

OSOBNA KONTROLA RAZVOJA, OSJEĆAJ KOHERENTNOSTI I ZADOVOLJSTVO ŽIVOTOM KOD OSOBA OBOLJELIH OD NEKIH KRONIČNIH BOLESTI

Jelena Martinović

Centar za socijalnu skrb
Gundulićeva 22, 21000 Split
jelenamartinovicst@yahoo.com

Zvezdan Penezić

Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru
Obala kralja Petra Krešimira IV br. 2, 23000 Zadar
zvezdan@unizd.hr

Jelena Ombla

Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru
Obala kralja Petra Krešimira IV br. 2, 23000 Zadar
jlevac@unizd.hr

Ana Slišković

Odjel za psihologiju, Sveučilište u Zadru
Obala kralja Petra Krešimira IV br. 2, 23000 Zadar
aslavic@unizd.hr

Sažetak

Koristeći se salutogenim terminima, bolest osobu približava kraju "bolest" na kontinuumu "zdravlje-bolest", no hoće li se osoba na tom kontinuumu nastaviti kretati k polu "zdravlje" ili "bolest", prema Antonovskom, ovisi o njezinu osjećaju koherentnosti. Osoba visokog osjećaja koherentnosti bolest bi trebala doživjeti kao izazov s kojim se može nositi, smatra da suočavanje s bolešću za nju ima smisla, da je vrijedno ulaganja vremena i energije, i to djelujući na okolnosti u kojima se zbog bolesti našla (strategijama primarne kontrole), ali i prilagodbom sebe na te okolnosti (strategijama sekundarne kontrole). Osoba niskog osjećaja koherentnosti bolest može doživjeti kao kaznu, slabost i nepopravljivi gubitak, s kojom se ne zna, niti ima smisla nositi, te stoga izabire neadekvatne strategije suočavanja.

Dijabetes i karcinom su bolesti s različitim tijekom i prognozom, te zahtjevima koje liječenje tih bolesti postavlja pred pacijenta, te bi uspješno suočavanje s tim bolestima zahtijevalo drugačije strategije kontrole.

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi postoji li razlika u osjećaju koherentnosti, strategijama kontrole i zadovoljstvu životom kod oboljelih od karcinoma, dijabetesa i zdravih osoba.

Ispitivanje je provedeno na uzorku od 90 ispitanika, a koji čine tri skupine ispitanika izjednačene po dobi, spolu i naobrazbi (skupina osoba oboljelih od karcinoma, skupina osoba oboljelih od dijabetes mellitusa i skupina zdravih osoba).

Utvrđeno je da osobe oboljele od karcinoma imaju značajno veći osjećaj koherentnosti i sekundarnu kontrolu, kako od dijabetičara, tako i od zdravih ispitanika, dok se dijabetičari i zdravi ne razlikuju na tim varijablama. Kod primarne i tercijarne kontrole, te zadovoljstva životom, nije utvrđena značajna razlika s obzirom na zdravstveni status ispitanika. Značajnim pozitivnim prediktorima zadovoljstva životom pokazali su se osjećaj koherentnosti i sekundarna kontrola.

Ključne riječi: osobna kontrola razvoja, osjećaj koherentnosti, zadovoljstvo životom, dijabetes, karcinom

UVOD

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije zdravlje je “optimalna fizička, mentalna i socijalna dobrobit čovjeka, a ne samo puka odsutnost bolesti i nemoć”. Modeli konvencionalne medicine koncentriraju se na individualnu patologiju, te svoja istraživanja i metode usmjeravaju na prevenciju i tretman bolesti do kojih dovode patogeni faktori, koji su svojim utjecajem narušili homeostazu. Za razliku od patogenog modela, salutogeni model, koji je postavio Antonovsky (1996), usmjeren je na otkrivanje onih faktora koji doprinose ponovnom uspostavljanju narušene ravnoteže, pri čemu ta narušena ravnoteža ne mora nužno voditi u bolest. Ovaj model na stresne događaje gleda kao na neizbježni dio ljudskog iskustva, a o osobi ovisi kako će na njih reagirati, te kakve će oni posljedice imati na njeno zdravlje. Salutogeni model na zdravlje ne gleda više kao na dihotomnu varijablu, već kao na kontinuum zdravlje-bolest. Položaj pojedinca na tom kontinuumu ovisi isključivo o njegovoj sposobnosti da se nosi sa stresnim podražajima, tj. hoće li stresni podražaj biti procijenjen korisnim, neutralnim ili štetnim, odnosno hoće li u konačnici imati posljedice, i kakve će one biti za njegovo zdravlje (Antonovsky, 1990).

Salutogeni model se bavi onim faktorima koji su izvor zdravlja, individualnim resursima kojima se osoba služi pri savladavanju tenzije i stresa u svom životu, a da pritom ne podliježe bolesti. Te individualne resurse koji osobi služe da se kreće ka (ili zadrži na) dijelu kontinuumu zdravlje-bolest, Antonovsky (1996) naziva *osjećajem koherentnosti (sense of coherence)*, i on čini središnji konstrukt njegova salutogenog modela. Definira ih kao globalnu orijentaciju koja odražava u kojoj je mjeri kod pojedinca prisutan prožimajući, trajan, ali istovremeno i dinamičan osjećaj sigurnosti koji se sastoji od tri komponente: razumljivosti, sposobnosti upravljanja i smislenosti.

Razumljivost se odnosi na to da su podražaji iz njegove unutarnje i vanjske okoline strukturirani, predvidivi i objašnjivi. Pri tome se dobra razumljivost zasniva na konzistentnom prošlom iskustvu. Osoba s razvijenim osjećajem razumljivosti očekuje da će podražaji s kojima će se susresti u budućnosti također biti manje/više jasni, objašnjivi i predvidivi.

Sposobnost upravljanja podrazumijeva da su resursi kojima osoba raspolaže dovoljni da mogu zadovoljiti zahtjeve koji proizlaze iz tih podražaja. Ova osobina se razvija na uravnoteženom iskustvu podopterećenja-preopterećenja. Osoba sa razvijenim osjećajem savladivosti procjenjuje da će bez većih problema, bilo pomoću vlastitih resursa, ili resursa koji su joj dostupni iz okoline, uspjeti savladati postavljene zahtjeve.

