

УНИВЕРЗИТЕТ "СВ. КИРИЛ И МЕТОДИЈ"

ФИЛОЗОФСКИ ФАКУЛТЕТ

ИНСТИТУТ ЗА ПСИХОЛОГИЈА

ПОВРЗАНОСТ НА КВАЛИТЕТОТ НА ЖИВОТ СО
НАДЕЖТА, ПРОАКТИВНОТО СПРАВУВАЊЕ СО СТРЕС И ВОЗРАСТА
КАЈ ХОСПИТАЛИЗИРАНИ ПАЦИЕНТИ ЗА ОПЕРАЦИЈА НА СРЦЕ
-МАГИСТЕРСКИ ТРУД-

Изработил:

Дојчиновски Илија

Ментор:

доц. др. Ана Фрицханд

Им благодарам на пациентите за соработката и животната мудрост што ја споделија со мене.

Му благодарам на академик др. Жан Митрев за разбирањето и поддршката при изработката на трудот.

Му благодарам на внукот Петар бидејќи е најдобриот учител по Развојна психологија

Им благодарам на сите останати кои стручно, интелектуално и духовно беа со мене во овој период.

СОДРЖИНА

1.	ВОВЕД	1
1.	Теоретска позадина.....	3
1.1.	Квалитет на живот.....	3
1.1.1.	Таксономија на моделите за квалитет на живот.....	5
1.1.2.	Квалитетот на живот и стареењето.....	8
1.2.	Надеж.....	10
1.2.1.	Развојни аспекти на надежта.....	15
1.2.2.	Надежта и здравјето.....	15
1.2.3.	Примена на теоријата на надеж.....	16
1.3.	Стрес.....	17
1.3.1.	Дефинирање на поимот <i>справување со стрес</i>	17
1.3.2.	Дефинирање на поимот <i>проактивно справување со стрес</i>	19
1.3.3.	Развојни аспекти на справувањето.....	26
1.4.	Развојно-психолошки особености на средната и третата возрасна доба.....	29
1.4.1.	Теоријата на Ериксон за психосоцијален развој.....	30
1.4.2.	Модел на селекција, оптимизација, компензација (СОК модел).....	31
1.5.	Болести на срцето.....	36
1.5.1.	Операции на срце.....	36
1.6.	Релевантни емпириски истражувања.....	39
1.7.	Истражувачки хипотези.....	42
2.	МЕТОД	45
2.1.	Варијабли.....	45
2.2.	Контрола на релевантните варијабли.....	46
2.3.	Мерни инструменти.....	47
2.4.	Примерок.....	53
2.5.	Тек на истражувањето.....	53
2.6.	Обработка на податоците.....	54
3.	РЕЗУЛТАТИ	55
3.1.	Резултати од тестирањето на Хипотези 1 за поврзаноста меѓу проактивното справување со стрес, возраста и квалитетот на живот.....	55
3.1.1.	Резултати во однос на димензијата <i>физичко здравје</i> од квалитетот на живот..	55
3.1.2.	Резултати во однос на димензијата <i>психолошки аспекти</i> од квалитетот на живот.....	56
3.1.3.	Резултати во однос на димензијата <i>социјални релации</i> од квалитетот на живот.....	58
3.1.4.	Резултати во однос на димензијата <i>средина</i> од квалитетот на живот.....	59
3.2.	Резултати од тестирањето на Хипотези 2 за поврзаноста меѓу надежта, возраста и квалитетот на живот.....	60
3.2.1.	Резултати во однос на димензијата <i>физичко здравје</i> од квалитетот на живот..	60
3.2.2.	Резултати во однос на димензијата <i>психолошки аспекти</i> од квалитетот на живот.....	61
3.2.3.	Резултати во однос на димензијата <i>социјални релации</i> од квалитетот на живот.....	62
3.2.4.	Резултати во однос на димензијата <i>средина</i> од квалитетот на живот.....	63
4.	ДИСКУСИЈА	65
4.1.	Дискусија на резултатите од Хипотези 1 за поврзаноста меѓу проактивното справување со стрес, возраста и квалитетот на живот.....	65
4.1.1.	Дискусија на резултатите за поврзаноста на проактивното справување со стрес и квалитетот на живот.....	65

4,1,2,	Дискусија на резултатите за поврзаноста на возраста и квалитетот на живот..	68
4,1,3,	Дискусија на резултатите за интеракцискиот ефект на проактивното справување со стрес и возраста во однос на квалитетот на живот.....	70
4,2,	Дискусија на резултатите од Хипотези 2 за поврзаноста меѓу надежта, возраста и квалитетот на живот.....	70
4,2,1,	Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу надежта и квалитетот на живот.....	70
4,2,2,	Дискусија на резултатите за интеракцискиот ефект меѓу надежта и возраста во однос на квалитетот на живот.....	74
4,3,	Методолошки ограничувања на истражувањето.....	74
4,4,	Идеи за идни истражувања.....	76
5,	ЗАКЛУЧОК	78
	Резиме.....	78
	Литература.....	90
	Прилог 1.....	99
1,1,	Прашалник за квалитет на живот (WHOQOL-BREF).....	100
1,2,	Скала на проактивно справување со стрес.....	103
1,3,	Скала на надеж.....	104
	Прилог 2.....	105
2,1,	Резултати од пост хок анализата за возраста и проактивното справување во однос на димензиите на квалитетот на живот.....	106
2,2,	Резултати од пост хок анализата за возраста и надежда во однос на димензиите на квалитетот на живот.....	107

1. ВОВЕД

Голем е бројот на луѓе кои секојдневно се подвргнуваат на сложени оперативни зафати меѓу коишто се и кардиохируршките. Тешко е да се дојде до точни податоци за бројот на кардиохируршки операции кои се спроведуваат на годишно ниво во Европа или светот бидејќи најчесто, тоа се бројки кои (кардио)хируршките центри ги објавуваат како свои засебни анализи. Па така, само во Германија во 2010 г. биле направени 84,686 операции на срце со екстракорпорална циркулација. 74% од овие пациенти биле на возраст над 60 години (Bruckenberg, 2011). Во Македонија, според податоците на Специјалната болница за хируршки болести "Филип Втори", во истата 2010 г. направени се 1.028 кардиохируршки зафати (статистика - www.filipvtori.com.mk).

Повеќе децении психолозите интензивно истражуваат многубројни психолошки теми кои се рефлектираат кај овие пациенти. Анализата на бројните трудови ни покажува дека депресијата и анксиозноста се две области кои истражувачите најчесто ги обработуваат, па така, денес веќе овие два ентитета се спомнуваат како најчести коморбидитети кај пациентите кои се подготвуваат за операција на срце или веќе поминале низ еден таков настан.

Несомнено е дека операциите на срце будат во основа доста стравови, тага, неизвесност и многу други доживувања кои никој од нас не би посакал да бидат дел од неговото секојдневие. Сите овие димензии, понекогаш, се одлична подлога да се појави сериозен застој во развојот, но, за среќа, истовремено, истите тие може да се искористат како одлични алатки за понатамошен развој. Во последниве децении се забележува зголемување на интересот кај психолозите за прашањата поврзани со поведриите теми кои ги опфаќаат развојните аспекти, бидејќи непобитен е фактот дека целиот живот е развој. Насочени се всушност кон трагање по позитивните, конструктивните и поддржувачките потенцијали - трагање по светлата страна на оваа мрачна тематика. Интересот на авторот на овој труд е насочен кон обидот интердисциплинарно да се допрат некои темелни точки на резилентноста во контекст на квалитетот на живот и неговото унапредување понатаму низ призмата на применетата развојна и здравствена психологија.

Квалитетот на живот, справувањето со стрес и надежта се важни елементи кога се разгледуваат психолошките аспекти на одредена болест. Иако постојат многубројни перспективи и дефиниции низ кои може да се посматраат овие концепти, тие меѓусебно делумно и се преклопуваат. (Spilker, 1990). На пример, справувањето е процес кој во себе опфаќа активна вклученост во текот на извесен период (Lazarus & Folkman, 1984, 1991). Надежта и квалитетот на живот повеќе се насочени да ги опишат исходите, но и процесите и имаат повеќе димензии. Справувањето, истотака, вклучува различни стратегии, но самото поставување на стратегиите на едно место (во еден кош) не гради една глобална дефиниција за концептот. Понатаму, изборот на стратегии може да има позитивен или негативен ефект врз многуте психолошки конструкти, како што се тоа надежта и квалитетот на живот, во случајов. Справувањето е важно за квалитетот на животот, а надежта може понекогаш да се смета и како стратегија за справување. На надежта, истотака, може да се гледа како варијабла која има позитивен придонес во доживувањето на квалитетот на живот (Rustøen, 1998).

Повикувајќи се на личните убедувања, но и секојдневната пракса со пациентите, во ова истражување како предмет на интерес се поставува токму тема која е во духот на развојноста и здравјето, но малку истражена во конкретното поле на проучување. Оттука и предизвикот да се работи на тема која според досегашните сознанија на авторот со ваков истражувачки нацрт не е спроведена. Заради ова и во текстот подолу ќе се изнесат сознанијата блиски до проблемот кој се истражува.

Истражувачки проблем

Основниот проблем со кој се занимава ова истражување е *дали постои поврзаност на квалитетот на живот со надежта, проактивното справување со стресот и возраста кај хоспитализирани пациенти за операција на срце?*

1. Теоретска позадина

1.1. Квалитет на живот

Како отсекогаш така и денес, луѓето постојано бараат начини како да живеат подобро. Иако животниот век на човекот се продолжи квантитативно, тоа во истовреме сè повеќе ја актуализира изреката од некои мудри луѓе: "Не е важно само колку ќе се живее, туку и КАКО ќе се живее". Оттука и префрлањето на тежиштето не толку на квантитетот, туку на квалитетот на животот што денешниот човек го има. На пример, забележано е дека при лекувањето на некои тешки заболувања, самите ефекти од третманот може да предизвикаат сериозни несакани последици. Затоа, при таков неизвесен долготраен третман, индивидуата би можела да одбере повисок квалитет на живот за пократко време наместо понизок квалитет на живот за подолго време.

Зачестената употреба на овој поим во литературата во 60-тите години на минатиот век била проследена со осмислување и на првите студии на оваа тема. Поимот за првпат во академската литература се појавува во *International Encyclopedia of Social Sciences* од 1968 година и во *Index Medicus* во текот на 70-тите. Како што растел интересот за негово проучување во следните 30 години, развиени се многубројни инструменти за негово мерење. Овој процес бил проследен и со префрлање на фокусот на интерес на здравствените науки од морталитетот и морбидитетот на поширокото влијание на хроничните болести, врз квалитетот на животот (Becker & Ochshorn, 2007).

Прашањето за меѓусебната поврзаност на животот, воопшто, со квалитетот на живот е поттикнато од проблемите кои се имаат појавено со развојот и воедувањето агресивни терапии против малигните заболувања. Една од првите скали создадена за проценка на функционалноста кај пациентите е Karnofsky Performance Status scale (Karnofsky & Burchenal, 1949) токму за овие пациенти. Скалата ги комбинира во една единечна вредност проценката за состојбата на болеста, грижата за себе и статусот на социјално функционирање на поединецот. Заради брзиот и лесен начин на употреба, подоцна се развиени и други скали од ваков тип (со единечна вредност). Типичен пример на таква скала која денес ја користат клиничките психолози и психијатри е широкоупотребуваната GAF скала (Global Assessment of Functioning scale), којашто всушност е Оска V од четвртото

ревидирано издание на дијагностичкиот и статистички прирачник за менталните растројства (DSM IV-TR, 2000). Фактот што овие скали се обидуваат да комбинираат комплексен мултидимензионален концепт во единечна вредност води кон проблеми со валидноста и релијабилноста (на пр. Clark & Fallowfield, 1986), иако овие сериозни недостатоци не ги спречуваат истражувачите и практичарите и понатаму често да ги користат.

Но, и покрај обидите за поедноставување, сепак, поимот *квалитет на живот* претставува повеќеслоен, комплексен, аморфен, развоен концепт. Неговото мерење и проценка, денес, се популарни не само меѓу психолозите и лекарите, туку и меѓу економистите и креаторите на севкупната (здравствена) политика.

Дефинирањето на Квалитетот на живот е првиот, но и најтешкиот чекор во истражувачката процедура. Како што вели Фаркуар (Farquhar, 1995), и покрај мноштвото публикувани трудови кои го обработуваат широкиот спектар на неговите објективни и субјективни индикатори, сеуште нема широко прифатена и поддржана теоретска рамка и мерен инструмент за овој концепт. Ниту, пак, постои униформна истражувачка рамка која би ја следеле истражувачите на овој проблем. Понатаму, Боулинг (Bowling, 1995) предупредува дека иако главните домени на квалитетот на живот кои се споменуваат низ литературата се релевантни за сите возрасти, може да варираат според приоритетот кај различните возрасни групи.

Но, комплексноста на поимот не ги спречува истражувачите денес да го истражуваат и да го операционализираат. Па така, еден обид за негово дефинирање е да се разгледува на *макро ниво* (општествено, објективно) и *микро ниво* (индивидуално, субјективно) (Rosenberg, 1992; Bowling & Windsor, 2001). Дефинициите на *макро ниво* ги опфаќаат вработеноста, домувањата, образованието, средината и слично. Дефинициите на *микро ниво* ги опфаќаат личната перцепција на севкупниот квалитет на живот, индивидуалните доживувања и вредности, чувството на добросостојба, среќата и задоволството од животот. Како што веќе начелно беше споменато, моделите за квалитетот на живот, исто така, не се конзистентни, движејќи се од пристапи базирани на потребите кои произлегуваат од теоријата на Маслов (Maslow, 1954) за хиерархија на човековите потреби (дефициентни потреби: глад, жед, осаменост, безбедност, и

потреби за раст: учење, усовршување, себеактуализација), па сè до класичните модели кои се повикуваат исклучиво на психолошката добросостојба, моралот, задоволството од животот (Andrews 1986; Andrews & Withey 1976; Larson 1978), социјалните очекувања (Calman, 1983) или личната перцепција (O.Boyle, 1997). На пример, во обидот за синтеза на повеќето погоре споменати аспекти, Фејерс и Хејс (Fayers & Hays, 2005), Квалитетот на животот го дефинираат како описен поим кој се однесува на човековата физичка, ментална и социјална добросостојба и неговата способност да функционира во секојдневието.

Па така, и денес не помалку валиден е заклучокот што Лотон го дава во 1991 година (Lawton 1991) кога вели дека квалитетот на живот е комплексен збир на објективни, субјективни и интеракциски димензии.

1.1.1. Таксономија на моделите за квалитет на живот

Како резултат на комплексноста на овој поим, се јавува потребата од негово систематско проучување преку модели кои се обидуваат да го дефинираат, при што секој од моделите става акцент на одредена област.

Подолу следуваат главните модели за квалитетот на живот според Боулинг, Браун и Флин (Bowling, Brown & Flynn, 2004):

- *Објективни индикатори* – ги вклучуваат стандардот на живеење, здравјето и долговечноста, домувањето и карактеристиките на локалната заедница. Најчесто се мерат преку трошоците за живот, стапката на смртност, давачките за здравствени услуги, степенот на образование, социоекономската структура итн.
- *Субјективни индикатори* – го вклучуваат задоволството од животот и психолошката добросостојба, моралот, чувството на исполнетост, среќата, самовербата и слично.
- *Задоволување на човековите потреби* – ги вклучува објективните околности (домувањето, сигурноста, храната) и можностите за самоактуализација, повикувајќи се на теорија на Маслов за човековите

потреби, а се мерат преку индикатори кои покажуваат до кој степен ова субјективно задоволство на индивидуата е исполнето. Овој модел и пристап на мерење е чест во истражувањата на менталното здравје.

- *Психолошки потреби* – ги вклучува аспектите на личниот развој, когнитивните и социјалните компетенции, ефикасноста и адаптивбилноста, достоинството, перципираната независност, како и оптимизмот/песимизмот. Тие, исто така, ги вклучуваат моделите за релативитет на социјалната компарација од минатото искуство, сегашните околности и аспирации за иднината – постигнување на очекувањата и надежите.
- *Здравјето и функционалните модели* – се базираат врз мерки за поширокиот здравствен статус како што се скалите за депресија и скалите на физичко функционирање кои често се нарекуваат скали за онеспособеност.
- *Модели на социјално здравје* – се мерат преку индикатори за социјалните мрежи, поддршката и активностите (интегрираност во рамките на локалната заедница).
- *Идеографски модели* – индивидуализирани пристапи кои се базираат врз индивидуалните вредности, интерпретации и перцепции, задоволство со сопствената позиционираност, околностите и приоритетите во животот. Се истражуваат со користење полуструктурирани, индивидуализирани интервјуа и квалитативни техники. Во прилог на овој модел, ова се зборовите на Девински и Крамер (Devinsky & Cramer, 1993) кои велат: "Пациентот е единствениот кој знае како се чувствува, како здравствениот проблем влијае врз неговата сила, самодоверба, способноста да се социјализира и да ги извршува работните обврски дома или на работното место. Се разбира дека неговите проценки може да се пристрасни исто како што може да се пристрасни и тие на докторот. Како и да е, пациентот е лицето кое мора да си го дефинира сопствениот квалитет на живот... Само пациентот знае дали постои нерамнотежа помеѓу очекувањата и стварноста..." (стр. 2).

Болестите со коишто доаѓаат пациентите вклучени во ова истражување се од хроничен карактер па затоа за проценка на функционалниот статус на овие групи пациенти (кои имаат некаква хронична болест), Родригез (Rodriguez, 1998, според Gomez, Gutiérrez, Castellanos, Vergara & Pradilla, 2010) ги наведува следниве димензии гледајќи на КЖ како повеќедимензионален конструкт кој опфаќа:

1. *Функционален статус* кој се однесува на способноста на индивидуата да развие активности кои ќе ѝ овозможат да остане во состојба на самоподдршка. Се мери преку грижата за себе, мобилноста и физичката активност.
2. *Симптоми* кои се поврзани со болеста и третманот имајќи предвид дека физичките симптоми на болеста и нејзиниот третман се различни зависно од типот и стадиумот на заболувањето и многу други фактори. Овие мерки се евалуираат преку присуство-отсуство, зачестеност, сериозност и/или времетраење на симптомите.
3. *Социјалното функционирање* е евидентно во интеракцијата помеѓу семејството, пријателите, локалната заедница и работниот контекст и се манифестира кај пациентите како резултат на функционалните ограничувања заради болката, исцрпеноста, стравот, срам од онеспособеност, чувство на нелагодност итн.

Бидејќи се протега низ повеќе дисциплини и опфаќа доста теми, концептот за квалитетот на живот се мери преку користење на мноштво различни индикатори. Одредени автори (на пр. Rogerson, Findlay, Coombes & Morris, 1989; Bowling, 2001) наведуваат дека повеќето дефиниции се базираат на концепти и мерки на мислењата на експертите отколку на обичните луѓе. Последиците од ова се дека постојат малку емпириски податоци за степенот до кој вклучените ајтеми во повеќето мерни скали се воопшто релеванти за луѓето и нивните секојдневни животи. Дополнително, во релевантната литература преовладува прагматичниот пристап, па се насетува тенденција, разјаснувањето на поимот *квалитет на*

живот да се заобиколува оправдувајќи се со неговата апстрактна природа па и изборот на мерни скали честопати се прави *ad hoc*.

1.1.2. Квалитетот на живот и стареењето

Субјектите во ова истражување развојно се наоѓаат во период кога започнува процесот на стареење, а ова особено важи за оние кои се наоѓаат во третата возрасна доба. За жал, не постои консензус за дефинирање на квалитетот на живот во постарото доба. Постојат повеќе предложени модели за тоа што сè овој поим треба да опфаќа. На пример, оној на Арнолд (Arnold, 1991) вели дека КЖ кај постарите луѓе треба да го вклучи физичкото функционирање и симптомите, емоционалното, бихевиоралното, когнитивното и интелектуалното функционирање, социјалното функционирање и постоењето социјална поддршка, задоволство од животот, перцепција на здравјето, економскиот статус, способноста за задоволување на интересите и рекреација, сексуалното функционирање, енергијата и виталноста.

Дарнтон-Хил (Darnton-Hill, 1995) ја нагласува важноста на примањата при одредувањето на КЖ во повозрасната доба. Лотон (Lawton, 1982) тврди дека благосостојбата кај постарите луѓе може да биде претставена преку бихевиоралната компетентност (на пример, се мери со индикатори за здравјето, когницијата, искористувањето на времето и социјалното однесување), перципираниот квалитет на живот (на пример, се мери со субјективната оценка на поединецот за секој домен од животот), психолошката добросостојба (негативен и позитивен афект) (на пр. мерено со показатели на менталното здравје, когнитивните судови за задоволството од животот, позитивни-негативни емоции) и надворешната, објективната (физичка) средина (на пр. домување и економски индикатори).

Општо земено, иако квалитетот на живот во голема мерка има субјективен карактер и зависи од индивидуалната перцепција, она со што овој поим најчесто во праксата го поврзуваат постарите лица се доброто здравје и функционалната способност, чувството на адекватност и корисност, социјалната вклученост, имањето пријатели и социјална поддршка и нивото на приходи или некој друг

индикатор за социоемоционалниот статус. Од друга страна, пак, литературата укажува дека субјективните самопроценки за психолошката добросостојба и здравјето се помоќни од објективните економски или социодемографски индикатори во објаснувањето на варијансата при оценувањето на квалитетот на живот (Breeze, Grundy, Fletcher et al., 2001).

Гранди (Grundy, 2001) наведува дека 'резервата' која индивидуата ја носи со себе во староста е одраз на акумулираноста, но и истрошеноста на ресурсите и вештините насобрани во текот на животот. Овде се мисли на здравствениот статус, личната социјална поддршка и комуналниот социјален капитал, личноста и психолошкиот склоп и стратегиите за справување, надежта, социјалните вештини и материјалните ресурси – од кои многу се детерминирани од искуствата и приликите во текот на животот, а некои се под ризик да се намалуваат со стареењето (приходите по пензионирањето, нарушеното здравје, останувањето вдовец/вдовица). Секако дека во третата доба постои и пластичност, на пример, здравственото однесување може да го модификува здравствениот статус, а може да се отпочне со нови улоги или активности. Но, како што таа истакнува, често е тешко да се почне со акумулирање резерви во постарата доба. Социјалните релации и поддршката, како и материјалните ресурси, обично се веќе изградени претходно во текот на животот. Заклучоците од лонгитудиналните истражувања покажуваат дека обемот на социјалните мрежи значајно опаѓа со стареењето, при што капацитетот на резервите паѓа под потребниот праг за успешно справување со предизвиците кои ги носи стареењето.

Голем дел од дебатата за тоа што е успешно стареење се заснова врз гледиштата на 'експертите' за овој поим. На пример, Брандстетер и Грев (Brandstädter & Greve, 1994) успешното стареење го дефинираат како динамичен процес на балансирање на асимилативните (одржување активности), акомодативните (флексибилно прилагодување на целите) и имунизирачките (селективно филтрирање) стратегии, со цел да се одржи реалното чувство за себе. Ова е само одраз на популарниот модел на фокусирање врз улогата на адаптацијата како стратегија за успешно стареење: селекција, оптимизација и компензација понуден од Балтес (Baltes & Baltes, 1990; Baltes, Mayer, Borchelt, Maas, & Wilms, 1996).

За потребите на ова истражување ќе се повикаме на дефиницијата на Светската Здравствена Организација (WHO, 1997) од две причини: дефиницијата е широкопојасна – покрива голем дел од предложените индикатори и мерки што различните модели ги нудат и е теориска основа на користениот мерен инструмент (WHOQOL-BREF). Па така, СЗО *квалитетот на живот* го дефинира како *перцепција на индивидуата за нејзината позиција во животот во контекст на културните и вредносните системи во кои таа живее и во релација со нејзините цели, очекувања, стандарди и грижи. Тој е широк поим врз којшто влијание имаат физичкото здравје, психолошката состојба, нивото на независност, социјалните релации, личните убедувања и нивната поврзаност со одредени карактеристики на околината.*

1.2. Надеж

Низ вековите, надежта ја опишувале бројни философи, теолози, мислители и научници. Иако има многу различни дефиниции за надежта, генерално за неа може да се каже дека претставува позитивна ментална состојба поврзана со способноста да се постигнуваат цели во иднината (Edwards, 2009). Во текот на дваесеттиот век, социјалните научници се обидуваат да ја опишат, измерат и проучуваат надежта на различни начини, па овој конструкт е конципиран како очекувања или чувства врзани за целите или иднината. Некои концепции за надежта го гледаат овој конструкт како емоција која им дозволува на индивидуите да ја одржат вербата за време на тешки моменти. Иако во популарната литература надежта е портретирана повеќе низ оваа афективна призма, повеќето истражувања спроведени за надежта, се повеќе когнитивни по својата природа. На пример, Аверил и колегите (според Edwards, 2009) ја опишуваат надежта како емоција која ја предводи когницијата и е под влијание на срединските услови. Скотленд и Готшалк (според Edwards, 2009) ја опишуваат како очекувања во врска со постигнувањето цели, пришто Скотленд ја нагласува важноста и веројатноста да се постигнат целите, а Готпалк ја опишува како позитивна сила која ги поттикнува луѓето да се борат низ тешки ситуации. Слично на ова, Стац (според Edwards, 2009) гледа на надежта како очекување кое се преплетува со желбите за да се извага можноста и афектот поврзани со постигнувањето на целите.

