

Универзитет “Св. Кирил и Методиј” Скопје

Филозофски факултет

Институт за психологија



**НЕВРОТИЦИЗАМ, СОВЕСНОСТ,
ЕКСТРОВЕРЗИЈА И СТИЛОВИ НА
СПРАВУВАЊЕ КАЈ ПАЦИЕНТИ СО
ХИПЕРТЕНЗИЈА, СО И БЕЗ КОРОНАРНИ
ЗАБОЛУВАЊА**

-МАГИСТЕРСКА ТЕЗА-

Ментор:

Проф. д-р Благоја Јанаков

Кандидатка:

Фросина Ристовска

Скопје, 2015

Голема благодарност до сите кои ми беа огромна поддршка низ целиот овој процес и кои ме поддржаа да го завршам ова мое патување. Благодарност до сите пациенти кои несебично се сложија да учествуваат во ова истражување и до СБХБ Филип Втори која ми ја даде дозволата токму тука да го направам истражувањето. Благодарност до мојот ментор и комисијата, кои со своето знаење ме поттикнаа да истражувам. Благодарност до моите родители и сестра кои имаа трпение и многу љубов за мене. Огромна благодарност до сите мои драги гејшталт колешки и колеги, кои веруваа во мене и ме поттикнуваа да чекорам напред. Благодарност до моите најдобри другарки и најдобар другар кои имаа неизмерна љубов во целиот овој процес. Благодарение на сите вас овој труд стана реалност.

СОДРЖИНА

1. ВОВЕД.....	4
ИСТРАЖУВАЧКИ ПРОБЛЕМ.....	6
2. ТЕОРЕТСКА ПОЗАДИНА.....	7
БИОПСИХОСОЦИЈАЛЕН МОДЕЛ НА РАЗВОЈ НА БОЛЕСТ – концепт на системи	7
ЛИЧНОСТ И БОЛЕСТ.....	9
Личност, болест, здравје.....	9
Склоност кон болест и склоност кон само-здравување – Фридман.....	12
Салутоген модел и чувство на кохерентност.....	14
Личност, справување и оздравување.....	15
БАЗИЧНИ ДИМЕНЗИИ НА ЛИЧНОСТА.....	17
Личност, црти и нивна определба.....	17
Факторски приод кон личноста.....	19
Петфакторски модел на личност.....	20
НЕВРОТИЦИЗАМ.....	21
Невротицизмот и развојот на болест.....	22
СОВЕСНОСТ.....	24
Совесноста и развојот на болест.....	24
ЕКСТРОВЕРЗИЈА.....	26
Екстровеерзијата и развојот на болест.....	26
СПРАВУВАЊЕ СО СТРЕС.....	28
Поим за стрес и справување со стрес.....	28
Различни концепции на стиловите на справување со стрес.....	29
Проактивно справување со стрес.....	30
КОРОНАРНИ ЗАБОЛУВАЊА.....	32
Поим за хипертензија и коронарни заболувања.....	32
Фактори на ризик за развој на коронарно срцево заболување.....	33
Улогата на цртите на личност и психичките појави во развојот на хипертензија и коронарни заболувања.....	34
РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА.....	36
ИСТРАЖУВАЧКИ ХИПОТЕЗИ.....	50
3. МЕТОД.....	54
ПОПУЛАЦИЈА И ПРИМЕРОК.....	54
МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ.....	56

НЕВРОТИЦИЗМ, ЕКСТРОВЕРЗИЈА, ОТВОРЕНОСТ - РЕВИДИРАНА ФОРМА (НЕО-ПИ-Р).....	56
ИНВЕНТАР НА ПРОАКТИВНО СПРАВУВАЊЕ	59
ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТ	62
ИНТЕРВЈУ И ПРИЕМНА АНАМНЕЗА	62
ВАРИЈАБЛИ ВО ИСТРАЖУВАЊЕТО	63
ПОСТАПКА И ТЕК НА ПРИБИРАЊЕ НА ПОДАТОЦИТЕ	64
СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ	65
4. РЕЗУЛТАТИ	67
Резултати за првиот истражувачки проблем и хипотеза 1	68
Резултати за вториот истражувачки проблем и хипотезите 2, 3 и 4	77
5.ДИСКУСИЈА	85
<i>Дискусија за првиот истражувачки проблем и хипотеза 1</i>	<i>85</i>
<i>Дискусија за разликите помеѓу двете групи во однос на одделните аспекти на факторот невротичизм</i>	<i>88</i>
<i>Дискусија за разликите помеѓу двете групи во однос на факторите екстровеизија и совесност</i>	<i>92</i>
<i>Дискусија за разликите помеѓу двете групи во однос на стиловите на справување ..</i>	<i>93</i>
<i>Дискусија за вториот истражувачки проблем и хипотезите 2, 3 и 4</i>	<i>96</i>
Ограничувања на истражувањето	102
РЕЗИМЕ.....	105
ЛИТЕРАТУРА	108
ПРИЛОГ 1	118
ПРИЛОГ 2	126
ПРИЛОГ 3	129

1. ВОВЕД

Во секојдневното современо живеење, каде стресот е составен дел од животот, здравјето на особата е високо вреднувано особено доколку се има во предвид сè поголемиот број на луѓе кои заради здравствени проблеми поминуваат сложени оперативни зафати и долготрајни медицински лекувања. Ова се однесува најмногу на хроничните заболувања кои според Светската здравствена организација се дефинираат како болести со долго времетраење и генерално бавна прогресија (World Health Organisation [WHO], 2013). Едни од најчестите хронични заболувања, кои објаснуваат и најголем процент од смртноста се коронарните заболувања. Статистички гледано во Р.Македонија во периодот од 2000 година до јуни 2013 година според податоците од Специјалната болница за хируршки болести Филип Втори направени се над 10000 операции на срце само во оваа болница, не вклучувајќи ги интервентните и медикаментозни лечења на коронарните заболувања (Специјална болница за хируршки болести Филип Втори [СБХБ Филип Втори], 2014). Оваа бројка не ги вклучува оние пациенти кои медицински се третирани надвор од Р.Македонија и во други установи во Р.Македонија.

Според статистичките податоци од Државниот завод за статистика на Република Македонија во 2013 година, како и во минатите години, во однос на причините за морталитет дури 57.8% се припишуваат на болестите на циркулаторниот систем (Државен завод за статистика Република Македонија, 2014).

Коронарната срцева болест (миокарден инфаркт и ангина пекторис) е главната причина за смрт ширум светот, и еден од водечките причинители на прерана инвалидност (Sanjuan, Arranz, Castro, 2012). Според Светската здравствена организација (2007) смртноста од овие причини претставува 12,6% од вкупната стапка на смртност, која изнесува околу седум милиони смртни случаи секоја година (според Sanjuan et al., 2012). Имајќи ги овие информации, неопходни се истражувања за идентификување и на физичките и на психосоцијалните варијабли кои влијаат на настанувањето и прогресијата на овие болести.

Во функција на подобрување на квалитетот на живеење и здравјето, бројните современи истражувања во областа на психологијата на личност и здравствената психологија децении наназад се обидуваат да најдат поврзаност помеѓу личноста и здравјето. Прашањето зошто луѓето се разболуваат, и особено зошто две наизглед исти индивидуи нема едновременно да заболат или останат здрави е прашање кое

години наназад се поставува. Поврзаноста помеѓу индивидуалните разлики, болестите и здравјето е тема на која дебатираат бројни истражувачи во областа на здравствената психологија. Кој е механизмот кој стои во позадина на развојот на болеста, што е она што едни ги прави повеќе предиспонирани на болест, постои ли начин да се зачува здравјето и да се забави или спречи процесот на развој на болест? Одговорите на овие прашања се бараат со цел да се најдат модули за превенција и подобрување на квалитетот на здравјето и живеењето на секој поединец.

Иако ова трагање се чини едноставно, всушност е многу сложено.

ИСТРАЖУВАЧКИ ПРОБЛЕМ

Современите истражувања во областа на здравствената психологија во изминатите години активно трагаат и се обидуваат да дадат објаснување на улогата која психичките фактори ја имаат во развојот на соматските заболувања и да дадат едно ново светло во разбирањето на психосоматските заболувања. Иако коронарните заболувања припаѓаат на групата најчести заболувања и причинители на смртност, механизмот на нивното настанување и улогата на психичките фактори во истиот до крај не е објаснета. Во Македонија досега не се спроведени истражувања кои прават обид за разбирање на улогата на овие фактори во настанувањето на коронарните заболувања. Постојат истражувања кои ја проучуваат улогата на стресот во развојот на коронарните заболувања, квалитетот на живот кај пациентите со коронарни заболувања, меѓутоа не и улогата на цртите на личност. Во ова истражување поставени се следните проблеми:

Дали постојат разлики во однос на невротизмот, совесноста, екстровеизијата и стиловите на справување помеѓу хипертензивните пациенти со и без коронарно заболување?

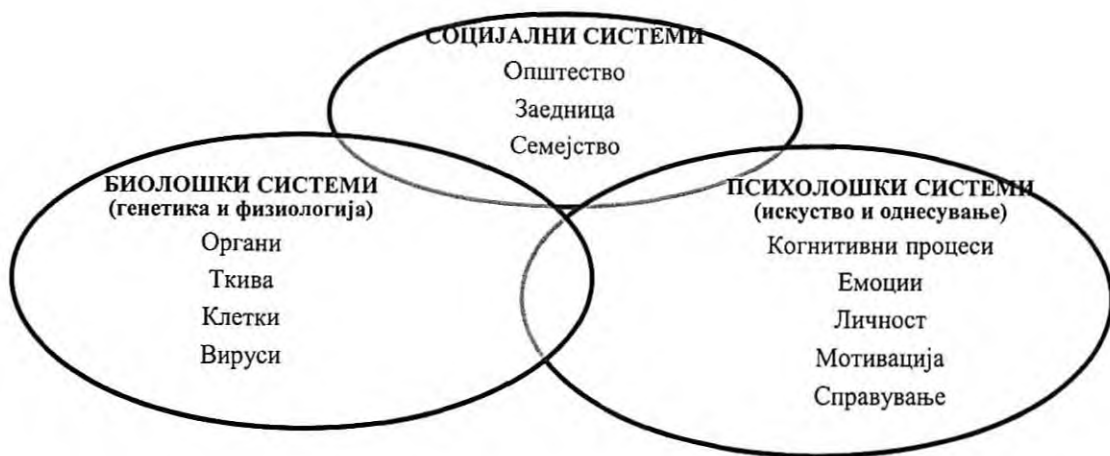
Во кој степен невротизмот, совесноста, екстровеизијата и стиловите на справување (поконкретно проактивното справување) го предвидуваат коронарното заболување кај хипертензивните пациенти?

Целта е преку истражување на овие проблеми да се провери дали цртите на личност, односно факторите на личност и стиловите на справување со стрес се поврзани и на кој начин се поврзани со развојот на коронарното заболување (за кое сè повеќе се смета дека вклучува психосоматска компонента) кај пациенти кои имаат хипертензија. Истовремено истражувањето беше насочено кон одредување на предиктивната моќ на варијаблите кои се истражуваат во развојот на коронарното заболување. Дополнително истражувањето на овие проблеми овозможува да се увиди во што двете групи на испитаници се разликуваат, што понатаму ќе може да се искористи во подобрување на квалитетот на живеење и здравјето на особата, и остава простор за понатамошна примена на добиените сознанија, односно истите би можеле да се употребат во функција на превенција.

2. ТЕОРЕТСКА ПОЗАДИНА

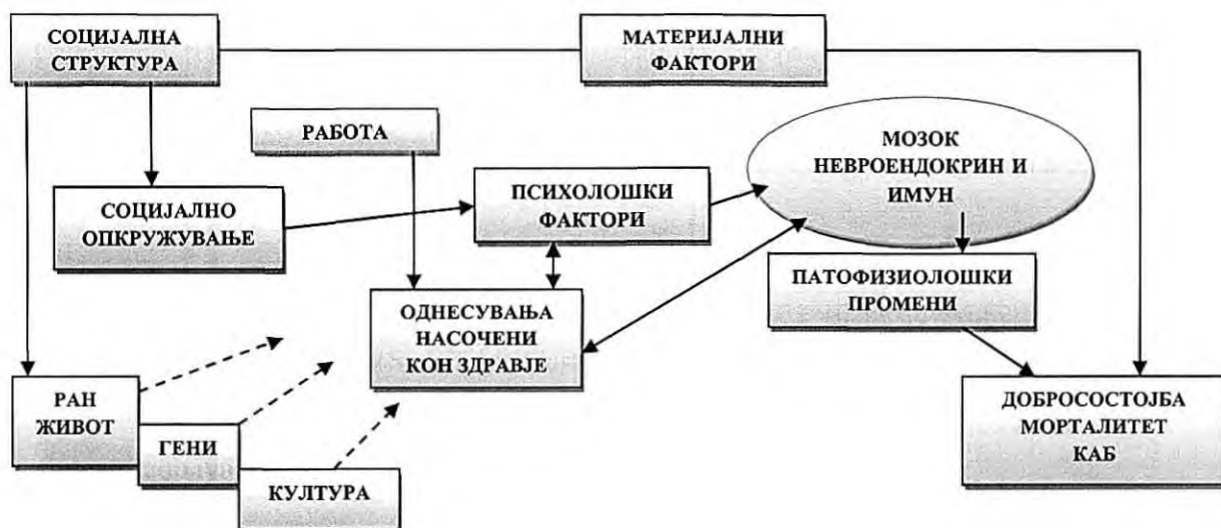
БИОПСИХОСОЦИЈАЛЕН МОДЕЛ НА РАЗВОЈ НА БОЛЕСТ – концепт на системи

Здравствените психолози досега имаат разработено бројни модели преку кои се обидуваат да дадат објаснување на начинот на кој психичките појави може да придонесат кон развој на болест. Меѓу најчесто споменуваните модели во здравствената психологија кои денес се употребуваат е биопсихосоцијалниот модел на развој на болест. Овој модел е развиен од Енгел во 1977 (Engel, 1977) и според него, биопсихосоцијалниот модел (слика бр. 1) здравјето и болеста ги објаснува преку биолошки, психолошки и социјални фактори (според Lyons, Chamberlain, 2006). Биолошките фактори ги вклучуваат вирусите, бактериите и лезиите, психичките појави ги вклучуваат личноста, емоциите, однесувањата, верувањата, справувањето, болката, стресот итн., додека пак социјалните фактори ги вклучуваат општеството, заедницата, семејството, вработеноста итн. Овој модел уште се нарекува модел за поврзаноста на умот и телото, и се смета за холистички пристап во разбирањето и дефинирање на болеста и здравјето. Здравствените психолози се обиделе да дадат биопсихосоцијално објаснување за тоа како хостилноста и лутината придонесуваат кон развој на хипертензија и кардиоваскуларни заболувања. Овој модел сугерира дека за да се развие кардиоваскуларно заболување, особата прво мора да има физиолошка предиспозиција. Ова е одредено преку семејната историја за кардиоваскуларни заболувања и претходната здравствена историја. Дали ќе се развие кардиоваскуларно заболување понатаму зависи од бројни психосоцијални фактори во животот на особата, вклучувајќи го нивото на стрес од работната и домашната средина, достапноста на социјална поддршка и дали особата е хостилна или лута. Хостилноста води кон антагонистички и агресивни однесувања кои продуцираат интерперсонални конфликти и хостилност од другите. Ова резултира со намалување на социјалната поддршка, има негативни ефекти, ги менува физиолошките процеси во позадина на организмот и креира реактивност која ги оштетува артериите. Кога оваа состојба трае долго време, доаѓа до развој на хипертензија која од своја страна понатаму го забрзува развојот на коронарни срцеви заболувања.



Слика бр.1. Биопсихосоцијален модел – дијаграм на интерактивност помеѓу различните системи во биопсихосоцијалниот модел. Личноста се состои од биолошки и психолошки системи кои меѓусебно интерферираат. Личноста интерферира и со социјалните системи на нејзиниот свет. Секој систем одделно може да влијае и да биде под влијание на другите системи.

На слика бр.2 е прикажан модел за потенцијалните траектории кон развој на коронарна срцева болест (Stansfeld, Marmot, 2002). Овој модел е обид да се опфатат социјалните, психосоцијалните и биолошките процеси во развојот на коронарно срцево заболување.



Слика бр.2. Потенцијални траектории за развој на коронарно срцево заболување (Stansfeld, Marmot, 2002)

ЛИЧНОСТ И БОЛЕСТ

Личност, болест, здравје

Едно од најчесто поставуваните прашања кое повеќето од здравствените работници (психолози, лекари итн.) го поставуваат е зошто некои луѓе се разболуваат, а останати слични на нив не заболуваат или брзо се опоравуваат. Поврзаноста помеѓу индивидуалните разлики, болестите и здравјето се истражува во последните сто години и досега се презентирани бројни истражувања. Она што долго време е познато е дека некои луѓе се посклони кон болест и рана смрт споредено со некои други. Многу стручњаци веруваат дека постојат доволно докази за поврзување на личноста со развојот на одредени болести. Многу често слушаме за загриженоста на луѓето дека ќе добијат улцер (чир) или дека анксиозните луѓе имаат мигренозни главоболки. Дополнително, срцевиот удар може да се препише на некој кој е работохолик или астмата може да се припише на емоционална репресија. Но, се поставува прашање за тоа што точно се знае за поврзаноста на личноста со болеста. Разбирањето на веројатноста за заболување на индивидуата е често исто толку значајно како и знаењето за општите причинители на болеста. Од тие причини психологијата на личноста е неопходна компонента во разбирањето на болестите и промовирањето на здравје и долговечност.

Верувањата за поврзаноста на личноста и здравјето, особено физичкото здравје датираат уште од античките времиња. Од средината на 20тиот век, интересот за личноста и здравјето значајно е зголемен и според Фридман (Friedman, 1990) денес претставува фокус на психосоцијалните истражувања кои се однесуваат на физичките (соматските) болести (според Contrada, Gyll, 2000). МекМахон (McMahon, 1976) наведува дека верувањата дека стабилните образци на мислење, емоциите и однесувањата придонесуваат кон развојот на физичките болести се долго присутни во медицината (според Smith, Gallo, 2000).

Повеќето модерни концепции за личност посочуваат на ограничувањата на статичните концепции на здравјето. Поврзаноста на личносните карактеристики со здравјето и болеста е динамична и комплексна, заради што во истражувањата кои се прават има бројни ограничувања за бројот на поврзаности кои постојат помеѓу личноста и здравјето. Помеѓу психичките фактори за кои се смета дека влијаат на здравјето, личноста ја има клучната улога. Истражувањата (Hampson, Goldberg, Vogt, Dubanoski, 2006) покажуваат дека силината на ефектите на личноста врз здравјето

можат да бидат слични како оние кои се должат на познатите биолошки ризик фактори како што е холестеролот (според Vollrath, 2006).

Начините на кои се поврзуваат личноста, здравјето и болеста е неопходно да бидат многу внимателно разгледувани. Имено, неколку значајни прегледи на литературата (Matthews, 1988; Stone, Costa, 1990; Smith, Rhodewalt, 1991) биле критикувани заради потенцијалните погрешни толкувања на асоцијациите помеѓу цртите на личност и однесувањата врзани за болест, особено соматските поплаки, како да рефлектираат ефекти на личноста врз актуелното физичко здравје (според Smith, Gallo, 2000). Така на пример, неколку истражувања (Costa, McCrae, 1985; Watson, Pennebaker, 1989) покажале дека факторот невротизам е конзистентно поврзан со соматски поплаки, дури и во отсуство на актуелна болест (според Smith, Gallo, 2000). И покрај мешаните резултати, сепак постојат докази дека цртите на личност навистина предвидуваат објективни здравствени исходи. Квантитативните и квалитативните истражувања (Adler, Matthews, 1994; Miller et al., 1991, 1996) покажале дека хостилноста е поврзана со силните знаци на коронарно заболување (миокарден инфаркт или срцева слабост) и намален век на живеење (според Smith, Gallo, 2000).

Цртите на личност кои се идентификувани во детството предвидуваат здравствени исходи кои се јавуваат многу години подоцна во животот како што се прекумерна тежина, ненамерни повреди, метаболни синдроми, па дури и долговечност. За цртите на личност се смета дека може да доведат до зголемена изложеност на стресни настани и некои црти може да го зголемат интензитетот и траењето на психичките реакции. Дополнително се смета дека личноста влијае врз когнитивното реагирање и стратегиите на справување со стрес (Vollrath, 2001).

Релевантноста на личносните компоненти во развојот и текот на физичките болести и растројства зависи од нивната поврзаност со механизмите вклучени во етиологијата и патогенезата на болестите или со процесите кои влијаат врз детектирањето, контролата или исходот од физичките болести. Постои препознавање дека патофизиологијата на болестите значајно варира во текот на нивната прогресија. Така на пример, првичната фаза на коронарните срцеви заболувања се карактеризира со микроскопски повреди на ендотелот на коронарните артерии. Потенцијалните психофизиолошки влијанија врз процесот на развој на коронарно заболување може да се разликуваат од оние во следната фаза во која има

бавна прогресија на таложење на масти. Понатаму, факторите кои претходат на појавата на симптоми на коронарно заболување (на пример, ангина, миокарден инфаркт, ненадејна срцева слабост) може да се разликуваат од оние кои ја поттикнале прогресијата на претходно асимптоматското коронарно заболување (Cohen, Kaplan, Manuck, 1994; Kamarck, Jennings, 1991 според Smith, Gallo, 2000). Според главниот образец од бројните истражувања, кој се однесува на поврзаноста на личноста и кардиоваскуларните заболувања, луѓето кои имаат високи нивоа на хостилност и лутина се изложени на поголем ризик за срцеви заболувања и атеросклероза. Личноста е идентификувана како придонесувачки фактор за развој на коронарните заболувања, затоа што во истражувањата (Miller, Smith, Turner, Guisjarro, Hallet, 1996) е покажано дека не може секој случај на коронарно срцево заболување да се објасни преку “традиционалните” ризик фактори (според Whiteman, 2006).

Керн и Фридман (Kern, Friedman, 2008) наведуваат дека затоа што личноста опфаќа комбинација на генетски и социокултурни елементи, таа може да биде значаен фактор за разбирање на долгорочните биопсихосоцијални процеси. Личноста се смета за значаен придонесувач кон предвидувањето на широка палета на значајни исходи. Постојат бројни докази (Cohen, Williamson, 1991; Friedman, 1990, 1991, 1992; House, Landis, Umberson, 1988; Kiecolt-Glaser, Glaser, Cacioppo, Malarkey, 1998; Martin et al., 1995) во кои е документирано дека индивидуите кои се добро адаптирани ментално, социјално се стабилни и се добро интегрирани во своите опкружувања имаат значајно помал ризик за болест и предвремена смрт споредено со оние кои се помалку стабилни, импулсивни и изолирани (според Friedman, 2000).

Личноста претставува само еден сегмент од психичките појави за кои е најдено дека претставуваат ризик фактори за физички болести. Останатите ризик фактори вклучуваат психолошки стрес, социјални релации и однесувања поврзани со здравјето. Постои причина да се верува дека личноста и останатите психосоцијални фактори поврзани со здравјето често се во меѓусебна интеракција, а многу поретко делуваат одделно.

Оваа меѓусебна интеракција помеѓу личноста и останатите психосоцијални фактори беше опфатена преку претходно опишаниот биопсихосоцијален модел (види стр.7). Покрај биопсихосоцијалниот модел, во обидот да се разбере улогата на психичките компоненти во развојот на болест и зачувување на здравјето значајно е

да се споменат уште два модели и тоа моделот на Фридман односно неговите конструкти склоност кон болест и склоност кон само-здравување и салутогениот модел на Антоновски.

Склоност кон болест и склоност кон само-здравување – Фридман

Фридман развил два конструкти кои ги нарекол склоност кон болест (*disease-prone personalities*) и склоност кон само-здравување (*self-healing personalities*) (Friedman, 2007). Овие конструкти ги насочуваат истражувањата кон повеќе предиктори и исходи, а не ги фокусираат само на еден предиктор и еден исход во даден временски период. На пример, наместо фокусот да биде на тип А однесување и миокарден инфаркт, вниманието се поместува кон биопсихосоцијалната хомеостаза и севкупната добросостојба и ризикот за смртност во социокултурен контекст. Конструктот склоност кон болест едновременно вклучува искусување на хронична лутина, хронична анксиозност, или хронична депресија, како и повеќе болести. Спротивно, конструктот склоност кон само-здравување (Friedman, 1991/2000) вклучува мултидимензионален емоционален стил на здравување и совпаѓање помеѓу индивидуата и опкружувањето. Ова совпаѓање понатаму ја оддржува физиолошката и психосоцијалната хомеостаза преку кои доброто ментално здравје го поддржува доброто физичко здравје (според Friedman, 2007).

Фридман (Friedman, 2007) смета дека постојат бројни клучни модели за каузалната поврзаност помеѓу личноста и здравјето, од кои секој може да има подтипови и варијации. Меѓу моделите за поврзаноста на личноста, здравјето и развојот на болест кои тој ги објаснува се следните три модела. Еден од моделите зборува за тоа дека личноста може директно да доведе до развој на болест преку облици на нездраво однесување како што се лошата исхрана или недостатокот на физичка активност. Дел од доказите ја поддржуваат оваа идеја. Во дел од истражувањата (Kassel, Stroud, Paronis, 2003; Smith, Gallo, 2001) било најдено дека однесувањата релевантни за здравјето може да бидат значаен медијатор на некои од поврзаностите помеѓу личноста и здравјето (според Friedman, 2007). Вистината е дека личноста предвидува различни однесувања поврзани со здравјето. Но доказите се многу мали во однос на тоа дека ограничувањето на одредени нездрави однесувања ќе го елиминира или намали ризикот за развој на болест. Друг модел за кој Фридман зборува е моделот кој го вклучува психофизиолошкиот пат на развој на

болест. Според овој модел личноста може директно да делува преку физиолошките механизми, односно индивидуалните облици на реагирање може да поттикнат нездрави неврохормонални состојби. Моделите кои се базираат на тоа дека личноста води кон болест преку психофизиолошки механизми често започнуваат со фокус на несоодветно справување со стрес. Аспинвал и Тејлор (Aspinwall, Taylor, 1997) наведуваат дека зависно од предизвикот, индивидуите кои се депресивни, интровертни, потиснати, несвесни или на било кој друг начин дисбалансиран, се помалку успешни во обезбедувањето на потребните психолошки, социјални и бихевиорални поддршки за да се соочат со предизвикот (според Friedman, 2007). Понатаму, еден од најмалку истражуваните модели на каузалитет помеѓу личноста и болестите е моделот на селекција на ситуациите, кој вклучува гравитирање кон или дури и избирање на нездрави ситуации (Friedman, 2007). Болгер и Цукерман (Bolger, Zuckerman, 1995) наведуваат дека индивидуата помага во креирањето и изборот на настаните (според Friedman, 2007). Секој од овие модели дава придонес во објаснувањето на поврзаноста на личноста со здравјето и развојот на болест, но секој едновременно има и недостатоци кои при анализирањето на добиените резултати треба да се имаат во предвид.

Салутоген модел и чувство на кохерентност

Антоновски во 1987 година (Antonovsky, 1987) ја опишува салутогената ориентација како движење надвор од традиционалните патогени перспективи кои се фокусираат на болеста, кон алтернативни начини за подобро разбирање на факторите кои ги чуваат луѓето здрави или им помагаат да се движат напред кон здравјето (според Rizk, Almond, 2013). Прашањето по кое Антоновски се раководел било зошто некои луѓе и покрај стресните ситуации во нивните животи, успеваат да останат здрави додека други не успеваат. Концептот *чувство на кохерентност* е развиен како одговор на салутогеното прашање и се дефинира како начин на кој луѓето си помагаат когнитивно, инструментално и емоционално да го осмислат светот. Чувството на кохерентност претставува диспозициска ориентација за која се претпоставува дека го оддржува и зголемува здравјето (Strümpfer, Gouws, Viviers, 1998). Чувството на кохерентност претставува извор на справување и се претпоставува дека го ублажува животниот стрес преку влијание на севкупниот квалитет на когнитивните и емоционалните проценки на стимулите кои влијаат врз единката. Кога чувството за кохерентност е силно, дразбите се перцепираат како разбирливи, имаат когнитивна смисла и се доживуваат како дразби кои може да се контролираат. Колку е посилено чувството на кохерентност кое личноста го има, толку е подобра неговата способност да употреби когнитивни, афективни и инструментални стратегии кои ќе го подобрат справувањето а со тоа и добросостојбата. Личноста која умее добро да се справува со стресорите и има силно чувство на кохерентност, ќе биде во можност да го избере најдобриот начин за справување со одреден стресор. Притоа, индивидуите со силно чувство на кохерентност не само што се справуваат со траматскиот настан туку преку истиот и се трансформираат. Чувството на кохерентност вклучува три компоненти: чувство на разбирливост, чувство на решливост и чувство на значајност (Griffiths, Ryan, Foster, 2011). Низ истражувањата кои се правени во однос на поврзаноста на базичните фактори на личност и чувството на кохерентност било најдено дека факторот невротизам е негативно поврзан со чувството на кохерентност, додека факторите ектроверзија, отвореност кон искуство, совесност и согласување биле позитивно поврзани со чувството на кохерентност (Feldt, Metsdpelto, Kinnunen, Pulkkinen, 2007).

Личност, справување и оздравување

Често објаснувањето за поврзаноста на личноста и здравјето вклучува стрес. Претпоставката е дека стресот може да предизвика болест, а личноста делува на тој начин што ја прави индивидуата помалку или повеќе подложна на неговите негативни ефекти. За психичките варијабли покажано е дека се поврзани со секоја општа компонента од процесот на стрес и справување и тоа од искусувањето на стресорите па се до психолошкото прилагодување по справувањето со стресорот. Според одредени автори (Cohen, Kamarck, Mermelstein, 1983), оние кои се занимаваат со проучување на здравјето често претпоставуваат дека влијанието на објективно стресниот настан е одредено од перцепцијата на индивидуата за степенот на стресност на самата ситуација (според Abbasi, 2011). Волратх (Vollrath, 2001) наведува дека личноста има клучна улога во изборот и моделирањето на процесот на стрес почнувајќи од евалуацијата на стресното искуство, преку избор на стратегии за справување со стресот и емоционалниот исход. Болгер и Цукерман (Bolger, Zukerman, 1995) сметаат дека личноста влијае врз реактивноста на стресот преку мапирање на изборот на стратегии за справување и проценување на нивната ефикасност (според Abbasi, 2011). Индивидуите значајно се разликуваат во однос на нивната реакција кога се соочени со стресор. Стресот претставува интеракција помеѓу индивидуата и средината и вклучува субјективно перцепирање и проценување на стресорот што го прави високо персонализиран процес. Одредени карактеристики, рани животни искуства и научени когнитивни предиспозиции ги прават индивидуите повеќе или помалку подложни на ефектите од стресорите. Резилиентноста и ранливоста на стресори како и интензитетот на одговор на стресот се во голем дел условени од возраста, полот и бројни личностни карактеристики, како што се жилавоста, локусот на контрола, само-ефикасноста, самовербата, оптимизмот, хостилноста итн. За да може да се разбере поврзаноста на личноста со искусувањето на стресот како и со развојот на болест неопходно е да се земат во предвид индивидуалните разлики во однос на изборот или избегнувањето на опкружувања кои се поврзани со специфични стресори, начинот на интерпретирање на стресната ситуација, интензитетот на одговорот на стресниот настан и стратегиите на справување кои индивидуата ги користи кога е соочена со стресна ситуација (Lecic-Tosevski, Vukovic, Stepanovic, 2011).