Smislenost polazi od toga da su zahtjevi koji se postavljaju pred pojedinca doživljeni kao izazovi kojima se vrijedi baviti. Za razvoj smislenosti važno je da osoba ima osjećaj da sama kreira svoju sudbinu i svoje svakodnevno iskustvo, a ne da drugi donose odluke umjesto nje (Antonovsky, 1996).

Osnovna hipoteza koja proizlazi iz teorije osjećaja koherentnosti Antonovskog je da je osjećaj koherentnosti povezan fizičkim i psihičkim zdravljem, i to na način da osoba visokog osjećaja koherentnosti izabire ponašanja koja promoviraju zdravlje te na taj način utječe na rad imunološkog i endokrinog sustava, mobilizirajući adekvatne tjelesne resurse (Flensburg-Madsen, Ventegodt i Merrick, 2005).

Agardh i sur. (2003) su istraživali povezanost osjećaja koherentnosti, stresa na poslu i dijabetesa tipa II na uzorku od gotovo 5000 žena srednje životne dobi. Utvrdili su da žene niskog osjećaja koherentnosti imaju gotovo četiri puta veći rizik od obolijevanja od dijabetesa tipa II, čak i kada se kontrolira utjecaj drugih faktora kao što su obiteljska dispozicija za dijabetes, indeks tjelesne mase, pušenje ili tjelesna neaktivnost.

Da je osjećaj koherentnosti medijator između stresnog iskustva i zadovoljstva životom, te da djeluje kao odbojnik stresa smatraju i Gana (2001), te Hogh i Mikkelsen (2005), koji medijacijsku ulogu osjećaja koherentnosti dobivaju u istraživanju odnosa izloženosti stresu na radu i stresnih reakcija.

Prema teoriji osobne kontrole razvoja, osoba je aktivni agent svog razvoja (Heckhausen i Dweck, 1998; Ryan, 1993), a naglasak se stavlja na sposobnost osobe da kontrolira svoje vanjsko i unutarnje okruženje, te na taj način upravlja svojim cjeloživotnim razvojem (Heckhausen i Dweck, 1998). Teorija razlikuje primarnu i sekundarnu kontrolu, pri čemu je primarna kontrola usmjerena na vanjski svijet, tj. osoba nastoji promijeniti okolinu u skladu sa svojim potrebama i ciljevima, dok je, s druge strane, sekundarna kontrola usmjerena na sebe, tj. za cilj ima prilagodbu sebe okolini. Ni jedna od strategija primarne kontrole (npr. investiranje resursa u postizanje cilja, traženje pomoći od drugih itd.) i sekundarne kontrole (silazne socijalne usporedbe, odustajanje od nedostižnih ciljeva itd.) nije funkcionalna ili nefunkcionalna sama po sebi, već je adaptivna ona strategija koja je u određenom trenutku kongruentna sa situacijom u kojoj se pojedinac nalazi. Tu regulaciju strategija primarne i sekundarne kontrole Heckhausen i Schultz (1995) nazivaju optimizacijom. Dakle, optimizacija je proces višeg reda kojim se održava ravnoteža među upotrebom pojedinih strategija koja dugoročno osigurava pozitivne ishode za pojedinca.

U situacijama kada strategije ni primarne ni sekundarne kontrole nisu u mogućnosti stabilizirati self i zadovoljstvo životom, osoba može koristiti strategije kao što

su reinterpetacija, racionalizacija, fantaziranje, izbjegavanje i sl., koje Lacković-Grgin i sur. (2001) nazivaju tercijsnom kontrolom. Umjerenim korištenjem ovih strategija, osoba si uzima “*psihološki time-out*”, tj. oslobađa se emocionalne nelagode i/ili pronalazi adekvatnije načine učinkovite kontrole. Iako Heckhausen i Schultz (1995) u svojoj teoriji ne izdvajaju ove strategije dajući im posebno značenje, neki autori nazivaju ih magičnim gospodarenjem (npr. Gutman, 1964.) ili imunizacijom (npr. Brandstädter i Greeve, 1994.). Lacković-Grgin, Grgin, Penezić i Sorić (2001) smatraju potrebnim ove strategije tretirati odvojeno.

U različitim stresnim situacijama strategije kontrole primjenjuju se u različitim stupnjevima (Weisz, Rothbaum i Blackburn, 1984). Optimalna kombinacija strategija primarne i sekundarne kontrole neophodna je za kvalitetu života, razvoj i proces starenja, te se ona mijenja kroz situacije, ali i kroz životna razdoblja (Heckhausen i Schulz, 1995). Pri tome adaptivnost sekundarne kontrole ne ovisi samo o dobi, već i o kontrolabilnosti situacije u kojoj se osoba nalazi.

Kronična bolest je nenormativni životni događaj, progresivna je i degenerativna, te najčešće rezultira trajnim promjenama na fizičkom, psihološkom i socijalnom planu. Osoba koja je pogođena kroničnom bolešću suočava se s nizom prijetnji i izazova kao što su bol, fizička izobličenost, otežano fizičko funkcioniranje, ugroženost života i promjena perspektive budućnosti.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, kronične bolesti, kao što su kardiovaskularne bolesti, karcinom, dijabetes, kronične respiratorne bolesti, najčešći su uzrok smrti. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo za 2011. godinu, novotvorine su bile drugi najčešći uzrok smrti zbog bolesti (odmah nakon kardiovaskularnih bolesti) sa 27% (23% kod žena i 32% kod muškaraca).

Dijagnoza novotvorina jedan je od najdramatičnijih događaja, neovisno o njezinoj vrsti i prognozi. Osim što se oboljeli moraju prilagoditi tretmanu, suočiti s fizičkim manifestacijama bolesti, te promjenama u vanjskom izgledu koje su posljedica terapije, moraju se suočiti s emocionalnim distresom, prijetnjom osobnom identitetu i mogućnosti smrti.