Иако ние денес на надежта гледаме како на позитивен атрибут, низ вековите тоа не било секогаш така. Според старогрчкиот мит за Пандорината кутија, кога таа била отворена, од неа излетале сите зла кои му пакостат на денешното човештво. Во кутијата останала само надежта. Понатаму, старите Грци биле амбивалентни околу тоа дали надежта е благослов и утеха за човештвото или, пак, е проклетство. Дури и некои современи мислителите биле гласноговорници на тезата дека надежта е зло. На пример, Ниче тврдел дека надежта е најголемото зло затоа што го продолжува човековото страдање (Todd Vance, 2010).

Во христојанството (Новиот Завет) надежта е една од трите теолошки доблести заедно со верата и љубовта опишани во евангелијата и посланијата. Во Новиот Завет и' се дава посебна конотација на надежта – надежта во Исусовото воскресение преку кое верниците го гледаат своето спасение и откуп (Римјаните 8:24, I Коринтјаните 15:19). Надежта во воскресението ги одржува верниците во деновите на страдање. Ваквата надеж се опишува како "жива" надеж која не е кривка и расиплива (I Петар). Гледано функционално, надежта служи како "котва" за верниците (Евреите 6:18-19). Надежта претставува движечката верба дека Божјите планови ќе се остварат (Римјаните 5:2) (според Новиот завет - ревидирано издание, 2006).

Од денешен аспект, погоре веќе видовме дека постојат многу дефиниции за надежта, па оттука и различни теоретски разработки и мерки за неа. Концептуализацијата за надежта која ја дава американскиот психолог Ричард Снајдер е најчесто проучуваната (Edwards, 2009), па затоа во ова истражување ќе се користи неговиот приод. Истражувањата, исто така, покажуваат дека таа е корисен конструкт во животот и на младината и на возрасните. Сепак, истражувањата во оваа област ниту од далеку не се завршени, бидејќи допрва треба да следат студии во кои овој поим ќе се проучува користејќи посложени и поригорозни методолошки приоди за разлика од досегашните каде доминира самоизвестувањето.

Снајдер (Snyder, 1994, стр. 5) надежта ја дефинира како *збир од менталната сила на вољата (willpower) и силата на патиштата (waypower) што ја имаме за нашите цели.*

Целите се било кои објекти, доживувања или исходи кои ги замислуваме или посакуваме во нашите умови. Оттука, целта претставува нешто со кое сакаме да се здобиеме (како на пр. објект) или да постигнеме нешто. Таа може да биде сосема конкретна или, пак, сосема нејасна, како на пример, потрага по среќата или смислата на животот. Може да поставиме цели кои очекуваме да ги постигнеме прилично брзо или тоа да бидат цели за чие постигнување ќе треба подолго време. Ние треба да се бавиме само со целите кои имаат одредена магнитуда и важност кога се работи за надежта. Ниту целта за која нема шанса да се постигне, ниту, пак, онаа за која постои апсолутна сигурност дека ќе се достигне е дел од надежта онака како ја дефинира Снајдер. Ако веројатноста да се постигне посакуваната цел е еднаква на 0 или 100 проценти, крајните исходи се толку предодредени што надежните мисли се ирелевантни. Оттука, целите кои ја вклучуваат надежта се наоѓаат некаде помеѓу неможното и сигурното.

Силата на вољата (Willpower) е движечка сила во надежното мислење. Тоа е чувството на ментална енергија кое со текот на времето помага лицето да се турка кон целта. Вољата е резервоар на решителност и посветеност на кои можеме да се повикаме да нè придвижат во насока на целта во даден момент. Таа во себе содржи мисли од типот: *Можам, ќе се обидам, подготвен/а сум за ова...* Како таква, вољата ја покренува нашата перцепција дека можеме да иницираме и одржиме дејствија насочени кон некоја посакувана цел. Во волебото размислување има живост и силина. Иако нашата решителност можеме да ја искористиме при постигнувањето различни цели, генерално, полесно е да се активира волебото мислење кога замислуваме важни цели.

Силата на вољата, исто така, би требало полесно да се покрене кога целта во нашиот ум појасно ќе се разбере и претстави. Затоа, нејасните цели не обезбедуваат ментална искра која ќе нè придвижи. Некои клиенти кои доаѓаат на психотерапија се чувствуваат летаргично, бидејќи имаат проблем да се фокусираат на она што го сакаат. Овие луѓе никогаш не научиле како да ги постават јасно своите цели. Откако целите ќе станат јасни, ќе се појават и поттикнувачки и охрабрувачки мисли. Вољата го поттикнува чувството на потенцијал за акција кое го носиме во дадени ситуации. Ги одразува нашите чувства во врска со иницирањето и одржувањето на движењето кон посакуваните цели. Нашата способност да создадеме ваква ментална волебот е заснована во

еден дел на нашата претходна историја на успешно ангажирање на умот и телото во остварувањето на целите. Важно е да се нагласи дека силата на вољата не се стекнува кога нештата во животот одат глатко, кога во остварувањето на целите нема пречки. Напротив, се базира врз нашето премолчено сознание дека дури и за време на стресни периоди кога наидуваме на пречки на патот кон нашите цели, сепак, сме смогнале сили да генерираме ментален напор потребен за да се надминат.

Силата на патиштата ги рефлектира менталните планови или мапи кои ја водат надежната мисла. Тие се менталниот капацитет на кој можеме да се повикаме за да изнајдеме еден или повеќе ефективни начини со кои ќе ги достигнеме целите. Факторите кои влијаат врз нашите ментални патишта се слични со оние за вољата. Нашите способности за планирање може да се применат за многу различни цели. Генерално, полесно е да се планира ефикасно кога целите ни се добро дефинирани. Исто така, поверојатно е размислувањето за патиштата да биде поизразено за поважните отколку за помалку важните цели. Важните цели не само што ја будат нашата ментална воља, туку покренуваат подобро планирање.

Способностите да ги планираме патиштата, во дел, се базирани врз нашата претходна историја на успешно наоѓање една или повеќе патеки кон целта. Ментално, ние ги подредуваме информациите според нашите цели и асоцираните патишта. Понатаму, чувството дека сме способни да генерираме начини да стигнеме до целите веројатно се подобрува со претходен успех на изнаоѓање нови рути до целите кога нашите оригинални патишта се блокирани. Бидејќи луѓето со високи плански способности веруваат дека може да најдат повеќе начини да ја постигнат целта, во секоја дадена ситуација го менуваат менталниот склоп за да се вклопат во конкретната цел и бариерите со кои мора да се соочат. Не секој перципира дека може да создаде нови патишта, па овие луѓе се наоѓаат себе заглавени кога ќе се затекнат пред пречка која им го блокира патот до целта.

Имајќи ги предвид овие два аспекта на надежта – вољата и патиштата – МекДермот и Снајдер (McDermott & Snyder, 1999) зборуваат за четири профили на луѓе:

а) луѓе со *ниска сила на вољата* и *ниска сила на патиштата* – Овие луѓе немаат доволно воља да ги постигнат нивните важни цели, ниту, пак, создаваат идеи за начините како да стигнат таму кајшто сакаат. Овие луѓе се со ниска надеж. Без осет за акција и испланираност, тие се заглавени во кругот кој го нарекуваме депресија. Кај нив депресивното расположение е потхрането со мислите дека тие се неспособни да ги постигнат целите, а овие непријатни емоционални состојби може да се интензивираат особено кај оние кај кои недостасуваат јасно дефинирани цели.

б) луѓе со *висока сила на вољата*, но *ниска сила на патиштата* – ја имаат потребната ментална енергија за да стигнат таму кадешто сакаат, но не веруваат дека можат да создадат делотворни рути до целите. Во многу случаи, она што се појавува како фрустрација или лутина поврзано со одреден учинок може да се разбере како акутен или хроничен недостаток на мислење насочено кон патиштата (*waypower thinking*) за да се постигнат одредени цели.

в) луѓе со *ниска сила на вољата*, но со *висока сила на патиштата* – полни со делотворни можности како да ги постигнат целите, но силата на вољата е ниска за да се покренат на акција. Ниската воља може да се должи на долготраен недостаток на верба во себе за постоење капацитет дека може да се почне и да се истрае на патот кон целта. Некој скорешен неуспех, исто така, може да стои како можна причина. Кај овој тип луѓе можеме да кажеме дека провејува депресивно расположение.

г) луѓе со *висока сила на воља* и *висока сила на патишта* – ова се високонадежни луѓе кои бликаат со ментална енергија и идеи за делотворните начини да се постигнат целите. Имаат јасна претстава за целите и постојано размислуваат како да ги достигнат. Лесно стапуваат во интеракција со другите луѓе и имаат воља да ги искористуваат шансите за да го добијат она што го сакаат. Тие се мошне фокусирани на крајните цели и лесно преоѓаат од една на друга идеја за да си помогнат на патот кон целта. Високонадежните луѓе активно размислуваат и скоро секогаш веруваат дека постојат опции за да се стигне до целите.

1.2.1. Развојни аспекти на надежта

Надежта почнува да се развива веднаш по раѓањето (McDermott & Snyder, 2000). Уште во најраните обиди кога бебето се обидува да постигне одредена цел, на пр. да добие храна од оној кој се грижи за него, тоа учи дека одредени дејствија доведуваат до одредени пожелни исходи. Ова не значи дека бебињата се когнитивно свесни за феноменот на каузалност, но родителите брзо забележуваат дека нивното бебе мошне рано во развојот научува како да го добие она што му треба.

Како што бебињата се развиваат, почнуваат да покажуваат кон тоа што го сакаат. Кога бебето покажува кон посакуваниот предмет, тоа избира цел. Со ова гледаме дека изборот на целите започнува во раната животна доба; на почетокот тоа се, секако, базичните потреби за одржување на животот (храна, заштита, удобност). Изборот на цел(и) е природен процес без којшто бебето не би преживеало, уште помалку, да расте и да се развива во здрава личност.

Како што веќе е кажано во теоретската разработка на овој концепт, формирањето на целите лежи во основата на надежта, но и повеќе од тоа, целите се фундаментални како за силата на патиштата така и за силата на волебото размислување. Кога малото дете избира цел и ја постигнува, тоа осознава дека одредени дејствија водат до одредени последици. Поврзувањето на дејствието со реакцијата (последницата) постанува база за мисловната сила на патиштата иако најверојатно малото дете нема свесно препознавање на овој процес.

1.2.2. Надежта и здравјето

Во дефиницијата што Матарацо (Matarazzo, 1982) ја дава за здравствената психологија, фокусот го става на унапредување и одржување на доброто здравје како и превенирање, детектирање и третирање на заболувањата. Досегашните истражувања покажуваат дека надежта има позитивни импликации во сите овие области (Irving et al., 1998; Snyder, 1996; Snyder, Irving & Anderson, 1991).

Снајдер и соп. (Snyder et al., 2000) ја опишуваат моќта на надежта и на полето на примарната и на полето на секундарната превенција.

Теоријата на надеж може да се примени и на општествено ниво во функција на превенција на соматските заболувања. Општествената примарна превенција опфаќа зголемување на пожелните облици на однесување, а намалување на непожелните (ризичните) преку реклами, законски решенија или негување некакви социјални вредности. На пример, ако законите се перципираат како фер допуштајќи им на сите (или на мнозинството) да практикуваат целно ориентирани активности, тогаш граѓаните ќе се чувствуваат помалку фрустрирани, а со тоа и помалку агресивни (Snyder & Feldman, 2000).

Ако појдеме на општествено ниво, надежта може, исто така, да има влијание врз секундарната превенција. На пример, успешните телевизиски реклами кои имаат за цел да го унапредат здравјето може да функционираат така што им даваат на луѓето јасни цели и патишта.

Сè на сè, дали се однесува на општествено или индивидуално ниво, теоријата на надежта може да најде своја примена како во превенцијата, така и во детекцијата и ефективното справување со болестите.

1.2.3. Примена на теоријата на надеж

Земајќи ги предвид истражувањата кои укажуваат дека надежта е корисен конструкт поврзан со многу позитивни исходи, во последно време се развиени програми и интервенции кои можат да го подобрат овој конструкт кај засегнатите луѓе. Програмите се спроведувани и на индивидуално и на групно ниво во различни контексти. Едвардс (Edwards, 2009) наведува три евалуациони студии со возрасни, кадешто надежта била водечки принцип во подобрувањето на расположението и исходот од третманот. Во првата биле опфатени постари возрасни со депресија кои посетувале групна терапија за поставувањето цели и надежта, при што се покажало намалување на анксиозноста, депресијата и безнадежноста, а се покачило нивото на надеж. Во втората студија, биле вклучени студенти кои учествувале во осумнеделна групна работа на надежта и покажале намалено ниво на депресија и анксиозност, а покачено ниво на надеж. Во третата студија која траела пет недели и се работело на надежта, биле вклучени пациенти

кои се подготвувале за медицински третман, по што кај нив се подобрило општото чувство на добросостојба, стратегиите за справување и симптоматологијата.

1.3. Стрес

Веќе подолго време на стресот му се посветува доста внимание како во психолошката литература така и во медиумите. Причините за овој тренд не се само заради тоа што стресот е пропратен дел од секојдневното живеење, туку и заради сè позаснованите научни претпоставки дека стресот е важен ризик фактор во појавувањето на банални, но и сериозни физички заболувања и ментални растројства.

Стресот е присутен практично во сите сфери на човековото функционирање – школувањето, работата, здравјето, семејството, интерперсоналните релации. Постојат огромни индивидуални разлики околу начините на кои луѓето се справуваат со него. Во психолошката наука аспектите на стресот и неговото влијание врз здравјето интензивно се проучуваат повеќе децении. Голем број клинички студии, но и клиничкото искуство, го поставуваат стресот во листата на етиолошки фактори за развивањето на многу заболувања меѓу кои се и срцевите, како водечки во современиот свет. Токму заради широката распространетост на стресот и неговото опасно влијание врз здравјето, преплавени сме и од студии и книги кои го истражуваат справувањето со него. Стратегиите за справување играат клучна улога за психолошката и физичката добросостојба на поединецот кога тој ќе се соочи со одредени предизвици, неубави настани и стрес.

1.3.1. Дефинирање на поимот *справување со стрес*

Многу истражувања денес, интересот го насочуваат кон откривањето на стратегиите што луѓето ги практикуваат кога се под стрес, со цел да го намалат неговото влијание, да го подобрат квалитетот на нивниот живот и да предложат да се развиваат. Ако во минатото на справувањето се гледаше генерално како реактивна стратегија која се користи откако стресот веќе се доживеал, извесно време веќе на справувањето се гледа како на нешто што може да се преземе *пред*

стресот да се случи. Сè повеќе на справувањето се гледа како на нешто што има повеќе позитивни функции. Размислувањата дека справувањето има позитивни функции оди напредно со некои истражувања спроведени во последно време (пр. Taylor, Kenney, Reed, Bower & Gruenewald, 2000).

Во многубројната литература која го обработува справувањето со стресот може да се најдат најразлични дефиниции. Па така, во Cambridge Dictionary of Psychology (Matsumoto, 2009, стр. 134), справувањето е дефинирано како "процес на менаџирање во тешки околности кој вклучува развој на стратегии за соочување со внатрешниот и надворешниот стрес, како и проширување на напорите за изнаоѓање на најкорисните можни начини при исполнување на некоја задача додека некои други задачи се одложуваат со цел да се исполни онаа која најмногу прави притисок". Во нивната позната книга *Stress, Appraisal and Coping*, Лазарус и Фолкман (Lazarus & Folkman, 1991, стр. 141) го дефинираат како "когнитивни и бихевиорални напори кои константно се менуваат за да се изменаџираат некои специфични внатрешни и/или надворешни барања кои се проценуваат како захтевни или ги надминуваат ресурсите на личноста". Во поновата литература, на пример, *Klinische Psychologie & Psychotherapie* (Wittchen & Hoyer, 2011, стр. 22) справувањето се дефинира како "степенот до кој луѓето со потешкотии и стресни животни настани се подготвени да ги менаџираат истите".

Оттука можеме да забележиме дека поимот *справување* често се користи во потесна смисла на зборот - како реакција на организмот да се адаптира на негативните околности. Но, во контекст на новите движења во психологијата, поимањето на справувањето се проширува и сега го опфаќа и саморегулаторното постигнување на целта. Саморегулацијата претставува систематски напор да се насочат мислите, чувствата и дејствијата кон постигнување на одредена цел (Zimmerman, 2000) и привлекува сè повеќе внимание во психолошката литература. Овие сфаќања, во дел, се преклопуваат со некои дефиниции на надежта што е случај и во ова истражување, што укажува на фактот дека се работи за комплексни конструкти кои делат некои заеднички елементи. Бандура (Bandura, 1997) забележува дека ако на почетокот истражувањата биле насочени кон проучување на самоконтролата во терапевтски контекст, сега интересот е проширен многу повеќе и во областа на здравствените науки.

Проактивното справување со стресот во себе опфаќа потврден и позитивен приод кон соочувањето со стресорите. Селиџмен и Чиксентмихај (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) веќе во воведниот текст на *Special Issue on Happiness, Excellence and Optimal Human Functioning*, во премиерното издание на *American Psychologist* во новиот милениум пишуваат за важноста на позитивните личносни црти во подобрувањето на квалитетот на животот и превенирање на психопатолошките појави.

Проактивното справување претставува стратегија за справување која е повеќедимензионална и насочена кон иднината. Тоа ги интегрира процесите на менаџирање со личниот квалитет на живот со оние на саморегулаторното постигнување цели.

1.3.2. Дефинирање на поимот *проактивно справување со стрес*

Концептуалните модели користени во истражувањата од минатото, се насочувале кон ефикасноста од справувањето манифестирано во редукција на дистресот, честопати исклучувајќи ги останатите функции. Но, справувањето може да има и други функции за кои зборува Шварцер (Schwarzer, 2000) и ги објаснува во форма на четири типови на справување:

- Реактивно справување – се дефинира како напор за соочување со стресниот момент од минатото или сегашноста кој веќе се има случено. Имајќи го предвид фактот што стресните настани веќе се случиле, напорите за справување овде се насочени или кон компензирање, намалување или кон прифаќање на загубата или штетата. Примери за штета или загуба може да се развод, губење на работата, лошо себеприкажување на интервју за работа, сообраќајна несреќа, критикување од страна на родителите/пријателите, нагло влошување на здравствената состојба итн. Сите овие настани веќе се случиле и се минато и оттука индивидуата при справувањето или треба да ја компензира загубата или да ја намали штетата. Друга опција е да направи прилагодување на целите одново, да најде некаков бенефит или да трага по смислата на тоа што се случило. Реактивното справување може да биде фокусирано врз проблемот, врз

емоциите или врз социјалните релации. Бидејќи се цели кон компензација или опоравување, потребна е "самоефикасност при опоравувањето" - посебно оптимистичко уверување во сопствената умешност да се надминат пречките (Schwarzer, 1999). Генерално гледано, ова е типот на справување кој е најмногу истражуван до денес.

- Антиципаторно справување – суштински се разликува од реактивното справување, бидејќи критичниот настан сеуште не се случил. Се дефинира како напор за соочување со некоја непосредна закана; поединецот се соочува со некој критичен настан за кој е прилично извесно или сосема извесно дека ќе се случи во блиска иднина. Примери се закажано одржување на јавен говор, закажување преглед кај (забо)лекар, одење на интервју за работа, очекување бебе и адаптирање кон новата улога на родител, зголемен обем на обврски на работното место, одење на испит, унапредување на работа, пензионирање, исчекување на важен медицински дијагностички преглед итн. При антиципаторното справување постои ризик дека идниот настан може подоцна да предизвика штета или загуба, а лицето треба да го изменацира тој перципиран ризик. Ситуацијата се проценува како непосредна закана, предизвик или бенефит или по нешто од сево ова. Функцијата на справувањето може да се состои во решавање на актуелниот проблем преку вложување поголем напор, барање помош или ангажирање други ресурси. Друга функција може да биде во тоа лицето да се чувствува добро и покрај ризикот преку, на пример, редефинирање на ситуацијата како помалку заканувачка, преку дистракција или стекнување уверување од другите. Оттука, антиципаторното справување може да се разбере како менаџирање со познатите ризици, при што, опфаќа ангажирање на сопствените ресурси за да се превенира стресорот, да се води битка со него или да се максимизира антиципираната придобивка. Еден од личните ресурсни фактори е ситуационо специфичната "справувачка самоефикасност" (Schwarzer & Renner, 2000) - оптимистичко самоуверување дека човекот е способен успешно да се справи со конкретната ситуација.
- Превентивно справување – се дефинира како напор да се подготвиме за неизвесни настани на долги патеки за разлика од антиципаторното

справување, кај коешто има краткотрајно ангажирање околу настани за кои е доста извесно дека ќе се случат. Целта е да се изградат ресурси за општа отпорност кои ќе резултираат со помала напнатост во иднината преку минимизирање на сериозноста од ударниот ефект на стресорот. Така, консеквенците од стресните настани, доколку се случат, ќе бидат помалку сериозни. Примери за тоа се губење на работата, присилно пензионирање, болест, непогода итн. Кога некој има добро здравствено осигурување, штеди пари или одржува силни социјални врски, велиме дека практикува превентивно справување и гради заштита без однапред да знае дали таа воопшто некогаш ќе му затреба. Перцепцијата на магловитост на ситуацијата не мора да е лимитирана само на поединечни настани. Може да постои и нејасна загриженост дека "нешто" би можело да се случи што го мотивира човекот да биде подготвен на "сè". Како што се гледа, ова справување не произлегува од некоја акутна стресна ситуација. Не е поттикнато од анксиозност предизвикана од некоа состојба, туку од одреден степен на загриженост како црта или барем разумна загриженост за нешто што е опасно по животот. Превентивното справување вклучува справување со ризикот, но тука мора да се менаџира со разновидни непознати ризици во подалечната иднина, за разлика од антиципаторното за кое се вели дека се бави со настани од блиската иднина за кои постои голема веројатност дека ќе се случат и доста од ризиците со познати.

- Проактивно справување – претставува прототип на *позитивно справување* и се состои од градење општи ресурси кои ќе го потпомогнат постигнувањето на целите кои претставуваат предизвик и ќе го унапредат личниот развој. Луѓето доста се разликуваат во ресурсите кои ги ангажираат при одредена стресна ситуација. Личните ресурси може да вклучуваат стратегии за справување како и атрибути на личноста (самоефикасност, социјална поддршка итн.). Подобрите индивидуални ресурси ја јакнат личноста да се справи поефективно со стресот. Овие идеи во еден дел произлегуваат од теоријата на конзервација на ресурсите (Hobfoll, 1988, 1989) според која: а) луѓето се трудат да стекнуваат ресурси коишто ги немаат, б) да ги задржат оние кои веќе ги поседуваат, в) да ги заштитат оние коишто им се загорзени и г) да ги зачуваат ресурсите поставувајќи се

себе така што да ги искористат ресурсите најдобро што е можно. Според оваа теорија, стресот ќе се појави како резултат на последиците кои претставуваат: 1) закана за загуба на ресурсите или 2) вистинска загуба на ресурсите потребни за одржување на индивидуата.

Корисно е да се направи дистинкција помеѓу овие четири перспективи на справување, затоа што се поместува тежиштето од класичното реагирање на негативните настани кон поширок опсег на менаџирање со ризикот и целта, што опфаќа активна креација на прилики и позитивно доживување на стресот (Schwarzer & Knoll, 2009).

Според Шварцер (Schwarzer, 1999), проактивното справување се разликува од традиционалното поимање на справувањето во три аспекти:

1. Формите на традиционалното справување се со тенденција да бидат реактивно справување, што значи дека се бават со стресните настани и реакции кои веќе се случиле со цел да се компензира загубата или да се намали штетата од минатото. Начелно, ова е типот на справување којшто е најчесто обработуван во досегашните истражувања поврзани со справувањето. За разлика од него, проактивното справување е повеќе ориентирано кон иднината. Се состои во тоа што се прават напори да се изградат општи ресурси кои ќе го потпомогнат постигнувањето на предизвикувачките цели и личниот раст и развој.
2. Втората разлика помеѓу реактивното и проактивното справување е тоа што за реактивното справување се вели дека е менаџирање со ризикот, а за проактивното справување дека е менаџирање со целта. При проактивното справување луѓето имаат визија. Тие ги согледуваат ризиците, барањата и можностите во иднината, но на нив не гледаат како на закана, штета или загуба туку на тешките ситуации гледаат како на предизвици. Така, проактивното справување се претвора од менаџирање со ризикот во менаџирање со целта.
3. Мотивацијата кај проактивното справување е попозитивна, отколку кај традиционалното справување т.е. таа произлегува од перципирањето на

ситуациите како предизвикувачки и поттикнувачки додека, пак, реактивното справување тргнува од проценката на ризикот односно срединските барања се проценуваат негативно, како закани.