Дека личноста има голема улога во процесот на справување со стресови е покажано во бројни истражувања. Така, некои автори нашле дека личноста е

поврзана со веројатноста за појава на стресен настан (Bolger, Schilling, 1991; Bolger, Zuckerman, 1995), веројатноста за применување на одредени стратегии за справување (David, Suls, 1999; McCrae, Costa, 1986; O'Brien, DeLongis, 1996; Watson, Hubbard, 1996) како и со ефективноста или исходите од овие стратегии на справување (Bolger, Zuckerman, 1995; Gunthert et al., 1999 според DeLongis, Holtzman, 2005). Темошок (Temoshok, 1990) смета дека луѓето во ситуација во која им е дијагностицирана болест е многу веројатно да ги манифестираат своите вообичаени стилови на справување (според Denollet, 1993). Постојат докази дека репресивното справување со стрес може да поттикне здравствени проблеми. На пример, Кинг и соработниците (King et al., 1990) наведуваат дека репресивното справување е поврзано со хипертензијата, додека пак Јенсен (Jensen, 1987) наведува дека е поврзано со прогресијата на канцерот (според Denollet, 1993). Истражувањата покажуваат дека индивидуите склони кон хроничен стрес кои ќе научат адекватни начини за менаџирање на стресот имаат значајна редукција на настаните кои се поврзани со оштетувањето и промените на кардиоваскуларниот систем. Многу други истражувања пак, покажуваат дека ние сме креатори во формирањето на стрес кој придонесува за развој на коронарно срцево заболување како резултат на ексцесивна лутина, хостилност, брзање, несоодветна компетитивност и преокупираност со работата (Haque, Jamil, Namawar, 2013). Дополнително, стратегиите на справување се едни од психосоцијалните варијабли кои влијаат на дистресот. Бездолготворноста која е вклучена во ранливоста на стрес може да биде и фактор на ранливост за развој на депресија кога луѓето се соочуваат со стресни ситуации (Sanjuan et al., 2012).

Доколку се имаат во предвид негативната природа на стресот и долгорочните последици врз здравјето и добросостојбата, станува јасна потребата сите досегашни сознанија за справувањето да се употребат на начин да им помогнат на луѓето подобро да се справуваат. Вештините кои се развиваат преку ефективно справување може да бидат генерализирани и на други животни настани, а редукцијата на стрес може да ослободи други вредни ресурси на личноста.

БАЗИЧНИ ДИМЕНЗИИ НА ЛИЧНОСТА

Личност, црти и нивна определба

Луѓето многу често кога се опишуваат себе или опишуваат некој друг го користат зборот личност без притоа да знаат што точно овој збор означува. Низ литературата посветена на психологијата на личноста може да се најдат бројни концепции кои се обидуваат да дадат објаснување за тоа што претставува личноста. На пример, според Кател (Cattell, 1950) личноста е она што ни покажува како ќе постапи единката кога ќе се најде во одредени околности и за него централен проблем во психологијата на личност е предвидувањето на однесувањето (според Hogan, Johnson, Briggs, 1997). Олпорт (Allport, 1961) пак смета дека личноста е динамична организација во индивидуата на оние психофизички системи кои ги детерминираат карактеристичните однесувања и мисли (според Feist, Feist, 2008).

Личноста е мошне сложена динамична ментална творба што дејствува, доживува, осмислува и која управува со особата (Јанаков, 2010). Таа е севкупност на ментални својства, ментални процеси и поведенија и дејности. Многу составки на личноста се можни придонесувачи на развојот на соматските болести. Во досегашните истражувања големо внимание им се посветува на цртите на личноста.

За цртите се зборувало уште од времето пред нашата ера. Аристотел (384-322 п.н.е) на диспозициите како што се суетност, скромност и плашливост (кукавичлук) гледал како на клучни детерминати на моралното и неморалното однесување. Тој индивидуалните разлики ги опишувал преку овие диспозиции. Неговиот ученик Теофраст (371-287 п.н.е) напишал книга во која опишал триесетина “карактери” или типови на личност, но најзначајно од се тој сметал дека добрите или лошите црти на карактерот на индивидуата можат да бидат изолирани и проучувани одделно (според Matthews, Deary, Whiteman, 2003).

Концепциите за цртите на личноста прават две главни претпоставки - дека цртите се стабилни низ времето и дека директно влијаат на однесувањето. Кар и Кингсбури (Carr, Kingsbury, 1938) сметаат дека цртите имаат предиктивна вредност и доколку се знаат цртите на индивидуата врз основа на нив може да се предвидат нејзините идни однесувања (според Matthews et al., 2003).

Цртите на личноста се дефинираат како не-когнитивни својства што ја одредуваат и регулираат менталната и бихејвиоралната живост односно активност. Олпорт (Allport, 1937) сметал дека цртите на личноста се предиспозиции да се

одговори на истиот или сличен начин на различни видови на стимули. Односно, тој сметал дека цртите се конзистентни и трајни начини на реагирање на нашето опкружување. Кател од своја страна цртите ги дефинирал како релативно трајни тенденции на реагирање кои претставуваат основни структурни единици на личноста. Како и Олпорт, Кател ги присвоил цртите како фундаментална концептуална единица на личноста (според Schultz, Schultz, 2005).

Личноста има значајна улога во одредувањето на здравјето и психолошките исходи. Според Болгер и Шилинг (Bolger, Schilling, 1991) иако истражувањата во целост не разбираат како личноста води кон овие исходи, она што е јасно е дека стресните искуства и како луѓето се справуваат со нив има значајна улога во објаснувањето на исходите (според Bolger, Zuckerman, 1995).

Бројни истражувања се насочени кон проучување на цртите на личноста и нивната улога во развојот на соматските болести. Тоа воглавно се должи на сознанието дека цртите на личност се стабилни низ времето и покрај тоа што однесувањето во дадени ситуации може да варира. Понатаму, се верува дека цртите на личноста директно влијаат на однесувањето. Цртите на личност претставуваат димензии на личноста кои се користат за да се категоризираат луѓето според степенот во кој манифестираат одредени карактеристики. Во психологијата на личноста, како што наведуваат Винтер и соработниците (Winter et al, 1998) концептот црти се користи за да се укаже на конзистентни обрасци на однесувања, особено на експресивни или стилски однесувања (според John, Robins, Pervin, 2008).

Факторски приод кон личноста

Меѓу најстарите академски обиди да се разбере личноста спаѓаат и теориите на црти. Изучувањето на цртите за прв пат започнало во 1930 од страна на Олпорт и Одберт (Allport, Odbert) и продолжиле од страна на Кател (Cattell) во 1940 и Тјупес, Кристал и Норман (Tupes, Christal, Norman) во 1960 (според Feist, Feist, 2008). Застапниците на теориите на црти, всушност, зборуваат за фактори на личноста. Факторскиот приод кон личноста се базира на претпоставката дека составките на личноста се релативно стабилни во времето и во различни ситуации. Цртите се конзистентни образци на однесувањето и имаат тенденција да бидат конзистентни низ ситуациите и времето, и на тој начин овозможуваат релијабилен и конзистентен начин за опишување на разликите помеѓу луѓето.

Со појавата на факторскиот приод кон личноста, почна да се зборува за големи три, големи пет фактори на личност, шестнаесет фактори на личност кои се дел од истражувањата на XX век. Ајзенк (Eysenck, 1994b) развил модел на факторска теорија на личност според кој постојат три главни фактори на личност и тоа екстроверзија - интроверзија, невротизам - емоционална стабилност и психотицизам (според Feist, Feist, 2008). Спротивно на Ајзенк кој ја создал една од најмалите таксономии на личност од аспект на бројот на факторите, Кател создал таксономија која ја сочинуваат 16 фактори на личност и тоа е една од најголемите таксономии од аспект на бројот на идентификувани базични црти.

Во последните две декади најголемо внимание доби пет факторскиот модел, наречен уште Големи Пет развиен од Коста и Мекри (Costa, McCrae, 1992). Петфакторскиот модел е најчестиот модел за кој постои согласување дека “Големите Пет” фактори на Невротизам, Екстровертност, Согласување, Совесност и Отвореност кон искуство се вкоренети во биолошките структури и процеси (John, Srivastava, 1999; McCrae et al., 2000; Rothbart, Bates, 1998 според Connor-Smith, Flachbart, 2007).

Петфакторски модел на личност

Моделот на Коста и Мекри првично бил развиен во контекст на лонгитудиналните студии на личноста и стареењето. Според Фајст и Фајст (Feist, Feist, 2008) Коста и Мекри, се согласуваат со Ајзенк дека цртите на личноста се биполарни и следат нормална дистрибуција. Тие цртите на личност ги дефинираат како димензии на индивидуалните разлики во тенденциите да покажат конзистентна шема на мисли, чувства и активност. Коста и Мекри сметаат дека цртите ја даваат стабилната структура на личноста во рамки на која индивидуата се справува, заштитува, компензира или прилагодува. Голдберг (Goldberg, 1981) наведува дека димензиите за кои Коста и Мекри зборуваат ги сочинуваат цртите на личност кои го сочинуваат пет факторскиот модел (според Feist, Feist, 2008). Петте базични димензии (фактори) на личност покажуваат постојаност низ возраста, односно, доколку не се појават болести како што е Ајцхајмеровата болест, базичните димензии (фактори) се одржуваат исти низ целиот живот на особата (McCrae, Costa, 2003).

Петфакторскиот модел на личност во светот се препознава како најразбирлив модел на големите фактори на личноста и ги вклучува факторот совесност (висока самоконтрола, тенденција да се планира однапред, истрајност и ориентираност кон задачите), факторот невротизам (сензитивност на негативни емоции, склоност кон симптоми на депресија и анксиозност), факторот екстроверзија (тенденција да се бара стимулација во присуство на други, диспозиција полесно и почесто да се искусуваат позитивни емоции), факторот отвореност кон искуства (почит кон различни искуства во различни области на живеењето, отвореност) и факторот согласност (тенденција да се биде кооперативен наместо компетитивен и антагонистички поставен кон другите, покажување емпатија) (John et al., 2008).

За потребите на овој труд од моделот на Коста и Мекри земени се само три фактори на личност и тоа невротизам, совесност и екстроверзија, затоа што досегашните истражувања даваат основа да се верува дека секој од овие фактори одделно може да придонесе во зачувување на здравјето на особата или пак спротивно, во развојот на болест.

НЕВРОТИЦИЗАМ

Контроверзноста која постои околу дефинирањето на базичните фактори на личност е најмала во однос на факторот невротизмот. Факторот невротизам ги претставува индивидуалните разлики во тенденцијата да се искуси дистрес и во когнитивните и бихевиоралните стилови кои произлегуваат од оваа тенденција. Овој фактор примарно се карактеризира преку тенденцијата да се искусуваат негативни емоции, вклучувајќи ги анксиозноста, депресијата и лутината. Факторот невротизам е еден од најчесто истражуваните и најакцентирани фактори на личност кој на едниот крај се карактеризира со висока анксиозност, темпераментност, самосожалување, емоционалност и ранливост на болести поврзани со стрес, а на другиот крај се карактеризира со смиреност, самозадоволство, неемоционалност, ниска анксиозност. Факторот *невротизам* поконкретно ја претставува тенденцијата на особата да доживее негативни афекти, да се дестабилизира и потешко да се прилагодува на новините и стресот.

Во однос на дефинирањето Коста и Мекри факторот невротизам го дефинираат на сличен начин како што го има дефинирано и Ајзенк. Ајзенк смета дека оние кои постигнуваат висок скор на скалата на невротизам се особи кои имаат тенденција кон анксиозност и депресија, грижи, имаат лош сон и психосоматски нарушувања, им дозволуваат на емоциите да им влијаат на проценките и се преокупирани со работите кои би можеле да тргнат наопаку. За разлика од нив оние кои постигнуваат ниски скорови на скалата на невротизам брзо се опоравуваат по емоционално вознемирувачко искуство и генерално се мирни и незагрижени (според Matthews et al., 2003).

Коста и Мекри (Costa, McCrae, 1992) факторот невротизам го дефинираат преку шестте основни аспекти и тоа: изразено непријателство, анксиозност, депресија, самосвесност, импулсивност и ранливост (вулнерабилност). Оние кои постигнуваат високи скорови на скалата на невротизам имаат тенденција да бидат анксиозни, темпераментни, емоционални, имаат тенденција да се самосожалуваат и се подложни на нарушувања и болести кои се поврзани со стрес. Оние кои постигнуваат ниски скорови на скалата на невротизам вообичаено се смирени, врамнотежени и самозадоволни.

Невротицизмот и развојот на болест

Од аспект на базичните фактори на личност од пет факторскиот модел, најголемиот дел од варијансата во однесувањето на особата кое е значајно за релацијата личност-болест, го објаснува факторот невротицизмот. Конседин и Московиц (Consedine, Moskowitz, 2007) сметаат дека поврзаноста помеѓу факторот невротицизам и здравјето/болеста е една од најстабилните и најконзистентни релации во здравствената психологија (според Hyland, 2011). Доколку здравјето се поврзува со повеќе од една личносна димензија, невротицизмот вообичаено ја има најсилната корелација. Емпириските докази за конструктот на невротицизмот доаѓаат од сознанијата дека негативното расположение (депресија, анксиозност и замор) и негативните емоции (на пример, хостилност, вина, страв) коварираат, и тие коварираат независно од останатите четири фактори од големите пет фактори на личност (Hyland, 2011). Од перспектива на теоријата на црти, факторот невротицизам може да се смета за комбинација на корелирани негативни состојби на расположение и емоции кои имаат тенденција да се јавуваат заедно.

Во современата литература постојат повеќе истражувања кои покажуваат дека факторот невротицизам и неговите компоненти се поврзани со развојот на болест и лошо здравје. Некои од истражувањата покажуваат дека постојат корелации помеѓу факторот невротицизам од една страна и физичките симптоми од друга страна. Останатите истражувања покажуваат дека луѓето со дијагностицирана болест имаат тенденција да се поанксиозни и депресивни. Факторот невротицизам ја предвидува изложеноста на интерперсонален стрес и прави тенденција настаните да се доживуваат како високо загрозувачки а ресурсите за справување како многу ниски (Bolger, Zuckerman 1995; Grant, Langan-Fox 2007; Gunthert et al. 1999; Penley, Tomaka 2002; Suls, Martin 2005 според Carver, Connor-Smith, 2010). И Рустинг и Ларсен во 1998 (Rusting, Larsen, 1998) зборуваат за тоа дека луѓето кои постигнуваат високи скорови на факторот невротицизам имаат поголема веројатност да искушат негативен афект споредено со оние кои постигнуваат пониски скорови. Индивидите со високо изразен невротицизам имаат поголема тенденција да ги доживуваат нивните животни ситуации многу понегативно и понатаму согласно со нивното доживување и да делуваат така.

Дел од досегашните истражувања упатуваат на тоа дека оние кои постигнуваат високи скорови на факторот невротицизам доживуваат хронично негативни афекти.

Коста и Мекри (1987) наведуваат дека повратната нервна тензија, депресивност, фрустрираност, вина и самосвесноста која таквите индивидуи ја чувствуваат често е поврзана со нерационално размислување, ниско себепочитување, слаба контрола на импулсите и жалење, соматски поплаки и неефективно справување од страна на особата (според Feist, Feist, 2008). Индивидуите кои постигнуваат ниски скорови на факторот невротизам не значи дека имаат добро и позитивно ментално здравје, но може да се дефинираат како смирени, релаксирани, рамнодушни и мирни дури и во кризни ситуации.

Високиот невротизам може да се смета за форма на склоност кон стрес - индивидуите со висок скор на факторот невротизам постојано се грижат, имаат чувство на неадекватност, тензија и нервоза кои се непријатни и стресни чувства. Ова не значи дека оние кои се емоционално стабилни не искусуваат стрес, туку емоционално стабилните особи различно ќе го искушат стресот. Диенер и соработниците (Diener et al., 1999) наведуваат дека невротизмот се поврзува со мерките на добросостојба и дека невротизмот е фактор кој е најзаслужен за реакциите на стрес (според Matthews et al., 2003). Други истражувања кои ја разгледуваат поврзаноста на овој фактор со добросостојбата покажуваат дека високиот скор на факторот невротизам се поврзува со различни индиции на субклинички стрес во секојдневниот живот, конзистентно со поврзаноста меѓу невротизмот и состојбите на негативен афект. Дополнително, факторот невротизмот се поврзува со пониска животна сатисфакција и субјективна добросостојба.

Во своите истражувања Бери, Вилингхам и Тајер (Berry, Willingham, Thayer, 2000) нашле дека факторот невротизам е поврзан со потешкотии во интеракцијата со другите луѓе и посиромашен квалитет на социјалните релации (според Matthews et al., 2003). Дополнително, О'Лири и Смит (O'Leary, Smith, 1991) покажале дека факторот невротизам ги предиспонира луѓето кон брачни проблеми (според Matthews et al., 2003). Ова е значајно од аспект на барање на социјална поддршка како значаен сегмент од проактивното справување со стрес.

СОВЕСНОСТ

Факторот совесност се однесува на тоа колку луѓето се организирани, контролирани, подредени, самодисциплинирани, амбициозни и насочени кон постигнување. Факторот совесност во себе ги вклучува следниве аспекти: ред, глад за постигнување, компетентност, исполнителност, ослободеност и самодисциплина. На едниот крај овој фактор се карактеризира со совесност, точност, истрајност, напорно работење, додека пак другиот крај од факторот се карактеризира со неорганизираност, мрзеливост, ненасоченост, невнимателност, откажување кога постои тешкотија. Оние кои постигнуваат високи скорови на факторот совесност напорно работат, совесни се, точни и истрајни. Спротивно на нив оние кои постигнуваат ниски скорови на овој фактор имаат тенденција да се неорганизирани, мрзеливи, немаат јасно поставени цели, ги запоставуваат нештата и се откажуваат кога одредена задача ќе стане премногу тешка.

Луѓето кои постигнуваат високи скорови на факторот совесност се покажало дека имаат поголема вклученост во однос на нивните улоги како во работната средина така и во семејството, како резултат на фактот дека овој фактор вклучува да се биде темелен, истраен и ефективен (Kossek, Noe, DeMar, 1999). Иако луѓето кои постигнуваат високи скорови на факторот совесност се многу повеќе вклучени во нивните улоги, тие едновременно се и многу подобро организирани и подобри се во планирањето. Тие можат да бидат многу поефикасни во балансирањето на времето и енергијата која треба да ја инвестираат во овие улоги.

Совесноста и развојот на болест

Во литературата има повеќе истражувања кои упатуваат на тоа дека луѓето кои постигнуваат повисоки скорови на факторот совесност е поверојатно да бидат здрави и да живеат подолго. Студија во која биле испитувани 343 возрасни пушачи покажала дека оние кои биле посовесни односно постигнувале поголем скор на факторот совесност било помалку веројатно да пушат дома споредено со оние со понизок скор на факторот совесност. Ова упатува на тоа дека совесните пушачи биле многу посвесни за здравствените ризици од пушењето во затворени простории (како за нив така и за другите кои живеат со нив) и превземале активности за да ги редуцираат овие ризици (Hampson, Andrews, Barckley, Lichtenstein, Lee, 2000).

Скинер, Хампсон и Фиф-Шау (Skinner, Hampson, Fife-Schaw, 2002) наведуваат истражување кое покажало дека од 358 адолесценти и млади возрасни дијагностицирани со дијабетес оние кои постигнале повисоки скорови на факторот совесност барале повеќе информации за менаџирање на нивната состојба и биле многу повнимателни за грижата за себе споредено со оние со пониски скорови на факторот совесност.

Фергусон (Ferguson, 2000) наведува студија на 366 британски студенти во која било најдено дека оние кои постигнуваат повисоки скорови на факторот совесност било помалку веројатно да манифестираат хипохондриски поплаки (односно да веруваат и да се плашат дека се болни) споредено со оние кои постигнуваат ниски скорови на факторот совесност (според Schultz, Schultz, 2008). Такер, Елиот и Клајн (Tucker, Elliott, Klein, 2006) во телефонско истражување на 509 возрасни Американци нашле дека оние кои постигнувале повисоки скорови на факторот совесност имале поголема одговорност за вклучување во здрави однесувања (според Shultz, Shultz, 2008). Лонгитудиналните студии (Booth-Kewley, Vickers, 1994; Friedman et al., 1993, 1995; Marshall, Wortman, Vickers, Kusulas, Hervig, 1994), од кои некои ги испитувале истите луѓе во период од приближно 70 години, покажале дека децата кои постигнувале високи скорови на факторот совесност биле физички поздрави и живееле подолго споредено со децата кои постигнувале ниски скорови (според Shultz, Shultz, 2008).

ЕКСТРОВЕРЗИЈА

Коста и Мекри (Costa, McCrae, 1992) сметаат дека факторот екстрове́рзија е составен од шест основни аспекти и тоа: асертивност, друштвеност, потрага по возбуда, активност, топлина и позитивна емоционалност. На едниот крај овој фактор се карактеризира со активност, зборливост, љубезност, веселост, а другиот крај од факторот се карактеризира со резервираност, тивкост, осаменост, пасивност и неможност за изразување на силни емоции. Поконкретно овој фактор го опфаќа квантитетот и интензитетот на социјалните реакции, потребата за стимулација и капацитетот за радување.

Индивидуите кои постигнуваат високи скорови на факторот екстрове́рзија е најдено дека искусуваат многу повеќе позитивен афект во нивниот живот споредено со интровертните (Rusting, Larsen, 1998). Факторот екстрове́рзија се поврзува и со барањето на социјална поддршка заради што се претпоставува дека лицата со висок скор на екстрове́рзија имаат многу поголеми социјални мрежи на поддршка кои им помагаат да ги ублажат ефектите од конфликтните ситуации.

Факторот екстрове́рзија во различни мерки различно се дефинира. Може да е базиран на асертивноста, спонтаноста или енергичноста. Понекогаш е базиран во доминантноста, довербата и во тенденцијата кон среќа (Depue, Collins, 1999). За екстрове́рзијата често се верува дека имплицира социјабилност (Ashton et al. 2002), додека пак некои (Lucas et al., 2000) сметаат дека социјабилноста е копродукт на карактеристиките на екстрове́рзијата (според Carver, Connor-Smith, 2010).

Екстрове́рзијата и развојот на болест

Во бројни студии е покажано дека факторот екстрове́рзија делумно е поврзан со подоброто ментално здравје. Метју и соработниците (Matthews et al., 2003) сметаат дека оваа поврзаност најверојатно се должи на тенденцијата на екстрове́ртите да употребуваат стратегии за справување фокусирано на проблемот може да им помогне да го одржат себепочитувањето и поефикасно да се справат со животните настани.

Ајзенк и Ајзенк (1985) истакнуваат дека екстрове́ртноста има ублажувачки ефект врз експресијата на невротичизмот. Невротичните интроверти се склони кон емоционални вознемирувања, додека невротичните екстрове́рти се склони кон

искусување на бихевиорални проблеми (според Matthews et al., 2003). Дали екстроверзијата делува како ублажувач на стрес или е поврзана со подобро прилагодување, не е докрај објаснето.

Во своето истражување Вилсон и соработниците (Wilson et al, 2005) имале за цел да ја истражат поврзаноста на факторите екстроверзија и невротизмот, како црти на личност, со ризикот од смрт кај постари лица. Тие нашле дека високиот скор на факторот екстроверзија е поврзан со 21% намалување на ризикот од смрт споредено со понискиот постигнат скор на овој фактор. Нивните резултати упатуваат на тоа дека високиот скор на факторот екстроверзија и нискиот скор на факторот невротизам се поврзани со намален ризик за смртност кај постарите и дека оваа поврзаност е посредувана во дел од личносните шеми на когнитивна, социјална и физичка активност. Во други истражувања било најдено дека екстровертите имаат тенденција да имаат повисок позитивен афект и лесно доживуваат позитивни состојби на расположението.

СПРАВУВАЊЕ СО СТРЕС

Поим за стрес и справување со стрес

Баум (Baum, 1999) стресот го дефинира како негативно искуство, пропратено со предвидливи емоционални, биохемиски, психолошки, когнитивни и бихевиорални прилагодувања (според Taylor, Stanton, 2007). Стресот се препознава како неизбежен аспект од живеењето, но она што прави разлика во функционирањето на луѓето е начинот на кој луѓето се справуваат со него (Lazarus, Folkman, 1984).

Справувањето со стрес често се дефинира како напор да се превенираат или намалат заканите, штетата и загубата или да се намали дистресот (Carver, Connor-Smith, 2010). Според Тејлор и Стантон (Taylor, Stanton, 2007), Лазарус и Фолкман (Lazarus, Folkman, 1984) на справувањето гледаат како на процес на обидување да се менаџираат барањата креирани од стресните настани кои настануваат како резултат на надминување на ресурсите на личноста. Напорите за справување може да бидат адаптивни и маладаптивни и формата во која процесите на справување ќе се јават влијае на тоа колку успешно справувањето ќе биде.

Справувањето претставува постојано менување на когнитивните и бихевиоралните напори да се менаџираат специфични надворешни и/или внатрешни барања кои се проценуваат како оптоварувачки – или ги надминуваат капацитетите на личноста (Lazarus, Folkman, 1984). Многу често справувањето се дефинира како мултидимензионален процес кој вклучува когнитивни, бихевиорални и емоционални напори за справување со стресните настани. Во однос на дефинирањето на справувањето со стрес и стиловите кои притоа се употребуваат различни автори даваат различни определувања.

Различни концепции на стиловите на справување со стрес

Во минатото на справувањето се гледало како на адаптивна реакција на стресните настани, односно справувањето се сфаќало како реактивна стратегија која се користи откако ќе се искуси стрес. Лазарус и Фолкман наведуваат дека справувањето се однесува на намерна когнитивна и бихевиорална активност која е наменета за менаџирање или на стресорот или на неговите ефекти врз особата (според Contrada, Guyll, 2000). Бројни стратегии на справување се идентификувани во истражувањата поврзани со стрес, и Лазарус прави разлика помеѓу две форми на справување, фокусирано кон проблемот и фокусирано кон емоцијата. Лазарус и Фолкман (Lazarus, Folkman, 1984) на справувањето гледаат како на активност која е свесна, активна и намерна.

Во 1997 година Аспинвал и Тејлор (Aspinwall, Taylor), зборуваат за петстепен модел на справување кој се состои од акумулација на потенцијали/капацитети, внимание, иницијална проценка, прелиминарно надминување и добивање и користење на информација. Во овој модел акцент се става на превентивното справување и користењето на ресурсите во и надвор од личноста (според Стоименова Цаневска, 2005). Справувањето најчесто се сфаќа како нешто што се јавува откако ќе се искуси стресен настан, додека пак проактивното справување е ориентирано кон иднината и индивидуата е способна да превземе чекори во справувањето со антиципираниот стрес.

Во поново време справувањето се сфаќа како нешто што може да се направи пред да се појави стрес и се смета дека тоа има повеќе позитивни функции. Се претпоставува дека справувањето, и особено проактивното справување може да предвидат позитивни исходи кои се значајни за унапредување на добросостојбата и здравјето.

Проактивно справување со стрес

Проактивното справување во себе вклучува позитивен пристап кон справувањето со стресорите. Гринглас, Шварцер и Тауберт (Greenglass, Schwarzer, Taubert, 1999) сметаат дека проактивното справување е мултидимензионална, насочена кон напред стратегија, која ги интегрира процесите на личен менаџмент на квалитетот на живот со оние на саморегулацијата (според Greenglass, Fiksenbaum, 2009).

Проактивното справување е проспективен, кон иднината насочен мултидимензионален начин да се надминат потешкотиите. Според Шварцер и Тауберт (Schwarzer, Taubert, 2000) проактивното справување претставува метод за проценка на идните цели и креирање услови за нивно успешно постигнување, додека пак Аспинвал и Тејлор (Aspinwall, Taylor, 1997) сметаат дека проактивното справување е процес кој овозможува подготовка за потенцијалните идни стресори и можноста истите да се превенираат (според Sirota, Yaroslavskaya, 2011).

Проактивното справување пошироко се концептуализира како пристап кон животот во кој напорите на индивидуата се насочени кон менаџирање на целите каде барањата и различните ситуации се гледаат повеќе како предизвик отколку како стресори. Проактивното справување го сочинуваат напори за обезбедување средства и начини кои го олеснуваат постигнувањето на цели кои претставуваат предизвик и промовираат личен раст. Проактивното справување се смета за комбинација на менаџмент на ризик и менаџмент на цели со што претставува концепт кој е значаен во однос на процесот на стареење (Bode, De Ridder, Bensing, 2007). Бод, ДеРидер и Бенсиг (Bode, De Ridder, Bensing, 2007) проактивното справување го концептуализираат како промоција на посакувани идни исходи и превенција на непосакувани промени.

Проактивното справување од останатите стилови на справување се разликува во однос на три нешта. Најпрво, проактивното справување е многу повеќе ориентирано кон иднината, споредено со останатите форми на справување кои имаат тенденција да бидат реактивни. Второ, проактивното справување се смета за менаџирање ориентирано кон цели, додека реактивното справување е менаџирање ориентирано кон ризик. Трето, мотивацијата за проактивното справување е многу повеќе позитивна затоа што се јавува како резултат на перцепирање на ситуацијата

како предизвик, додека реактивното справување се јавува како резултат на појава на ризик, односно општественото барање се перцепира како закана.

Пошироко проактивното справување се сфаќа како пристап кон животот во кој напорите на индивидуата се насочени кон менаџирање на целта каде барањата се гледаат повеќе како предизвик отколку како стресори (Greenglass et al., 1999). Проактивното справување може да го подобри квалитетот на животот на индивидуата. Преку употреба на проактивното справување индивидуата активно се насочува кон подобрување на сопствениот живот наместо кон реагирање на негативните настани. Шварцер (Schwarzer, 1999), проактивната индивидуа ја дефинира како одговорна, принципиелна и полна со ресурси (според Greenglass et al., 1999). Проактивното справување е пристап кон животот, егзистенцијално верување дека нештата ќе излезат добро не заради среќа или други фактори кои неможе да се контролираат, туку затоа што индивидуата превзема одговорност за исходите. Проактивното справување се разликува од другите стилови на справување во однос на тоа што ги инкорпорира и користи социјалните и несоцијалните ресурси, вклучува визии за успех и користи позитивни емоционални стратегии. Проактивното справување иницира активност.

