ( $\beta = -.162, t = -2.089, p < .05$ ) Ruminiranje ( $\beta = .478, t = 4.925, p < .001$ ) <b>Pozitivno reuokviravanje</b> ( $\beta = -.235, t = -2.522, p < .05$ ) Planiranje ( $\beta = .308, t = 3.498, p < .01$ ) Pozitivna reformulacija ( $\beta = -.399, t = -4.236, p < .001$ ) Katastrofiziranje ( $\beta = .293, t = 2.858, p < .05$ )	$R = .748; R^2 = .559, F(9, 116) = 16.361, p < .001$	Negativni afektivitet

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Rezultati dodatno pokazuju da okrivljavanje drugih ostvaruje pozitivni efekat na pozitivni afektivitet, dok pozitivna reformulacija koja se bez imputacije podataka izdvaja značajnom na nivou trenda, ipak ne ostvaruje značajni efekat na pozitivni afektivitet. U odnosu na negativni afektivitet se zadržavaju svi prethodno utvrđeni značajni efekti i dodatno izdvajaju negativni efekti prihvatanja i pozitivnog reuokviravanja, a pozitivni efekat katastrofiziranja, koji je bez imputacije bio značajan na nivou trenda, postaje značajan.

Tabela 2

*Predviđanje pridržavanja tretmana na osnovu kognitivnih strategija emocionalne regulacije*

Značajni prediktori	Sažetak modela	Kriterijum
<b>Prihvatanje</b> <b>(<math>\beta = -.231, t = -2.235, p &lt; .05</math>)</b> Ruminiranje <b>(<math>\beta = .448, t = 3.484, p &lt; .001</math>)</b> <b>Okrivljavanje drugih</b> <b>(<math>\beta = .272, t = 2.905, p &lt; .01</math>)</b>	<b><math>R = .473; R^2 = .224, F(9, 116)</math></b> <b><math>= 3.721, p &lt; .001</math></b>	<b>Znanje</b>
<b>Ruminiranje</b> <b>(<math>\beta = -.448, t = -3.162, p &lt; .05</math>)</b> <b>Planiranje</b> <b>(<math>\beta = -.246, t = -2.187, p &lt; .05</math>)</b> <b>Katastrofiziranje</b> <b>(<math>\beta = .292, t = 2.233, p &lt; .05</math>)</b> <b>Okrivljavanje drugih</b> <b>(<math>\beta = .264, t = 2.929, p &lt; .01</math>)</b>	<b><math>R = .529; R^2 = .280, F(9, 116)</math></b> <b><math>= 5.013, p &lt; .001</math></b>	<b>Zaboravljanje</b>
<b>Ruminiranje</b> <b>(<math>\beta = -.302, t = -2.371, p &lt; .05</math>)</b> Pozitivno reuokviravanje <b>(<math>\beta = .461, t = 3.769, p &lt; .001</math>)</b>	<b><math>R = .488; R^2 = .238, F(9, 116)</math></b> <b><math>= 4.022, p &lt; .001</math></b>	<b>Modifikacija</b>

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Za razliku od podataka bez imputiranih nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, ovde se pokazuje da kognitivno prevladavanje ostvaruje *značajne efekte na sve aspekte pridržavanja tretmana*, pri čemu je najviši procenat objašnjenja varijanse u odnosu na zaboravljanje koje se i može objasniti najvećim brojem dimenzija kognitivnog prevladavanja. Ako se sagledaju pojedinačni efekti kognitivnih strategija prevladavanja na pojedinačne aspekte pridržavanja tretmana, vidi se da ruminiranje ima značajan efekat na svaki od njih (dok je prethodno bio utvrđen efekat samo u odnosu na znanje o uzimanju lekova), s tim da je smer efekta različit u zavisnosti od različitih aspekata pridržavanja tretmana – efekat na znanje o uzimanju lekova je pozitivan, a na zaboravljanje uzimanja lekova i modifikaciju negativan. Okrivljavanje drugih ima značajan pozitivan efekat i na znanje o uzimanju lekova i na zaboravljanje. Pored toga, prihvatanje ostvaruje

značajan negativni efekat na znanje o uzimanju lekova, planiranje na zaboravljanje uzimanja lekova, dok katastrofiziranje ima značajan pozitivan efekat na zaboravljanje, a pozitivno reuokviravanje zadržava pozitivni efekat u odnosu na modifikaciju uzimanja lekova.

**Tabela 3**

*Predviđanje funkcionisanja na osnovu kognitivnih strategija emocionalne regulacije*

Značajni prediktori	Sažetak modela	Kriterijum
Samookrivljavanje ( $\beta = .426, t = 4.236, p < .001$ ) <b>Pozitivno reuokviravanje</b> ( $\beta = -.296, t = -2.382, p < .05$ ) <b>Planiranje</b> ( $\beta = .276, t = 2.356, p < .05$ )	$R = .465; R^2 = .216, F(9, 116) = 3.549, p < .001$	<b>Jači stepen ometanja</b>
Samookrivljavanje ( $\beta = .426, t = 4.227, p < .001$ ) <b>Ruminiranje</b> ( $\beta = -.247, t = -2.000, p < .05$ ) <b>Okrivljavanje drugih</b> ( $\beta = .336, t = 3.375, p < .001$ )	$R = .553; R^2 = .284, F(9, 116) = 5.114, p < .001$	<b>Slabiji stepen ometanja</b>

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Rezultati sa imputiranim vrednostima takođe pokazuju da kognitivno prevladavanje ostvaruje značajan efekat na oba aspekta funkcionisanja, pri čemu je nešto snažniji efekat na aspekte slabijeg ometanja od IM. Samookrivljavanje zadržava značajni pozitivni doprinos u odnosu na oba aspekta ometanja, dok se pozitivno reuokviravanje izdvaja kao negativni prediktor aspekata jačeg ometanja, a planiranje predstavlja pozitivni prediktor istog. Ruminiranje se izdvaja kao negativni prediktor aspekata slabijeg ometanja, a okrivljavanje drugih ostvaruje pozitivni efekat na ove aspekte ometanja.

**Efekti afektiviteta na ponašanje i funkcionisanje.** Utvrđen je pozitivan efekat **pozitivnog afektiviteta na modifikaciju uzimanja lekova** ( $\beta = .206, t = 2.340, p < .05$ ). Nisu utvrđeni efekti afektiviteta na funkcionisanje.

**Efekti ponašanja na funkcionisanje.** Utvrđen je negativni efekat **modifikacije upotrebe lekova na jači stepen ometanja od bolesti** ( $\beta = -.191, t = -2.069, p < .05$ ). Nisu utvrđeni drugačiji

efekti u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti, pozitivni efekat zaboravljanja se i dalje izdvaja kao značajan.

***Sumiranje novih utvrđenih efekata varijabli na transverzalnom nivou u drugom trenutku merenja***

Rezultati sa imputiranim nedostajućim vrednostima na nivou ispitanika potvrđuju značajnim efekte koji su bez imputacije utvrđeni na nivou trenda i ukazuju na postojanje dodatnih efekata kognitivnog prevladavanja u odnosu na afektivitet, pridržavanje tretmana i funkcionisanje osoba nakon 1,5–2 meseca od IM. Ono što se može izdvojiti kao *važna novina je da se imputiranjem nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika kao značajni za sve aspekte pridržavanja tretmana i funkcionalnosti nakon IM izdvajaju efekti kognitivnog prevladavanja u celini, a ne samo njegovih pojedinačnih aspekata*. Isto tako utvrđeni su i efekti afektiviteta na neke aspekte pridržavanja tretmana, kao i efekti nekih aspekata pridržavanja tretmana u odnosu na funkcionisanje. Nalazi ukazuju na potencijalno postojeće efekte koji bi se utvrdili u slučaju većih uzoraka sa većom statističkom snagom.

***Treći trenutak merenja***

**Efekti afektiviteta na ponašanje i funkcionisanje.** Pozitivni i negativni afektivitet nemaju značajan efekat ni na jedan aspekt pridržavanja tretmana niti funkcionisanja ni u trećem trenutku ispitivanja, tj. 3–4 meseca od IM.

**Efekti ponašanja na funkcionisanje.**

**Tabela 4**

*Predviđanje funkcionisanja na osnovu pridržavanja tretmana*

Značajni prediktori	Sažetak modela	Kriterijum
Znanje ( $\beta = .305, t = 3.551, p < .01$ ).	$R = .323; R^2 = .105, F(3, 122) = 4.751, p < .01$	Jači stepen ometanja
Znanje ( $\beta = .180, t = 2.117, p < .05$ ) Zaboravljanje ( $\beta = .235, t = 2.599, p < .01$ ) Modifikacija ( $\beta = -.282, t = -3.121, p < .01$ )	$R = .348; R^2 = .121, F(3, 122) = 5.614, p < .01$	Slabiji stepen ometanja



*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Pridržavanje tretmana ostvaruje značajne efekte na oba aspekta ometanja od bolesti, pri čemu je efekat znanja o uzimanju lekova značajan i pozitivan u oba slučaja, a zaboravljanje i modifikacija imaju efekat samo u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti i to zaboravljanje pozitivan, a modifikacija negativan.

### ***Sumiranje novih utvrđenih efekata varijabli na transverzalnog nivou u trećem trenutku merenja***

Rezultati ukazuju da se pridržavanje tretmana i funkcionisanje pacijenata nakon 3–4 meseca od IM ne mogu predvideti na osnovu emocionalnog doživljaja pacijenata. S obzirom na to da je u drugom trenutku merenja utvrđen pozitivni efekat pozitivnog afektiviteta na modifikaciju uzimanja lekova, postavlja se pitanje stabilnosti ove veze. Funkcionisanje osoba 3–4 meseca nakon bolesti se može predvideti na osnovu pridržavanja tretmana. Kao dodatni su utvrđeni efekti znanja na oba aspekta ometanja od bolesti i efekti zaboravljanja i modifikacije na aspekte slabijeg ometanja od bolesti. Efekta modifikacije uzimanja lekova na aspekte slabijeg ometanja od bolesti je utvrđen i u drugom trenutku merenja, pa se može razmatrati u kontekstu stabilnosti veze.

## **Ispitivanje pretpostavljenih medijacionih efekata**

### ***Drugi trenutak merenja***

**Medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između reprezentacije bolesti i afektiviteta u drugom trenutku merenja.**

**Tabela 5**

*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pozitivnog afektiviteta*

<b>Prediktor</b>	<b>Medijator</b>	<b>Kriterijum</b>	<b>Ukupni efekat</b>	<b>Direktni efekat</b>	<b>Indirektni efekat</b>
<b>Lična kontrola</b>	<b>→ Pozitivno reuokviravanje</b>	<b>→ Pozitivni afektivitet</b>	<b><math>\beta = .203, t = 2.306, p = .023</math></b>	<b><math>\beta = -.050, t = -.684, p = .495</math></b>	<b><math>\beta = .148</math> 95% CI [.009, .314]</b>
Kontrola usled tretmana	→ Pozitivno reuokviravanje	→ Pozitivni afektivitet	$\beta = .232, t = 2.651, p = .009$	$\beta = .017, t = .223, p = .823$	$\beta = .149$ 95% CI [.016, .348]

*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Rezultati dodatno pokazuju da pozitivno reuokviravanje ima medijacioni efekat i u odnosu između percepcije lične kontrole u odnosu na bolest i pozitivnog afektiviteta, a ne samo u odnosu na između percepcije kontrole usled tretmana i pozitivnog afektiviteta kao što je utvrđeno bez zamene nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika.