При проактивното справување луѓето имаат позитивна замисла за иднината. Тие ги согледуваат ризиците, барањата и приликите во далечната иднина, но не ги проценуваат како закана, штета или загуба. На проблематичните ситуации гледаат како на предизвици. Справувањето станува управување со *целта* наместо управување со *ризикот*. Индивидуите не се реактивни, туку проактивни во смисла дека иницираат конструктивен пат на акцијата и создаваат можности за развој. Превентивното и проактивното справување во еден дел се манифестираат преку исти форми на однесување, како што се развој на вештини, акумулирање ресурси и долготрајно планирање. Сепак, разликата произлегува од мотивацијата која кај првото се црпи од проценката на ризикот, а кај второто од проценката на предизвикот. Некои автори (Whyte, 2003, Schwarzer, 2007) нашле дека степенот на загриженост е повисок кај превентивното справување, отколку кај проактивното.

Процесите преку кои луѓето ги антиципираат потенцијалните стресори и однапред реагираат за да ги спречат, може да се сметаат за проактивно однесување. Зависно од степенот до кој поединецот ги елиминира, редуцира или модификува престојните стресни настани, проактивното однесување може да елиминира голем дел од стресот пред тој и да се случи. Вештините поврзани со ова однесување вклучуваат планирање, поставување цели, организираност и ментална симулација (Aspinwall & Taylor, 1997).

Проактивното справување се издвојува по три свои особености (Greenglass, Schwarzer, Jakubiec, Fiksenbaum, & Taubert, 1999; Greenglass, Schwarzer, & Taubert 1999):

- ги интегрира планирањето и превентивните стратегии со проактивното постигнување на саморегулирачка цел,
- го интегрира проактивното постигнување цел со идентификација и употреба на социјалните ресурси, и

- го употребува емоционалното проактивно справување за саморегулаторно постигнување на целта.

Модел на ресурсите на проактивното справување и исходите

На шемата подолу е претставен моделот за теоретската поврзаност помеѓу проактивното справување, внатрешните и надворешните ресурси и различните исходи (како позитивни така и негативни).



Шема 1. Модел на ресурсите на проактивното справување и исходите

Како што може да се види, проактивното справување посредува помеѓу ресурсите и исходите. Внатрешните ресурси може да вклучат оптимизам и уверувања за самоефикасноста и ги претставуваат афективните и когнитивните елементи соодветно, кои ја определуваат компетентноста да се справиме со некоја стресна ситуација. Надворешните ресурси се наоѓаат во социјалниот контекст во чишто рамки се развива индивидуалното справување и вклучува различни форми на поддршка, како што се информациите, практичната помош и/или емоционалната поддршка. Социјалната поддршка може да има повеќе функции. На пример, зависно од степенот до кој поединецот се повикува на одредена информациска поддршка, може да се модификува и перцепцијата на значајните аспекти од стресната ситуација. Споделувањето на чувствата коешто може да се случи во некоја емотивно поддржувачка релација може, исто така, да резултира во промена на значењето на дадената стресна ситуација. Значи,

когнитивните промени може да се случат во перцепцијата на една стресна ситуација како резултат на афективната поддршка.

Истовремено, самоефикасноста и социјалната поддршка се позитивно корелирани една со друга. Во зависност од степенот до кој една личност поседува самоефикасност, повеќе ќе ја забележува и поддршката од луѓето наоколу. Луѓето со развиено чувство на социјална ефикасност креираат социјална поддршка за себе. Перципираната самоефикасност ја намалува ранливоста кон депресија преку одржување и негување социјално поддржувачки мрежи (Holahan & Holahan, 1987). Социјалната поддршка ја подобрува перципираната самоефикасност. Ова, понатаму, поттикнува успешна адаптација и го редуцира стресот и депресивната симптоматологија. Така, силното чувство на социјална ефикасност го потпомага развојот на социјално поддржувачки релации, а оттука и социјална поддршка која ќе ја подобри перципираната самоефикасност (Bandura, 1992). Согледано е дека проактивното справување директно ги редуцира непожелните исходи како што се депресивноста и синдромот на согорување (burnout), емоционалната исцрпеност, цинизмот и лутината. Бидејќи проактивното справување е позитивна енергија која го промовира личниот развој, можеме да кажеме дека со тоа се зголемува и задоволството од животот.

Но, како што ДеЛонгис и Патермен (DeLongis & Puterman, 2007) ќе забележат, не постои една единствена вештина за справување која откако еднаш ќе се научи, ќе стане магичен куршум, ефективен со сите видови стрес. Важен дел од тоа да се биде вешт справувач е да се биде умешен во спојувањето на стресната ситуација со најефективната стратегија соодветна на контекстот. Имајќи го ова предвид, флексибилноста при справувањето по сè изгледа е клучен аспект во ефикасниот менаџмент со стресот

Резимирано кажано, проактивното справување е активен стил на справување со доста елементи на внатрешна контрола, стратегии базирани на индивидуалните иницијативи и себедетерминираноста. Проактивните справувачи преземаат иницијатива, активни се при соочувањето со стресорите и ги мобилизираат ресурсите. Истовремено, проактивното справување е во расчекор со негирањето и себобвинувањето, бидејќи индивидуата која применува

проактивно справување презема одговорност за сопствените акции, но не се самообвинува кога ќе се соочи со можност од неуспех.

1.3.3. Развојни аспекти на справувањето

Иако концептот на справување со стресот, во психолошката наука е прилично стар и досега многу истражуван во најразлични контексти, дури во последните децении, на овој многу важен феномен почнува да се гледа и низ развојната призма и да се градат развојни модели. Зошто е тоа така може да се препостави – поимот и до ден-денес останува комплексен во дефинирањето, а тоа води до шареноликост на многу теориски модели како во објаснување на неговата суштина (биолошка, психосоцијална, спиритуална...), така и во варијабилноста на модели за справување со стресот кои зборуваат за различни кластери на стратегии за справување. Ваквата разнообразност ги става пред особено голема тешкотија истражувачите кои сакаат да ги интегрираат мноштвото истражувања низ еден метааналитички пристап било да е тоа за суштината на справувањето или стратегиите на справување.

Имајќи ги на ум горенаведените причини, мал е бројот на истражувања за процесите на справување во средната и третата доба од животот, а уште помалубројни се оние во кои е користен лонгитудиналниот или трансверзалниот пристап. Најнов извор на сумарен приказ за досегашните сознанија на оваа тема до кој авторот успеа да дојде е книгата "Стрес, справување и развој – интегративна перспектива" (Aldwin, 2007) во која авторката, четиринаесетото поглавје го посветува на *Развојните студии за справувањето*. Текстот што следува е превземен и адаптиран оттаму.

За стресот и процесите на справување во средовечноста, Сиглер (1997, според Aldwin, 2007) наведува дека досега е малку истражувано. Ова е периодот од животот кога се зборува за т.н *криза на средовечноста* која, според Витборн (1986, според Aldwin, 2007), е пренагласена, а мал е бројот на нормативни стресни настани карактеристични за овој развоен период – обжалувањето на загубата на еден или двајцата родители е типичен нормативен настан кој го одбележува овој период, Загубата на партнерот како стресен настан е, исто така, дел од оваа

животна фаза, но овој аспект е ирелевантен за актуелното истражување, бидејќи сите вклучени испитаници се со сопруги. Но, она што е разумно да се очекува е присуството на многу превирања коишто ја бележат оваа доба.

Средовечните луѓе се во фаза кога достигнуваат позиции на одговорност на работното место што може да биде извор на работен стрес. Доколку се родители, нивните деца влегуваат во фаза на пубертет и адолесценција – добро познат стресоген период за нив. Сепак, занимлив е податокот кој го посочува Кирибога (1997, според Aldwin, 2007) дека средовечните луѓе соопштувале за помалку превирања споредено со помладите возрасни. Олдвин и сор. (2002, според Aldwin, 2007) испитувале дали стресот има различен ефект врз помладите возрасни во споредба со средовечните. Нашле дека хроничниот стрес резултирал со зголемување на акутните симптоми во раната возрасна доба, а зголемување на хроничните заболувања во средната. Оттука, треба да се има предвид дека оние поединци кои се подложни на хронични заболувања веројатно е дека ќе почнат да развиваат некое од нив во овој период ако се соочуваат со хронични стресори.

Сепак, Дени (1989, според Aldwin, 2007) вели дека на многу начини лицата од средната доба се во врвот на практикување на справувачките способности. Тие повеќе го користат проблемски фокусираното справување споредено со постарите. Олдвин (1996, според Aldwin, 2007) нашле дека средовечните луѓе се со поголемо знаење, а Кели (2006, според Aldwin, 2007) заклучува дека луѓето во средната доба соопштувале повисоко ниво на проактивно справување, што упатува на размислување дека средовечните луѓе се повешти во управувањето со нивните животи за минимизирање на појавата на стресори. Оваа претпоставена поголема способност за справување во средовечната доба може да биде една од причините зошто средовечните велат дека имаат помалку превирања од помладите возрасни.

Интересни се и сознанијата што Олдвин (Aldwin, 2007) ги бележи за процесите на справување во третата животна доба. Иако е веќе сосема очигледно и очекувано во овој период да се случува опаѓање на психофизиолошките капацитети на организмот, а со тоа да расте и подложноста на здравствени нарушувања, сепак Кирибога (1997, според Aldwin, 2007) наоѓа дека испитаниците на оваа возраст навеле помалку стресни животни настани и помалку превирања.

Нејасно е зошто овие наоди се повторуваат во истражувањата, бидејќи здраворазумски е лесно да се воочи дека со стареењето, расте бројот на стресни настани, се кумулира дистресот односно многубројни се проблемите со кои се соочуваат старите луѓе – смрт на партнерот, роднини, пријатели па дури и деца, појава на болести, осиромашување на социјалната мрежа, намалување на месечните приходи итн.

Олдвин со сор. (1996, според Aldwin, 2007) претпоставуваат дека пресвртот од акутни кон хронични стресори е можеби дел од одговорот. Прилагодувањето на хроничитетот на состојбата и нејзиното адекватно справување веќе и не е "проблем" за старите луѓе. Само доколку се случи некоја вонредна состојба – на пример, хоспитализација – тогаш веќе настанот би се перципирал како стресен. Друг алтернативен одговор нудат Бенингер со сор. (2003, според Aldwin, 2007) кои во своите истражувања дошле до сознание дека ниту личноста ниту ситуационите фактори не посредуваат помеѓу возраста и перципираната стресогеност на настанот и заклучуваат дека тенденцијата постарите луѓе да ги перципираат проблемите како помалку стресни, може да е одраз на нивното поголемо искуство.

Одговорите на прашањата дали старите луѓе се поранливи на психосоцијалните стресори се мошне контрадикторни. Џонсон и сор. (2000, според Aldwin, 2007) наведува дека се помалку ранливи споредено со средовечните, Мрожек и Алмеида (2004, според Aldwin, 2007) дека се поранливи, а Олдвин и сор. (1996, според Aldwin, 2007) не нашле разлики во однос на реакциите кон психосоцијалните стресори. Пообемна студија од развоен карактер за промените во процесите на справување спровеле Олдвин и сор. во 1996 година (според Aldwin, 2007). Биле опфатени 1000 испитаници на возраст од 45 до 90 години од Нормативната Студија за Стареењето. Многу од испитаниците изјавувале дека помалку се вознемируваат сега споредено со тоа кога биле помлади, постарите луѓе набројувале помалку проблеми, ги проценувале помалку стресни и дале податок за помалку негативни емоции споредено со помладите испитаници. Многу од постарите луѓе го прифаќале фактот дека стресни настани може да се случат и дека ќе се случат и се чини дека се посposобни да ги решаваат работите во од. Исто така, постарите луѓе помалку ги користеле интерперсоналните конфронтации и бегството од стварноста како стратегии.

На крајот од поглавјето, во резимето, Олдвин (Aldwin, 2007) го заклучува следното: "Не изненадува тоа што развојните промени во стратегиите за справување полесно се документираат кај децата отколку кај возрасните. Во детството, емоционално-фокусираното справување се менува од надворешни, бихевиорално ориентирани стратегии, кон внатрешни, когнитивно базирани. Проблемски фокусираното справување станува подиференцирано и контекстуално-специфично како што репертоарот на справување расте со возраста. Како возрасни, учиме како да правиме разлика помеѓу проблемите кои се суштински неконтролабилни, оние кои најверојатно ќе се решат сами по себе и оние кај кои вреди да се вложи труд. Можеме помалку да се вознемируваме (секако не секогаш), и всушност да ангажираме помалку ресурси за справување ако научиме кои стратегии "функционираат" во дадената ситуација. Во средната доба, луѓето се во врвот на своите справувачки способности. Секако дека стратегиите што ги користат многу старите луѓе се насочени кон конзервирање на енергијата, било да е тоа преку дистанцирање, негирање на одговорноста за проблемот и верување дека другите ќе помогнат во решавањето на проблемите или со користење на социјалната поддршка или колаборативни справувачки напори..." (стр. 304).

1.4. Развојно-психолошки особености на средната и третата возрасна доба

Развојните периоди во кои се наоѓаат испитаниците во ова истражување имаат свои специфики. За жал, мал е бројот на теориски модели кои подетално зборуваат за овие животни раздобја низ развојната призма. Особено критично е третата возрасна доба кога кај овие луѓе започнува природен пад на доста психофизички способности, па оттука и прашањето дали воопшто може да се зборува за некаков развој кај овие веќе стари луѓе. Но, современата развојна психологија располага барем со два разработени развојни система кои нудат поинаков приказ на човековиот живот – моделот за психосоцијален развој на Ериксон и моделот на селекција – оптимизација – компензација на Балтез (СОК модел). Првиот модел зборува за развој до крајот на животот, а вториот го разработува поимот успешно стареење.

1.4.1. Теоријата на Ериксон за психосоцијален развој

Теоријата на Ериксон зборува за осум развојни стадиуми од кои за нас од интерес се последните два: седмиот стадиум – генеративност наспрема стагнација и осмиот стадиум – интегритет наспрема очај.

Луѓето од средната возрасна доба минуваат низ седмиот развоен стадиум и основниот конфликт или дилема кој се решава во овој период е конфликтот на генеративност (плодотворност) наспрема стагнацијата (стерилноста). Генеративноста, по Ериксон, не значи грижа за добробит само за сопственото поколение или своите потомци, туку и грижа за квалитетот на општеството во кое ќе живее и работи тоа идно поколение. Продуктивноста и творењето кои се карактеристични за генеративноста го опфаќа сето она што од една генерација преоѓа на друга или она што едната генерација и го предава на другата. Кај поединците кои не успеваат да постигнат генеративност се јавува стагнација. Тие се негенеративни, непродуктивни и нетворечки особи – стерилни членови на општеството (Fulgosi, 1997). Гледано низ дискурсот на истражувањето што е предмет на овој труд, надежта е концепт којшто е близок на овој период, бидејќи ги носи моментите на сила на вољата и сила на патиштата. Обидот за инкорпорирање на надежта во оваа развојна фаза ја буди идејата таа да се сфати како меѓуигра од вољата и целите, кадешто активна компонента се патиштата кои индивидуата ги одбира за реализација на целите.

Лицата од третата доба влегуваат во последниот осми стадиум во којшто психосоцијалната криза се состои во тоа да во дотогашниот живот се види некаков ред и смисла или неред и бесмисленост. Во овој стадиум кризата произлегува од евалуацијата на сопствениот животен пат. Доколку личноста е задоволна со она што го сторила и постигнала во животот, се случува процес на интегрирање на егото. Кај овие луѓе не постои страв од смртта, бидејќи тие се свесни дека продолжуваат да живеат во своите потомци и/или своите дела. Спротивен е случајот кај оние кои сметаат дека животот им е промашен, дека во животот не го постигнале она што можеле или требало, дека животот им бил неисполнет и несреќен... Кај овие поединци не постои интегритет на егото. Тие не успеваат да ја разрешат оваа криза, се плашат од смртта и запаѓаат во очај (Fulgosi, 1997). Од

позиција на тековното истражување ова е фаза во која надежта и проактивното справување се испреплетуваат токму низ процесот на интегрирање на егото. Изборот на цели што ќе се постават, патиштата кои ќе се одберат за да се стигне до тие цели како и претворање на пречките во предизвици, се дел од процесот на селекција, оптимизација и компензација и го детерминираат квалитетот на животот како краен производ кон кој се стреми секоја индивидуа.

1.4.2. Модел на селекција, оптимизација, компензација (СОК модел)

Моделот на селекција, оптимизација и компензација чиј творец е Балтез вели дека овие три фундаментални процеси коишто го регулираат развојот се суштински важни за успешно стареење. Според овој модел, тие ги максимизираат добивките, а ги минимизираат загубите поврзани со стареењето и преку тоа го унапредуваат успешното стареење (Freund, 2002). Овој модел е мошне компатибилен со надежта и проактивното справување што може да се увиди подолу во неговата теоретска разработка и од таа причина е избран во овој труд.

Постојат неколку базични претпоставки при примената на овој модел во процесот на успешно стареење. Како развоен концепт, тој зборува за развојни траектории на раст и траектории на пад (на пример, опаѓање на здравјето во староста). Внатрешните и надворешните ресурси со кои располага човекот се ограничени, без разлика на која возраст и да е. Според овој модел, ресурсите може да се дефинираат како лични и средински карактеристики кои ја поддржуваат човековата интеракција со околината.

Последниве децении гледаме продолжување на животниот век, но повеќето современи општества не нудат иста лепеза на можности за луѓето што стареат споредено со она што им се нуди на младите. Оттука произлегува и согледувањето дека социокултурните можности/опции многу им се потребни на постарите луѓе, за да го компензираат падот што се случува на биолошки план. Заради намалените ресурси, постарите луѓе помалку ги користат поддржувачките прилики што им ги нуди средината. Заради овие фактори, почнува да се појавува нерамнотежа помеѓу растот и опаѓањето како што возраста напредува. Така, со текот на годините, луѓето ќе треба да насочуваат сè повеќе од своите ресурси кон

одржување на функционалноста и градење резилентност против загубите наместо процесите на развој.

Луѓето не реагираат пасивно на барањата од средината, туку и ја обликуваат средината за да ги задоволат своите потреби – тие се проактивни дејци. Еден начин на кој индивидуите играат активна улога во нивниот развој е избирањето, посветувањето и насочувањето кон целите (на пр. желбата да се остане здрав). Какви цели ќе постави човекот делумно зависи од социокултурните, биолошките и филогенетските фактори. Колку што е помало влијанието на овие фактори, толку е поголема и слободата што лицето ја има во развивањето и бирањето на целите.

Авторот на моделот на селекција, оптимизација и компензација (P. B. Baltes, 1997; според Freund & Riediger, 2003) вели дека се работи за универзални процеси на развојна регулација кои може доста да варираат во фенотипската експресија зависно од социоисторискиот и културниот контекст и доменот на функционирање. СОК моделот со своите општи формулации не се однесува на одредена специфична содржина или механизам кога зборува за развојните регулаторни принципи и затоа претпоставува релативистичка хевристичка рамка. За да се разберат специфичните манифестации на СОК процесите во развојните домени, неопходно е тие да се специфицираат и конкретизираат поврзувајќи го овој метамодел со посспецифични теории наменети за феноменот од интерес.

Селекција

Во текот на животот, биолошките, социјалните и индивидуалните можности и препреки, колку што обезбедуваат толку и ограничуваат во изборот на потенцијални патишта и бројот на овие опции обично е поголем од расположивите ресурси. Селекцијата која е всушност фокусирање на расположивите ресурси на дел од потенцијалните можности – функционира како предуслов за канализирање на развојот. Ефикасното користење на ограниченото количество расположиви ресурси е една од централните функции на селекцијата. Во постарата доба, кога ресурсите стануваат сè поограничени, селекцијата добива особено важно место. Во склад со ова гледиште, Стодингер и Фројнд (Staudinger & Freund, 1998; според

Freund & Riediger, 2003) нашле дека избирањето на неколку животни домени на кои би се фокусирале постарите луѓе, било особено адаптивно кога се работело за доста ограничени ресурси. Успешниот избор на цели изискува развивање и поставување цели во домени за кои има расположиви ресурси или може да се стекнат и во домени кај коишто постои совпаѓање помеѓу потребите на поединецот и барањата на средината. (Heckhausen, 1999; според Freund & Riediger, 2003).

СОК моделот прави разлика помеѓу два вида селекција, *елективна селекција* и *селекција базирана на загуба*. Овие два аспекта се разликуваат во нивната специфична развојна регулаторна функција. *Елективната селекција* се однесува на разграничувањето на целите со цел да се унапреди поврзаноста на потребите на поединецот и мотивите со дадените или постигливите ресурси или можности. Од друга страна, *селекцијата базирана на загуба* се јавува како реакција на загубите на претходно достапните средства кои биле релевантни за постигнување на целта загрозувајќи го одржувањето на насоченоста кон целта. Селекцијата базирана на загуба опфаќа промени во целите или системот на цели како на пример, реконструирање на хиерархијата на целите преку фокусирање на најважните цели или замена на целите коишто веќе се недостапни. Овој вид селекција овозможува фокусирање или пренасочување на ресурсите адаптивно кога другите средства за одржување на позитивното функционирање или не се достапни или ќе се потрошат на некои други поверојатни цели (Baltes, 1996; Heckhausen, 1999; според Freund & Riediger, 2003).

Селекцијата го унапредува позитивниот развој на повеќе начини. Држењето до целите и посветувањето на нив придонесува да се добие чувство дека животот има своја насоченост, а со тоа и давање смисла на животот (на пр. Klinger, 1977; Little, 1989; според Freund & Riediger, 2003). Понатаму, целите ја намалуваат комплексноста на дадената ситуација со тоа што го насочуваат вниманието и однесувањето. Со други зборови, на целите може да се гледа како правила за одлучување за насочување на вниманието и однесувањето на оние дразби и обноси во ситуацијата кои се релевантни за целта. Во оваа смисла, целите помагаат за ефикасна интеракција со средината.

Оптимизација

Додека селекцијата е првиот чекор кон позитивно функционирање, СОК моделот вели дека за постигнување на посакуваните исходи во одреден домен, круцијално е да се стекнат, да се применат и рафинираат средствата релевантни за целите - процес познат како *оптимизација*. Кои средства се најадекватни за да се постигнат целите зависи од спецификите на целта, личните карактеристики и социокултурниот контекст. Сепак, можно е да се идентификуваат повеќе процеси во стекнувањето, примената и рафинирањето на средствата релевантни за целта. (Baltes, 1997; Freund & Baltes, 2000; Freund et al., 1999; според Freund & Riediger, 2003).

Друг пример за општ процес во однос на оптимизацијата е одложувањето на моменталната гратификацијата за сметка на нешто што би се исплатело на подолг рок. (Mischel, 1996; според Freund & Riediger, 2003). Долгорочните цели често изискуваат инвестирање на ресурси без моментална добивка па, неподлегнувањето на искушенијата кои ги нудат краткорочните гратификации е предуслов за истрајно чекорење кон целта во еден подолг временски период.

Еден од најважните општи процеси на оптимизација е вежбањето. Како што покажува и литературата, намерното вежбање е клучен фактор за стекнување нови вештини и постигнување врвни резултати. (Ericsson, 1996; според Freund & Riediger, 2003). Редовното вежбање води до рафинирање на вештината, нејзина интеграција и автоматизација, а со тоа вештината помалку ќе бара ресурси (ресурсите може да се зачуваат и искористат при креирање средства за други релевантни цели). Иако улогата на вежбањето можеби е најочигледна во домените со јасно постигнување (како што се академското постигнување, спортот или музиката), вежбањето е важно и во други домени со не толку јасно дефинирани вештини и критериуми за успех како што се интерперсоналните релации. (Ericsson, 1996; според Freund & Riediger, 2003).

Во староста, оптимизацијата продолжува да има голема важност за менаџирање со животот затоа што бавењето со целите кои се поврзани со раст и развој, генерално има позитивни регулаторни функции. Во повеќе студии со помлади возрасни (на пример, Coats, Janoff-Bulman & Alpert, 1996; Elliot & Church, 1997; Elliot & Sheldon, 1997; Elliot, Sheldon, & Church, 1997; Emmons, 1996; според

Freund & Riediger, 2003) се покажува дека обидите да се постигнат цели кои се ориентирани кон добивка или раст (оптимизација) се поврзани со повисоко ниво на самоефикасност и водат до позитивни емоции и добросостојба, додека пак обидите да се избегнат загуби или опаѓање на функциите, се поврзани со негативни емоции и дистрес. Во староста, кога загубите преовладуваат и се очекувани, од особено значење може да биде промовирањето на добросостојба и чувство на самоефикасност со цел да се задржат целите поврзани со добивка и раст, а не фокусот да биде само на загубите.

Компензација

При разработката на селекцијата беше спомната селекцијата базирана на загиба како стратегија за регулирање на загубите која претставува реструктурирање на системот на цели. (на пример, откажување од непостигливи цели и развој на нови). Дури и при загуби, кога тие не се премногу первазивни, целите честопати може да се задржат користејќи алтернативни средства. Овој процес е познат како *компензација*.

Компензацијата претставува стекнување и користење на средствата како спротивставување на загубата или опаѓањето на средствата поврзани со целта. Типични примери се супституцијата на претходно достапни средства релевантни за целта со стекнување нови или активирање на неупотребени внатрешни или надворешни ресурси (Backman & Dixon, 1992; Carstensen, Hanson, & Freund, 1995; Marsiske et al., 1995; според Freund & Riediger, 2003). За разлика од оптимизацијата, целта на компензацијата е да им се спротивстави или да ги избегне загубите, а не да се насочи кон позитивни состојби. Бидејќи со стареењето растат и загубите, оние што стареат се приморани да пренасочат што е можно повеќе од своите ресурси во одржување на функционалноста и резилентноста кон загубите наместо кон процесите на раст (Staudinger et al., 1995; според Freund & Riediger, 2003).