Иако повеќето дискусии околу справувањето со стрес ги истакнуваат одговорите на закана, Аспинвал и Тејлор (Aspinwall, Taylor, 1997) истакнуваат дека справувањето се јавува проактивно пред појавата на стресорот (според Carver, Connor-Smith, 2010). Проактивното справување е наменето да го превенира појавувањето на заканувачки или штетни ситуации. Проактивното справување е речиси секогаш фокусирано кон проблемот и вклучува акумулирани ресурси кои ќе бидат корисни доколку се појави некаква закана. Доколку се перцепира почеток на некаква закана, личноста може да ги ангажира стратегиите кои би превенирале нејзин раст. Доколку антиципацијата на заканата и помогне на личноста да ја избегне, личноста ќе искуси помалку стресни епизоди или ќе доживее стрес од помал интензитет кога е неможно искуствата да се избегнат (Carver, Connor-Smith, 2010).

КОРОНАРНИ ЗАБОЛУВАЊА

Поим за хипертензија и коронарни заболувања

Есенцијалната хипертензија, наречена уште и примарна или идиопатска хипертензија, се дефинира како трајно покачување на крвниот притисок, при што систолниот притисок е поголем од 140mm Hg а дијастолниот е поголем од 90 mm Hg, и притоа не постои една јасно идентификувана причина (Callahan, Andrews, Krantz, 2003). Хипертензијата претставува сериозна состојба заради ефектите кои ги има врз телесните органи и васкуларниот систем. Постои силна позитивна корелација помеѓу хипертензијата и мозочните удари, реналните проблеми и срцевите заболувања. Дополнително, хипертензијата е и еден од најзначајните ризик фактори за развој на коронарно срцево заболување.

Коронарното срцево заболување претставува хронична болест и се однесува на болести на срцето кои ги вклучуваат коронарните артерии кои не функционираат правилно. Најзначајни заболувања во оваа група се ангина, акутен миокарден инфаркт и ненадејна смрт на срцето. Овие форми на коронарно заболување се резултат на атеросклероза која вклучува стеснување на артериите како резултат на наслаги кои го опструираат протокот на крв (Ogden, 2007).

Како причинител на смрт, Кунг и соработниците (Kung et al, 2008) наведуваат дека коронарното срцево заболување е најчестиот облик на кардиоваскуларните заболувања, кое може да биде проследено со мозочен удар (според Jokela, Pulkki-Raback, Elovainio, Kivimaki, 2014).

Коронарно заболување кај хипертензивни лица за целите на ова истражување се дефинира како постоење на трајно повишување на крвниот притисок и развиено коронарно заболување при што е дејството на останатите коморбидитети беше намалено преку контрола на релевантните варијабли.

Фактори на ризик за развој на коронарно срцево заболување

Физичките причини кои лежат во позадина на коронарните заболувања се добро познати и се сочинети од атеросклерозата и артериосклерозата. Атеросклерозата е често заболување во кое холестеролот и останатите маснотии се таложат на сидот на артериите. Како што сидот на артериите се задебелува тие се стеснуваат и настанува редуцирање на циркулацијата до органите и ткивата кои нормално се снабдуваат со крв преку таа артерија. Сеуште не е докрај објаснето како настанува атеросклерозата. Артериосклерозата од друга страна е состојба во која коронарните артерии ја губат својата еластичност и не се во можност да се шират и контрахираат како што крвта циркулира низ нив.

Покрај овие познати физички причини за коронарни заболувања низ годините бројни истражувачи се прашувале која е причината за формирање на плаки во коронарните артерии и зошто кај некои луѓе ова се случува а кај некои не. Една од најзначајните студии која започнала во 1948 година е Фрамингхамовата студија на Срце (Framingham Heart Study) која е проспективна студија и која имала за цел да ги открие ризик факторите кои придонесуваат кон развој на коронарни артериски заболувања. Во оваа студија биле идентификувани две основни категории на ризик фактори за коронарни артериски заболувања и тоа: ризик фактори кои не може да се контролираат како што се фамилијарната историја, возраста и полот, и ризик фактори кои може да се контролираат како што се здебеленоста, хипертензијата, нивото на холестерол и пушењето (Straub, 2001). Според Фернандез и соработниците (Fernandez et al., 2007) проценетите ризик фактори за коронарно срцево заболување вклучуваат висок крвен притисок, висок холестерол, физичка неактивност, обезност (прекумерна тежина) и пушење (според Kreikebaum, Guarneri, Talavera, Madanat, Smith, 2011).

Меѓутоа, и покрај овие идентификувани фактори за развој на коронарно срцево заболување, во студиите кои биле правени кардиолозите не можеле да откријат зошто и покрај тоа што нивните пациентите не биле здебелени, средновековни мажи со холестерол, умирале. Ова била една од причините зошто тие почнале пошироко да бараат ризик фактори кои можат да го објаснат настанувањето на коронарно заболување, и на тој начин дошле до улогата на психолошките фактори во развој на коронарните заболувања.

Улогата на цртите на личност и психичките појави во развојот на хипертензија и коронарни заболувања

Верувањето дека личноста е поврзана со болестите датира уште од времето на древните Индијци. Психичките фактори имаат свој придонес во патогенезата и развојот на коронарните срцеви заболувања и ова го имаат покажано бројни студии. Улогата на хроничниот ефект кој психичките фактори го имаат во развојот на атеросклерозата и поврзаните кардиоваскуларни нарушувања е добро истражена. Едновременно, постојат бројни докази кои сугерираат дека секојдневните стресни случувања и околности се поврзани со поголемите акутни кардијални патологии.

Бројните истражувања во областа на здравствената психологија покажаа дека личноста и нејзините составки имаат значајна улога во развојот на соматските заболувања. Меѓу најчесто споменуваните фактори кои имаат улога во развојот на коронарно заболување се Тип А однесувањето, хостилноста и лутината. Покрај овие истражувани се и цртите на личност за кои се покажало дека во голем дел ги дефинираат однесувањата кои може да го подобрат или уназадат здравјето. Верувањата за болестите, начините на справување со стрес исто така имаат свое влијание во овој процес.

Психолошките истражувања за склоноста кон болест неопходно е да ги вклучуваат и стиловите на справување со стрес кои индивидуата ги користи низ времето. Фридман и ДиМатео (Friedman, DiMatteo, 1989) наведуваат дека зависно од погледот на светот и психолошките извори на личноста, таа може да биде помалку или повеќе склона кон искусување на одредени емоционални и физиолошки реакции кога ќе се соочи со општествените стресори (според Denollet, 1993). Многу студии ја истражувале поврзаноста помеѓу личноста и справувањето со стрес индивидуално со исходите од стресот. Болгер и Цукерман (Bolger, Zuckerman, 1995) наведуваат неколку начини на кои личноста и справувањето со стрес можат взаемно да влијаат на прилагодувањето (според Carver, Connor-Smith, 2010). Еден начин е преку медијација, односно личноста влијае на изборот на стратегија за справување, која понатаму влијае на исходот. Друг начин е преку модерација, односно личноста влијае на тоа колку дадена стратегија ќе функционира за индивидуата. Комбинираниот начин вклучува посредувана модерација, при која личноста влијае и на изборот и на ефективноста на справувањето. Личноста може да влијае на ефективноста на одредена стратегија на справување. На пример, Волратх (Vollrath,

2001) смета дека личностите кои постигнуваат висок скор на факторите екстровеизија или согласување се особено вешти во добивање на социјална поддршка (според Carver, Connor-Smith, 2010). Дополнително, личностите кои постигнуваат висок скор на факторот совесност се повеќе насочени кон решавање на проблемот. Спротивно, дистресот поврзан со високиот скор на факторот невротизам може да интерферира со успешното решавање на проблемите. Факторот невротизам според Ли-Баглеј и соработниците (Lee-Bagglely et al., 2005) е поврзан и со помала флексибилност во справувањето и со изборот на стратегии за справување низ различни ситуации (според Carver, Connor-Smith, 2010).

Кај адултната популација инхибицијата и неизразувањето, неманифестирањето на емоциите се поврзуваат со инциденцата и прогресијата на коронарното срцево заболување (Dembroski et al., 1985; Haysen et al., 1980; MacDougall et al., 1985 според Denollet, 1993). Пенебекер (Pennebaker, 1992) наведува дека долгорочната инхибиција може да предизвика здравствени проблеми затоа што ограничувањето на тековните мисли, чувства и однесувања бара физиолошки напор и ги попречува когнитивните процеси кои го унапредуваат здравјето (според Denollet, 1993).

Психосоцијалните фактори може да го поттикнат развојот на коронарно срцево заболување директно преку физиолошките ефекти, или индиректно преку однесувањата поврзани со здравјето како што се на пример пушење, конзумирање алкохол и придржување кон третманот за хипертензија. Повеќе модели се обидуваат да објаснат зошто дел од составките на личноста имаат влијание врз здравјето. Дел од моделите ја нагласуваат поврзаноста помеѓу личноста и однесувањата кои или му наштетуваат на здравјето или истото го унапредуваат (пушење цигари наспроти вежбање, на пример), додека пак други модели сметаат дека личностите карактеристики кои се поврзуваат со афектот го модификуваат влијанието на стресните настани врз физиолошките одговори кои понатаму влијаат на здравјето (Shiple, Weiss, Der, Taylor, Deary, 2007). Дел од овие модели веќе беа презентирани во претходниот текст (на страна 7, 12, 14).

РЕЛЕВАНТНИ ИСТРАЖУВАЊА

Со се поголемата популарност на здравствената психологија и потребата за развивање на програми за превенција од болести и унапредување и подобрување на квалитетот на живот, до сега се направени бројни истражувања кои се обидуваат да дадат објаснување за улогата на личноста и факторите односно цртите на личноста во развојот на болест.

Уште во далечната 1938 година Дунбар (Dunbar, 1938) во својот обид да даде објаснување зошто претставува проблем ставот на медицинските професионалци кон пациентите кои имаат болка која не може да се поврзе со “органска” (телесна) причина наведе “Кај нашите срцеви пациенти, психата и сомата се практично многу испреплетени... психичката состојба е многу позначајна за среќа во животот и субјективното доживување на капацитетот за работа споредено со веројатно сериозно оштетен циркулаторен систем” (според Matthews et. al., 2003, стр.277).

Бројни автори кои ја истражувале улогата на цртите на личност во развојот на болест сметаат дека факторите екстровеизија, невротизам и согласување може да влијаат врз емоционалниот и социјалниот живот на луѓето, вклучувајќи ја и сензитивноста на негативни искуства, недостатокот на социјална поддршка, како и врз способностите за прилагодување на тешки и променливи животни околности. Кивимаки и соработниците (Kivimaki et al., 2012) сметаат дека психосоцијалниот стрес може да влијае на развојот на покачен крвен притисок, атеросклероза и појава на други физиолошки ризик фактори и на тој начин го зголемува ризикот за смрт од кардиоваскуларни заболувања (според Jokela et. al., 2014).

Дири (Deary, 2010) смета дека одредени црти на личност влијаат на ризикот за појава на физичко односно соматско заболување (според Jokela et.al., 2014). Во бројните истражувања кои досега се правени најконзистентни поврзаности со кардиоваскуларните исходи се најдени за цртите на личност од повисок ред и тоа за висок невротизам (или негативен афективитет, McCarron, Gunnell, Harrison, Okasha, Davey Smith, 2003), ниско согласување (или висока хостилност; Steptoe, Chida, 2009) и ниска совесност (Terracciano, Lockenhoff, Zonderman, Ferrucci, Costa, 2008). За најзначајни личностни компоненти кои имаат влијание на кардијалниот ризик и на смртноста од коронарни артериски заболувања се сметаат негативната

емоционална состојба, интерперсоналниот антагонизам и недостатокот на самодисциплина.

Сулс и Брунде (Suls, Brunde, 2005) наведуваат дека во голем дел од литературата се зборува за тоа дека цртата за негативен афективитет или факторот невротизам е поврзана со коронарно срцево заболување. Едновременно, во студиите во кои пациентите поминувале низ коронарна ангиографија за да се процени присуството и тежината на коронарното артериско заболување, многу често е најдено дека факторот невротизам не е поврзан или е инверзно поврзан со присуството и тежината на коронарното заболување. Овие резултати може да го рефлектираат фактот дека индивидуите кои постигнуваат висок скор на факторот невротизам, кои инаку се здрави, доволно убедливо се жалат на можни кардијални симптоми заради што се препратени на инвазивни дијагностички процедури (според Friedman, 2007). Коста и Мекри (Costa, McCrae, 1987) го опишуваат проблемот на “артефактот на невротизмот” во истражувањата од здравствената психологија, а Вотсон и Пенебакер (Watson, Pennebaker, 1989) нашле дека оние кои постигнуваат високи скорови на факторот невротизам се жалат на ангина, но не покажуваат знаци за поголем коронарен ризик или патологија (според Matthews et. al., 2003).

Студијата која ја спровеле Џокела и соработниците во 2013 (Jokela et al., 2014) имала за цел да истражи дали цртите на личност од петфакторскиот модел се различно поврзани со смртноста од коронарно срцево заболување и мозочен удар. Дополнително тие имале за цел да истражат и дали овие поврзаности се основа за кардиоваскуларните ризик фактори вклучувајќи ги пушењето, здебеленоста, физичката неактивност, хипертензијата и дијабетесот. Тие нашле дека повисокиот скор на факторот совесност е поврзан со помал ризик за смрт од коронарно срцево заболување и мозочен удар. Повисокиот скор на факторот екстроверзија бил поврзан со повисок ризик за мозочен удар но не и со смрт како резултат на коронарно срцево заболување, и овие две разлики биле статистички значајно различни една во однос на друга. Дополнително, повисокиот скор на факторот невротизам бил поврзан со повисок ризик за смрт од коронарно срцево заболување но не и со смртноста како резултат на мозочен удар. Факторите согласност и отвореност кон искуство не биле поврзани со смрт како резултат на коронарно срцево заболување или мозочен удар. Кога факторите на личност биле испитани во одделни модели, прилагодени за возраст, пол и раса/етничка припадност, повисокиот ризик за смрт од коронарно

срцево заболување бил поврзан со пониска екстроверзија, повисок невротизам, пониска согласност, пониска совесност и помала отвореност кон искуства.

Шиплиј и соработниците (Shipley et al., 2007) во своето истражување имале за цел да го испитаат влијанието на факторите невротизам и екстроверзија врз смртноста (како резултат на општи и специфични причинители). По контролирањето на неколку ризик фактори, било најдено дека високиот скор на факторот невротизам е значајно поврзан со ризикот од смрт како последица на кардиоваскуларно заболување. Односно, тие нашле дека факторот невротизам е поврзан со ризикот за смрт од коронарно срцево заболување, но не и кај популацијата постара од 60 години, додека пак во однос на факторот екстроверзија не биле најдени поврзаности со ризикот за смрт од коронарно срцево заболување во однос на сите возрасни групи. Тие дополнително наведуваат дека во студиите кои правеле истражување на тоа дали факторите невротизам и екстроверзија имаат предиктивна значајност во однос на морталитетот, од 12 студии кои во себе вклучиле скала за невротизам, во 6 било најдено дека невротизмот е ризик фактор, 2 студии нашле дека овој фактор има протективна улога, а останатите 4 не нашле никаква поврзаност.

Вајс и Коста (Weiss, Costa, 2005) спровеле истражување во кое имале за цел да истражат дали факторите од големите пет фактори на личност и нивните аспекти може да ја предвидат смртноста кај возрасни индивидуи. Тие нашле дека во ситуација кога факторите биле третираны како континуирани варијабли, факторите невротизам и согласување биле значајни протективни фактори кои го намалуваат ризикот од смрт. Кога факторите биле трихотомизирани, факторот совесност бил протективен фактор и го намалувал ризикот од смрт.

Истражувањето кое го спровеле МекКарон и соработниците (McCarron et al., 2003) а во кое биле вклучени 9239 поранешни студенти од машки пол, во периодот од 1948-1968 година, имало за цел да ја истражи поврзаноста помеѓу проценката на клиничарот на темпераментот во раната зрелост и смртноста. Во ова истражување било најдено дека кардиоваскуларните исходи се поврзани со висок скор на факторот невротизам или негативен афективитет.

Бројни истражувачи (Magnus, Diener, Fujita, Payot, 1993; Taylor, Repetti, Seeman, 1997) зборуваат за поголемата веројатност невротичните луѓе да искусуваат

повеќе стресни настани затоа што факторот невротизмот има тенденција да предвидува негативни животни настани (според Friedman, 2007). Негативните емоции може да бидат поврзани со коронарното срцево заболување преку физиолошки траектории како што е дисрегулацијата на автономниот нервен систем и активацијата на хипоталамусната-питуитарно-адренална оска (Manuck et al., 1995). Карл и Вилијам Менингер (Karl, William Menninger, 1936) уште во 1930 година зборувале за тоа дека коронарните срцеви заболувања се поврзани со потисната агесија (според Friedman, 2011). Постојат се повеќе докази дека луѓето кои имаат висок скор на факторот невротизам искусуваат повеќе секојдневни проблеми и е многу поверојатно на истите да реагираат со дистресирани емоции како што е лутината (Bolger, Zuckerman, 1995; Magnus et al., 1993 според Friedman, 2000).

Дуган и соработниците (Duggan et al, 1995) нашле дека испитаниците кои имаат семејна историја за депресија биле многу повеќе склони кон развој на депресивни симптоми кога имале високи скорови на факторот невротизам (според Van Berkel, 2009). Индивидуите со висок скор на факторот невротизам може да бидат поранливи кон искусување на дистрес како резултат на тоа дека тие понегативно реагираат на секојдневните стресори и кажуваат дека искусуваат многу повеќе стресни настани. Дополнително, повеќе автори (Bolger, Zuckerman, 1995; Magnus et al., 1993; Mroczek, Almeida, 2004; Taylor et al., 1997) наведуваат дека невротичните луѓе, вклучувајќи ги и депресивните е многу поверојатно да најдат на негативни настани и истите да ги интерпретираат на многу понегативен начин (според Friedman, 2007).

Фридман, Керн и Рејнолдс (Friedman, Kern, Reynolds, 2010) направиле истражување во кое направиле иследување на студијата иницирана од Терман. Тие проценувале 4 валидни фактори на личност кај млади возрасни во 1940 година, конструирале мултифакторијална мерка за здраво стареење на учесниците во 1986 и ги собрале посмртниците во 2007 (за да ја проценат долговечноста) на примерок од 1312 учесници во студијата на Терман. Тие нашле дека факторот невротизам предвидува најлошо физичко (телесно) здравје и привид на добросостојба во возрасното доба. Дополнително кај жените предвидувал повисок ризик за морталитет, што е спротивно кај мажите – кај нив предвидува намалување на ризикот за смртност. И кај двата пола факторот екстроверзија ги предвидувал

социјалните компетенции во старо доба, додека пак факторот совесност ја предвидува продуктивноста на мажите во старо доба.

ДеНиве и Купер (DeNeve, Cooper, 1998) наведуваат дека постојат добри докази дека факторот невротизам не предвидува само аспекти на здравјето поврзани со дистрес, туку и инциденца на заболувања (според Friedman et al., 2010). Во еден скорашен преглед кој се фокусира на срцевите заболувања, Сулс и Бунде (Suls, Bunde, 2005) заклучиле дека постојат се повеќе докази кои ги поврзуваат негативните емоции со ризикот за развој на коронарно срцево заболување, и дека особено постојат докази за поврзаноста на депресијата и анксиозноста со развојот на срцеви заболувања низ проспективните студии (според Friedman et al., 2010).

Роест и нејзините колеги (Roest, Martens, de Jonge, Denollet, 2010) ја направиле првата метаанализа за поврзаноста на анксиозноста со инциденцата за коронарно срцево заболување кај иницијално здрави луѓе користејќи податоци од САД, Европа и Азија. Резултатите кои ги добиле покажале поврзаност помеѓу анксиозноста и инциденцата за коронарно срцево заболување. Дури и по мултиваријантни прилагодувања, анксиозните луѓе имале околу 26% поголем ризик за коронарно срцево заболување и 48% поголем ризик за кардијална смрт во тек на среден период на следење од 11,2 години.

Јански, Ахне, Лундберг и Хемингсон (Janszky, Ahnve, Lundberg, Hemmingsson, 2010) спровеле студија во која вклучиле речиси 50000 Швеѓани. Испитаниците медицински биле испитувани во рамки на воената служба и биле следени и проценувани просечно 37 години. Било најдено дека депресијата не е предиктор за последователна коронарна болест, но оние со анксиозни нарушувања имале двапати поголема веројатност да страдаат од коронарно срцево заболување или акутен миокарден инфаркт, дури и по прилагодувањата за основните услови.

Монирпур и Кнуфси (Monirpoor, Khoosfi, 2011) спровеле истражување во кое вклучиле 150 пациенти кои се подготвувале за ангиографија и 150 здрави индивидуи, чија цел била евалуација на улогата на личноста, стресот и социјалната поддршка во предвидувањето на коронарното срцево заболување. Истражувањето покажувало дека личноста, стресот и социјалната поддршка се варијабли кои предвидуваат 51,9-69,2% од варијансата на коронарното срцево заболување. Нивните резултати индицирале дека факторите невротизам и екстроверзија,

стресот и интерперсоналните конфликти имале директна поврзаност со болеста и инверзна поврзаност со здравоста, но факторите совесност и отвореност кон искуство биле спротивно поврзани со болеста и директно поврзани со здравоста.

Сутин и соработниците (Sutin, Zonderman, Ferrucci, Terracciano, 2013) спровеле лонгитудинална студија во која биле вклучени 2008 испитаници. Целта на оваа студија било да се провери дали личноста го зголемува ризикот за болест и дали болеста е поврзана со промената во личноста. Нивните резултати покажале дека факторите невротизам и совесност се поврзани со поголема оптовареност од болести. Аспектот импулсивност од факторот невротизам бил најсилниот предиктор за развој на болест низ периодот на следење, односно за секое зголемување на стандардната девијација на импулсивноста, постоел 26% поголем ризик за развој на болест и 36% за влошување на здравствената состојба. На ниво на аспекти, тие нашле дека оние кои се склони кон депресија (N3: депресија) и оние кои се склони кон ранливост на стрес (N6: ранливост) имаат повеќе болести и воедно имаат зголемен ризик за развој на болест. Понатаму оние кои живееле брз живот (O4: активност), оние кои биле способни (C: компетентност) и оние кои биле високо дисциплинирани (C5: самодисциплина) имале помалку болести.

Кубзански и Кавачи (Kubzansky, Kawachi, 2000) имале за цел да ги прегледаат епидемиолошките докази за поврзаност помеѓу негативните емоции (лутина, анксиозност и депресија) и коронарните срцеви заболувања и да ги разгледаат механизмите на поврзување на емоциите со коронарните срцеви заболувања. Тие направиле анализа на написите објавени во периодот од 1980 до 1998 за поврзаноста помеѓу секоја од негативните емоции и коронарните срцеви заболувања. Она што го нашле е дека доказите за поврзаноста на анксиозноста се најсилни, додека пак доказите за поврзаноста помеѓу лутината и коронарните артериски заболувања се лимитирани. Иако депресијата се поврзува со смртноста која настанува по миокарден инфаркт сепак доказите за нејзината улога во настанувањето на коронарни срцеви заболувања биле мешани. Буркер и соработниците (Burker et al, 1995) наведуваат дека повисоките нивоа на анксиозност негативно влијаат на физичкото функционирање, интерферираат со спроведувањето на улогите кои индивидуата ги има и го зголемуваат ризикот за појава и прогресија на срцевите заболувања. Дополнително, тие сметаат дека анксиозноста е значаен предиктор на депресија и кај мажите и кај жените со срцево заболување (според Platch, 2002). Бут-

Келеј и Фридман во 1987 (Booth-Kewley, Friedman, 1987) зборуваат за резултатите од една мета анализа во која било најдено дека не само анксиозноста и хостилноста туку и депресијата е значајно поврзана со кардиоваскуларните заболувања (според Friedman, 2007).

Во однос на факторот совесност, дел од истражувачите (Lee-Baggley et al. 2005; Vollrath, 2001) наведуваат дека овој фактор предвидува ниска изложеност на стрес најверојатно заради фактот што оние кои постигнуваат висок скор на факторот совесност однапред планираат за стресовите кои можат да ги предвидат и избегнуваат импулсивни активности кои можат да доведат до финансиски, здравствени или интерперсонални проблеми (според Carver, Connor-Smith, 2010).

Фридман и соработниците (Friedman et al., 2007) во своето истражување нашле дека факторот совесност од големите пет е значајно поврзан со ризикот за морталитет. Оние кои имале ниски скорови на факторот совесност во адултна возраст порано умирале. Овие резултати биле потврдени и во други студии. Така на пример, во една студија која ја спровеле Вилсон и соработниците (Wilson, Mendes de Leon, Bienias, Evans, Bennett, 2004) била истражувана поврзаноста на личноста со морталитетот кај 883 испитаници. Тие нашле дека ризикот за смрт се дуплирал кај оние испитаници кои постигнале висок скор на факторот невротизам, споредено со оние кои постигнале низок скор на овој фактор. Дополнително, нашле дека оние кои постигнуваат високи скорови на факторот совесност имаат помал ризик за смртност споредено со оние кои постигнале ниски скорови на овој фактор.

Во една студија која ја спровеле Витциг и соработниците (Witzig, Kamarck, Muldoon, Sutton-Tyrell, 2003) била истражувана поврзаноста на факторот совесност и субклиничкото кардиоваскуларно заболување кај здрава популација сочинета од 353 испитаници. Во оваа студија била употребувана сонографија за да се измери дебелината на интимата на артериите и дополнително биле мерени физиолошки параметри вклучувајќи и 24 часовни урино катехоламини. Било најдено дека факторот совесност е поврзан со помало задебелување на интимата, при што уринарниот норепинефрин се јавил како парцијален медијатор (според Friedman, 2007).

Покрај тоа што може да придонесат кон развој на болест одредени црти на личност, факторот совесност особено, може да го подобрат здравјето. Ова се должи

на фактот дека особите со висок скор на факторот совесност е многу поверојатно да присвојат оптимални здрави однесувања кои ќе помогнат во зачувување на здравјето (Bogg, Roberts, 2004; Lodi-Smith et al., 2010). Истражувањата конзистентно зборуваат за протективните фактори кои се врзани за факторот совесност, меѓутоа во однос на факторите невротизам и екстроверзија тие се мешани и бараат повеќе истражување.

За факторот совесност низ истражувањата се покажува дека предвидува здрави однесувања, здрави социјални релации и физичко/соматско здравје и долговечност. Бројни крос-секторски или краткотрајни студии (Christensen, Moran, Wiebe, 1999; Hogan, 1989; Ingledew, Brunning, 1999; Lemos-Giraldez, Fidalgo-Aliste, 1997; Siegler, Feaganes, Rimer, 1995) наведуваат дека факторот совесност е поврзан со поздрави однесувања (според Friedman, 2000).

Хорвитс и соработниците (Horwitz et al, 1990) наведуваат резултати од нивна студија во која јасно може да се видат первазивните ефекти на факторот совесност врз здравјето. Во нивната студија пациентите кои не се придржувале кон нивниот препишан режим и третман по миокарден инфаркт (оние кои земале 75% помалку од препишаните лекови) имале 2,6 пати поголема веројатност споредено со оние кои соработувале да починат во текот на една година следење. Она што е интересно во нивната студија е дека оние пациенти кои постигнувале помали скорови на факторот совесност (кои послабо се придржувале кон препораките) имале зголемен ризик за смрт без оглед дали користеле бета-блокери или плацебо за третман (според Friedman, 2000).

Керн и Фридман (Kern, Friedman, 2008) употребувајќи метод на анализа на рандом ефекти, статистички спровеле мета-анализа за поврзаноста помеѓу факторот совесност и цртите поврзани со него и долговечноста. Нивните докази покажале дека повисоките нивоа на факторот совесност се значајно и позитивно поврзани со долговечноста. Поврзаноста била најсилна за аспектите постигнување и ред од факторот совесност. Тие сметаат дека овој фактор се поврзува со подобро здравје. Факторот екстроверзија исто така се поврзува со подобро здравје, можеби заради поврзаноста на екстроверзијата со социјалното ангажирање. Факторот невротизмот е поврзан со посиромашно здравје, иако останува нејасно дали поврзаноста е со реална болест или само со поголем дистрес заради симптомите и повеќе однесувања фокусирани на болеста (Ozer, Benet-Martinez 2006). Чида и Хамер

(Chida, Hamer, 2008) зборуваат за една скорешна мета-анализа на лабораториско истражување во која било најдено дека факторот невротизам предвидува побавно кардиоваскуларно опоравување од стрес (според Carver, Connor-Smith, 2010).

Покрај цртите на личност и стиловите на справување може да имаат значајна улога во развојот на болест. Коста и Мекри (Costa, McCrae, 1989) сугерираат дека справувањето има многу поголема поврзаност со личноста на индивидуата отколку со самиот актуелен стресор. Во литературата има само неколку студии кои ја истражуваат оваа поврзаност (според Smoot, 2005). Неколку истражувачи ја испитувале поврзаноста на Големите Пет со начинот на кој индивидуата се справува со стрес. Резултатите од овие студии индицираат дека индивидуите кои постигнуваат високи скорови на факторот екстроверзија употребуваат рационална акција, субституција, ограничување, позитивно размислување и социјална поддршка (Costa, McCrae, 1986; Watson, Hubbard, 1996; Wearing, Hart, 1996; Hooker et al, 1994 според Smoot, 2005). Индивидуите кои постигнуваат високи скорови на факторот невротизам најдено е дека вообичаено применуваат насилни реакции, се самообвинуваат, користат седативи, фантазираат, се повлекуваат, пасивни се, неодлучни и применуваат редукција на напрегнатоста. Овие луѓе споредено со оние кои постигнуваат високи скорови на факторот екстроверзија користат повеќе справување фокусирано кон емоциите. Во студијата која ја правеле Вотсон и Хубард (Watson, Hubbard, 1996) било најдено дека факторот совесност е позитивно поврзан со активните стратегии на справување кои се фокусирани кон проблемот. Ова значи дека луѓето кои имаат поизразена совесност многу повеќе употребуваат социјална поддршка, планирано решавање на проблемите, конфронтирачко справување и превземаат одговорност. Ова може да се должи на фактот дека овие индивидуи се сметаат за организирани, темелни, посветени, ориентирани кон постигнување и истрајни, карактеристики кои се поврзуваат со справувањето насочено кон проблем.

Ватсон и соработниците (Watson et al, 1999) сумирајќи ги литературните наоди покажуваат дека особено факторите невротизам и екстроверзија се поврзани со адаптивните, поточно маладаптивните начини на справување (според Semmer, 2006). Гунтхер и соработниците (Gunthert et al., 1999) нашле дека луѓето кои постигнуваат висок скор на факторот невротизам употребуваат повеќе маладаптивни стратегии на справување споредено со оние кои постигнуваат пониски скорови на овој фактор (според Semmer, 2006). Слични резултати нашле и Болгер и Цукерман (Bolger,

Zuckerman, 1995), и Давид и Сулс (David, Suls, 1999). Давид и Сулс наведуваат дека стратегиите фокусирани на емоции се употребуваат од страна на индивидуите кои постигнуваат висок скор на факторот невротизам во ситуации на помалку тешки проблеми. Понатаму, испитаниците со висок скор на факторот невротизам во студијата на Гунтхер и соработниците не биле особено успешни во ниту еден стил на справување. Сулс и Мартин (Suls, Martin, 2005) наведуваат дека луѓето кои постигнуваат високи скорови на невротизам употребуваат многу повеќе стратегии на справување, што може да индицира дека тие имаат потешкотија да најдат стратегија на справување која ќе им помогне. Тие исто така сметаат дека манифестирањето на негативно расположение од ден во ден било многу поголемо кај индивидуите со висок скор на факторот невротизам и дека факторот невротизмот е поврзан со потешкотиите кои се среќаваат во постарите проблеми, што упатува на недостаток на привикнување. Ова упатува на недостаток на ефикасно и ефективно справување (според Semmer, 2006).