Diabetes mellitus je naslijeđeno ili stečeno stanje kronične hiperglikemije koja može biti rezultat smanjenog lučenja inzulina ili pojačanog djelovanja različitih kontrainzulinarnih procesa. U Hrvatskoj je registrirano 135000 oboljelih od dijabetesa (5-10% tip 1 i oko 90% tip 2), a procjenjuje se da je to samo polovina stvarno oboljelih od dijabetesa. Smatra se da je smrtnost od posljedica dijabetesa osma na ljestvici uzroka smrtnosti zbog bolesti (Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2012).

Osobe visokog osjećaja koherentnosti svoju bolest (karcinom, srčani udar - Forsberg i Björvell, 1996) doživljavaju kao manje opterećenje nego osobe niskog osjećaja koherentnosti. Visoki osjećaj koherentnosti povezan je s visokim stupnjem prihvaćanja dijabetesa (Richardson, Adner i Nordstroëm, 2001), manjim strahom od hipoglikemije (Shiu, 2004), te većim zadovoljstvom životom (Lundman i Norberg, 1993; Sandén-Eriksson, 2000), uz bolju glikemijsku kontrolu (Leksell, 2005).

Germano, Misajon i Cummins (2001) navode niz istraživanja koja podupiru hipotezu Antonovskog da osjećaj koherentnosti ima pozitivnu, ali ne direktnu vezu sa zadovoljstvom životom. Povezanost je utvrđena na uzorku izraelskih izbjeglica (Sagy, Antonovsky i Adler, 1990), sveučilišnih nastavnika (Ryland i Greenfield, 1991), starijih osoba (Stolar, MacEntee i Hill, 1992), opće populacije (Kalimo i Vuori, 1990). Također, autori navode i niz istraživanja u kojima se utvrdilo da se ljudi naviknu na različite životne uvjete, te se njihovo zadovoljstvo ne razlikuje značajno od zadovoljstva životom ispitanika opće populacije, npr. osobe sa oštećenjima kralježnice (Schultz i Decker, 1985), karcinomom (Muthny, Koch i Stump, 1990) ili paraplegijom (Brickman, Coates i Janoff-Bulman, 1988).

Povezanost zadovoljstva životom i osjećaja koherentnosti dobivena je u istraživanju Gane (2001), te je utvrđeno da negativni životni događaji nemaju direktan utjecaj na zadovoljstvo životom, tj. da je osjećaj koherentnosti medijator te povezanosti. U istraživanju Richardson-Gibson i Parker (2003) na uzorku afro-američkih žena oboljelih od karcinoma na dojci utvrđeno je da su osjećaj koherentnosti, te nada i spiritualnost u kombinaciji, najbolji prediktori zadovoljstva životom.

Iako se vjerojatnost preživljavanja od karcinoma određuje prema vrsti, području koje je zahvatio tumor, te stadiju bolesti, istraživanja su utvrdila da je subjektivna procjena zdravlja značajan, neovisni prediktor stope preživljavanja. Takvi rezultati dobiveni su na uzorku žena oboljelih od tumora na dojci (Coates i sur., 2000), raka pluća (Ganz, Lee i Siau, 1991; Ruckdeschel i Piantodosi, 1994; Kaasa, Mastekaasa i Lund, 1989) i na heterogenom uzorku osoba oboljelih od karcinoma (Ganz i sur., 1991; Ruckdeschel i Piantodosi, 1994; Kaasa i sur., 1989).

Polazište i cilj istraživanja

Postavljanje dijagnoze kronične bolesti dovodi u pitanje emocionalnu ravnotežu osobe, njenu sliku o sebi, stabilnost njene socijalne mreže, te njenu budućnost. Koristeći se salutogenim terminima, bolest osobu približava kraju "bolest" na kontinuumu "zdravlje-bolest", no hoće li se osoba na tom kontinuumu nastaviti kretati k polu "zdravlje" ili "bolest" ovisi o njezinu osjećaju koherentnosti. Osoba visokog osjećaja koherentnosti bolest bi trebala doživjeti kao izazov s kojim se može nositi, te da suočavanje s bolešću za nju ima smisla, da je vrijedno ulaganja vremena i energije, i to djelujući na okolnosti u kojima se zbog bolesti našla (strategijama primarne kontrole), ali i prilagodbom sebe na te okolnosti (strategijama sekundarne kontrole). Osoba niskog osjećaja koherentnosti bolest može doživjeti kao kaznu, slabost i nepopravljivi gubitak, s kojom se ne zna, niti ima smisla nositi, te stoga izabire neadekvatne strategije suočavanja.

Dijabetes i karcinom su bolesti s različitim tijekom i prognozom, te zahtjevima koje liječenje postavlja pred pacijenta, pa bi uspješno suočavanje s tim bolestima zahtijevalo i drugačije strategije kontrole.

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi postoji li razlika u osjećaju koherentnosti, strategijama kontrole i zadovoljstvu životom kod oboljelih od karcinoma, dijabetesa i zdravih osoba, te koji su najbolji prediktori zadovoljstva životom kod triju skupina ispitanika.

METODOLOGIJA

Ispitanici i postupak

Ispitivanje je provedeno na uzorku od 90 ispitanika koji čine tri skupine izjednačene po dobi, spolu i naobrazbi (Tablica 1). Ispitivanje je započeto (uz dozvolu ravnatelja Odjela za onkologiju) individualno s osobama oboljelim od karcinoma ($N = 30$, prosječne dobi od 54 godine, $sd = 11,45$) koje su trenutno u redovnom tretmanu kemoterapijom u onkološkoj dnevnoj bolnici Kliničke bolnice u Splitu. Kod ispitivanja osoba oboljelih od dijabetesa, vodilo se računa da ti ispitanici budu izjednačeni s ispitanicima oboljelim od karcinoma prema sociodemografskim varijablama kao što su dob (prosječna dob 53 godine, $sd = 11,79$), spol i naobrazba. Ispitivanje osoba oboljelih od dijabetesa provedeno je (uz dozvolu ravnatelja regionalnog centra za dijabetes i endokrinologiju KB Split) individualno u prostorijama dnevne bolnice, dok su čekali na kontrolni pregled kod svog liječnika. Konačno, provedeno je ispitivanje na kontrolnoj skupini zdravih ispitanika (koji se ne liječe ni od kakve kronične bolesti), također vodeći računa o sociodemografskim varijablama (prosječna dob ove skupine je bila 55 godina, a $sd = 13,52$). Ispitivanje na ovoj skupini ispitanika provedeno je individualno u njihovim domovima ili na radnom mjestu.