1.5. Болести на срцето

Според податоците на Светската здравствена организација (World Health Organisation, 2012), болестите на срцето се причинител број еден за смртноста на населението на глобално ниво и вели дека годишно од нив умираат повеќе луѓе од било која друга болест. Се проценува дека во текот на една година умираат 17,3 милиони луѓе од некакво срцево заболување што претставува 30 % од сите смртни случаи. Од нив, околу 7,3 милиони умреле како последица на коронарна срцева болест. Ако продолжи овој тренд, се очекува во 2030 година околу 25 милиони луѓе да умрат од некаква болест на срцето и крвните садови, најмногу од коронарна срцева болест и мозочни удари.

Последиците од срцевите заболувања се одразуваат на секое ниво на човековото постоење. Огромни суми пари се издвојуваат како за лекување така и за рехабилитација на овие пациенти, а стресот којшто го поминуваат овие луѓе го погодува целокупното биопсихосоцијално единство на личноста.

Поедноставено кажано, лекувањето на болестите на срцето се спроведува преку три пристапи – конзервативно (на пр. со користење лекови), интервентно (на пр. стентирање, поставување пејсмејкер итн.) и оперативно (на пр. операции на отворен граден кош).

1.5.1. Операции на срце

За подобро да се разбере контекстот во кој се случува разработката на теоретската позадина на овој труд, потребно е да се отслика природата на кардиохируршките интервенции, па затоа во текстот што следува ќе се даде нивен краток опис. Ќе бидат опишани две кардиохируршки интервенции: аортокоронарната бајпас операција и операциите на срцевите валвули на кои беа подвргнати пациентите-испитаници во ова истражување.

Аорто-коронарна бајпас операција

Аорто-коронарната бајпас операција – понатаму во текстот само 'бајпас операција' – е најчесто изведуваниот оперативен зафат на срцето, воопшто (Akter, 2008). За првпат ја извел аргентинскиот лекар Рене Фаволоро, во 1967 година, на

Кливлендската клиника, во САД и оттогаш па до денес, низ оваа хируршка процедура поминале милиони луѓе ширум светот (Khan, 2006).

Во основа, бајпас операцијата е постапка при којашто се користат здрави артериски и/или венски крвни садови од други делови на телото (рака, нога, граден кош) со цел да се премости едно или повеќе запушувања на коронарните артерии – артериите што го исхрануваат срцевиот мускул и со тоа одново да се воспостави нормален доток на крвта во него. Крајната цел е пациентот да се ослободи од тегобите што ги чувствува (најчесто тоа е градна болка, замор), да му се подобри квалитетот на животот, да му се продолжи животниот век и да се намали ризикот од срцев удар или други срцеви оштетувања.

Намалениот проток на крв низ коронарните артерии се случува заради создавање наслаги и нивно стврднување по сидовите – процес познат како атеросклероза којашто понатаму води до развој на коронарна артериска болест. Бидејќи оваа болест го зголемува ризикот од сериозни оштетувања на срцето (на пр. срцев инфаркт), со помош на бајпас операцијата се прави премостување на заболениите места на артериите.

Откако ќе се постави индикација за бајпас операција, подготовките за зафатот може да започнат неколку денови или неколку недели претходно зависно од севкупната здравствена состојба на пациентот. Вообичаено, пациентот се прима во болница еден ден пред операцијата со цел да се направат некои предоперативни подготвителни прегледи и процедури во кои покрај лекарите вклучени се и психолозите, физиотерапевтите и медицинските сестри. Пациентот прима само течности и пред повикувањето за операција добива седатив којшто ќе му помогне да се опушти и полесно да се воведо под општа анестезија. Кога пациентот е веќе воведен во анестезија, се интубира т.е се поставува на машина за вештачко дишење. За да пристапи до срцето, хирургот прави рез долж градната коска и ја отвора. Потоа пациентот се поставува на машина за екстракорпорална циркулација која ја презема улогата на срце, бидејќи срцето треба да мирува. Исклучок се т.н off-pump бајпас операции при коишто срцето работи за време на операцијата. Потоа, врз основа на веќе направена претходна проценка, се земаат соодветните крвни садови и се зашиваат на аортата и местото после запушувањето. Во зависност од потребите, може да се постават од еден до пет

бајпаси. Пациентот покрај резот на градната коска има рез на раката и/или ногата, но функцијата на екстремитетите не е засегната. На крајот од операцијата, повторно се затвора градниот кош, се поставува систем за дренажа и пациентот се транспортира во одделот за интензивна нега. Целиот оперативен зафат вообичаено трае од три до пет часа. Доколку сè помине уредно, пациентот останува во болница околу пет-шест дена и продолжува со домашната рехабилитација.

Околу 90% од пациентите, по бајпас операцијата имаат значајно подобрување на здравствената состојба. Од нив, 70% имаат комплетно ослободување од градната болка и продолжуваат со нормалните секојдневни активности, а кај останатите 20% има делумно ослободување од потешкотиите што ги предизвикала болеста (Narins, 2009).

Операции на срцеви валвули

Операциите на срцевите валвули претставуваат хируршки процедури со кои се коригира нивната нарушена функција или со репарација на постоечката или со замена – биолошка или механичка протеза. Функцијата на валвулите е да обезбедат движење на крвта низ срцето само во една насока. Во срцето има четири валвули од кои аортната и митралната се двете коишто беа најчесто засегнати кај примерокот пациенти кои имаа ваков тип операција.

Затајувањето на нивната работа се одразува врз севкупната психофизичка состојба на човекот. Неправилното функционирање на валвулите може да се јави во две форми: во форма на стеноза кога има отежнат проток на крв низ неа заради стеснување или во форма на регургитација кога се јавува враќање на крвта назад заради недоволно затворање. И во двата случаи срцевата работа е оптоварена. Причините за овие заболувања може да се конгенитални или стекнати (на пример, ревматска треска).

Луѓето со оштетени срцеви валвули почнуваат да се жалат на разновидни симптоми од кои најчести се: градна болка, недостаток на воздух, вртоглавици, несвестици или аритмии. Доколку не се лекуваат, овие заболувања водат до развој на конгестивна срцева слабост.

Подготвителните прегледи и процедури низ кои поминува пациентот се доста слични со оние опишани за бајпас операцијата. За време на операцијата, кардиохирургот или ја репарира постоечката валвула/валвули на пациентот (доколку оштетувањето е помало) или (што е почест случај) ја заменува со протеза – вештачка валвула која може да биде биолошка или механичка. Помладите луѓе добиваат механички валвули бидејќи тие се со подолг век на траење, но во исто време ги обврзуваат пациентите доживотно да користат антикоагулантна терапија како превенција од тромбемболии. Пациентите кои прават операции на валвули имаат рез само на градната коска.

Иако овде прикажани одделно, кај дел од пациентите овие операции се прават комбинирани, што значи дека се прави реконструкција или замена на една или повеќе валвули и се поставува еден или повеќе бајпаси. Секако дека во овие случаи сложеноста на оперативните зафати е поголема, ризикот од компликации исто така расте и процесот на опоравување трае подолго време.

Искуството ни покажува дека кај многу од пациентите кои се лаици во поглед на некакви познавања од медицината, сознанието дека ќе бидат подвргнати на бајпас, операција на валвули или пак комбиниран хируршки зафат не прави значајна разлика во нивното општо доживување на когнитивен и емотивен план во исчекувањето на зафатот. За нив доволно стресогена е информацијата дека се прави некаква операција на срцето.

1.6. Релевантни емпириски истражувања

Релевантни истражувања во кои квалитетот на живот, проактивното справување со стрес, надежта и возраста се поставени во корелациски сооднос, иако малубројни, сепак, постојат. Подолу, ќе бидат претставени студии до кои авторот успеа да стигне и смета дека се од интерес за актуелното истражување.

Од студиите за квалитетот на живот, проактивното справување и надежта кај лицата кои стареат важно е да се споменат повеќе, а ќе започнеме со она на Фон Фабер и сор. (von Faber, Bootsma-van der Weil, van Exel et al., 2001) кои го

дефинираат успешно стареење како „состојба на битисување“ и го операционализираат преку постигнување оптимални скорови на индикаторите на физичко, социјално и когнитивно функционирање. Сепак, нивните понатамошни квалитативни интервјуа со суб-примероци од испитаниците откриваат дека постарите луѓе, гледаат на успехот како процес на адаптација, вреднувајќи ја благосостојбата и социјалното функционирање повеќе отколку физичкото и когнитивното функционирање. Ако се повикаме на оваа лаичка перспектива, тогаш за многу стари луѓе слободно би можеле да кажеме дека стареат успешно што не се совпаѓа со здраворазумските размислувања дека староста е тешка и исполнета со многу проблеми.

Во едно истражување (Tate, Leedine & Cuddy et al., 2003), мажи на средна возраст од 78 години биле запрашани да дефинираат што е за нив успешно стареење и дали тие самите за себе би рекле дека стареат успешно. Иако здравјето и болестите биле често наведувани во нивните дефиниции, главните теми поврзани со физичките, менталните и социјалните активности биле повеќе промовирани преку интересите, целите и семејните односи отколку нивното здравје. Ова истражување противречи на гледиштето на Торнстем (Tornstam, 1997), според кое луѓето развиваат потрансцендентна перспектива за животот како што стареат, што доведува до поголема потреба од осаменост.

Има повеќе причини да веруваме дека позитивните мисли и верувања може да придонесат во унапредување на човековата добросостојба. На пр. позитивните верувања се поврзани со повисок степен на физичко здравје преку промовирање на подобри здравствени навики со редефинирање и прифаќање на предизвиците. Индивидуите кои имаат позитивно себевреднување и веруваат дека можат да ги контролираат нештата во секојдневието, почесто практикуваат здрави животни навики. Позитивните емоционални состојби се поврзуваат и со подобри социјални односи, па авторите претпоставуваат дека оптимистите може да имаат поголема социјална поддршка и/или да бидат поефикасни во нејзино мобилизирање кога ќе почувствуваат дека се под голем стрес (Taylor & Brown, 1994).

Како што малото дете продолжува да се развива, се развива и овој вид мислење. Постарите деца веќе почнуваат да резонираат како да најдат начини за да стигнат до тоа што го сакаат и да се справат со фрустрираноста и стресот

коишто се кумулираат во нив во тие моменти. Но, за развој на здрава мисловна сила на патиштата потребна е и "здрава" доза на фрустрација. Иако многу родители се однесуваат така што се трудат постојано да ги отстранат сите пречки на коишто наидува детето, со тоа го лишуваат детето од можноста да развива високоволеви патишта и предизвици кои треба да се надминуваат. Спротивно на ова, децата кои се изложени на висок степен на стрес (смрт на родителите, физичко/психичко насилство...) нема воопшто ни да се потрудат да постигнат одредена цел, па кај нив се забележува ниска мисловна сила на патиштата. Ваков склоп се развива и кај децата кај кои немало кој да ги награди или да им посочи дека постигнале некаков успех (McDermott & Snyder, 2000).

На индивидуално ниво, надежта и примарната превенција почнуваат да добиваат поголемо внимание. По сè изгледа, луѓето со повисоко ниво на надеж ги користат информациите за нивната физичка болест повеќе во своја корист (Snyder et al., 2000). Високо надежните луѓе ги користат информаците за етиологијата на болеста со цел да го практикуваат она што им помага, а да го избегнуваат она што им штети. Гледано низ призмата на теоријата на надеж, знаењето се користи како пат кон превенцијата. Па така, жените со повисока надеж во споредба со оние со пониска, покажале подобри резултати на тест за знаење во врска со ракот држејќи ги под контрола академските постигнувања и контактите со други лица болни од рак (Irving et al., 1998). Понадежните жени покажале поголем интерес да се вклучат во превентивни активности против ракот споредено со оние со пониска надеж. Се покажува и дека луѓето со висока надеж повеќе практикуваат облици на превентивно однесување (на пр. физичка активност) во споредба со оние со ниска надеж (Snyder, Harris et al., 1991). Со ова, имаме право да кажеме дека надежното размислување е поврзано со активности кои помагаат во превенцијата на телесните заболувања.

Откако, пак, болеста ќе се појави, надежта сеуште игра важна улога, но сега на ниво на секундарна превенција. Надежта се поврзува со подобро прилагодување на хронични состојби / болести, повреди или хендикепираност - повреди на рбетот (Elliott et al., 1991), артритис (Laird, 1992) итн. Болните луѓе со висока надеж наспрема оние со ниска, имаат тенденција да ја одржат енергијата фокусирана на она што им е потребно во процесот на оздравувањето (Hamilton & Ingram, 2001). Исто така, во едно истражување (Snyder & Pulvers, 2001) се

заклучува дека повисоката анксиозност кај ниско надежните луѓе може да резултира со избегнувачки стил на справување кој може да се одрази штетно врз здравјето.

1.7. Истражувачки хипотези

Хипотези 1 за поврзаноста меѓу проактивното справување со стрес, возраста и квалитетот на живот

Поттикот за разгледување на можната поврзаност помеѓу проактивното справување со стресот и квалитетот на живот дојде од две анализи. Првата е на МекДермот и Снајдер (McDermott & Snyder, 2000) и е развојна по својата природа и зборува за проактивното справување и надежта и важноста на квалитетот на развојната динамика за овие деца понатаму да бидат пофункционални на секое ниво т.е да живеат поквалитетно. Втората анализа (Taylor & Brown, 1994) зборува за поврзаноста на позитивните мисли и верувања и унапредувањето на човековата добросостојба. Тие велат дека позитивните емоции и верувања, прифаќањето на предизвиците, позитивното себевреднување и слично, доведуваат до подобро физичко здравје поздрави животни навики, подобри социјални релации и социјална поддршка што генерално води до поквалитетен живот.

Идејата за испитување на поврзаноста на возраста со квалитетот на живот пролезе од три студии (von Faber et al., 2001; Tate et al. 2003; Tornstam, 1997) кои обработуваат еден мошне актуелен поим – успешно стареење – којшто се спротивставува на лаичката перспектива дека староста е тешка и исполнета со многу проблеми т.е дека за многу стари луѓе слободно би можеле да кажеме дека стареат успешно. Но, повеќегодишното искуство на авторот го водеше на размислување дека во македонскиот социоекономски контекст на живеење, постарите луѓе се наоѓаат во понезавидна позиција од помладите.

Оттука произлегоа следните хипотези:

Хипотеза 1А

Пациентите со повисок степен на проактивно справување со стрес имаат поквалитетен живот од пациентите со понизок степен на проактивно справување.

Хипотеза 1Б:

Пациентите од средната возрасна доба имаат поквалитетен живот од пациентите од третата возрасна доба.

Хипотеза 1В:

Пациентите од средната доба со повисок степен на проактивно справување со стрес имаат најквалитетен живот.

Хипотеза 1Г:

Нема разлики во квалитетот на живот меѓу пациентите со повисок степен на проактивно справување со стрес од средната доба и пациентите со повисок степен на проактивно справување со стрес од третата доба

Хипотези 2 за поврзаноста меѓу надежта, возраста и квалитетот на живот

Мотивот за истражување на надежта и квалитетот на живот потекна од истражувањата на Снајдер и неговите соработници (Snyder et al., 2000; Snyder et al., 1991) кои се интересирале за улогата на надежта во примарната превенција и заклучуваат дека со право може да се каже дека надежното размислување е поврзано со активности кои помагаат во превенцијата на телесните заболувања и зачувување на квалитетот на живот. Се покажува дека надежта сеуште игра важна улога и во секундарна превенција на што упатуваат повеќе истражувања (Elliott et al., 1991; Laird, 1992; Hamilton & Ingram, 2001; Snyder & Pulvers, 2001 и други).

Одовде произлегоа следниве хипотези:

Хипотеза 2А:

Пациентите со повисока надеж имаат поквалитетен живот од пациентите со пониска надеж.

Хипотеза 2Б:

Пациентите од средната доба со повисока надеж имаат најквалитетен живот.

Хипотеза 2В:

Нема разлики во квалитеот на живот меѓу пациентите со повисока надеж од средната доба од пациентите со повисока надеж од третата доба

2. МЕТОД

2.1. Варијабли

Во ова истражување се застапени следниве варијабли:

Квалитет на живот – во истражувањето квалитетот на живот се мери со помош на Прашалникот за квалитет на живот BREF-WHOQOL кој дава информации за четири димензии на квалитетот на животот кои во трудов ќе се сметаат како четири варијабли и тоа: Физичко здравје, Психолошки аспекти, Социјални релации и Средина. Повисокиот скор на димензијата упатува на повисоко присуство на тој квалитет, а понискиот скор на пониско. При описот на мерниот инструмент подолу, дадена е шема за областите што секоја димензија ги покрива (Прилог 1.1)

Проактивно справување со стрес – во трудов оваа варијабла е мерена со помош на Скалата за проактивно справување на стрес. Скалата го индицира степенот на проактивно справување со стрес така што повисок скор значи повисок степен на проактивно справување, а понизок скор, пониско. Оваа варијабла е категоризирана во две категории: *пациенти со повисок степен на проактивно справување со стрес* – ќе се сметаат оние испитаници со скор над медијаната на дистрибуцијата, а *пациенти со понизок степен на проактивно справување со стрес* - ќе се сметаат оние испитаници со скор на Скалата за проактивно справување под медијаната на дистрибуцијата (Прилог 1.2)

Надеж - во трудов оваа варијабла е мерена со помош на Скалата за надеж. Скалата го индицира степенот на надеж така што повисок скор значи повисок степен на надеж, а понизок скор, понизок степен. Варијаблата е категоризирана во две категории: *пациенти со повисока надеж* – ќе се сметаат оние испитаници со скор над медијаната на дистрибуцијата, а *пациенти со пониска надеж* – ќе се сметаат оние испитаници со скор на Скалата на надеж под медијаната на дистрибуцијата (Прилог 1.3)

Возраст – во истражувањето се вклучени пациенти од средната возрасна доба (од 45 г. до 65 г. старост) и третата возрасна доба (постари од 65 години).

2.2. Контрола на релевантните варијабли

Идентификувани се следниве релевантни варијабли:

Образование – оваа варијабла ќе биде контролирана преку методот на константност на релевантната варијабла. Со истражувањето се опфатени пациенти со завршено минимум средно образование. Причина за оваа селектираност е претпоставката дека лицата со завршено средно образование имаат соодветни интелектуални капацитети за адекватно разбирање на инструкциите и адекватно комплетирање на психолошките инструменти.

Пол – оваа варијабла ќе биде контролирана преку методот на константност на релевантната варијабла. Во истражувањето се вклучени само мажи - пациенти меѓу другото и заради големата дискрепанца во соодносот со жени – пациентки.

Вработеност – оваа варијабла ќе биде контролирана преку методот на константност на релевантната варијабла. Опфатени се само пациенти кои се вработени (се однесува само на пациентите од средната возрасна доба). Пациентите од третата доба се веќе пензионери, но предуслов е претходно да биле во редовен работен однос.

Здравствена состојба - оваа варијабла ќе биде контролирана преку методот на константност на релевантната варијабла. Вклучени се пациентите без други посериозни здравствени проблеми (хронични заболувања, мозочен удар...) освен дијагнозата заради која ќе се оперираат.

2.3. Мерни инструменти

Прашалник за квалитетот на живот од Светската Здравствена Организација – кратка верзија

(WHOQOL-BREF)

Во ова истражување под поимот *квалитет на живот* се подразбира "перцепција на индивидуата за нејзината позиција во животот во контекст на културните и вредносните системи во кои таа живее и во релација со нејзините цели, очекувања, стандарди и грижи. Тој е широк поим врз којшто влијание имаат физичкото здравје, психолошката состојба, нивото на независност, социјалните релации, личните убедувања и нивната поврзаност со одредени карактеристики на околината". Оваа дефиниција се користи при определбата на квалитетот на живот мерен со WHOQOL-BREF.

WHOQOL-BREF е кратката верзија со 26 ставки на прашалникот за проценка на квалитетот на живот WHOQOL-100 сочинет од 100 ставки, креиран од Светската здравствена организација (World Health Organization, 1998).

WHOQOL нуди субјективна проценка на една широка дефиниција за квалитетот на живот. Може да се користи во повеќе области. Во клиничката пракса може да се примени за проценка на влијанието на здравствениот проблем врз пациентовиот живот, подобрување на комуникацијата лекар-пациент, мониторирање на напредокот по одреден третман и како мерка за проценка на исходот во клиничките иследувања. Би можел да се користи во здравствените и епидемиолошките студии за идентификување на потребите, креирање на здравствената политика и нејзиното влијание врз квалитетот на животот (WHOQOL Group, 1993, 1994).

Мотивите за развој на WHOQOL, меѓу другото, лежат и во забележаната влошеност во односот помеѓу лекарите и пациентите, особено нивната намалена свесност за чувствата на пациентите како и препознавањето на потребата за вклучување на квалитетот заради проценка на исходите во клиничките студии

(Skevington et al., 1994). Вниманието кон КЖ има за цел да направи противтежа на преовладувачкиот механицистички модел во медицината со хуманистички елемент и на него се гледа како "мерката која недостасува во здравјето" (WHOQOL Group, 1994, стр. 42). Во одредени ситуации WHOQOL-100 може да е предолг за практична употреба, па токму од тие причини создадена е кратката верзија WHOQOL-BREF која преку четири домени дава сумарни скорови наместо детални скорови за секој домен кои се добиваат од целосната верзија (WHOQOL Group, 1998). За целите на овој труд е одбрана кратката верзија токму од постоечките практични ограничувања на теренот.

Според анализите направени во две студии (O'Carroll, Smith, Couston, et al., 2000; WHOQOL Group, 1998), корелацијата помеѓу доменските скорови на WHOQOL-BREF и целиот WHOQOL се движи од 0.82 до 0.95. Околу 95% од тоталната варијанса на скоровите од WHOQOL-100 е опфатена и од кратката верзија (Skevington et al., 1994).

Релијабилноста на инструментот добиена со тест-ретест на четири недели (Fang, Hsiung, Yu et al., 2002) се движи од 0.64 (социјални релации) до 0.79 (психолошки аспекти). Според резултатите добиени од 11.830 прашалници од 23 земји, интерната конзистентност се движи од 0.66 до 0.85 (Skevington, Lotfy & O'Connell, 2004), а според извештајот на WHOQOL Group (1998), вредностите на Кронбах алфа биле за 0.04 до 0.06 пониски од оние на целиот инструмент WHOQOL-100. Според добиените податоци од испитуваниот примерок на пациенти во ова истражување, интерната конзистентност на домените се движи од 0.65 до 0.73.

Се поставува прашањето дали WHOQOL-BREF може да се претстави преку еден единечен скор. Раш анализата укажува дека севкупниот WHOQOL-BREF не треба да се смета како единечен скор, иако скоровите на четирите домени се вклопуваат во двопараметарскиот модел на ајтем респонс теоријата (Noerholm, Groenvold, Watt, et al., 2004). Четирифакторското решение е изведено од една тајванска студија иако не сите ајтеми имаат високо факторско заситување на очекуваните фактори (Fang et al., 2002). Користејќи податоци од еден друг примерок, Скевингтон и сор. (Skevington et al., 2004) идентификувале ајтеми кои не се специфични за домените на кои им припаѓаат, но конфирматорната факторска

анализа со употреба на податоците од 23 земји покажала дека ајтемите од WHOQOL-BREF имаат високо факторско заситување на четирите фактори на кои им припаѓаат и дека сите тие придонесуваат во севкупниот квалитет на живот

Дискриминативната валидност покажува дека скоровите на физичкиот домен најдобро дискриминираат помеѓу здравите и болните испитаници, а полот и возраста објаснуваат помалку од 3% од севкупната варијанса (Skevington, S.M, et al. 2004).

WHOQOL-BREF мери четири димензии кои се операционализирани преку искази што претставуваат опис на некакво однесување, состојба на бивање, капацитет или потенцијал или субјективна перцепција или доживување. На пример, болката е субјективна перцепција или доживување, изнемоштеноста може да се дефинира како состојба, мобилноста пак или како капацитет (способност за движење наоколу) или како однесување (актуелен извештај за шетање).

Следува приказ на четирите димензии и области што ги опфаќа оваа кратка верзија.

Димензија	Области во рамки на димензиите
1.Физичко здравје	Секојдневни активности Зависност од медицински третман Енергија и изнемоштеност Мобилност Болка и nelaгодност Спиенење и одмор Работен капацитет

2. Психолошки аспекти	Телесна слика и изглед Негативни чувства Позитивни чувства Самодоверба Спиритуалност/религија/лични убедувања Мислење, учење, помнење и концентрација
3. Социјални релации	Персонални релации Социјална поддршка Сексуална активност
4. Средина	Финансиски извори Слобода, финансиска сигурност Достапност и квалитет до здравствена грижа Домашна средина Можности за стекнување нови вештини и информации Практикување рекреативни и слободни активности Физичка средина (загаденост, бучава, сообраќај, клима) Превоз

Мерните скали се од Ликертов тип со распон од 1 до 5. За секој од 4-те домени, користејќи формула, се добива сиров скор. Потоа, добиените сирови скорови, со помош на табела, се трансформираат на скала со распон од 4 до 20 или од 0 до 100 зависно од потребите на истражувањето. Повисокиот скор укажува на подобар здравствен аспект, а понискиот на полош, соодветно димензијата (World Health Organization, 1996).

Скала на надеж

Во ова истражување поимот *надеж* е определен како "збир од менталната сила на вољата (willpower) и силата на патиштата (waypower) што ја имаме за нашите цели". Дефинирана на ваков начин, надежта се мери преку скала

конструирана од американскиот психолог Ричард Снајдер (Snyder, 1994) која опфаќа два аспекта - *(сила на) воља* и *(сила на) патишта*. Скалата содржи 12 ставки на кои се одговара со користење на 4 степенa Ликертова скала и тоа: 1 - сосема неточно, 2 - делумно неточно, 3 - делумно точно и 4 - сосема точно. Испитаникот одговара на секое од тврдењата со заокружување на степенот на согласување. Двете потскали се сочинети од по четири ставки, а четири од тврдењата се во функција на филтер ајтеми и не се скоруваат. Наменета е за лица постари од 15 години. Вкупниот скор се добива со собирање на дадените оценки на тврдењата и може да се движи од 8 до 32. Скоровите на супскалите се добиваат на истиот начин и опсегот може да се движи од 4 до 16. Повисок скор укажува на повисоко ниво на надеж.

Одговорите на скалата на надеж високо корелираат со одговорите на неколку скали кои мерат слични психолошки процеси. На пример, скалата на надеж корелира со тестот за животна ориентираност на Шаиер и Карвер (Scheier & Carver) кој го мери оптимизмот, скалата на генерализирана очекуваност за успех на Фибел и Хале (Fibell & Hale) која ја мери очекуваноста за постигнување цели и скалата на себепочитување на Rosenberg (Snyder et al., 1991). Понатаму, скоровите од скалата негативно корелираат со инструментот за клиничка намена MMPI (Irving, Crenshaw, Snyder, Francis, & Gentry, 1990). За тестирање на дискриминантната валидност, скоровите на скалата се корелирани со мерките на скалата за самодоверба на Шаиер и Бас (Scheier & Buss) за чијашто содржина се верува дека не е поврзана со надежта.

Што се однесува до психометриските карактеристики на Скалата на надеж, вредностите на Cronbach alpha се движат од 0.74 до 0.84 добиени на шест примероци студенти и два примерока на индивидуи кои посетуваат психолошки третман. Корелациите од тест-ретест за период од над десет недели се движат 0.80 и над таа вредност (Snyder et al., 1991). Во ова истражување, интерната конзистентност на ајтемите изнесува 0.72.

Скала за проактивно справување со стрес

Проактивното справување со стрес во оваа студија е дефинирано како "прототип на *позитивно справување* и се состои од градење општи ресурси кои ќе го потпомогнат постигнувањето на целите кои претставуваат предизвик и ќе го

унапредат личниот развој”. Мерниот инструмент користен за оваа намена претставува еднодимензионална потскала од Инвентарот за проактивно справување (Proactive Coping Inventory – PCI). Составена е од 14 ставки. Автори се психолозите Естер Гринглас и Ралф Шварцер (Greenglass & Schwarzer, 1998).

При конструкцијата на скалата за проактивно справување како екстерни критериуми се користени скалата на проактивни ставови и скалата за општо перципирана самоефикасност на Шварцер (Schwarzer, 1999) Проактивното справување ги интегрира мотивационите и интенционалните аспекти со волевите процеси на одржување (волиција).

Според теоријата, кога ќе се соочи со стрес, проактивниот справувач вклучува неколку когнитивни и психосоцијални процеси. Бидејќи проактивното справување опфаќа целно (намерно) пристапување до информациите за избирање и градење одреден тек на дејствијата, рефлексивното справување би требало да биде позитивно поврзано со проактивното справување. Во истовреме, проактивниот справувач ги интегрира планирањето, превентивните стратегии и социјалните ресурси и поставување саморегулаторна цел.

Како што и се очекува, скоровите на проактивното справување позитивно корелираат со некои од другите скали на Инвентарот вклучувајќи ги превентивното и рефлексивното справување, стратешкото планирање и барањето ресурси на поддршка.

Погоре во текстот веќе беше спомнато дека природата на проактивното справување е повеќедимензионална. Овие наоди го поддржуваат ова размислување за постоењето позитивна корелација помеѓу скалата на проактивно справување и останатите субскали, но со јасни докази дека, сепак, постојат кластери кои маркираат неколку дистинктивни димензии.

Секое од тврдењата се вреднува на 4-степен Ликертова скала од 1 - сосема неточно, 2 - делумно неточно, 3 - делумно точно и 4 - сосема точно. Вкупниот скор се добива со собирање на доделените вредности на секоја од ставките. Повисокиот скор упатува на повисок степен на проактивно справување.

Интерната конзистентност на скалата се движи од 0.80 до 0.85 (Cronbach alpha) (Greenglass et al., 1999). Вредноста на Кронбах алфа во ова истражување изнесува 0.71.

2.4. Примерок

Во конкретното истражување користен е пригоден примерок. Вклучени се 126 пациенти - мажи кои се хоспитализирани во болницата во периодот од август 2011 година до јуни 2012 година. Гледано развојно, испитаниците припаѓаат на средната и третата возрасна доба. Во средната доба има 62, а во третата 64 испитаници. Просечната возраст изнесува 64 години ($M=63.7$, $SD=8.1$). Најмладиот пациент има 45, а најстариот 80 години. Сите испитаници имаат завршено минимум средно образование (12 години), живеат со сопругата или се повеќечлено семејство; течно го зборуваат македонскиот јазик и се жители на Република Македонија.

Што се однесува до здравствената состојба како важен аспект на истражувачкиот контекст, вклучени се пациенти кои досега немале посериозни здравствени проблеми (мозочен удар, претходни оперативни зафати или други тешки заболувања) надвор од дијагнозата заради која се оперираат.

2.5. Тек на истражувањето

Прибирањето на податоците се одвиваше на денот на прием на пациентите во Одделот за кардиологија и полуинтензивна нега во ПЗУ ФИЛИП ВТОРИ. Тоа е денот за нивна подготовка пред операцијата која се извршува утредента. Прибирањето податоци се одвиваше во периодот од август 2011 г. до јуни 2012 година.

Инструментите беа пополнувани од страна на самите пациенти. Претходно им беше објаснета целта на истражувањето како и гаранцијата на анонимност на податоците и резултатите и нивна независност од нивниот актуелен хоспитален престој. Заедно беа разгледани инструкциите за пополнување и само во одредени

ситуации беа давани дополнителни неутрални мотивациски инструкции доколку се појавеше некаков проблем адресиран од страна на пациентот. Се водеше сметка секој прашалник да биде целосно пополнет без испуштени прашања/тврдења заради осетливоста поради малиот број ајтеми.

2.6.Обработка на податоците

Компјутерската обработка на добиените податоци е направена со користење на софтверскиот програм IBM SPSS, ver. 19.0.

Со оглед на тоа што се работи за диференцијално истражување во кое се анализираат главните, но и интеракциските ефекти на варијаблите, се применија статистички методи од дескриптивната и инференцијалната статистика адекватни за овој вид истражувања:

- аритметички средини (M), медијана (Mdn) и стандардни отстапувања (SD)
- двонасочна анализа на варијанса

Статистичките значајности на разликите се тестирани на ниво на значајност 0.05.

3. РЕЗУЛТАТИ

Во овој дел прикажани се добиените резултати по направената статистичка анализа во функција на тестирање на поставените хипотези.

3.1. Резултати од тестирањето на Хипотези 1 за поврзаноста меѓу проактивното справување со стрес, возраста и квалитетот на живот

3.1.1. Резултати во однос на димензијата *физичко здравје* од квалитетот на живот

Табела 1. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници – димензија *физичко здравје* (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справување	Квалитет на живот -физичко здравје- (M)	SD	N
Средна доба	пониско	49,48	11,59	32
	повисоко	64,34	12,37	31
	<i>Вкупно</i>	<i>57,03</i>	<i>14,06</i>	<i>63</i>
Трета доба	пониско	49,87	14,89	31
	повисоко	60,03	12,90	32
	<i>Вкупно</i>	<i>55,11</i>	<i>14,71</i>	<i>63</i>
Вкупно	пониско	49,68	13,24	63
	повисоко	62,15	12,73	63
	<i>Вкупно</i>	<i>56,06</i>	<i>14,36</i>	<i>126</i>

Табела 2. Димензија *физичко здравје* – возраст и проактивно справување: Резултати од АНОВА тест

Ефект	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	p
Возраст	118,896	1	118,896	0,700	0,404
Проактивно справ.	4851,435	1	4851,435	28,570	0,000**
Возраст*Проактивно справување	198,974	1	198,974	1,172	0,281
Грешка	20716,384	122	168,825		

**статистички значајно на ниво 0,01

Првиот главен ефект *возраст* ($F=0,78$ (1;122); $p>0,05$) не укажува на статистички значајни разлики помеѓу двете возрастни групи во однос на димензијата *физичко здравје* од квалитетот на живот пришто пациентите од средната доба не покажуваат подобро физичко здравје од пациентите од третата доба. Значи, хипотезата 1А во однос на димензијата *физичко здравје*. се отфрла.

Вториот главен ефект *проактивно справување со стрес* ($F=28,55$ (1;122); $p<0,01$) укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисоко и групата со пониско проактивно справување со стрес пришто пациентите со повисоко проактивно справување покажуваат подобро физичко здравје од пациентите со пониско проактивно справување. Овој наод ја потврдува хипотезата 1Б во однос на димензијата *физичко здравје*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=1,04$ (1;122); $p>0,05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и проактивното справување со стрес во однос на димензијата *физичко здравје*. Со тоа се отфрла хипотезата 1В, а се прифаќа хипотезата 1Г во однос на димензијата *физичко здравје* (Прилог 2, Табела 1).

3.1.2. Резултати во однос на димензијата *психолошки аспекти* од квалитетот на живот

Табела 3. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници – димензија психолошки аспекти (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справување	Квалитет на живот -психолошки аспекти- (M)	SD	N
Средна доба	пониско	59,06	13,87	32
	повисоко	70,72	11,47	31
	<i>Вкупно</i>	<i>64,98</i>	<i>13,90</i>	<i>63</i>
Трета доба	пониско	57,68	15,08	31
	повисоко	68,39	12,06	32
	<i>Вкупно</i>	<i>63,20</i>	<i>14,54</i>	<i>63</i>
Вкупно	пониско	58,37	14,39	63
	повисоко	69,54	11,73	63
	<i>Вкупно</i>	<i>64,09</i>	<i>14,20</i>	<i>126</i>

Табела 4. Димензија *психолошки аспекти* – возраст и проактивно справување: Резултати од АНОВА тест

Ефект	Сума на квадрати (SS)	Df	Средни квадрати (MS)	F	p
Возраст	50,083	1	50,083	0,288	0,592
Проактивно справ.	4127,671	1	4127,671	23,744	0,000**
Возраст*Проактивно справување	16,867	1	16,867	0,097	0,756
Грешка	21208,477	122	173,839		

**статистички значајно на ниво 0,01

Првиот главен ефект *возраст* ($F=0.59$ (1;122); $p>0.05$) не укажува на статистички значајни разлики помеѓу двете возрастни групи во однос на димензијата *психолошки аспекти* од квалитетот на живот пришто пациентите од средната доба не покажуваат подобро физичко здравје од пациентите од третата доба. Значи, хипотезата 1А се отфрла во однос на димензијата *психолошки аспекти*.

Вториот главен ефект *проактивно справување со стрес* ($F=23,744$ (1;122); $p<0,01$) укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисоко и групата со пониско проактивно справување со стрес пришто пациентите со повисоко проактивно справување покажуваат подобри психолошки аспекти од пациентите со пониско проактивно справување. Овој наод ја потврдува хипотезата 1Б во однос на димензијата *психолошки аспекти*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=0,09$ (1;122); $p>0.05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и проактивното справување со стрес во однос на димензијата *психолошки аспекти*. Со тоа се отфрла хипотезата 1В, а се прифаќа хипотезата 1Г во однос на димензијата *психолошки аспекти* (Прилог 2, Табела 2).

3.1.3. Резултати во однос на димензијата *социјални релации* од квалитетот на живот

Табела 5. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници - димензија *социјални релации* (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справување	Квалитет на живот -социјални релации- (M)	SD	N
Средна доба	пониско	55,52	16,72	32
	повисоко	61,38	22,19	31
	<i>Вкупно</i>	<i>58,49</i>	<i>19,75</i>	<i>63</i>
Трета доба	пониско	61,68	15,54	31
	повисоко	64,03	13,08	32
	<i>Вкупно</i>	<i>62,89</i>	<i>14,42</i>	<i>63</i>
Вкупно	пониско	58,60	16,45	63
	повисоко	62,72	18,05	63
	<i>Вкупно</i>	<i>60,71</i>	<i>17,34</i>	<i>126</i>

Табела 6. Димензија *социјални релации* – возраст и проактивно справување: Резултати од АНОВА тест

Ефект	Сума на квадрати (SS)	df	Средни квадрати (MS)	F	p
Возраст	619,841	1	619,841	2,072	0,153
Проактивно справ.	638,000	1	638,000	2,132	0,147
Возраст*Проактивно справување	113,349	1	113,349	0.379	0.539
Грешка	36674.986	122	298.171		

Првиот главен ефект *возраст* ($F=2,07$ (1;122); $p>0,05$) не укажува на статистички значајни разлики помеѓу двете возрасни групи во однос на димензијата *социјални релации* од квалитетот на живот пришто пациентите од средната доба не покажуваат подобро и социјални релации од пациентите од третата доба. Значи, хипотезата 1А се отфрла во однос на димензијата *социјални релации*.

Вториот главен ефект *проактивно справување со стрес* ($F=2,132$ (1;122); $p>0,05$) исто така не укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисоко и групата со пониско проактивно справување со стрес пришто пациентите

со повисоко проактивно справување не покажуваат подобри социјални релации од пациентите со пониско проактивно справување. Со овој наод се отфрла хипотезата 1Б во однос на димензијата *социјални релации*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=0,33$ (1;122); $p>0.05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: односно, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и проактивното справување со стрес во однос на димензијата *социјални релации*. Со тоа се отфрла хипотезата 1В, а се прифаќа хипотезата 1Г во однос на димензијата *социјални релации* (Прилог 2, Табела 3)

3.1.4. Резултати во однос на димензијата *средина* од квалитетот на живот

Табела 7. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници - димензија *средина* (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справување	Квалитет на живот -средина- (M)	SD	N
Средна доба	пониско	58,55	12,92	32
	повисоко	65,97	14,98	31
	Вкупно	62,32	14,38	63
Трета доба	пониско	60,39	14,00	31
	повисоко	64,45	12,78	32
	Вкупно	62,48	13,43	63
Вкупно	пониско	59,47	13,39	63
	повисоко	65,20	13,81	63
	Вкупно	62,40	13,86	126

Табела 8. Димензија *средина* – возраст и проактивно справување: Резултати од АНОВА

Ефект	Сума на квадрати (SS)	df	Средни квадрати (MS)	F	p
Возраст	457	1	457	0,002	0,961
Проактивно справ.	983,790	1	983,790	5,173	0,025*
Возраст*Проактивно справување	22,126	1	22,126	0,116	0,734
Грешка	23200,211	122	190,166		

*статистички значајно на ниво 0,05

Првиот главен ефект *возраст* ($F=0,00$ (1;122); $p>0.05$) не укажува на статистички значајни разлики помеѓу двете возрасни групи во однос на димензијата *средина* од квалитетот на живот пришто пациентите од средната доба не покажуваат подобро и социјални релации од пациентите од третата доба. Значи, хипотезата 1А се отфрла во однос на димензијата *средина*.

Вториот главен ефект *проактивно справување со стрес* ($F=5,173$ (1;122); $p>0,05$) укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисоко и групата со пониско проактивно справување со стрес пришто пациентите со повисоко проактивно справување подобро ја оценуваат средината од пациентите со пониско проактивно справување. Со овој наод се отфрла хипотезата 1Б во однос на димензијата *средина*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=0,12$ (1;122); $p>0.05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: односно, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и проактивното справување со стрес во однос на димензијата *средина*. Со тоа се отфрла хипотезата 1В, а се прифаќа хипотезата 1Г во однос на димензијата *средина* (Прилог 2, Табела 4).

3.2. Резултати од тестирањето на Хипотези 2 за поврзаноста меѓу надежта, возраста и квалитетот на живот

3.2.1. Резултати во однос на димензијата *физичко здравје* од квалитетот на живот

Табела 9. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници - димензија *физичко здравје* (возраст и надеж)

Возраст	Надеж	Квалитет на живот -физичко здравје- (M)	SD	N
Средна доба	пониска	50,45	10,40	32
	повисока	63,41	14,33	31
	<i>Вкупно</i>	<i>57,03</i>	<i>14,06</i>	<i>63</i>
Трета доба	пониска	51,06	12,76	31
	повисока	59,16	15,59	32
	<i>Вкупно</i>	<i>55,11</i>	<i>14,71</i>	<i>63</i>
Вкупно	пониска	50,76	11,57	63
	повисока	61,28	15,01	63
	<i>Вкупно</i>	<i>56,06</i>	<i>14,36</i>	<i>126</i>

Табела 10. Димензија *физичко здравје* – возраст и надеж: Резултати од АНОВА тест

Ефект	Сума на квадрати (SS)	df	Средни квадрати (MS)	F	p
Надеж	3133,353	1	3133,353	16,935	0,000**
Возраст*Надеж	61,033	1	61,033	0,330	0,567
Грешка	22572,407	122	185,020		

**статистички значајно на ниво 0,01

Главниот ефект *надеж* ($F=16,93$ (1;122); $p<0.01$) укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисока и групата со пониска надеж при што пациентите со повисока надеж покажуваат подобро физичко здравје од пациентите со пониска надеж. Овој наод ја потврдува хипотезата 2А однос на димензијата *физичко здравје*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=1,04$ (1;122); $p>0.05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и надежта во однос на димензијата *физичко здравје*. Со тоа се отфрла хипотезата 2Б, а се прифаќа хипотезата 2В во однос на димензијата *физичко здравје* (Прилог 2, Табела 5)

3.2.2. Резултати во однос на димензијата *психолошки аспекти* од квалитетот на живот

Табела 11. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници - димензија *психолошки аспекти* (возраст и надеж)

Возраст	Надеж	Квалитет на живот -психолошки аспекти- (M)	SD	N
Средна доба	пониска	59,03	13,54	32
	повисока	70,75	13,81	31
	<i>Вкупно</i>	<i>64,98</i>	<i>13,90</i>	<i>63</i>
Трета доба	пониска	60,12	15,62	31
	повисока	66,28	12,87	32
	<i>Вкупно</i>	<i>63,20</i>	<i>14,54</i>	<i>63</i>
Вкупно	пониска	59,59	14,53	63
	повисока	68,52	12,46	63
	<i>Вкупно</i>	<i>64,09</i>	<i>14,20</i>	<i>126</i>

Табела 12. Димензија *психолошки аспекти* – возраст и надеж: Резултати од АНОВА тест

Ефект	Сума на квадрати (SS)	df	Средни квадрати (MS)	F	p
Надеж	2605,720	1	2605,720	14,071	0,000**
Возраст*Надеж	155,383	1	155,383	0,939	0,361
Грешка	22591,912	122	185,180		

**статистички значајно на ниво 0,01

Главниот ефект *надеж* ($F=14,07$ (1;122); $p<0.01$) укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисока и групата со пониска надеж при што пациентите со повисока надеж покажуваат подобри психолошки аспекти од пациентите со пониска надеж. Овој наод ја потврдува хипотезата 2А во однос на димензијата *психолошки аспекти*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=1,04$ (1;122); $p>0.05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и надежта во однос на димензијата *психолошки аспекти*. Со тоа се отфрла хипотезата 2Б, а се прифаќа хипотезата 2В во однос на димензијата *психолошки аспекти* (Прилог 2, Табела 6)

3.2.3. Резултати во однос на димензијата *социјални релации* од квалитетот на живот

Табела 13. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници - димензија *социјални релации* (возраст и надеж)

Возраст	Надеж	Квалитет на живот -социјални релации- (M)	SD	N
Средна доба	Пониска	51,13	16,97	32
	Повисока	65,63	19,88	31
	<i>Вкупно</i>	<i>58,49</i>	<i>19,75</i>	<i>63</i>
Трета доба	пониска	59,94	13,63	31
	повисока	65,84	14,78	32
	<i>Вкупно</i>	<i>62,89</i>	<i>14,42</i>	<i>63</i>
Вкупно	пониска	55,60	15,87	63
	повисока	65,73	17,37	63
	<i>Вкупно</i>	<i>60,71</i>	<i>17,34</i>	<i>126</i>

Табела 14. Димензија социјални релации – возраст и надеж: Резултати од АНОВА тест

Ефект	Сума на квадрати (SS)	df	Средни квадрати (MS)	F	p
Надеж	4052,779		4052,779	15,271	0,000**
Возраст*Надеж	825,695	1	825,695	3,111	0,080
Грешка	33437,078	122	271,846		

**статистички значајно на ниво 0,01

Главниот ефект *надеж* ($F=15,27$ (1;122); $p<0.01$) укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисока и групата со пониска надеж при што пациентите со повисока надеж покажуваат подобри социјални релации од пациентите со пониска надеж. Овој наод ја потврдува хипотезата 2А во однос на димензијата *социјални релации*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=3,111$ (1;122); $p>0.05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и надежта во однос на димензијата *социјални релации*. Со тоа се отфрла хипотезата 2Б, а се прифаќа хипотезата 2В во однос на димензијата *социјални релации* (Прилог 2, Табела 7).

3.2.4. Резултати во однос на димензијата *средина* од квалитетот на живот

Табела 15. Дескриптивни податоци за субгрупите испитаници - димензија *физичко здравје* (возраст и надеж): Резултати од АНОВА тест

Возраст	Надеж	Квалитет на живот -средина- (M)	SD	N
Средна доба	пониска	55,97	11,76	32
	повисока	68,47	14,16	31
	<i>Вкупно</i>	<i>62,32</i>	<i>14,38</i>	<i>63</i>
Трета доба	пониска	59,50	12,65	31
	повисока	65,47	13,71	32
	<i>Вкупно</i>	<i>62,48</i>	<i>13,43</i>	<i>63</i>
Вкупно	пониска	57,76	12,25	63
	повисока	66,97	13,91	63
	<i>Вкупно</i>	<i>62,40</i>	<i>13,85</i>	<i>126</i>

Табела 16. Димензија *средина* – возраст и надеж: Резултати од АНОВА тест Резултати од АНОВА

Ефект	Сума на квадрати (SS)	df	Средни квадрати (MS)	F	p
Надеж	3070,968	1	3070,968	18,164	0,000**
Возраст*Надеж	508,965	1	508,965	3,010	0,085
Грешка	20626,194	122	169,067		

**статистички значајно на ниво 0,01

Главниот ефект *надеж* ($F=18,164$ (1;122); $p<0.01$) укажува на статистички значајни разлики помеѓу групата со повисока и групата со пониска надеж при што пациентите со повисока надеж ја оценуваат средината подобро од пациентите со пониска надеж. Овој наод ја потврдува хипотезата 2А во однос на димензијата *средина*.

Статистички незначајниот интеракциски ефект ($F=3,010$ (1;122); $p>0.05$) укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу возраста и надежта во однос на димензијата *средина*. Со тоа се отфрла хипотезата 2Б, а се прифаќа хипотезата 2В во однос на димензијата *средина* (Прилог 2, Табела 8)

4. ДИСКУСИЈА

4.1. Дискусија на резултатите од Хипотези 1 за поврзаноста меѓу проактивното справување со стрес, возраста и квалитетот на живот

4.1.1. Дискусија на резултатите за поврзаноста на проактивното справување со стрес и квалитетот на живот

Хипотезата 1А гласи: Пациентите со повисок степен на проактивно справување со стрес имаат поквалитетен живот од пациентите со понизок степен на проактивно справување.

Резултатите покажаа дека пациентите со повисок степен на проактивно справување живеат поквалитетно во однос на три од четирите димензии на квалитетот на живот со што оваа хипотеза делумно се прифати.

Пациентите кои имаат повисок степен на проактивно справување се изјасниле дека имаат подобро физичко здравје, психолошките аспекти ги проценуваат како подобри и средината во која живеат ја перципираат во подобро светло. Единствено значајни разлики не се покажаа во социјалните релации кои опфаќаат персонални релации, социјална поддршка и сексуална активност. Добиените разлики на димензиите на квалитетот на живот во однос на степенот на проактивно справување отвараат простор за детална анализа особено што проактивното справување опфаќа во себе позитивен приод кон соочувањето со стресорите, а пациентите кои се предмет на ова истражување се токму во фаза кога исчекувањето на оперативниот зафат за нив претставува доминантен стресор. Недвојбено, овој вид справување можеме да го поврземе со позитивните личносни црти, а тие пак со подобрувањето на квалитетот на животот и превенирање на психопатолошките појави.