Аспинвал и Тејлор (Aspinwall, Taylor, 1997) наведуваат дека индивидуите кои се депресивни, интровертни, потиснати, несвесни или на некој друг начин дисбалансираны се често помалку успешни во обезбедувањето на неопходните психолошки, социјални и бихевиорални ресурси за да се справат со предизвиците (според Friedman, 2007).

Ган и соработниците (Gan, Manshu, Zhou, Zhang, 2007) спровеле пар студии кои имале за цел да ја истражат факторската структура на справувањето ориентирано кон иднина и неговата улога во ангажираноста на студентите. Резултатите од нивните студии покажале дека проактивното справување има значајно повисоки корелации со депресијата и оптимизмот и целосно ја посредува поврзаноста помеѓу стресот и ангажирањето споредено со превентивното справување кое само делумно ја посредува оваа релација.

Во 2005 година во истражувањето спроведено во Македонија кое имало за цел да ја открие поврзаноста меѓу алекситимијата, базичните димензии на личноста и стилите на надминување кај лица со различна здравствена состојба на примерок од 200 испитаници е најдено дека: кај здравите лица оние кои се поалекситимични се поневротични и понамалено го пројавуваат проактивното надминување; кај здравите лица оние кои се поалекситимичните се поинтровертни, и понамалено го пројавуваат проактивното надминување; и дека поалекситимичните се поводливи, како и дека

понамалено го пројавуваат проактивното надминување. Во однос на психосоматски болната популација било најдено дека постои поврзаност на повисоките скорови на алекситимија со повисоките скорови на факторот сложување, како и со повисоките скорови на алекситимија со пониските скорови на проактивното надминување кај психосоматските болни. Дополнително била најдена поврзаност на повисоките скорови на алекситимијата со повисоките скорови на факторот совесност, како и со повисоките скорови на алекситимијата со пониските скорови на проактивното надминување кај психосоматски болни. Во ова истражување не била најдена поврзаност помеѓу повисоките скорови на алекситимија со повисоките скорови на факторот невротизам кај психосоматски болни (Стоименова-Цаневска, 2005).

Во други истражувања поврзани со стратегиите за справување кај примерок на пациенти со коронарно заболување, било најдено дека употребата на активно справување, прифаќањето на болеста и позитивното интерпретирање на ситуацијата се поврзани со намалувањето на депресивните симптоми. Од друга страна негирањето на постоење на болеста, фокусирањето на негативните емоции, избегнувањето да се справиме со болеста и себеобвинувањето се поврзани со зголемување на овие симптоми (Auerbach et al., 2010; Gallo et al., 2004; Garnefski et al., 2009; Sanjuán et al., 2011 според Sanjuan et al., 2012).

Во истражувањата кои се правени се покажало дека стратегиите на справување со стрес се едни од психосоцијалните стратегии кои влијаат на психолошкиот дистрес (Folkman, Moskowitz, 2000). Исто така во истражувањата на Андерсон (Anderson, 1960) и Стантон и соработниците (Stanton et al., 2007) потврдено е дека во ситуациите кои може да се контролираат, најдобрата стратегија е активното справување (според Sanjuan et. al, 2012). Директната конфронтација на проблемот не само што ја зголемува веројатноста за негово решавање, туку исто така е поврзано со намалување на емоционалниот дистрес. Кога проблемите не може да се контролираат, најнефективните стратегии за редуцирање на емоционалниот дистрес се прифаќањето на проблемот и позитивно реинтрететирање на ситуацијата. Негирањето на болеста, избегнувањето да се соочиме со неа и фокусирањето на негативни емоции се поврзани со развој на емоционален дистрес (Anderson, 1996; Brinckset al., 2010; Garnefsky et al., 2009; Litman,Lunsford, 2009; Sanjuán et al., 2011 според Sanjuan et. al., 2012). Оттука се смета дека ефективното справување со кардијалните заболувања би вклучило употреба на стратегии кои се фокусирани и на

примарната контрола, која вклучува модификување на ситуацијата, и на секундарната контрола, која вклучува модификување на само-проценката на ситуацијата (Heckhausen, Schulz, 1995; Rothbaum et al., 1982).

Фиксенбаум, Гринглас и Итан (Fiksenbaum, Greenglass, Eaton, 2006) спровеле истражување во кое ја истражувале поврзаноста помеѓу справувањето, социјалната поддршка, секојдневните потешкотии, потешкотиите во функционирањето и физичкиот и психичкиот здравствен статус кај 224 возрасни лица. Во ова истражување тие нашле дека социјалната поддршка е поврзана со помалку секојдневни потешкотии. Дополнително, нашле дека проактивното справување е инверзно поврзано со здравствените проблеми и функционалната попреченост и е индиректно поврзано со соматизацијата.

Вилсон, Кливе, Бајер и соработниците (Wilson, Kliewe, Bayer, Jones, Welleford, Heiney, Sica, 1999) спровеле истражување во кое имале за цел да ја истражат поврзаноста на инструменталното барање на поддршка и емоционалното барање на поддршка со кардиоваскуларната реактивност кај адолесценти. Тие нашле дека во ситуации кога мажите добиваат инструментална поддршка како стил на справување доаѓа до намалување на крвниот притисок. Овој резултат сугерира дека одредени стилови на справување може да влијаат врз кардиоваскуларната реактивност.

Многу често во истражувањата се смета дека оние кои имаат висок скор на факторот невротизам се слаби во однос на справувањето и бираат неефективни стратегии кои може да послужат за да се влошат стресните ситуации. Во една студија која ја спровеле Обрајан и Делонгис (O'Brien, DeLongis, 1996) а во која биле истражувани стиловите на справување со стрес, при што биле вклучени бројни стресори, било најдено дека оние кои имаат повисоки скорови на факторот невротизам помалку употребуваат решавање на проблеми како стратегија на справување со стрес а многу повеќе употребуваат конфронтација, избегнување и себобвинување (според DeLongis, Holtzman, 2005). Слични резултати нашле и Ли-Беглеј и соработниците (Lee-Baggley et al., 2004), кои наведуваат дека при справување со семејните стресори оние кои имаат повисоки скорови на факторот невротизам многу повеќе употребуваат интерперсонално повлекување, избегнување и себобвинување (според DeLongis, Holtzman, 2005). Нет и Делонгис (Newth, DeLongis, 2004) нашле дека оние кои имаат повисоки скорови на факторот невротизам имаат тенденција да се справуваат преку емоционална експресија

(според DeLongis, Holtzman, 2005). Низ повеќе студии било најдено дека оние кои постигнуваат високи скорови на факторот невротизам ги варираат стратегиите за справување низ различни ситуации. Истражувањата упатуваат на тоа дека нивните високи нивоа на негативни емоции ја попречуваат нивната способност да изберат соодветни стратегии за справување. Дополнително дел од студиите наведуваат дека тие ја зголемуваат употребата на маладаптивни стратегии кога некој нивни близок е инволвиран (O'Brien, DeLongis, 1996 според DeLongis, Holtzman, 2005).

Индивидуите кои постигнуваат повисоки скорови на факторот екстроверзија во истражувањата се покажува дека се поефективни и поактивни во однос на справувањето што се должи на поголемата веројатност да употребуваат повеќе различни стратегии за справување (DeLongis, Holtzman, 2005). Во досегашните истражувања било најдено дека факторот екстроверзија е позитивно поврзан со барањето на поддршка од други како стратегија на справување (Amirkhan, Risinger, Swicker, 1995; David, Suls, 1999; Watson, Clark, 1992; Watson et al., 1994)., понатаму индивидуите кои имаат високи скорови на факторот екстроверзија употребуваат многу повеќе стратегии за справување фокусирани кон проблемот (Hooker et al., 1994; McCrae, Costa, 1986; Rim, 1986) и стратегии за справување фокусирани кон емоциите како што е позитивно реименување (Watson, Hubbard, 1996), но многу помалку употребуваат стратегии за справување кои вклучуваат емоционално одбегнување како што е самообвинувањето (според Roesch, Aldridge, Vickers, Helvig, 2009).

Ли-Беглеј и соработниците (Lee-Baggley et al., 2004) нашле дека оние кои имаат повисоки скорови на факторот совесност употребуваат многу помалку избегнување и самообвинување како стратегии за справување со фамилијарни стресори (според DeLongis, Holtzman, 2005). Индивидуите кои имаат високи скорови на факторот совесност се претпоставува дека внимателно планираат и активно се справуваат кога ќе се соочат со стресор. Ова се потврдува и во истражувањата. Во дел од истражувањата било најдено дека индивидуите кои постигнуваат високи скорови на факторот совесност многу повеќе употребуваат решавање на проблемот, планирање, позитивно проценување (Vickers et al., 1989; Watson, Hubbard, 1996) и многу повеќе стратегии за справување насочени кон релациите (Lee-Baggely et al., 2005), а многу помалку стратегии на избегнување како што е самообвинување (според Roesch et al., 2009).

Бројните истражувања очигледно ја нагласуваат улогата на цртите на личност и стиловите на справување во развојот на болест, зачувувањето на здравјето како и долговечноста. Неминовно е да се изнајде одреден модел кој како таков ќе може да ги инкорпорира сите овие сложени сознанија, ќе се обиде да ја објасни улогата на личноста во развојот на коронарни срцеви заболувања и ќе овозможи креирање на соодветни превентивни програми.

ИСТРАЖУВАЧКИ ХИПОТЕЗИ

Заради добивање на соодветни одговори на двата истражувачки проблеми, во овој труд поставени се неколку истражувачки хипотези кои се базираат на релевантните истражувања. Бројните релевантни истражувања во здравствената психологија покажуваат дека факторот невротизам има најстабилна и најконзистентна релација со здравјето односно болеста (Consedine, Moskowitz, 2007 според Hyland, 2011; Kubzansky, Kawachi, 2000; McCarron et al., 2003), тој е најзаслужен за реакциите на стрес (Diener et al., 1999) и се поврзува со посиромашно послабо здравје (Ozer, Benet-Martinez, 2006). Факторот екстровеизија се поврзува со подобро здравје (Ozer, Benet-Martinez, 2006) и со намалување на ризикот од смрт (Wilson et al., 2005). Во бројни истражувања се покажало дека факторите екстровеизија и невротизам може да влијаат на емоционалниот и социјалниот живот на луѓето (Kivimaki et al., 2012). Во истражувањата и покрај мешаните резултати, најдено е дека факторите невротизам и совесност се поврзани со смртноста кај возрасните (Wilson et al., 2004). Повисокиот скор на факторот совесност се поврзува со помала веројатност за смртност (Wilson et al., 2004) и со подолго живеење (Kern, Friedman, 2008) и поголема свесност за здравствените ризици од однесувањето на индивидуите (Hampson et al., 2000; Skinner, et al., 2002). Во истражувањата се покажува дека употребата на активно справување, прифаќањето на болеста и позитивното интерпретирање на ситуацијата се поврзани со намалувањето на депресивните симптоми (Sanjuan et al., 2012). Проактивното справување се смета за комбинација на менаџмент на ризик и менаџмент на цели со што претставува концепт кој е значаен во однос на процесот на стареење (Bode et al., 2007). Проактивното справување е инверзно поврзано со здравствените проблеми и функционалната попреченост и е индиректно поврзано со соматизацијата (Fiksenbaum et al., 2006). Проактивното справување има значајно повисоки корелации со депресијата и оптимизмот (Gan et al., 2007). Од овие сознанија произлегува и првата хипотеза во овој труд која гласи:

Хипотеза 1

Хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поневротични, помалку совесни, поинтровертни и помалку проактивни, споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување.

Во психологијата генерално се прифаќа дека цртите на личност имаат улога во развојот на соматските заболувања. Во здравствената психологија како едни од најчесто проучуваните предиктори за развој на болест и морталитет се големите пет фактори на личност. Во студиите најдено е дека факторот невротизам има предиктивна значајност во однос на морталитетот и е поврзан со ризикот за смрт од коронарно срцево заболување додека пак за факторот екстроверзија не биле најдени поврзаности со ризикот за смрт (Shiple et al., 2007). Понатаму одредени истражувања покажуваат дека личноста, стресот и социјалната поддршка се варијабли кои предвидуваат 51,9-69,2% од варијансата на коронарното срцево заболување (Moniroog, Khoosfi, 2011). Истражувањата кои се правени покажуваат дека не само факторите туку особено одредени нивни аспекти може да бидат предиктори на долговечност (Weiss, Costa, 2005). Факторот невротизам има неколку аспекти (Costa, McRae, 1992) и можно е некои од аспектите да се посилно поврзани со смртноста споредено со другите како и со предвидувањето на одредено заболување што се покажа и во претходните студии во кои било најдено дека одредени аспекти на факторот невротизам се подобри предиктори на смртност (Wilson et al., 2004). Факторот невротизам со време може да компромитира повеќе физиолошки и функционални системи и на тој начин да ја зголеми ранливоста кон болест во повозрасното доба. Дополнително постојат бројни истражувања кои даваат податоци за поврзаноста на стиловите на справување со одредени фактори на личност и нивната улога во зачувување на здравјето (DeLongis, Holtzman, 2005; Heckhausen, Schulz, 1995; Rothbaum et al., 1982; Folkman, Moskowitz, 2000). Оттука произлегуваат и хипотезите 2, 3 и 4 кои гласат:

Хипотеза 2

Факторот невротизам и проактивното справување се подобри предиктори на коронарното заболување кај хипертензивните пациенти споредено со факторите совесност и екстроверзија.

Хипотеза 3

Меѓу аспектите на факторот невротизам депресијата и анксиозноста се подобри предиктори на коронарното заболување кај хипертензивните пациенти споредено со изразеното непријателство, самосвесноста, импулсивноста и ранливоста.

Хипотеза 4

Меѓу стиловите на справување вклучени во проактивното справување како мултидимензионална варијабла, проактивното справување е подобар предиктор на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти споредено со рефлексивното справување, стратегиското планирање, превентивното справување, инструменталното барање на поддршка и емоционалното барање на поддршка.

МЕТОД

3. МЕТОД

ПОПУЛАЦИЈА И ПРИМЕРОК

За целите на ова истражување пригодниот примерок беше составен од 104 испитаници од машки пол кои се пациенти кои се лекуваат и прават медицински прегледи во СБХБ Филип Втори. Сите испитаници беа етнички македонци кои се жители на Република Македонија за да се обезбеди соодветно разбирање на ајтемите во прашалниците и да се исклучи можноста различните етнички припадности да влијаат на крајните резултатите. Испитаниците едновременно беа машки лица кои имаат хипертензија, а понатаму согласно медицинската документација и наоди беа поделени во две групи и тоа хипертензивни пациенти со коронарно заболување и хипертензивни пациенти без коронарно заболување.

Изборот на испитаниците се вршеше на тој начин што се разгледуваше медицинската документација на машките пациенти кои доаѓаа за одреден преглед или третман во СБХБ Филип Втори и преку истата се вршеше селекција на испитаници. Во овој труд вклучени беа само оние пациенти кои имаат хипертензија и притоа имаат направено ехокардиографски и/или коронарографски испитувања кои потврдуваат или исклучуваат коронарно заболување. Дополнително во однос на здравствената состојба на испитаниците, за целите на ова истражување сите испитаници беше неопходно да немаат прекумерна тежина (обезни) и да немаат дијабетес мелитус (шеќерна болест).

Дополнително во однос на степенот на образование беа вклучени единствено испитаници со минимум средно образование за да се обезбеди разбирање на ајтемите. Оваа селекција беше правена преку иницијалното интервју во кое потенцијалните испитаници беа прашувани за основните демографски податоци. Доколку ги задоволуваа потребните критериуми за вклучување во истражувањето понатаму им беше објаснета постапката на истражувањето и начинот на пополнување на секој од прашалниците и им беше дадена информативна согласност која требаше да ја потпишат како гаранција дека нивното вклучување во овој труд нема да влијае на квалитетот на третманот кој тие го добиваат.

Пригодниот примерок опфати 104 испитаници од машки пол на возраст од 42 до 65 годишна возраст, имајќи во предвид дека инциденцата на коронарни заболувања е многу поголема кај мажите. Просечната возраст на целокупниот примерок изнесува 56,48 со $SD=5,89$. Во однос на степенот на образование 62

(59,6%) од испитаниците се со средно образование, додека пак 42 (40,4%) се со високо образование. Во однос на вработеноста, 59 (56,7%) од испитаниците се вработени, 20 (19,2%) се невработени и 25 (24,1%) се пензионери. Подолу во табела бр.1 прикажани се основните демографски податоци за двете подгрупи на испитаници кои го сочинуваат примерокот.

Табела бр.1 Приказ на примерокот на испитаници во однос на возраст, степен на образование и работен статус

	Хипертензивни пациенти со коронарно заболување	Хипертензивни пациенти без коронарно заболување
Број на испитаници	55 (52,9%)	49 (47,1%)
Просечна возраст на испитаниците (години)	58,24	54,51
Степен на образование		
ССС	33 (60%)	29 (59,2%)
ВСС	22 (40%)	20 (40,8%)
Вработеност		
Вработен	31 (56,37%)	28 (57,14%)
Невработен	10 (18,18%)	10 (20,41%)
Пензионер	14 (25,45%)	11 (22,45%)

Првата подгрупа на испитаници ја сочинуваат хипертензивните пациенти со коронарно заболување. Во однос на оваа група 60% (N=33) од испитаниците се со средно образование а 40% (N=22) имаат висок степен на образование. Просечната возраст на групата хипертензивни пациенти со коронарно заболување изнесува 58,3 години со SD=5,19. Во оваа група најголем процент од испитаниците се вработени 56,37% (N=31), потоа 25,45% се пензионери (N=14) и 18,18% (N=10) се невработени.

Втората подгрупа на испитаници ја сочинуваат хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Во однос на оваа група 59,2% (N=29) од испитаниците се со средно образование а 40,8% (N=20) имаат висок степен на образование. За оваа група просечната возраст изнесува 54,5 години со SD=6,05. Во оваа група како и во претходната најголем процент од испитаниците се вработени 57,14% (N=28), потоа 22,45% се пензионери (N=11) и 20,41% (N=10) се невработени.

МЕРНИ ИНСТРУМЕНТИ

За прибирање на податоците кои беа употребени за тестирање на хипотезите опфатени во овој труд беа употребени два инвентари. НЕО-ПИ-Р (NEO-PI-R) инвентарот на личност беше употребен за мерење на базичните фактори на личноста (невротизам, екстроверзија и совесност - за целите на ова истражување). Додека, ПСИ (PCI - Proactive coping inventory) инвентарот на проактивно справување се употреби за мерење на стиловите на справување. За мерење на коронарното заболување беа употребени медицински извештаи добиени преку прегледи од страна на интервентни кардиолози и интернисти вработени во СБХБ Филип Втори. Во истражувањето заради прибирање на основните податоци за секој од пациентите и вршење на селекција за вклучување во ова истражување беа користени и интервју и приемна анамнеза.

НЕВРОТИЦИЗАМ, ЕКСТРОВЕРЗИЈА, ОТВОРЕНОСТ - РЕВИДИРАНА ФОРМА (НЕО-ПИ-Р)

Базичните фактори на личноста, поконкретно невротизмот, екстроверзијата и совесноста како варијабли од значење за овој труд беа мерени преку употреба на *прашалникот НЕО-ПИ-Р* кој е развиен од страна на Коста и Мекри (Costa, McCrae, 2008). Овој прашалник организацијата на личноста ја претставува преку односи на петте основни фактори и нивните подредени аспекти. Факторите се дефинирани како група на црти кои се во интеркорелација. Специфичните црти во рамки на факторот се нарекуваат аспекти. Секој фактор е составен од шест аспекти. Прашалникот се состои од 240 ајтеми кои се претставени на петтостепена скала од Ликертов тип, која се движи од 1 – целосно не се согласувам до 5 – целосно се согласувам. Овие ајтеми се дел од петте основни фактори, а секој фактор содржи по шест субскали од по 8 ајтеми (Costa, McCrae, 1992; Costa, McCrae, 2008). Првпат овој инвентар во Македонија е користен од Јаневски и Стоименова-Цаневска во 1997 година (Стоименова-Цаневска, 2005).

Веродостојноста на одговорите дадени од страна на испитаниците се проверуваат на неколку начини кои го прават овој инвентар на личност осетлив и на мали промени (Costa, McCrae, 1992):

1) врз основа на дополнителните прашања на кои испитаникот сам проценува колку искрено и прецизно одговарал на ајтемите. На крајот од прашалникот дадени се три дополнителни прашања (А, Б и В). Овие ајтеми бараат испитаникот да одговори дали искрено и точно одговорил на сите прашања, дали одговорил на сите прашања и дали соодветно ги обележал одговорите. Тие не претставуваат најсофистициран начин за утврдување на валидноста, но се наменети кон детекција на несоработливи испитаници.

2) врз основа на бројот на изоставени одговори. Коста и Мекри (Costa, McCrae, 1992) наведуваат дека НЕО-ПИ-Р не треба да се бодува доколку 41 или повеќе ајтеми недостасуваат. Доколку помалку од 41 ајтем недостасуваат истите треба да се бодуваат со неутралната опција "не знам". Скоровите за одделни црти треба внимателно да се интерпретираат доколку од таа скала недостасуваат повеќе од 3 ајтеми.

3) преку визуелна инспекција кога има повторување на ист тип на одговори.

Валидноста на протоколот е под прашање доколку има 150 или повеќе ајтеми на кои е одговорено "се согласувам" или "целосно се согласувам", слично како и кај протоколот во кој едно по друго и често се појавува ист тип на одговори. Истовремено доколку испитаникот има 50 или помалку ајтеми одговорени со "се согласувам" или "потполно се согласувам", интерпретирањето на НЕО-ПИ-Р треба да се направи со внимателност.

Дополнително, валидноста на резултатите може да биде доведена под прашање доколку испитаникот има тенденција да одговара потврдно или одречно без оглед на содржината на ајтемот. Коста и Мекри (1992) наведуваат дека резултатите добиени со употреба на НЕО-ПИ-Р не се интерпретираат доколку:

1. Испитаникот одговара повеќе од шест последователни тврдења со 1 - воопшто не се согласувам.
2. Испитаникот одговара повеќе од девет последователни тврдења со 2 - делумно не се согласувам.
3. Испитаникот одговара повеќе од десет последователни тврдења со 3 - неодлучен сум.
4. Испитаникот одговара повеќе од четиринаесет последователни тврдења со 4 - се согласувам.

5. Испитаникот одговара повеќе од девет последователни тврдења со 5 - потполно се согласувам.

Сите пет фактори покажано е дека имаат конвергентна и дискриминативна валидност кај различни опсервери и траат низ декадите кај возрасни лица.

Метриските карактеристики на НЕО-ПИ-Р се (Costa, McCrae, 1992):

- Коефициент на внатрешна конзистенција: средна вредност 0.90, односно 0.86 до 0.95 за скалите по факторите, 0.56 до 0.90 за потскалите
- Ретест релијабилност од 0.87 до 0.91 (N=0.79, E=0.79, O=0.80, A=0.75, C=0.83 за $p < 0.001$).
- Коефициент на стабилност од 0.51 до 0.83 кој е проверуван во 3, 6 и 7 годишни лонгитудинални студии.
- Валидиран во однос на другите инвентари на личност и проективни техники. Дискриминативна валидност преку поларизирање на различни потскали.

Метриските карактеристики за секоја од скалите на петте фактори вклучени во овој инвентар одделно, кои Коста и Мекри (1992) ги наведуваат во својот прирачник а се добиени на примерок на вработени лица во однос на S формата се следни:

- Скалата невротизам покажува добра внатрешна конзистентност α 0.92
- Скалата екстроверзија има внатрешна конзистентност од α 0.89
- Скалата отвореност кон искуство покажува добра внатрешна конзистентност α 0.87
- Скалата согласување покажува внатрешна конзистентност α 0.86
- Скалата совесност покажува добра внатрешна конзистентност α 0.90

Внатрешната хомогеност на скалите беше проверена и на примерокот испитаници вклучени во овој труд. Утврдените Кронбах алфа коефициенти на скалите од НЕО-ПИ-Р за овој примерок се прижани во табела бр. 2. Дополнително, беше пресметан Кронбах алфа коефициент на целиот инструмент и истиот изнесува $\alpha = .78$.

Табела бр.2 Внатрешна хомогеност на скалите на НЕО-ПИ-Р применети во истражувањето

Скали на НЕО-ПИ-Р	Кронбах алфа коефициент	Број на ајтеми
Невротицизам	.78	48
Екстроверзија	.62	48
Отвореност кон искуства	.61	48
Согласување	.72	48
Совесност	.84	48

Од табела бр.2 може да се забележи дека речиси сите скали имаат релативно висока внатрешна хомогеност при што Кронбах алфа коефициентите имаат вредности од $\alpha=.61$ до $\alpha=.84$. Од трите скали кои се вклучени во ова истражување единствено скалата за екстроверзија има нешто пониска внатрешна хомогеност $\alpha=.62$, но имајќи ја во предвид природата на варијаблата што оваа скала ја мери, истата може да се третира како солидно конзистентна.

ИНВЕНТАР НА ПРОАКТИВНО СПРАВУВАЊЕ

Стиловите на справување беа мерени со помош на *Инвентарот на проактивно справување* од Гринглас. Овој инвентар станува се попопуларен во последните години и наоѓа примена во бројни истражувања. Инвентарот се состои од 55 ајтеми кои се распределени на седум скали на справување и тоа: скала на проактивно справување, скала на рефлексивно справување, скала на стратегиско планирање, скала на превентивно справување, скала на инструментлано барање на поддршка, скала на емоционално барање на поддршка и скала на справување со избегнување. Првата субскала е ексклузивна мерка за проактивното справување. Втората до шестата субскала се скали кои ги мерат адаптивните, позитивни стратегии на справување кои се високо корелирани со проактивното справување но формираат различни кластери и се доказ за мултидимензионалната природа на проактивното справување. Седмата скала, справувањето со избегнување, се смета дека мери стратегии кои се спротивни на проактивното справување како што е одложување на проактивните бихевиорални одговори (Hambrick, McCord, 2010). Одговорите се даваат на четиристепена скала од Ликертов тип притоа движејќи се од 1-потполно неточно, 2-делумно неточно, 3-делумно точно и 4-сосема точно. За прв

пат овој инвентар во Македонија е употребен од страна на Емилија Стоименова - Цаневска во 2005 година (Стоименова-Цаневска, 2005).

Скалата на проактивно справување се состои од 14 ајтеми. Оваа скала има висока внатрешна конзистенција и мерките за релијабилност изнесуваат $\alpha=0.85$ на канадски примерок и $\alpha=0.80$ на полско-канадски примерок испитаници (Greenglass, et al. 1999).

Скалата на рефлексивно справување се состои од 11 ајтеми и има добра внатрешна конзистенција $\alpha=0.79$ на канадски примерок и $\alpha=0.80$ полско-канадски примерок испитаници.

Скалата стратегиско планирање се состои од 4 ајтеми и има прифатлива релијабилност $\alpha=0.71$ на двата примерока.

Скалата на превентивно справување се покажало дека има добра внатрешна конзистентност и валидност $\alpha=0.83$ на канадски примерок и $\alpha=0.79$ на полско-канадски примерок испитаници.

Скалата на инструментално барање поддршка има добра релијабилност, валидност и хомогеност $\alpha=0.85$ на канадски примерок и $\alpha=0.84$ на полско-канадски примерок испитаници.

Скалата на емоционално барање на поддршка има добра релијабилност, валидност и хомогеност $\alpha=0.73$ на канадски примерок и $\alpha=0.64$ на полско-канадски примерок испитаници.

Скалата на справување со избегнување има задоволителна релијабилност и валидност $\alpha=0.61$ на канадски примерок и $\alpha=0.74$ на полско-канадски примерок испитаници.

Внатрешната хомогеност на скалите беше проверена и на примерокот испитаници вклучени во овој труд. Утврдените Кронбах алфа коефициенти на скалите од ПСИ инвентарот за овој примерок се прижани во табела бр.3. Дополнително, беше пресметан Кронбах алфа коефициент на целиот инструмент и истиот изнесува $\alpha = .90$.

За целите на ова истражување беше пресметан Кронбах алфа и на првите шест скали од Инвентарот на проактивно справување кои претставуваат ексклузивна мерка на проактивното справување и истиот изнесува $\alpha=.91$.

Табела бр.3 Внатрешна хомогеност на скалите на ПСИ применети во истражувањето

Скали на ПСИ	Кронбах алфа коэффициенти	Број на ајтеми
Скала на проактивно справување	.68	14
Скала на рефлексивно справување	.74	11
Скала на стратегиско планирање	.64	4
Скала на превентивно справување	.75	10
Скала на инструментално барање поддршка	.82	8
Скала на емоционално барање поддршка	.71	5
Скала на справување со избегнавање	.68	3

Од табела бр.3 може да се забележи дека речиси сите скали имаат релативно висока внатрешна хомогеност при што Кронбах алфа коэффициентите имаат вредности од $\alpha=.64$ до $\alpha=.82$. Од скалите кои се вклучени во ова истражување, а кои се дел од проактивното справување дефинирано во ова истражување, единствено скалата на стратегиско планирање има нешто пониска внатрешна хомогеност $\alpha=.64$.

ИСТОРИЈА НА БОЛЕСТ

За целите на ова истражување за секој од потенцијалните пациенти од машки пол кои би биле вклучени во истражувањето беа разгледувани историите на болест. Историјата на болест на секој пациент е составена од претходните наоди и испитувања на пациентот, извештаи од интернистички и кардиолошки прегледи, лабораториски извештаи, како и извештаи за направена коронарографија и наод. Врз основа на овие документи се вршеше селекција на пациентите кои би влегле во истражувањето, и вклучително врз основа на извештајот од ехокардиографијата или коронарографијата се дефинираше кој пациент во која група ќе припадне. Оваа селекција беше правена од страна на истражувачот во соработка со лекар.

ИНТЕРВЈУ И ПРИЕМНА АНАМНЕЗА

Интервјуто и приемната анамнеза беа исто така употребени за целите на ова истражување. Преку нив се правеше првичниот контакт со пациентите, се земаа основните демографски податоци, беа поставувани прашања за добивање на информации кои не беа достапни во медицинската документација, како што се степен на образование, вработеност, дисабилитет, фамилијарна оптовареност, пушење, прекумерна тежина, динамика на стрес. Преку првичното интервју се обезбедуваа податоци за присуство на некое психичко растројство, депресија и анксиозност, употреба на фармаколошка терапија и се правеше проценка на афективитетот. На овој начин се селектираа пациентите во однос на степенот на образование и етничка припадност, и се водеше сметка истите да немаат клинички манифестирана депресија или анксиозност која би можела да влијае на крајните резултати.