**Tabela 6**

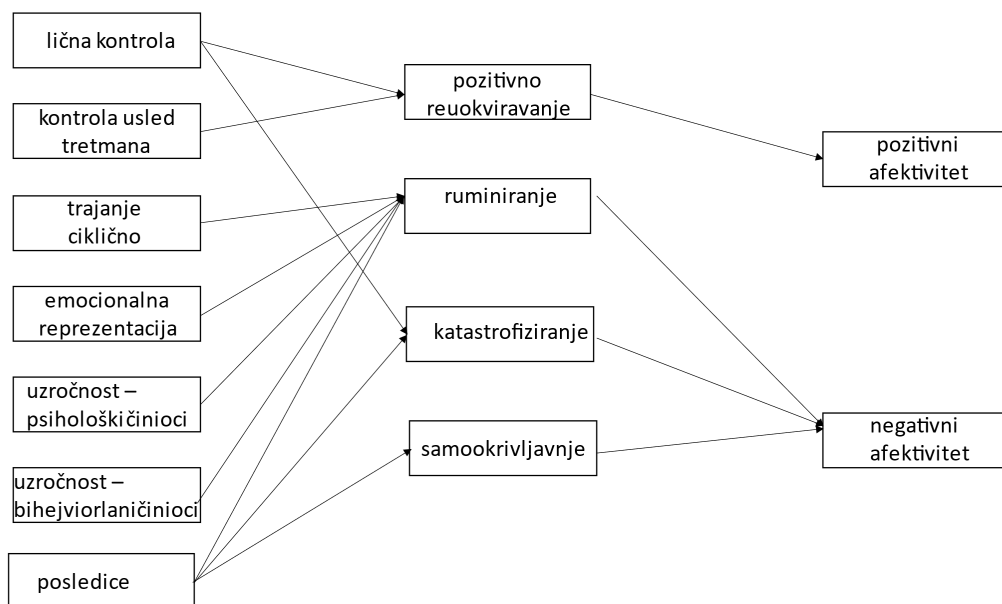
*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Trajanje cikličnog	Ruminiranje	Negativni afektivitet	$\beta = .404, t = 4.925, p = .000$	$\beta = .211, t = 3.155, p = .002$	$\beta = .141$ 95% CI [.020, .316]
<b>Emocionalna reprezentacija</b>	<b>Ruminiranje</b>	<b>Negativni afektivitet</b>	<b><math>\beta = .623, t = 8.871, p &lt; .001</math></b>	<b><math>\beta = .294, t = 3.670, p &lt; .001</math></b>	<b><math>\beta = .172</math></b> 95% CI [.018, .337]
Uzročnost psihološki činioci	Ruminiranje	Negativni afektivitet	$\beta = .499, t = 6.417, p < .001$	$\beta = .202, t = 2.657, p = .009$	$\beta = .159$ 95% CI [.032, .317]
<b>Uzročnost bihevioralni činioci</b>	<b>Ruminiranje</b>	<b>Negativni afektivitet</b>	<b><math>\beta = .017, t = .192, p = .849</math></b>	<b><math>\beta = -.135, t = -2.124, p = .036</math></b>	<b><math>\beta = .106</math></b> 95% CI [.014, .225]
Posledice	Ruminiranje	Negativni afektivitet	<b><math>\beta = .350, t = 4.161, p &lt; .001</math></b>	<b><math>\beta = -.062, t = -.827, p = .410</math></b>	<b><math>\beta = .208</math></b> 95% CI [.062, .327]
Posledice	Samookrivljavanje	Negativni afektivitet	<b><math>\beta = .350, t = 4.161, p &lt; .001</math></b>	<b><math>\beta = -.062, t = -.827, p = .410</math></b>	<b><math>\beta = .070</math></b> 95% CI [.000, .163]
Posledice	Katastrofiziranje	Negativni afektivitet	<b><math>\beta = .350, t = 4.161, p &lt; .001</math></b>	<b><math>\beta = -.062, t = -.827, p = .410</math></b>	<b><math>\beta = .071</math></b> 95% CI [.003, .205]
Lična	Katastrofiziranje	Negativni	$\beta = -.051,$	$\beta = -.081, t$	$\beta = .076$

kontrola	afektivitet	$t = -.570,$	$= -.1.222$	$p$	95%	CI
		$p = .569$	$= .224$			[.000, .183]

*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Utvrđeni su dodatni medijacioni efekti ruminiranja u odnosu između emocionalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta i bihevioralnih činilaca uzročnosti i negativnog afektiviteta, kao i medijacioni efekat samookrivljanja i katastrofiziranja u odnosu između posledica i negativnog afektiviteta. S druge strane, nisu utvrđeni medijacioni efekti ruminiranja u odnosu između identiteta i negativnog afektiviteta i medijacioni efekat pozitivne reformulacije u odnosu između percepcije kontrole usled tretmana i negativnog afektiviteta. Medijacioni efekti u drugom trenutku merenja na dopunjenim podacima na nivou ispitanika su sumirani na slici 1.



Ovako testiran integrativni medijacioni model nije pokazao zadovoljavajuće uklapanje u podatke,  $FIML\chi^2(37) = 213.823$ ,  $CFI = .686$ ,  $TLI = .337$ ,  $RMSEA = .196$ , 90% CI [.171, .221]. S obzirom na to da ni relativni ni apsolutni indeksi fita nisu zadovoljavajući, eventualne

respecifikacije bi verovatno podrazumevale drastična odstupanja od originalnih postavki, pa pokušaji respecifikacija nisu rađeni.

**Medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja.**

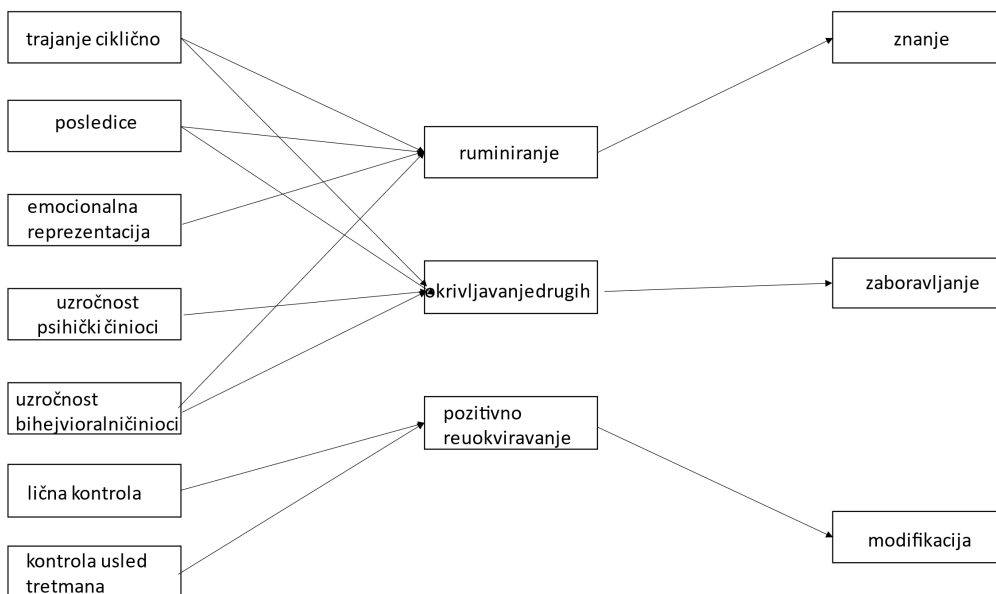
**Tabela 7**

*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i aspekata pridržavanja tretmana*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Ciklično trajanje	→ Ruminiranje	→ Znanje	$\beta = .241, t = 2.515, p = .013$	$\beta = .097, t = .337, p = .963$	$\beta = .137$ 95% CI [.012, .288]
Posledice	→ Ruminiranje	→ Znanje	$\beta = .232, t = 2.565, p = .012$	$\beta = .164, t = .112, p = 1.602$	$\beta = .161$ 95% CI [.008, .339]
Emocionalna reprezentacija	→ Ruminiranje	→ Znanje	$\beta = .157, t = 1.754, p = .082$	$\beta = .045, t = .399, p = .691$	$\beta = .224$ 95% CI [.010, .459]
Uzročnost bihevioralni činioci	→ Ruminiranje	→ Znanje	$\beta = .200, t = 2.093, p = .038$	$\beta = .116, t = 1.248, p = .214$	$\beta = .093$ 95% CI [.003, .224]
Trajanje ciklično	→ Okrivljavanje drugih	→ Zaboravljanje	$\beta = -.007, t = -.101, p = .919$	$\beta = -.009, t = -.133, p = .894$	$\beta = .052$ 95% CI [.000, .167]
Posledice	→ Okrivljavanje drugih	→ Zaboravljanje	$\beta = -.023, t = -.354, p = .742$	$\beta = -.052, t = -.719, p = .473$	$\beta = .124$ 95% CI [.003, .334]
Uzročnost psihološki činioci	→ Okrivljavanje drugih	→ Zaboravljanje	$\beta = -.102, t = -1.503, p = .135$	$\beta = -.078, t = -1.071, p = .286$	$\beta = .065$ 95% CI [.002, .177]
Uzročnost bihevioralni uzroci	→ Okrivljavanje drugih	→ Zaboravljanje	$\beta = .086, t = 1.188, p = .237$	$\beta = .010, t = .139, p = .890$	$\beta = .086$ 95% CI [.001, .253]
Lična kontrola	→ Pozitivno reuokviravanje	→ Modifikacija	$\beta = -.008, t = -.155, p = .877$	$\beta = .028, t = -.526, p = .600$	$\beta = .140$ 95% CI [.007, .334]
Kontrola tretmana	usled → Pozitivno reuokviravanje	→ Modifikacija	$\beta = .027, t = .500, p = .617$	$\beta = .035, t = .634, p = .527$	$\beta = .130$ 95% CI [.006, .320]

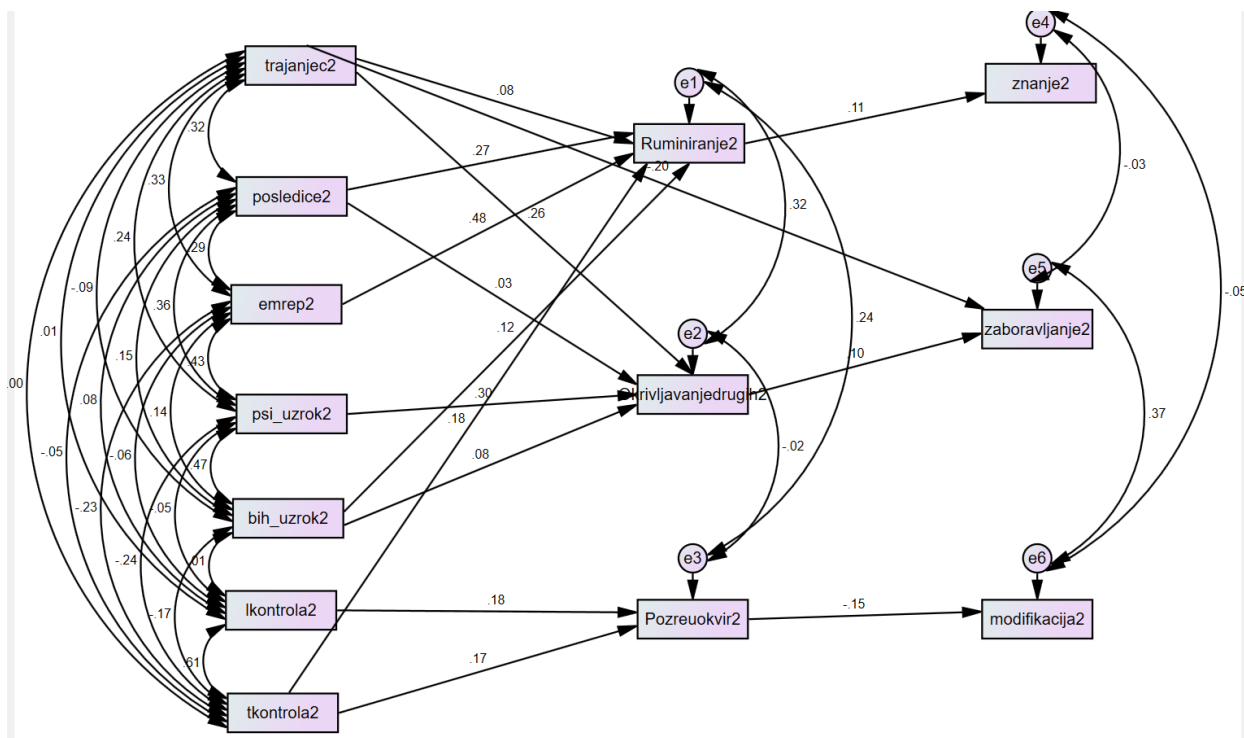
*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Ruminiranje se izdvaja kao značajni medijator u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i znanja o uzimanju lekova, okrivljavanje drugih u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i zaboravljanja, a pozitivno reuokviravanje je značajni indirektni mehanizam preko koga dimenzije reprezentacije bolesti ostvaruju efekte na modifikaciju uzimanja lekova. Dimenzije reprezentacije bolesti koje se odnose na percepciju cikličnog trajanja bolesti, ozbiljnije posledice, snažniju emocionalnu reprezentaciju i bihevioralnu atribuciju uzročnosti preko ruminiranja ostvaruju pozitivne efekte na znanje o uzimanju lekova. Međutim, indirektni efekat ruminiranja u odnosu između bihevioralnih činilaca uzročnosti i znanja o uzimanju lekova je blizu nule, pa je upitno njegovo postojanje. Okrivljavanje drugih je značajni indirektni mehanizam u odnosu između percepcije cikličnog trajanja, ozbiljnijih posledica, psiholoških i bihevioralnih činilaca uzročnosti i zaboravljanja uzimanja lekova. Gotovo svi ovi efekti su upitni s obzirom na to da su donje vrednosti veličine efekta u intervalu poverenja blizu nule. Pozitivno reuokviravanje ostvaruje značajan medijacioni efekat između dimenzija kontrole (i lične i usled tretmana) i modifikacije uzimanja lekova. Radi preglednosti, utvrđeni rezultati medijacione analize su sumirani šematski.