Проактивното справување како прототип на позитивно справување вклучува градење општи ресурси кои ќе го потпомогнат постигнувањето на целите кои претставуваат предизвик и се со потенцијал да го унапредат личниот развој. Поврзаноста на овој вид справување со физичкото здравје како аспект на квалитетот на живот можеме да ја бараме во предизвикот како носечки двигател

на проактивното справување. Испитаниците во ова истражување, во основа, се со нарушена здравствена состојба и она што овие наоди го кажуваат е дека оние пациенти кои имаат повисок степен на проактивно справување и сопственото физичко здравје го доживуваат подобро. Оваа група пациенти имаат тенденција да менаџираат со целите, а не со ризиците. Тоа значи дека во нивниот ментален склоп доминираат мисли поврзани со позитивен исход од оперативниот зафат и продолжување со животот. Својата здравствена состојба ја гледаат низ призмата на предизвик и проспективно себепозиционирање во иднината што ги води кон ангажирање на сите расположиви ресурси за да се пројде оваа фаза.

На другата страна, пак, стојат пациентите кои се со понизок степен на проактивно справување кои низ процесот на подготовка предоперативно претежно менаџираат со ризиците. Па, во менталниот склоп на овие луѓе доминираат мисли врзани за евентуални компликации и лоши исходи од процесот низ којшто ќе треба да поминат. Кај нив можеме да кажеме дека применуваат други форми на справување како што се антиципаторното и превентивното. Искористувањето на личносните капацитети кај овие лица е помалку ефикасно, бидејќи мислите ориентирани кон ризици и загуби особено го трошат организмот ставајќи го во поголем стрес кој физиолошки се одразува со поголема потрушувачка на енергија, но ја модулира и севкупната психофизиологија.

Разликите на психолошките аспекти од квалитетот на живот во однос на степенот на проактивното справување можеме да ги поврземе преку теоријата на конзервација на ресурсите (Hobfoll, 1988, 1989) особено преку процесите на задржување на ресурсите кои веќе се поседуваат, но и поставувајќи се себе си така да овие ресурси се искористат што е можно подобро. Оваа теорија вели дека доживувањето дека постои загрозеност на постоечките ресурси веќе иницира стресна реакција и чувство на загрозеност. Луѓето кои проактивно се справуваат со стресот се поотворени да ги препознаат сопствените ресурси, а тоа е во директна врска со аспектите што оваа димензија на КЖ ги опфаќа. Тука се, самодовербата, позитивните наспрема негативните чувства, когнитивното функционирање (мислење, учење, концентрација), спиритуалноста, телесниот изглед. Се' што е набројано, впрочем, може да се дефинира како ресурси со кои располага личноста.

Подеднакво важен за објаснување на оваа поврзаност е и моделот на ресурсите на проактивно справување и исходите (прикажан во теоретската разработка на концептот). Па така, пациентите кои имаат висок степен на проактивно справување немаат чувство дека овие ресурси кај нив се загрозени кога се подготвуваат за сложен оперативен зафат туку, напротив, овие ресурси ги препознаваат како моќни поддржувачи во процесот на справување со актуелниот стрес. Имајќи ги како поддршка во позадина, тие целиот процес го доживуваат како предизвик низ којшто треба да поминат. Особено важен аспект на проактивното справување е тоа што претставува посредувач помеѓу ресурсите и исходите. Внатрешните ресурси може да вклучат оптимизам и верување во себефикасноста како и останатите афективни и когнитивни компоненти. Овој модел зборува и за надворешните ресурси кои се наоѓаат во социјалниот контекст и вклучува различни форми на поддршка како што е достапноста до информации, практичната помош и/или емоционалната поддршка. Ова го потврдија и наодите од ова истражување кои покажаа дека проактивните справувачи попозитивно ги оценуваат и аспектите на средината во која живеат. Тоа се чувството на финансиска сигурност, достапност до здравствена грижа, задоволство од домашната, но и физичката средина што ги опкружува итн. Овие содржини на средината, исто така, претставуваат важен извор на сигурност и се агенци кои го диктираат квалитетот на животот на една единка.

Но, ова истражување не покажа разлики во однос на социјалните релации коишто може да имаат повеќе функции како што се споделувањето на чувствата во емотивно поддржувачка релација, како и самоефикасноста којашто колку е повисока толку повеќе таа индивидуа ќе ја забележува и поддршката од луѓето наоколу. Засега може само да се шпекулира околу можните влијанија за вакадобиените резултати. Дали фактот што во истражувањето се вклучени само машки испитаници има некаква поврзаност со овој социјален аспект на квалитетот на живот и проактивното справување? Ваквото размислување произлегува од прелиминарните сознанија на Тејлор и сор. (Taylor et al., 2000) кои воведуваат нов концепт во сферата на справување со стресот, а тоа е *грижи се и пријателствувај (tend and befriend)* кадешто велат дека жените се со тенденција многу повеќе да го вклучуваат социјалниот аспект во фазите на дистрес отколку мажите кои почесто се раководат по оној добро познат принцип на *борба или бекство (fight or flight)*.

Оттука и забелешката дека без разлика на степенот на проактивно справување (повисоко или пониско), можеби кај мажите тоа не се одразува врз квалитетот на социјалните релации како димензија на квалитетот на живот.

4.1.2. Дискусија на резултатите за поврзаноста на возраста и квалитетот на живот

Хипотезата 1Б гласи: Пациентите од средната возрасна доба имаат поквалитетен живот од пациентите од третата возрасна доба.

Резултатите покажаа дека не постојат статистички значајни разлики во однос на сите четири димензии на квалитетот на живот кај пациентите од средната и третата возрасна доба. Со други зборови кажано, без разлика на возрасната доба на која припаѓаат пациентите, тие покажуваат сличен квалитет на живот во однос на физичкото здравје (тука се опфаќаат секојдневните активности, зависноста од медицински третман, енергија и изнемоштеност, мобилност, болка и nelaгодност, спиење и одмор и работен капацитет), психолошките аспекти (телесна слика и изглед, негативни и позитивни чувства, самодоверба, спиритуалност, когнитивно функционирање), социјалните релации (персонални релации, социјална поддршка, сексуална активност) и средината (финансиски извори и сигурност, достапност и квалитет на здравствената грижа, домашната и физичката средина, практикување рекреативни активности и можности за стекнување нови вештини и информации).

Ваквите добиени резултати отвораат простор за размислување во прилог на т.н идеографски модели за квалитетот на живот кои подетално ги обработуваат Девински и Крамер (Devinsky & Cramer, 1993). Имено, иако здраворазумски се очекува помладите пациенти да покажуваат подобар квалитет на живот сепак, она што овие модели го протезираат се индивидуалните вредности, интерпретации и перцепции, задоволството со соопствената позиционираност, околностите и приоритетите во животот. Па така, без разлика на возраста и некои практични очекувања, на крајот по сè изгледа дека повторно се потврдува тезата за постоењето на наши внатрешни, иманентни параметри во однос на кои ги проценуваме нашите позиции во животот, добросостојбата, постигнувањата,

задоволството и тн. Иако стареењето се поврзува со опаѓање на многу психофизички и социјални извори на добробит (приходите по пензионирањето, нарушеното здравје, осиромашувањето на социјалната мрежа...), сепак во третата возрастна доба постои и пластичност, па може да се отпочне со нови улоги и активности оптимизирани на здравствениот статус на секој од овие постари лица.

Тенденцијата за приближување на разликите во квалитетот на живот помеѓу двете групи испитаници во ова истражување може да се објасни и низ призмата на гледање што ја имаат пациентите од средната возрастна доба, а тоа е дека тие се погодени од нарушената здравствена состојба и целиот процес на хоспитализација, а и животот понатаму го доживуваат како поголем пораз отколку постарите пациенти. Во разговорите со овие помлади пациенти многу почесто се начнува темата за инвалидитет и хендикепираност отколку со постарите. Ова е сосема разбирливо бидејќи помладите пациенти ја имаат перспективната димензија за продолжување со творечки живот што се разликува од оние постарите кај кои има собирање на плодовите од претходниот нивен труд.

Интересно е овде да се споменат и две истражувања кои се надоврзуваат на овие наоди. Имено, Шварц и Спрангерс (Schwartz & Sprangers, 2000) забележале дека луѓето со сериозни болести често кажуваат дека нивниот КЖ е еднаков или дури и подобар во споредба со луѓе кои имаат помалку сериозни болести или се здрави, при што се појавува една контрадикторна слика помеѓу клиничките мерки и себеevaluацијата на пациентите. Авторите велат дека оваа слика е рефлексивна на динамичната природа на КЖ којашто е позната под поимот *пресврт во одговорот (response shift)*. Овој поим се однесува на промената во значењето при евалуација на конструктот како резултат на промена на внатрешните мерни стандарди, промена на вредностите или редефинирање на конструктот. Во студиите кадешто има повторени мерења, пресвртот во одговорот понекогаш може да го маскира или да го пренагласи терапевтскиот ефект ако пациентите се известувачи за исходот, како што во ова истражување е квалитетот на живот. Но, Фава и Руини (Fava & Ruini, 2003) велат дека постигнувањето на пресврт во одговорот може да биде корисно и да се употреби како разумна терапевтска цел со која им се помага на пациентите да се адаптираат на новонастанатите здравствени предизвици. Во прилог на овие наоди и

претпоставки одат и наведените студии во делот *Развојни аспекти на справувањето*.

Кон објаснувањето на вака добиените резултати може да се приклучи и процесот на примеркување особено кај пациентите од третата возрасна доба. Имено, тоа се пациенти кои, иако се постари, претходно немале посериозни здравствени отстапувања, живеат во потполни семејства и претходно биле во работен однос, па и сопствениот квалитет на живот го проценуваат повисоко.

4.1.3. Дискусија на резултатите за интеракцискиот ефект на проактивното справување со стрес и возраста во однос на квалитетот на живот

Хипотезите за проверка на интеракцискиот ефект гласат:

Хипотеза 1В: Пациентите од средната доба со повисок степен на проактивно справување со стрес имаат најквалитетен живот.

Хипотеза 1Г: Нема разлики во квалитетот на живот меѓу пациентите со повисок степен на проактивно справување со стрес од средната доба и пациентите со повисок степен на проактивно справување со стрес од третата доба

Статистички незначајниот интеракциски ефект укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли: во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу проактивното справување со стрес и возраста во однос на сите четири димензии.

4.2. Дискусија на резултатите од Хипотези 2 за поврзаноста меѓу надежта, возраста и квалитетот на живот

4.2.1. Дискусија на резултатите за поврзаноста меѓу надежта и квалитетот на живот

Хипотезата 2А гласи: Пациентите со повисока надеж имаат поквалитетен живот од пациентите со пониска надеж.

Во ова истражување се покажа дека постои поврзаност помеѓу надежта и квалитетот на живот кај сите четири димензии на квалитетот на живот – физичкото здравје, психолошките аспекти, социјалните релации и средината.

Поврзаноста на надежта со физичкото здравје во случајот на ова истражување може да се разгледува преку нејзината примена на секундарно и терцијарно ниво. Подготовките на пациентите за кардиохируршки зафат ги става во групата на оние коишто имаат потреба од секундарно и терцијарно ниво на здравствена нега. Досегашните искуства на авторот веќе укажуваат дека надежта е поврзана со квалитетот на здравјето што се потврди и во ова испитување. Имено, пациентите со повисока надеж имаат и подобро физичко здравје во споредба со оние со пониска надеж. Овие пациенти се доживуваат помалку зависни од медицински третман, помалку се изнемоштени и со повеќе енергија, помобилни се, чувствуваат помалку болка и nelaгода, спијат подобро и се чувствуваат поодморено и имаат поголем работен капацитет. Позитивните уверувања се поврзани со подобро физичко здравје преку промовирање на подобри здравствени навики. Индивидуите кои имаат позитивно себевреднување и веруваат дека имаат контрола врз случувањата во животот, почесто практикуваат здрави животни навики (Tylor & Brown, 1994).

Во ова истражување, болеста веќе се јавила па првенствено можеме да зборуваме за секундарна превенција како процес во кој надежта игра важна улога. Надежта се поврзува со подобро прилагодување на хронични состојби како што е коронарната артериска болест. Болните луѓе со висока надеж наспрема оние со ниска имаат тенденција да ја одржат енергијата фокусирана на она што им е потребно во процесот на оздравувањето (Hamilton & Ingram, 2001). Понатаму, Снајдер и Палверс (Snyder & Pulvers, 2001) заклучуваат дека повисоката анксиозност кај ниско надежните луѓе може да доведе до избегнувачки стил на справување и понатаму тоа да се одрази негативно врз нивното здравје. Меѓутоа, со извршувањето на оперативниот зафат и поминатото неколкудневно непосредно постоперативно лекување не завршува овој мачен пат. Напротив, следи исто толку важниот период на домашно опоравување. Повисокото ниво на надеж овде може да биде потпора на овој рехабилитационен процес кој во себе не само што вклучува следење на препорачаните лекарски совети, туку и преземање чекори за превенирање на евентуални идни оштетувања на здравјето.

Снајдер и сор. (Snyder et al., 2000) заклучуваат дека луѓето со повисока надеж ги користат информациите за нивната физичка болест повеќе во своја корист. Овие луѓе ги користат информациите за етиологијата на нивната болест со

цел да го практикуваат она што им помага, а да го избегнуваат она што им штети. Се покажува и дека луѓето со висока надеж повеќе практикуваат облици на превентивно однесување во споредба со оние со ниска надеж (Snyder, Harris et al., 1991). Ова е особено важно кај оние лица кај кои бихевиоралните етиолошки фактори се значајни во настанувањето на нивната болест, па за среќа, со нивна промена во насока на позитивно здравствено однесување може да има и позитивни ефекти врз нивното физичко здравје. Така, надежното размислување е поврзано со активности кои помагаат во превенцијата на телесните заболувања, но и во процесот на нивното лекување и опоравување.

Позитивната корелираност на надежта со психолошките аспекти како втора димензија на квалитетот на живот можеме да ја интегрираме преку мотивацијата како мост. Една од дефинициите за мотивираноста вели дека тоа е внатрешна состојба која го покренува и насочува однесувањето кон специфични објекти или цели (Larsen & Buss, 2008). Имено, проактивните справувачи се мотивирани да го проценуваат предизвикот, оние со низок степен на вакво справување се мотивирани да го проценуваат ризикот. WHOQOL-BREF психолошките аспекти ги операционализира преку ајтеми поврзани за телесната слика, чувствата, самодовербата и когнитивните функции. Кај испитуваните пациенти (оние со повисока надеж), ретроградно гледано, примарна цел била да донесат одлука да се оперираат, додека примарна цел на денот на приемот е да ја преживеат операцијата и нивниот здравствен проблем да биде решен. Овие пациенти имаат поголема сила на вољата која е резервоар на решителност и посветеност на која овие пациенти се повикуваат за да ги придвижи во насока на постигнување на целта. Кај нив има ведрина и живост во волебото размислување.

Искуството покажува дека волебото размислување полесно може да се активира кога размислуваме за важни цели – а да се преживее операцијата е повеќе од една таква цел. Паралелно со силата на вољата, подеднакво важна е и силата на патиштата која се исполува преку менталните планови или мапи кои ја водат надежната мисла. Кај пациентите со повисока надеж струи мислата: *Јас можам да ја издржам операцијата... јас сакам да ја преживеам операцијата и да оздравам затоа што имам планови кои треба да ги довршам... Јас не размислувам дека ќе умрам туку дека ќе продолжам да живеам... Луѓето со високо надежно размислување имаат флексибилен когнитивен апарат. Тие секогаш*

размислуваат како да изнајдат различни начини и патишта до исполнување на целта. Во нашиов случај, цел може да биде изнаоѓање конструктивни начини за справување со дистресот кој го преплавува организмот во миговите на исчекување на клучниот момент – оперативниот зафат.

Во овој труд се покажа поврзаност и во однос на третата димензија од квалитетот на живот со надежта т.е се покажа дека пациентите со повисока надеж имаат поквалитетни социјални релации. Односот помеѓу овие концепти го гледаме преку поддршката што надежното мислење и интерперсоналните релации ја имаат во процесот на справување со една животна криза која го покренува егзистенцијалниот страв и егзистенцијалните прашања. Силата на вољата и силата на патиштата својата енергија ја црпат и од опкружувањето кое го имаме како човечки ресурси, па така ако социјалните ресурси се побогати и вољата и патиштата ќе се посилни при нивното покревање, а со тоа и социјалните релации ќе бидат на повисоко ниво.

Последната димензија на квалитетот на живот - средина – пациентите со повисока надеж, исто така, ја оценуваат на повисоко ниво. Оваа димензија ги покрива ресурсите кои доаѓаат од надворешната средина. Иако во некои модели на квалитетот на живот се дефинира како објективен показател за квалитетот на живот, сепак, многу поважен е индивидуализираниот приод во кој индивидуата прави лична проценка на овие надворешни ресурси. Изворите на поддршка од средината се неопходни во јасното поставување на целите, и како извори на сила на волево мислење и патиштата. Средината во себе ги опфаќа финансиските аспекти, пристапот до медицинските услуги, можноста за стекнување нови вештини итн. За пациентите кои се регрутирани за оперативен зафат, овие надворешни средински аспекти се суштински важни. Понадежните пациенти овие ресурси се поподготвени да ги препознаат и поподготвени се да ги искористат како ресурсни агенции на патот кон барање на решението. Дури и во ситуациите кога овие ресурси објективно се на ниско ниво, луѓето со високо надежно мислење ги ангажираат своите волеви капацитети да изнаоѓаат нови начини со кои ќе ги постигнат целите. Ретроспективно, тоа првично значи да се стигне до соодветен медицински центар каде ќе можат да го подобрат нарушеното здравје, а кога веќе ќе стигнат во болницата тоа е гледање проспективно кадешто решавањето на здравствениот проблем ќе овозможи стекнување нови вештини, подобра

здравствена заштита, подобрување на финансиската состојба, практикување слободни активности итн.

4.2.2, Дискусија на резултатите за интеракцискиот ефект меѓу надежта и возраста во однос на квалитетот на живот

Хипотезите за проверка на интеракцискиот ефект гласат:

Хипотеза 2Б: Пациентите од средната доба со повисока надеж имаат најквалитетен живот.

Хипотеза 2В: Нема разлики во квалитетот на живот меѓу пациентите со повисока надеж од средната доба од пациентите со повисока надеж од третата доба

Статистички незначајниот интеракциски ефект укажува дека нема заемно дејство на двете варијабли, во случајов, нема интеракциски ефект помеѓу надежта и возраста во однос на сите четири димензии од квалитетот на живот.

4.3. Методолошки ограничувања на истражувањето

Изработката на истражувачка методолошка рамка со популација којашто ја карактеризира висок степен на хетерогеност е предизвик што беше случај и за ова истражување. Имено, колку што по својата природа е комплексна дефиницијата за тоа што е здравје, исто толку комплексен е поимот нарушено здравје и болест. Во теоретскиот дел на истражувањето исто така може да се види и комплексноста на поимот - квалитет на живот. Изборот на пациенти кои се подвргнуваат на кардиохируршки зафат, а не и на други хируршки зафати, беше направен од две причини: а) најголем е бројот на приеми на овој тип пациенти во институцијата во којашто е спроведено истражувањето (по бројноста се најдостапни) и следствено на тоа, б) искуството во работата со нив е најголемо. И покрај стеснувањето на популацијата со избор само на овој тип пациенти, проблемот со хетерогеност и понатаму останува присутен. Етиолошките фактори кои водат до оштетувања на срцето и потреба за оперативен зафат се многубројни, а и кардиохируршките зафати сами по себе опфаќаат бројни процедури. Но, иако во етиологијата на

коронарната артериска болест и болестите на срцевите валвули лежат различни фактори и иако самите хируршки процедури се различни, сепак во трудот типот на кардиохируршкиот зафат нема да се смета за релевантна варијабла. Причината за ова лежи во фактот дека и покрај различностите во етиологијата и хируршките процедури на лекување, сепак, според варијаблите кои се истражуваат и според перцепцијата на болеста што пациентите ја имаат, сосема прифатливо е да се сметаат како една група.

Посебен проблем во изготвувањето на црти во кои се вклучуваат пациенти лежи во високиот степен на разноликост на здравствената состојба во која тие се наоѓаат, а според природата на ова истражување, здравствената состојба е важна релевантна варијабла која во себе вклучува бројни познати и непознати фактори кои треба да се имаат на ум. Впрочем, ова беше и најголемиот предизвик – да се дефинираат релевантните варијабли и истите да се држат под контрола колку што е тоа можно. За таа цел, направен е потесен избор на примерок што од една страна ја подобрува интерната валидност, но ја загрозува екстерната валидност на истражувањето. Па така, во истражувањето беа вклучени пациенти кои претходно немале сериозни здравствени проблеми освен здравствениот проблем заради којшто се хоспитализираат, немале крупни стресни настани во блиското минато и живеат со семејства. За пациентите од средното доба беше фактор на вклучување да бидат вработени (или имаат некаков сигурен извор на финансии).

Понатаму, бидејќи се работи за скали со тврдења и прашања кои во себе вклучуваат апстрактна природа, се покажа оправдано да се исклучат пациентите со ниско образование и ниско интелектуално функционирање, затоа што искуството покажува дека во такви ситуации се добиваат невалидни - бескорисни резултати. Ваквата селекција обезбеди прилично чист примерок, но во истовреме ја органичува можноста за генерализирање на добиените резултати. Заради добивање прилично хомоген примерок (кој бара внимателна селекција на пациентите кои ќе бидат вклучени), се одрази и врз времетраењето на истражувањето коешто траеше над една година.

4.4. Идеи за идни истражувања

Конкретизирањето на проблемот на истражување произлезе од повеќегодишната пракса со кардиохируршки пациенти, но и следење на истражувањата спроведени на ова поле ширум светот. Тековното истражување отвори нови идеи за иницирање нови истражувања во повеќе насоки.

Квалитетот на живот како феномен и денес останува теоретски концепт за кој иако е многу пишувано, сеуште останува без јасна концептуална рамка и неговото понатамошно анализирање претставува предизвик. Особено останува да се види како овие пациенти го подразбираат овој поим и на кои негови аспекти тие ставаат повеќе акцент кога се подготвуваат за ваков тип оперативни зафати. Одговорите на овие прашања ќе помогнат да се деталзираат програми кои во себе ќе ги инкорпорираат и посебно внимание ќе посветат на она што им е на пациентите важно. Ова особено е од интерес заради увидот од важноста што психолошката поддршка ја има во текот на овој тежок период, а надежта и проактивното справување се всушност клучните елементи не само на поддршката, туку и на самоподдршката која е круцијална димензија при состојби на дистрес и кризи какви што се крупните оперативни зафати.

Ова истражување даде поттик и за евалуирање на психоедукативната предоперативна подготовка која се спроведува во болницата, а во светски рамки е веќе стандардна процедура за пациентите кои поминуваат посложени хируршки интервенции. Во фазата на предоперативната подготовка суштински важна е психолошката поддршка, а тоа значи јакнење на конструктивните капацитети на личноста. Кои пристапи даваат најдобри резултати во негувањето на овие капацитети сеуште останува на проценка на психологот кој ја спроведува подготовката. Овие моменти се особено важни ако се стават во интеракција со многу други психички процеси кои се актуелизираат во предоперативната фаза, а тоа се стравовите и неизвесноста од крајниот исход. Со оглед на фактот дека овие емоции се природно присутни и се дел од динамиката во овој стадиум на исчекување, се отвора прашањето за природата на оваа поврзаност и како тоа може да влијае врз квалитетот на живеењето понатаму.

Ограниченоста на овој нацрт во однос на полот на испитаниците е повод да се спроведат истражувања на оваа тематика во кои ќе бидат опфатени и жени.

Дали постојат родово специфични стратегии на справување со стресот пред сложени оперативни зафати останува да се истражува, а се отвора и прашањето дали надежното мислење има свои специфики кај мажите и жените и дали неговото инкорпорирање во личносната динамика оди по различни патишта. Се поставуваат и прашањата во врска со конкретизирање на психоедукативни интервенции кои би биле специфични за мажите и жените или пак можеби откривање на некои финеси во однос на некои елементи на подготовката ако воопшто е основано такво нешто да се прави.

Интересно е да се види и што се случува со надежта и проактивното справување кај пациенти кои имаат хронични заболувања каде што постои тенденција да се трошат ресурсите на личноста со текот на времето. Кои се патиштата преку коишто овие концепти им помагаат на пациентите да се справуваат со болеста поефикасно и како помагаат во градењето на перцепција кон болеста, се прашања кои се вредни за анализа.

Социјалниот контекст е секогаш подеднакво важен како во времето на болничкиот престој, така и во пред и постоперативниот период. Како неговата динамика се одразува врз процесот на опоравување по оперативниот зафат? Пациентот доаѓа од социјалното милје на коешто и се очекува да му се врати, а живееме во поднебје на стигматизираност на пациентите кои имаат кардиохируршки зафати. Овде е занимливо да се испитаат родовите и возрастните специфики на стереотипите и предрасудите кои постојат кај населението и као тие се поврзани со квалитетот на живот. Дали надежта и проактивното справување се поврзани со нив?

Надежта и проактивното справување со стрес се, исто така, дел од резилиентноста на личноста па од голема практична важност би биле сознанијата за нивната интеракција со останатите резилиентни потенцијали. Истражувањето на резилиентноста понатаму, може да ја осветли нејзината улога во квалитетот на животот особено во насока на негово подобрување, унапредување и негување.

Овие и многу други идеи кои произлегуваат од ова истражување и секојдневната пракса со пациентите, ќе бидат предизвик и предмет на идни истражувачки проекти.

5. ЗАКЛУЧОК

При осмислување на истражувањето водечка идеја беше да се опфатат конструкти од позитивно-развиен аспект низ призмата на развојната и здравствената психологија. Како што веќе беше споменато во воведниот текст на овој труд, меѓу другото, целта и овојпат е да се стави акцент врз предизвикот и надежноста. Можеби звучи парадоксално да се гледа на оперативните зафати како настани кои во себе можат да носат и потенцијал за промена, но емпиријата преку истражувањата го потврдува овој став. Имено, во едно истражување, авторите (Petrie et al. 1999) биле заинтересирани да утврдат дали болеста може да има позитивни ефекти врз понатамошниот личен развој. Наодите биле потврдни: скоро две-третини од испитаните пациенти (кои преживеале миокарден инфаркт) изјавиле дека имаат некаква лична придобивка како резултат на болеста три месеци по нејзиното појавување. Најчесто споменуваната позитивна придобивка (која ја навеле над 60% од испитаните) била промената кон поздрав начин на живот, но соопштувале подобрување и во релациите, ценењето на здравјето и животот, промени во животните приоритети и развивање на емпатијата.

Да се истражуваат овие концепти значи да се разгледуваат резилентните аспекти на личноста, а тоа е од особено значење кога се работи за пациенти кои се подготвуваат за еден сложен оперативен зафат кој буди кај нив бројни егзистенцијални и филозофски прашања врзани за животот и смртта. Во овие ситуации на дистрес и криза, стабилноста на личноста се става на испит, па присутни се ситуации кога пациентите развиваат посттравматски стресни реакции како последица на оперативниот зафат

Истражувањата за квалитетот на живот кај пациентите кои имаат одредени здравствени проблеми се доста актуелни како што, впрочем, се актуелни и истражувањата на овој концепт, генерално, кај целата популација. Анализирајќи ја поврзаноста на проактивното справување со стрес, возраста и надежта со квалитетот на живот, всушност, се направи обид да се дофатат само мал дел од аспектите кои можат да помогнат за негово подобрување. Токму и во позадина на овој труд стои идејата како да се подобри квалитетот на живот кај испитуваната популација. Поткрепа на оваа идеја е сè поприсутната свесност кај населението за подобрување на нивниот живот и јакнење на чувството на самодоверба. Но, и

здравствените работници кои се директно или индиректно вклучени во грижата за здравјето на луѓето, се, исто така, сè позаинтересирани не само да го проучуваат овој концепт, туку и сознанијата од теориските и практичните иследувања да ги аплицираат во нивните секојдневни работни програми. Особено важно е да се има на ум дека и самите пациенти доаѓаат и прифаќаат да бидат подвргнати на сложен оперативен зафат со една многу јасна цел - да си го подобрат квалитетот на животот.

За подобро да се разбере сложената поврзаност помеѓу интервенциите наменети за унапредување на квалитетот на живот, Фридман (Friedman, 1997) наведува два важни концепти својствени на човековата природа, тоа се себезачувувањето (self-preservation) и унапредувањето (enhancement). Овие концепти можеме да ги сметаме за фундаментални во процесите на надежното мислење и стратегиите за проактивно справување со стресот. Имено, се верува дека кај човекот постои порив да го зачува сопствениот живот и истиот да го унапредува. *Себезачувувањето* како поим често е проучуван од страна на правните науки како законско право на граѓанинот особено во ситуациите на самоодбрана. Но, ретко е проучуван како желба на човекот која има големи импликации врз квалитетот на животот.

Желбата за себезачувување се изразува на многу очигледни, но и необични начини. Денес луѓето се сè почесто во потрага по тајната за вечната младост – огромни суми на пари се трошат на разновидните третмани за подмладување почнувајќи од оние најбаналните па сè до сложени (и ризични) хируршки зафати, се пијат витамини и минерали, се купува скапа органска храна, се практикува јога, медитација, вежбање – со крајна цел да се зачува и продолжи животот. Се верува дека во основата на овој стремеж за себезачувување лежи длабоковкоренетата човекова желба за сопствената бесмртност. Прокреацијата е еден мошне конструктивен начин на којшто луѓето ја изразуваат и ја задоволуваат својата потреба за континуирано постоење. Иако преку прокреацијата луѓето не го продолжуваат својот сопствен живот по смртта, тие на некој начин продолжуваат да живеат во она што го оставиле зад себе. Тоа го остваруваат оставајќи го своето генетско наследство како родители и/или како поучувачи (учители) ги пренесуваат своите знаења, вредности и вештини на идните генерации. Луѓето во вистинската

смисла на зборот, ја постигнуваат бесмртноста кога она што го создале ќе остане зачувано за идните генерации.

Унапредувањето е, исто така, стремеж којшто ги придвижува луѓето откако ќе се осигура себезачувувањето. Тоа го надминува зачувувањето. Желбата за унапредување се манифестира преку аспирациите на луѓето да ги подобрат сопствените животи и животите на нивните блиски – да ги направат подобри од она што се во сегашноста. Начините на коишто луѓето се обидуваат да ги подобрат своите животи се практично неограничени, зависно од нивните потреби, амбиции и желби. Иако човековите аспирации може да бидат најразлични, една од нив е заедничка за сите, а таа е да се биде здрав – нешто што го надминува процесот на себезачувување. Особено постои стремеж да се подобрува менталното здравје. Луѓето се стремат подобро да заработуваат, да се задоволни од работата, прават промени во кариерата, се подвргнуваат на сложени медицински третмани и така натаму.

Причините за изнаоѓање начини за подобрување на квалитетот на живот лежат првенствено во фактот дека просечниот човеков век постојано расте. Се зголемува бројот на луѓе од третата возрасна доба кои имаат добро здравје и кои на староста гледаат како континуитет на својот личен развој, но за жал, расте и бројот на луѓе со нарушено здравје, хронични заболувања и различни форми на онеспособеност за кои е потребно да се обезбеди некаква заштита и нега и кадешто прашањето за квалитетот на животот станува уште поактуелно.

Па така, унапредувањето на квалитетот на живот е многу сложен процес кој изискува опфаќање на многу димензии и секако, бројни стручни лица од различни профили на биомедицинските, општествените и техничките науки.

Многудецениската клиничка пракса и искуство и ден-денес само потврдуваат дека холистичкиот пристап е непобитно најдобриот пристап во унапредување на квалитетот на животот кај пациентите, вклучително и на оние кои се со сериозни здравствени нарушувања. Поддршка за овие тврдења се следниве согледувања (според Friedman, 1997):

1. Стана јасно дека многу различни фактори го предодредуваат квалитетот на живот;

2. За да се унапреди квалитетот на живот кај поединецот, потребно е да работат професионалци од повеќе области;
3. Луѓето функционираат како целовити човечки битија. За да им се помогне адекватно и да се разберат подобро, треба да се набљудуваат и третираат холистички;
4. Проучувањето на квалитетот на живот треба да се идентификува како квантум на знаења и методолошки пристапи за негово полесно истражување.

Снајдер, Мичел и Чивенс (Snyder, Michael, & Cheavens, 1999a) наведуваат дека на пример, надежта е заеднички позитивен фактор кај повеќето различни терапевтски интервенции. Наведуваат дека таа може да игра важна интегративна улога при користењето на стратегиите за решавањето на проблемите (Snyder, Michael, & Cheavens, 1999b). Па така, *прво*, надежта може да има улога на модератор така што индивидуите со висока надеж поуспешно ги имплементираат стратегиите на справување. Во оваа смисла, какви и да се спецификите на таквите стратегии, високонадежните луѓе споредено со оние нисконадежните се посамоуверени во имплементирањето на плановите и повеќе веруваат дека овие планови ќе завршат успешно. Следствено, поголемата мотивираност да се користат одредени стратегии во комбинација со добро осмислени планови како да се постигнат истите, ќе води и кон подобро користење на различните стратегии за справување. *Второ*, високонадежните луѓе, особено оние со изразена сила на патиштата, ќе бидат поотворени да испробаат различни стратегии за справување. Самите стратегии претставуваат можни патишта при што целта може да биде подобро прилагодување или намален дистрес. Високонадежните луѓе, исто така, имаат алтернативни патишта да ги постигнат целите доколку избраниот пат од било кои причини е препречен. Така, пациентот кој се наоѓа во ситуација на дистрес може да генерира повеќе патишта за олеснување на дистресот. Може да побара помош од психологот/лекарот/свештеникот..., да се моли, да чита книга која го опушта, да разговара со некое блиско лице итн. Со други зборови, подготвен е да изнајде повеќе рути коишто ќе му помогнат да се почувствува подобро. Оние пациенти, пак, со пониска надеж, може пред себе да гледаат само една стратегија

за справување и ако таа стратегија е нефункционална, не гледаат друга алтернативна. Би рекле дека, високонадежните луѓе имаат пофлексибилен пристап при справувањето со потешко достижните цели. *Трето*, надежта може да игра улога во ефикасноста на медицинските третмани – заради повисоката мотивираност, пациентите со повисока надеж покажуваат тенденција да се придржуваат повеќе до препорачаниот режим на лекување.

Процесот на справување е тесно поврзан со процесот на надевање. Како што веќе беше кажано, луѓето со повисока надеж полесно се насочуваат кон целите и нивно поставување, полесно ги надминуваат, се чувствуваат полесно во однос на себе и поефикасно се справуваат со негативните емоции. Сите овие предности се инструментални во процесот на проактивното справување. Проактивното справување често го носи со себе искусувањето на препреката по што следат обидите да се надмине истата. Надежта и проактивното справување ни даваат рамка која ни овозможува да разбереме зошто некои поединци ги надминуваат пречките во своите животи со леснотија, а некои други остануваат заглавени пред истите тие пречки. Згора на тоа, овие модели ни овозможуваат да разбереме како луѓето испливуваат при соочувањето со пречките и при тоа се чувствуваат позитивно. Можеме да видиме како пациентите кои се нашле пред операција на срце може да си постават нови животни цели меѓу кои и предизвикот да се преживее операцијата и изнашле ралични алтернативни патишта да ја постигнат таа цел, ја обновиле менталната енергија за да ги изодат тие патишта. Надежта и проактивното справување честопати значат повторно разгледување на животните приоритети и активности.

Како што подобро ги разбираме процесите на проактивно справување со стресот и надежта, така подобро ќе ја разбереме и нивната поврзаност со квалитетот на живот и стратегиите за негово унапредување. Со оглед на фактот што се работи за релативно млади теории и концепти коишто продолжуваат да се истражуваат, сегашните наоди ни даваат за право да поставуваме хипотези за природата на нивната поврзаност. Идните студии би фрлиле светло поконкретно на одредени изолирани процеси и детално би ги разработиле применувајќи поригорозен методолошки инструментариум. Како што ќе откриваме како поефикасно да ја зголемуваме надежта и да го усовршуваме проактивното справување особено кај пациентите кои се соочуваат со сериозни животни пречки

врзани за нивното здравје, така полесно и ќе можеме да им помогнеме на пациентите кои се со пониска надеж и пониско проактивно справување, а со тоа да им понудиме опции со кои тие самите понатаму ќе работат на нивниот квалитет на живот т.е на негово континуирано унапредување.

Развивање на надежта и проактивното справување со стрес

Во овој труд се покажа дека надежта и проактивното справување со стрес се поврзани со квалитетот на живот и тоа дава за право да се каже дека се дел од агенсите кои имаат удел во неговото унапредување. Изборот на овие два концепта беше направен наменски од две причини: прво, се работи за концепти кои може да се развиваат што значи дека ниско надежните луѓе и оние со ниско проактивно справување можат да ја променат таа своја позиција во нагорна линија и второ, стимулирањето на овие персонални карактеристики понатаму води до развојот на севкупната личност. Оттука, слободно може да се каже дека се работи за развоен пристап.

Бидејќи развојот на надежта и проактивното справување, имплицитно или експлицитно, се дел од целите практично на сите емпириски потврдени психотерапевтски правци, начелно, невозможно е да постојат програми кои ќе ги развиваат само овие конструкти и ништо друго. Но, со оглед на тоа што предмет на ова истражување се токму тие конструкти, во текстот што следува ќе бидат пренесени согледувањата и заклучоците од МекДермот и Снајдер (McDermott & Snyder, 1999) кои зборуваат за стратегии за градење на надежта (а со тоа и на проактивното справување). Еве што тие велат:

- Надежното мислење може да се развие без разлика на возраста;
- Надежта не зависи од постојани успеси;
- Надежта може да се мери;
- Наративот е корисен начин да се разбере надежта во животот на еден човек;

- Надежта во дел е научена од минатото преку примерите од некои важни личности од детството;
- Високонадежните луѓе можат да ги визуелизираат големите соништа и малите чекори за да стигнат до нив;
- Високонадежните луѓе знаат како да прават приоритети во однос на целите;
- Високонадежните луѓе не се обесхрабруваат од ниската надеж кај другите;
- Високонадежните луѓе бараат совет и учат од искуството на другите;
- Високонадежните луѓе сфаќаат дека за да се случат промените потребно е време;
- Упатувањето негативни пораки кон себе што е научено може да се замени со позитивни пораки коишто ќе помогнат во остварување на целите;
- Високонадежните луѓе учат да си даваат позитивни и охрабрувачки пораки;
- Работите научени во минатото помагаат да се научат нови работи во иднината;

Во Специјалната болница за хируршки болести ФИЛИП ВТОРИ веќе десет години успешно функционира Одделот за психологија и психотерапија кадешто во работата со пациентите, на директен или индиректен начин, се применуваат новите сознанија кадешто крајната цел е да се подобри нивниот квалитет на живот и чувството на добросостојба. И примарната цел заради којашто тие доаѓаат е решавање на здравствениот аспект и подобрување на нивното физичко здравје (или превенирање на можните компликации кои би можеле да настанат и зачувување на состојбата на исто ниво).

Можностите за имплементација на сознанијата од ова истражување се сосема практични и конкретни. Од една страна тие носат научна верификација за поврзаноста на овие конструкти од теоретски аспект и отвораат можности за нивно подобро разбирање и понатамошно истражување, но од друга страна, само ги потврдуваат емпириските сознанија стекнати од праксата за нивниот важен удел

во севкупниот третман на пациентите. Одделот уште од самиот почеток на своето работење го заведе холистичкиот пристап на биопсихосоцијално единство на пациентот и овие наоди се дополнење на тој пристап. СОК моделот се покажува како одлична теоретска рамка којашто може да послужи како база за развој на овој пристап. Процесите на селекција, оптимизација и компензација, онака како што ги посулира овој модел, доста компатибилно се поставуваат со процесите кои на психички план ги поминуваат пациентите пред и постоперативно. Моделот може да послужи и за доплнување на психоедукативната подготовка особено кај постарите пациенти, но се покажува одлична алатка и при изготвување на рехабилитациони програми како во раниот постоперативен период, а особено на долгорочен план во фазата на целосно закрепнување кога пациентит веќе ја напушта таа улога и се враќа во тековите на секојдневието. Заради високиот степен на теоретска разработеност и заради неговиот општ концепциски пристап, овој модел е отворен и применлив заедно со други теоретски концепти и модели кои обработуваат одредени специфични домени од конкретна област. Праксата потврдува дека од особена важност е на сите овие поими да се гледа како на сложени динамични процеси кои се постојано подложни на промени па останува претпоставката дека во различни моменти, секоја личност на различен и за неа својствен начин прави организација на надежната мисла и проактивното справување и во зависност на фазата во која се наоѓа и проблемот кој го решава и процесите на селекција оптимизација и компензација различно ќе ги коруисти.

Имплементацијата на програмите за подобрување на квалитетот на живот кои во себе како конструкти ги имаат надежта и проактивното справување со стрес се дел од секојдневната активност на психолозите во болницата. Добиените сознанија од овој труд ќе најдат своја примена и во фазите многу порано пред пациентот да дојде на оперативен зафат. Интегрирањето на наодите со сознанија од повеќе претходни истражувања спроведени на одделот (на пр. Dimova, Dojcinovski, Mitrev & Vujovic, 2005; Dojcinovski, Naumoska, Ristovska & Mitrev, 2010, 2012; Naumoska, Ristovska, Dojcinovski & Dimova, 2010) започнува уште од моментот кога пациентот со кардиолошки проблем доаѓа за (до)дијагностички процедури (меѓу кои најчеста е коронарната ангиографија). Во овие први фази на контакт и запознавање со пациентите почнува процесот на психолошка анализа на некои важни аспекти на нивната личност кои се релеванти и адекватни во

моментот на неговиот контекст на функционирање. При овој контакт може и да се отвори процес за понатамошно психотерапевтско работење со нив кое ќе продолжи при приемот во болницата за оперативен зафат. Оттука и можноста, квалитетот на надежното мислење и проактивното справување со стрес да бидат проценети уште тогаш и да се постави план за работа кој ќе зависи од она што ќе се утврди – или ќе се поддржат тие конструкти во функција на поуспешно справување со процесот кој следи или доколку се утврди дека тие се ниски, да се отпочне со нивно стимулирање и развивање во домен на можностите кај секој пациент индивидуално во склоп на неговата личност и останатите капацитети и квалитети кои ги носи. Овие концепти се компатибилни и со теоретските модели од здравствената психологија кои ги разработуваат прашањата за модификација на здравственото однесување и унапредување на животниот стил што е од особен интерес за популацијата со која е работено ова истражување. Тоа се Моделот на здравствено верување (Health belief model), Теоријата на планирано однесување (Theory of planned behavior), транстеоретскиот модел на промена во однесувањето (Transtheoretical model of behavior change) и така натаму.

Ова истражување отвори идеја за понатамошно анализирање на поимот *квалитет на живот* низ призмата на идеографските модели т.е осмислување квалитативни студии во кои ќе се анализира субјективното, индивидуализирано поимање на овој концепт од страна на пациентите кои се подготвуваат за кардиохируршки зафат. Овој пристап е особено интересен затоа што голем дел од пациентите имаат потреба да го споделат она низ коешто поминуваат во периодите на дистрес (подготвување за хируршки зафат), а големата вредност на истражувачката работа во клиничка поставеност е таа што целиот процес на прибирање податоци може да се прави во функција на советодавна работа или психотерапија – и да се надмине оној тврд академски пристап во кој испитаникот е само објект (наместо активен субјект) кај кој нешто се мери и сè завршува тука. Токму и овој труд беше изработен врз принципот на пристап кон пациентите како активни субјекти кај кои по комплетирањето на психодијагностичкиот материјал се водеше разговор во контекст на она што ги исчекува и нивните размислувања и доживувања врзани за стареењето, надежта, справувањето со стрес и квалитетот на живот.

Со оглед на тоа што WHOQOL-BREF е релативно краток инструмент, а кратки се и инструментите за мерење на надежта и проактивното справување, нивната примена во секојдневната клиничка пракса со пациентите се покажа повеќе од практична. Нас како психолози особено нè интересираат психолошките аспекти што ги проценува WHOQOL-BREF со целосна свесност за нивната тесна испреплетеност со сите останати димензии. Проценката на телесната слика и изглед, негативните и позитивните чувства, самодовербата, спиритуалноста (религија/лични убедувања), мислењето, учењето, помнењето и концентрацијата, се дел од клиничката проценка која се спроведува со пациентите кога доаѓаат на прием. Сите овие аспекти на КЖ се во тесен сооднос со волево-мотивациските динамизми на надежното мислење и процесите на проактивното справување. Она што во нашата земја треба да се развива се организирани рехабилитациони програми за психолошка поддршка на пациентите по одредени кардиохируршки интервенции со кои може да се работи како индивидуално така и групно. Искуствата покажуваат дека особено групниот пристап е моќен терапевтски пристап кој ги обединува и принципите на индивидуална работа, но во групна поставеност, со што на пациентите им се отвора простор за заедничко минување на некои психолошки процеси и нивно затворање, а отпочнување на некои нови.

Обидот да се обединат надежта и проактивното справување во контекст на возраста, а во функција на поквалитетен живот кај пациентите во периодот кога се подготвуваат за кардиохируршки зафат може да се направи преку процесот на надежната мисла фокусирана кон остварување на целта, но низ призмата на предизвикот и трагањето по конструктивни ресурси за постигнување на тие цели.

Резиме

Во светот секојдневно се извршуваат огромен број оперативни зафати на срцето. Најчести се коронарната артериска бајпас операција и операциите на срцевите валвули. Во последните децении сè повеќе расте интересот за проучување на резилентноста на личноста кај овие пациенти, како што се проактивното справување и надежта особено низ развојната призма што станува особено актуелно во последните две децении. Мотивацијата за насочување на интересот кон овие области произлегува од желбата да се изнаоѓаат начини со кои ќе се унапредува квалитетот на живот кај овие пациенти зашто тоа е и примарната цел заради којашто тие се нафатиле да поминат низ оперативниот зафат.

Целта на ова истражување беше да се утврди дали постои поврзаност на квалитетот на живот со, проактивното справување со стрес, надежта и возраста кај пациенти кои се подготвуваат за кардиохируршки зафат во Специјалната болница за хируршки болести ФИЛИП ВТОРИ. Примерокот го сочинуваат 126 пациенти – мажи, од две возрасни доба: средна и трета возрасна доба. Проактивното справување со стрес беше мерено со Скалата за проактивно справување на Шварцер и Гринглас, надежта со Скалата за надеж на Снајдер и квалитетот на живот со кратката верзија на прашалникот за квалитет на живот (WHOQOL-BREF) на Светската здравствена организација. Истражувањето беше спроведен еден ден пред оперативниот зафат во приемниот оддел на болницата каде што пациентите самостојно го пополнува тестовниот материјал.

При статистичката обработка, беа пресметани основните мерки од дескриптивната статистика, а од инференцијалната, беше применета двонасочната анализа на варијансата за да се утврдат главните и интеракциските ефекти.

Исходот од статистичката обработка покажа дека не постојат значајни разлики во квалитетот на живот помеѓу пациентите од средната и третата возрасна доба. Но, се покажа дека пациентите со повисока надеж известуваат за подобар квалитет на живот. Исто така, пациентите со повисоко ниво на активно справување кажуваат дека имаат подобар квалитет на живот. Двонасочната

анализа на варијанса исто така покажа дека не постојат значајни интеракциски ефекти помеѓу возраста со проактивното справување и возраста со надежта.

Овие резултати ја потврдуваат претпоставката за важноста на проактивното справување и надежта во унапредување на квалитетот на животот што отвора простор за нивна имплементација во програмите кои Одделот за психогија и психотерапија ги развива во работата не само со пациентите кои доаѓаат за операција на срце туку и многу порано во фазите на дијагностика на некакво евентуално здравствено нарушување. И проактивното справување и надежта се развојни концепти кои се компатибилни со својата конципираност да се интегрираат во развојните модели на ериксонската теорија за психосоцијален развој и моделот на селекција, оптимизација и компензација, но и во моделите за модификување и унапредување на здравственото однесување со крајна цел поквалитетно живеење и чувство на добросостојба.

Литература

1. Akter, F. (2008). Heart Bypass Surgery, во: Y. Zhang (Ed.). *Encyclopedia of Global Health*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
2. Aldwin, C. (2007). *Stress, Coping, and Development – An Integrative Perspective*, 2nd ed. New York, NY: The Guilford Press. стр. 298 – 303.
3. American Psychiatric Association, (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Text Revision, Washington, DC: American Psychiatric Publishing
4. Andrews, F. M. (ed.). (1986). *Research on the quality of life*. University of Michigan: Institute for Social Research, Michigan
5. Andrews, F. M., & Withey, S. B. (1976). Developing measures of perceived life quality: results from several national surveys. *Social Indicators Research*, 1:1-26,
6. Arnold, S. (1991), Measurement of quality of life in the frail elderly. Bo: J. E. Birren, J. E. Lubben, J. C. Rowe (eds). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, CA: Academic Press
7. Aspinwall, L. G., & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436
8. Baltes, M. M., Mayer, M., Borchelt, M., Maas, I. & Wilms, H. U. (1996). Everyday competence in old and very old age: an interdisciplinary perspective. *Ageing and Society*, 13: 657-680.
9. Baltes, P. B. & Baltes, M. M. (1990). *Successful aging. Perspectives from the behavioural sciences*. New York: Cambridge University Press
10. Bandura, A. (1992) Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. Bo: (Ed.) R. Schwarzer, *Self-Efficacy: Thought control of action*. Washington: Hemisphere.
11. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman
12. Becker, M., & Ochshorn, E. (2007). Quality of Life, во: K. S. Markides (Ed.). *Encyclopedia of Health & Aging*, Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, Inc.
13. Bowling, A. (1995). A.What things are important in people's lives? A survey of the public's judgements to inform scales of health related quality of life", *Social Science and Medicine*, 41: 1447- 1462
14. Bowling, A. (2001). *Measuring disease. A review of disease specific measurement scales*. 2nd ed. Buckingham: Open University Press.