ВАРИЈАБЛИ ВО ИСТРАЖУВАЊЕТО

Операционалното дефинирање на варијаблите е направено врз основа на користените инструменти.

Варијаблата *Невротицизам* операционално се дефинира преку скорот добиен на прашалникот НЕО-ПИ-Р и претставува скор добиен на НЕО-ПИ-Р кој може да се движи во рамки од 0 – 192, при што понизок скор значи помала невротичност, а повисок скор поголема невротичност.

Варијаблата *Совесност* операционално се дефинира преку скорот добиен на прашалникот НЕО-ПИ-Р и претставува скор добиен на НЕО-ПИ-Р кој може да се движи во рамки од 0 – 192, при што помал скор значи помала совесност, а повисок скор значи поголема совесност.

Варијаблата *Екстроверзија* операционално се дефинира преку скорот добиен на прашалникот НЕО-ПИ-Р и претставува скор добиен на НЕО-ПИ-Р кој може да се движи во рамки од 0 – 192, при што понизок скор упатува на интровертност, додека повисок скор на екстровертност.

Варијаблата *стил на справување* операционално се дефинира како скор добиен на Инвентарот на проактивно справување. За целите на ова истражување проактивното справување како стил на справување на стрес се разгледува од мултидимензионална перспектива. Од тие причини и покрај тоа што постои одделна субскала од овој инвентар која претставува ексклузивна мерка на проактивното справување, овде истото е разгледано како скор добиен на првите шест субскали од инвентарот, при што добиениот скор може да се движи од 1 до 208, каде што повисок скор значи поголемо проактивно справување.

Варијаблата *коронарно заболување* операционално се дефинира преку медицински извештаи за постоење на оклузија на коронарните артерии. Постоењето на оклузија на коронарните артерии се дефинира преку коронарографија.

ПОСТАПКА И ТЕК НА ПРИБИРАЊЕ НА ПОДАТОЦИТЕ

Пред да започне истражувачката постапка, беше доставено молбено барање до Научно истражувачката комисија во рамки на СБХБ Филип Втори, со цел да се добие дозвола за пристап до податоците од испитувањата и вклучување на пациентите во истражувањето. Истражувањето беше спроведено во периодот од месец ноември 2013 година до месец ноември 2014 година.

Целиот тек на истражувањето се одвиваше во неколку етапи. Во првата етапа се следеа отворените наоди за пациентите кои доаѓаа во СБХБ Филип Втори како за испитување така и за оперативен зафат. Врз основа на наодите се правеше селекција кои пациенти да се исконтактираат како потенцијални испитаници за ова истражување. По направениот прв контакт се пристапи кон земање на основните демографски податоци и комплетирање на приемната анамнеза. Од податоците добиени на овој начин уште еднаш се направи селекција преку која во истражувањето се вклучија само оние кои имаат минимум средно образование, се етнички македонци, немаат клиничка депресија и анксиозност.

По вака направената сондажа, понатаму се пристапи кон поединечно објаснување на секој испитаник/пациент за истражувањето кое се прави, намената на истото и беше дискутирано околу нивното согласување за доброволно вклучување во истражување. За оние кои се согласија да учествуваат беа обезбедени информативни согласности со кои им се обезбедува квалитетен третман без оглед на нивното вклучување или откажување од истражувањето.

Истражувањето беше во целост анонимно и доброволно, а на секој пациент му беше објаснета постапката за пополнување на инвентарите. Просечното време потребно за пополнување на двата инвентара беше 90 минути. Оние испитаници кои имаа потешкотии при читањето на ајтемите заради оштетен вид, инвентарите ги пополнуваа заедно со истражувачот, при што истражувачот единствено помагаше во читање и внесување на одговорите во соодветниот лист за одговори. Интервјуте, приемната анамнеза и пополнувањето на прашалниците беа обавени во просториите на Одделот за психологија и психотерапија во СБХБ Филип Втори и во приемното одделение.

СТАТИСТИЧКА ОБРАБОТКА НА ПОДАТОЦИТЕ

За да може да се проверат претходно поставените хипотези кои се дел од ова истражување беа користени следните статистички постапки: утврдување на дескриптивни показатели, t-тест на независни групи и логистичка регресија. Степенот за статистичка значајност во однос на t-тестот на независни групи и логистичката регресија кој е прифатен во овој труд е на ниво на $p < 0.05$. За проверка на хипотеза 1 се употребуваше t-тест на независни групи а за проверка на хипотезите 2, 3 и 4 беше употребена логистичка регресија.

РЕЗУЛТАТИ

4. РЕЗУЛТАТИ

За да може да се даде соодветен одговор на двата поставени проблеми прикажани во почетокот на овој труд, беа поставени 4 хипотези. Во делот кој следува ќе бидат приложени добиените резултати. Во првиот дел се прикажани резултатите кои се добиени преку анализа на првата хипотеза, најпрво преку претставување на резултатите од t-тестот за трите фактори и проактивното справување. Имајќи во предвид дека сите варијабли се комплексни за секој од аспектите и одделните скали од инвентарот на проактивно справување исто така се прикажани резултатите од t-тестот. Ваквото претставување се направи за да може да се види подобро меѓу кои аспекти и скали всушност постојат статистички значајни разлики.

Понатаму во вториот дел прикажани се резултатите од логистичката регресија, со која се тестираа втората, третата и четвртата хипотеза за да се види кои се подобри предиктор варијабли за развој на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти.

Резултати за првиот истражувачки проблем и хипотеза 1

За да се даде одговор на првиот проблем дали постојат разлики во однос на невротизмот, совесноста, екстроверзијата и стиловите на справување помеѓу хипертензивните пациенти со и без коронарно заболување, испитаниците беа поделени во две групи. Едната група ја сочинуваа испитаници кои се хипертензивни пациенти со коронарно заболување (N=55) а втората група ја сочинуваа хипертензивни пациенти без коронарно заболување (N=49).

Табела бр.4 Значајност на разлики меѓу хипертензивни пациенти со коронарно заболување и хипертензивни пациенти без коронарно заболување во однос на факторите невротизам (N), совесност (C) и екстроверзија (E) и проактивното справување (PCI)

		N=104	Аритметички средина (M)	Стандардна девијација (SD)	F	t	df	p
N	КАБ	55	86,65	16,68	1,614	3,011	102	p<0,01
	НЕ-КАБ	49	77,86	12,54				
C	КАБ	55	127,89	18,01	0,855	-1,068	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	131,47	15,92				
E	КАБ	55	102,98	13,41	0,022	1,136	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	99,57	17,39				
PCI	КАБ	55	166,95	18,39	2,568	0,797	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	165,08	16,26				

Забелешка: N-невротизам, C-совесност, E-екстроверзија, PCI-проактивно справување

КАБ-хипертензивни пациенти со коронарно заболување

НЕ-КАБ-хипертензивни пациенти без коронарно заболување

Во табелата бр.4 прикажани се резултатите од спроведениот t-тест за тестирање на првата хипотеза која гласеше *Хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поневротишни, помалку совесни, поинтровертни и помалку проактивни, споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување.*

Спроведениот t-тест покажува дека статистички значајна разлика помеѓу двете групи испитаници постои само во однос на факторот невротизам ($t=3,011$, $p<0,01$)

со што *хипотезата 1 делумно се потврди*. Односно, преку t-тестот се покажа дека *хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поневротични споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување*, односно дека тие имаат повисок скор на скалата на невротизам.

Во однос на факторот совесност и екстроверзија не се најдени статистички значајни разлики. Статистички значајни разлики не беа најдени ниту во однос на проактивното справување кое во овој труд беше земено како сумарен скор од 6 скали од инвентарот за проактивно справување.

Во истата табела претставени се и аритметичките средини и стандардните отстапувања за двете групи. Од табелата може да се види дека хипертензивните пациенти со коронарно заболување имаат $M=86,65$ и $SD=16,68$ во однос на факторот невротизам, додека пак хипертензивните пациенти без коронарно заболување имаат $M=77,86$ и $SD=12,54$. Просечните постигнувања на хипертензивните пациенти со коронарно заболување во однос на факторот совесност изнесуваат $M=127,89$ со стандардно отстапување од $SD=18,01$ додека пак за хипертензивните пациенти без коронарно заболување постигнатите вредности се $M=131,47$ и $SD=15,92$. Во однос на факторот екстроверзија просечните постигнувања на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесуваат $M=102,98$ и $SD=13,41$, додека пак за хипертензивните пациенти без коронарно заболување изнесуваат $M=99,57$ и $SD=17,39$. Дополнително, од табелата може да се види дека хипертензивните пациенти со коронарно заболување имаат $M=166,95$ и $SD=18,39$ во однос на проактивното справување, додека пак хипертензивните пациенти без коронарно заболување имаат $M=165,08$ и $SD=16,26$.

Имајќи во предвид дека единствено во однос на факторот Невротизам двете групи статистички значајно се разликуваат а овој фактор се состои од 6 аспекти на личност, заради подобро согледување на разликите помеѓу двете групи се пристапи кон тестирање на разликите помеѓу двете групи одделно за секој аспект. Во табела бр. 5 се добиените резултати за секој од аспектите на факторот невротизам.

Табела бр. 5 Значајност на разлики меѓу хипертензивни пациенти со коронарно заболување и хипертензивни пациенти без коронарно заболување во однос на одделни аспекти на факторот невротизам (N)

		N=104	Аритметички средини (M)	Стандардна девијација(SD)	F	t	df	p
N1	КАБ	55	16,69	4,14	0,569	2,129	102	p<0,05
	НЕ-КАБ	49	15,04	3,72				
N2	КАБ	55	13,71	4,48	0,840	1,880	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	12,18	3,70				
N3	КАБ	55	14,31	4,05	2,703	1,729	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	12,84	4,63				
N4	КАБ	55	15,89	3,43	0,697	1,855	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	14,55	3,94				
N5	КАБ	55	15,42	3,94	0,986	0,433	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	15,10	3,67				
N6	КАБ	55	10,64	4,16	4,360	3,582	102	p<0,01
	НЕ-КАБ	49	8,14	2,68				

Забелешка: N1-анксиозност ; N2 – изразито непријателство ; N3 – депресија ; N4 – самосвесност ;
N5 – импулсивност ; N6 – ранливост(вулнерабилност)
КАБ-хипертензивни пациенти со коронарно заболување
НЕ-КАБ-хипертензивни пациенти без коронарно заболување

Од табелата бр.5 може да се види дека статистички значајни разлики добиени се само за два од аспектите на Невротизам и тоа N1-анксиозност ($t=2,129$; $p<0,05$), и N6-Ранливост ($t=3,582$; $p<0.01$). Овие резултати зборуваат за тоа дека хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поанксиозни и поранливи споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување.

Дополнително од табелата бр.5 може да се видат и аритметичките средини и стандардните отстапувања за секој од аспектите одделно. Забележуваме дека за анксиозноста (N1) просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=16,69$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=4,14$ споредено со просечно постигнување од $M=15,04$ и стандардно отстапување од $SD=3,72$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Понатаму, просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување за изразито непријателство (N2) изнесува $M=13,71$ а стандардното

отстапување $SD=4,48$ додека пак за хипертензивните пациенти без коронарно заболување аритметичката средина е $M=12,18$ а стандардното отстапување е $SD=3,70$. За аспектот депресија (N3) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=14,31$ и $SD=4,05$, споредено со $M=12,84$ и $SD=4,63$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Во однос на самосвесноста (N4) просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=15,89$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=3,43$ споредено со просечно постигнување од $M=14,55$ и стандардно отстапување од $SD=3,94$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. За аспектот импулсивност (N5) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=15,42$ и $SD=3,94$, споредено со $M=15,10$ и $SD=3,67$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. И за последниот аспект ранливост (N6) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=10,64$ и $SD=4,16$, споредено со $M=8,14$ и $SD=2,68$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување.

Заради комплексноста на варијаблите во ова истражување во табелите број 6, 7 и 8 ќе бидат прикажани резултатите и од аспектите на останатите два фактори, совесност и екстровеизија, како и од скалите кои се дел од проактивното справување.

Од табелата бр.6 може да се забележи дека ниту меѓу одделните аспекти на факторот совесност не се најдени статистички значајни разлики. Дополнително во истата табела може да се видат и аритметичките средини и стандардните отстапувања за секој од аспектите одделно. Забележуваме дека за компетентноста (C1) просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=21,58$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=4,10$ споредено со просечно постигнување од $M=22,43$ и стандардно отстапување од $SD=2,84$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Понатаму, просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување за ред (C2) изнесува $M=18,36$ а стандардното отстапување $SD=3,89$ додека пак за хипертензивните пациенти без коронарно заболување аритметичката средина е $M=18,90$ а стандардното отстапување е $SD=4,06$. За исполнителноста (C3) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=24,98$ и $SD=3,76$, споредено со $M=25,33$ и $SD=3,41$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Во однос на насоченост кон постигнување (C4)

просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=21,07$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=4,05$ споредено со просечно постигнување од $M=20,88$ и стандардно отстапување од $SD=4,34$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. За самодисциплината (C5) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=20,42$ и $SD=4,44$, споредено со $M=21,57$ и $SD=4,08$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. И за последниот аспект мисловен (C6) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=21,49$ и $SD=4,29$, споредено со $M=22,26$ и $SD=3,57$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување.

Табела бр. 6 Значајност на разлики меѓу хипертензивни пациенти со коронарно заболување и хипертензивни пациенти без коронарно заболување во однос на одделни аспекти на факторот совесност (C)

		N=104	Аритметички средини (M)	Стандардна девијација(SD)	F	t	df	p
C1	КАБ	55	21,58	4,10	4,062	-1,210	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	22,43	2,84				
C2	КАБ	55	18,36	3,89	0,408	-0,685	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	18,90	4,06				
C3	КАБ	55	24,98	3,76	0,348	-0,487	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	25,33	3,41				
C4	КАБ	55	21,07	4,05	0,188	0,237	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	20,88	4,34				
C5	КАБ	55	20,42	4,44	1,091	0,299	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	21,57	4,08				
C6	КАБ	55	21,49	4,29	0,635	-0,994	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	22,26	3,57				

Забелешка: C1-компетентност ; C2 – ред ; C3 – исполнителност ; C4 – насоченост кон постигнување ;

C5 - самодисциплина ; C6 - мисловен

КАБ-хипертензивни пациенти со коронарно заболување

НЕ-КАБ-хипертензивни пациенти без коронарно заболување

Табела бр. 7 Значајност на разлики меѓу хипертензивни пациенти со коронарно заболување и хипертензивни пациенти без коронарно заболување во однос на одделни аспекти на факторот екстровеизија (Е)

		N=104	Аритметички средини (M)	Стандардна девијација(SD)	F	t	Df	P
E1	КАБ	55	23,09	3,75	0,302	0,227	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	22,92	4,01				
E2	КАБ	55	15,65	4,95	3,434	-0,532	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	16,12	3,88				
E3	КАБ	55	15,25	4,32	0,968	1,512	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	14,04	3,80				
E4	КАБ	55	18,22	3,83	0,003	1,611	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	16,98	4,01				
E5	КАБ	55	13,62	4,74	2,781	0,197	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	13,45	3,93				
E6	КАБ		17,15	4,12	0,005	-1,181	102	p>0,05
	НЕ-КАБ		18,10	4,13				

Забелешка: E1-топлина ; E2 - друштвеност ; E3 - асертивност ; E4 - активност ; E5 - трагачи по возбуда ; E6-позитивна емоционалност
КАБ-хипертензивни пациенти со коронарно заболување
НЕ-КАБ-хипертензивни пациенти без коронарно заболување

Од резултатите прикажани во табела бр.7 може да се види дека не се најдени статистички значајни разлики ни помеѓу одделните аспекти на факторот Екстровеизија. Во оваа табела претставени се и одделните аритметички средини и стандардни отстапувања. Забележуваме дека за топлина (E1) просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=23,09$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=3,75$ споредено со просечно постигнување од $M=22,92$ и стандардно отстапување од $SD=4,01$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Понатаму, просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување за друштвеност (E2) изнесува $M=15,65$ а стандардното отстапување $SD=4,95$ додека пак за хипертензивните пациенти без коронарно заболување аритметичката средина е $M=16,12$ а стандардното отстапување е $SD=3,88$. За асертивност (E3) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=15,25$ и $SD=4,32$, споредено со $M=14,04$ и $SD=3,80$ за хипертензивните пациенти

без коронарно заболување. Во однос на активност (E4) просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=18,22$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=3,83$ споредено со просечно постигнување од $M=16,98$ и стандардно отстапување од $SD=4,01$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. За трагачи по возбуда (E5) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=13,62$ и $SD=4,74$, споредено со $M=13,45$ и $SD=3,93$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. И за последниот аспект позитивна емоционалност (E6) просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=17,15$ и $SD=4,12$, споредено со $M=18,10$ и $SD=4,13$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување.

Имајќи во предвид дека освен цртите на личност, и стиловите на справување со стрес се претпоставува дека имаат улога во развојот на болест, за добивање на појасна слика во однос на стиловите на справување, иако во овој труд акцент е ставен на проактивното справување како комплексна мултидимензионална варијабла, се направи анализа на сите скали од ПСИ кои мерат различни стилови на справување. Резултатите од спроведениот t-тест се прикажани во табела бр.8

Од приложеното во табела бр.8 може да се види дека иако t-тестот не покажа статистички значајни разлики во однос на проактивното справување мерено преку сумарниот скор од првите шест скали, сепак одделната анализа покажа дека постојат статистички значајни разлики во однос на скалата за проактивно справување помеѓу хипертензивните пациенти со коронарно заболување и хипертензивните пациенти без коронарно заболување ($t=-2,470$; $p<0,05$). *Односно хипертензивните пациенти без коронарно заболување се повисоко проактивни споредено со хипертензивните пациенти со коронарно заболување.* Понатаму од истата табела се забележува дека статистички значајни разлики постојат и во однос на инструменталното барање на поддршка ($t=2,188$; $p<0,05$) и во однос на емоционалното барање на поддршка ($t=2,050$; $p<0,05$), што значи дека *хипертензивните пациенти со коронарно заболување употребуваат значајно повеќе емоционална и инструментална поддршка како стилови на справување со стрес споредено со хипертензивните пациенти без коронарно заболување.*

Табела бр.8 Значајност на разлики меѓу хипертензивни пациенти со коронарно заболување и хипертензивни пациенти без коронарно заболување во однос на скалите на справување со стрес

		N=104	Аритметички средини (M)	Стандардна девијација(SD)	F	t	df	p
PC	КАБ	55	44,02	4,75	0,000	-2,470	102	p<0,05
	НЕ-КАБ	49	46,33	4,77				
RC	КАБ	55	35,60	4,76	0,741	0,236	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	35,39	4,35				
SPS	КАБ	55	13,93	2,18	0,316	0,211	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	13,84	2,17				
PRC	КАБ	55	33,13	4,48	0,224	0,867	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	32,67	4,44				
IC	КАБ	55	25,49	4,40	0,000	2,118	102	p<0,05
	НЕ-КАБ	49	23,69	4,23				
ESS	КАБ	55	14,78	3,12	0,901	2,050	102	p<0,05
	НЕ-КАБ	49	13,47	3,41				
AC	КАБ	55	8,38	2,51	0,461	1,520	102	p>0,05
	НЕ-КАБ	49	7,63	2,51				

Забелешка: PC - скала за проактивно справување; RC - скала на рефлексивно справување;
 SPS-скала стратемиско планирање; PRC - скала на превентивно справување;
 IC - скала на инструментално барање поддршка;
 ESS - скала на емоционално барање на поддршка; AC - скала на справување со избегнување;
 КАБ-хипертензивни пациенти со коронарно заболување
 НЕ-КАБ-хипертензивни пациенти без коронарно заболување

Во табела бр.8 едновременно прикажани се и просечните постигнувања и стандардните отстапувања за двете групи во однос на различните стилови на справување. Просечните постигнувања на скалата за проактивно справување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесуваат $M=44,02$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=4,75$ споредено со просечно постигнување од $M=46,33$ и стандардно отстапување од $SD=4,77$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Понатаму, просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување на скалата за рефлексивно справување изнесува $M=35,60$ а стандардното отстапување $SD=4,76$ додека пак за хипертензивните пациенти без коронарно заболување аритметичката средина е $M=35,39$ а

стандардното отстапување е $SD=4,35$. На скалата стратегиско планирање просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=13,93$ и $SD=2,18$, споредено со $M=13,84$ и $SD=2,17$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Во однос на скалата за превентивно справување просечното постигнување на хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=33,13$ додека пак стандардното отстапување изнесува $SD=4,48$ споредено со просечно постигнување од $M=32,67$ и стандардно отстапување од $SD=4,44$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Во однос на скалата за инструментално барање на помош просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=25,49$ и $SD=4,40$, споредено со $M=23,69$ и $SD=4,23$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. На скалата на емоционално барање на поддршка просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=14,78$ и $SD=3,12$, споредено со $M=13,47$ и $SD=3,41$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Во однос на скалата на справување со избегнување просечното постигнување за хипертензивните пациенти со коронарно заболување изнесува $M=8,38$ и $SD=2,51$, споредено со $M=7,63$ и $SD=2,51$ за хипертензивните пациенти без коронарно заболување.

Резултати за вториот истражувачки проблем и хипотезите 2, 3 и 4

Во овој труд беше поставен и втор проблем кој имаше за цел да даде одговор на три одделни хипотези. За тестирање на овие хипотези беше употребена бинарна логистичка регресија која се употреби за да се одреди кои варијабли најдобро го предвидуваат развојот на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти. Во креирањето на тест моделот како предиктор варијабли беа употребени варијаблите кои се носечки во ова истражување.

Добиените резултати од тестирањето на хипотеза 2 се прикажани во табела бр. 9 и табела бр.10.

Хипотеза 2

Факторот невротизам и проактивното справување се подобри предиктори на коронарното заболување кај хипертензивните пациенти споредено со факторите совесност и екстровеизија.

Табела бр.9 Класификациона табела на хипертензивните пациенти во однос на коронарното заболување

Добиени	Предвидени		Процент
	Развиле КАБ	Не развиле КАБ	
Развиле КАБ	37	18	67,3
Не развиле КАБ	23	26	53,1
Процент вкупно			60,6

Забелешка: КАБ-коронарно заболување

Од класификационата табела прикажана во табела бр.9 се забележува дека моделот точно класификувал 60,6% од хипертензивните пациенти. Класификационата табела за коронарното заболување покажува дека овој модел овозможува точно класификување од 67,3% на субјектите каде е опсервирано коронарно заболување. Ова е познато и како сензитивност на предвидувањето. Од истата класификациона табела едновременно се гледа дека моделот овозможува точно да се класификуваат 53,1% од субјектите кои немаат коронарно заболување што е познато како специфичност на предвидувањето.

Вредноста за Хосмер и Лемешовиот тест изнесува .603, а $\chi^2=6,389$. Оваа вредност покажува дека нултата хипотеза може да се отфрли и моделот може да се употребува во предвидување на коронарно заболување. Овој тест ни дава информација дека моделот е добар за користење.

Вредноста за R^2 од Негелкерке изнесува 0,125. Односно, моделот во целина објаснува околу 12,5% од варијансата за развој на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти кога во истиот модел како предиктор варијабли се земаат факторите невротизам, совесност и екстроверзија и проактивното справување.

Табела бр.10 Резултати од логистичка регресија кај хипертензивни пациенти во однос на коронарно заболување, фактори на личност и проактивно справување

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
N	-,040	,017	5,835	1	,016*	,960	,929	,992
E	-,014	,014	,963	1	,326	,986	,960	1,014
C	,001	,015	,009	1	,925	1,001	,973	1,030
PCI	-,006	,013	,186	1	,666	,994	,969	1,020
Константа	5,340	3,118	2,932	1	,087	208,497		

Забелешка: N-невротизам; E-екстроверзија; C-совесност; PCI-проактивно справување

Од приложените резултати во табела бр.10 можеме да видиме дека од предиктор варијаблиите внесени во овој модел единствено факторот *невротизам* е значајна предиктор варијабла на коронарното заболување. Невротизмот (N) како предиктор варијабла е значаен на ниво $p<0.05$ ($\text{Exp}B=.960$; $r=.016$). Односно кога сите други предиктор варијабли се држат константни, зголемувањето од 0,960 бода на скалата за невротизам ја зголемува веројатноста за развој на коронарно заболување за мултипликативен фактор од 0,960. Тоа значи дека хипертензивните пациенти кои се со повисок невротизам за околу 0,960 пати имаат поголема веројатност да развијат коронарно заболување споредено со оние хипертензивни пациенти кои имаат понизок невротизам.

Врз основа на овие наоди може да се заклучи дека **хипотезата 2 делумно се потврдува**. Таа се потврдува во однос на невротизмот како статистички значаен предиктор кој ја зголемува веројатноста за развој на коронарно заболување кај хипертензивните пациенти. Останатите предиктор варијабли во овој модел не се покажаа како статистички значајни во предвидувањето на коронарното заболување.

Добиените резултати од тестирањето на хипотеза 3 се прикажани во табела бр. 11 и табела бр.12.

Хипотеза 3

Меѓу аспектите на факторот невротизам депресијата и анксиозноста се подобри предиктори на коронарното заболување кај хипертензивните пациенти споредено со изразеното непријателство, самосвесноста, импулсивноста и ранливоста.

Табела бр.11 Класификациона табела на хипертензивните пациенти во однос на коронарното заболување

Добиени	Предвидени		Процент
	Развиле КАБ	Не развиле КАБ	
Развиле КАБ	37	18	67,3
Не развиле КАБ	23	26	53,1
Процент вкупно			60,6

Забелешка: КАБ-коронарно заболување

Од класификационата табела прикажана во табела бр.11 се забележува дека моделот во кој се вклучени одделните аспекти од факторот невротизам како предиктор варијабли точно класификувал 60,6% од хипертензивните пациенти. Класификационата табела за коронарното заболување покажува дека овој модел овозможува точно класификување од 67,3% на субјектите каде е опсервирано коронарно заболување. Ова е познато и како сензитивност на предвидувањето. Од истата класификациона табела едновременно се гледа дека моделот овозможува точно да се класификуваат 53,1% од субјектите кои немаат коронарно заболување што е познато како специфичност на предвидувањето.

Вредноста за Хосмер и Лемешовиот тест изнесува .046, а $\chi^2=15,758$. Оваа вредност покажува дека нултата хипотеза не може да се отфрли и моделот како таков во предвидувањето на коронарното заболување треба внимателно да се користи. Значајноста на Хосмер и Лемешовиот тест во овој случај може да се должи на големината на самиот примерок, кој како таков е релативно мал за употреба во бинарна логистичка регресија.

Вредноста за R^2 од Негелкерке изнесува 0,187. Односно, моделот во целина објаснува околу 18,7% од варијансата за развој на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти кога во истиот модел како предиктор варијабли се земаат различните аспекти на факторот невротизам. Заради вредноста на Негелкерке сепак се пристапи кон анализа на добиените вредности.

Табела бр.12 Резултати од логистичка регресија кај хипертензивни пациенти во однос на коронарно заболување и аспектите на факторот невротизам

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
N1	-,072	,065	1,231	1	,267	,930	,819	1,057
N2	-,017	,065	,071	1	,790	,983	,865	1,117
N3	,021	,059	,131	1	,718	1,021	,910	1,146
N4	-,047	,065	,524	1	,469	,954	,839	1,084
N5	,035	,065	,283	1	,595	1,035	,911	1,177
N6	-,207	,081	6,505	1	,011*	,813	,693	,953
Константа	3,078	1,521	4,094	1	,043	21,709		

Забелешка: N1-анксиозност ; N2 – изразито непријателство ; N3 – депресија ; N4 – самосвесност ; N5 – импулсивност ; N6 – ранливост(вулнерабилност)

Од приложените резултати во табела бр.12 можеме да видиме дека од предиктор варијабли внесени во овој модел единствено *ранливоста* е значајна предиктор варијабла на коронарното заболување. Ранливоста (N6) како предиктор варијабла е значајна на ниво $p < 0.05$ ($\text{Exp}B = .813$; $r = .011$). Односно кога сите други предиктор варијабли се држат константни, зголемувањето од 0,813 бода во однос на аспектот ранливост ја зголемува веројатноста за развој на коронарно заболување за мултипликативен фактор од 0,813. Тоа значи дека хипертензивните пациенти кои се со повисок скор на аспектот ранливост за околу 0,813 пати имаат поголема веројатност да развијат коронарно заболување споредено со оние хипертензивни пациенти кои имаат понизок скор на ранливост.

Врз основа на овие наоди може да се заклучи дека **хипотезата 3 не се потврдува**. Односно претпоставените предиктор варијабли, анксиозност и депресија, како подобри предиктори на коронарно заболување не се покажаа статистички значајни предиктор варијабли во овој модел. Во овој модел како *статистички значаен предиктор е ранливоста* кој ја зголемува веројатноста за развој на коронарно заболување кај хипертензивните пациенти. Останатите

предиктор варијабли во овој модел не се покажаа како статистички значајни во предвидувањето на коронарното заболување.

Добиените резултати од тестирањето на хипотеза 4 се прикажани во табела бр. 13 и табела бр.14.

Хипотеза 4

Меѓу стиловите на справување вклучени во проактивното справување како мултидимензионална варијабла, проактивното справување е подобар предиктор на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти споредено со рефлексивното справување, стратегиското планирање, превентивното справување, инструменталното барање на поддршка и емоционалното барање на поддршка.

Табела бр.13 Класификациона табела на хипертензивните пациенти во однос на коронарното заболување

Добиени	Предвидени		Процент
	Развиле КАБ	Не развиле КАБ	
Развиле КАБ	41	14	74,5
Не развиле КАБ	19	30	61,2
Процент вкупно			68,3

Забелешка: КАБ-коронарно заболување

Од класификационата табела прикажана во табела бр.13 се забележува дека моделот во кој се вклучени одделните скали кои ги мерат одделните стилови на справување вклучени во проактивното справување дефинирано во овој труд како предиктор варијабли точно класификувал 68,3% од хипертензивните пациенти. Класификационата табела за коронарното заболување покажува дека овој модел овозможува точно класификување од 74,5% на субјектите каде е опсервирано коронарно заболување. Ова е познато и како сензитивност на предвидувањето. Од истата класификациона табела едновременно се гледа дека моделот овозможува точно да се класификуваат 61,2% од субјектите кои немаат коронарно заболување што е познато како специфичност на предвидувањето.

Вредноста за Хосмер и Лемешовиот тест изнесува .578, а $\chi^2=6,621$. Оваа вредност покажува дека нултата хипотеза може да се отфрли и моделот може да се употребува во предвидување на коронарно заболување. Овој тест ни дава информација дека моделот е добар за користење.

Вредноста за R^2 од Негелкерке изнесува 0,196. Односно, моделот во целина објаснува околу 19,6% од варијансата за развој на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти кога во истиот модел како предиктор варијабли се земаат чинителите на проактивното справување како одделни варијабли.