Tablica 1. Prikaz frekvencije ispitanika prema nekim sociodemografskim varijablama

Varijabla		Zdravstveni status			N _{tot}
		Oboljeli od karcinoma	Oboljeli od dijabetesa	Zdrave osobe	
Spol	muški	8	8	8	24
	ženski	22	22	22	66
Dob	23 - 54 god.	16	16	16	48
	55 - 75 god.	14	14	14	42
Školska sprema	osnovna	8	8	8	24
	srednja	15	15	15	45
	viša/visoka	7	7	7	21
Radni status	zaposleni	9	7	16	32
	nezaposleni	7	12	9	28
	umirovljeni	14	11	5	30

Mjerni instrumenti

U ispitivanju su primijenjeni sljedeći instrumenti:

1) *Upitnik osobnih podataka* koji je sadržavao pitanja o spolu, dobi, procjeni zdravstvenog stanja, te procjeni stresnosti protekle godine (procjene su davane na skali od pet stupnjeva).

2) *Skrraćena verzija skale za mjerenje osjećaja koherentnosti (SOC-* Lacković-Grgin, 2002) sadrži 23 čestice i pokazuje jednofaktorsku strukturu. Ispitanici su odgovarali zaokruživanjem broja na skali od sedam stupnjeva s dvije uporišne tvrdnje (npr. 1 = vrlo često, 7 = vrlo rijetko ili nikad). Ukupni rezultat formiran je kao linearna kombinacija procjena koje je dao ispitanik. Pouzdanost skale tipa Cronbach alpha u ovom istraživanju iznosila je $\alpha = 0,86$.

3) *Upitnik za mjerenje osobne kontrole razvoja* (Lacković-Grgin, Grgin, Sorić, Penezić, 1998) sadrži 67 čestica sa skalama Likertova tipa. Faktorskom analizom upitnika dobivena je trofaktorska struktura: primarna kontrola (subskala se sastoji od 28 čestica), sekundarna kontrola (20 čestica), tercijarna kontrola (11 čestica). Ukupni rezultat na svakoj od pojedinih subskala formiran je kao linearna kombinacija procjena koje je ispitanik dao na česticama koje čine pojedinu subskalu. Pouzdanost cjelokupne skale tipa Cronbach alpha u ovom istraživanju iznosi $\alpha = 0,90$; a subskala primarne, sekundarne i tercijarne kontrole redom $\alpha = 0,92$; $\alpha = 0,83$; $\alpha = 0,78$.

4) *Skala zadovoljstva životom* (Diener, Emmons, Larsen i Griffin, 1985.) sastoji se od pet čestica, na koje ispitanik odgovara zaokruživanjem broja na skali Likertova tipa s pet stupnjeva. Ukupni rezultat formira se kao linearna kombinacija procjena koje daje ispitanik. Veći rezultat upućuje na veće zadovoljstvo životom. Pouzdanost skale tipa Cronbach alpha u ovom istraživanju iznosi $\alpha = 0,80$.

REZULTATI I RASPRAVA

Da bi se odgovorilo na pitanje postoje li razlike između skupina ispitanika u ovom istraživanju, provedene su analize varijanci rezultata postignutih na skalama osjećaja koherentnosti, primarne, sekundarne i tercijarne kontrole, zadovoljstva životom, ali i subjektivnim procjenama zdravstvenog stanja i stresnosti protekle godine koje su ispitanici označili, i to s obzirom na njihov zdravstveni status (Tablica 2).

Ispitanici oboljeli od dijabetesa svoje zdravlje subjektivno procjenjuju najlošijim, slijede ispitanici oboljeli od karcinoma, dok svoje zdravlje najboljim procjenjuju zdravi ispitanici. Post-hoc analizom (*Scheffe*) utvrđeno je da oboljeli ispitanici svoje zdravlje procjenjuju značajno lošijim od zdravih ispitanika, dok se oboljeli ispitanici međusobno statistički ne razlikuju u subjektivnoj procjeni zdravstvenog stanja. Ispitanici oboljeli od karcinoma proteklu godinu procjenjuju najstresnijom, dok nešto manje stresnom proteklu godinu procjenjuju oboljeli od dijabetesa, iako

Tablica 2. Usporedba rezultata ispitivanih varijabli kod tri skupine ispitanika (N = 90)

	Oboljeli od karcinoma (N = 30)		Oboljeli od dijabetesa (N = 30)		Zdrave osobe (N = 30)		df	F	p(F)
	M	SD	M	SD	M	SD			
Subjektivna procjena zdravstvenog stanja	2,83	0,98	2,00	0,64	3,20	0,98	2/87	16,19	0,000
Subjektivna procjena stresnosti protekle godine	3,13	0,94	2,23	0,77	2,87	1,14	2/87	6,95	0,002
Osjećaj koherentnosti	117,37	16,73	101,93	16,71	100,20	19,91	2/87	8,79	0,000
Primarna kontrola	91,30	17,75	91,56	15,01	86,53	21,73	2/87	0,72	0,488
Sekundarna kontrola	71,63	8,60	59,13	11,66	64,30	11,79	2/87	10,88	0,000
Tercijarna kontrola	29,86	6,77	33,00	6,58	30,96	8,75	2/87	1,37	0,259
Zadovoljstvo životom	17,70	3,46	16,40	3,79	16,30	4,52	2/87	1,17	0,315

se njihove procjene ne razlikuju statistički. Najmanje stresnom proteklu godinu procjenjuju zdravi ispitanici. Ispitanici oboljeli od karcinoma imaju najjači osjećaj koherentnosti, i to statistički značajno veći nego ispitanici oboljeli od dijabetesa i zdravi ispitanici, koji se međusobno ne razlikuju. Ispitanici oboljeli od karcinoma postigli su statistički značajno veći rezultat na subskali sekundarne kontrole nego dijabetičari i zdravi ispitanici. Zdravi i ispitanici oboljeli od dijabetesa ne razlikuju se značajno u korištenju strategija sekundarne kontrole.