15. Bowling, A., Brown, J., & Flynn, T. (2004). Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature, *European Forum on Population Ageing Research*,
16. Bowling, A., & Windsor, J. (2001). Towards the good life. A population survey of dimensions of quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 2: 55-81.
17. Brandstädter, J. & Greve, W. (1994). The aging self: stabilizing the protective process. *Developmental Review*, 14: 52-80.
18. Breeze, E., Grundy, C., Fletcher, A. et al. (2001). Inequalities in quality of life among people aged 75 years and over in Great Britain. Sheffield: ESRC Growing Older Programme, *Research Findings 1*,
19. Bruckenberger, E., (2011). *Herzbericht 2010*, Hannover
20. Calman, K. C. (1984). Quality of life in cancer patients - a hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 10:124-127.
21. Clark, A., & Fallowfield, L. J. (1986). Quality of life measurements in patients with malignant disease: A review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 79, 165.
22. Darnton-Hill, I. (1995). Healthy ageing and the quality of life. *World Health Forum*, 16: 335-343
23. DeLongis, A. & Puterman, E. (2007). Coping Skills. vo: G. Fink (Ed.). *Encyclopedia of stress*, 2nd ed., Maryland Heights, MO: Academic Press
24. Devinsky, O. & Cramer, J. A. (1993). Introduction: Quality of life in epilepsy *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 34,
25. Dimova, T. R., Dojcinovski, I., Mitrev, Z. & Vujovic, V. (2005). Anxiety in patients during cardiosurgical treatment, Regional & intersectional congress (World psychiatric association) "Advances in psychiatry", Athens, Greece – oral presentation
26. Dojcinovski, I., Naumoska, Lj., Ristovska, F. (2010). Feeling of control over the illness and possible health benefits in cardiac surgery patients, Alps-Adria Psychology Conference, Klagenfurt, Austria – poster presentation
27. Dojcinovski, I., Naumoska, Lj., Ristovska, F. & Mitrev, Z. (2012). Body mass index and health-related quality of life in patients preparing for coronary angiography, 1st World conference on psychology, counseling and guidance, Izmir, Turkey – oral presentation
28. Edwards, L. M. (2009). Hope, vo: S. J. Lopez, (Ed.). *The Encyclopedia of Positive Psychology*, Chichester: Wiley-Blackwell

29. Elliott, T. R., Witty, T. E., Herrick, S., & Hoffman, J. T. (1991). Negotiating reality after physical loss: Hope, depression and disability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 608–613.
30. Fang C-T, Hsiung P-C, Yu C-F, et al. (2002). Validation of the World Health Organization quality of life instrument in patients with HIV infection. *Qual Life Res*; 11: 753–762
31. Farquhar, M. (1995). Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs. Sep*; 22 (3): 502-8.
32. Fava, G. A. & Ruini, C. (2003). Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(1), 45–63.
33. Fayers, P., & Hays, R. (Eds). (2005). *Assessing Quality of Life in Clinical Trials*, 2nd ed. Oxford: Oxford University Press.
34. Freund, A. (2002). Selection, Optimization, and Compensation. vo: D. J. Ekerdt (Editor in chief). *Encyclopedia of Aging (Volume 4)*. Farmington Hills, MI: The Gale Group, inc.
35. Freund, A. & Riediger, M. (2003). Successful Aging. Bo: R. M. Lerner, M. A. Easterbrooks, & J. Mistry (Eds). *Developmental psychology (Vol. 6), Handbook of psychology*, Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
36. Friedman, M. I. (1997). *Improving the Quality of Life – A Holistic Scientific Strategy* Westport, CT: Pareger Publishers
37. Fulgosi, A. (1997). Psihologija ličnosti - teorije i istraživanja. Zagreb: Školska knjiga.
38. Gomez, M. M. N., Gutiérrez, R. M. V., Castellanos, S. A. O., Vergara, M. P., Pradilla, Y. K. R. (2010). Psychological well-being and quality of life in patients treated for thyroid cancer, *Terapia Psicológica*, Vol. 28, Nº 1, 69-84
39. Greenglass, E. (with Schwarzer, R.). (1998). The Proactive Coping Inventory (PCI). vo: R. Schwarzer, (Ed.), *Advances in health psychology research*. Berlin: Freie Universität Berlin. Institut für Arbeits, Organisations-und Gesundheitspsychologie.
40. Greenglass, E., Schwarzer, R., & Jakubiec, D. (1999). The Proactive Coping Inventory (PCI): A Multidimensional Research Instrument. Paper presented at the 20th International Conference of the Stress and Anxiety Research Society (STAR), Cracow, Poland, July 12-14,

41. Greenglass, E. R., Schwarzer, R., & Taubert, S. (1999b). The Proactive Coping Inventory (PCI): A multidimensional research instrument. [On-line публикација]. достапна на: <http://www.psych.yorku.ca/greenglass/>
42. Hamilton, N. A., & Ingram, R. E. (2001). Self-focused attention and coping: Attending to the right things. Во: C. R. Snyder (Ed.), *Coping with stress: Effective people and processes*. New York: Oxford University Press.
43. Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of stress*. Washington, DC: Hemisphere
44. Hobfoll, S. E. (1989). Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress. *American Psychologist*, 44, 513-524.
45. Holahan, C. K., & Holahan, C. J. (1987). Life stress, hassles and self-efficacy in aging: A replication and extension. *Journal of Applied Social Psychology*, 17, 574-592.
46. Irving, L. M., Crenshaw, W., Snyder, C. R., Francis, P., & Gentry, G. (1990, May). *Hope and its correlates in a psychiatric inpatient setting*. Презентиран труд на 62-та годишна средба на Midwestern Psychological Association, Chicago.
47. Irving, L. M., Snyder, C. R., & Crowson, J. J. Jr. (1998). Hope and the negotiation of cancer facts by college women. *Journal of Personality*, 66, 195-214.
48. Karnofsky, D., & Burchenal, J. (1949). *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer*. New York: Columbia University Press.
49. Khan, M. G. (2006). Coronary Artery Bypass Surgery, во: *Encyclopedia of Heart Diseases*, Burlington, MA: Elsevier Inc.
50. Laird, S. (1992). *A preliminary investigation into prayer as a coping technique for adult patients with arthritis*. Необјавена докторска дисертација: University of Kansas, Lawrence
51. Larsen, R. J. & Buss, D. M. (2008). *Personality Psychology - Domains of Knowledge about Human Nature, 3rd ed.*, New York, NY: The McGraw-Hill Companies, Inc.
52. Larson, R. (1978). Thirty years of research on the subjective well-being of older Americans. *Journal of Gerontology*, 33, 109-125.
53. Lawton, M. P. (1982). Competence, environmental press and adaptation of older people. Во: M. P. Lawton, P. G. Windley, T. O. Byerts (eds). *Aging and environment. Theoretical approaches*. New York: Springer,

54. Lawton, M. P. (1991). Background. A multidimensional view of quality of life in frail elders. Bo: J. E. Birren, J. Lubben, J. Rowe, D. Deutchman (Eds). *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego: Academic Press.
55. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc. стр. 141
56. Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1991). The Concept of Coping. Bo: A. Minat & R. S. Lazarus (Eds). *Stress & Coping*. New York: Columbia University Press..
57. Maslow, A. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper
58. Matarazzo, J. D. (1982). Behavioral health's challenge to academic, scientific, and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1–14.
59. Matsumoto, D. (Ed.) (2009). *The Cambridge Dictionary of Psychology*, Cambridge: Cambridge University Press
60. McDermott, D., & Snyder, R. C. (1999). *Making Hope Happen – A Workbook for Turning Possibilities into Reality*, Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
61. McDermott, D., & Snyder, R. C. (2000). *The Great Big Book of Hope – Help Your Children Achieve Your Dreams*, Oakland, CA: New Harbinger Publications, Inc.
62. McDowell, I. (2006). *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*, 3rd ed. New York: Oxford University Press.
63. Narins, B. (Ed.). (2009). Coronary artery bypass graft surgery, Bo: *The Gale Encyclopedia of Surgery and Medical Tests, Second Edition*, Farmington Hills, MI: Gale
64. Naumoska, Lj., Ristovska, F., Dojcinovski, I. & Dimova, R. T. (2010). Psychodynamics of stress and perceived life stress level in cardiosurgical patients, Alps-Adria Psychology Conference, Klagenfurt, Austria – oral presentation
65. Noerholm, V., Groenvold, M., Watt, T., et al. (2004). Quality of life in the Danish general population—normative data and validity of WHOQOL-BREF using Rasch analysis and item response theory models. *Qual Life Res*; 13: 531–540.
66. Новиот завет - ревидирано издание, (2006). Библиско здружение на Република Македонија (со благослов на Светиот Архиепископски Синод на Македонската Правословна Црква).

67. O'Boyle, C. A. (1997). Measuring the quality of later life. *Philosophy Transactions of the Royal Society of London*, 352:1871-1879.
68. O'Carroll, R.E., Smith, K., Couston, M, et al. (2000). A comparison of the WHOQOL-100 and the WHOQOL-BREF in detecting change in quality of life following liver transplantation. *Qual Life Res*; 9: 121–124.
69. Petrie, K. J., Buick, D. L., Weinman, J. & Booth, R. J. (1999). Positive effects of illness reported by myocardial infarction and breast cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 537–43.
70. Roos, N. P., & Havens, B. (1991). Predictors of successful aging. *American Journal of Public Health*; 81, 63-68.
71. Rogerson, R. J., Findlay, A. M., Coombes, M.G. & Morris, A. (1989). Indicators of quality of life. *Environment and Planning*, 21, 1655-1666
72. Rosenberg, R. (1992). Quality of life, ethics, and philosophy of science. *Nordic Journal of Psychiatry*, 46, 75-77.
73. Rustøen, T (1998). Hope and Quality of life in newly diagnosed cancer patients. PhD thesis. University of Bergen, Department of Public Health and Primary Health care, Division for Nursing Science.
74. Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219–247.
75. Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory processes in the adoption and maintenance of health behaviors. The role of optimism, goals and threats. *Journal of Health Psychology*. 4. 115-127
76. Schwarzer, R. (2007). Proactive Coping. In: R. C. Snyder & S. J. Lopez, (Eds). *Positive Psychology – the Scientific and Practical Explorations of Human Strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
77. Schwarzer, R., & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 19, 487-495
78. Schwarzer, R., & Knoll, N. (2009). Proactive Coping. In: S. J. Lopez (Ed). *The Encyclopedia of Positive Psychology*. Chichester: John Wiley & Sons.
79. Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An Introduction. In: Special issue on happiness, excellence and optimal human functioning. *American Psychologist*, 55, 5-14.
80. Skevington, S. M., Lotfy, M., O'Connell, K.A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric

- properties and results of the international field trial. *Qual Life Res*; 13: 299–310.
81. Skevington, S. M., Sartorius, N., Amir, M, et al. (2004). Developing methods for assessing quality of life in different cultural settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39:1–8
 82. Snyder, R. C. (1994). *The psychology of hope*. New York: The Free Press.
 83. Snyder, C. R. (1996). To hope, to lose, and hope again. *Journal of Personal and Interpersonal Loss*, 1, 3–16.
 84. Snyder, C. R., & Feldman, D. B. (2000). Hope for the many: An empowering social agenda. In: C. R. Snyder (Ed.), *Handbook of hope: Theory, measures, and applications*. San Diego: Academic Press.
 85. Snyder, C. R., Feldman, D. B., Taylor, J. D., Schroeder, L. L., & Adams V. (2000). The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths. *Applied and Preventive Psychology*, 15, 262–295.
 86. Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L., Gibb, J., Langelle, C., & Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 570–585.
 87. Snyder, C. R., Irving, L., & Anderson, J. R. (1991). Hope and health: Measuring the will and the ways. In: C. R. Snyder & D. R. Forsyth (Eds.), *Handbook of social and clinical psychology: The health perspective*. New York: Pergamon.
 88. Snyder, C. R., Michael, S. T., Cheavens, J. S. (1999a). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. In: Hubble, M. A. (Ed); Duncan, B. L. (Ed); Miller, S. D. (Ed), *The heart and soul of change: What works in therapy*, Washington, DC: American Psychological Association.
 89. Snyder, C. R., Michael, S. T., Cheavens, J. S. (1999b). Hoping, In: C. R. Snyder (Ed.), *Coping – The Psychology of What Works*, New York, NY: Oxford University Press, Inc.
 90. Snyder, C. R., & Pulvers, K. (2001). Dr. Seuss, the coping machine, and "Oh, the places you will go." In: C. R. Snyder (Ed.), *Coping with stress: Effective people and processes*. New York: Oxford University Press.
 91. Spilker, B. (1990). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press

92. Schwartz, C. E. & Sprangers, M. (Eds.). (2000). *Adaptation to changing health. Response shift in quality of life research*. Washington, DC: American Psychological Association.
93. Статистички податоци превземени од Специјалната болница за хируршки болести "Филип Втори" www.filipvtori.com.mk
94. Tate, R. B., Leedine, L., & Cuddy, T. E. (2003). Definition of successful aging by elderly Canadian males: the Manitoba follow-up study. *The Gerontologist*, 43: 735-744.
95. Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1994). Positive Illusions and well-being revisited: Separating fact from fiction. *Psychological Bulletin*, 116. 21-27
96. Taylor, S. E., Kenneny, M. E., Reed, G. M., Bower, J. E., & Gruenewald, T. L. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*. 55. 99-109
97. Taylor, S. E., Klein, L. C., Lewis, B. P., Gruenewald, T. L., Gurung, R. A. R. & Updegraff, J. A. (2000). Biobehavioral responses to stress in females: Tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychological Review*, 107, 411–429
98. Todd Vance, G. (2010). Hope. Bo: D. A. Leeming, K. Madden & S. Marlan (Eds). *Encyclopedia of Psychology and Religion*, New York: Springer
99. Tornstam, L. (1997). Gerotranscendence in a broad cross-sectional perspective. *Journal of Aging and Identity*, 2: 17-36.
100. Von Faber, M., Bootsma-van der Weil, A., van Exel, E. et al. (2001). Successful aging in the oldest old: who can be characterized as successfully aged? *Archives of Internal Medicine*, 161: 2694-700.
101. Whyte, G. (2003). Manage stress at work through preventive and proactive coping. Bo: E. A. Locke (Ed.), *The Blackwell handbook of principles of organizational behaviour*. Oxford: Blackwell
102. Wittchen, H-U. & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie, 2. Auflage*, Heidelberg: Springer, стр. 22
103. World Health Organization, (1996). *WHOQOL-BREF – Introduction, Administration, Scoring and Generic version of the assessment, Field Trial Version*, Geneva: World Health Organization
104. World Health Organization, (1997). *WHOQOL – Measuring Quality of Life*, Geneva: World Health Organization

105. World Health Organization, (1998). *WHOQOL – User Manual*, Geneva: World Health Organization
106. World Health Organization. (2012, September). *Cardiovascular diseases (CVDs), Fact sheet*. Подигнато на 20. јануари, 2013, од <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html>
107. WHOQOL Group. (1993). Study protocol for the World Health Organization project to develop a quality of life assessment instrument (WHOQOL). *Qual Life Res*, 2: 153–159
108. WHOQOL Group. (1994). The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). во: J. Orley & W. Kuyken (Eds). *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer-Verlag, 41–57.
109. WHOQOL Group, (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*; 28: 551–558.
110. Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. Во: M. Boekaerts, P. R. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of Self-Regulation*. San Diego: Academic Press.

ПРИЛОГ 1

1.1.Прашалник за квалитет на живот (WHOQOL-BREF)

1.2.Скала на проактивно справување со стрес

1.3.Скала на надеж

1.1. WHOQOL - BREF

автор: World Health Organisation

Следниве прашања се однесуваат на тоа како се чувствувате во врска со квалитетот на Вашиот живот, здравјето и други области на Вашето живеење. Заокружете го одговорот што е најсоодветен за Вас. Ако не сте сигурни за некој одговор, обично оној кој прв ќе Ви падне на памет е најдобриот. Размислете за вашето живеење во последните четири недели.

	многу лош	лош	ниту лош ниту добар	добар	многу добар
1. Како би го оцениле квалитетот на Вашиот живот ?	1	2	3	4	5

	многу незадоволен	незадоволен	ниту задоволен ниту незадоволен	задоволен	многу задоволен
2. Колку сте задоволни од вашето здравје ?	1	2	3	4	5

	воопшто	малку	умерено	многу	премногу
3. До кој степен сметате дека физичката болка Ве спречува да го правите она што треба да го правите ?	1	2	3	4	5
4. Колку Ви е потребен некаков медицински третман за да можете да функционираате во секојдневниот живот ?	1	2	3	4	5
5. Колку уживате во животот ?	1	2	3	4	5
6. До кој степен сметате дека животот Ви има смисла ?	1	2	3	4	5

Следниве прашања се однесуваат на тоа колку доживеавте некои работи во последниве четири недели.

7. Колку сте способни да се сконцентрирате?	1	2	3	4	5
8. Колку се чувствувате безбеден/а во Вашиот секојдневен живот ?	1	2	3	4	5
9. Колку е здрава Вашата физичка средина?	1	2	3	4	5

Следниве прашања се однесуваат на тоа колку целосно доживувате или можевте да правите одредени работи изминативе четири недели.

	воопшто не	малку	средно	прилично	целосно
10. Дали имате доволно енергија за секојдневниот живот ?	1	2	3	4	5
11. Дали го прифаќате Вашиот физички изглед ?	1	2	3	4	5
12. Дали имате доволно пари за да си ги задоволите Вашите потреби ?	1	2	3	4	5
13. Колку Ви се достапни информациите потребни за секојдневниот живот ?	1	2	3	4	5
14. Колку имате можност да се занимавате со некоја рекреативна активност?	1	2	3	4	5

	многу лошо	лошо	ниту лошо ниту добро	добро	многу добро
15. Колку добро се снаоѓате во секојдневието?	1	2	3	4	5
	многу незадоволен	незадоволен	Ниту задоволен ниту незадоволен	задоволен	Многу задоволен
16. Колку сте задоволни од Вашето спиење?	1	2	3	4	5

17. Колку сте задоволни од Вашата способност да ги извршувате секојдневните активности?	1	2	3	4	5
18. Колку сте задоволни од Вашиот капацитет за работа ?	1	2	3	4	5
19. Колку сте задоволни од самите себе?	1	2	3	4	5
20. Колку сте задоволни од личниот контакт со блиските луѓе?	1	2	3	4	5
21. Колку сте задоволни од Вашиот сексуален живот ?	1	2	3	4	5
22. Колку сте задоволни од поддршката од Вашите пријатели?	1	2	3	4	5
23. Колку сте задоволни од условите во Вашето живеалиште ?	1	2	3	4	5
24. Колку сте задоволни од пристапот што го имате до здравствените установи ?	1	2	3	4	5
25. Колку сте задоволни од Вашиот превоз?	1	2	3	4	5

	никогаш	ретко	прилично често	Многу често	Секогаш/постојано
26. Колку често имате негативни чувства, како на пример: лошо расположение, очај, вознемиреност, депресивност ?	1	2	3	4	5

1.2. СКАЛА НА ПРОАКТИВНО СПРАВУВАЊЕ

PROACTIVE COPING SCALE, автори: Grøenglass, E. & Swarzer, R.

Упатство: Следниве тврдења се однесуваат на реакциите коишто може да ги имате во различни ситуации. Одредете колку секој од овие искази е точен за Вас во однос на тоа како се чувствувате во врска со некоја ситуација. Заокружете го бројот којшто најмногу одговара на Вашиот степен на сложување со исказот.

1 – сосема неточно, 2 – делумно неточно, 3 – делумно точно, 4 – сосема точно

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Јас сум човек што "презема одговорност" | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Се обидувам да ги оставам работите да се случуваат по свој тек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Штом ја остварам целта, барам некоја друга која претставува поголем предизвик за мене | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Сакам предизвици и сакам да ги победувам посилните од мене | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Си ги визуелизирам соништата и се трудам да ги остварам | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. И покрај бројните пречки, обично успевам да го добијам она што го сакам | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Се обидувам точно да одредам што ми е потребно за да успеам | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Секогаш се обидувам да најдам начин да работам и покрај пречките; ништо не може да ме запре | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Често се гледам себе како не успевам, па не дозволувам очекувањата да ми бидат преголеми | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Кога ќе се пријавам за некое работно место, замислувам дека сум го добил | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Ги претворам пречките во позитивни искуства | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ако некој ми каже дека не можам да направам нешто, бидете сигурни дека ќе го направам тоа | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Кога ќе доживеам некој проблем, преземам иницијатива да го решам | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Кога имам проблем обично се гледам себе како губитник | 1 | 2 | 3 | 4 |

1.3. СКАЛА НА НАДЕЖ

HOPE SCALE, автор: Snyder, R.

Упатство: Внимателно прочитајте го секој исказ. Со помош на скалата одберете го бројот којшто најдобро Ве опишува и заокружете го.

1 – сосема неточно, 2 – делумно неточно, 3 – делумно точно, 4 – сосема точно

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 1. Ми текнуваат многу начини како да излезам од некоја заплеткана ситуација | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Енергично се трудам да ги остварам моите цели. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Се чувствувам уморно поголем дел од времето | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Има многу излези за било кој проблем. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. При расправија лесно ме замолчуваат. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Ми текнуваат многу начини како да стигнам до нештата во животот коишто се важни за мене. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Загрижен/а сум за моето здравје. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Дури и кога другите ќе се обесхрабрат, знам дека можам да најдам начин да го решам проблемот. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Минатите животни искуства добро ме подготвиле за мојата иднина. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Прилично сум успешен/на во животот. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Често забележувам дека сум загрижен/а за нешто. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Ги постигнувам целите што си ги поставувам. | 1 | 2 | 3 | 4 |

ПРИЛОГ 2

2.1. Резултати од пост хок анализата за возраста и проактивното справување во однос на димензиите на квалитетот на живот

2.2. Резултати од пост хок анализата за возраста и надежда во однос на димензиите на квалитетот на живот

2.1. Резултати од пост хок анализата за возраста и проактивното справување во однос на димензиите на квалитетот на живот

Табела 1. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *физичко здравје* (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справ.		r (Scheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисоко	(1)	-	0,000**	0,607	0,001**
средна д.	пониско	(2)	0,000**	-	0,019*	0,999
трета д.	повисоко	(3)	0,607	0,019*	-	0,032*
трета д.	пониско	(4)	0,001**	0,999	0,032*	-

*ниво на значајност 0,05

**ниво на значајност 0,01

Табела 2. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *психолошки аспекти* (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справ.		r (Scheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисоко	(1)	-	0,005**	0,948	0,003**
средна д.	пониско	(2)	0,005**	-	0,026*	0,999
трета д.	повисоко	(3)	0,948	0,026*	-	0,018*
трета д.	пониско	(4)	0,003**	0,999	0,018*	-

*ниво на значајност 0,05

**ниво на значајност 0,01

Табела 3. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *социјални релации* (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справ.		r (Scheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисоко	(1)	-	0,543	0,952	0,999
средна д.	пониско	(2)	0,543	-	0,239	0,552
трета д.	повисоко	(3)	0,952	0,239	-	0,949
трета д.	пониско	(4)	0,999	0,552	0,949	-

Табела 4. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *средина* (возраст и проактивно справување)

Возраст	Проактивно справ.		r (Scheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисоко	(1)	-	0,336	0,995	0,451
средна д.	пониско	(2)	0,336	-	0,475	0,998
трета д.	повисоко	(3)	0,995	0,475	-	0,601
трета д.	пониско	(4)	0,451	0,998	0,601	-

2.2. Резултати од пост хок анализата за возраста и надежда во однос на димензиите на квалитетот на живот

Табела 5. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *физичко здравје* (возраст надеж)

Возраст	Надеж.		r (Sheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисока	(1)	-	0,014*	0,860	0,011*
средна д.	пониска	(2)	0,014*	-	0,123	0,999
трета д.	повисока	(3)	0,860	0,123	-	0,105
трета д.	пониска	(4)	0,011*	0,999	0,105	-

*ниво на значајност 0,05

Табела 6. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *психолошки аспекти* (возраст и надеж)

Возраст	Надеж.		r (Sheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисока	(1)	-	0,015*	0,838	0,038*
средна д.	пониска	(2)	0,015*	-	0,140	0,988
трета д.	повисока	(3)	0,838	0,140	-	0,265
трета д.	пониска	(4)	0,038*	0,988	0,265	-

*ниво на значајност 0,05

Табела 7. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *социјални релации* (возраст и надеж)

Возраст	Надеж.		r (Sheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисока	(1)	-	0,002**	0,999	0,448
средна д.	пониска	(2)	0,002**	-	0,003**	0,133
трета д.	повисока	(3)	0,999	0,003**	-	0,515
трета д.	пониска	(4)	0,448	0,133	0,515	-

*ниво на значајност 0,05

**ниво на значајност 0,01

Табела 8. Разлики помеѓу сите испитувани подгрупи – димензија *средина* (возраст и надеж)

Возраст	Надеж.		r (Sheffe – тест за поединечните групи)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
средна д.	повисока	(1)	-	0,001**	0,703	0,033*
средна д.	пониска	(2)	0,001**	-	0,031*	0,660
трета д.	повисока	(3)	0,703	0,031*	-	0,367
трета д.	пониска	(4)	0,033*	0,660	0,367	-

*ниво на значајност 0,05

**ниво на значајност 0,01