Табела бр.14 Резултати од логистичка регресија кај хипертензивни пациенти во однос на коронарно заболување и чинителите на проактивното справување

	B	S.E.	Wald	Df	Sig.	Exp(B)	95% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
PC	,191	,063	9,075	1	,003**	1,210	1,069	1,370
RC	-,035)	,073	,230	1	,632	,966	,838	1,113
SPS	-,031)	,135	,051	1	,821	,970	,745	1,264
PRCOP	-,079)	,070	1,274	1	,259	,924	,806	1,060
IC	-,025)	,081	,092	1	,762	,976	,832	1,144
ESS	-,109)	,102	1,130	1	,288	,897	,734	1,096
Константа	-2,349)	2,237	1,102	1	,294	,095		

Забелешка: PC - скала за проактивно справување; RC - скала на рефлексивно справување;
SPS-скала стратегиско планирање; PRC - скала на превентивно справување;
IC - скала на инструментално барање поддршка;
ESS - скала на емоционално барање на поддршка;

Од приложените резултати во табела бр.14 можеме да видиме дека од предиктор варијаблиите внесени во овој модел единствено *проактивното справување* е значајна предиктор варијабла на коронарното заболување. Проактивното справување (PC) како предиктор варијабла е значајна на ниво $p<0.01$ ($\text{Exp}B=1.210$; $\text{г}=.003$). Односно кога сите други предиктор варијабли се држат константни, зголемувањето од 1.210 бода во однос на проактивното справување ја намалува веројатноста за развој на коронарно заболување за мултипликативен фактор од 1.120. Тоа значи дека хипертензивните пациенти кои се со повисоко проактивни за околу 1,210 пати имаат помала веројатност да развијат коронарно заболување споредено со оние хипертензивни пациенти кои се помалку проактивни.

Врз основа на резултатите презентирани во табела бр.14 може да се заклучи дека **хипотезата 4 се потврдува**. Односно претпоставената предиктор варијабла, проактивно справување како подобар предиктор на коронарно заболување се покажа како статистички значајна предиктор варијабла во овој модел. Останатите предиктор варијабли во овој модел не се покажаа како статистички значајни во предвидувањето на коронарното заболување.

ДИСКУСИЈА

5.ДИСКУСИЈА

Целта на овој труд е да се истражат разликите кои постојат помеѓу двете групи на испитаници, хипертензивни пациенти со коронарно заболување и хипертензивни пациенти без коронарно заболување, во однос на факторите невротизам, совесност, екстроверзија и стиловите на справување. Воедно, беше испитувана и предиктивната моќ на варијаблите вклучени во ова истражување во однос на развој на коронарно заболување. Добиените резултати се дискутирани одделно, во согласност со поставените проблеми.

Дискусија за првиот истражувачки проблем и хипотеза 1

Првата хипотеза од ова истражување имаше цел да открие дали хипертензивните пациенти со и без коронарно заболување меѓусебно се разликуваат во однос на факторите на личност и стиловите на справување со стрес кои ги употребуваат. Беше откриено дека статистички значајна разлика меѓу хипертензивните пациенти со коронарно заболување и хипертензивните пациенти без коронарно заболување постои единствено во однос на факторот невротизам. Односно **хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поневротишни споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување.** Добиените наоди делумно ја потврдија првата хипотеза: *Хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поневротишни, помалку совесни, поинтровертни и помалку проактивни, споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување.*

Овие резултати се во согласност и со претходни истражувања во кои биле опсервирани слични поврзаности помеѓу факторот невротизам и здравствениот исход. Во истражувањето кое го спровеле МекКарон и соработниците (McCaigon et al., 2003) било најдено дека кардиоваскуларните исходи се поврзани со висок скор на факторот невротизам или негативен афективитет. Дополнително многу други автори наведуваат дека негативниот афективитет или невротизмот е поврзан со коронарното срцево заболување и исходите од истото (Shipley et al., 2007; Friedman et al., 2010; Jokela et al., 2014). Воедно повеќе истражувачи го поврзуваат повисокиот скор на факторот невротизам со посиромашно здравје (Ozer, Benet-Martinez, 2006; DeNeve, Cooper, 1998 (според Friedman et al., 2010) Deary, 2010 (според Jokela et.al., 2014)).

Она што ги карактеризира луѓето кои постигнуваат висок скор на факторот невротизам е всушност една генерална тенденција тие да искусуваат негативни афекти како што се стравот, тагата, срамот, лутината, вината. Се смета дека тие се емоционално нестабилни. Факторот невротизам се поврзува со перцепирањето на многу нешта како проблеми, односно оние кои постигнуваат високи скорови на скалата за невротизам имаат тенденција и малите работи да ги перцепираат како сериозни проблеми кои на нив им претставуваат извор на стрес. Ова може да ги направи многу поранливи во работното и социјалното опкружување. Болгер и Цукерман (Bolger, Zuckerman, 1995) во лонгитудинална студија покажале дека луѓето кои постигнуваат висок скор на факторот невротизам манифестираат поголема реактивност во однос на социјалните конфликти и истовремено искусуваат и повеќе социјални конфликти (според Semmer, 2006). Според Семер (Semmer, 2006), Сулс и Мартин (Suls, Martin, 2005) сумираат бројни студии кои покажуваат дека оние кои постигнуваат високи скорови на факторот невротизам се изложени на многу поразновидни стресови.

Индивидуите кои постигнуваат високи скорови на факторот невротизам имаат тенденција да бидат анксиозни и да манифестираат чести анксиозни реакции кои преку механизмот на екситација на автономниот вегетативен нервен систем, преку покачување на крвниот притисок и дисбаланс во лачењето на хормоните може долгорочно да резултираат со развој на болест. Истражувањата ова и го потврдуваат. Имено, повеќе истражувачи (Magnus, Diener, Fujita, Payot, 1993; Taylor, Repetti, Seeman, 1997) соопштуваат за поголемата веројатност луѓето со висок скор на факторот невротизам да искусуваат повеќе стресни настани (според Friedman, 2007). За поголемата веројатност луѓето со висок скор на факторот невротизам да искусуваат дистрес како резултат на негативно реагирање на секојдневните стресори зборуваат и Дуган и соработниците (Dugan et al, 1995 според Van Berkel, 2009). Негативните емоции може да бидат поврзани со коронарното срцево заболување преку физиолошки траектории како што е дисрегулацијата на автономниот нервен систем и активацијата на хипоталамусната-питуитарно-адренкортикална оск (Manuck et al., 1995). Кивимаки и соработниците (Kivimaki et al., 2012) даваат поддршка на претходно напишаното и изложуваат дека психолошкиот стрес може да доведе до покачен крвен притисок, атеросклероза и други физиолошки ризик фактори, на тој начин зголемувајќи го ризикот за коронарно срцево заболување (според Jokela et al., 2014).

Од она што досега е правено како истражување во Македонија, во истражувањето кое го спровела Стоименова-Цаневска (2005) било најдено дека кај здравите лица оние кои се поалекситимични се поневротични и понамалено го пројавуваат проактивното надминување. Таа зборува за тоа дека алекситимијата е поврзана со факторот невротизам, особено со скалите кои говорат за тенденцијата да се искусува негативен афект, анксиозност, депресија, срам и негативно самодоживување и поголема осетливост на стрес. Воедно зборува за тоа дека алекситимијата со себе ја носи неможноста да се препознаат и артикулираат емоциите.

Алекситимијата е потешкотија да се комуницираат чувствата со другите, неможност истите да се идентификуваат. Имајќи во предвид дека бројни истражувања вклучувајќи го и ова кое е правено на македонска популација, укажуваат за поврзаноста на алекситимијата и факторот невротизам, објаснувањето зошто оние кои имаат коронарно заболување се лица кои постигнуваат повисоки скорови на факторот невротизам добива и една друга димензија. Факторот невротизам сам по себе имплицира непрепознавање на промените и потребите на телесно ниво како и потешкотии емоциите адекватно да се изразат, што е многу слично на она што алекситимијата како конструкт го носи. На пример, кога се искусува анксиозна реакција, која тераписки гледано претставува возбуда која е неподдржана, индивидуата станува нефункционална и е несвесна за процесите кои се одвиваат во основата. Оваа анксиозност може неадекватно да се изрази на тој начин што стравот, несигурноста, нејаснотијата се проектираат кон надвор. Се додека не се освестат овие начини на однесување и не се подигне свесноста за истите, повторно одново и одново ќе се искусува тензија.

Поврзано со ова, Коста и Мекри (Costa, McCrae, 1987) наведуваат дека повратната нервна тензија, депресивност, фрустрираност, вина и самосвесноста кои индивидуите со висок скор на факторот невротизам ги чувствуваат често се поврзани со нерационално размислување, ниско себепочитување, слаба контрола на импулсите, соматски поплаки и неефективно справување од страна на особата (според Feist, Feist, 2008).

Во таа смисла, имајќи ја на ум статистички значајната разлика која е добиена помеѓу двете групи на испитаници во ова истражување можеме да претпоставиме

дека оние кои немаат развиено коронарно заболување се посмирени, порелаксирани, помалку избувливи и најверојатно подобро можат да се снајдат во кризни ситуации.

Дискусија за разликите помеѓу двете групи во однос на одделните аспекти на факторот невротизам

За да можеме подетално да согледаме меѓу кои од аспектите на факторот невротизам има статистички значајни разлики и кој од нив носи најголем дел од варијансата, секој од нив беше тестиран за статистичка значајност. Она што се покажа во ова истражување е дека хипертензивните пациенти со коронарно заболување статистички значајни разлики покажуваат во однос на аспектите анксиозност и ранливост (вулнерабилност) споредено со хипертензивните пациенти без коронарно заболување. Односно, **хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поанксиозни и поранливи споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување.**

Ако се обидеме ова да го објасниме притоа имајќи на ум дека станува збор за примерок составен само од мажи се наметнуваат неколку дилеми. Имено, бројните статистички податоци во светот зборуваат за тоа дека мажите имаат двапати помала веројатност да бидат анксиозни споредено со жените.

Буркер и соработниците (Burker et al, 1995) наведуваат дека високите нивоа на анксиозност негативно влијаат на физичкото функционирање, интерферираат со спроведувањето на улогите кои личноста ги има и го зголемуваат ризикот за развој на срцево заболување и негова прогресија (според Plach, 2002). Луѓето кои имаат висок скор на анксиозност е многу поверојатно да ги перцепираат стресните ситуации како личносно загрозувачки и да реагираат анксиозно во однос на нив. Колку е повисок скорот, толку почесто индивидуата во минатото искусувала анксиозни реакции. Истражувањата кои повеќе автори ги спровеле (Eysenck, 1988; Gunthert et al., 1999; Suls, Martin, 2005) ова и го потврдуваат. Имено, луѓето кои постигнуваат високи скорови на анксиозност селективно се насочуваат кон потенцијално заканувачки стимули и покажуваат тенденција нејасните ситуации да ги интерпретираат како заканувачки (според Vollraht, 2006). Кузбански и Кавачи (Kuzbanski, Kawachi, 2000) наведуваат дека доказите за поврзаноста на анксиозноста

со коронарните срцеви заболувања се најсилни. Ова го потврдуваат и Бут-Келеј и Фридман (Booth-Kewley, Friedman) уште во 1987 година (според Friedman, 2007).

Кога се искусува анксиозност, телото почнува да реагира на начини кои може дополнително да го оптоварат срцето. Се јавува тахикардија, односно срцебиење, која во одредени ситуации може да интерферира со нормалното функционирање на срцето и дури и да доведе до ненадеен миокарден инфаркт и се зголемува крвниот притисок кој прави дополнително оптоварување на крвните садови и срцевиот мускул. Хипервентилацијата која е поврзана со анксиозноста и паничните напади може да доведе до спазам на коронарните артерии и на тој начин да го зголеми сомневањето за постоење на срцеви аритмии кај индивидуата. Хронично анксиозните пациенти имаат мала варијабилност на срцевиот ритам, со намален капацитет за промена на срцевиот ритам како одговор на стрес. Намалената варијабилност на срцевиот ритам е идентификувана како потенцијален ризик фактор за ненадејна срцева смрт кај пациенти кои се опоравуваат од миокарден инфаркт и кај нормални субјекти.

Иако постојат двосмислени резултати од студиите кои се правени за да се увиди поврзаноста на анксиозноста и коронарните заболувања сепак дел од истражувањата оваа поврзаност ја потврдуваат. Одржливите епидемиолошки докази имплицираат дека анксиозноста има улога во развојот на коронарните заболувања, како кај жените така и кај мажите. Резултатите од една мета-анализата која Кубзански и Кавачи (Kubzansky, Kawachi, 2000) ја направиле на написи кои се занимавале со анксиозноста и патогенезата која води кон развој на коронарно заболување објавени помеѓу 1980 и 1998 покажуваат дека доказите кои се однесуваат на поврзаноста на атеросклерозата настаната како резултат на стрес и дисфункцијата на ендотелот силно ја поддржуваат улогата на анксиозноста во настанувањето на коронарно срцево заболување (според Plach, 2002).

Две нови студии ја поставуваат анксиозноста како независен предиктор на коронарно срцево заболување. Роест и нејзините колеги (Roest et al., 2010) ја направиле првата метаанализа за поврзаноста на анксиозноста со инциденцата за коронарно срцево заболување кај иницијално здрави луѓе користејќи податоци од САД, Европа и Азија. Дури и по мултиваријантни прилагодувања, анксиозните луѓе имале околу 25% поголем ризик за коронарно срцево заболување и речиси 50% поголем ризик за кардијална смрт во тек на среден период на следење од 11,2

години. Во втората студија речиси 50 000 Швеѓани медицински биле испитувани во рамки на воената служба и биле следени просечно 37 години и проценувани од страна на Јански и соработниците (Janszky et al., 2010). Во оваа студија било најдено дека депресијата не е предиктор за последователна коронарна болест, но оние со анксиозни нарушувања имале двапати поголема веројатност да страдаат од коронарно срцево заболување или акутен миокарден инфаркт, дури и по прилагодувањата за основните услови.

Се наметнува потребата да се види што е она што овие мажи кои развиваат коронарно заболување ги прави поанксиозни споредено со оние кои не развиваат коронарно заболување. Имајќи на ум дека станува збор за генерација која беше зафатена од транзициониот период, генерација која помина на еден или друг начин низ сите воени конфликти во последниве 20 години, прави едновременно оваа генерација да се соочува со егзистенцијален страв (иако поголемиот дел од испитаниците во примерокот се вработени). Како резултат на нејаснотијата која постои можеме да кажеме дека мажите сè повеќе започнуваат да доживуваат анксиозност од реактивна природа која кога е препознаена води во соматизација. Дополнително, имајќи го пред себе и контекстот во кој овие луѓе живеат, неподдржаноста од средината и условно кажано “забраната” мажите да зборуваат за своите нелагодности прикажувајќи се во светло на некој кој е неуништив, не е за изненадување што токму мажите сè почесто манифестираат анксиозни реакции со кои неадекватно се справуваат.

Од друга страна, ранливоста, која исто така во истражувањата се покажува како многу повисоко изразена кај жените, отколку кај мажите, во овој примерок се покажа како варијабла во однос на која двете групи меѓусебно се разликуваат и ова е најсилната статистички значајна разлика во однос на двете групи. Кога ранливоста на стрес се разгледува во контекстот во кој испитаниците се наоѓаат, она што е евидентно е веќе погоре наведено, односно овие луѓе се константно изложени на стрес кој резултира од секојдневното живеење. Иако психодинамиката и изложеноста на стрес во овој труд не беа мерени, од интервјуата кои беа спроведувани можеше јасно да се види дека испитаниците поминуваат низ секојдневни стресови. Зошто две различни личности, изложени на ист или сличен стресор нема едновременно да развијат болест, може да се објасни преку карактеристиките кои ранливоста како појава ги носи. Имено, оние кои постигнуваат

повисоки скорови на ранливост се личности кои не умеат адекватно да се справуваат со стрес, најчесто се зависни и се безнадежни. Тие кога се ставени во итни ситуации и под притисок можат анксиозната реакција да ја трансформираат во паничен напад и овој паничен напад понатаму да се манифестира без притоа да има реална причина за негово јавување. Од она што беше погоре изложено механизмот на кој паничните напади водат во развој на соматска болест е ист како и кај анксиозноста и анксиозните реакции. Ова е потврдено и во една лонгитудинална студија која ја спровеле Сутин и соработниците (Sutin et al., 2013). Тие на ниво на аспекти, нашле дека оние кои се склони кон депресија (N3: депресија) и оние кои се склони кон ранливост на стрес (N6: ранливост) имаат повеќе болести и воедно имаат зголемен ризик за развој на болест. Во однос на ранливоста, наодите се повторуваат и во ова истражување. Ранливоста во себе инкорпорира еден значаен дел кој се однесува на можноста/неможноста за адекватно справување со стрес. Генерално зборувано, она што е познато е дека заради преживување во секојдневието најпрво се употребуваат невротските одбрани, а потоа и другите одбрани и заштитни механизми. Меѓутоа оние кои постигнуваат високи скорови на факторот невротизам, гледано низ искуството, не умеат на друг начин да се справат со стресот. Кисен и Ајзенк (Kissen, Eysenk, 1962) зборуваат за тоа дека оние кои постигнуваат ниски скорови на факторот невротизам имаат тенденција да ги потиснуваат своите емоции. Ова потиснување од своја страна може само дополнително да го акумулира стресот и емоциите врзани за него (според Feist, Feist, 2008).

Во истражувањата е покажано дека многу незрели или невротски механизми на справување (вклучувајќи ги фантазирањето, неодлучноста, седацијата, себобвинувањето и хостилните реакции) се значајно поврзани со факторот невротизам. Коста, Зондерман и Мекри (Costa, Zonderman, McCrae, 1991), наведуваат дека факторот невротизам се поврзува со мерките на регресија, преместување, сомневање и образци на маладаптивно однесување што ја потврдува поврзаноста на овој фактор со сиромашните стилови на справување (според Costa, McCrae, 1992). Невротското справување е рефлексивна на ранливоста на личноста а не рационална реакција на проблемот. Дополнително поврзаноста на факторот невротизам со маладаптивните стилови на справување со стрес е поддржана со бројни други резултати (Lee-Baggley et al., 2004; Newth, DeLongis, 2004; Suls, Martin, 2005; Gunther et al., 1999).

Дискусија за разликите помеѓу двете групи во однос на факторите екстровеизија и совесност

Во однос на останатите два фактори од Големите Пет вклучени во ова истражување не беа најдени статистички значајни разлики. Сепак, доколку се разгледаат аритметичките средини и стандардните отстапувања помеѓу двете групи она што може да се забележи е дека постои тенденција хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување да постигнуваат повисоки скорови на факторот совесност и тоа $M=131,47$ $SD=15,92$ споредено со хипертензивните пациенти со коронарно заболување каде $M=127,89$ а $SD=18,01$. Оваа тенденција може да се интерпретира согласно претходните истражувања во областа. Покрај тоа што може да придонесат кон развој на болест одредени црти на личност, факторот совесност особено, може да го подобрат здравјето. Ова се должи на фактот дека оние кои постигнуваат високи скорови на факторот совесност многу поверојатно е да присвојат оптимални здрави однесувања кои помагаат во зачувување на здравјето (Bogg, Roberts, 2004; Lodi-Smith et al., 2010 според Jokela, et al., 2014). Во истражувањата конзистентно се пишува за протективните ефекти на факторот совесност. Дополнително, во лонгитудиналната студија која ја спровеле Сутин и соработниците (Sutin et al., 2013), било најдено дека оние испитаници кои постигнувале пониски скорови на факторот свесност имале многу посериозни и хронични заболувања. Фридман (Friedman, 2000) наведува дека факторот совесност е поврзан со поздрави однесувања, што се потврдило и во бројни други студии (Christensen, Moran, Wiebe, 1999; Hogan, 1989; Lemos-Giraldez, Fidalgo-Aliste, 1997). Хорвитс и соработниците (Horwitz et al., 1990) даваат уште една потврда за протективната улога на факторот совесност и наведуваат дека помалку совесните пациенти имаат зголемен ризик за смрт од коронарно заболување (според Friedman, 2000). Керн и Фридман (Kern, Friedman, 2008) нашле дека повисокиот скор на факторот совесност е значајно и позитивно поврзан со долговечноста.

Понатаму одредени студии (Watson, Hubbard, 1996) кои ја истражувале поврзаноста на факторот совесност и справувањето наведуваат дека совесноста е позитивно поврзана со активните стратегии на справување кои се фокусирани кон проблемот (според Smoot, 2005). Дел од истражувањата (Lee-Baggley et al., 2004) наведуваат дека оние луѓе кои имаат повисоки скорови на факторот совесност употребуваат многу помалку избегнување и самобвинување како стратегии за

справување со стрес (според DeLongis, Holtzman, 2005). Дополнително, Роеш и соработниците (Roesch et al., 2009) наведуваат дека индивидуите кои постигнуваат високи скорови на факторот совесност многу помалку употребуваат стратегии на избегнување како што е самообвинувањето. Ова е спротивно во однос на стратегиите кои ги користат индивидуите кои имаат високи скорови на факторот невротизам. Ова значи дека луѓето кои имаат поизразена совесност многу повеќе употребуваат социјална поддршка, планирано решавање на проблемите, конфронтирачко справување и превземаат одговорност. Ова може да се должи на фактот дека овие индивидуи се организирани, темелни, посветени, ориентирани кон постигнување и истрајни. Овие карактеристики се поврзуваат со справувањето насочено кон проблем.

Во однос на факторот екстроверзија опсервираните разлики помеѓу двете групи не се статистички значајни. Меѓутоа и покрај тоа при анализирањето на добиените податоци значајно е да се земе впреглед и улогата која факторот екстроверзија може да ја има во развојот на коронарно срцево заболување особено затоа што постои веројатност овој фактор да има ефект во начинот на експресија на емоциите и барањето помош. Ајзенк и Ајзенк (1985) истакнуваат дека екстровертноста има ублажувачки ефект врз експресијата на невротизмот. Ако ова го примениме на актуелниот примерок, постои веројатност факторот невротизмот и негативниот афективитет да се изразуваат поадекватно и нивните ефекти да се моделираат и ублажуваат низ социјалната поддршка, споделувањето и експресијата преку социјално прифатливи начини на однесување. Факторот екстроверзија низ истражувањата се покажува дека е поврзан со поголема ефективност и активност во однос на справувањето (DeLongis, Holtzman, 2005) и со барање на поддршка од други (David, Suls, 1999; Watson, Clark, 1992; Watson et al., 1994, според Roesch, et al., 2009).

Дискусија за разликите помеѓу двете групи во однос на стиловите на справување

Покрај споредувањето на двете групи во однос на факторите на личност во ова истражување се направи и споредба помеѓу двете групи во однос на проактивното справување со стрес. Проактивното справување во ова истражување беше разгледувано како мултидимензионална варијабла, која не беше мерена преку

ексклузиваната потскала за проактивно справување, туку преку сумарен скор од првите 6 потскали за кои се претпоставува дека секоја одделно е дел од мултидимензионалниот конструкт на проактивното справување. Во однос на вака мереното проактивно справување не беа најдени статистички значајни разлики. Сепак, одделната анализа направена за секоја од потскалите, меѓу кои и за потскалата на проактивно справување, покажа дека **хипертензивните пациенти без коронарно заболување се повисоко проактивни споредено со хипертензивните пациенти со коронарно заболување**. Дополнително беше најдено дека **хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување употребуваат значајно повеќе емоционална и инструментална поддршка како стилови на справување со стрес споредено со хипертензивните пациенти без коронарно заболување**.

Потсетувајќи се на делот за невротските одбрани, зборувавме дека луѓето со висок невротизам генерално првично ги користат невротските одбрани кога се соочени со стрес. Кога попуштаат невротските одбрани на сцена стапува телото кое се брани на свој начин и се брани на регресивните начини. Односно се бира соматизацијата како начин на одбрана, наместо да се користи проактивното справување. На овој начин неуспешното справување со стрес може да придонесе кон развој на коронарно заболување.

Проактивното справување во себе го вклучува верувањето дека лицата имаат моќ да делуваат на својата околина, како физичка така и социјална. Проактивното справување во себе ги содржи одговорноста, визијата и времето за кое се исполнуваат целите. Во обидот да се објасни зошто дел од лицата кои имаат хипертензија не развиваат коронарно заболување може да се употребуваат токму овие податоци. Имено оние кои немаат развиено коронарно заболување, во ова истражување се покажа дека се многу повешти во употребувањето и практикувањето на проактивното справување. Гринглас и соработниците (Greenglas et al., 1999) кога зборуваат за проактивното справување истото го објаснуваат како одреден пристап кон животот кој може да го подобри квалитетот на животот на индивидуата. Преку употреба на проактивното справување индивидуата активно се насочува кон подобрување на сопствениот живот наместо кон реагирање на негативните настани. Проактивното справување се разликува од другите форми на справување во делот дека ги инкорпорира и користи социјалните и несоцијалните извори, вклучува визии

за успех и користи позитивни емоционални стратегии. Проактивното справување иницира активност. Доколку имаме во предвид дека оние кои имаат коронарно заболување се повисоко невротични и постигнуваат помали скорови на совесност, склони се кон изолирање и неадекватно барање на помош од средината и неадекватно користење на ресурсите кои се на располагање заради неможноста истите да се согледаат, не изненадува фактот дека тие се пониско проактивни. Во истражувањето кое Стоименова-Цаневска го спровела во 2005 година, најдени се слични резултати. Имено во однос на психосоматски болната популација таа нашла дека постои поврзаност на повисоките скорови на алекситимија со пониските скорови на проактивно надминување.

Низ истражувањата најдено е дека високиот скор на факторот невротизам е поврзан со користењето на емоционално фокусирано справување. Ова се потврдува и во ова истражување, односно се покажа дека хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување, едновременно имаат повисок скор на факторот невротизам и користат инструментално и емоционално барање на поддршка како стратегии на справување со стрес. Доколку го споредиме бројот на стратегии на справување со стрес кои се користат, во ова истражување резултатите го потврдуваат она што Сулс и Мартин (Suls, Martin, 2005) го нашле. Имено, тие наведуваат дека луѓето со висок невротизам генерално употребувале многу повеќе стратегии, што може да биде индикатор дека тие имаат потешкотија во наоѓање на стратегија која помага. Тие исто така наведуваат дека луѓето со висок невротизам имаат поголеми варијации и провлекување на негативното расположение од еден ден во друг (според Semmer, 2006).

Инструменталното барање на поддршка се однесува на насоченост кон барање на совет или фидбек од луѓето кои ја сочинуваат социјалната мрежа на индивидуата. Емоционалното барање на поддршка е насочено кон искажувањата на чувствата и барањето утеха и помош во социјалната мрежа. И двата стила на справување се дел од социјалната поддршка која во ситуација на стрес се бара. Во литературата се наведува дека мажите споредено со жените преферираат и бараат инструментална поддршка како стил на справување, додека пак жените бараат и преферираат емоционална поддршка. Во истражувањето кое го спровеле Вилсон и соработниците (Wilson et al., 1999) било најдено дека во ситуации кога мажите добиваат инструментална поддршка како стил на справување доаѓа до намалување на крвниот

притисок. Овој резултат сугерира дека одредени стилови на справување може да влијаат врз кардиоваскуларната реактивност.

Вотсон и соработниците (Watson et al., 1999) ја сумираат литературата која покажува дека факторите невротизам и екстровеизија се поврзани со адаптивните, поточно маладаптивните начини на справување со стрес. Тие наведуваат дека во дел од истражувањата било најдено дека луѓето со висок скор на факторот невротизам употребуваат многу повеќе маладаптивни стратегии на справување споредено со оние со низок скор на овој фактор (според Semmer, 2006). Давид и Сулс (David, Suls, 1999) додаваат дека стратегиите за справување насочени кон емоциите биле употребувани од луѓето кои постигнуват повисоки скорови на факторот невротизам во ситуации на помалку сериозни проблеми (според Semmer, 2006). Доколку сите овие резултати од студиите кои досега се направени се земат заедно, тие јасно упатуваат на недостаток на ефикасно справување со стрес кај лицата со висок скор на факторот невротизам што се потврдува и со останатите резултати од ова истражување.

Имајќи на ум дека досега во здравствената психологија и психологијата на личноста се направени бројни истражувања кои соопштуваат за разликите меѓу различни групи во однос на одредено заболување и факторите на личност, како и стиловите на справување со стрес, во ова истражување од голема значајност беше да се види кои од сите варијабли во ова истражување може да го предвидат развојот на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти.

Дискусија за вториот истражувачки проблем и хипотезите 2, 3 и 4

Кога во моделот беа вклучени трите фактори на личност и проактивното справување мултидимензионално конципирано, единствено факторот *невротизам* се покажа дека е значајна **предиктор варијабла** на коронарното заболување. Односно хипертензивните пациенти кои постигнуваат повисок скор на факторот невротизам имаат поголема веројатност да развијат коронарно заболување. Овие резултати делумно ја потврдија хипотеза 2: *Факторот невротизам и проактивното справување се подобри предиктори на коронарното заболување кај хипертензивните пациенти споредено со факторите совесност и екстровеизија.*

Резултатите од истражувањата кои се правени во однос на предиктивната моќ на факторот невротизам се поделени. Вајс и Коста (Weiss, Costa, 2005) во своето истражување наведуваат дека факторот невротизам е значаен протективен фактор кој го намалува ризикот од смрт. Од друга страна, Сутин и соработниците (Sutin et al., 2013) спровеле лонгитудинална студија во која покажале дека факторот невротизам е поврзан со манифестација и развој на поголем број на болести. Шиплеј и соработниците (Shipley et al., 2007) наведуваат дека во 6 од 12 студии кои ја истражувале предиктивната значајност на факторот невротизам во однос на морталитет, било најдено дека овој фактор е ризик фактор за смрт како резултат на коронарно срцево заболување. Конзистентно со резултатите на Вајс и Коста, тие наведуваат дека само во 2 студии било најдено дека факторот невротизам има протективна улога во однос на морталитетот. Фридман и соработниците (Friedman et al., 2010) наведуваат дека факторот невротизам предвидува најлошо физичко (телесно) здравје. Монирпур и Кхуфси (Monirpoor, Khoofsi, 2011), согласно со претходните наоди, наведуваат дека во нивното истражување факторот невротизам покажува директна поврзаност со болеста и инверзна поврзаност со здравјето. Овие истражувања даваат поддршка на резултатите добиени во овој труд. Имено, и покрај тоа што предиктивната моќ на факторот невротизам во однос на коронарните заболувања во овој труд е мала, сепак таа е значајно да се земе во предвид, затоа што може да помогне особено во креирањето на програми за превенција. Односно, анализата на факторите на личност, може да помогне во креирањето соодветни индивидуални програми за здраво живеење и да обезбеди значајни податоци за оние кои се изложени на повисок ризик од коронарни заболувања и смртност.

Кога во моделот беа внесени само одделните аспекти на факторот невротизам **единствено статистички значаен предиктор** на коронарното заболување се покажа дека е **аспектот ранливост**. Со ова **хипотеза 3** која гласеше: *Меѓу аспектите на факторот невротизам депресијата и анксиозноста се подобри предиктори на коронарното заболување кај хипертензивните пациенти споредено со изразеното непријателство, самосвесноста, импулсивноста и ранливост не се потврди*. Но беше најдено дека хипертензивните пациенти кои се поранливи имаат поголема веројатност да развијат коронарно заболување.