**Slika 2.** Šematski prikaz utvrđenih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja

Testiran je integrativni model utvrđenih medijacionih efekata sa idejom sagledavanja slike u celini nasuprot izolovanim efektima. Rezultati su pokazali da je potrebno učiniti nekoliko respecifikacija modela da bi se dobili odgovarajući indeksi uklapanja. Dodati su *direktni efekti* percepcije cikličnog trajanja na zaboravljanje, bihejvioralne atribucije uzročnosti i kontrole usled tretmana na ruminiranje. Ovakav model ima zadovoljavajuće indekse uklapanja:  $FIML\chi^2(36) = 51.840$ ,  $CFI = .950$ ,  $TLI = .892$ ,  $RMSEA = .059$ , 90% CI [.012, .093], ali ukazuje na nešto drugačije odnose, nego na one koji su utvrđeni sumiranjem medijacionih efekata. Sledi grafički prikaz respecifikovanog modela i standardizovanih regresionih koeficijenata.



**Slika 3.** Respecifikovani integrativni model odnosa dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja

*Napomena:* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Vrednosti koeficijenata ispod .13 nisu značajne.  
*Legenda:* trajanje = ciklično trajanje; emrep = emocionalna reprezentacija bolesti; psi\_uzrok = uzročnost – psihološki činioci; bih\_uzrok = uzročnost – bihejvioralni činioci; lkontrola = lična kontrola; tkontrola = kontrola usled tretmana.

**Medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionalnosti u drugom trenutku merenja.**

**Tabela 8**

*Medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i funkcionalnosti u drugom trenutku merenja*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Posledice	→ Samookrivljavanje	→ Jači stepen ometanja	$\beta = .370, t = .136, p = .007$	$\beta = .200, t = 1.287, p = .201$	$\beta = .106$ 95% CI [.005, .261]
Posledice	→ Samookrivljavanje	→ Slabiji stepen ometanja	$\beta = .217, t = 1.325, p = .188$	$\beta = .024, t = .136, p = .892$	$\beta = .114$ 95% CI [.008, .258]

*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Utvrđeni su značajni medijacioni efekat samookrivljavanja u odnosu između posledica i aspekata jačeg i slabijeg ometanja od bolesti.

**Medijacioni efekti kognitivnih strategija emocionalne regulacije i afektiviteta u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja.**

Kognitivne strategije emocionalne regulacije i afektivitet se ne mogu smatrati serijskim, ali ni paralelnim medijatorima u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja. S druge strane, potvrđeni su direktni efekti pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta na pojedinačne aspekte pridržavanja tretmana. Rezultati su sumirani u tabeli u nastavku.

**Tabela 9**

*Sumirani direktni efekti reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i afektiviteta na pridržavanje tretmana*

Reprezentacija bolesti	Značajni prediktori		Kriterijum
	Kognitivno prevladavanje	Afektivitet	Pridržavanje tretmana
Koherentnost –	Ruminiranje + Prihvatanje - Okrivljavanje drugih +	Negativni afektivitet –	Znanje

<b>Perspektiva – (u pojedinim modelima)</b>			
<b>Trajanje akutno/hronično –</b> Lična kontrola + Kontrola usled tretmana +	<b>Ruminiranje –</b> <b>Katastrofiziranje +</b> <b>Okrivljavanje drugih +</b> <b>Planiranje – (u nekim modelima)</b>	<b>Pozitivni afektivitet –</b>	Zaboravljanje
<b>Trajanje akutno/hronično –</b> <b>Koherentnost –</b> <b>Emocionalna reprezentacija +</b>	Pozitivno reuokviravanje + <b>Ruminiranje -</b>		Modifikacija

*Legenda:* + = pozitivan efekat; - = negativan efekat. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Nalazi potvrđuju direktne efekte suprotnog smera koje ruminiranje ima u odnosu na znanje o uzimanju lekova i zaboravljanje istih, te dodatno ukazuju na negativni efekat ruminiranja i u odnosu na modifikaciju uzimanja lekova. Potvrđeni su pozitivni efekti okrivljavanja drugih u odnosu na znanje i zaboravljanje uzimanja lekova koji su bez imputiranja nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika bili značajni na nivou trenda. Isto važi i za negativne efekte prihvatanja i smeštanja stvari u perspektivu za znanje o uzimanju lekova, dok se dodatno utvrđuje negativni efekat planiranja i katastrofiziranja za zaboravljanje uzimanja istih. Što se tiče afektiviteta, može se razmatrati direktni negativni efekat negativnog emocionalnog doživljaja u odnosu na znanje o uzimanju lekova, ali samo kada je u modelu istovremeno prisutna i dimenzija reprezentacije bolesti koja se odnosi na koherentnost i koja takođe može imati negativni efekat. Negativni efekat pozitivnog afektiviteta se izdvaja u odnosu na zaboravljanje uzimanja lekova, ali takođe samo kada su u modelu istovremeno prisutne određene dimenzije reprezentacije bolesti. Što se samog konstrukta bolesti tiče, pored utvrđenih pozitivnih efekata obe dimenzije percepcije kontrole na zaboravljanje, može se govoriti o negativnom efektu percepcije hroničnog trajanja. Percepcija hroničnog trajanja bolesti može imati i negativni efekat na modifikaciju uzimanja lekova, dok se dodatno za modifikaciju može razmatrati negativni efekat koherentnosti i pozitivan efekat emocionalne reprezentacije bolesti. Modeli sastavljeni od pojedinačnih dimenzija reprezentacije



bolesti, svih dimenzija kognitivnog prevladavanja i afektiviteta su u većini slučajeva objašnjavali značajan procenat varijanse aspekta pridržavanja tretmana, ali ne uvek.

**Medijacioni efekti kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i funkcionalnosti u drugom trenutku merenja.** Ne može se govoriti o serijskom medijacionom nizu kognitivnog, emocionalnog i ponašajnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i pridržavanja tretmana, niti se ovi aspekti prevladavanja mogu smatrati paralelnim medijatorima u pomenutom odnosu. Potvrđeni su parcijalni direktni efekti pojedinih dimenzija reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja i pridržavanja tretmana na funkcionisanje. Potvrđeno je i nepostojanje direktnih efekata afektiviteta na funkcionalnost nakon IM. Rezultati su sumirani u tabeli u nastavku.

**Tabela 10**

*Sumirani direktni efekti reprezentacije bolesti, kognitivnog prevladavanja, afektiviteta i pridržavanja tretmana u odnosu na funkcionalnost*

Reprezentacija bolesti	Značajni prediktori		Pridržavanje tretmana	Kriterijum	
	Kognitivno prevladavanje	Afektivitet		Funkcionisanje	
Trajanje ciklično - Lična kontrola – Kontrola usled tretmana -	Samookrivljavnja + <b>Planiranje (u nekim modelima)</b> <b>Katastrofiziranje (u nekim modelima)</b>		<b>Modifikacija -</b>	Jači	stepen ometanja
<b>Emocionalna reprezentacija</b> Identitet + Kontrola usled tretmana - Koherentnost +	Samookrivljavanje + Planiranje + <b>(u pojedinim modelima)</b> <b>Okrivljavanje drugih Perspektiva (u pojedinim modelima)</b>		Zaboravljanje +	Slabiji	stepen ometanja

*Legenda:* + = pozitivan efekat; - = negativan efekat. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Dok se pridržavanje tretmana ne može u celini objasniti pretpostavljenim modelima koje čine dimenzije reprezentacije bolesti, kognitivni i emocionalni aspekti prevladavanja, modeli

sastavljeni od pojedinačnih dimenzija reprezentacije bolesti, svih dimenzija kognitivnog prevladavanja i pridržavanja tretmana su značajni u odnosu na aspekte jačeg ometanja od bolesti, a neki se pokazuju značajnim i u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti. Kada je reč o pojedinačnim, direktnim doprinosima aspektima jačeg ometanja od bolesti, samookrivljavanje iz domena kognitivnog prevladavanja ostvaruje dosledni pozitivni efekat, što je utvrđeno i bez imputacije nedostajućih vrednosti, a sa imputacijom se dodatno može govoriti i o efektima planiranja i katastrofiziranja, ali samo u odnosu na određene dimenzije reprezentacije bolesti. Potvrđen je negativni efekat percepcije cikličnog trajanja za aspekte jačeg ometanja od bolesti, tako da se sa imputiranjem nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika sve prethodno utvrđene dimenzije reprezentacije bolesti izdvajaju značajnim za aspekte života u kojima osoba ima jače ometanje od bolesti. Potvrđen je i negativni efekat modifikacije u odnosu na ove aspekte ometanja od bolesti. Što se aspekata slabijeg a ometanja tiče, samookrivljavanje i ovde ostvaruje dosledno pozitivni efekat. Može se govoriti dodatno o efektima okrivljavanja drugih, planiranja i smeštanja stvari u perspektivu, ali, takođe, samo u odnosu na određene dimenzije reprezentacije bolesti. Kada je reč o konstrukt bolesti, dodatno se kao značajan izdvaja efekat emocionalne reprezentacije bolesti.

**Medijacioni efekti ponašajnog prevladavanja u odnosu između afektiviteta i funkcionalnosti u drugom trenutku merenja.** Pridržavanje tretmana se ne može smatrati medijatorom u odnosu između emocionalnog doživljaja 1,5–2 meseca od IM i funkcionisanja ispitanika. Potvrđen je direktni pozitivni efekat zaboravljanja na aspekte slabijeg ometanja od bolesti. S druge strane, nisu potvrđeni efekti zaboravljanja i modifikacije na aspekte jačeg ometanja od bolesti.

### *Treći trenutak merenja*

**Medijacioni efekti ponašajnog prevladavanja u odnosu između afektiviteta i funkcionalnosti u trećem trenutku merenja.** Pridržavanje tretmana se ne može smatrati medijatorom ni u odnosu između emocionalnog doživljaja nakon 3–4 meseca od IM i funkcionisanja ispitanika. Kako je ovaj nalaz utvrđen i u drugom trenutku merenja, može se smatrati stabilnim. S druge strane, utvrđeni su direktni parcijalni efekti pridržavanja tretmana na funkcionisanje.

**Tabela 11***Sumirani direktni efekti afektiviteta i ponašanja u odnosu na funkcionalnost*

<b>Afektivitet</b>	<b>Značajni prediktori</b>	<b>Kriterijum</b>
	<b>Pridržavanje tretmana</b>	<b>Funkcionisanje</b>
/	Znanje +	Jači stepen ometanja
	<b>Znanje + Zaboravljanje + Modifikacija -</b>	Slabiji stepen ometanja

*Legenda:* + = pozitivan efekat; - = negativan efekat. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Potvrđuju se rezultati koji se odnose na pozitivni efekat znanja o uzimanju lekova u odnosu na aspekte jačeg ometanja od bolesti koji su utvrđeni i bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika. Dodatno treba razmatrati efekte svih aspekata pridržavanja tretmana u odnosu na aspekte slabijeg ometanja od bolesti.

### ***Sumiranje rezultata koji se odnose na ispitivanje pretpostavljenih medijacionih odnosa***

Rezultati potvrđuju indirektne efekte kognitivnog prevladavanja u odnosu između dimenzija reprezentacije bolesti i afektiviteta, mada su utvrđeni medijacioni odnosi nešto drugačiji nego bez imputacije nedostajućih vrednosti i pokazuje se da tako provereni integrativni model odnosa nema zadovoljavajuće indekse uklapanja. Ono što je *novina u odnosu na rezultate bez imputiranih vrednosti su indirektni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između reprezentacija bolesti i pridržavanja tretmana i takav integrativni medijacioni model ima zadovoljavajuće indekse uklapanja*. Dakle, na većim uzorcima bi se moglo govoriti o *indirektnom efektu formirane reprezentacije bolesti putem kognitivnog prevladavanja ne samo u odnosu na emocionalne nego i na ponašajne ishode*. Nisu utvrđeni ni serijski ni paralelni medijacioni mehanizmi kognitivnog i emocionalnog prevladavanja u odnosu između reprezentacija bolesti i pridržavanja tretmana, ali se može govoriti o parcijalnim direktnim efektima, kao i na podacima bez imputacije, uz prisustvo nekih dodatnih. Takođe, ne može se govoriti o kognitivnom, emocionalnom i ponašajnom prevladavanju kao serijskim niti kao paralelnim medijatorima u odnosu između reprezentacija bolesti i funkcionalnosti, dok su direktni parcijalni efekti potvrđeni uz prisustvo nekih novih. Ono što je takođe *novina su indirektni efekti formirane reprezentacije*

bolesti na funkcionalnost nakon IM putem kognitivnog prevladavanja. Dakle, kognitivno prevladavanje se može smatrati uopštenim medijacionim mehanizmom u odnosu između reprezentacije bolesti i različitih zdravstveno relevantnih ishoda, kako emocionalnih, tako i ponašajnih i funkcionalnih. Pridržavanje tretmana nema indirektno efekte u odnosu između emocionalnosti i funkcionisanja, ali se može govoriti o njegovim direktnim efektima na funkcionisanje. Afektivitet ne ostvaruje ni direktne ni indirektno efekte ni na jedan aspekt funkcionalnosti.

### Promene u izraženosti merenih varijabli u dva, odnosno u tri trenutka merenja

**Tabela 12**

*Promena u izraženosti kognitivnih i emocionalne dimenzije reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja*

Reprezentacija bolesti	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>F(df), p</i>	$\eta^2$
<b>Posledice</b>	<b>3.32</b>	<b>3.50</b>	<b><math>F(1, 113) = 4.548, p &lt; .05</math></b>	<b>.039</b>
<b>Kontrola usled tretmana</b>	<b>3.90</b>	<b>3.71</b>	<b><math>F(1, 113) = 5.251, p &lt; .05</math></b>	<b>.044</b>

*Napomena:* Prikazane su samo dodatno utvrđene značajne promene u dimenzijama reprezentacije bolesti.  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. *M1* = aritmetička sredina u prvom trenutku merenja; *M2* = aritmetička sredina u drugom trenutku merenja.

Rezultati pokazuju da 1,5–2 meseca od IM dolazi i do promene u percepciji posledica, u smislu da se one u drugom trenutku merenja opažaju većim (ozbiljnijim), kao i do promene percipirane kontrole od tretmana, koja se opaža nižom nego na početku. Utvrđene veličine efekta su niske. Svi ostali efekti protoka vremena na dimenzije reprezentacije bolesti koji su utvrđeni bez imputacije nedostajućih podataka su i dalje prisutni.

Što se tiče promena u kognitivnom prevladavanju, jedina novina je da *nije utvrđena značajna promena u katastrofiziranju* gde je i inače veličina efekta promene bila niska. Sve ostale promene u varijablama koje se odnose na kognitivno prevladavanje su i dalje prisutne.

**Tabela 13**

*Promena u izraženosti pozitivnog i negativnog afektiviteta u prvom, drugom i trećem trenutku merenja*

Afektivitet	<i>M1</i>	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>F(df), p</i>	$\eta^2$
<b>Negativni afektivitet</b>	<b>2.31</b>	<b>2.10</b>	<b>2.09</b>	<b><i>F(1, 113) = 8.218, p &lt; .05</i></b>	<b>.068</b>

*Napomena:* Prikazane su samo dodatno utvrđene promene u afektivitetu.  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. *M1* = aritmetička sredina u prvom trenutku merenja; *M2* = aritmetička sredina u drugom trenutku merenja. *M3* = aritmetička sredina u trećem trenutku merenja.

**Tabela 14**

*Post-hoc test za poređenje promena u nivoima negativnog afektiviteta u pojedinačnim merenjima*

Afektivitet		Razlika aritmetičkih sredina	<i>p</i>	$\eta^2$
<b>T1</b>	<b>T2</b>	<b>.211*</b>	<b>.014</b>	<b>.052</b>
	<b>T3</b>	<b>.215*</b>	<b>.005</b>	<b>.068</b>

*Napomena:*  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. Boldirani su trenuci merenja gde su utvrđene značajne promene u negativnom afektivitetu. T1 = prvi trenutak merenja; T2 = drugi trenutak merenja; T3 = treći trenutak merenja.

Rezultati ukazuju na značajnu promenu negativnog afektiviteta u smislu smanjenja već u drugom trenutku merenja u odnosu na prvi (veličina efekta je niska), a ne samo u trećem trenutku merenja u odnosu na prvi kao što je utvrđeno bez zamene nedostajućih podataka. S druge strane, rezultati ne pokazuju postojanje promene u pozitivnom afektivitetu sa protokom vremena, što je utvrđeno bez imputacije nedostajućih vrednosti.

**Tabela 15**

*Promena u izraženosti aspekata pridržavanja tretmana u drugom i trećem trenutku merenja*

Pridržavanje tretmana	<i>M2</i>	<i>M3</i>	<i>F(df), p</i>	$\eta^2$
<b>Zaboravljanje</b>	<b>.26</b>	<b>.17</b>	<b><i>F(1, 125) = 4.190, p &lt; .05</i></b>	<b>.032</b>

*Napomena:* Prikazane su samo dodatno utvrđene promene,  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. *M2* = aritmetička sredina u drugom trenutku merenja. *M3* = aritmetička sredina u trećem trenutku merenja.

Utvrđena je značajna promena u smanjenju zaboravljanja uzimanju lekova u trećem u odnosu na drugi trenutak merenja. Veličina efekta je niska.

**Tabela 16**

*Promena u izraženosti aspekata ometanja usled bolesti u drugom i trećem trenutku merenja*

Reprezentacija bolesti	M1	M2	F(df), p	$\eta^2$
<b>Jači stepen ometanja</b>	<b>3.94</b>	<b>3.50</b>	<b>F(1, 125) = 22.600, p &lt; .001</b>	<b>.153</b>

*Napomena:* Prikazane su samo dodatno utvrđene promene.  $\eta^2$  = mera veličine efekta promene. M2 = aritmetička sredina u drugom trenutku merenja. M3 = aritmetička sredina u trećem trenutku merenja.

Utvrđena je i značajna promena u aspektima jačeg stepena ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca od IM, u odnosu na period 1,5–2 meseca od IM, pri čemu se stepen ometanja od bolesti smanjuje. Veličina efekta je visoka.

**Tabela 17**

*Interkorelacije varijabli kod kojih su registrovane promene u izraženosti u dva trenutka merenja*

Promene u varijablama	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. Trajanje ciklično	—															
2. Posledice	.188 <sup>*</sup>	—														
3. Lična kontrola	.135	.027	—													
4. Kontrola usled tretmana	.126	.082	.530 <sup>**</sup>	—												
5. Koherentnost	.128	.011	.005	.201 <sup>*</sup>	—											
6. Uzročnost – biološki/eksterni činioci	.303 <sup>**</sup>	.353 <sup>**</sup>	.059	.009	.108	—										
7. Samookrivljavanje	.094	.014	.215 <sup>*</sup>	.073	.172	.137	—									
8. Prihvatanje	.016	.024	.058	.038	.037	.173	.351 <sup>**</sup>	—								
9. Pozitivno reuokviravanje	.150	.235 <sup>*</sup>	.148	.175	.006	.077	.140	.185 <sup>*</sup>	—							
10. Planiranje	.018	.002	.140	.293 <sup>**</sup>	.015	.136	.137	.174	.490 <sup>**</sup>	—						
11. Pozitivna reformulacija	.079	.270 <sup>**</sup>	.266 <sup>**</sup>	.262 <sup>**</sup>	.020	.055	.316 <sup>**</sup>	.235 <sup>*</sup>	.509 <sup>**</sup>	.522 <sup>***</sup>	—					
12. Perspektiva	.124	.071	.103	.131	.117	.093	.292 <sup>**</sup>	.512 <sup>**</sup>	.330 <sup>**</sup>	.291 <sup>**</sup>	.300 <sup>**</sup>	—				
13. Negativni afektivitet (T2)	.268 <sup>**</sup>	.272 <sup>**</sup>	.118	.157	.258 <sup>**</sup>	.248 <sup>*</sup>	.270 <sup>**</sup>	.062	.133	.075	.087	.028	—			
14. Negativni afektivitet (T3)	.239 <sup>*</sup>	.198 <sup>*</sup>	.097	.122	.219 <sup>*</sup>	.223 <sup>*</sup>	.281 <sup>**</sup>	.078	.053	.037	.094	.055	.888 <sup>**</sup>	—		
15. Zaboravljanje	.070	.134	.129	.088	.082	.135	.108	.129	.125	.048	.091	.199 <sup>*</sup>	.059	.018	—	
16. Jači stepen ometanja	.093	.052	.121	.087	.024	.050	.246 <sup>**</sup>	.218 <sup>*</sup>	.057	.093	.061	.094	.070	.008	.034	—

*Legenda:* \* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$ .

Najpre će biti prokomentarisani *samo* rezultati koji se odnose na međusobnu povezanost promena u varijablama, a koji nisu utvrđeni bez imputacije nedostajućih vrednosti, a onda će biti sumirani svi efekti promena u varijablama koji su utvrđeni zamenom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika.

Rezultati dodatno pokazuju da postoji negativna povezanost između promena u posledicama. Promene u posledicama su pozitivno povezane sa promenama u atribuciji uzročnosti u odnosu na biološke/eksterne činioce, pozitivnom reokviravanju i pozitivnoj reformulaciji, a negativno sa promenama u negativnom afektivitetu i nakon 1,5–2 i nakon 3–4 meseca. Promena u ličnoj kontroli je pozitivno povezana sa promenom u opažanju kontrole usled tretmana, ali i sa promenama u samookrivljanju i pozitivnoj reformulaciji. Utvrđena je i negativna povezanost promene u opažanju kontrole usled tretmana sa koherentnošću i pozitivna sa planiranjem i pozitivnom reformulacijom. Promena u opažanju uzročnosti u odnosu na biološke/eksterne činioce je negativno povezana sa promenom u percepciji cikličnog trajanja, ali i sa promenama u negativnom afektivitetu i u drugom i u trećem trenutku merenja. Promena u samookrivljanju je takođe pozitivno povezana sa promenom u negativnom afektivitetu u oba trenutka merenja, ali isto tako i sa aspektima jačeg ometanja usled bolesti, dok je promena u prihvatanju negativno povezana sa aspektima jačeg ometanja usled bolesti. Utvrđena je i pozitivna veza između promena u negativnom afektivitetu u oba trenutka merenja. Međutim, postoje i pojedini parcijalni efekti međusobnog delovanja promena u reprezentaciji bolesti na kognitivno prevladavanje, dok su neki efekti promene u reprezentaciji bolesti u odnosu na promenu u afektivitetu izostali, kao što je slučaj i sa nekim efektima promene u kognitivnom prevladavanju u odnosu na promenu u funkcionisanju. Dodatno, na osnovu promene u koherentnosti se može predvideti promena u samookrivljanju ( $\beta = .200, t = 2.134, p < .05$ ). Promene u pozitivnoj reformulaciji su negativno prediktivne za promene u negativnom afektivitetu u trećem trenutku merenja ( $\beta = -.258, t = -2.198, p < .05$ ). S druge strane, gubi se efekat promene u ličnoj kontroli prema pomeni u negativnom afektivitetu u T3, kao i efekat promene u pozitivnoj reformulaciji na promenu u negativnom afektivitetu u u trećem trenutku merenja.

### ***Sumiranje rezultata koji se odnose na promene u varijablama tokom vremena***

Utvrđeni su efekti protoka vremena kako na konstrukt bolesti, tako i na kognitivno prevladavanje, afektivitet i pojedine aspekte pridržavanja tretmana i funkcionisanja nakon bolesti.

Nakon 1,5–2 meseca od IM, pacijenti menjaju svoju percepciju bolesti u smislu da IM više razumeju, manje opažaju trajanje bolesti kao ciklično, *percipiraju viši nivo posledica*, opažaju i da imaju manje kako lične, *tako i kontrole usled tretmana*. Nastanak IM se više pripisuje nekim spoljašnjim ili biološkim činiocima, nego što je to bilo na samom početku, neposredno nakon IM. Interkorelacije promena u dimenzijama reprezentacije bolesti pokazuju da je opažanje bolesti kao manje nepredvidive povezano sa  *smanjenim opažanjem posledica* i smanjenom atribucijom uzročnosti u odnosu na spoljašnje ili nasledne činioce. *Pojačano opažanje posledica je povezano sa pojačanom atribucijom uzročnosti u odnosu na spoljašnje ili nasledne činioce*. Smanjena percepcija lične kontrole je povezana sa  *smanjenom percepcijom kontrole usled tretmana*, a  *smanjena percepcija kontrole usled tretmana* sa smanjenim razumevanjem bolesti (iako koherentnost generalno raste).

Nakon 1,5–2 meseca opada i nivo onih aspekata kognitivnog prevladavanja koji podrazumevaju prihvatanje bolesti, njeno pozitivno reuokviravanje i reformulaciju, planiranje i smeštanje stvari u perspektivu. Takođe, opada i nivo samookrivljavanja i okrivljavanja drugih. Nivo negativnog afektiviteta opada i  *nakon 1,5–2* i nakon 3–4 meseca od IM.  *Utvrđeno je još da se smanjuje zaboravljanje uzimanja lekova 3–4 meseca od IM u odnosu na period 1,5–2 meseca od IM, kao i da se poboljšava nivo funkcionisanja u onim oblastima gde postoji jače ometanja od bolesti 3–4 meseca od IM u odnosu na period 1,5–2 meseca od IM*. Smanjenje u samookrivljanju je povezano sa smanjenjem prihvatanja, pozitivne reformulacije i smeštanja stvari u perspektivu, ali i sa smanjenjem negativnog afektiviteta u oba trenutka merenja i sa povećanjem aspekata jačeg stepena ometanja od bolesti (iako se ono generalno smanjuje). Smanjenje u prihvatanju IM je povezano sa smanjenim nivoom pozitivne reformulacije, pozitivnog reuokviravanja i smeštanja stvari u perspektivu, ali takođe i sa povećanjem aspekata jačeg stepena ometanja od bolesti (iako se ono generalno smanjuje). Smanjenje smeštanja stvari u perspektivu je povezano sa povećanjem zaboravljanja uzimanja lekova (iako se zaboravljanje generalno smanjuje). Postoji međusobna pozitivna povezanost u smanjenju nivoa pozitivnog reuokviravanja, pozitivne reformulacije, planiranja i smeštanja stvari u perspektivu. Smanjen nivo percepcije cikličnog trajanja bolesti nakon 1,5–2 meseca je povezan sa smanjenjem negativnog afektiviteta i nakon 1,5–2 meseca i nakon 3–4 meseca, ali se u sadejstvu sa ostalim dimenzijama reprezentacije bolesti efekat na promenu u afektivitetu u trećem trenutku merenja gubi. Smanjen nivo lične kontrole nakon 1,5–2 meseca je povezan sa promenama u kognitivnim strategijama u smislu smanjenja nivoa



samookrivljanja, ali i pozitivne reformulacije. Smanjeno opažanje kontrole usled tretmana je takođe povezano sa smanjenjem u pozitivnom reformulisanju, ali i u planiranju. Povećan nivo razumevanja bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM je povezan sa smanjenjem negativnog afektiviteta i nakon 1,5–2 i nakon 3–4 meseca od IM, a u sadejstvu sa ostalim dimenzijama ostvaruje i efekat na samookrivljanje u smislu njegovog smanjivanja. Promene u uzročnosti u smislu pojačane atribucije u odnosu na spoljašnje činioce su povezane sa porastom negativnog afektiviteta i nakon 1,5–2 meseca i nakon 3–4 meseca (iako se negativni afektivitet generalno smanjuje). Pojačano opažanje posledica je povezano sa smanjenjem pozitivnog reuokviravanja i pozitivne reformulacije i povećanjem negativnog afektiviteta i u drugom i u trećem trenutku merenja (iako se on generalno smanjuje). Promena u negativnom afektivitetu u drugom trenutku doprinosi promeni u trećem trenutku merenja u smislu da je smanjenje u negativnom afektivitetu u jednom trenutku povezano sa smanjenjem u drugom trenutku.

### Ispitivanje longitudinalnih odnosa

**Ispitivanje longitudinalnih efekata reprezentacije bolesti na kognitivno, emocionalno, ponašajno prevladavanje i funkcionisanje.** I u ovom segmentu će biti izostavljeni efekti dimenzija reprezentacije bolesti na kognitivno prevladavanje, afektivitet, pridržavanje tretmana i funkcionisanje zbog nemogućnosti adekvatne zamene nedostajućih vrednosti u okviru dimenzije identiteta.

**Tabela 18**

*Longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na afektivitet*

Značajni prediktori	Kriterijumi			
	Pozitivni afektivitet (T2)	Negativni afektivitet (T2)	Pozitivni afektivitet (T3)	Negativni Afektivitet (T3)
Kognitivno prevladavanje (T1)	-	-	-	-
Kognitivno prevladavanje (T2)	/	/	Pozitivno reuokviravanje $\beta = .250, t = 2.146$ $p < .05$ Perspektiva $\beta = -.345, t = -2.301$ $p < .05$	Katastrofiziranje $\beta = .238, t = 2.038$ $p < .05$

*Napomena:* Prikazani su samo dodatni efekti koji nisu utvrđeni na nezamenjenim podacima. - = efekat nije utvrđen; / = efekat nije longitudinalni.

Dodatno su utvrđeni pozitivni efekat pozitivnog reuokviravanja i negativni efekat smeštanja stvari u perspektivu nakon 1,5–2 meseca od IM na pozitivni afektivitet 3–4 meseca od IM i pozitivni efekat katastrofiziranja nakon 1,5–2 meseca od IM na negativni afektivitet 3–4 meseca od IM. Nije potvrđen dugoročni efekat pozitivne reformulacije na pozitivni afektivitet. Rezultati koji se odnose na ostale dugoročne efekte kognitivnog prevladavanja na afektivitet, a koji su utvrđeni bez imputacije nedostajućih vrednosti, ostaju nepromenjeni.

Što se tiče longitudinalnih efekata kognitivnog prevladavanja na pridržavanje tretmana, jedino je potvrđen pozitivni efekat početnog okrivljavanja drugih na kasnije znanje o uzimanju lekova. Nisu potvrđeni pozitivni efekti početnog ruminiranja i negativni efekat početnog planiranja na kasnije znanje o uzimanju lekova (3–4 meseca od IM).

**Tabela 19**

*Longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja na funkcionisanje*

Značajni prediktori		Kriterijumi		
Kognitivno prevladavanje (T1)	Jači stepen ometanja (T2)	Slabiji stepen ometanja (T2)	Jači stepen ometanja (T3)	Slabiji stepen ometanja (T3)
	-	-	-	-
Kognitivno prevladavanje (T2)	/	/	Pozitivno reuokviravanje $\beta = -.343, t = -2.317, p < .05$ Pozitivna reformulacija $\beta = .290, t = 2.270, p < .05$	Samookrivljavanje $\beta = .337, t = 3.401, p < .01$ Pozitivno reuokviravanje $\beta = .265, t = 2.170, p < .05$ Okrivljavanje drugih $\beta = .324, t = 3.270, p < .05$

*Napomena:* Prikazani su samo dodatni efekti koji nisu utvrđeni na nezamenjenim podacima. - = efekat nije utvrđen; / = efekat nije longitudinalni.

Potvrđeni su pozitivni efekti inicijalne pozitivne reformulacije i okrivljavanja drugih na aspekte slabijeg ometanja od bolesti nakon 3–4 meseca od IM. Utvrđeni su neki dodatni longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja na aspekte funkcionisanja u trećem trenutku. Pokazuje se i da su modeli sastavljeni od dimenzija kognitivnog

prevladavanja generalno značajni i za aspekte jačeg ( $R = .434$ ;  $R^2 = .188$ ,  $F(9, 116) = 2.988$ ,  $p < .01$ ) i za aspekte slabijeg stepen ometanja od bolesti ( $R = .490$ ;  $R^2 = .241$ ,  $F(10, 56) = 4.082$ ,  $p < .001$ ). Pozitivno reuokviravanje 1,5–2 meseca od IM ima negativni efekat na aspekte jačeg ometanja dok istovremeno pozitivna reformulacija ostvaruje pozitivni efekat na ove aspekte ometanja. Nije potvrđen longitudinalni negativni efekat katastrofiziranja na kasniji aspekte života gde se beleži jače ometanje. Kada je reč o aspektima slabijeg ometanja, izdvajaju se pozitivni longitudinalni efekti samookrivljavanja i okrivljavanja drugih, kao i pozitivnog reuokviravanja što nije utvrđeno bez imputacije nedostajućih vrednosti.

**Tabela 20**

*Longitudinalni efekti afektiviteta na funkcionisanje*

Značajni prediktori	Kriterijumi			
	Jači stepen ometanja (T2)	Slabiji stepen ometanja (T2)	Jači stepen ometanja (T3)	Slabiji stepen ometanja (T3)
Pozitivni afektivitet (T1)	-	-	-	-
Negativni afektivitet (T1)	-	-	-	-
Pozitivni afektivitet (T2)	/	/	-	$\beta = .214$ , $t = 2.428$ , $p < .05$
Negativni afektivitet (T2)	/	/	-	-

*Napomena:* Prikazani su samo dodatni efekti koji nisu utvrđeni na nezamenjenim podacima. - = efekat nije utvrđen; / = efekat nije longitudinalni.

Utvrđen je ukupni longitudinalni efekat afektiviteta u drugom trenutku merenja na aspekte slabijeg ometanja od bolesti u trećem trenutku merenja ( $R = .219$ ;  $R^2 = .048$ ,  $F(2, 123) = 3.107$ ,  $p < .05$ ), pri čemu se kao značajan izdvaja pozitivni parcijalni doprinos pozitivnog afektiviteta ( $\beta = .214$ ,  $t = 2.428$ ,  $p < .05$ ).

**Tabela 21***Longitudinalni efekti pridržavanja tretmana na funkcionisanje*

Značajni prediktori	Kriterijumi	
	Jači stepen ometanja (T3)	Slabiji stepen ometanja (T3)
Znanje (T2)	-	-
Zaboravljanje (T2)	-	-
Modifikacija (T2)	$\beta = -.194, t = -2.099 p < .05$	-

*Napomena:* Prikazani su samo dodatni efekti koji nisu utvrđeni na nezamenjenim podacima. - = efekat nije utvrđen.

Utvrđen je negativni longitudinalni efekat modifikacije uzimanja lekova u drugom trenutku merenja na aspekte jačeg ometanja od bolesti u trećem trenutku merenja.

### ***Sumiranje rezultata koji se odnose na longitudinalne odnose između varijabli***

Rezultati sa imputiranjem nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika generalno potvrđuju postojanje longitudinalnih efekata kognitivnog prevladavanja na afektivitet i funkcionisanje nakon bolesti, kao i na pojedinačne aspekte pridržavanja tretmana. *Novina je da afektivitet i pridržavanje tretmana ostvaruju longitudinalne efekat na pojedine aspekte funkcionisanja.* Nisu registrovani efekti afektiviteta na aspekte pridržavanja tretmana.

### ***Longitudinalni medijacioni efekti***

**Tabela 22**

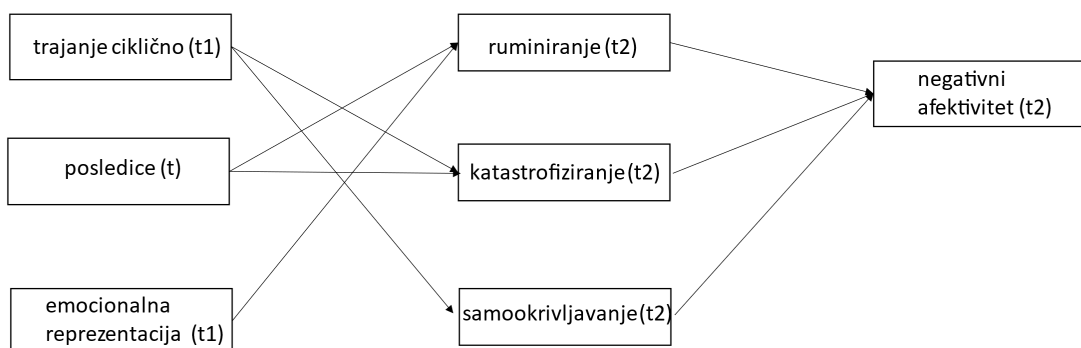
*Longitudinalni medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca od IM u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta u drugom trenutku merenja*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Posledice (T1)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .018, t = .225, p = .822$	$\beta = -.077, t = -1.305, p = .195$	$\beta = .108$ 95% CI [.018, .221]
Emocionalna reprezentacija (T1)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .216, t = 3.305, p = .001$	$\beta = .065, t = 1.247, p = .206$	$\beta = .109$ 95% CI [.013, .233]
Trajanje ciklično (T1)	→ Katastrofiziranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .034, t = .330, p = .742$	$\beta = -.064, t = -.82, p = .410$	$\beta = .080$ 95% CI [.012, .193]

Posledice (T1)	→	Katastrofiranje (T2)	→	Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .018, t = .225, p = .822$	$\beta = -.077, t = -1.305, p = .195$	$\beta = .166, 95\% \text{ CI } [.001, .180]$
Trajanje ciklično (T1)	→	Samookrivljavanje (T2)	→	Negativni afektivitet (T2)	$\beta = .034, t = .330, p = .742$	$\beta = -.064, t = -.82, p = .410$	$\beta = .080, 95\% \text{ CI } [.012, .130]$

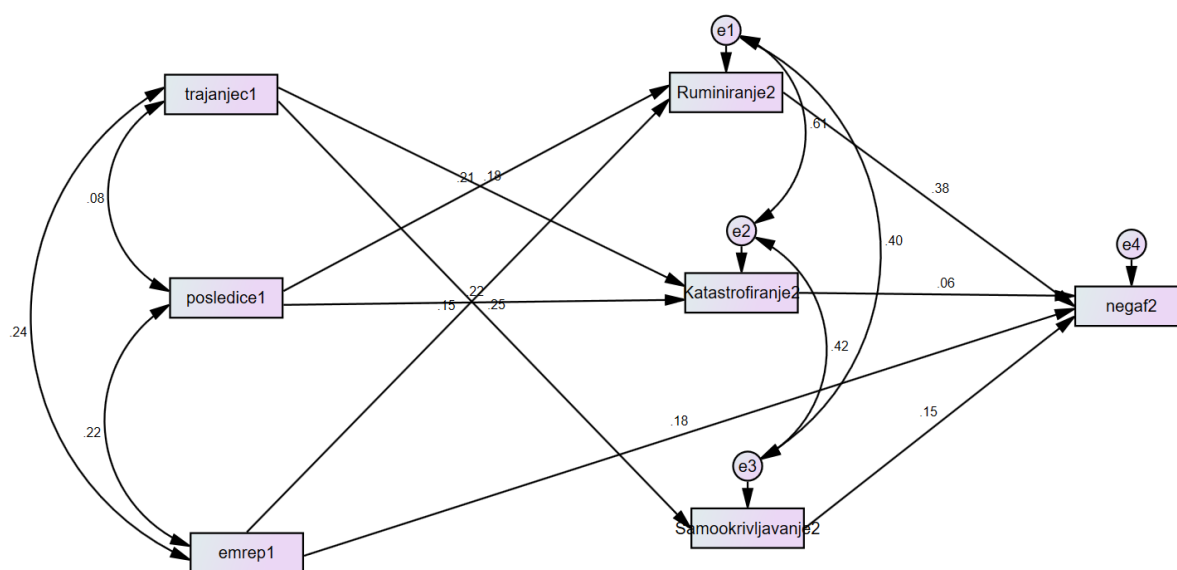
*Napomena:* Prikazani su samo značajni medijacioni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Longitudinalni medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca od IM u odnosu između inicijalnih dimenzija reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta se potvrđuju u velikom broju slučajeva sa imputacijom nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika. Dodatno se kao značajni longitudinalni mehanizam izdvaja samookrivljavanje u odnosu između inicijalne percepcije cikličnog trajanja i kasnijeg doživljaja negativnog afektiviteta, kao i katastrofiziranje u odnosu između inicijalne percepcije posledica i kasnijeg doživljaja negativnog afektiviteta. Longitudinalni efekti ruminiranja u odnosu između inicijalnog identiteta bolesti i kasnijeg negativnog afektiviteta koji su utvrđeni bez imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika se ne registruju. Sledi šematski prikaz utvrđenih medijacionih efekata



**Slika 4.** Šematski prikaz utvrđenih longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nakon 1,5–2 meseca od IM

Ovako proveren integrativni model odnosa uz uvođenje jedne respecifikacije pokazuje zadovoljavajuće indekse uklapanja u podatke  $FIML\chi^2(6) = 9.583$ ,  $CFI = .978$ ,  $TLI = .897$ ,  $RMSEA = .069$ , 90% CI [.000, .147]. Indeksi relativnog fita TLI i apsolutnog fita RMSEA su nešto niži nego u slučaju modela bez imputacije nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika, ali se i za ovaj model može reći da ima zadovoljavajuće indekse uklapanja. Respecifikacija podrazumeva uključivanje *direktnog efekta* između inicijalne emocionalne reprezentacije bolesti i kasnijeg doživljaja negativnog afektiviteta.



**Slika 5.** Respecifikovani integrativni model longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nakon 1,5–2 meseca od IM

*Napomena:* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Vrednosti koeficijenata ispod .16 nisu značajne.

*Legenda:* trajanjec = ciklično trajanje; emrep = emocionalna reprezentacija bolesti; negaf = negativni afektivitet. Broj 1 u imenu varijabli se odnosi na prvi trenutak merenja. Broj 2 u imenu varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja.

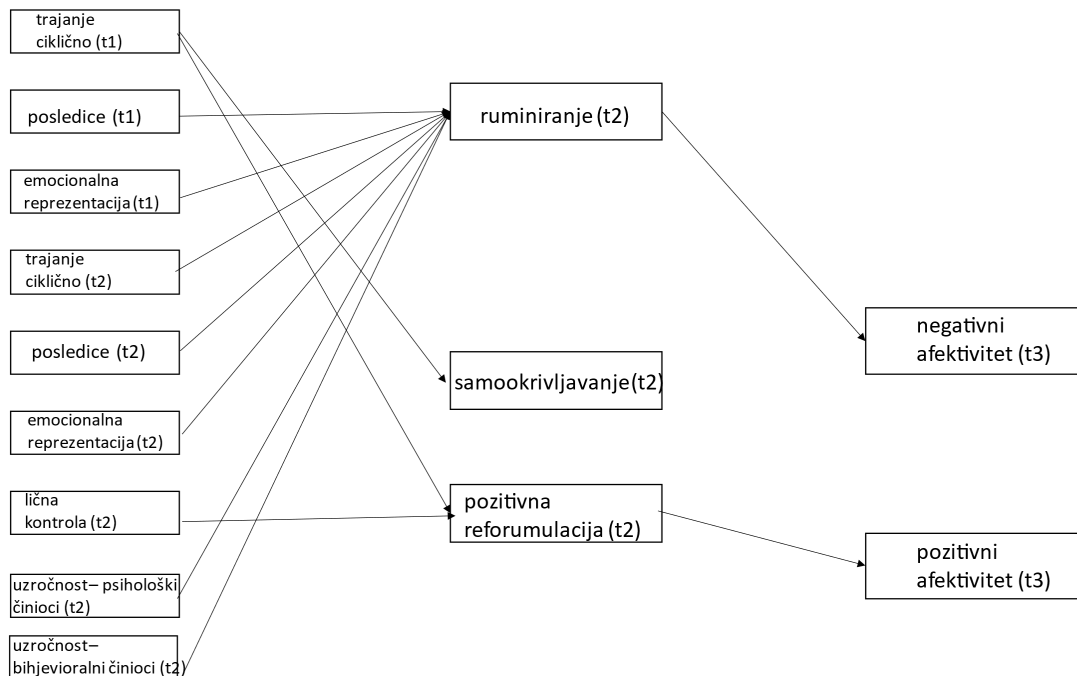
**Tabela 23**

*Longitudinalni medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM i negativnog afektiviteta u trećem trenutku merenja*

Prediktor	Medijator	Kriterijum	Ukupni efekat	Direktni efekat	Indirektni efekat
Trajanje ciklično (T1)	→ Pozitivna reformulacija (T2)	→ Pozitivni afektivitet (T3)	$\beta = -.111, t = -1.325, p = .188$	$\beta = -.141, t = -1.804, p = .074$	$\beta = .090$ 95% CI [.005, .208]
Emocionalna reprezentacija (T1)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = -.178, t = 3.135, p = .002$	$\beta = .072, t = 1.434, p = .158$	$\beta = .070$ 95% CI [.007, .167]
Posledice (T1)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .071, t = 1.025, p = .307$	$\beta = -.005, t = -.082, p = .935$	$\beta = .082$ 95% CI [.013, .194]
Lična kontrola (T2)	→ Pozitivna reformulacija (T2)	→ Pozitivni afektivitet (T3)	$\beta = .301, t = 3.978, p = .001$	$\beta = .258, t = 3.568, p = .005$	$\beta = .132$ 95% CI [.022, .270]
Trajanje ciklično (T2)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .342, t = 4.801, p = .000$	$\beta = .177, t = 2.640, p = .009$	$\beta = .128$ 95% CI [.019, .299]
Posledice (T2)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .220, t = 3.078, p = .003$	$\beta = -.057, t = -.842, p = .001$	$\beta = .219$ 95% CI [.072, .319]
Emocionalna reprezentacija (T2)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .335, t = 5.111, p = .000$	$\beta = .033, t = .425, p = .671$	$\beta = .203$ 95% CI [.048, .392]
Uzročnost psihološki činioci (T2)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .282, t = 4.365, p = .000$	$\beta = .016, t = .235, p = .814$	$\beta = .153$ 95% CI [.033, .381]
Uzročnost bihejvioralni činioci (T2)	→ Ruminiranje (T2)	→ Negativni afektivitet (T3)	$\beta = .038, t = .498, p = .619$	$\beta = -.068, t = -1.067, p = .287$	$\beta = .109$ 95% CI [.015, .247]

Dodatno su utvrđeni longitudinalni efekti inicijalnih dimenzija reprezentacije bolesti na emocionalni doživljaj nakon 3–4 meseca indirektno preko kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca od IM. Naime, pokazalo se da pozitivna reformulacija u drugom trenutku merenja ima indirektni efekat u odnosu između inicijalne percepcije cikličnog trajanja i pozitivnog afektiviteta nakon 3–4 meseca, a da ruminiranje u drugom trenutku merenja ima indirektni efekat u odnosima između inicijalne percepcije posledica i emocionalne reprezentacije bolesti i negativnog afektiviteta nakon 3–4 meseca. Medijacioni longitudinalni efekti kognitivnog prevladavanja u

drugom trenutku merenja u odnosu između reprezentacije bolesti u drugom trenutku merenja i negativnog afektiviteta u trećem trenutku merenja se potvrđuju. Dodatno se može govoriti i o longitudinalnom medijacionom efektu ruminiranja nakon 1,5–2 meseca od IM u odnosu između emocionalne reprezentacije i bihevioralnih činilaca uzročnosti u drugom trenutku merenja i negativnog afektiviteta u trećem trenutku merenja. Sledi šematski prikaz pomenutih utvrđenih medijacionih odnosa.



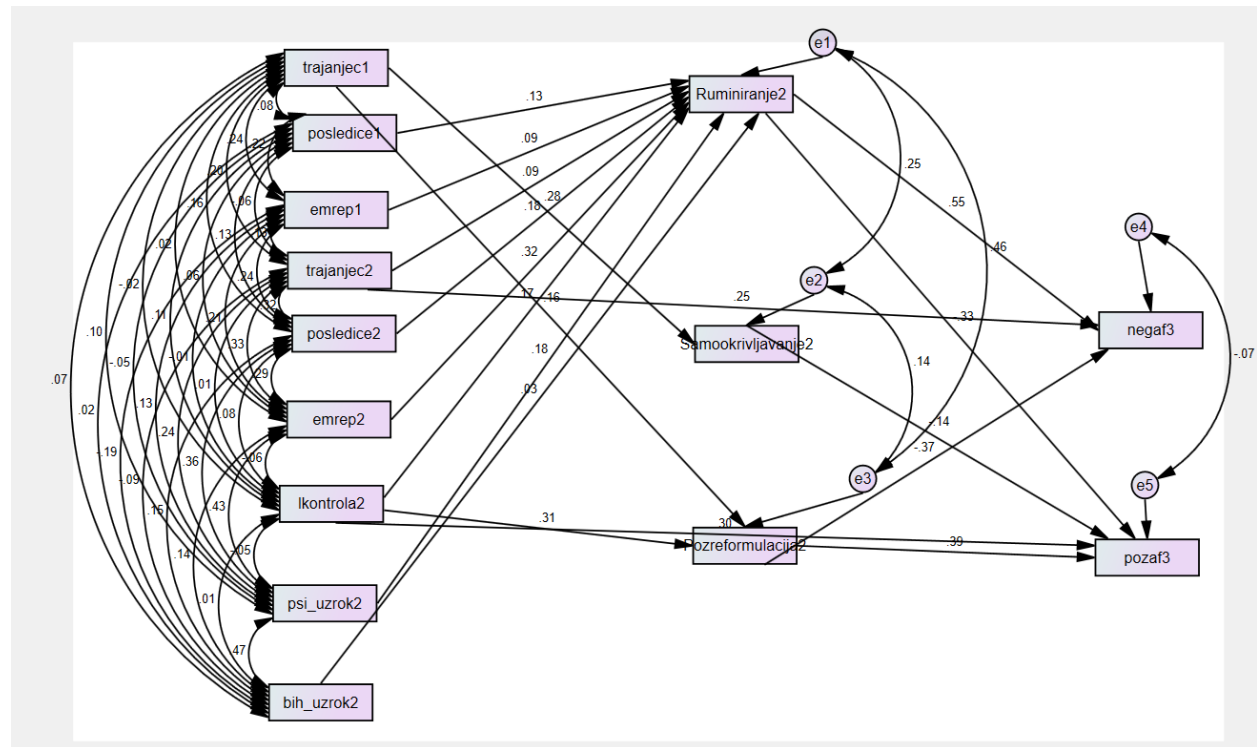
**Slika 6.** Šematski prikaz utvrđenih longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i reprezentacije bolesti nakon 1,5–2 meseca i afektiviteta nakon 3–4 meseca od IM

*Legenda:* Broj 2 u imenu varijabli se odnosi na drugi trenutak merenja. Broj 3 u imenu varijabli se odnosi na treći trenutak merenja

Ovako proveren integrativni model odnosa takođe uz par respecifikacija pokazuje zadovoljavajuće indekse uklapanja u podatke  $FIML\chi^2(33) = 51.667$ ,  $CFI = .949$ ,  $TLI = .836$ ,  $RMSEA = .067$ , 90% CI [.027, .101]. Respecifikacije se odnose na uvođenje direktnih longitudinalnih efekata između dimenzija reprezentacije bolesti i kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja sa pozitivnim i negativnim afektivitetom u trećem trenutku merenja, i to: percepcije cikličnog trajanja u drugom trenutku merenja i negativnog afektiviteta, percepcije



lične kontrole i negativnog afektiviteta, pozitivne reformulacije i negativnog afektiviteta, ruminiranja i pozitivnog afektiviteta, samookrivljanja i pozitivnog afektiviteta.



**Slika 7.** Respecifikovani integrativni model longitudinalnih medijacionih efekata kognitivnog prevladavanja u odnosu između inicijalne reprezentacije bolesti i reprezentacije bolesti nakon 1,5–2 meseca od IM i negativnog afektiviteta nakon 3–4 meseca od IM

*Napomena:* Prikazani su standardizovani regresioni koeficijenti. Vrednosti koeficijenata ispod .15 nisu značajne.

*Legenda:* trajanjec = ciklično trajanje; emrep = emocionalna reprezentacija bolesti; lkontrola = lična kontrola; psi\_uzrok = uzročnost – psihološki činioci; bih\_uzrok = uzročnost – bihejvioralni činioci; pozaf = pozitivni afektivitet; negaf = negativni afektivitet. Broj 1 pored imena varijable označava prvi trenutak merenja (T1); Broj 2 pored imena varijable označava drugi trenutak merenja (T2); Broj 3 pored imena varijable označava treći trenutak merenja (T3).

### **Sumiranje rezultata koji se odnose na proveru longitudinalnih medijacionih efekata**

Imputiranjem nedostajućih vrednosti na nivou ispitanika su uglavnom potvrđeni prethodno utvrđeni longitudinalni medijacioni efekti kognitivnog prevladavanja u odnosu između reprezentacije bolesti i afektiviteta, i utvrđeni neki dodatni. Ono što se pokazalo *novinom je postojanje longitudinalnih efekata inicijalne reprezentacije bolesti na doživljaj afektiviteta nakon 3–4 meseca i to indirektno preko kognitivnog prevladavanja nakon 1,5–2 meseca.* Dakle,

*pokrenuta inicijalna reprezentacija bolesti može ostvarivati dugoročne efekte na kognitivno prevladavanje nakon 1,5–2 meseca i preko njega na afektivitet nakon 3–4 meseca od IM. Ove veze su utvrđene u slučaju inicijalne percepcije cikličnog trajanja i pozitivnog afektiviteta preko pozitivne reformulacije i u odnosu između inicijalne percepcije posledica i emocionalne reprezentacije bolesti na doživljaj negativnog afektiviteta preko ruminiranja.*

### **Provera pretpostavljenog smera delovanja varijabli u modelu u celini**

U ovom delu priloga će biti prikazani samo dodatni utvrđeni efekti koji se tiču odnosa kognitivnog prevladavanja, afektiviteta, pridržavanja tretmana i funkcionisanja. Efekti reprezentacije bolesti na kognitivno prevladavanje i afektivitet neće biti prikazani jer, kao što je već objašnjeno na početku, dimenzija identitet koja učestvuje u modelima sadrži binarni format odgovora, te nije smisleno izvršiti imputaciju nedostajućih vrednosti.

### **Tabela 24**

*Predviđanje afektiviteta u drugom trenutku merenja na osnovu kognitivnog prevladavanja u prvom trenutku merenja i kognitivnog prevladavanja u drugom trenutku merenja na osnovu afektiviteta u prvom trenutku merenja*

<b>Prediktori dimenzije kognitivnog prevladavanja (T1)</b>	<b>– Kriterijum afektivitet (T2)</b>	<b>– Prediktori afektivitet (T1)</b>	<b>– Kriterijum dimenzije kognitivnog prevladavanja (T2)</b>
		Negativni afektivitet ( $\beta = .306, t = 3.415, p < .01$ )	Ruminiranje
		Negativni afektivitet ( $\beta = .269, t = 2.958, p < .01$ )	Katastrofiziranje
		<b>Negativni afektivitet (<math>\beta = .202, t = 2.215, p &lt; .05</math>)</b>	<b>Perspektiva</b>
		<b>Negativni afektivitet (<math>\beta = .188, t = 2.025, p &lt; .05</math>)</b>	<b>Okrivljavanje drugih</b>
		Pozitivni afektivitet ( $\beta = .238, t = 2.557, p < .01$ )	Pozitivno reuokviravanje

	Pozitivni afektivitet ( $\beta = .186, t = 1.993, p < .05$ )	Pozitivna reformulacija
	Pozitivni afektivitet ( $\beta = .180, t = 1.972, p = .051$ )	Perspektiva

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Rezultati potvrđuju nalaze koji su dobijeni bez imputacije nedostajućih vrednosti, a odnose se na to da inicijalni kognitivni aspekti prevladavanja nisu prediktivni za kasniji doživljaj pozitivnog i negativnog afektiviteta, dok se s druge strane, inicijalni doživljaj afektiviteta pokazuje značajnim za kasnije kognitivno prevladavanje. Od dodatnih efekta su utvrđeni pozitivni efekti inicijalnog negativnog afektiviteta na kasnije smeštanje stvari u perspektivu i kasnije okrivljavanje drugih, a pozitivan efekat inicijalnog pozitivnog afektiviteta na kasnije smeštanje stvari u perspektivu je na granici značajnosti.

**Tabela 25**

*Poređenje efekata između dimenzija kognitivnog prevladavanja i afektiviteta u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa*

Međusobni efekti varijabli u odnosu na zadati smer odnosa	Nestandardizovani regresioni koeficijenti (B) i SE (B)	Standardizovani regresioni koeficijenti ( $\beta$ )
Pozreuokvir2 <--- pozaf1	.168 (.111)	.153
pozaf2 <--- Pozreuokvir1	.100 (.062)	.164
Pozreformulacija2 <--- pozaf1	.077 (.100)	.074
<b>pozaf2 &lt;--- Pozreformulacija1</b>	<b>.130* (.065)</b>	<b>.197</b>
<b>Perspektiva2 &lt;--- pozaf1</b>	<b>.365** (.132)</b>	<b>.304</b>
pozaf2 <--- Perspektiva1	.217 (.126)	.195
Katastrofiziranje2 <--- negaf1	.045 (.081)	.049
negaf2 <--- Katastrofiziranje1	.066 (.062)	.110
<b>Ruminiranje2 &lt;--- negaf1</b>	<b>.239** (.088)</b>	<b>.276</b>
negaf2 <--- Ruminiranje1	.119 (.069)	.174
negaf2 <--- Okrivljavanje drugih1	.020 (.081)	.023
Okrivljavanje drugih2 <--- negaf1	.061 (.054)	.098
negaf2 <--- Perspektiva1	.100 (.082)	.112
Perspektiva2 <--- negaf1	.121 (.073)	.153

*Napomena:* Boldirani su značajni efekti. \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ .

Rezultati koji se odnose na utvrđene nove relacije između kognitivnog i afektivnog prevladavanja ne ukazuju na supstantivno nove zaključke u odnosu na pretpostavljeni smer delovanja ovih varijabli. I dalje pojedini aspekti inicijalnog kognitivnog prevladavanja bolje predviđaju kasniji afektivitet (efekat inicijalne pozitivne reformulacije na kasniji pozitivni afektivitet), ali isto tako u nekim slučajevima inicijalno doživljena osećanja bolje predviđaju kasnije kognitivno prevladavanje (efekat inicijalnog pozitivnog afektiviteta na kasnije smeštanje stvari u perspektivu i efekat inicijalnog negativnog afektiviteta na kasnije ruminiranje).

**Tabela 26**

*Predviđanje pridržavanja tretmana u trećem trenutku merenja na osnovu afektiviteta u drugom trenutku merenja i afektiviteta u trećem trenutku merenja na osnovu pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja*

<b>Prediktori dimenzije afektiviteta (T2)</b>	<b>– Kriterijum pridržavanje tretmana (T3)</b>	<b>– Prediktori pridržavanje tretmana (T2)</b>	<b>– Kriterijum afektivitet (T3)</b>	<b>–</b>
		<b>Znanje</b> ( $\beta = -.221, t = -2.494,$ $p < .05$ )	<b>Pozitivni afektivitet</b>	

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Dodatno je utvrđen značajan negativni efekat znanja u vezi sa uzimanjem lekova 1,5–2 meseca od IM, na pozitivni afektivitet 3–4 meseca od IM.

**Tabela 27**

*Poređenje efekata između afektiviteta i pridržavanja tretmana u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa*

<b>Medusobni efekti varijabli u odnosu na zadati smer odnosa</b>	<b>Nestandardizovani regresioni koeficijenti (B) i SE (B)</b>	<b>Standardizovani regresioni koeficijenti (<math>\beta</math>)</b>
znanje3 <--- pozaf2	.053(.067)	.069
<b>pozaf3 &lt;--- znanje2</b>	<b>-.141* (.061)</b>	<b>-.186</b>

*Napomena.* *Napomena:* Boldirani su značajni efekti.  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ . Ovo su ujedno efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Rezultati govore da pojedini aspekti pridržavanja tretmana, konkretno znanje o uzimanju lekova 1,5–2 meseca od IM predviđa pozitivni afektivitet 3–4 meseca od IM, dok pozitivni afektivitet 1,5–2 meseca nakon IM ne predviđa znanje o uzimanju lekova nakon 3–4 meseca od IM. Nalazi govore suprotno pretpostavljenom smeru odnosa afektiviteta i ponašanja, tj. afektivnog i ponašajnog aspekta prevladavanja.

**Tabela 28**

*Predviđanje funkcionisanja u trećem trenutku merenja na osnovu pridržavanja tretmana u drugom trenutku merenja i pridržavanja tretmana u trećem trenutku merenja na osnovu funkcionisanja u drugom trenutku merenja*

<b>Prediktori pridržavanje tretmana (T2)</b>	<b>Kriterijum funkcionisanje (T3)</b>	<b>Prediktori funkcionisanje (T2)</b>	<b>–</b>	<b>Kriterijum pridržavanje tretmana (T3)</b>	<b>–</b>
<b>Modifikacija</b>	<b>Jači stepen ometanja</b>				
$(\beta = -.194, t = -2.099, p < .05)$					

*Napomena.* Prikazani su samo značajni efekti. Boldirani su efekti koji se razlikuju u odnosu na efekte bez imputacije nedostajućih podataka na nivou ispitanika.

Dodatno je utvrđen negativni efekat modifikacije uzimanja lekova u odnosu na aspekte jačeg ometanja od bolesti.

**Tabela 29**

*Poređenje efekata između pridržavanja tretmana i funkcionisanja u pretpostavljenom i obrnutom smeru odnosa*

<b>Međusobni efekti varijabli u odnosu na zadati smer odnosa</b>	<b>Nestandardizovani regresioni koeficijenti (B) i SE (B)</b>	<b>Standardizovani regresioni koeficijenti (<math>\beta</math>)</b>
FunkcionalnostA2 <--- modifikacija1	-.292 (.208)	-.119
modifikacija2 <--- FunkcionalnostA1	-.040 (.028)	-.130

*Legenda:* FunkcionalnostA1 = jači stepen ometanja od bolesti u prvom trenutku merenja (T1); FunkcionalnostA2 = jači stepen ometanja od bolesti u prvom trenutku merenja (T2).

Nisu utvrđeni značajni efekti ni u smeru od modifikacije ka aspektima jačeg ometanja od bolesti ni obratno, tako da se ne može govoriti o smeru delovanja ovih varijabli.

***Sumiranje rezultata koji se odnose na proveru pretpostavljenog smera delovanja varijabli u modelu***

Ako sumiramo nalaze koji se odnose na proveru pretpostavljenih smerova delovanja varijabli koji su dobijeni dopunom podataka, oni potvrđuju prethodno utvrđene rezultate (bez imputacije vrednosti na nivou ispitanika) o kompleksnim i dvosmernim odnosima kognitivnog i emocionalnog aspekta prevladavanja, tj. da se ne može uvek govoriti o pretpostavljenom smeru odnosa kao na Slici 4. Ovi nalazi dodatno pokazuju da se verovatno ne može govoriti ni o pretpostavljenom smeru odnosa između afektiviteta i pridržavanja tretmana, jer je utvrđeno da znanje o uzimanju lekova kao aspekt pridržavanja tretmana ostvaruje efekat na pozitivni afektivitet kao aspekt emocionalnosti, dok obrnuta relacija nije utvrđena. O smeru delovanja pridržavanja tretmana i funkcionisanja nakon bolesti se ne može govoriti s obzirom na to da utvrđeni efekti nisu značajni.

## **Prilog 3 – Informisana saglasnost za pacijente u prvom trenutku ispitivanja**

Poštovani,

Imajući u vidu da infarkt miokarda (IM) predstavlja jako stresan događaj koji, pored telesnih može imati brojne psihološke efekte na pacijenta, u ovom istraživanju, koje se sprovodi za potrebe izrade doktorske disertacije, nastojimo da ispitamo psihološke aspekte reagovanja i prilagođavanja pacijenata na IM. Cilj istraživanja je da se proverí kako su opažanje bolesti, pojedini načini razmišljanja i emocionalnog reagovanja, ali i ponašanje s obzirom na bolest povezani sa funkcionisanjem pacijenata nakon IM. Da bismo ispitali pretpostavljenu povezanost, a u cilju praćenja vašeg prilagođavanja na bolest, istraživanje će biti sprovedeno **u tri navrata – neposredno nakon infarkta, tj. tokom hospitalizacije, kao i prilikom kasnijih kontrola kod ordinirajućeg lekara nakon 1-1,5 meseci i nakon 3 meseca.**

**Dobijeni rezultati bi trebalo da daju obuhvatni pogled na psihološko funkcionisanje pacijenata koji su doživeli IM, te da oslikaju pacijentovu perspektivu bolesti i značaj koju ta perspektiva može da ima u upravljanju bolešću/zdravljem. Takođe, mogu imati praktične implikacije u cilju formiranja programa psihološke podrške pacijentima nakon IM.**

Molimo Vas da pomognete u realizaciji ovog istraživanja tako što ćete popuniti upitnike koji se nalaze na stranicama koje slede. Takođe Vas molimo da na pitanja odgovarate **iskreno**, davanjem što tačnijih i preciznijih odgovora, jer od toga zavisi valjanost dobijenih podataka, a time i celog istraživanja.

Podaci koji budu zabeleženi o Vašem identitetu će biti samo i isključivo u svrhu povezivanja sa rezultatima iz kasnijih faza istraživanja i omogućavanja praćenja u predviđenom periodu. Nakon toga će biti izbrisani i anonimizovano obrađivani, a svi podaci dobijeni preko upitnika biće korišćeni **isključivo u istraživačke svrhe**, sa ciljem naučnog ustanovljavanja pravilnosti i opštih veza, bez izdvajanja pojedinačnih podataka. U svakom trenutku možete odustati od istraživanja, bez ikakvih posledica. Ukoliko imate bilo kakve nejasnoće, možete kontaktirati istraživača na mail [damjana.panic@filfak.ni.ac.rs](mailto:damjana.panic@filfak.ni.ac.rs) ili telefonom .....<sup>5</sup>

**Potpisivanjem ovog dokumenta izjavljujete da ste doborovoljno pristali da učestvujete u gore pomenutom istraživanju.**

Potpis učesnika

Istraživač

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>5</sup> Napomena: Broj telefona istraživača je izbrisan u ovom i narednom prilogu koji se odnosi na informisane saglasnosti u drugom i trećem trenutku merenja, ali je inače bio dostupan ispitanicima.

## Prilog 4 – Informisana saglasnost za pacijente u drugom i trećem trenutku ispitivanja

Poštovani,

Imajući u vidu da infarkt miokarda (IM) predstavlja jako stresan događaj koji, pored telesnih može imati brojne psihološke efekte na pacijenta, u ovom istraživanju, koje se sprovodi za potrebe izrade doktorske disertacije, nastojimo da ispitamo psihološke aspekte reagovanja i prilagođavanja pacijenata na IM. Cilj istraživanja je da se proverí kako su opažanje bolesti, pojedini načini razmišljanja i emocionalnog reagovanja, ali i ponašanje s obzirom na bolest povezani sa funkcionisanjem pacijenata nakon IM.

Pored toga, zanima nas i Vaše prilagođavanje na bolest, pa se istraživanje sprovodi **u tri navrata – neposredno nakon infarkta, tj. tokom hospitalizacije, kao i prilikom kasnijih kontrola kod ordinirajućeg lekara nakon 1-1,5 meseci i nakon 3 meseca.**

**Kako smo već uradili prvo ispitivanje u KC Niš, na Institutu za karadiovaskularne bolesti Dedinje, u Opštoj bolnici u Pirotu ili u Opštoj bolnici u Leskovcu neposredno nakon IM, naredna dva se odnose na praćenje vašeg stanja i prilagođavanja na bolest.** <sup>6</sup>

**Dobijeni rezultati bi trebalo da daju obuhvatni pogled na psihološko funkcionisanje pacijenata koji su doživeli IM, te da oslikaju pacijentovu perspektivu bolesti i značaj koju ta perspektiva može da ima u upravljanju bolešću/zdravljem. Takođe, mogu imati praktične implikacije u cilju formiranja programa psihološke podrške pacijentima nakon IM.**

Kao i na samom početku, molimo Vas da pomognete u realizaciji istraživanja tako što ćete popuniti upitnike koji se nalaze na stranicama koje slede. Takođe Vas molimo da na pitanja odgovarate **iskreno**, davanjem što tačnijih i preciznijih odgovora jer od toga zavisi valjanost dobijenih podataka, a time i celog istraživanja.

Podaci koji budu zabeleženi o Vašem identitetu će biti samo i isključivo u svrhu povezivanja sa rezultatima iz prve i treće faze istraživanja. Nakon toga će biti izbrisani i anonimizovano obrađivani, te korišćeni **isključivo u istraživačke svrhe**, sa ciljem naučnog ustanovljavanja pravilnosti i opštih veza, bez izdvajanja pojedinačnih podataka. U svakom trenutku možete odustati od istraživanja, bez ikakvih posledica. Ukoliko imate bilo kakve nejasnoće, možete kontaktirati istraživača na mail [damjana.panic@filfak.ni.ac.rs](mailto:damjana.panic@filfak.ni.ac.rs) ili telefonom .....

**Potpisivanjem ovog dokumenta izjavljujete da ste doborovoljno pristali da učestvujete u gore pomenutom istraživanju.**

Potpis učesnika

Istraživač

<sup>6</sup> Tekst informisane saglasnosti u trećem trenutku ispitivanja se razlikovao jedino u ovom delu i glasio je: Kako smo već uradili dva ispitivanja - prvo u KC Niš, na Institutu za karadiovaskularne bolesti Dedinje, u Opštoj bolnici u Pirotu ili u Opštoj bolnici u Leskovcu neposredno nakon IM, drugo nakon 1,5 meseci od hospitalizacije, ovo je poslednje, a u cilju praćenja vašeg stanja i prilagođavanja na bolest.





## Biografija

Damjana Panić je rođena 1988. godine u Pirotu gde je završila osnovnu školu i Gimnaziju kao nosilac Vukovih diploma. Diplomirala je na Departmanu za psihologiju Filozofskog fakulteta u Nišu 2011. godine sa prosečnom ocenom 9,94. Svake godine tokom studija je nagrađivana za najboljeg studenta Departmana za psihologiju. Proglašena je za najboljeg diplomiranog studenta na Departmanu za psihologiju i Filozofskom fakultetu u šk. 2010/11. Dobitnik je nagrade grada Niša „11. januar“ i Univerzitetske povelje za postignut uspeh u toku studija.

Master akademske studije psihologije je završila na Filozofskom fakultetu u Nišu 2013. godine sa prosečnom ocenom 9,89 odbranivši rad na temu „A tip ponašanja, sindrom izgaranja i perfekcionizam menadžera“. Tokom osnovnih i master studija bila je stipendista Ministarstva prosvete i nauke i Fonda za mlade talente „Dositeja“ Ministarstva omladine i sporta.

Doktorske akademske studije psihologije upisala je 2013. godine na Filozofskom fakultetu u Nišu i položila ispite predviđene planom i programom sa prosečnom ocenom 10. Od 2014. do 2019. godine je bila član tima naučno-istraživačkog projekta Ministarstva prosvete, nauke i tehnološkog razvoja „Indikatori i modeli usklađivanja porodičnih i poslovnih uloga“.

Zapošljena je na Filozofskom fakultetu u Nišu na Departmanu za psihologiju od 2016. godine. Kao asistent realizuje vežbe na predmetima iz oblasti savetovanja i psihoterapije, kriznih intervencija i zdravstvene psihologije.

Od 2018. do 2022. godine je bila sekretar međunarodnog naučnog časopisa Psihologija.

Autor je i koautor više naučnih radova objavljenih u domaćim i međunarodnim časopisima. Učestvovala je na brojnim naučno-stručnim skupovima u zemlji i inostranstvu.

Završila je edukaciju iz Kognitivno-bihejvioralne terapije, ima Nacionalni sertifikat za psihoterapiju, i položen stručni ispit za rad u zdravstvu.

**Изјава 1.**

**ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ**

Изјављујем да је докторска дисертација, под насловом

**Конструкт болести и психолошки аспекти превладавања код пацијената са инфарктом миокарда**

која је одбрањена на Филозофском факултету Универзитета у Нишу:

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да ову дисертацију, ни у целини, нити у деловима, нисам пријављивао/ла на другим факултетима, нити универзитетима;
- да нисам повредио/ла ауторска права, нити злоупотребио/ла интелектуалну својину других лица.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци, који су у вези са ауторством и добијањем академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада, и то у каталогу Библиотеке, Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Нишу, као и у публикацијама Универзитета у Нишу.

У Нишу, 21.02.2022.

Потпис аутора дисертације:

Занујана Р. Баша  
(Име, средње слово и презиме)

**Изјава 2.**

**ИЗЈАВА О ИСТОВЕТНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ И ШТАМПАНОГ ОБЛИКА  
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Наслов дисертације: **Конструкт болести и психолошки аспекти превладавања  
код пацијената са инфарктом миокарда**

Изјављујем да је електронски облик моје докторске дисертације, коју сам  
предао/ла за уношење у **Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу**,  
истоветан штампаном облику.

У Нишу, 21.02.2022.

Потпис аутора дисертације:

Замјана Р. Јашић  
(Име, средње слово и презиме)

### Изјава 3.

#### ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Никола Тесла“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу унесе моју докторску дисертацију, под насловом:

**Конструкт болести и психолошки аспекти превладавања код пацијената са инфарктом миокарда**

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском облику, погодном за трајно архивирање.

Моју докторску дисертацију, унету у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу, могу користити сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons), за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство **(CC BY)**

2. Ауторство – некомерцијално **(CC BY-NC)**

3. Ауторство – некомерцијално – без прераде **(CC BY-NC-ND)**


4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима **(CC BY-NC-SA)**

5. Ауторство – без прераде **(CC BY-ND)**

6. Ауторство – делити под истим условима **(CC BY-SA)**

У Нишу, 21.02.2022

Потпис аутора дисертације:

  
(Име, средње слово и презиме)