Razlike koje su dobivene u subjektivnoj procjeni zdravstvenog stanja i stresnosti protekle godine između oboljelih i zdravih ispitanika, očekivane su. Logično je da, kada su pojedinci suočeni s bolešću, posebno kroničnom bolešću kao što su dijabetes ili karcinom, zdravlje procjenjuju lošijim, a godinu koja je u tijeku, uz ostale svakodnevnne probleme, suočeni sa ozbiljnim zdravstvenim problemima – stresnijom. Prilagodba kroz koju moraju proći osobe suočene s karcinomom značajno je zahtjevnija od prilagodbe kroz koju prolaze osobe suočene s drugim kroničnim bolestima (u ovom slučaju s dijabetesom) ili osobe koje se suočavaju s problemima svakodnevnog življenja (zdrave osobe). Iako je osjećaj koherentnosti stabilan psihološki konstrukt, Strümpfer, Gouws i Vivier (1998) smatraju da su promjene ipak moguće naročito u situaciji značajnih životnih događaja. Dijagnoza karcinoma je upravo takav životni događaj, koji od osobe zahtijeva takve “psihološke napore” u

smislu suočavanja, reinterpetacije i re-evaluacije sebe i svojih ciljeva, da bi se održala koherentna slika o sebi i svom životu. Ukoliko je osoba bolest uspjela doživjeti kao izazov (a ne kao kaznu ili neuspjeh) u koji ima smisla investirati vrijeme i energiju, održati nadu da će borba biti uspješna, vjerojatno sebe i svoj život doživljavaju koherentnijim, od onih koji uopće nisu suočeni s takvim zahtjevima.

Kada je u pitanju dijabetes, to je dijagnoza koja, barem u ranim fazama bolesti, ipak pred osobu ne postavlja egzistencijalno pitanje života i smrti, te je prilagodba usmjerena na konkretne promjene u stilu života i navike u kontroli simptoma bolesti. Te promjene, ako su adekvatne, osobi omogućavaju funkcioniranje koje se ne razlikuje značajno od funkcioniranja zdravih osoba, tj. život im je jednako razumljiv, savladiv i smislen.

Nadalje, kako bi se utvrdio odnos ispitivanih varijabli (zdravstvenog statusa, dobi, subjektivne procjene zdravstvenog stanja i stresnosti protekle godine, osjećaja koherentnosti, strategija kontrole i zadovoljstva životom), izračunati su koeficijenti korelacije.

Starenjem se povećava vjerojatnost pojavljivanja kroničnih i akutnih zdravstvenih problema pa je subjektivna procjena zdravlja kao lošijeg kod ispitanika stari-

Tablica 3. Matrica interkorelacija ispitivanih varijabli (N = 90)

VARIJABLA	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1. Zdravstveni status	1,00								
2. Dob	-0,02	1,00							
3. Subjektivna procjena zdravstvenog stanja	-0,35*	0,39*	1,00						
4. Subjektivna procjena stresnosti protekle godine	-0,36*	0,04	0,31*	1,00					
5. Osjećaj koherentnosti	-0,34*	0,03	-0,20	-0,23*	1,00				
6. Primarna kontrola	0,01	-0,44+	-0,26*	0,06	0,17	1,00			
7. Sekundarna kontrola	-0,44*	0,12	0,18	0,17	0,16	0,14	1,00		
8. Tercijarna kontrola	0,17	-0,23*	-0,06	-0,09	-0,15	0,53*	0,17	1,00	
9. Zadovoljstvo životom	-0,13	-0,07	-0,19	-0,15	0,48*	0,14	0,30*	-0,00	1,00

*označene korelacije su značajne na razini < 0,05

je životne dobi najvjerojatnije odraz objektivno lošijeg zdravstvenog stanja. Zbog funkcionalnog opadanja koje je neizbježno sa starenjem, smanjuju se i mogućnosti za korištenje strategija primarne kontrole odnosno starije osobe imaju manju mogućnost mijenjati okolinu. Starenjem se također smanjuje korištenje strategija tercijarne kontrole, jer se vjerojatno diskrepancija između željenog i ostvarenog pripisuje neizbježnim posljedicama starenja, a ne vlastitom neuspjehu, pa je i broj negativnih afekata manji nego kod mladih ispitanika.

Nadalje, provedene su stupnjevite regresijske analize ("backward" metodom), kako bi se utvrdilo koje od ispitivanih varijabli su značajni prediktori *zadovoljstva životom* kod različitih skupina ispitanika.

Na ukupnom uzorku ispitanika pokazalo se da su osjećaj koherentnosti i sekundarna kontrola značajni prediktori zadovoljstva životom (Tablica 4). Osobe koje imaju koherentniju sliku o sebi, svijetu u kojem žive, probleme s kojima se susreću u svom životu doživljavaju kao izazov s kojim znaju kako, i s kojim se ima smisla "boriti", te imaju i veće zadovoljstvo životom. Isto tako, osobe koje se lakše prilagođavaju okolnostima (korištenjem strategija sekundarne kontrole), ujedno su i zadovoljnije.

Na uzorku ispitanika oboljelih od karcinoma, od varijabli koje su uključene u analizu, ni jedna varijabla pojedinačno, niti zajednički, u prvom koraku analize nije značajan prediktor zadovoljstva životom. U posljednjem koraku regresijske analize, značajnim prediktorom zadovoljstva osoba oboljelih od karcinoma se pokazao osjećaj koherentnosti, ali samo uz kontrolu varijabli subjektivne procjene zdravstvenog stanja i tercijarne kontrole. Ako se bilo koja od tih varijabli isključi iz analize, varijabla osjećaja koherentnosti prestaje biti značajnim prediktorom zadovoljstva.

Kod osoba oboljelih od dijabetesa značajni prediktori zadovoljstva životom su subjektivna procjena zdravstvenog stanja i osjećaj koherentnosti. Osobe koje boluju od dijabetesa i koje svoje zdravlje procjenjuju boljim i imaju jači osjećaj koherentnosti, zadovoljnije su svojim životom. Vjerojatno je da osobe visokog osjećaja koherentnosti dobro kontroliraju simptome bolesti (Leksell, 2005), pa i svoje zdravlje procjenjuju dobrim, a zadovoljstvo životom nenarušenim (Lundman i Norberg, 1993; Sandén-Eriksson, 2000).

Za zadovoljstvo zdravih ispitanika najznačajnije varijable su subjektivna procjena zdravstvenog stanja i sekundarna kontrola, koje zajednički objašnjavaju 27,5% varijance. Dobro zdravlje, ali i sposobnost prilagodbe na okolnosti (strategije sekundarne kontrole), prediktor je zadovoljstva zdravih ljudi.

No, kada su pojedinci suočeni sa zdravstvenim problemima, zadovoljstvo životom ovisi o osjećaju koherentnosti koji se nije pokazao značajnim prediktorom zadovoljstva zdravih ljudi. O sposobnosti da se na (zdravstveni) problem gleda kao na izazov s kojim se možemo nositi, te stavu da ta borba ima smisla, uvelike ovisi zadovoljstvo životom.

Iako neki autori (Heckhausen i Dweck, 1998; Lacković-Grgin i sur., 2001) strategijama primarne kontrole pripisuju funkcionalnu primarnost u dobroj psihološkoj

Tablica 4. Stupnjevite regresijske analize sa *zadovoljstvom životom* kao kriterijskom varijablom na ukupnom uzorku (N = 90) i prema zdravstvenom statusu ispitanika (N = 30)

Varijabla	Prvi korak			Zadnji korak			
	beta	t	p(t)	beta	t	p(t)	
UKUPNI UZORAK	Zdravstveni status	0,124	0,924	0,358			
	Dob	-0,108	-0,938	0,351			
	Subj. proc. zdrav. stanja	-0,079	-0,661	0,510			
	Proc. stresnosti prot. godine	-0,023	-0,202	0,841			
	Osjećaj koherentnosti	0,456	3,751	0,000	0,442	4,785	0,000
	Primarna kontrola	-0,042	-0,320	0,750			
	Sekundarna kontrola	0,318	2,891	0,005	0,224	2,430	0,017
	Tercijarna kontrola	-0,016	-0,133	0,894			
R = 0,561 R ² = 0,315 F(8,81) = 4,652 p < 0,0001			R = 0,526 R ² = 0,277 F(2,87) = 16,631 p < 0,0000				
KARCINOMI	Dob	-0,113	-0,483	0,634			
	Subj. proc. zdrav. stanj	0,343	1,564	0,132	0,258	1,434	0,164
	Proc. stresnosti prot. godine	0,201	0,875	0,391			
	Osjećaj koherentnosti	0,522	2,106	0,047	0,417	2,190	0,038
	Primarna kontrola	-0,046	-0,158	0,876			
	Sekundarna kontrola	0,267	1,332	0,197			
	Tercijarna kontrola	-0,140	-0,526	0,604	0,257	1,380	0,179
	R = 0,478 R ² = 0,229 F(7,22) = 0,932 p < 0,5025			R = 0,438 R ² = 0,192 F(3,26) = 2,063 p < 0,1297			
DIJABETIČARI	Dob	-0,268	-1,355	0,189			
	Subj. proc. zdrav. stanj	-0,374	-2,016	0,056	-0,376	-2,620	0,014
	Proc. stresnosti prot. godine	-0,029	-0,159	0,876			
	Osjećaj koherentnosti	0,487	2,405	0,025	0,489	3,402	0,002
	Primarna kontrola	-0,285	-1,480	0,153			
	Sekundarna kontrola	0,273	1,797	0,086			
	Tercijarna kontrola	-0,062	-0,354	0,727			
	R = 0,776 R ² = 0,601 F(7,22) = 4,747 p < 0,0023			R = 0,709 R ² = 0,503 F(2,27) = 13,636 p < 0,0001			
ZDRAVI	Dob	0,209	0,862	0,398			
	Subj. proc. zdrav. stanj	-0,478	-1,919	0,068	-0,454	-2,698	0,011
	Proc. stresnosti prot. godine	0,011	0,059	0,954			
	Osjećaj koherentnosti	0,325	1,771	0,090			
	Primarna kontrola	0,042	0,173	0,865			
	Sekundarna kontrola	0,498	2,055	0,052	0,383	2,279	0,031
	Tercijarna kontrola	-0,166	-0,597	0,556			
	R = 0,629 R ² = 0,395 F(7,22) = 2,053 p < 0,0934			R = 0,524 R ² = 0,275 F(2,27) = 5,110 p < 0,0131			

prilagodbi, na uzorku ispitanika obuhvaćenih ovim istraživanjem primarna kontrola se nije pokazala značajnim prediktorom zadovoljstva životom. Ovaj rezultat je ipak u skladu s rezultatima koje su dobili Wrosch, Schultz, i Heckhausen (2002), a u njemu se strategije primarne kontrole zdravlja nisu pokazale prediktorom psihološke prilagodbe kod osoba suočenih s kroničnim zdravstvenim problemima, ali su bile dobar prediktor prilagodbe osoba s akutnim zdravstvenim problemima.

Heeps (2000) je utvrdio da je sekundarna kontrola bila dobar prediktor dobre psihološke prilagodbe kako kod osoba s visokom, tako i kod osoba s niskom primarnom kontrolom. Dakle, sekundarna kontrola ima važnu funkciju u psihološkoj prilagodbi, naročito kada je mogućnost primarne kontrole smanjena, kao što je to slučaj u situaciji kronične bolesti.

ZAKLJUČNA RASPRAVA

Statistički značajne razlike u osjećaju koherentnosti i sekundarnoj kontroli, koji su značajno veći kod ispitanika oboljelih od karcinoma, dok se dijabetičari i zdravi ispitanici ne razlikuju ni na tim varijablama, mogu se pripisati upravo specifičnosti bolesti kao što su novotvorine, zbog kojih osoba neophodno mijenja svoju sliku o sebi i svoju životnu perspektivu. Kada se bolest prihvati kao izazov, a ne kao kazna ili bezizlazna situacija, osoba se lakše nosi s nelagodnom i neizvjesnošću ishoda same bolesti, što je najvjerojatnije rezultiralo time što u ovom istraživanju osobe oboljele od karcinoma imaju i najveći osjećaj koherentnosti, te se njihovo zadovoljstvo životom nije značajno razlikovalo od zadovoljstva dijabetičara i zdravih ispitanika. Dijabetes, iako kronična, bolest je koja, kada se jednom prihvati i nauči je se kontrolirati, postaje dijelom svakodnevice, te se svakodnevno funkcioniranje dijabetičara ni po čemu ne razlikuje od funkcioniranja zdravih osoba (barem u terminima kontrole razvoja, osjećaja koherentnosti i zadovoljstva životom).

Utvrđena je i visoka, pozitivna povezanost osjećaja koherentnosti i zadovoljstva životom, te njegova prediktivna značajnost za zadovoljstvo životom ispitanika oboljelih od karcinoma i dijabetesa, ali ne i zdravih ispitanika. Čini se da snaga osjećaja koherentnosti, tj. sposobnost sagledavanja sebe i svijeta oko sebe na razumljiv, savladiv i smislen način, nije presudna za zadovoljstvo životom, barem onih ljudi čija svakodnevica nije opterećena borbom s kroničnom bolešću.

Na kraju treba napomenuti kako je istraživanje rađeno na uzorcima osoba oboljelih od karcinoma, dijabetesa i zdravih osoba od svega 30 osoba u svakoj skupini. Budući da skupinu oboljelih od karcinoma čine osobe koje su tada bile u tretmanu kemoterapijom, time su izostavljene osobe oboljele od karcinoma čija je terapija isključivo operativni zahvat (kao npr. kod nekih karcinoma štitnjače), radioterapija, ili njihova kombinacija, te bolesnici u terminalnoj fazi bolesti. Kako novotvorine označavaju skupinu od više od stotinu različitih bolesti koje mogu zahvatiti bilo koji dio tijela, koje zahtijevaju različitu terapiju, te imaju različitu prognozu i tijek, buduća istraživanja bi trebala voditi računa o tome.

Varijabla koja u ovom istraživanju nije uzeta u obzir, a koja bi mogla dodatno rasvijetliti odnos među zavisnim varijablama je vrijeme trajanja kronične bolesti, jer su vrlo vjerojatne razlike u zadovoljstvu životom, ali i strategijama kontrole kojima se osoba služi u trenutku kada sazna za dijagnozu kronične bolesti, u odnosu na situaciju kada je već prošlo određeno vrijeme i došlo do određene prilagodbe. Tu je još i velik broj varijabli koje su se u nekim drugim istraživanjima pokazale značajnim moderatorima i/ili medijatorima u procesu suočavanja, kao što su crte ličnosti, socijalna (kako instrumentalna tako i emocionalna) podrška, a velik je broj i različitih kroničnih bolesti s kojima su ljudi današnjice suočeni. Ne treba posebno napominjati da bi najvrjednije odgovore na ova pitanja dala sveobuhvatna, temeljito organizirana longitudinalna studija.

LITERATURA

- Agardh, E.E., Ahlbom, A., Andersson, T., Efendic, S., Grill, V., Hallqvist, J., Norman, A., Östenson, C.G. (2003). Work Stress and Low Sense of Coherence Is Associated With Type 2 Diabetes in Middle-Aged Swedish Women. *Diabetes Care*, 26, 719-724.
- Antonovsky, A. (1990). Studing health vs. studing disease; Lecture at the congress for clinical psychology and psychotherapy. *Berlin, 19 February 1990*. <http://www.angelfire.com>
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic Model as a Theory to Guide Health Promotion. *Health Promotion International*, 11, 10-19.
- Brandtstädter, J., Greeve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52-80.
- Brickman, P., Coates, D., Janoff-Bulman, R. (1978). Lottery Winners and Accident Victims: Is Happiness Relative? *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 917-927.
- Coates, A.S., Hüryny, C., Peterson, H.F., Bernhard, J., Castiglione-Gertsch, M., Gelber, R.D., Goldhirsch, A. (2000). Quality of life scores predict outcome in metastatic but not in early breast cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 18, 3768-3774.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75.
- Flensburg-Madsen, T., Ventegodt, S., Merrick, J. (2005). Sense of Coherence and Physical Health. A Review of Previous Findings. *The Scientific World Journal*, 5, 665-673.
- Forsberg, C., Björvell, H. (1996). Living with cancer: Perceptions of well-being. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 10, 109-115.
- Gana, K. (2001). Is Sense of Coherence a Mediator between Adversity and Psychological Well-Being in Adults? *Stress and Health*, 17, 77-83.
- Ganz, P.A., Lee, J.J., Siau, J. (1991). Quality of Life Assessment: An Independent Prognostic Variable for Survival in Lung Cancer. *Cancer*, 67, 3131-3135.
- Germano, D., Misajon, R., Cummins, R.A. (2001). Quality of Life and Sense of Coherence in People With Arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 253-261.
- Gutman, D.L. (1964). An exploration of ego configuration in middle and later life, U: B.L. Neugarten (ur.), *Personality in middle and late life* (pp. 114-148). New York: Atherton.

- Heckhausen, J., Dweck, C.S. (1998). *Motivation and Self-regulation across the Life Span*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Heckhausen, J., Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heeps, L.J. (2000). The Role of Primary/Secondary Control in Positive Psychological Adjustment. Doktorska disertacija, Department of Psychology, Deakin University.
- Hogh, A., Mikkelsen, E.G. (2005). Is Sense of Coherence a Mediator or Moderator of Relationships between Violence at Work and Stress Reaction. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 429-437.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2012). *Umrle osobe u Hrvatskoj u 2011. godini*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Zagreb.
- Kaasa, S., Mastekaasa, A., Lund, E. (1989). Prognostic factors for patients with inoperable non-small cell lung cancer, limited disease. *Radiotherapy & Oncology*, 15, 235-242.
- Kalimo, R., Vuori, J. (1990). Work and sense of coherence - Resources for competence and life satisfaction. *Behavioural Medicine*, 16, 76-89.
- Lacković-Grgin, K. (2002). Skraćena verzija skale za mjerenje osjećaja koherentnosti (SOC). U: Lacković-Grgin i sur. (ur.), *Zbirka psiholoških skala i upitnika I*. Odsjek za psihologiju. Filozofski fakultet u Zadru.
- Lacković-Grgin, K., Grgin, T., Sorić, I., Penezić, Z. (1998). Osobna kontrola razvoja: neki korelati i dobne razlike. *Psihološke teme*, 6-7, 67-79.
- Lacković-Grgin, K., Grgin, T., Penezić, Z., Sorić, I. (2001). Some Predictors of Primary Control of Development in Three Transitional Periods of Life. *Journal of Adult Development*, 8, 149-160.
- Leksell, J. (2005). Diabetes-Related Blindness: Study of Self-Management, Power, Empowerment and Health. Dissertation from the Faculty of Medicine, Uppsala Universitet.
- Lundman, B., Norberg, A. (1993). The significance of a sense of coherence for subjective health in people with insulin-dependent diabetes. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 381-386.
- Muthny, F.A., Koch, U., Stump, S. (1990). Quality of life in oncology patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 54, 145-160.
- Richardson-Gibson, L.M., Parker, V. (2003). Inner Resources as Predictors of Psychological Well-Being in Middle-Income African American Breast Cancer Survivors. *Cancer Control*, 10, 53-60.
- Richardson, A., Adner, N., Nordstroëm, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of Advanced Nursing*, 33, 758-763.
- Ruckdeschel, J.C., Piantadosi, S. (1994). Quality of Life in Lung Cancer Surgical Adjuvant Trials Free To View, *Chest*, 106, 324S-328S.
- Ryan, R.M. (1993). Agency and organization: Intrinsic motivation, autonomy and the self in psychological development. U: J. Jacobs (ur.), *Nebraska symposium on motivation: Developmental perspectives on motivation* (Vol. 40, pp. 1-56). Lincoln, NE: University of Nebraska Press.
- Ryland, E., Greenfeld, S. (1991). Work stress and well being: An investigation of Antonovsky's sense of coherence model. *Journal of Behavior and Personality*, 6, 39-54.
- Sagy, S., Antonovsky, A., Adler, I. (1990) Explaining Life Satisfaction in Later Life: The Sense Of Coherence Model and Activity Theory. *Behavior, Health, and Aging*, 1, 11-25.

- Sandén-Eriksson, B. (2000). Coping with type-2 diabetes: The role of sense of coherence compared with active management. *Journal of Advanced Nursing*, 31, 1393-1397.
- Schultz, R., Decker, S. (1985). Long-term adjustment to physical disability: The role of social support, perceived control, and self-blame. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 1162-1172.
- Shiu, A.T.Y. (2004) Sense of coherence amongst Hong Kong Chinese adults with insulin-treated type 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 387-396.
- Stolar, G.E., MacEntee, M.I., Hill, P. (1992). Seniors' assessment of their health and life satisfaction: the case for contextual evaluation. *International Journal of Aging & Human Development*, 35, 305-317.
- Strümpfer, D.J.W., Gouws, J.F., Viviers, M.R. (1998). Antonovsky's Sense of Coherence Scale Related to Negative and Positive Affectivity. *European Journal of Personality*, 12, 457-480.
- Weisz, J.R., Rothbaum, F.M., Blackburn, T.C. (1984). Standing out and standing in: The psychology of control in America and Japan. *American Psychologist*, 39, 955-969.
- Wrosch, C., Schultz, R., Heckhausen, J. (2002). Health Stresses and Depressive Symptomatology in the Elderly: The Importance of Health Engagement Control Strategies. *Health Psychology*, 21, 340-348.

PERSONAL CONTROL OF DEVELOPMENT, SENSE OF COHERENCE AND LIFE SATISFACTION OF PERSONS SUFFERING FROM CHRONIC ILLNESSES

Summary

Using salutogenic terms, disease displaces a person closer to the "illness" end of the "health-illness" continuum, but whether the person continues to move towards "health" or "illness", according to Antonovsky, depends on her sense of coherence. People with a higher sense of coherence should experience disease as a challenge, while coping with disease for them has a meaning, it's worth the investment of time and energy. Those people act upon circumstances which lead to the illness (primary control strategies), and adapt themselves to these circumstances (secondary control strategies). People with a low sense of coherence should experience disease as a punishment, weakness and irreparable loss. They do not know how to cope, cannot make sense of their situation and therefore choose inadequate coping strategies.

Diabetes and cancer are diseases with a different course and prognosis, as well as with different treatment requirements which these diseases pose to the patient, so successful coping with these diseases requires different management strategies.

The aim of this study was to determine whether there is a difference in the sense of coherence, control strategies and life satisfaction in patients with cancer, diabetes and healthy people.

The research was conducted on a sample of 90 subjects, divided into three groups of subjects matched by age, sex and education (a group of people with cancer, a group

with diabetes mellitus and a group of healthy individuals).

It was found that people with cancer have a significantly higher sense of coherence and secondary control, compared to diabetics and healthy individuals, while diabetics and healthy individuals do not significantly differ on these variables. In primary and tertiary control, and life satisfaction, there were no significant differences with regard to the health status of the subjects. Significant positive predictors of life satisfaction were a sense of coherence and secondary control.

Key words: control of personal development, sense of coherence, life satisfaction, diabetes, cancer