Овде повторно е значајно да разјасниме зошто ранливоста е значаен предиктор во развојот на коронарно заболување. Во ова истражување беа вклучени само мажи. Доколку го гледаме контекстот во кој живееме и на кој овие мажи припаѓаат, станува очигледно дека зборувањето за емоциите и гласното кажување дека се под стрес е социјално непожелно. Оттука може да се претпостави дека тие не се поддржани отворено да бараат помош кога таа им е потребна, не се поддржани да ги изразуваат емоциите и сето тоа претставува добра подлога за соматизација. Кај adulтната популација инхибицијата и неизразувањето, неманифестирањето на емоциите се поврзува со инциденцата и прогресијата на коронарното срцево заболување (Dembroski et al., 1985; Haysen et al., 1980; MacDougall et al., 1985 според Denollet, 1993). Поврзано со ова индивидуите кои не зборуваат за нивните лични трауми се многу повеќе склони кон развој на болест.

Во прилог на добиените резултати се и резултатите од неколку истражувања. Имено, Фридман и соработниците (Friedman et al., 2010) наведуваат дека невротизмот предвидува најлошо физичко (телесно) здравје и привид на добросостојба во возрасно доба. Понатаму, Сутин и соработниците (Sutin et al., 2013) спровеле лонгитудинална студија во која покажале дека факторите невротизам и совесност се поврзани со поголема оптовареност од болести. Аспектот импулсивност од факторот невротизмот бил најсилниот предиктор за развој на болест низ периодот на следење, односно за секое зголемување на стандардната девијација на импулсивноста, постоел 26% поголем ризик за развој на болест и 36% за влошување на здравствената состојба. На ниво на аспекти, нашле дека оние кои се склони кон депресија (N3: депресија) и оние кои се склони кон ранливост на стрес (N6: ранливост) имаат повеќе болести и воедно имаат зголемен ризик за развој на болест.

И претходно беше спомнато дека тенденцијата да се реагира на тешки настани со високи нивоа на дистрес, анксиозност и загриженост не само што го зголемува ризикот за развој на психосоматски заболувања, туку и за различни форми на психопатологија. Честите изразувања на вознемиреност, загриженост и ранливост продуцираат негативни реакции од другите, со што дополнително го засилуваат и зголемуваат првичниот дистрес. Неподдржаноста да се зборува за потешкотиите, да се манифестираат емоциите, да се изнаоѓаат нови креативни начини на адаптација во секојдневието го поддржуваат процесот на соматизација.

Во ова истражување беше поставена и четврта хипотеза во која како предиктор варијабли на коронарно заболување се тестираа одделните стилови на справување. **Хипотезата 4** која гласеше: *Меѓу стиловите на справување вклучени во проактивното справување како мултидимензионална варијабла, проактивното справување е подобар предиктор на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти споредено со рефлексивното справување, стратегиското планирање, превентивното справување, инструменталното барање на поддршка и емоционалното барање на поддршка се потврди.* Имено како единствена статистички значајна предиктор варијабла се појави **проактивното справување.** Овој резултат оди во прилог на тоа дека хипертензивните пациенти кои се повисоко проактивни имаат помала веројатност да развијат коронарно заболување.

Доколку се навратиме на моделите за развој на болест кои претходно беа опишани, добиените резултати може да се инкорпорираат во биопсихосоцијалниот модел на развој на болест со цел да се добие поконкретен одговор на поставените проблеми во овој труд. Резултатите кои беа добиени во ова истражување не можат во целост да го објаснат развојот на коронарно заболување. Напротив, предиктивната моќ на вклучените варијабли е мала за да може да се тврди дека факторите на личност или стиловите на справување сами по себе сигурно би довеле до развој на коронарно заболување. Тие се само еден мал дел од психичките системи кои се вклучени во биопсихосоцијалниот модел за развој на болест. Когнитивните процеси, емоциите, како и изложеноста на стрес директно не беа вклучени во ова истражување. Иако психодинамиката и изложеноста на стрес во овој труд не беа мерени, од интервјуата кои беа спроведувани можеше јасно да се види дека испитаниците поминуваат низ секојдневни стресови. Понатаму од социјалните системи не беа истражувани општеството, заедницата и семејството. Имајќи во предвид дека проактивното справување во себе вклучува и активно барање на поддршка во ситуации на стрес, значајно би било да се истражат и системите на поддршка кои секој од испитаниците ги има. Дополнително, како што и Фридман (Friedman, 2007) наведува, при анализата и трагањето по механизмите кои се наоѓаат во позадина на развојот на болест, неопходно е да се знаат и социјалните норми и верувања поврзани со здравјето кои постојат во дадено општество. Ова особено е значајно затоа што индивидуите може во даден момент да бираат облици на нездраво однесување и да избираат нездрави ситуации кои би го поддржале развојот на коронарно заболување (на пример, пушење, прејадување, брза храна, немање физичка активност, неадекватно изразување на емоции итн.). Од друга страна, биопсихосоцијалниот модел сугерира дека за да се развие коронарно заболување неопходно е да постои и одредена предиспозиција. Во ова истражување сите испитаници имаа хипертензија која е третирана. За да може да се даде објаснување за развојот на коронарно заболување, неопходно е во предвид да се земат и патофизиолошките промени кои настануваат на ниво на тело во ситуациите кога се искусува стрес и кои се поврзани со психичките фактори и однесувањата насочени кон здравје. Овие патофизиолошки промени кои се поврзани со промените кои настануваат на ниво на ендокриниот и имунолошкиот систем, може да го поттикнат развојот на коронарно заболување и да ја влијаат на добросостојбата.

Ако се насочиме кон тоа зошто дел од испитаниците вклучени во ова истражување кои имаат хипертензија не развиле коронарно заболување можеме да се повикаме на конструктот склоност кон само-здравување на Фридман (Friedman, 2007). Согласно со овој конструкт можеме да претпоставиме дека овие испитаници умеат да ја оддржат физиолошката и психосоцијалната хомеостаза и на тој начин да го поддржат доброто физичко здравје. Поврзано со ова можеме да претпоставиме дека оние кои не развиле коронарно заболување можно е да имаат и силно чувство на кохерентност, концепт кој го развил Антоновски (Strümpfer et al., 1998), за кој се претпоставува дека е поврзан со одржувањето на здравјето. Ова го потврдуваат и дел од истражувањата во кои е најдено дека факторот невротизам е негативно поврзан со чувството на кохерентност (Feldt, et al., 2007). Ова се поврзува и со добиените резултати во однос на проактивното справување. Односно, личноста која умее добро да се справува со стресорите и има силно чувство на кохерентност, ќе биде во можност да го избере најдобриот начин за справување со одреден стресор, во овој случај проактивното справување.

Сумирајќи ги добиените резултати во ова истражување и инкорпорирајќи ги во социоекономскиот, политичкиот и културниот контекст во кој испитаниците вклучени во ова истражување живеат, можеме да дискутираме за тоа како цртите на личност, личносните составки и справувањето со стрес во еден дел се средински модификувани за да доведат до соматизација. Добиените резултати ја истакнуваат потребата за развој на превентивни програми кои ќе бидат насочени кон подобрување на општата добросостојба и подобрување на менталното здравје. Вклучувањето на овие сознанија во секојдневната работа на здравствените психолози и оние кои работат со соматски болни, треба да биде поттик за еден поинаков пристап кон третманот на симптоматологијата која е манифестна. Односно, освен медикаментозниот дел потребно е да се работи на поддршка и поттик за учење и практикување на проактивно справување со стрес, психотераписки да се работи на анксиозните реакции со цел да се минимизираат негативните ефекти од истите и да се поттикне препознавањето и адекватното манифестирање на емоциите и сè она што е извор на стрес.

Ограничувања на истражувањето

Ова истражување колку што му е познато на авторот, е прво вакво истражување во Македонија и отвора можност за понатамошни истражувања со што резултатите и сознанијата би се продлабочиле. Ова истражување има ограничувања. Најпрво, истражувачките хипотези се тестирани само на пригоден примерок кој е релативно мал за да може да се прават генерализации. Ограничувањата на оваа магистреска теза во еден дел се должат на карактеристиките на самиот примерок (примерокот како таков е релативно мал), потоа социјалниот и историскиот контекст. Понатаму, примерокот беше сочинет само од мажи, жените како дел од популацијата не беа вклучени во ова истражување. Истражувањето не е лонгитудинално, заради што недостасува можност да се испитуваат траекториите на развој на болест и евентуалните промени кои временски настануваат. Мерењето на одделни медицински параметри исто така недостасува. Кога истите би биле вклучени, би имале многу подобра слика за физиолошките механизми кои лежат во позадина на развојот на болест. Едновременно, доколку се мереше искусувањето на стресни настани, би можело да се збогати интерпретирањето на резултатите. Она што е значајно да се има во предвид е дека многу веројатно е дека со ова истражување не се опфатени сите психосоцијални предиктори на здравјето и вклучително навиките кои оваа група на пациенти ги има, а кои може да го унапредат или уназадат здравјето. Односно неопходно е да се има во свесност дека повеќето од луѓето истовремено имаат мултипла психосоцијални ризик фактори кои придонесуваат кон меѓусебно поврзани здравствени исходи.

Дел од ограничувањата на ова истражување се должат и на природата на инструментите кои беа користени. Имено, со употребата на НЕО-ПИ-Р прашалникот кој е составен од 240 ајтеми а не на некоја помала верзија (NEO-FFI на пример) се оневозвозможи вклучување на трет инвентар кој би мерел некој друг аспект. Понатаму и покрај тоа што ајтемите се прилагодени во претходните истражувања, сепак дел од нив се потешки за разбирање за дел од испитаниците. Имајќи во предвид дека дел од испитаниците се пациенти кои се хоспитализираат заради оперативен третман, постои можност и самиот контекст да влијаел на одговорите.

Понатаму, се поставува прашањето што е прво – личноста или болеста? Дали цртите на личност и стилите на справување одредуваат кој ќе заболи а кој не, или микроскопските промени на клеточно ниво прават промени на личностно ниво и во

однос на стиловите на справување. Ова е значајно да се има во предвид при анализата на добиените резултати и е неопходно да се земе како поттик за следните истражувања.

Сепак, и покрај ваквите ограничувања, овие резултати претставуваат солидна основа за понатамошно истражување на улогата на психичките фактори во развој на коронарните заболувања. Понатамошните истражувања би било пожелно да бидат лонгитудинални и да вклучат следење на хипертензивните пациенти во подолг временски период, што би овозможило да се проверат траекториите на развој на болест, како и да се провери психодинамиката на стрес и неговата улога во развојот на болест. Понатаму, вклучувањето и контролирањето на дел од медицинските параметри може да помогне во добивање на порелијабилни податоци и појасна слика за улогата на личноста во развојот на болест. Сите овие податоци би помогнале да се развијат програми за соодветна превенција на коронарните артериски заболувања.

РЕЗИМЕ

РЕЗИМЕ

Во секојдневното современо живеење сè поголем е бројот на луѓе кои имаат нарушувања на кардиоваскуларниот систем и неговото функционирање. Истражувањето на улогата на психичките фактори во развојот на соматските заболувања дава ново светло во разбирањето на психосоматските заболувања.

Ова истражувањето вклучува 104 хипертензивни пациенти (55 пациенти со коронарно заболување и 49 пациенти без коронарно заболување) од машки пол, со просечна возраст од 56,48 години. Истражувањето е вршено во рамки на Специјалната болница за хируршки болести Филип Втори во Скопје, при што беа употребувани: НЕО-ПИ-Р, ПСИ, медицински извештаи, историја на болест, интервју и приемна анамнеза.

Целта на ова истражување беше да се истражат разликите во однос на факторите на личност и стиловите на справување помеѓу двете групи на испитаници и дополнително да се истражи предиктивната моќ на вклучените варијабли во развојот на коронарно заболување кај хипертензивни пациенти. Добиените податоци беа статистички обработени употребувајќи ја програмата SPSS 17. Анализата на резултатите се правеше согласно претходно поставените хипотези поделени во две групи, применувајќи t-тест на независни групин и логистичка регресија.

Резултатите од ова истражување покажуваат дека хипертензивните пациенти со коронарно заболување се поневротишни споредено со хипертензивните пациенти без коронарно заболување, односно хипертензивните пациенти со коронарно заболување постигнуваат повисок скор на факторот невротизам. Во однос на другите две варијабли – факторите совесност и екстроверзија - не беа најдени статистички значајни разлики. Особено значајно е да се истакне дека во однос на одделните аспекти на факторот невротизам, беше најдено дека хипертензивните пациенти кои имаат коронарно заболување се поанксиозни и поранливи споредено со хипертензивните пациенти кои немаат коронарно заболување.

Во ова истражување беше најдено дека двете групи на испитаници меѓусебно не се разликуваат кога проактивното справување се разгледува како мултидимензионална варијабла. Но, во анализата на одделните стилови се покажа дека хипертензивните пациенти без коронарно заболување се повисоко проактивни споредено со хипертензивните пациенти со коронарно заболување. Дополнително, беше најдено дека хипертензивните пациенти со коронарно заболување

употребуваат значајно повеќе емоционална и инструментална поддршка како стилови на справување со стрес споредено со хипертензивните пациенти без коронарно заболување.

Во однос на предиктивната моќ на секоја од одделните варијабли, резултатите покажаа дека кога во моделот се вклучени трите фактори на личност и проактивното справување (мултидимензионално дефинирано), единствено факторот невротизизам покажува статистичка значајност во предвидувањето на развој на коронарно заболување. Кога во моделот се вклучени одделните аспекти на факторот невротизизам, единствена значајна предиктор варијабла е аспектот ранливност. Дополнително, меѓу одделните стилови на справување, проактивното справување мерено преку скалата за проактивно справување се покажа како значајна предиктор варијабла на коронарно заболување.

Добиените резултати објаснуваат само мал дел од сложениот механизам за развој на коронарни заболувања. Овие резултати поттикнуваат размислување на многубројни теми и ја истакнуваат потребата за развој на превентивни програми кои ќе бидат насочени кон подобрување на општата добросостојба и подобрување на менталното здравје.

ЛИТЕРАТУРА

ЛИТЕРАТУРА

Државен завод за статистика Република Македонија. (2014, Јуни 24). *Морталитет*.

Подигнато на 30 август 2014 од
<http://www.stat.gov.mk/PrikaziSoopstenie.aspx?rbtxt=7>

Јанаков, Б. (2010). *Личност: (работен материјал)*. Скопје

Болничко лекување. (2013, Декември). *Специјална болница за хируршки болести*

Филип Втори. Подигнато на 03 јануари 2014 од
<http://www.cardiosurgery.com.mk/DesktopDefault.aspx?tabindex=0,tabid=901>

Стоименова-Цаневска, Е. (2005). Поврзаноста на алекситимијата со базичните димензии на личноста и стиловите на надминување кај лица со различна здравствена состојба. Јавно одбранета. Необјавена докторска дисертација. Универзитет „Св. Кирил и Методиј“

Abbasi, I.S. (2011). The influence of neuroticism on stress perception and its resultant negative affect. Master's theses, San Jose State University. Подигнато на 01 февруари 2014 од
http://scholarworks.sjsu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=4963,context=etd_theses

Bode, C., de Ridder, T.D.D., Kuijer, G.R., Bensing, M.J. (2007). Effects of an intervention promoting proactive coping competencies in middle and late adulthood. *The Gerontologist*, 47, 1, 42-51. doi: 10.1093/geront/47.1.42

Bogg, T., Roberts, B.W. (2004). Conscientiousness and healthrelated behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130, 6, 887-919. DOI: 10.1037/0033-2909.130.6.887

Bolger, N., Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of personality and social psychology*, 69, 5, 890-902. DOI: 10.1037//0022-3514.69.5.890

Callahan, O.M., Andrews, M.A., Krantz, S.D. (2003) Coronary heart disease and hypertension. In Nezu, M.A., Nezu, M.C., Geller, A.P. (Eds.) *Handbook of psychology, Health psychology, Vol.9*. (pp.352) New Jersey: John Wiley, Sons, Inc.

- Carver, C. S., Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679–704. DOI: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Connor-Smith, J. K., Flachbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 6, 1080–1107. DOI: 10.1037/0022-3514.93.6.1080.
- Contrada, J. R., Gyll, M. (2000). On who gets sick and why: the role of personality and stress. In A. Baum, A.T. Reverson, E.J. Singer (Eds.). *Handbook in health psychology*. (pp.59-84). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Costa, T. P., McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and the NEO five-factor inventory (NEO-FFI): professional manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Costa, T.P., McCrae, R.R. (2008). The NEO inventories. In P.R. Archer., R.S. Smith, (Eds.) *Personality assessment*. (pp.213-245) New York: Taylor, Francis Group.
- DeLongis, A., Holtzman, S. (2005). Coping in context: the role of stress, social support and personality in coping. *Journal of Personality* 73,6, 1633-1656. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x
- Denollet, J. (1993). Biobehavioral research on coronary heart disease: where is the person? *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 2, 115-141. DOI: 10.1007/BF00844889
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., Smith, H. I. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 2, 276-302. DOI: 10.1037//0033-2909.125.2.276
- Feist, J., Feist, G. J. (2008). *Theories of personality: Seventh edition*. New York: McGraw-Hill.
- Feldt, T., Metsäpelto, R., Kinnunen, U., Pulkkinen, L. (2007). Sense of coherence and five-factor approach to personality: conceptual relationships. *European Psychologist*, 12, 3, 2007, 165-172. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040.12.3.165>
- Fiksenbaum, M.L., Greenglass, R.E., Eaton, J. (2006). Perceived social support, hassles and coping among the elderly. *Journal of Applied Gerontology*, 25, 1, 17-30. DOI:10.1177/0733464805281908

- Folkman, S., Moskowitz, T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55, 6, 647-654. doi:10.1037//0003-066X.55.6.647
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68, 1089-1107. doi: 10.1111/1467-6494.00127
- Friedman, H. S. (2007). Personality, disease and self-healing. In H. S. Friedman, , R. C. Silver (Eds.). *Foundations of health psychology* (pp.173-199). New York: Oxford University Press.
- Friedman, H. S. (2011). *The Oxford handbook of health psychology*. New York: Oxford University Press
- Friedman, H. S., Booth-Kewley, S. (1987). The "Disease-Prone Personality": A meta-analytic view of the construct. *American Psychologist*, 42, 6, 539-555. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.42.6.539>
- Friedman, H. S., Kern, L.M., Reynolds, A.C. (2010). Personality and health, subjective well-being, and longevity. *Journal of Personality*, 78, 179-216. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00613.
- Gan, Y., Manshu, Y., Zhou, Y., Zhang, Y. (2007). The two-factor structure of future-oriented coping and its mediating role in student engagement. *Personality and Individual Differences* 43, 851-863. doi:10.1016/j.paid.2007.02.009
- Greenglass, R.E., Fiksenbaum, L. (2009). Proactive coping, positive affect, and well-being. Testing for mediation using path analysis. *European Psychologist*, 14, 1, 29-39. DOI 10.1027/1016-9040.14.1.29
- Greenglass, E., Schwarzer, R., Jakubiec, D., Fiksenbaum, L., Taubert, S. (1999). *The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional research instrument*. Подигнато на 30 мај 2013 <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/pci.php>
- Griffiths, C.A., Ryan, P., Foster, J.H. (2011). Thematic analysis of Antonovsky's sense of coherence theory. *Scandinavian Journal of Psychology* 52, 168-173. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2010.00838.x

- Hambrick, P. E., McCord, M. D. (2010). Proactive coping and its relation to the five-factor model of personality. *Individual differences research*, 8, 2, 67-77.
- Hampson, S. E., Andrews, J. A., Barckley, M., Lichtenstein, E. , Lee, M. E. (2000). Conscientiousness, perceived risk, and risk-reduction behaviors: A preliminary study. *Health Psychology*, 19, 5, 496-500. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.19.5.496>
- Haque, A., Jamil, G., Namawar, A. (2013). Cardiac risk factors and psychosocial variables in coronary artery disease: A case-control study of the younger population of United Arab Emirates. *Ibnosina Journal of Medicine and Biomedical Sciences*, 5, 5, 261-269.
- Heckhausen, J., Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 2, 284-304. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.102.2.284>
- Hogan, R., Johnson, J., Briggs, S. (1997). *Handbook of personality psychology*. San Diego: Academic Press.
- Hyland, E.M. (2011). *The origins of health and disease*. New York: Cambridge university press.
- Janszky, I., Ahnve, S., Lundberg, I., Hemmingsson, T. (2010). Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men. *Journal of American College of Cardiology*, 56,1,31-37. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.033.
- John, O. P., Robins, R. W., Pervin, L. A. (2008). *Handbook of Personality: theory and research. Third edition*. New York: The Guilford Press.
- Jokela, M., Pulkki-Raback, L., Elovainio, M., Kivimäki, M. (2014). Personality traits as risk factors for stroke and coronary heart disease mortality: pooled analysis of three cohort studies. *Journal of behavioral medicine*, 37, 5, 881-889. DOI 10.1007/s10865-013-9548-z.
- Kassel, D.J., Stroud, R.L., Paronis, A.C. (2003) Smoking, stress, and negative affect: correlation, causation, and context across stages of smoking. *Psychological Bulletin*, 129, 2, 270–304. DOI: 10.1037/0033-2909.129.2.270

- Kern, L.M., Friedman, S.H. (2008). Do conscientious individuals live longer? A quantitative review. *Health Psychology*, 27, 5, 505-512. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.27.5.505>
- Kivimäki, M., Nyberg, S. T., Batty, G. D., Fransson, E. I., Heikkilä, K., Alfredsson, L., et al. (2012). Job strain as a risk factor for coronary heart disease: A collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*, 380, 9852, 1491-1497. doi:10.1016/S0140-6736(12)60994-5
- Kubzansky, L. D., Kawachi, I. (2000). Going to the heart of the matter-do negative emotions cause coronary heart disease? *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 323-338. DOI: 10.1016/S0022-3999(99)00091-4
- Kossek, E.E., Noe, R., DeMarr, B. (1999). Work-family role synthesis: Individual, family and organizational determinants. *International Journal of Conflict Resolution*, 10, 2, 102-129. <http://dx.doi.org/10.1108/eb022820>
- Kreikebaum, S., Guarneri, E., Talavera, G., Madanat, H., Smith, T. (2011). Evaluation of a holistic cardiac rehabilitation in the reduction of biopsychosocial risk factors among patients with coronary heart disease. *Psychology, Health, Medicine*, 16, 3, 276-290. doi: 10.1080/13548506.2010.542170.
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lecic-Tosevski, D., Vukovic, O., Stepanovic, J. (2011). Stress and personality. *Psychiatrike*, 22, 290-297
- Lodi-Smith, J., Jackson, J., Bogg, T., Walton, K., Wood, D., Harms, P., et al. (2010). Mechanisms of health: Education and healthrelated behaviours partially mediate the relationship between conscientiousness and self-reported physical health. *Psychology, Health*, 25, 3, 305-319. doi:10.1080/08870440902736964
- Lyons, A. C., Chamberlain, K. (2006). *Health psychology: a critical introduction*. New York: Cambridge University Press.
- Matthews, G., Deary, I. J., Whiteman, M. C. (2003). *Personality Traits Second Edition*. New York: Cambridge University Press.

- McCarron, P., Gunnell, D., Harrison, G. L., Okasha, M., Davey Smith, G. (2003). Temperament in young adulthood and later mortality: prospective observational study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57, 888-892. doi:10.1136/jech.57.11.888
- McCrae, R. R., Costa, J. P. (2003). *Personality in adulthood-A five-factor theory perspective*. New York: The Guilford Press.
- McCrae, R. R., John, O. P. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of personality*, 60, 2, 175-215. DOI:10.1111/j.1467-6494.1992.tb00970.x
- Monirpoor, N., Khoosfi, H. (2011). Psychological predictors of coronary heart diseases: the role of personality factors, stressful life events and perceived quality of social support. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 9, 2, 148-154. <http://rbs.mui.ac.ir/en/index.php/jrbs/article/view/198/452>.
- Ogden, J. (2007). *Health psychology: a textbook fourth edition*. Berkshire: Open University Press.
- Ozer, J. D., Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421. DOI: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190127
- Plach, K.S. (2002). *Anxiety in women with heart disease*. Подигнато 15 Септември 2014 од <http://www.psychiatrictimes.com/articles/anxiety-women-heart-disease>
- Rizk, K., Almond, P. (2013). Salutogenesis and Antonovsky's sense of coherence scale: a literature review in relation to self-management of diabetes. Working Papers in Health Sciences 1:5 Autumn подигнато на 01 март 2015 од <http://www.southampton.ac.uk/assets/centresresearch/documents/wphs/salutogenesis.pdf>
- Roesch, C.S., Aldridge, A.A., Vickers, R.R., Helvig, K.L. (2009). Testing personality-coping diatheses for negative and positive affect: a longitudinal evaluation. *Anxiety, Stress, Coping*, 22, 3, 263-281. doi:10.1080/10615800802158419

- 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 American College of Cardiology*, 56, 1, 38-46. doi:10.1016/j.jacc.2010.03.034.
- Rothbaum, F., Weisz, J. R. , Snyder, S. (1982). Changing the world and changing the self: A two- process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42:5-37.
- Rusting, C., Larsen, R. (1998). Personality and cognitive processing of affective information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 2, 200-213. doi:10.1177/0146167298242008
- Sanjuan, P., Arranz, H., Castro, A. (2012). Pessimistic attributions and coping strategies as predictors of depressive symptoms in people with coronary heart disease. *Journal of Health Psychology*, 17, 6, 886-895. DOI: 10.1177/1359105311431175
- Schultz, D. P., Schultz, S. E. (2005). *Theories of personality: eight edition*. Belmont: Wadsworth.
- Schultz, D. P., Schultz, S. E. (2008). *Theories of personality: ninth Edition*. Belmont: Wadsworth.
- Semmer, K.N. (2006). Personality, stress and coping. In M. E. Vollrath (Ed.). *Handbook of personality and health* (pp.73-113). West Sussex: John Wiley, Sons Ltd.
- Shipley, B. A., Weiss, A., Der, G., Taylor, M. D., Deary, I. J. (2007). Neuroticism, extraversion and mortality in the UK Health and Lifestyle. *Psychosomatic Medicine*, 69, 923-931. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31815abf83
- Sirota, N. A., Yaroslavskaya, M. A. (2011). *The research of proactive coping behaviour of patients with chronic non-specific lung disease*. Подигнато на 03 мај 2014 од http://psychologyinrussia.com/volumes/pdf/2011/18_2011_sirota.pdf
- Skinner, T. C., Hampson, S. E., Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with Type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21, 1, 61-70. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.21.1.61>

- Smith, W.T., Gallo, C.L. (2000). Personality traits and risk factors for physical illness. In A. Baum, T.A., Revenson, J.E. Singer (Eds.) *Handbook of health psychology* (pp.139-174). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers
- Smoot, S. M. (2005). *The mediational role of coping in the relationship between personality and work-family conflict*. Подигнато 23 Јуни 2013 од https://etd.auburn.edu/bitstream/handle/10415/530/SMOOT_STACEY_10.pdf?sequence=1
- Stansfeld, S., Marmot, M. (2002). *Stress and the heart psychosocial pathways to coronary heart disease*. London: BMJ Books
- Stephens, A., Chida, Y. (2009). The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence. *Journal of the American College of Cardiology*, 53,11, 936–946. doi: 10.1016/j.jacc.2008.11.044
- Straub, O. R. (2001). *Health psychology*. New York: Worth Publishers, Incorporated
- 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. DOI:10.1002/(SICI)1099-0984(199811/12)12:6<457::AID-PER314>3.0.CO;2-#
- Sutin, A. R., Zonderman, A. B., Ferrucci, L., Terracciano, A. (2013). Personality traits and chronic disease: implications for adult personality development. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 68, 6, 912-920. doi:10.1093/geronb/gbt036
- Taylor, S. E., Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377–401. DOI: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520
- Terracciano, A., Lockenhoff, C. E., Zonderman, A. B., Ferrucci, L., Costa, P. T. (2008). Personality predictors of longevity: Activity, emotional stability, and conscientiousness. *Psychosomatic Medicine*, 70, 6, 621–627. doi: 10.1097/PSY.0b013e31817b9371

- Van Berkel, H. (2009). *The relationship between personality, coping styles and stress, anxiety and depression*. Подигнато на 03 мај 2014 од http://ir.canterbury.ac.nz/bitstream/10092/2612/1/thesis_fulltextpdf.pdf
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 335-347. doi:10.1111/1467-9450.00245
- Vollrath, E.M. (2006). *Handbook of personality and health*. West Sussex: John Wiley, Sons Ltd.
- Watson, D. and Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of Personality*, 64, 737-774. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00943.x
- Weiss, A., Costa, T. P. (2005). Domain and facet personality predictors of all-cause mortality among medicare patients aged 65 to 100. *Psychosomatic Medicine*, 67, 724-733. DOI:10.1097/01.psy.0000181272.58103.18
- Whiteman, C.M. (2006). Personality, cardiovascular disease and public health. In M. E. Vollrath (Ed.). *Handbook of personality and health* (pp.13-34). West Sussex: John Wiley, Sons Ltd.
- Wilson, D.K., Kliever, W., Bayer, L., Jones, D., Welleford, A., Heiney, M., Sica, D.A. (1999). The influence of gender and emotional versus instrumental support on cardiovascular reactivity in African-American adolescents. *Annals of Behavioral Medicine*, 21, 3, 235-243. DOI 10.1007/BF02884840
- Wilson, S.R., Mendes de Leon, F.C., Bienias, L.J., Evans, A.D., Bennett, A.D. (2004). Personality and mortality in old age. *Journal of Gerontology*, 59B, 3, 110-116. doi: 10.1093/geronb/59.3.P110
- Wilson, S.R., Krueger, R.K. et al. (2005). Neuroticism, extraversion and mortality in a defined population of older persons. *Psychosomatic medicine*, 67, 841-845. doi:10.1097/01.psy.0000190615.20656.83
- World Health Organisation. (2013). Подигнато на 15 август 2013 од Noncommunicable diseases: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/en/

ПРИЛОЗИ

NEO-PI-R

Revised NEO Personality Inventory

Item Booklet - Form S

Paul T. Costa, Jr., Ph.D. and Robert R. McCrae, Ph.D.

Упатство

Ве молиме внимателно да го прочитате упатството, пред да почнете да одговарате. Вашите одговори треба да ги заокружувате на посебниот лист за одговори. Не пишувајте ништо на тестот.

На местото определено за тоа, наведете го вашето име и презиме, пол и возраст, датумот на пополнувањето на прашалникот и останатите генералии што се бараат од вас. Наведете го вашиот број за идентификација, ако ви е определен, на местото на кое е назначено.

Овој прашалник содржи 240 тврдења. Ве молиме секој ајтем да го прочитате внимателно и да го заокружите оној одговор кој најдобро одговара со степенот на вашето согласување или несогласување.

Скалата која ќе може да ја користите е следната:

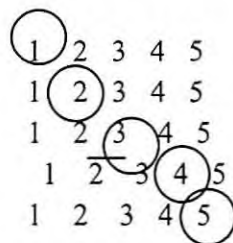
Заокружете 1 ако потполно не се согласувате

Заокружете 2 ако делумно не се согласувате

Заокружете 3 ако не можете да се одлучите

Заокружете 4 ако делумно се согласувате

Заокружете 5 ако потполно се согласувате



Овде нема точни и неточни одговори и не треба да бидете “експерт” за да одговорите на овој прашалник. Опишете се себе си искрено и што е можно попрецизно.

Одговорете на секое прашање. Листата за одговори е дадена во колони, во кои е означен редниот број на тврдењата од прашалникот, поради што треба да внимавате каде го внесувате одговорот. Ако сепак некаде згрешите или се предомислите, погрешниот одговор прешкртајте го со X, па заокружете го вистинскиот. Кога ќе одговорите на сите 240 прашања, одговорете ги и додатните три, одбележани со А, Б и В. Почнете со тврдењето бр. 1.

1. Јас не сум личност која многу се грижи.
2. Повеќето луѓе кои ги среќавам навистина ми се допаѓаат.
3. Имам навистина бујна фантазија.
4. Настојувам да бидам циничен и скептичен кон намерите на другите.
5. Познат сум по својата мудрост и здрав разум.
6. Често се лутам на начинот на кој луѓето ме третираат.
7. Избегнувам да бидам во толпа луѓе.
8. Убавината и уметноста за мене не се многу важни.
9. Не сум подмолен или препреден.
10. Подобро да имам отворени можности, отколку сè да ми е испланирано однапред.
11. Ретко се чувствувам осамен или тажен.
12. Јас сум доминантен, силен и упорен.
13. Без силни емоции, животот не би ми бил интересен.
14. Некои луѓе мислат дека сум себичен и егоистичен.
15. Настојувам совесно да одговорам на сите задачи што ми се дадени.
16. Во друштво со други, секогаш се плашам да не излезам трапав.
17. Имам лежерен стил во работата и забавата.
18. Јас сум прилично добро организиран во својот живот.
19. Повеќе сакам да соработувам со другите, отколку да се натпреварувам со нив.
20. Јас сум едноставен и безгрижен.
21. Ретко претерувам во нешто.
22. Често копнеам за возбуждавања.
23. Често уживам во играње со теоретски или апстрактни идеи.
24. Не ми е важно да се фалам со моите таленти и достигнувања.
25. Прилично добро ми успева да се организирам и да ги завршам работите на време.
26. Често се чувствувам беспомошен и сакам некој друг да ми ги реши проблемите.
27. Буквално никогаш не скокам од радост.
28. Верувам дека ако се дозволи на студентите слушаат контроверзни предавања, тоа може само да ги збунува и заведе.
29. Политичките лидери треба да бидат посвесни за хуманата страна на нивната политика.
30. Во минатото сум направил многу глупости.
31. Лесно се уплашувам.
32. Не ми чини задоволство муабетењето со луѓето.
33. Се обидувам мислите да си ги задржам во реалноста и да не се оддавам на фантазирање.
34. Верувам дека повеќето луѓе, во основа, се добронамерни.
35. Граѓанските должности, како што е гласањето, не ги сваќам многу сериозно.
36. Јас сум сталожена личност.
37. Сакам да сум опкружен со многу луѓе.
38. Понекогаш сосема í се препуштам на музиката која ја слушам.
39. Ако е неопходно, спремен сум да манипулирам со луѓето за да го добијам она што го сакам.
40. Моите работи ги чувам уредно и чисто.
41. Понекогаш се чувствувам сосема безвреден.
42. Понекогаш не успевам да се одбранам себе си толку колку што треба.
43. Ретко доживувам силни емоции.
44. Се обидувам да бидам учтив со секого што ќе го сретнам.
45. Понекогаш не сум толку лојален, колку што можам да бидам.
46. Ретко сум свесен за себе, кога сум опкружен со луѓе.
47. Кога правам нешто, тоа го правам енергично.
48. Мислам дека е интересно да учиш нови работи и да развиваш нови хобии.

49. Кога е потребно можам да бидам саркастичен и остар.
50. Имам јасно определени цели и доследно работам на нивното остварување.
51. Тешко можам да им одолеам на моите желби.
52. Не би сакал годишниот одмор да го поминам во место полно со бучни ноќни клубови и коцкарници.
53. Филозофските расправи ги сметам за досадни.
54. Не преферирам да зборувам за себе си и своите постигнувања.
55. Губам многу време пред да се зафатам со работа.
56. Чувствувам дека сум спремен да се справам со повеќето од моите проблеми.
57. Ми се случило да доживеам интензивни чувства на радост и занес.
58. Сметам дека законите и социјалните норми треба да се променат во склад со потребите на светот што се менува.
59. Тврдоглав сум и непопустлив во своите ставови.
60. Добро ги обмислувам работите пред да донесам одлука.
61. Ретко чувствувам страв или вознемиреност (анксиозност).
62. Познат сум како срдечна и дружељубива личност.
63. Имам бујна фантазија.
64. Верувам дека повеќето луѓе ќе ве искористат, ако им дозволите.
65. Настојувам да сум добро информиран и обично донесувам паметни одлуки.
66. Познат сум како страствен и темпераментен.
67. Обично сакам нештата да ги правам сам.
68. Досадно ми е да гледам балет или модерни танци.
69. Не можам да прејдам некого, дури и кога би сакал.
70. Не сум многу систематична особа.
71. Ретко сум тажен или депресивен.
72. Често сум бил водач на групите на кои сум им припаѓал.
73. Важно ми е како ги доживувам нештата.
74. Некои луѓе ме сметаат за ладен и пресметлив.
75. Ги враќам моите долгови без одлагање и во целост.
76. На времето бев толку срамежлив што сакав само да се сокривам.
77. Тоа што го работам го работам полака, но сигурно.
78. Штом еднаш ќе го најдам вистинскиот начин за да направам нешто, го применувам и понатаму.
79. Се колебам да ја покажам својата лутина дури и тогаш кога е оправдано.
80. Кога започнувам “програма на самоусовршување”, обично ја напуштам по неколку дена.
81. Имам малку потешкотии да одолевам на искушение.
82. Понекогаш правам работи само заради “побуна” или “возбудување”.
83. Уживам да решавам проблеми или редам сложувалки.
84. Знам дека сум подобар од повеќето луѓе.
85. Јас сум продуктивна личност која секогаш си ја завршува работата.
86. Кога сум под голем стрес, понекогаш чувствувам како да ќе се распарчам.
87. Не сум весел оптимист.
88. Верувам дека за моралните одлуки би требало да се обраќаме на свештенството.
89. Никогаш не можеме “премногу” да направиме за сиромашните и постарите.
90. Понекогаш прво ќе сторам нешто, а потоа мислам.
91. Често се чувствувам напнат и нервозен.
92. Повеќето луѓе ме сметаат за ладен и резервиран.
93. Не сакам да си го губам времето во мечтаење.
94. Мислам дека повеќето луѓе со кои соработувам се чесни и доверливи.
95. Често запаѓам во ситуации за кои не сум доволно подготвен.

96. Не ме сметаат за претерано чувствителен или избувлив човек.
97. Навистина чувствувам потреба за други луѓе, ако сум подолго време сам.
98. Заинтригиран сум од примерите што ги наоѓам во уметноста и природата.
99. Да се биде потполно чесен е лош пат да се прави бизнис.
100. Сакам сè да биде на свое место за да знам кое каде е.
101. Понекогаш сум доживеал длабоко чувство на вина или грешност.
102. Во друштво вообичаено им дозволувам на другите да зборуваат.
103. Ретко обрнувам многу внимание на тоа што чувствувам во моментот.
104. Главно, се обидувам да бидам внимателен кон другите луѓе.
105. Понекогаш мамам кога играм пасијанс (карти).
106. Не се збунувам многу кога луѓето ме исмејуваат и задеваат.
107. Често чувствувам дека сум преполн со енергија (ќе експлодирам).
108. Често пробувам нова и странска храна.
109. Ако луѓето не ми се допаѓаат, тоа им го покажувам.
110. Работам напорно за да си ги остварам моите цели.
111. Кога имам да јадам од мојата омилена храна, ми се случува да се прејадам.
112. Се трудам да избегнувам шокантни или страшни филмови.
113. Понекогаш губам интерес кога луѓето зборуваат за многу апстрактни, теоретски работи.
114. Се обидувам да бидам скром.
115. Имам проблеми да се натерам себе си да го направам она што би требало.
116. Присебен сум во опасни ситуации.
117. Понекогаш се чувствувам пијан од среќа.
118. Верувам дека различните сваќања, што луѓето во други општества ги имаат, за тоа што е добро, а што лошо, се правилни за нив.
119. Не сочувствувам со просјациите.
120. Секогаш мислам на последиците пред да преземам акција.
121. Ретко се плашам за иднината.
122. Навистина уживам да разговарам со луѓето.
123. Уживам да се оддадам на фантазирање или мечтаење, истражувајќи ги сите можности и дозволувајќи им да растат и да се развиваат.
124. Сомничав сум кога некој прави нешто убаво за мене.
125. Горд сум на мојот здрав разум.
126. Често ми се гади од луѓето со кои треба да соработувам.
127. Преферирам работи кои овозможуваат самостојност, без мешање од страна на други.
128. Поезијата остава мал или никаков впечаток на мене.
129. Би мразел да мислат дека сум лицемер.
130. Чинам дека никогаш не можам да се организирам.
131. Наклонет сум да се обвинувам себе си кога нешто ќе тргне наопаку.
132. Другите луѓе често бараат од мене да донесувам одлуки.
133. Во состојба сум да искусувам широка лепеза на емоции или чувства.
134. Не сум познат по мојата великодушност.
135. Кога ќе преземам некоја обврска, може да се смета дека работата е завршена.
136. Често чувствувам дека сум помалку вреден од другите.
137. Не сум толку брз и жив како другите.
138. Највеќе сакам времето да го поминувам во позната околина.
139. Кога ќе ме навредат, се трудам да простам и да заборавам.
140. Не чувствувам дека нешто ме раздвижува да напредувам.
141. Ретко им се препуштам на моите импулси.
142. Сакам да бидам таму каде што нешто се случува.

143. Уживам да решавам многу сложени загатки.
144. Имам многу високо мислење за себе.
145. Кога еднаш ќе започнам некоја работа, скоро секогаш ја завршувам.
146. Често ми е тешко да донесам некоја одлука.
147. Не мислам дека сум посебно безгрижна особа.
148. Верувам дека лојалноста кон своите идеали и принципи е поважна отколку отвореноста кон мислењето на другите.
149. Човековите потреби секогаш би требало да бидат поважни отколку економските причини.
150. Често правам нешто според моменталното расположение.
151. Често се грижам за нештата, кои може да тргнат наопаку.
152. Лесно ми е да сум насмеан и отворен со непознати.
153. Ако се фатам дека мечтаам, обично почнувам нешто да работам и да се концентрирам на тоа.
154. Мојата прва реакција е да имам доверба во луѓето.
155. Ми се чини дека не можам да бидам сосема успешен во било што.
156. Многу ми треба за да збеснам.
157. Повеќе би сакал одморот да го поминам на некоја позната плажа, отколку во осамена куќичка во шума.
158. Некои видови музика бескрајно ме привлекуваат.(фасцинираат)
159. Понекогаш ги мамам луѓето за да ги наведам да го прават она што јас сакам.
160. Понекогаш сум пробирлив и многу барам.
161. Имам лошо мислење за себе.
162. Повеќе сакам да правам по свое, отколку да им бидам водач на другите.
163. Ретко ги препознавам расположенијата или чувствата, без разлика во какви услови се пројавуваат.
164. Повеќето луѓе кои ги познавам ме сакаат.
165. Цврсто се држам за моите етички принципи.
166. Се чувствувам опуштено во присуство на моите шефови или други авторитети.
167. Обично оставам впечаток како да брзам.
168. Понекогаш правам промени по дома, само за да пробам нешто ново.
169. Ако некој започне тепачка, спремен сум да му вратам.
170. Се обидувам да постигнам се што можам.
171. Понекогаш жив се јадам од секирации.
172. Го сакам возбудувањето што го пружа рингишпилот.
173. Малку ме интересираат шпекулациите околу природата на универзумот или човековата судбина.
174. Чествувам дека не сум подобар од другите, без оглед во каква состојба се наоѓаат.
175. Кога некој план ми изгледа претежок, наклонет сум да започнам нов.
176. Во кризни ситуации можам многу добро да владеам со себе.
177. Јас сум весела, добро расположена личност.
178. Се доживувам себе си како човек со отворен дух и толерантен спрема животниот стил на другите.
179. Верувам дека сите човечки битија се вредни за почит.
180. Ретко донесувам непромислени одлуки.
181. Имам помалку стравови од повеќето луѓе.
182. Силно сум емотивно врзан за моите пријатели.
183. Како дете ретко уживав да играм игри во кои требаше во нешто да се преправа.
184. Наклонет сум луѓето да ги гледам во најдобро светло.
185. Јас сум многу способен.
186. Повремено се чувствувам огорчено и увредено.

187. Социјалните собири обично ми се досадни.
188. Понекогаш кога читам поезија или гледам уметничко дело, чувствувам бран на возбудување.
189. Повремено ги задевам или им ласкам на луѓето за да ги наведам да прават она што сакам.
190. Не сум опседнат со тоа сè да биде чисто.
191. Понекогаш работите ми изгледаат бедни и безнадежни.
192. Во разговорите, наклонет сум најмногу да зборувам.
193. Лесно се соживувам со чувствата на другите луѓе.
194. Мислам дека сум милосрден.
195. Се обидувам работите да ги правам внимателно, за да не мора повторно да ги правам.
196. Ако му речам или му направам некому нешто лошо, тешко можам да се соочам со него.
197. Јас живеам брзо.
198. На одмор повеќе сакам да одам на места на кои веќе сум бил.
199. Јас сум тврдоглав и упорен.
200. Тежам кон совршенство кон сè што правам.
201. Понекогаш нешто правам импулсивно (без размислување), а подоцна се каам.
202. Ме привлекуваат јаки бои и блескав стил.
203. Поседувам интелектуална љубопитност.
204. Повеќе сакам да ги фалам другите, отколку да ме фалат.
205. Има толку мали нешта што треба да се направат, што понекогаш сите ги занемарувам.
206. Кога изгледа дека сè тргнало наопаку, се уште можам да донесувам добри одлуки.
207. Ретко ги користам зборовите “фантастично” или “супер” за да ги опишам сопствените чувства.
208. Мислам дека ако луѓето не знаат во што да веруваат до 25 -та година, тогаш нешто не е во ред со нив.
209. Чувствувам сожалување кон оние кои се помалку среќни од мене.
210. Кога одам на патување, внимателно планирам сè однапред.
211. Понекогаш ми паѓаат напамет застрашувачки мисли.
212. Се интересирам за луѓето со кои работам.
213. Би имал тешкотии кога би дозволил мислите да ми лутаат без контрола или одреден правец.
214. Имам верба во човековата природа.
215. Ефикасен сум во работата.
216. Дури и мали пречки можат да ме фрустрираат.
217. Уживам во забави со многу луѓе.
218. Уживам да читам поезија во која има доминација на чувствата и имагинацијата, над самата содржина.
219. Се гордеам со остроумоста со која постапувам со луѓето.
220. Поминувам многу време во барање на работите кои сум ги затурил.
221. Премногу често, кога нештата лошо ми одат, се обесхрабрувам и чувствувам дека се предавам.
222. Не е лесно да се преземе одговорност за некоја ситуација.
223. Чудни нешта, како што се некои мириси или имиња на далечни места, кај мене предизвикуваат силни чувства.
224. Скршнувам од патот за да им помогнам на другите, ако можам.
225. Треба навистина да сум болен за да не одам на работа.
226. Кога луѓето што ги познавам прават глупави нешта, јас се чувствувам непријатно заради нив.
227. Јас сум многу активна личност.
228. Кога одам некаде, секогаш одам по истиот пат.
229. Често се расправам со членовите од моето семејство или со колегите од работа.
230. Јас претерувам со работа.
231. Способен сум секогаш да ги контролирам чувствата.

- 232. Сакам да бидам дел од толпата на спортските натпревари.
- 233. Имам широк круг на интелектуални интересирања.
- 234. Јас сум супериорна личност.
- 235. Многу сум самодисциплиниран.
- 236. Прилично сум емоционално стабилен.
- 237. Лесно се смеам.
- 238. Верувам дека “новиот морал” со попуштање, воопшто не е морал.
- 239. Повеќе сакам да сум познат како “милостив”, отколку како “праведен”.
- 240. Два пати мислам пред да одговорам на некое прашање.

НЕО-ПИ-Р

Име и презиме	Пол	Датум на раѓање	Датум на работење	Шифра
	М ☐ Ж ☐			

1 – потполно не се согласувам 2 – не се согласувам 3 – неодлучен сум 4 – се согласувам 5 – потполно се согласувам

1	1 2 3 4 5	31	1 2 3 4 5	61	1 2 3 4 5	91	1 2 3 4 5	121	1 2 3 4 5	151	1 2 3 4 5	181	1 2 3 4 5	211	1 2 3 4 5	N1=
2	1 2 3 4 5	32	1 2 3 4 5	62	1 2 3 4 5	92	1 2 3 4 5	122	1 2 3 4 5	152	1 2 3 4 5	182	1 2 3 4 5	212	1 2 3 4 5	E1=
3	1 2 3 4 5	33	1 2 3 4 5	63	1 2 3 4 5	93	1 2 3 4 5	123	1 2 3 4 5	153	1 2 3 4 5	183	1 2 3 4 5	213	1 2 3 4 5	O1=
4	1 2 3 4 5	34	1 2 3 4 5	64	1 2 3 4 5	94	1 2 3 4 5	124	1 2 3 4 5	154	1 2 3 4 5	184	1 2 3 4 5	214	1 2 3 4 5	A1=
5	1 2 3 4 5	35	1 2 3 4 5	65	1 2 3 4 5	95	1 2 3 4 5	125	1 2 3 4 5	155	1 2 3 4 5	185	1 2 3 4 5	215	1 2 3 4 5	C1=
6	1 2 3 4 5	36	1 2 3 4 5	66	1 2 3 4 5	96	1 2 3 4 5	126	1 2 3 4 5	156	1 2 3 4 5	186	1 2 3 4 5	216	1 2 3 4 5	N2=
7	1 2 3 4 5	37	1 2 3 4 5	67	1 2 3 4 5	97	1 2 3 4 5	127	1 2 3 4 5	157	1 2 3 4 5	187	1 2 3 4 5	217	1 2 3 4 5	E2=
8	1 2 3 4 5	38	1 2 3 4 5	68	1 2 3 4 5	98	1 2 3 4 5	128	1 2 3 4 5	158	1 2 3 4 5	188	1 2 3 4 5	218	1 2 3 4 5	O2=
9	1 2 3 4 5	39	1 2 3 4 5	69	1 2 3 4 5	99	1 2 3 4 5	129	1 2 3 4 5	159	1 2 3 4 5	189	1 2 3 4 5	219	1 2 3 4 5	A2=
10	1 2 3 4 5	40	1 2 3 4 5	70	1 2 3 4 5	100	1 2 3 4 5	130	1 2 3 4 5	160	1 2 3 4 5	190	1 2 3 4 5	220	1 2 3 4 5	C2=
11	1 2 3 4 5	41	1 2 3 4 5	71	1 2 3 4 5	101	1 2 3 4 5	131	1 2 3 4 5	161	1 2 3 4 5	191	1 2 3 4 5	221	1 2 3 4 5	N3=
12	1 2 3 4 5	42	1 2 3 4 5	72	1 2 3 4 5	102	1 2 3 4 5	132	1 2 3 4 5	162	1 2 3 4 5	192	1 2 3 4 5	222	1 2 3 4 5	E3=
13	1 2 3 4 5	43	1 2 3 4 5	73	1 2 3 4 5	103	1 2 3 4 5	133	1 2 3 4 5	163	1 2 3 4 5	193	1 2 3 4 5	223	1 2 3 4 5	O3=
14	1 2 3 4 5	44	1 2 3 4 5	74	1 2 3 4 5	104	1 2 3 4 5	134	1 2 3 4 5	164	1 2 3 4 5	194	1 2 3 4 5	224	1 2 3 4 5	A3=
15	1 2 3 4 5	45	1 2 3 4 5	75	1 2 3 4 5	105	1 2 3 4 5	135	1 2 3 4 5	165	1 2 3 4 5	195	1 2 3 4 5	225	1 2 3 4 5	C3=
16	1 2 3 4 5	46	1 2 3 4 5	76	1 2 3 4 5	106	1 2 3 4 5	136	1 2 3 4 5	166	1 2 3 4 5	196	1 2 3 4 5	226	1 2 3 4 5	N4=
17	1 2 3 4 5	47	1 2 3 4 5	77	1 2 3 4 5	107	1 2 3 4 5	137	1 2 3 4 5	167	1 2 3 4 5	197	1 2 3 4 5	227	1 2 3 4 5	E4=
18	1 2 3 4 5	48	1 2 3 4 5	78	1 2 3 4 5	108	1 2 3 4 5	138	1 2 3 4 5	168	1 2 3 4 5	198	1 2 3 4 5	228	1 2 3 4 5	O4=
19	1 2 3 4 5	49	1 2 3 4 5	79	1 2 3 4 5	109	1 2 3 4 5	139	1 2 3 4 5	169	1 2 3 4 5	199	1 2 3 4 5	229	1 2 3 4 5	A4=
20	1 2 3 4 5	50	1 2 3 4 5	80	1 2 3 4 5	110	1 2 3 4 5	140	1 2 3 4 5	170	1 2 3 4 5	200	1 2 3 4 5	230	1 2 3 4 5	C4=
21	1 2 3 4 5	51	1 2 3 4 5	81	1 2 3 4 5	111	1 2 3 4 5	141	1 2 3 4 5	171	1 2 3 4 5	201	1 2 3 4 5	231	1 2 3 4 5	N5=
22	1 2 3 4 5	52	1 2 3 4 5	82	1 2 3 4 5	112	1 2 3 4 5	142	1 2 3 4 5	172	1 2 3 4 5	202	1 2 3 4 5	232	1 2 3 4 5	E5=
23	1 2 3 4 5	53	1 2 3 4 5	83	1 2 3 4 5	113	1 2 3 4 5	143	1 2 3 4 5	173	1 2 3 4 5	203	1 2 3 4 5	233	1 2 3 4 5	O5=
24	1 2 3 4 5	54	1 2 3 4 5	84	1 2 3 4 5	114	1 2 3 4 5	144	1 2 3 4 5	174	1 2 3 4 5	204	1 2 3 4 5	234	1 2 3 4 5	A5=
25	1 2 3 4 5	55	1 2 3 4 5	85	1 2 3 4 5	115	1 2 3 4 5	145	1 2 3 4 5	175	1 2 3 4 5	205	1 2 3 4 5	235	1 2 3 4 5	C5=
26	1 2 3 4 5	56	1 2 3 4 5	86	1 2 3 4 5	116	1 2 3 4 5	146	1 2 3 4 5	176	1 2 3 4 5	206	1 2 3 4 5	236	1 2 3 4 5	N6=
27	1 2 3 4 5	57	1 2 3 4 5	87	1 2 3 4 5	117	1 2 3 4 5	147	1 2 3 4 5	177	1 2 3 4 5	207	1 2 3 4 5	237	1 2 3 4 5	E6=
28	1 2 3 4 5	58	1 2 3 4 5	88	1 2 3 4 5	118	1 2 3 4 5	148	1 2 3 4 5	178	1 2 3 4 5	208	1 2 3 4 5	238	1 2 3 4 5	O6=
29	1 2 3 4 5	59	1 2 3 4 5	89	1 2 3 4 5	119	1 2 3 4 5	149	1 2 3 4 5	179	1 2 3 4 5	209	1 2 3 4 5	239	1 2 3 4 5	A6=
30	1 2 3 4 5	60	1 2 3 4 5	90	1 2 3 4 5	120	1 2 3 4 5	150	1 2 3 4 5	180	1 2 3 4 5	210	1 2 3 4 5	240	1 2 3 4 5	C6=

Ве молиме да одговорите и на следниве прашања:

- | | |
|---|-----------|
| A. Се обидов да одговорам на сите прашања искрено и прецизно. | 1 2 3 4 5 |
| B. Дали одговоривте на сите прашања? | ДА НЕ |
| C. Дали вашите одговори ги впишавте на соодветните места? | ДА НЕ |

ПРИЛОГ 2

ИНВЕНТАР НА ПРОАКТИВНО СПРАВУВАЊЕ

Овој прашалник се однесува на различните реакции кои ги имате во секојдневните ситуации. Внимателно прочитајте ги следните тврдења и одлучете колку секое од нив го сметате за точно во зависност од тоа како вие се чувствувате во секојдневието. Степенот на сложување искажете го со заокружување на:

1 – потполно неточно

2 – делумно неточно

3 – делумно точно

4 – сосема точно

1. Јас сум одговорна особа.	1	2	3	4
2. Се обидувам да ги оставам работите да си одат по свое.	1	2	3	4
3. Откако ќе остварам една цел, барам друга што уште повеќе ќе ме предизвика.	1	2	3	4
4. Сакам предизвици и нови можности.	1	2	3	4
5. Си ги визуелизирам соништитата и се обидувам да ги остварам.	1	2	3	4
6. И покрај многу неуспеси, обично успевам да го добијам она што го сакам.	1	2	3	4
7. Се обидувам да одредам што точно ми треба за да успеам.	1	2	3	4
8. Секогаш наоѓам начин за да ги надминам пречките, ништо не може вистински да ме запре.	1	2	3	4
9. Често се гледам како не успевам и затоа премногу не се трудам.	1	2	3	4
10. Кога конкурирам за работа, си замислувам дека ја добивам.	1	2	3	4
11. Пречките ги претварам во позитивни искуства.	1	2	3	4
12. Ако некој ми рече дека нешто неможам да направам, тогаш сигурно е дека ќе го направам тоа.	1	2	3	4
13. Кога имам проблем превземам иницијатива за да го решам.	1	2	3	4
14. Кога имам проблем обично се гледам како губитник.	1	2	3	4
15. Си замислувам како решавам тешки проблеми.	1	2	3	4
16. Наместо да реагирам импулсивно обично размислувам на кој начин да го решам проблемот.	1	2	3	4
17. Во мислите ми минуваат различни сценарија за да се подготвам за различни исходи.	1	2	3	4
18. Со проблемите се борам преку размислување за нивните можни решенија.	1	2	3	4
19. Кога имам проблем со соработниците, пријателите или семејството, замислувам дека успешно го решавам.	1	2	3	4
20. Пред да завршам тешка задача, замислувам успешно сценарио.	1	2	3	4
21. Превземам акција само откако внимателно ќе размислам за проблемот.	1	2	3	4

22. Си замислувам како решавам тежок проблем пред да морам да се соочам со таков проблем.	1	2	3	4
23. Кон проблемот пристапувам од различни агли за да го најдам соодветното решение.	1	2	3	4
24. Кога постојат сериозни недоразбирања со соработниците, членовите на семејството или пријателите, претходно вежбам за да можам да ги решам.	1	2	3	4
25. Пред да го решам, размислувам за сите можни решенија на проблемот.	1	2	3	4
26. Секогаш наоѓам начин како да го разложам тешкиот проблем на разбирливи компоненти.	1	2	3	4
27. Правам план и работам според него.	1	2	3	4
28. Го разложувам проблемот на помали делови и работам дел по дел.	1	2	3	4
29. Правам листи на приоритети и прво се фокусирам на најважните.	1	2	3	4
30. Планирам за настаните кои можат да се случат во иднина.	1	2	3	4
31. Наместо да го потрошам секој заработен денар, сакам да заштедам и за “лоши” времиња.	1	2	3	4
32. Се припремам за можните непријатни настани.	1	2	3	4
33. Пред да се случи несреќа добро сум подготвен за последиците од неа.	1	2	3	4
34. Си имам испланирано стратегии за да можам да делувам дури и ако се промени ситуацијата.	1	2	3	4
35. Си ги развивам работните вештини за да се заштитам од губење на работа.	1	2	3	4
36. Настојувам да се осигурам и да си го згрижам семејството од можните несреќи во иднината.	1	2	3	4
37. Однапред мислам за да ги избегнам опасните ситуации.	1	2	3	4
38. Ги планирам стратегиите според она што мислам дека е најдобро решение.	1	2	3	4
39. Се обидувам добро да работам со моите пари за да ја избегнам можноста да бидам сиромашен на стари години.	1	2	3	4
40. Кога решавам мои проблеми советот од другите може да ми биде од помош.	1	2	3	4
41. Се обидувам да зборувам и да го објаснам мојот стрес за да добијам повратна информација од моите пријатели.	1	2	3	4
42. Информациите кои ги добивам од другите често ми помогнале да ги надминам моите проблеми.	1	2	3	4
43. Обично можам да видам кој може да ми помогне за да ги решам моите проблеми.	1	2	3	4
44. Ги прашувам другите што би направиле на мое место.	1	2	3	4
45. Разговорот со другите може да биде корисен бидејќи дава друга перспектива на проблемот.	1	2	3	4
46. Пред да се заплеткам во проблемот, ќе му се јавам на пријателот за да поразговараме за тоа.	1	2	3	4
47. Кога сум во невоља обично може да направам нешто со	1	2	3	4

помош на другите.				
48. Кога сум депресивен знам на кого да му се јавам за да се чувствувам подобро.	1	2	3	4
49. Другите ми помагаат да се почувствувам дека некој се грижи за мене.	1	2	3	4
50. Знаам на кого може да сметам кога ситуацијата е критична.	1	2	3	4
51. Кога сум депресивен одам надвор, да разговарам со другите.	1	2	3	4
52. Им ги доверувам своите чувства на другите за да изградам и зацврстам блиски врски.	1	2	3	4
53. Кога имам проблем сакам да го потиснам.	1	2	3	4
54. Ако најдам на тежок проблем, го оставам на страна се додека не сум способен да се носам со него.	1	2	3	4
55. Кога ќе најдам на тежок проблем, вообичаено го оставам да одлежи малку.	1	2	3	4

Име/шифра _____ пол _____

Возраст _____ Степен на образование _____

ПРИЛОГ 3
ИНФОРМАТИВНА СОГЛАСНОСТ

Информација и согласност на пациентот

Јас долупотпишаниот од слободно се согласувам да учествувам во истражувањето кое го спроведува психологот Фросина Ристовска за целите на магистерска теза насловена *“Невротицизам, совесност, екстроверзија и стилови на справување кај пациенти со хипертензија, со и без коронарни заболувања”*.

Јас добив целосно објаснување од страна на која ја спроведе дискусијата за информираната согласност, за видот, целта и времетраењето на истражувањето. Имав можност да прашам за се што ме интересира поврзано со истражувањето.

Ми беше објаснето дека сум слободен да се повлечам од истражувањето во секое време ако така одлучам и дека мојата одлука на никој начин нема да влијае на стандардот на нега што ја добивам.

Мојот идентитет никогаш нема да биде откриен и сите собрани информации ќе останат доверливи. Се согласувам дека нема да барам ограничување на употребата за која можат да бидат искористени резултатите од истражувањето.

Пациент	Лице задолжено за прибирање на информирана согласност
Датум:	Име и презиме:
Потпис:	Датум:
	Потпис: