Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika

Petriček, Goranka

Doctoral thesis / Disertacija

2012

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:981627

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU

MEDICINSKI FAKULTET

Goranka Petriček

Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika

DISERTACIJA

Zagreb, 2012.

SADRŽAJ

1. Uvod 1

1.1. Kronične bolesti 1

1.1.1. Poteškoće liječenja kroničnih bolesnika perspektivom bolesti moderne medicine 1

1.1.2. Kronične bolesti i bolesniku usmjerena skrb (BUS) 3

1.2. Zdravstveno ponašanje i prilagodba na kroničnu bolest 4

1.2.1. Karakteristike zdravstvenog ponašanja 5

1.2.2. Prikaz modela zdravstvenog ponašanja 6

1.2.2.1.Model zdravstvenih uvjerenja (MZU) 6

1.2.2.2.Socijalna kognitivna teorija 7

1.2.2.3.Mechanicova opća teorija ponašanja pri traženju pomoći 8

1.2.2.4.Suchmanov model faza u doživljaju bolesti – bolesničkom ponašanju 8

1.2.2.5.Koncept bolesničke karijere 8

1.2.2.6.Situacijsko - adaptacijski model 9

1.2.2.7.Teorija planiranog ponašanja 10

1.2.2.8.Protekcijsko- motivacijski model 11

1.2.2.9.Model samo-regulacije 11

1.2.2.10. Hipoteza podudaranja s realnošću 14

1.2.2.11. Fenomen promjene u očekivanjima 14

1.2.2.12. Fenomen smanjivanja broja životnih ciljeva 15

1.2.2.13. Model prilagodbe na kroničnu bolest Parka i Folkmana 16

1.3. Istraživanje iskustva življenja kroničnih bolesnika i prilagodbe na kroničnu bolest u hrvatskoj 19

1.4. Svrha istraživanja 20

2. Hipoteza 22

3. Ciljevi istraživanja 23

4. Ispitanici i metode istraživanja 24

4.1. Ispitanici 24
4.1.1. Kriteriji za odabir namjernog uzorka 27
4.1.2. Zasićenost podataka 28
4.1.3. Etička načela 28
4.2. Instrumenti 28
4.2.1. Pitanja za problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju 28
4.2.2. Upitnici 30
4.3. Postupak 32
4.3.1. Pripremna faza istraživanja 32
4.3.2. Provedba istraživanja 33
4.4. Obrada podataka 36
4.4.1. Analiza podataka kvalitativnog istraživanja 36
4.4.1.1. Odabir kvalitative metode 36
4.4.1.2. Stav istraživača prema istraživanom području 37
4.4.1.3. Transkript 38
4.4.1.4. Analiza podataka bazirana na „utemeljenoj“ teoriji 38
4.4.1.4.1. Mikroanaliza 39
4.4.1.4.2. Kodiranje podataka 39
4.4.1.4.3. Pisanje bilješki (engl. Memo-writing) 40
4.4.1.4.4. Kondicionalne (uvjetne) matrice 41
4.4.1.4.5. Kvalitativna analiza podataka uz pomoć ATLAS.ti kompjuterskog programa 42
4.4.1.4.6. Usaglašavanje kodova, kategorija, koncepata i proizlazećih teorija 43
4.4.2. Analiza podataka kvantitativnog istraživanja 44
5. Rezultati 45
1. Kvalitativni dio istraživanja 45
A Rezultati kvalitativne analize podataka na principima utemeljene teorije prikupljenih intervjuiranjem bolesnika oboljelih od infarkta miokarda 45
Tema 1. „Spoznaja da imam IM“ - prihvaćanje dijagnoze bolesti 49

Tema 2. Prihvaćanje IM kao „nove stvarnosti“ i zajednički suživot 59
Podtema 2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja IM (bolesnikovo razumijevanje prihvaćanja IM) 59
Podtema 2.2. Sadržaj prihvaćanja 61
Podtema 2.3. Proces prihvaćanja IM 67
Podtema 2.4. Život s IM - ravnoteža između bolesnika i bolesti 73
Tema 3. „Nova normala“ - suživot - „što i kako mijenjati?“ 82
Tema 4. Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja s IM 97
B. Rezultati kvalitativne analize podataka na principima utemeljene teorije prikupljenih intervjuiranjem bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 117
Tema 1. „Spoznaja da imam ŠBT2“ - prihvaćanje dijagnoze bolesti 121
Tema 2. Prihvaćanje ŠBT2 kao „nove stvarnosti“ i zajednički suživot 131
Podtema 2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja ŠBT2 (bolesnikovo razumijevanje prihvaćanja ŠBT2) 131
Podtema 2.2. Sadržaj prihvaćanja 132
Podtema 2.3. Proces prihvaćanja ŠBT2 138
Podtema 2.4. Život sa ŠBT2 - ravnoteža između bolesnika i bolesti 144
Tema 3. „Nova normala“ - suživot - „što i kako mijenjati?“ 154
Tema 4. Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja sa ŠBT2 170
2. Kvantitativni dio istraživanja 190
1. Obilježja bolesnika 190
a. Osobne karakteristike bolesnika 190
b. Zdravstveno stanje bolesnika 192
2. Doživljaj bolesti bolesnika od ŠBT2 ili IM 193

3. **Zdravstveni lokus kontrole bolesnika od ŠBT2 ili IM** 197
4. **Samoprocjena socijalne podrške i zadovoljstva životom bolesnika od ŠBT2 ili IM** 198
6. **Rasprava** 202
I Kvalitativni dio istraživanja 202
1. **Iskustvo u suočavanju sa ŠBT2 ili IM** 202
1.1. Načini postavljanja dijagnoze 203
1.2. Kognitivne i emocionalne reakcije na saznanje dijagnoze 204
1.3. Prihvaćanje dijagnoze ŠBT2 ili IM 205
2. **Iskustvo bolesnika u upoznavanju i prihvaćanju ŠBT2 ili IM** 209
2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja bolesti 209
2.2. Sadržaj prihvaćanja 210
2.3. Proces prihvaćanja ŠBT2 i IM 212
2.4. Život sa ŠBT2 ili IM - Ravnoteža između bolesnika i bolesti 213
3. **Promjene uslijed ŠBT2 ili IM** 216
3.1. Promjene usmjerene na liječenje i sprečavanje komplikacija 216
3.2. Reevaluacija i mijenjanje osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije 217
3.3. Promjene unutar okružja u kojem bolesnik živi i radi 218
3.4. Promjene u životnim uvjetima 219
4. **Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i življenje sa ŠBT2 ili IM** 219
4.1. Čimbenici vezani uz bolesnika 219
4.2. Čimbenici vezani uz bolest 221
4.3. Čimbenici proksimalnog konteksta 222
4.4. Čimbenici distalnog kontekta 224
II Kvantitativni dio istraživanja 227
1. **Zadovoljstvo životom i socijalna podrška bolesnika od ŠBT2 ili IM** 227
2. **Doživljaj bolesti bolesnika od ŠBT2 ili IM** 227
3. **Zdravstveni lokus kontrole bolesnika od ŠBT2 ili IM** 229
7. **Zaključci** 233

8. Sažetak 237
9. Summary 241
10. Literatura 244
11. Životopis 261
12. Prilozi 262

Popis oznaka i kratica

BUS	bolesniku usmjerena skrb
DZ	dom zdravlja
E11	šećerna bolest tip 2
FSBC	fenomen smanjenja broja životnih ciljeva
FPO	fenomen promjene u očekivanjima
GUK	glukoza u krvi
HBA_{1c}	hemoglobin A1c
Hg	živa
HPR	hipoteza podudaranja s realnošću
I21	akutni infarkt miokarda
I22	ponovljeni infarkt miokarda
I23	komplikacije nakon akutnog miokarda
I24.1	postinfarktni sindrom Dressler
I25.2	stari infarkt miokarda
IM	infarkt miokarda
IPQ-B	upitnik doživljaja bolesti-kratka verzija
ITM	indeks tjelesne mase
kg	kilogram
LOM	liječnik opće/obiteljske medicine
m	metar
mm	milimetar
mmol	milimol
MKB	Međunarodna klasifikacija bolesti
MSR	model samo-regulacije
MZU	model zdravstvenih uvjerenja
L	litra
ŠBT2	šećerna bolest tip 2
TPP	teorija planiranog ponašanja
ZLK-90-2	upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja

1. UVOD

1.1. KRONIČNE BOLESTI

Produženje očekivanog trajanja života značajno je promijenilo neka obilježja obolijevanja ljudi što se posebice odnosi na porast obolijevanja od kroničnih bolesti. Naime, kronične bolesti zamijenile su akutne kao dominantan zdravstveni problem i glavni su uzrok radne nesposobnosti i korištenja zdravstvene skrbi, te na njih odlazi 78% zdravstvenih troškova (1). Kronična bolest poremećaj je organa, sustava organa ili cijelog organizma koji dovodi do poremećaja psihičkog, tjelesnog i socijalnog funkcioniranja pojedinca, a oboljelog sprječava u potpunom obavljanju svakodnevnih aktivnosti. Kronične bolesti su doživotne, nisu izlječive i bolesnik obično živi nesigurno sa svojom bolešću i njezinim simptomima, uz kontinuiranu primjenu terapije i multiple posljedice. Nadalje, prisutnost kronične bolesti u pojedinca ostavlja posljedice i na njegovu obitelj i na prijatelje koji često ulažu puno vremena i emocionalne energije brinući se za oboljelog (2).

Kako je važno obilježje kroničnih bolesti dugotrajnost i progresija, za uspješno suzbijanje njihova napredovanja potrebna je kontinuirana i dugotrajna zdravstvena zaštita (3,4). Cilj liječenja kroničnih bolesnika jest postizanje uvjetnog zdravlja, koje pretpostavlja regulaciju funkcija poremećenih bolešću, prevencijom komplikacija, te uspostavljanjem samokontrole i samoregulacije (5).

Poteškoće liječenja kroničnih bolesnika perspektivom bbolesti moderne medicine

Perspektivom bolesti moderne medicine kojom se naglašava definiranje bolesti koristeći kvantitativne fizičke podatke, postoji opasnost da se ignoriraju različite dimenzije perspektive bolesti samog bolesnika i njegove okoline– psihološke, moralne ili socijalne. Liječnik koji se koncentrira isključivo na dijagnosticiranje i liječenje organske

disfunkcije može predvidjeti emocionalno stanje bolesnika, kao što je krivnja, sram, grižnja savjesti ili strah (6).

Važan udio u komunikaciji liječnika i bolesnika ima uloga konteksta u kojem se sama konzultacija odvija. Kontekst konzultacije određuju dva aspekta-vanjski i unutarnji aspekt. Unutarnji aspekt razumijeva prijašnje iskustvo, očekivanja, kulturalna pozadina, eksplanatorni modeli i predrasude (temeljene na socijalnim, spolnim, religioznim ili racionalnim kriterijima) koje liječnik i pacijent sa sobom donose. Vanjski aspekt obuhvaća trenutno okruženje (engl. setting) u kojem se susret odvija (kao što je bolnica, klinika ili ordinacija) i širi socijalni utjecaj koji omeđuje dvije strane (dominantnu ideologiju, religiju, ekonomski sustav, klasu, spol ili etničke podjele). Suma ova dva aspekta može jako utjecati na komunikaciju između liječnika i bolesnika, jer sudjeluje u određenju onoga što je rečeno u konzultaciji, kako je rečeno, te kako je doživljeno i interpretireno (6).

Nadalje, moderna medicina ima naglasak u korištenju dijagnostičke tehnologije. Često se utvrde fizičke abnormalnosti tijela, na biokemijskom ili molekularnom nivou, a da se bolesnik osjeća dobro, odnosno ne osjeća se bolesnim. Primjeri su hipertenzija, šećerna bolest, povišene vrijednosti kolesterola i triglicerida, koji se otkriju rutinskim programima probira. Pojedinci koji nemaju simptome često se ne žele podvrgnuti probiru ili pak mogu odbiti liječenje unatoč utvrđenoj abnormalnosti. Ovim se mogu objasniti i mnogi postupci nesuradljivosti (engl. noncompliance) bolesnika prilikom uzimanja lijekova (6).

Da bi prihvatio medicinski postupak u liječenju, on za samog bolesnika mora "imati smisla", a što je vezano uz njegov eksplanatorni model. Konsenzus u svezi forme i svrhe liječenja ovdje je jednako važan kao i konsenzus u svezi dijagnoze. Navedeno je posebno važno ukoliko liječenje obuhvaća privremene, neugodne fizičke senzacije ili nuspojave kao što je to u slučaju operacije, injekcija, radioterapije, kemoterapije, te interventnih dijagnostičkih postupaka.

Također, propisana terapija ne mora biti prihvaćena od bolesnika ukoliko se on ne osjeća bolesnim (kao u slučaju asimptomatske hipertenzije ili šećerne bolesti), potom ukoliko smatra da će liječenje dovesti do toga da se osjeća loše, odnosno ukoliko je netko iz

bolesnikove okoline (prijatelji, rodbina) prethodno imao nuspojave od uzimanja tog lijeka.

Slijedeći problem je da bolesnici često uzimaju lijekove „na svoju ruku“, u kombinaciji s lijekovima propisanim od liječnika; naime oni uzimaju lijekove na način na koji njima samima "ima smisla" uzimati ih, i to ovisno o njihovu vlastitu doživljaju bolesti i zdravlja. Fenomen nesuradljivosti u Velikoj Britaniji procjenjen je na više od 30% (6).

I uspjeh medicinskog postupka ili primjene lijeka često se različito vrednuje od strane bolesnika. Odsutnost fizičkog postojanja bolesti ne mora biti praćena odsutnošću osjećaja bolesnosti, i obrnuto. Naprimjer, ishod operacije ulkusa želuca koji su kirurzi procjenili lošim zbog puno ostatnih simptoma, procjenjen je od strane bolesnika uspješnim, kao "cijena koju se isplati platiti" jer je bol i nepredvidljivost te boli operacijom nestala (6).

1.1.2. Kronične bolesti i bolesniku usmjerena skrb (BUS)

S kroničnom bolesti, promijenjene su tradicionalne uloge bolesnika i liječnika. Navedeno podrazumijeva novo komplementarno znanje i recipročne odgovornosti u procesu zdravstvene skrbi. Bolesnik se mora angažirati u doživotnom liječenju, provesti promjene u ponašanju, i prilagoditi se posljedicama bolesti, te time neizostavno postaje osnovni provodilac zdravstvene skrbi. Iako još uvijek vodič i savjetnik, liječnik mora naučiti vještinu podjele zdravstvene zaštite i dijeliti autoritet donošenja odluke s bolesnikom i drugim zdravstvenim profesionalcima. Konsenzus u svezi forme i svrhe liječenja ovdje je jednako važan kao i konsenzus u svezi dijagnoze (6). Partnerstvo bolesnika i liječnika, koje pretpostavlja središnju ulogu bolesnika, temelj je odgovarajuće skrbi za kroničnog bolesnika. Ono je danas prepoznato i široko usvojeno, stoga uspješna skrb ovisi o aktivnom sudjelovanju samog kroničnog bolesnika (7-9).

Koncept bolesniku usmjerene skrbi istaknuo je još Balint naglašavajući važnost razumijevanja bolesnika kao jedinstvenog ljudskog bića, te McWhinney istaknuvši potrebu stavljanja bolesnika u središte konzultacije i liječnikovog uvažavanja perspektive bolesnika u pronalaženju zajedničkih ciljeva liječenja (10-11). Konačno, Moira Stewart oblikuje model bolesniku usmjerene skrbi kakvog danas poznajemo, koji objedinjuje šest ključnih elemenata: poznavanje bolesti i bolesnikova iskustva bolesti, razumijevanje

bolesnikove osobe, pronalaženje zajedničke osnove bolesnika i liječnika za rješavanje problema, uključivanje prevencije i promocije zdravlja, jačanje odnosa liječnik - bolesnik i postavljanje realističnih ciljeva u svezi osobnih limitiranosti i resursa za provođenje navedenog (12). Literatura upućuje da bi prethodno saznanje liječnika o bolesnikovom doživljaju vlastite bolesti povećalo samostalno provođenje terapije od strane bolesnika (13). Iako se metodologija istraživanja bolesniku usmjerene skrbi i njezinog utjecaja na ishode skrbi pokazala vrlo zahtjevnom (14), istraživanja su pokazala jasnu želju bolesnika za primanjem ovakvih oblika skrbi (15), kao i povezanost primjene principa bolesniku usmjerene skrbi i pozitivnih ishoda skrbi (12,16,17). Bolesniku usmjerena skrb pridonosi većem zadovoljstvu bolesnika (18,19) većem pridržavanju uputa liječenja, boljim ishodima liječenja na planu tjelesnog i psihičkog zdravlja (16,20), te racionalnijem korištenju zdravstvene službe, posebno u skrbi za bolesnike koji boluju od kroničnih bolesti (16,21,22).

1.2. ZDRAVSTVENO PONAŠANJE I PRILAGODBA NA KRONIČNU BOLEST

Navedeno upućuje da je u kronično bolesnih ljudi potrebno razjasniti njihovu perspektivu bolesnika kako bi se liječenje moglo prilagoditi bolesnikovim potrebama i vještinama nošenja s bolesti (23).

Kako je iz perspektive obiteljskog liječnika teško uočiti bolesnikov doživljaj bolesti i elemente važne za prilagodbu u dnevnoj konzultaciji sa svakim pojednim bolesnikom, od važnosti je utvrditi elemente procesa spoznaje, potom doživljaja ili predodžbe bolesti, te prilagodbe na kroničnu bolest.

Spoznaja da boluje od kronične bolesti, u bolesniku budi snažne emocionalne reakcije, koje su vezane uz njegovu predodžbu ili doživljaj te bolesti (24). U teoretskim publikacijama modela bolesti, koriste se različiti termini za isti koncept: reprezentacija ili predodžba bolesti; kognitivni model ili shema; laički kognitivni modeli; te percepcija,

iskustvo, doživljaj bolesti (25). Važnost bolesnikove predodžbe bolesti očituje se u činjenici da je cjelokupno ponašanje bolesnika određeno njegovim pripadajućim akcijskim planom nošenja s tim problemom, koji proizlazi iz njegove kognitivne predodžbe problema i uz nju vezanih emocija (26).

Prilagodba se može definirati kao odgovor na promjenu u okolini koja omogućava osobi da postane bolje prilagođen toj promjeni (27). Definicija upućuje da za prilagodbu treba vrijeme. Dobra prilagodba na bolest rezultira dobrom kvalitetom života, blagostanjem, pozitivnim emocijama, zadovoljstvom života i samopouzdanjem bolesnika (28-30). Loša prilagodba uzrokuje psihološko pobolijevanje, kao što je depresija, anksioznost, stres i problemi ponašanja (31).

Nošenje s bolešću (engl. coping) obuhvaća kognitivne i bihevioralne strategije kojima se bolesnici nose s psihičkim i fizičkim opterećenjima koje bolest nosi u cilju regulacije stresa, umanjenja problema izazvanih stresom i uspostavljanja pozitivnog stanja (32). Sedam je mogućih načina nošenja sa stresom: izbjegavanje/negiranje; ekspresija emocija (ventilacija); nošenje bazirano na problemu-općenito (aktivno suočavanje s bolešću općenito – aktivno nošenje, planiranje, suprimiranje aktivnosti koje su u kompeticiji s bolešću); nošenje bazirano na problemu-specifično (aktivno ponašanje sa specifičnim ponašanjima za određenu bolest (dijeta, fizička aktivnosti, glukoregulacija, uzimanje lijekova); traženje socijalne podrške; odlazak liječniku (bez posebnog razloga) (33). Adekvatno nošenje s bolešću pozitivnog je ishoda i općenito je prihvaćeno da pretpostavlja prilagodbu na bolest (34).

U cilju predviđanja ponašanja osoba narušenog zdravlja ili s prijetnjom oštećenja zdravlja, te predviđanja prilagodbe osobe na percipiranu prijetnju vlastitom zdravlju, razvijeni su modeli zdravstvenog ponašanja.

1.2.1. Karakteristike zdravstvenog ponašanja

Zdravstveno ponašanje određuju poticaj, motiv, cilj, te osobne odlike onoga koji ga provodi. Razlike u percepciji, spoznaji i motivaciji mogu dovesti do razlika u obrascima ponašanja kod istog ili sličnog poticaja (35).

Na percepciju djeluju brojni vanjski faktori: grupni pritisci, raspoložive informacije, iskustva, uloge. Posebnu važnost ima koncept selektivne percepcije, tj. način na koji pojedinac bira informacije koje mu odgovaraju, a ignorira one koje su za njega nepovoljne (npr. prilikom pripreme na operaciju odabire samo povoljne obavijesti o operateru, zanemaruje negativne). Osim toga ljudi se razlikuju pri interpretaciji informacija, te različito zaključuju (oblikuju cjelovitu sliku, stav ili uvjerenje na temelju informacije).

Važna kategorija u ponašanju su spoznajni sustavi – načini na koji si ljudi predstavljaju ono što znaju o sebi i svijetu koji ih okružuje, koristeći svoje uočavanje, maštu razmišljanje, rezoniranje i odlučivanje. Spoznajni sustav pojedinca uvjetovan je širokim rasponom varijabli. Razumijevanje spoznajnog sustava osobe omogućuje i bolje predviđanje njegova ponašanja. To je posebno važno za zdravstveno ponašanje. Vrlo često ponašanje ljudi izloženih smrtnoj opasnosti izgleda zdravim ljudima kao nerazumno gotovo suludo, međutim ono je duboko smisleno i racionalno.

Motivacija navodi čovjeka na stanovitu akciju/ponašanje ili je od nje odvraća: da radi ili ne, bavi se sportom ili ne. Motivacija uključuje potrebe, želje, tenzije, težnje, aktivnosti spoznajnoga i podsvjesnoga u čovjeku. Razlike u motivaciji jedan su od najvažnijih faktora pri razumijevanju individualnih razlika u zdravstvenom ponašanju.

Pristup kroničnom bolesniku s aspekta ponašanja pokazao se obećavajućim, a promjena ponašanja bolesnika jednim od najvažnijih ciljeva edukacije kroničnog bolesnika (36).

1.2.2. Prikaz modela zdravstvenog ponašanja

1.2.2.1. Model zdravstvenih uvjerenja (MZU)

(engl. Health Belief Model), formulirao Rosenstock, u potpunosti razvio Becker sa suradnicima (37). Prema njemu, četiri su važna faktora koja određuju motivaciju ka određenom zdravstvenom ponašanju: 1) doživljaj sklonosti razvoja bolesti 2) doživljaj ozbiljnosti bolesti 3) doživljaj koristi od poduzetog ponašanja i 4) doživljaj prepreka za njegovo provođenje. MZU predviđa da će osobe usvojiti odgovarajuće zdravstveno ponašanje za onu bolest za koju smatraju da su skloni razviti i koja je najopasnija, te će se najčešće provoditi ono ponašanje za koje osoba procijeni da će joj donijeti najviše

koristi, a ima najmanje prepreka za njegovo provođenje. Model se pokazao s visokom signifikatnošću točnim u slučajevima kada je jasna povezanost između zdravstvenog ponašanja i ishoda takvog ponašanja (redovni ginekološki pregledi, samopregledi dojki, probir na karcinom prostate). No, u kontekstu kronične bolesti povezanost između zdravstvenog ponašanja i ishoda po zdravlje nije tako jasna. U kronično bolesne osobe zdravstveno ponašanje utječe na postupanje s već prisutnom bolešću i sprečava razvoj sekundarnih komplikacija. Na teoretskom nivou na MZU možemo se pozvati kada je aktivnost povezana s pozitivnim ishodom. Npr. kod šećerne bolesti kontrolom šećera u krvi provjerava se postoji li hiper- ili hipoglikemija. Ukoliko razina šećera nije unutar normalnih granica osoba će poduzeti akcije ne bi li istu dovela unutar normalnih granica. No, puno je teže procijeniti korist za zdravlje u svezi kompleksnih odnosa kao što je fizička aktivnost ili režim određenog ponašanja. Kod šećerne bolesti potrebno je uspostaviti balans prehrane, lijekova i fizičke aktivnosti. Ukoliko osoba ne uspije promijeniti način prehrane ili fizičku aktivnost, tada je potrebno djelovati na drugom nivou-lijekovima. Kako bi se objašnjenje dalje kompliciralo, optimalni odgovor ovisi o trenutnoj fazi bolesti. Tako je uzimanje pojačane doze lijekova u hiperglikemije povoljna akcija, no u hipoglikemije će ista dovesti do negativnih, potencijalno fatalnih posljedica. Iako MZU može imati određenu relevantnost u tom području, teško je adekvatno empirijski testirati model na heterogenoj grupi bolesnika koji boluju od kronične bolesti, jer je isto ponašanje adaptacija na bolest u jednoj okolnosti, a maladaptacija na tu istu bolest u drugoj okolnosti. Stoga se češće koristi u analizi preventivnog i pozitivnog zdravstvenog ponašanja, ali i bolesničkog ponašanja. Korisno prikazuje subjektivnost različitih faktora i uspješno se koristi za predviđanje: traženja medicinske pomoći, suradljivosti u provođenju medicinskih savjeta, te preventivnog zdravstvenog ponašanja pojedinca. U centru je podudarnost - bolesnici će rjeđe slijediti savjete i rjeđe će ih zapamtiti ukoliko je konzultacija manje podudarna s njihovim vlastitim zdravstvenim uvjerenjima (38).

1.2.2.2. Socijalna kognitivna teorija

Bandura je (1977, 1986) (39) uveo koncept očekivanja efikasnosti (uvjerenje pojedinca da može provesti određeno ponašanje) i očekivanja ishoda (uvjerenje o posljedicama provođenja određenog ponašanja) koji određuju zdravstveno ponašanje tog pojedinca.
Tako se npr. u samoliječenju šećerne bolesti očekivanje uspješnosti odnosi na uvjerenje pojednica o sposobnosti da provodi preporučeni tretman kao što su provođenje pravilne prehrane i tjelovježbe ili adekvatnom uzimanju lijekova i samokontroli GUK-a. Očekivanje ishoda obuhvaća uvjerenja pojedinca o učinku tih ponašanja na kontrolu šećerne bolesti, kvalitetu života, ili osjećanje tog pojedinca.

1.2.2.3. Mechanicova opća teorija ponašanja pri traženju pomoći

Definira zdravstveno ponašanje kao svako stanje koje uzrokuje ili bi moglo uzrokovati da se neki pojedinac zabrine za svoje simptome i zatraži pomoć (40). Teorija je usmjerena na dva faktora: percepciju zdravstvene situacije od konkretnog pojedinca i od strane njegova važnog drugoga, te sposobnosti pojedinca (ili njegova važnog drugoga) da tu situaciju podnosi. Središnja teza je da je bolesnikovo ponašanje kulturalno i društveno naučeno tj. da se oblikuje kroz učenje, socijalizaciju i iskustvo. Predviđa odluke pojedinca u svezi kontaktiranja liječnika, ali ne i objašnjenje kasnijih faza bolesničkog ponašanja.

1.2.2.4. Suchmanov model faza u doživljaju bolesti - bolesničkom ponašanju

Omogućuje praćenje svih faza bolesničkog ponašanja. Sukladno njemu reakcija na bolest uključuje pet faza: 1) doživljaj simptoma 2) preuzimanje uloge bolesnika 3) kontakt s medicinskom zaštitom 4) ulogu zavisnog bolesnika 5) oporavak ili rehabilitaciju (41).

1.2.2.5. Koncept bolesničke karijere

Razvili Twaddle i Hessler (1987:116-136). (42) Promatra status bolesnika u kontekstu specifične životne karijere kojoj trajanje i uspjeh zavise od karaktera bolesti, vrste bolesnika i socijalno-kulturalnih okolnosti u kojima se bolesnička karijera razvije. Osnovne odluke povezane s promjenom socijalnih identiteta u karijeri bolesnika: 1) osnovna linija stanja zdravlja- moment od kojeg počinje karijera bolesnika subjektivno je

i socijalno-kulturalno određen 2) odluka da se pojavila promjena u odnosu na normalno - zdravo stanje 3) odluka da je neka promjena značajna - subjektivna interpretacija karaktera i težine simptoma, te znakova bolesti - od jačine simptoma, jasnoće simptoma (manje jasni simptomi veća vjerojatnost interpretacije kao važnih), upoznavanja simptoma, pretpostavki uzroku i prognozi, interpersonalni utjecaj, druge životne krize 4) odluka da je pomoć potrebna 5) odluka o obliku potrebne pomoći 6) odluka o posjetu određenom agentu liječenja 7) odluka o vrsti i stupnju suradnje s agentom liječenja. Tri su moguća ishoda bolesničke karijere: oporavak (izlječenje)- za većinu akutnih bolesti, oštećenje-invaliditet (za većinu kroničnih i neke akutne bolesti) ili smrt.

1.2.2.6. Situacijsko - adaptacijski model

Definirao Angelo Alonzo - polazi od ideje da se svaki pojedinac nosi s višestrukim problemima u višestrukim situacijama. Društveni život proces je kontinuiranog prilagođavanja i usklađivanja čovjeka njegovu okruženju. Prema tome, simptomi i znaci bolesti ne govore mnogo sami po sebi. Njihovo stvarno značenje pojavljuje se iz interakcije bio-fizičkih osjećaja i procesa njihove društvene objektifikacije ili odabiranja, interpretacije i vrednovanja. U svakoj situaciji kad se pojave simptomi i znaci pojavljuje se i njihova socijalna interpretacija, a konkretni pojedinac se pokušava prilagoditi. 1) Svakodnevno bolesničko ponašanje (SBP) – primarni adaptacijski proces je koncept obuzdavanja (znakova, simptoma, boli i sl). Naime, male devijacije u fizičkom i psihičkom zdravlju svakodnevno su iskustvo golemoga broja ljudi (kašalj, prehlada, križobolja, vrtoglavica; malodušnost, nervoza, problemi spavanja). SBP mijenja odnos pojedinca prema njegovim društvenim ulogama i tu drugu dimenziju svakodnevnog ponašanja označava terminom kompromisne uloge: simptomatski pojedinac svoje normalne uloge će uskladiti tako da nađe kompromis između simptoma i znakova bolesti, na jednoj strani, te normalnih obveza i uloga na drugoj strani. Na taj način će mu promijenjeno stanje omogućit normalnu integraciju u danu situaciju. Sposobnost pojednica da obuzdava znakove i simptome zavisi od niza faktora: bolesnikove spremnosti i odlučnosti, mišljenja okoline o njegovim ulogama i načinu sudjelovanja u određenoj situaciji, moći i položaju pojedinca (43). Odnos liječnika i bolesnika je indirektan. 2) Akutno bolesničko ponašanje- primarni adaptacijski proces je obuzdavanje.

Akutna bolest ili manjkavo prilagođavanje nastaje kad pojedinac uoči da se smanjuje njegova sposobnost svladavanja znakova i simptoma u okviru niza situacija. On povećava odmor – prekide svakodnevnih situacija i okreće se ka korištenju zdravstvenih profesionalaca i sredstava. Odnosi socijalnih uloga su oslabljeni. Odnos liječnika i bolesnika je vođenje - suradnja. 3) Kronično bolesničko ponašanje – primarni adaptacijski proces je prilagođavanje. To znači da pojedinac mora prilagoditi svoj životni stil i obrasce dnevnih društvenih situacija sa životnim stanjem „manje od normalnog"- sa stalnim znacima i simptomima bolesti. Strauss (1975) spominje niz problema prilagođavanja: upravljanje medicinskim krizama; režimima liječenja; kontrola simptoma; promjena rasporeda vremena; upravljanje socijalnom izolacijom; upravljanje tijekom bolesti; proces normalizacije i utjecaj na članove obitelji. Svaka kronična bolest zahtijeva od njome prilagođenog pojedinca izradu i primjenu strategije prilagođavanja. Prilagođavanje se provodi u okviru dane socijalne situacije i može tražiti od pojedinca napuštanje specifičnih oblika participacije, te su socijalne uloge oštećene. No, prilagođavanje može preuzeti oblik kompromisne uloge. Odnos između liječnika i bolesnika uspostavlja se na načelu uzajamnog sudjelovanja. Kronično bolesni pojedinac potiče se na održavanje normalnih pojedinosti. 4) Bolesničko ponašanje pri ugroženosti života-bolest koja ugrožava život karakterizirana je neadaptacijom. Odnos uloge liječnik-bolesnik tipično je aktivno-pasivni.

1.2.2.7. Teorija planiranog ponašanja

TPP (engl. the theory of planned behavior) Ajzen (44) sugerira da tri faktora utječu na provođenje određenog ponašanja: a) stav prema ponašanju b) subjektivne norme i c) nivo doživljene kontrole i samoefikasnosti. Prema modelu interakcijom navedenih faktora nastaje namjera za provođenjem određenog ponašanja. Dakle i MZU i TPP korisno predviđaju namjeru za provođenjem ponašanja, ali manje korisno predviđaju da li se ono sada, aktuelno, provodi. Taj problem je poznat kao "pukotina između namjere i ponašanja" ("intention-bahavior gap") (45).

Nadalje, problem ovih modela je da objašnjavaju samo jedan element odgovora osobe na bolest ili prijetnju bolešću (što ljudi rade), a zanemaruju komplicirane emotivne odgovore koje prate bolest (što ljudi osjećaju). Tako je u istraživanju probira na karcinom dojke

(46) uočena povezanost percepcije koristi i odlaska na skrining bolesnica. No, suprotno MZU utvrđeno je da su se žene s obiteljskom anamnezom karcinoma dojke, koja predstavlja visoku sklonost obolijevanju, zapravo rjeđe odazivale. Takav model ponašanja Hyman je objasnio koristivši protekcijsko-motivacijski model.

1.2.2.8. Protekcijsko-motivacijski model

Definirao Hyman, predviđa da se, kod pojave prijetnje, ljudi ponašaju tako da ju minimaliziraju. Jedan od načina smanjenja prijetnje je izbjegavanje. Istu pretpostavku ima i **teorija bazirana na anksioznosti (engl. the anxiety based theory),** prema kojoj je jedan od važnih faktora za sprečavanje anksioznosti izbjegavanje faktora okidača anksioznosti (engl. trigger-factor) (47). Stoga se može predvidjeti da će velika anksioznost radije voditi u izbjegavanje nego u suradljivost.

Mana spomenutih modela zdravstvenog ponašanja jest u neuzimanju u obzir veze između osjećaja i ponašanja što je dovelo do nastanka presimplificiranih modela. Naime, modelima koji zanemaruju važan aspekt ljudskog odgovora na vanjske faktore ne može se u potpunosti razumjeti kompleksni proces prilagodbe čovjeka na bolest.

1.2.2.9. Model samo-regulacije

MSR (engl. self-regulation model) (Leventhal and Nerenz 1983) (48). Jedan od najprihvaćenijih modela koji upućuje da u odgovoru na bolest i druge zdravstvene prijetnje, temeljem vlastita znanja, emocija, iskustva, pod utjecajem konteksta, ljudi paralelno razviju početne kognitivne i emotivne predodžbe o toj bolesti. Sukladno modelu, jezgra bolesnikove predodžbe bolesti sastoji se od pet komponenti-aspekata bolesti: identiteta (simptomi koje povezuje s bolesti), uzroka (osobne ideje o uzroku), trajanja (pretpostavljeno trajanje bolesti), posljedica (očekivane posljedice) i kontrole/liječenja (doživljaj kontrole i liječenja) bolesti. Ove komponente predodžbe bolesti bolesnicima čine okvir za razumijevanje simptoma, procjene zdravstvena rizika, te usmjeravanja akcija i nošenja s bolešću, te procjene efikasnosti tog ponašanja, odnosno prilagodbe na bolest. Informacije o efikasnosti nošenja s bolešću i prilagodbe vraćaju se, u obliku povratnih petlji, na početne predodžbe o bolesti, koje se tipično mijenjaju s progresijom bolesti, hitnim stanjima, te odgovorima na liječenje. Dakle, predodžbe

bolesti, proces nošenja s bolešću i prilagodba na bolest kroničnog bolesnika, u stalnom su dinamičkom međuodnosu kontinuirane povratne sprege (25-26). Istraživanja pokazuju da se MSR može primijeniti na brojne kronične bolesti i rezultati kontinuirano upućuju da su bolesnici s jako izraženim identitetom bolesti, pasivnim stilovima nošenja s bolesti, uvjerenjem da će bolest dugo trajati i biti teška, i teško kontrolabilna, imali lošije ishode liječenja (30,47-56). Naprotiv, uvjerenje da će se bolest samo povremeno aktivirati i biti diskontinuirana tijeka, da nije suviše ozbiljna, da ju je moguće kontrolirati, kao i da će u manjem stupnju dovesti do nesposobnosti, povezana je sa pozitivnijim ishodima liječenja (51,54-55,59). Nadalje, potvrđena je strukturna relacija između pet komponenti predodžbe bolesti, te veza između predodžbe bolesti i niza psiholoških ishoda uključujući nošenje s bolešću, raspoloženje, funkcionalnu prilagodbu i suradljivost u liječenju (57-62).

Prvo, MSR pretpostavlja da je zdravstveno ponašanje rezultat kompleksne, multi-fasetirane predodžbe bolesti. Teorija upućuje da ljudi aktivno konstruiraju predodžbe bolesti ili prijetnje zdravlju.

Drugo, predodžba ima dva nivoa: apstraktni i konkretni ili eksperimentalni, koji djeluje na dva nivoa: afektivni i kognitivni. Stoga se MSR često nazva paralelno-procesirajući model. Prema MSR osobe koriste znanje i iskustvo kako bi konstriurali predodžbu bolesti. Naprimjer, kada sazna da boluje od raka, pojedinac će se orjentirati prema dostupnim informacijama o zdravlju, ali i prema vlastitom osobnom iskustvu s bolesti. Ako je imao blisku osobu koja je umrla od iste dijagnoze emotivni odgovor bit će temeljen i na sjećanju navedenog događaja, te će biti u strahu da će također umrijeti. Navedene emotivne predodžbe, kao i kognitivne, mogu voditi ponašanje pojedinca. Međutim, s obzirom da su emotivne predodžbe tipično povezane s višim stupnjem afektivnog, kada se aktiviraju, obično nadjačaju kognitivne predodžbe. Stoga se može ponašati s ciljem smanjenja stresa, radije nego poboljšati preživljenje birajući manje poštednu terapiju. Tako su istraživanja pokazala da žene koje su pod većom opasnošću od dobivanja karcinoma dojke, no trenutno su dobro, radije biraju drastične profilaktične operacije (npr mastektomiju i ooforektomiju) kako bi smanjile rizik razvitka karcinoma (63).

Treće, MSR uzima u obzir kontekstualne faktore, isticanjem da je predodžba bolesti pod utjecajem faktora konteksta, kao što su uloge u društvu i identitet. Zaista, pokušaj da se razvije razumijevanje bolesti stvaranjem predodžbe bolesti temeljeno je na potrebi reguliranja sebe i zadržavanja ekvilibrija. Dakle, uspješna prilagodba na bolest zahtijeva reguliranje vlastitog identiteta u svjetlu nove predodžbe bolesti (64). Brownlee ističe, da se proces prilagodbe osobe na bolest, uz istovremeno zadržavanje predodžbe sebe, sastoji u stvaranju **propozicijskih pravila** („propositional rules"), ako-onda pravila, koji vode proces nošenja s bolešću. Npr. osoba oboljela od reumatoidnog artritisa može vjerovati da je to kronična, onesposobljavajuća bolest. Ako je predodžba sebe te osobe takva da se doživljava neovisnom osobom, onda će doći do sukoba između predodžbe bolesti - RA kao onesposobljavajuće bolesti i predodžbe sebe kao neovisne osobe. Kako bi razriješio taj sukob osoba će razviti pravila koja će mu omogućiti da ostane neovisan i u bolesti. Tako bolesnik može misliti - "Ako ne pitam druge za pomoć, onda sam još uvijek neovisna osoba!" Takva misao omogućava bolesniku da se vidi neovisnim. No, pravilo upućuje da neće biti u stanju pitati druge za pomoć. Takva pravila neće biti problematična ukoliko je bolest benigna i bolesnikova uloga ostvarena. No, problem nastaje kad bolesnik ne traži pomoć kada ju i treba te umjesto toga poduzima aktivnosti koje imaju negativne posljedice (npr porast boli, upala). Ukoliko u ovoj situaciji ne dođe do razvitka novog pravila, osoba je u riziku maladaptacije na bolest.

Dostupna istraživanja snažno su poduprla glavne komponente SRM. Specifično, niz istraživanja potvrdilo je da su uvjerenje o identitetu, posljedicama, kontroli, trajanju i uzrocima bolesti važne u određivanju zdravstvenog ponašanja i emotivnog blagostanja. Istraživanja su pokazala da je SRM validan za akutne (gastroenteritis) (65) i kronične bolesti (šećerna bolest tip 1 i 2, osteoartritis, reumatoidni artritis, kronična slabost, multipla skleroza i koronarna bolest) (25,49,51,66-67). Konzistentno s prethodnim, oni bolesnici koji su vidjeli svoju bolest ozbiljnijom (jakog identiteta), duljeg trajanja i manje kontrolabilnu (pasivnih stilova nošenja s bolešću) imali su lošije zdravstvene ishode. Naprotiv, traženje socijalne pomoći i uvjerenje da je bolest moguće kontrolirati povezano je s boljim ishodom (Scharloo 1998).

Nadalje prospektivna istraživanja pokazala su da je predodžba bolesti uzročno povezana s depresijom. Npr, Sharpe et al (68) potvrdili su da je predodžba bolesti prediktor raspoloženja u bolesnika s nedavno dijagnosticiranim RA.

1.2.2.10. Hipoteza podudaranja s realnošću

HPR (engl. reality matching hypothesis) Folkman (1984) (69). Ovaj model ističe važnost podudarnosti između realnosti i osobnih uvjerenja bolesnika o kontrolabilnosti bolesti, u procesu prilagodbe na bolest. Tako su u uvjetima kad bolest nije kontrolabilna, uvjerenja o mogućnosti kontrole nekorisna. Slično, slijepi optimizam uz tešku bolest neće doprinijeti prilagodbi. Stoga je HPR relevantna za prilagođavanje bolesti u odnosu na tijek bolesti. Naime, bolesnici mogu doživjeti frustraciju i razočarenje ukoliko događaj koji su smatrali da mogu kontrolirati dožive kao nekontrolabilan. Dakle, procjena mogućnosti kontrole mora se provesti sukladno stvarnoj, objektivnoj mogućnosti kontrole bolesti. Nadalje, korisnost unutarnjeg lokusa kontrole bolesnika ovisit će o jakosti bolesti. Kad je bolest teška, bolesnik može manje kontrolirati svoju bolesti te je unutarnji lokus kontrole manje koristan. Tako su Christensen i suradnici (70-71) utvrdili da je u bolesnika s terminalnim zatajenjem bubrega i barem jednom neuspješnom transplantacijom unutarnji lokus kontrole bio povezan s depresijom. No, to nije bio slučaj u bolesnika bez prethodno neuspjele transplantacije. Sharpe i suradnici proučavali su utjecaj unutarnjeg lokusa kontrole i nesposobnosti na kvalitetu života u osoba s multiplom sklerozom i utvrdili su da razina nesposobnosti moderira efekt između lokusa kontrole i kvalitete života. Dok je u bolesnika s višim stupnjem nesposobnosti, unutarnji lokus kontrole povezan sa slabijom kvalitetom života, u bolesnika s nižim stupnjem nesposobnosti, unutarnji lokus kontrole bio je vrlo koristan.

1.2.2.11. Fenomen promjene u očekivanjima

FPO (engl. response shift) –Spranger i suradnici (72) definirali su FPO kao promjenu osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije koja se dogodi kad se osoba suoči sa situacijom kao što je oštećeno zdravlje. Naime, kad se dijagnosticira bolest osoba promijeni svoja očekivanja o tome što je važno u sklopu novih okolnosti, i to ponovnim procjenjivanjem, postavljanjem prioriteta za druge ciljeve i/ili životna područja

ili potpunim mijenjanjem definicije što joj je važno. Npr. ukoliko je osoba prije dijagnoze imala naglasak na poslu i ostvarenju svoje uloge na poslu, od postavljanja dijagnoze prioritet ne mora više biti na poslu, već na obitelji i zdravlju u većoj mjeri nego je to bilo prije bolesti. Na taj način osoba može zadržati stav da joj je kvaliteta života u novoj situaciji prihvatljiva usprkos lošijem zdravstvenom stanju. Dokumentirano je da se neki bolesnici dobro prilagode bolesti usprkos fizičkom oštećenju. (73). Zaista utvrđeno je da se kvaliteta života bolesnika s proširenim stadijem karcinoma u nekih bolesnika nije signifikantno razlikovala od zdravih kontrola (74). Među terminalnim bolesnicima kontinuirano se nalaze dokazi da skrbnici i zdravstveni radnici procjenjuju kvalitetu života bolesnika nižom od procjene samih bolesnika (75).

Nadalje, rezultati nekih kvalitativnih istraživanja podržavaju stav da bolesnici kad se suoče s kroničnom bolesti ponovno razmatraju vlastite prioritete u životu. Tako je u kvalitativnoj studiji žena s ginekološkim karcinomom, većina nije dala veliko značenje utjecaju operacije na njihovo seksualno zadovoljstvo usprkos činjenici o postojanju značajnih nuspojava liječenja (76). Naime, bolesnice su pomakle njihov fokus na preživljavanje.

Ipak, malo je istraživanja usmjereno promjenama bolesnika u očekivanju ili prioritetima.

1.2.2.12. Fenomen smanjenja broja životnih ciljeva

FSBC (scaling back goals). Podrazumijeva da se, kad se suoči s prijetnjom zdravlju, bolesnik usmjeri na jedan ili dva važna područja. Tako se bolesnici, nakon 3 mjeseca od postavljanja fatalne dijagnoze čije liječenje neće imati kurativni efekt, nisu bili sposobni odrediti za 5 glavnih životnih ciljeva, već su imenovali 1-3 cilja. Ipak, nakon 6 mjeseci bolesnici su bili sposobni imenovati više za njih važnih područja, a samo je polovina uzorka pomakla fokus s jednih na druge prioritete (FPO).

To upućuje da niti FPO niti FSBG nisu obavezno korisni, već je korisno da li je odgovor na područje gdje se bolesnik usmjerio bio pozitivan ili ne. Naime, ukoliko su bolesnici za vrijeme teške bolesti usmjerili svoje područje djelovanja prema obitelji i tamo našli pozitivni odgovor (topla i s ljubavlju) u tom slučaju su se održali s fokusom na obitelji. No, ukoliko je u obitelji postojao konflikt, a bolesnik zadržao fokus na obitelji,

prilagodba nije uspjela. Dakle, kontekst bolesnikova života ključna je determinanta u određenju da li će određena strategija biti korisna ili ne u prilagođavanju bolesti.

Drugi kognitivni proces koji potiče prilagodbu u kontekstu kronične bolesti ili bolesti opasne po život, je **pronalaženje smisla** (engl. search for meaning). Pronalaženje smisla obuhvaća 2 komponente: a) nalaženja reda (inkorporiranje događaja koji je promijenio život u uvjerenja koja su prije postojala) b) nalaženje svrhe (traženje ciljeva koji životu daju svrhu unutar ograničenih okolnosti koje osoba sada ima u sebi) (75).

1.2.2.13. Model prilagodbe na kroničnu bolest Parka i Folkmana

(1997) (78). Sličnost među modelima jest u činjenici da jednom kad se suoče s prijetnjom zdravlju, bolesnici stvore predodžbu o bolesti pod utjecajem prethodno postojećih uvjerenja. Modeli naglašavaju važnost slaganja između tih predodžbi bolesti, postojećih uvjerenja i realnosti situacije. Prilagodba na bolest može se vidjeti i kao proces zadržavanja pozitivnog viđenja sebe i svijeta prilikom suočavanja sa zdravstvenim problemom. Za bolesnike s visokim stupnjem optimizma ili onih s dobrom prognozom, od početka se razvijaju korisne predodžbe bolesti. Podrazumijevajući da su te korisne predodžbe točne, doći će do nastanka pozitivnog psihološkog funkcioniranja. Nadalje, optimistični pogledi na bolest bit će korisni ukoliko potaknu bolesnika da napravi korisne izbore kod liječenja bolesti, kao i poticanja korisnih strategija nošenja s bolesti (79). Međutim, u nekom situacijama bilo zbog težine bolesti ili njezinih posljedica, individualne značajke prethodnog iskustva, korisne predodžbe, nisu dobro došle. Naime, individua mora pronaći alternativne puteve u koje će inkorporirati njezine predodžbe bolesti, u adaptivne poglede sebe i svijeta.

S obzirom da su u većini slučajeva predodžbe bolesti relativno nova, manje stabilna uvjerenja, vjerojatno je da će individua na početku lakše inkorporirati nove korisne informacije u vlastitu predodžbu bolesti. To će uzeti dosta vremena, posebno za one koji su u početku bolesti zaokupirani budućnošću s bolešću koja im je dijagnosticirana. No, očekuje se da će osoba pokušati razviti jače adaptivne poglede na bolest kako bi ponovno uspostavila ekvilibrij. Ako pri tom u potpunosti ne uspije, osoba bi mogla tražiti druge metode kako bi ponovno uspostavila ekvilibrij. To bi značilo da je slijedeći korak ispitivanje pravila koja je osoba razvila da bi upravljala nošenjem s bolešću. Tako

individua pogled na svijet može mijenjati ponovnom evaluacijom prioriteta i ciljeva kroz FPO. Pogledi na svijet su dugoročno podložniji promjeni od mijenjanja percepcije sebe. Tako individua može pokušati redefinirati način na koji procjenjuje uspjeh, kako bi se utjecaj bolesti smanjio, a u cilju ponovnog ostvarenja emotivnog ekvilibrija.

Ukoliko ne uspije, individua može pokušati mijenjati značenje vlastita iskustva za percepciju sebe. Često će takvi pokušaji zahtijevati od individue da ponovno razmotri viđenje sebe, uključujući snagu, koju je u sebi identificirala za nošenje s bolešću. Također će ponovno razmotriti prioritete i ciljeve koji su prije davali značenje životu. Ovakva potraga za značenjem motivirana je potrebom ponovnog ostvarenja ekvilibrija u situaciji kada su se uvjerenja i vrijednosti promijenile.

Ukoliko individua ne uspije u navedenim postupcima u cilju stvaranja puno korisnijih pogleda na bolest, svijet oko sebe ili sebe same, doći će do nastanka lošeg psihološkog funkcioniranja osobe. Također ukoliko osoba zapne u jednom od navedenih postupaka bez daljnjeg pomaka ili rješenja, doći će do nastanka psihopatologije. Ovaj model sugerira da bi bilo moguće, radeći s ljudima, istražiti putove kojima oni pokušavaju razumjeti vlastito iskustvo bolesti. Kliničari bi mogli uvidjeti stadij koji bolesnici nisu uspjeli proći ili u koji nisu uspjeli niti ući, i pokušati potaknuti prolazak kroz stadije kako bi unaprijedili proces prilagodbe na bolest. Moguće je da će neki od bolesnika pregovarati uspješno u ranim stadijima, te ne treba dalje nastaviti u kasnije stadije. Model pretpostavlja prolaz kroz stadije u hijerarhijskom slijedu, u smislu da će bolesnik započeti promjenu predodžbi koje su najsvježije i najmanje rigidne. S obzirom da bolesnici prirodno pokušavaju prilagoditi se na bolest, proučavanjem načina na koji su uspjeli omogućilo bi da se identificiraju procesi koji mogu biti od najveće koristi za svakou individuu. Koristivši model kao vodič, mogli bi se identificirati pokušaji bolesnika da se prilagodi i identificiraju poteškoće. Terapijski plan mogao bi se formulirati na temelju strategija koje mogu biti korisne na određenom stadiju prilagodbe s kojim bolesnik ima poteškoće. To bi također pomoglo da se identificira stadij na kojem je bolesnik zastao i pomogne mu da identificira različite strategije koje mu mogu pomoći u kontinuiranom pokušavanju prilagođavanja na bolest.

Iz navedenog je vidljivo da je predodžba ili doživljaj bolesti i tegoba, te proces nošenja i prilagodbe na nju, uvijek individualan doživljaj pojedinca, na koji utječu različiti bio-psiho-socijalni čimbenici (80-83). Unatoč istraživanjima, utjecaj spola još nije jednoznačan, jer rezultati nekih istraživanja upućuju da žene imaju više fizičkih simptoma, više kroničnih bolesti, lošiju percepciju svojeg psihičkog stanja, veću ograničenost funkcioniranja, i više dana smanjene radne aktivnosti (42-44). Nasuprot navedenom, rezultati drugih istraživanja upućuju da u situaciji kada su im isti funkcionalni status, dob, socijalni status, prihod, čak i uz veći stupanj radne nesposobnosti, žene imaju pozitivniju procjenu vlastita zdravstvenog statusa od muškaraca, te one vrednuju napredak oporavka temeljem obima obiteljskih aktivnosti i kućnih poslova koje mogu obavljati, a muškarci temeljem procjene liječnika, što bi moglo ukazati na prisutnost tradicionalne uloge žene i domaćice (83-85). Važnost financijskog faktora očituje se u činjenici da bolesnici koji nemaju dovoljna financijska sredstva nemaju niti preduvjete za provođenje samoliječenja. Njihova partnerska uloga u donošenju odluka u procesu skrbi ograničena je, obzirom da ne mogu osigurati propisanu dijetu, niti imaju dovoljnu socijalnu moć (85). Nadalje, život s partnerom, dobra socijalna mreža, posjedovanje hobija i bogat duhovni život, predstavljat će prednosti prilikom prilagodbe na kroničnu bolest (80). Istraživanja upućuju na važnost koegzistiranja više sociokulturnih faktora na individualne životne okolnosti (86). Tako je u studiji Andersona i suradnika, na nesuradljivost bolesnica od šećerne bolesti, utjecala činjenica nesigurnog statusa imigranata, manje financijske sposobnosti, ženskog spola, a što je sve pridonosilo opasnosti od dobivanja otkaza, ukoliko ne obave radne zadatke, umjesto da u propisano vrijeme uzmu obrok (87). Lokus kontrole još je jedan od faktora koji utječe na stupanj prilagodbe i ponašanje pojedinca (2,3,5,6,88). Općenito se smatra da osoba koja vjeruje da ima utjecaj na događanja i/ili njihove posljedice ima unutarnji lokus kontrole, a osoba koja događaje pripisuje slučaju, sreći, višoj sili ili utjecaju drugih ljudi ima vanjski lokus kontrole. Istraživanja upućuju da su bolesnici s unutarnjim lokusom kontrole bili pogodni za intervencije koje su uključivale i njih u izbor terapije, u donošenje odluka, a naglašavale su i osobnu odgovornost bolesnika (89). Nasuprot njima, bolesnici s vanjskim lokusom kontrole bili su pogodniji za intervencije kojima se osiguravala socijalna podrška i smanjenje stresa, temeljena na preporukama zdravstvenih

profesionalaca. Stoga bi pojašnjenje lokusa kontrole kroničnog bolesnika mogla biti baza za razvitak efektivnijih edukativnih i intervencijskih medicinskih programa, jer bi pomoglo u formiranju ispravnog pristupa liječenja pojedinog ili skupine bolesnika koje povezuje isti lokus kontrole.

1.3. ISTRAŽIVANJE ISKUSTVA ŽIVLJENJA KRONIČNIH BOLESNIKA I PRILAGODBE NA KRONIČNU BOLEST U HRVATSKOJ

U posljednjih 20 godina uočljiva je promjena u istraživanjima kroničnih bolesti, od perspektive liječnika, prema perspektivi bolesnika (90). Primjenom različitih metoda kvalitativnih istraživanja pokušalo se opisati, objasniti i razumjeti proživljene događaje bolesnika, pozivajući se na njihove stvarne živote i iskustvo. S ciljem saznanja kako bolesnici konstruiraju svoje iskustvo kroz aktivnosti, namjere, uvjerenja i osjećaje, koristi se i narativni pristup - priča bolesnika. Interpretacijom bolesnikovih priča, iskustva življenja s kroničnom bolesti, uviđaju se faktori koji utječu na svaki doživljaj bolesti. Oni uključuju kognitivne (ideje i uvjerenja), emocionalne (osjećaji i brige) i bihevioralne faktore (mehanizme kojima se bolesnik nosi sa bolešću). Spoznaja o njihovu postojanju pomaže bolesnicima da razumiju svoje stanje, poboljšaju nošenje s bolesti i bolje prilagode na nju, a obiteljskim liječnicima da razumijevanjem iskustva bolesnika dobiju uvid u stanje i potrebe bolesnika (91-93).

Istraživanja iskustva življenja kroničnih bolesnika i prilagodbe na kroničnu bolest u Hrvatskoj bila su većinom kvantitativnog tipa, s naglaskom na istraživanje relacija bolesnikova doživljaja vlastitog utjecaja na tijek i prilagodbu na bolest (94), potom lokusa kontrole zdravlja i depresivnosti (95), emocionalne prilagodbe i metaboličke kontrole bolesti (4), te osobne i socijalne prilagodbe u adolescenata s tjelesnom invalidnosti (96). Tako je utvrđeno da je većina bolesnika koji boluju od multiple skleroze bila eksternalno orjentirana, te su izdvojeni faktori koji su usmjerili lokus kontrole u smjeru eksternalnosti (dulje trajanje bolesti, ženski spol, niža razina

obrazovanosti, te nezaposlenost i umirovljenje). Kod ovih bolesnika je utvrđena i pozitivna povezanost između eksternalnosti kao prediktora adaptacije, te psihičkih smetnji poput anksioznosti i depresije (94). Potom, utvrđeno je da su dobro prilagođeni invalidni adolescenti posjedovali određene crte osobnosti (pozitivan pojam o sebi, izraženo samopoštovanje), te reagirali pozitivnim emotivnim reakcijama (manja uznemirenost, anksioznost i agresivnost) (96). Nadalje, potvrđena je veća eksternalnost lokusa kontrole u manje obrazovanih bolesnika koji boluju od šećerne bolesti tip 2, kao i češća prisutnost despresivnih misli i emocija, te osjećaja bespomoćnosti u bolesnika s izraženim eksternalnim lokusom kontrole (95). I konačno, odsutnost negativnih emotivnih reakcija bolesnika pri postavljanju dijagnoze šećerne bolesti tip 2 bila je povezana s boljim pokazateljem dugotrajne metaboličke kontrole bolesti (HbA1c), dok je subjektivna percepcija nošenja s bolesti bila bolja u educiranijih bolesnika i onih s obiteljskom podrškom (4).

1.4. SVRHA ISTRAŽIVANJA

Iako su bolesniku usmjerena skrb i bio-psiho-socijalni pristup odrednice rada obiteljskog liječnika, dosada u RH nije bilo istraživanja u obiteljskoj medicini koja su se bavila životom s kroničnom bolesti i procesom prilagodbe na nju, sa aspekta bolesnika, a osobito nije bilo onih koji su koristili kvalitativnu metodu. Unatoč činjenici da za kronične bolesnike skrbe specijalisti i obiteljski liječnici, bolesnici samo povremeno trebaju polikliničko-specijalističku zaštitu i bolničko liječenje, a doživotno su vezani za liječnika obiteljske medicine, koji je strateški postavljen u središte sustava zdravstvene zaštite, i prva je osoba kojoj bolesnik dolazi sa svojim problemom, poznaje obitelj i kontekst u kojem bolesnik živi, te kontinuirano skrbi za bolesnika, i svojom ulogom u bolesnikovu životu, znanjem i osobnošću može pomoći i bolesniku i njegovoj obitelji (97). Da bi uspostavio adekvatan odnos s bolesnikom i prepoznao reakcije na bolest, osim interesa za bolesnika, obiteljski liječnik mora posjedovati i znanje o emocionalnim reakcijama bolesnika (98). Komprehenzivno razumijevanje procesa prilagodbe može pomoći u vođenju kroničnog bolesnika, odnosno članova obitelji prilikom suočavanja s

brojnim nesigurnostima i pomoći im u pronalaženju pravog puta kojim će stabilizirati stres nastao pojavom kronične bolesti. Stoga je od važnosti utvrditi elemente procesa suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja s perspektive bolesnika, te identificirati olakotne i otežavajuće faktore važne za bolesnikovo prihvaćanje i konačnu prilagodbu na kroničnu bolest, odnosno inkorporiranje samoliječenja i samokontrole u njegov život, kao i očekivanja bolesnika od zdravstvenih radnika. Razumijevanje navedenih iskustva življenja s kroničnom bolešću, omogućit će obiteljskom liječniku poboljšanje efikasnosti intervencija koje će potaknuti psihološku prilagodbu na bolest i potencijalno spriječiti dugotrajne probleme.

Problem će biti istražen na učestalim kroničnim bolesnicima u ordinaciji liječnika obiteljske medicine: bolesnicima oboljelim od šećerne bolesti tip 2 ili infarkta miokarda.

2. HIPOTEZA

Bolesnici oboljeli od infarkta miokarda su u procesu suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja s kroničnom bolešću suočeni s većom potrebom za promjenama u dotadašnjem životu, jače su pogođeni bolešću i teže se prilagođavaju na bolest od bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2.

3. CILJEVI ISTRAŽIVANJA

3.1. OPĆI CILJ ISTRAŽIVANJA:

Istražiti i opisati iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 ili infarkta miokarda u suočavanju, upoznavanju, prihvaćanju i življenju s ovim kroničnim bolestima u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika.

3.2. SPECIFIČNI CILJEVI ISTRAŽIVANJA

3.2.1. Istražiti i opisati proces bolesnikova upoznavanja bolesti po sebi te sa specifičnim karakteristikama "vlastite" bolesti.

3.2.2. Istražiti i opisati iskustva bolesnika s promjenama koje su te bolesti izazvale u:

- funkcioniranju vlastitog tijela (simptomi, znakovi, onesposobljenost)
- njegovim životnim navikama, ciljevima, vrijednostima i prioritetima
- funkcioniranju obitelji i njegovoj ulozi u obitelji
- funkcioniranju socijalne mreže: prijatelja i radnog okružja

3.2.3. Istražiti i opisati koji su olakotni, a koji otežavajući čimbenici za bolesnikovo življenje sa šećernom bolesti tip 2 ili infarktom miokarda.

4. ISPITANICI I METODE ISTRAŽIVANJA

Istraživanje je provedeno u sklopu znanstveno istraživačkog projekta odobrenog od Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa, Življeti s kroničnom bolesti: iskustvo bolesnika, šifra projekta: 108-1080317-0280, kojeg je voditeljica prof.dr.sc. Mladenka Vrcić-Keglević.

Radi se o kombiniranom kvalitativnom i kvantitativnom istraživanju (engl. mixed-method research) kojim su metodom problemski usmjerenog (dubinskog) polustrukturiranog intervjua, intervjuirana 64 ispitanika (99).

U kvalitativnom dijelu istraživanja, metodom problemskog usmjerenog (dubinskog) polustrukturiranog intervjua, prikupljeni su podaci od 64 bolesnika (32 koji boluju od šećerne bolsti tip 2 (ŠBT2) i 32 bolesnika koji su preboljeli infarkt miokarda (IM). Paraleleno s intervjuiranjem, provođena je analiza intervjua vodeći se principima „utemeljene“ teorije (engl. „grounded theory“).

U kvantitativnom dijelu istraživanja, kod tih istih bolesnika, standardiziranim upitnicima prikupljeni su podaci o doživljaju bolesti, zdravstvenom lokusu kontrole, zadovoljstvu životom i socijalnoj podršci.

Istraživanje je konceptualizirano i dizajnirano kao primarno kvalitativno, što opisuje slijedeća proceduralna shema (100): QUAL+quant. Navedeno upućuje da su i kvalitativni i kvantitativni podaci prikupljeni paralelno u isto vrijeme, sa manjim naglaskom na kvantitativnom dijelu (101) s ciljem utvrđenja, konvergiraju li rezultati oba istraživanja u smjeru jednog, zajedničkog razumijevanja istraživanog fenomena. Smisao ovog triangulacijskog dizajna je u tome da obje metode upotpunjuju jedna drugu, a umanjuju slabost svake. Nadalje, kombinacija metoda daje kompletniju (ili potpuniju) sliku proučavanog fenomena, nego da se koristi samo jedna od metoda (99).

4.1. ISPITANICI

Bolesnici, ispitanici u ovom istraživanju, odabrani su metodom namjernog uzorkovanja baziranoj na teoriji (engl. theoretical sampling) koje podrazumijeva tri tipa namjernog

uzorkovanja: početno otvoreno, potom aksijalno i završno selektivno, u kojima se fokus uzorkovanja mijenja prema tipu kodiranja (102). Uzorkovanje je provedeno paralelno s analizom podataka, na osnovi proizlazećih koncepata, te je postupno postalo sve fokusiranije i svrhovitije.

- Najprije je provedeno otvoreno namjerno uzorkovanje – korišteno je za odabir inicijalnog uzorka, baziranog na dosadašnjim saznanjima o istraživanom fenomenu iz literature. Odnosilo se na širi raspon proučavanog događaja s ciljem generiranja što više kategorija.
- Zatim je provedeno aksijalno namjerno uzorkovanje – odabrani su događaji i slučajevi s ciljem razvoja, postizanja gustoće i saturacije tih kategorija (svojstava i dimenzija), te utvrđivanja njihovih relacija prema potkategorijama (engl. relational and variational sampling).
- Konačno je provedeno selektivno namjerno uzorkovanje – odabrani su događaji i slučajevi koji su integrirali kategorije uzduž raspona dimenzija s ciljem utemeljenja teorije, te validiranja relacija među konceptima i maksimalnog razvoja i pročišćenja opisanih kategorija.

Podaci su prikupljani dok svaka kategorija nije bila zasićena, što znači da: nije bilo novih ili relevantnih podataka koji su proizlazili iz novih slučajeva, kategorije su bile dobro razvijenih svojstava, odnosno raspona dimenzija, uz dobro razvijene i validirane odnose kategorija i potkategorija (102).

Istraživanjem je obuhvaćeno 64 bolesnika od kojih 32 bolesnika s registriranom šećernom bolešću tipa 2 (MKB X revizija - E11), i 32 bolesnika s registriranim infarktom miokarda (MKB X revizija - I 21, I22, I23, I24.1 i I25.2). Svaki bolesnik u uzorku identificirao se bolesničkim brojem.

Uzorak ispitanika prikupljen je preko liječnika obiteljske medicine u Gradu Zagrebu. Ciljnu populaciju liječnika činili su svi liječnici zaposleni u djelatnosti opće/obiteljske medicine Grada Zagreba, u sva tri Doma zdravlja Grada Zagreba (DZ Zagreb Centar, DZ Zagreb Istok i DZ Zagreb Zapad). Odabran je slučajni uzorak od 16 liječnika iz osnovnog

skupa od ukupno 424 liječnika (103). Također je istom metodom odabrano 8 zamjenskih liječnika za slučaj ako prethodno izabrani liječnici ne pristanu sudjelovati u istraživanju. Svaki liječnik identificiran je liječničkim brojem.

Za inicijalni uzorak (n=32) otvorenim namjernim uzorkovanjem svaki liječnik odabrao je po jednog bolesnika vodeći se početnim kriterijima za odabir [vrsta bolesti (šećerna bolesti tipa 2 ili infarkt miokarda), duljina trajanja bolesti (2 – 5 godina), dob (45-65 godina), spol (muški, ženski) i posjedovanje karakteristike dobrog informatora]. Od 16 odabranih liječnika obiteljske medicine, osmorica su izdvojila jednog muškarca koji boluje od infarkta miokarda i jednu ženu koja boluje od šećerne bolesti tip 2, a koji su prvi po redoslijedu došli u ordinaciju u ispitivanom periodu. Preostalih osam liječnika su napravili to isto, ali u obrnutom smislu. Izdvojili su jednu ženu koja boluje od infarkta miokarda i jednog muškarca koji boluje od šećerne bolesti tip 2, a koji su prvi po redoslijedu došli u ordinaciju u ispitivanom periodu.

Slijedeća 32 bolesnika odabrana su aksijalno, selektivnim uzorkovanjem temeljem koncepcija proizašlih razvojem utemeljene teorije, uz uvjet zadovoljenja početnih kriterija za odabir.

U konačnici je svaki liječnik iz ambulantnog registra odabrao 4 bolesnika (2 koja boluju od šećerne bolesti tip 2 (1 žena i 1 muškarac) i 2 koja su preboljela infarkt miokarda (1 žena i 1 muškarac) s obzirom na pet početnih kriterija [vrsta bolesti (šećerna bolesti tipa 2 ili infarkt miokarda), duljina trajanja bolesti (2 – 5 godina), dob (45-65 godina), spol (muški, ženski) i posjedovanje karakteristike dobrog informatora] i temeljem koncepcija proizašlih tijekom razvoja utemeljene teorije.

Cilj uzorkovanja bilo je utvrđivanje maksimalnog raspona dimenzija, svojstava, uvjeta i posljedica po kojima se koncepcije razlikuju. Uzorkovanje bazirano na proizlazećoj teoriji je namjerno, sa specifičnom svrhom – ispitanici se izabiru s ciljem reprezentacije karakteristika za koje se zna ili vjeruje da su relevantne (104). Tipom uzorkovanja ekstremnih ili devijantnih slučajeva dodatno je odabran bolesnik koji boluje i od šećerne

bolesti tip 2 i od infarkta miokarda. Odabirom ovog bolesnika željelo se dodatno usporediti i potvrditi analizom proizašle koncepcije. Naime, ekstremni slučajevi mogu pobuditi pojačan interes tako što naglašavaju faktor važnosti (105,106).

4.1.1. Kriteriji za odabir namjernog uzorka

Vrsta bolesti: šećerna bolesti tip 2 i infarkt miokarda uzete su kao primjer kroničnih bolesti visoke prevalencije i incidencije u RH koje pogađaju populaciju za vrijeme radnog vijeka i stoga utječu na izostajanje s posla. Šećerna bolesti tip 2 je primjer kronične bolesti, koja je u svojem početku najčešće asimptomatska i postupna početka, dok je infarkt miokarda primjer kronične bolesti, koja je u svojem početku najčešće simptomatska i naglog početka. U cilju smanjenja utjecaja bolesti u komorbiditetu na doživljaj bolesti bolesnika, odabrali su se bolesnici sa što manje bolesti u komorbiditetu, odnosno oni kojima je glavna bolest šećerna bolest tip 2 ili infarkt miokarda.

Duljina trajanja bolesti od 2-5 godina izabrana je stoga što je općenita pretpostavka je da će većina ljudi internalizirati postojanje bolesti dvije godine od postavljanja dijagnoze bolesti (104). Unutar dvije godine od postavljanja dijagnoze teško je razlučiti da li je iskustvo bolesnika iskustvo življenja s bolesti, ili je još odraz faze rekonvalescencije bolesti (105). Kako je cilj istraživanja saznati detalje iskustva življenja s bolesti i elemente prilagodbe na nju od početka bolesti, duljina trajanja bolesti od maksimalno 5 godina uzeta je zbog faktora zaboravljanja, koji se s vremenom povećava.

Dobar informator onaj je ispitanik koji posjeduje znanje i iskustvo koje su predmet istraživanja, koji ima sposobnost autorefleksije, koji se zna izražavati, koji ima vremena za razgovor i voljan je sudjelovati u istraživanju (99).

Raspon dobi od 45-65 godina uzet je kako bi se obuhvatila radna populacija. Kako se najveći broj oboljelih od infarkta miokarda javlja između 50 i 60 godine života, a šećerna bolest tip 2 javlja i ranije, granica od 45 godina uzeta je ne bi li se osigurao uzorak ujednačen po dobi. Granica od 65 godina uzeta je jer se želi saznati iskustvo življenja s bolesti i elementi prilagodbe na nju u radne populacije bolesnika.

Spol: muški/ženski

4.1.2. Zasićenost podataka

Veličinom uzorka od od 32 bolesnika po svakoj bolesti postignuta je zasićenost podataka (principi utemeljene teorije). Naime, cilj selekcije dovoljnog broja bolesnika kako bi se identificirala raznolikost unutar svake grupe bolesnika i postiglo zasićenje podataka. Sukladno podacima iz literature, ono se obično postigne već kod dvadesetog intervjua, tj. n=20 (102). Stoga, ovisno o raznolikosti uzorka preporučena veličina uzorka može varirati od pet do više od 32 bolesnika. U ovom istraživanju zasićenje podataka postignuto je približno s osamnaestim intervjuom. Slijedeći intervjui provođeni su sa specifičnom namjerom – potvrde proizašlih koncepcija.

U kvantitativnom dijelu istraživanja, standardiziranim upitnicima prikupljeni su podaci o doživljaju bolesti, zdravstvenom lokusu kontrole, zadovoljstvu životom i socijalnoj podršci za ista 64 bolesnika.

4.1.3. Etička načela

Ispitivanje je bilo anonimno i dobrovoljno. Svakom ispitaniku objašnjena je svrha i način istraživanja. Dobio je pisanu uputu o cilju, svrhi i metodi istraživanja. Dano mu je dovoljno vremena da pročita uputu, razmisli, postavi dodatna pitanja, i ukoliko je nakon razgovora ispitanik pristao sudjelovati u istraživanju potpisao je pisanu suglasnost. Svaki ispitanik u bilo kojem trenutku imao je pravo odustati od istraživanja o čemu je obaviješten u prvom kontaktu prije početka prikupljanja podataka.

4.2. INSTRUMENTI

4.2.1. Pitanja za problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju

1. Kako ste doživjeli saznanje/spoznaju da bolujete od kronične bolesti?

Potpitanja:

Da li Vas je nešto posebno brinulo i ako da što?

O čemu ste pri tome mislili?

Što ste osjećali?

Da li ste ikome rekli?

Jeste li mogli sami proći kroz taj period ili ste tražili podršku?

Da li je postojalo nešto što bi Vam olakšalo spoznaju bolesti, i da li ste to imali?

2. Da li se nešto promijenilo u Vašem svakodnevnom (privatnom i profesionalnom) životu i ako da što?

Potpitanja:

Kada ste počeli mijenjati svoj život?

Je li Vas nešto posebno na to potaknulo?

Da li ste nešto, što Vam je do tada bilo važno i vrijedno u životu, zbog čega se isplati živjeti, morali promijeniti?

Da li ste neke životne ciljeve ili prioritete morali promijeniti?

Da li je bolest nešto promjenila u odnosu na Vašu okolinu (obitelj, posao, prijatelje)?

3. Jeste li prihvatili Vašu bolest? Ako da, kada se to dogodilo?

Potpitanja:

Koliko je trajao period privikavanja na bolest?

Što ili tko Vam je pomogao da prihvatite postojanje Vaše bolesti?

Što za Vas znači prihvatiti bolest?

Što je po Vama najvažnije da bi osoba, što lakše, prihvatila svoju kroničnu bolest?

Da li je postojalo nešto što bi Vam olakšalo period prihvaćanja bolesti, a niste ga imali?

4. Gdje je mjesto Vašoj obitelji u skrbi za vašu bolest, od samog početka vaše bolesti do danas?

Potpitanja:

Kako je obitelj na početku bolesti reagirala?

Koliko je bila uz Vas? Koliko je danas uz Vas?

Da li je bolest utjecala na Vaš status u obitelji (beneficije/otežala/nije promijenila?)

Koliko vam je obitelj važna?

Da li smatrate da je Vaša obitelj važna za regulaciju vaše bolesti?

5. Kako biste drugom čovjeku koji je obolio od bolesti sličnoj Vašoj opisali svoje iskustvo s kroničnom bolesti?

Potpitanja:

Što biste mu savjetovali?

Biste li ga na nešto posebno usmjerili?

6. Kakva su Vaša iskustva s Vašim obiteljskim doktorom u svezi Vaše bolesti, od samog početka vaše bolesti do danas?

Potpitanja:

Na koji način Vam je saopćio da bolujete od vaše bolesti?

Kako Vas je liječio? Da li Vas je angažirao u liječenju i ako da na koji način?

Da li biste voljeli da je nešto napravio u postupku prema Vama ili vašoj bolesti, a nije?

Koliko mislite da je obiteljski liječnik važan za dobro stanje Vas i Vaše bolesti?

Koliko mislite da ste vi Važni za kontrolu vaše bolesti?

Možete li usporediti liječnike u bolnici u odnosu na obiteljskog liječnika, a povezano s postupcima prema Vašoj bolesti?

4.2.2. Upitnici

"Upitnik o općim podacima o ispitanicima" konstruiran je za potrebe ovog istraživanja. Sastoji se od 20 pitanja podijeljenih u dvije cjeline:

i) sociodemografske značajke bolesnika (dob, spol, mjesto rođenja, obiteljski status i broj članova obitelji, krug prijatelja, školska sprema, radni status, zaposlenje, radni uvjeti i ekonomsko stanje obitelji).

ii) značajke bolesti (trajanje osnovne bolesti, ostale bolesti u komorbiditetu i dužinu liječenja kod izabranog liječnika, te prisustvo kroničnih bolesti uopće u obitelji i među prijateljima).

„Upitnik doživljaja bolesti-kratka verzija“ (IPQ-B) namijenjen je brzoj procjeni kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti (107). Obuhvaća devet elemenata, svaki od njih bit će mjeren jednim općim pitanjem. Prvih 5 elemenata mjere kognitivnu reprezentaciju bolest, i to: element 1 – posljedice (U kojoj mjeri Vaša bolest utječe na Vaš život?), element 2 – trajanje (Koliko mislite da će Vaša bolest trajati?), element 3 – osobna kontrola (Koliko kontrole imate nad svojom bolesti?), element 4 – kontrola lijekovima (Koliko mislite da će preporučena terapija koju uzimate pomoći vašoj bolesti?), element 5 – identitet bolesti (Koliki su jaki simptomi Vaše bolesti?). Emotivna reprezentacija bolesti mjerena je elementom 6 – briga (Koliko ste zabrinuti za Vašu bolest?) i elementom 8 – emocije (Koliko jako Vas bolest emotivno pogađa?), a razumijevanje bolesti mjeri – element 7 (Koliko dobro mislite da razumijete Vašu bolest?). Reprezentacija uzroka bolesti (element 9) mjerena je pitanjem otvorenog pita (Molimo Vas rangirajte tri najvažnija uzroka za koja mislite da su uzrokovala Vašu bolest). Odgovori na sva pitanja, osim uzročnog, procjenjuju se na linearinoj skali Thurstonova tipa od 0-10 s definiranim krajnjim točkama (0 = najviše pozitivno, 10 = najviše negativno), a elementi 5 i 8 dodatno su mjereni otvorenim pitanjem (Ukoliko ih imate, navedite koje sve simptome povezujete s Vašom bolesti srca; Ukoliko ih imate, navedite koje su to emocije koje povezujete s Vašom bolesti srca). Radi veće jasnoće prilikom popunjavanja upitnika, po preporuci autora upitnika (107), riječ „bolest“ zamijenjena je sa „šećerna bolest tip 2“ odnosno „bolest srca“. Upitnik je preveden na hrvatski i testiran i validiran pilot istraživanjem.

“Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja” (ZLK-90-2) namijenjen je ispitivanju vjerovanja o osobnom zdravlju i faktorima koji na njega utječu u svrhu predviđanja zdravstvenog ponašanja (108). Obuhvaća četiri skale: tri skale ispituju vjerovanja pojedinca o vanjskim čimbenicima koji utječu na zdravlje - Evd skala - važni drugi, Es skala - slučaj, sudbina i Eo skala – okolnosti, a četvrta skala - I skala

ispituje vjerovanja o osobnim (internalnim) čimbenicima o kojima ovisi zdravlje pojedinca. Upitnik sadrži 32 pitanja (svaka skala 8). Uz svako pitanje predložena su četiri odgovora koja upućuju na različit stupanj vjerovanja u navedenu tvrdnju (od 1-4 boda: 1=u potpunosti vjerujem, 4=uopće ne vjerujem). Bodovi se zbrajaju za svaku skalu posebno, tako da rezultat ispitanika upućuje na diferenciranu izraženost triju skupina vanjskih i jedne skupine unutarnjh čimbenika u njegovoj percepciji izvora kontrole zdravlja. Upitnik je validiran i posjeduje dobre metrijske karakteristike.

„Subjektivna kvaliteta života“ mjerena je jednim općim pitanjem: "Koliko ste zadovoljni svojim životom općenito?" sukladno preporuci Cumminsa, autora kompleksnijeg i višeslojnog instrumenta za ispitivanje kvalitete života koji zbog ograničenja u vremenu nije bilo moguće primijeniti u ovom istraživanju (109,110). Samoprocjena se daje na skali Thurstonova tipa od 0-10 s definiranim krajnjim točkama (0 = u potpunosti nezadovoljan, 10 = sasvim zadovoljan).

„Socijalna podrška” mjerena je skalom samoprocjene emocionalne socijalne podrške obzirom da se smatra da je emocionalna podrška najvažnija za zdravlje i blagostanje bolesnika. Skala je preuzeta iz upitnika: „Perceived Social Support Scale (111): U proteklih mjesec dana, koliko ste se mogli pouzdati u nekoga? Samoprocjena se daje na skali Thurstonova tipa od 0-10, s definiranim krajnjim točkama (0 = nikada, 10 = uvijek).

4.3. POSTUPAK

4.3.1. Pripremna faza istraživanja

Prijedlog pitanja za problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju relevantnih za istraživano područje, utemeljen na literaturi, nastao je 2004. godine i predstavljen je od istraživača, zajedno sa ciljevima i hipotezom istraživanja, na međunarodnom tečaju (International course:“Three days of Qualitative Research in Health Care”, Antwerpen,

July 2004.) Tada su, iz donešenog prijedloga pitanja, polazeći od hipoteze i ciljeva istraživanja, na radionici tečaja izdvojena pitanja neophodna i relevantna za istraživanje.
Krajem 2005. i početkom 2006. godine izvršeno je pilot testiranje s navedenim izdvojenim pitanjima za problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju, te je dio pitanja s obzirom na razumljivost i jasnoću od strane bolesnika dopunjen i promijenjen, te je tako definiran konačan oblik pitanja za problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju.
Napravljen je transkript intervjua i tri nezavisna istraživača i istraživač izvršili su analizu transkripta tijekom 2007. godine, vodeći se načelima „utemeljene“ teorije.
Tijekom 2007. godine dobivena je suglasnost autora za korištenje standardiziranih upitnika IPQ-B (107) i ZLK-90-2 (108). Nadalje, upitnik IPQ-B preveden je na hrvatski jezik, tako što je nezavisni prevoditelj prvo preveo upitnik s engleskog na hrvatski jezik, a potom je drugi nezavisni prevoditelj preveo s hrvatskog na engleski jezik (engl. translation-back-translation procedure). Potom je izvršeno pilot testiranje upitnika o općim podacima o bolesnicima, upitnika ZLK-90-2 i upitnika IPQ-B. Dio rezultata pilot testiranja prezentiran je na Europskom kongresu obiteljske medicine WONCA 2007 u Parizu i 2008 u Istanbulu, te objavljen u stručnom časopisu Medicina familiaris croatica (112).

4.3.2. Provedba istraživanja

Liječnike iz uzorka istraživač je osobno kontaktirao telefonom, predstavio istraživanje, i pitao žele li sudjelovati. Dva liječnika odbila su sudjelovati u istraživanju, te su zamijenjena «zamjenskim» liječnicima. Razlog odbijanja sudjelovanja bio je u nedostatku vremena. Svakom liječniku koji je pristao sudjelovati, istraživač je uputio pismo u kojem je objašnjeno istraživanje (hipoteza, ciljevi i provedba, te način odabira bolesnika). Poštom su također proslijeđeni mjerni instrumenti, obrazac obavijesti za bolesnika, te obrazac suglasnosti o dobrovoljnom sudjelovanju u istraživanju. Nakon stanovitog vremena potrebnog za upoznavanje s istraživanjem, istraživač je telefonski kontaktirao liječnike i još jednom uputio u način odabira bolesnika.

Izabrane bolesnike liječnici su individualno pozvali na razgovor u ordinaciju. Objasnili su im cilj i svrhu istraživanja, kriterije odabira ispitanika, zagarantirali anonimnost, te dali informacije o ispitivaču. Također su objasnili metodu istraživanja, trajanje intervjua, odnosno ispunjavanje upitnika. Bolesniku su dali - Obavijest za bolesnika, zamolili da ga pročita i ponudili dodatno obrazloženje. Također su dali vremena bolesniku da razmisli hoće li sudjelovati u istraživanju, te ukoliko je bolesnik odlučio sudjelovati, dogovorili su datum i sat odvijanja intervjua.

Podaci o bolesniku i njegovu iskustvu s kroničnom bolesti prikupljeni su u domu bolesnika, iznimno ordinaciji izabranog liječnika, ovisno o izboru ispitanika. Istraživač se predstavio, upoznao bolesnika sa sponzorom istraživanja, objasnio svrhu istraživanja i način odabira ispitanika, zagarantirao anonimnost, te uzeo pisani pristanak od ispitanika o dobrovoljnom sudjelovanju u istraživanju. Zatim je slijedilo prikupljanje podataka potrebnih za ovo istraživanje. Ono se sastojalo iz nekoliko djelova: 1. Ispunjavanje Upitnika o općim podacima o bolesnicima – ispitanicima; 2. Problemski usmjereni (dubinski) polustrukturirani intervju; 3. Ispunjavanje Upitnika za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90-2), Upitnika doživljaja bolesti - kratka verzija (IPQ-B), procjena subjektivne kvalitete života i socijalne podrške bolesnika.

1. Upitnik o općim podacima o bolesnicima – ispitanicima, zajedno su ispunjavali istraživač i ispitanik. Istraživač je postavljao pitanja, a bolesnici su odgovarali tako što su odabrali jedan od ponuđenih odgovora. Pitanja sa slobodnim odgovorima, o bolestima u obitelji i među prijateljima i poznanicima, istraživač je automatski pretvarao u šifru sukladno Međunarodnoj klasifikaciji bolesti i stanja, X revizija. Ispunjavanje ovog upitnika predstavljalo je uvod u intervju.

2. Zatim je slijedio problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju. Istraživač je proveo sve intervjue. Intervjuiranje je provedeno u prostoru odabranog od bolesnika, i to ili u privatnosti ispitanikova doma, ili u ordinaciji obiteljskog liječnika koja je bolesniku poznata i u kojoj se opuštenije osjeća, nego u nekom nepoznatom prostoru područja Doma zdravlja koji predstavlja mjesto „sterilna“ konteksta (113). Preferiran je

ispitanikov dom s obzirom da je to mjesto gdje ispitanik stječe iskustvo življenja sa svojom bolešću. Uz ugodnu svjetlost, opuštenost bolesnika na svom terenu, odnos licem u lice, sa razmakom od jednog metra, uz pristojnu neformalnost ispitivača (114). Neposredno prije intervjua, istraživač je objasnio ispitaniku da će se razgovor snimati, da će uzimati bilješke, te koliko će otprilike intervju trajati. Nadalje, objasnio mu je da će se, ukoliko želi izbrisati dio razgovora, sukladno njegovoj želji, na licu mjesta to i učiniti.

Uključivanjem diktafona počelo je snimanje intervjua. Korištena su pitanja za problemski usmjeren (dubinski) polustrukturirani intervju, koja se sastoje od 6 tematskih pitanja (engl. grand tour questions) otvorenog tipa, te dodatnih potpitanja. Prilikom postavljanja tematskih pitanja istraživač je pazio da priča ispitanika teče svojim tijekom, potičući naraciju ispitanika. Istraživač je prvo postavio tematsko pitanje i pustio ispitaniku da odgovori široko koliko on želi, bez prekidanja. Potpitanje se postavilo samo ukoliko ispitanik nije govorio o problematici koje to potpitanje pokriva prilikom odgovora na glavno tematsko pitanje. Ukoliko je tijekom razgovora došlo do stanki, istraživač je potaknuo daljnji razgovor ponavljanjem zadnje rečenice ispitanika i dodatnim otvorenim potpitanjima: Kako ste to mislili? Možete li mi to pojasniti? Istraživač je prije završetka intervjua pitao ispitanika da li bi želio još nešto reći o onome o čemu su razgovarali, što misli da je važno, a nisu se toga dotakli.

Tijekom intervjua istraživač je uzimao vjerodostojne zabilješke vodeći se metodom bilješki s terena (engl. field jottings) – o ispitaniku (nervozan, povučen, opušten, verbalni i neverbalni znaci komunikacije (trešenje nogom, češkanje, meškoljenje na stolcu, kontakt očima), o okruženju (kakva je atmosfera, kakva je temperatura sobe, ima li buke i drugih distraktora), te o samom intervjuu (broj prekida, promjene tipa komunikacije, skakanje na drugu temu) (113).

Po završetku službenog intervjuiranja, istraživač je isključio diktafon, te je ispitaniku tijekom narednih 5-15 min, kroz neformalni razgovor, osigurana mogućnost da iznese svoje utiske sa intervjua, potom da se potaknu pozitivni odnosi, uz istovremenu osjetljivost istraživača na eventualnu novu dodatnu informaciju (115).

3. Na kraju je bolesnik ispunio Upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja (ZLK-90-2) i Upitnik doživljaja bolesti - kratka verzija (IPQ-B), te je

procjenjena subjektivna kvaliteta života i socijalna podrška bolesnika. Istraživač je bio prisutan za vrijeme ispunjavanja ovih upitnika kako bi bio od pomoći u slučaju nejasnoća ili nerazumijevanja pitanja, ali se držao suzdržano kako ne bi remetio bolesnika.

4.4. OBRADA PODATAKA

4.4.1. Analiza podataka kvalitativnog istraživanja

Kvalitativna analiza podataka provedena je na principima utemeljene teorije (engl. "Grounded theory").

4.4.1.1. Odabir kvalitativne metode

Kvalitativna analiza podataka provedena je na principima utemeljene teorije, koja predstavlja jedan od najutjecajnijih modela kvalitativne analize podataka, autora Glasera i Straussa 1967. godine (102). Obuhvaća niz induktivno-deduktivnih strategija za analizu podataka suprotstavljajući se tradicionalnom logičko-deduktivnom dizajnu istraživanja (116). Osnovna premisa utemeljene teorije jest da omogući da ključne teme proizađu iz prikupljenih podataka, a ne da se podaci smjeste u već određene kategorije. To znači da se polazi od individualnog slučaja, incidenta, ili događaja, te se postupno razvijaju i sintetiziraju apstraktne konceptualne kategorije, u cilju objašnjenja podataka i identificiranja obrazaca ponašanja među njima. Konačna teorija predstavlja set dobro razvijenih koncepata, povezanih definiranim relacijama koji skupa čine okvir za opis ili predviđanje fenomena.

Analiza podataka bazirana na utemeljenoj teoriji odabrana je za ovo istraživanje jer je namjenjena proučavanju procesa unutar inidividue, inter-personalnih relacija i recipročnih efekata među individuama i socijalnim zbivanjima, te ima za cilj opisati, objasniti i razumjeti proživljene događaje niza ljudi, interpretacijom stvarnih života i priča intervjuiranih istraživanih osoba (117,118). Primjenjuje se i za proučavanje tipičnih socijalno-psihosocijalnih tema kao što su motivacija, osobno iskustvo, osjećaji, identitet, privlačnost, predrasude i međuljudska suradnja i konflikt (119). Istraživač ima za cilj

naučiti kako bolesnici konstruiraju svoje iskustvo kroz aktivnosti, namjere, uvjerenja i osjećaje.

Kvalitativna analiza bazirana na utemeljenoj teoriji zasebna je cjelina kvalitativnog istraživanja, jer objašnjava osnovne procese opisane podacima, analizira istinsko područje problema, razjašnjava ljudsko ponašanje, te osigurava fleksibilnu, ali trajnu analizu, i ima veći potencijal za izvođenjem generalizacije u odnosu na druge kvalitativne metode (118). Metode bazirane na utemeljenoj teoriji ruše definiciju kvalitativnog istraživanja kao samo intuitivnog i impresionističkog, odnosno kvantitativnog kao jedinog sistematskog i rigoroznog (117).

4.4.1.2. Stav istraživača prema istraživanom području

Prikladno je da kvalitativni istraživač izjavi svoj osobni stav prema istraživanom području prije početka kvalitativne analize (99). U kvantitativnom istraživanju mjerni instrument mora biti validiran u cilju osiguranja validnosti analize. U kvalitativnom istraživanju istraživač je „mjerni instrument". Izjavljivanjem svojeg vlastitog stava istraživač javno iznosi svoja uvjerenja i poglede kako bi osigurao kontrolu njihova utjecaja na proces analize i interpretaciju podataka. Dakle, podizanjem stava istraživača na razinu svjesnosti istraživača potiče se da alternativno traži objašnjenja i za ono što ne smatra previše važnim. Takvim načinom se osigurava visoka razina preciznosti interpretacije prikupljenih podataka.

Kratka refleksija na moj stav prema istraživanom području:

- Sama odluka da istražujem bolesnikov doživljaj bolesti pokazuje da smatram da je liječnikovo saznanje bolesnikova doživljaja vlastite bolesti važno u procesu skrbi za samog bolesnika. Međutim, svjesna sam da, iz raznih razloga, može i negativno utjecati na proces skrbi (ili barem ne koristiti).
- Otvorila sam područje istraživanja naglašavanjem važnosti principa koji podupiru skrb za kroničnog bolesnika, kao što je angažiranje bolesnika u procesu prevencije i liječenja kao osnovnog provodioca zdravstvene skrbi. No, također sam pri tom bila svjesna da će neki od intervjuiranih bolesnika smatrati ove principe manje važnim.

- Tijekom pretraživanja i prikaza literature mogla sam poistovjetiti svoje poglede na istraživano područje s autorima koje sam prikazala, npr. Ian Mc Whinney, Moira Stewart, Cecil G Helman (i inim koji su pisali o problematici zdravstvenog ponašnja, bolesniku usmjerene skrbi, bolesnikova doživljaja bolesti), a koji su zastupali i prezentirali njihove dokaze koristi na ishode skrbi kroničnog bolesnika.
- Imam određenu sumnju do kojeg stupnja bolesnici žele podjelu donošenja odluka vezanih za proces liječenja. Temeljem vlastitog iskustva u svojem radu s bolesnicima nailazila sam i na bolesnike koji nisu željeli dijeliti odluke, već su očekivali da je to dio liječnikova rada.

4.4.1.3.Transkript

Prije stvaranja transkripta istraživač je evaluirao kvalitetu intervjua vodeći se Kvaleovim kriterijima za procjenu kvalitete intervjua. Kvale upućuje na 6 spontanih kriterija za procjenu kvalitete intervjua: udio spontanih bogatih odgovora, odgovori dulji od pitanja; stupanj do kojeg ispitivač prati intervju i pojašnjava odgovore; interpretacija nastala tijekom intervjua; ispitanik objašnjava svoju interpretaciju; intervju je priča sama za sebe (116). Istraživač je utvrdio da jedan muški bolesnik koji boluje od ŠBT2, te jedan ženski bolesnik koji boluje od ŠBT2 i dva ženska bolesnika koji boluju od IM nisu udovoljili navedenim kriterijima. Stoga je napravljen transkript intervjua 30 bolesnika koji boluju od ŠBT2 (15 muških i 15 ženskih) i 30 bolesnika koji boluju od IM (16 muških i 14 ženskih).

Transkript intervjua je doslovni prijepis intervjua, od riječi do riječi (uz bilježenje svake pauze, smijeha, plača i sl.). Prvu verziju transkripta napravljen je od nezavisne osoba doslovnim prepisivanjem intervjua. Za svaki sat razgovora intervjua bilo je potrebno oko 4-6 sati za stvaranje transkripta. Konačna verzija svih transkripta intervjua, nastala je kada je transkript svakog intervjua istraživač još jednom pročitao i dodao zabilješke sa terena (engl. field jottings).

4.4.1.3.1. Analiza podataka bazirana na „utemeljenoj“ teoriji

4.4.1.3.1.1. Mikroanaliza

U cilju pravilnog i potpunog razumijevanja sadržaja teksta (i konteksta) provedena je minuciozna analiza podataka: riječ po riječ (word by word), te red po red (line by line), u cilju ostvarenja vjerodostojnosti, te izbjegavanja zauzimanja istraživačeva stava ili kritike naspram podataka (102). Detaljna mikroanaliza izvršena je na početku istraživanja kada su podaci vrlo precizno istraženi i interpretirani, te su konceptualizirani i klasificirani događaji, njihovi uvjeti i ishodi. Postupno, deskripcija podataka prešla je u konceptualni mod analize, te u kasnijim stadijima analize detaljna mikroanaliza nije provođena.

4.4.1.3.2. Kodiranje podataka

Kodiranje podataka je središnji proces kojim se teorija razvija iz podataka, a što je suština metodologije utemeljene teorije (102). Postupak kodiranja sastojao se od nekoliko operacija: početno su prikupljeni podaci segmentirani (dekontekstualizirani), potom se vršila njihova postupna konceptualizacija, te ponovno uspostavile relacije među podacima, a koje nisu bile odmah vidljive iz mase sirovih podataka na početku prikupljanja informacija.

Provedena su tri glavna tipa kodnih postupaka: otvoreno, aksijalno i selektivno kodiranje. Između ove tri vrste postupaka nije postavljena jasna demarkacijska linija, već su oni kontinuirano kombinirani. Konačnom analizom ove analitičke procedure postavljene su u referentni okvir kondicionalne matrice.

Otvorenim kodiranjem podaci su segmentirani (dekontekstualizirani), istraženi, konceptualizirani i kategorizirani. Njime su identificirani i razvijeni koncepti prema svojstvima i dimenzijama podataka. Provedena je tzv. frontalna analiza, tip otvorenog ili inicijalnog kodiranja koji predstavlja vrlo detaljnu generativnu analizu, a uključuje pažljivu analizu pojedinih fraza, rečenica, odnosno pojedinih riječi. Postupnim proučavanjem svakog reda u odlomku (engl. line by line), vođeni istraživačkim pitanjem, definirani su postupci ili događaji, pri čemu se iste nije sudilo, niti bojalo stavovima, niti perspektivom istraživača. Time je osigurana objektivnost (precizna i točna interpretacija

podataka) i osjetljivost analize (uočavanje nijansi, značenja podataka, te veza među njima) (102).

Aksijalnim kodiranjem su prethodno „razbijeni“ podaci (procesom otvorenog kodiranja) povezani u cilju postupnog preciznog opisa i potpunog objašnjenja fenomena. Termin aksijalan koristi se zbog toga što se kodiranje vrši oko osi kategorije, povezujući kategorije i potkategorije na razini svojstava i dimenzija. To je ostvareno uspostavljanjem hipotetičkog odnosa između osi središnje kategorije i potkategorija, utvrđivanjem prirode veza uz pomoć paradigmatskog modela (tzv. kodne paradigme) kojim je uključena: daljnja specifikaciju fenomena, određivanje kauzalnih uvjeta, konteksta, intervencijskih uvjeta, akcijsko-interakcijskih strategija, te posljedica. Time je omogućena konceptualna gustoća (teorijska osjetljivost) induktivne teorije, te su definirane varijacije istraživanog fenomena, što je dalo uvid u njegove dublje strukture (102).

Selektivnim kodiranjem odabrane su središnje kategorije, te sustavno otkrivale supstantivne relacije između ostalih kategorija, validirane te relacije, uz dopunjavanje kategorije novim elementima u svrhu njihova daljnjeg razvoja i sofisticiranja, s ciljem pročišćenja i integracije kategorija u oblik koji je generirao utemeljenu teoriju. Radnjama selektivnog kodiranja analiza je podignuta na višu razinu apstraktnog (102,120), te su kategorije, u okviru svoje varijabilnosti, i uz razumijevanje njihove validnosti, integrirane u konačne poruke i hipoteze istraživanja. Pročišćavanjem teorije pojačana je unutarnja konzistencija teorije.

4.4.1.3.3. Pisanje bilješki (engl. memo-writing)

Pisanje bilješki bio je intermedijarni korak između kodiranja i prvog drafta kompletne analize podataka, s ciljem usmjeravanja, oblikovanja i analize od samog početka istraživanja. Pisanje bilješki sastojalo se u razdvajanju svake kategorije na komponente od kojih se sastoji. Svaka kategorija definirana je što je moguće više pažljivo, identificiranjem njezinih svojstava i karakteristika, traženjem skrivenih pretpostavki, i pokazivanjem kako i kada se kategorija razvija i mijenja. Bilješke su kontinuirano uspoređivane. Naime, metodom konstantnog uspoređivanja – uspoređivani su prvo

kodovi, a po postizanju dovoljne analitičnosti, uspoređivane su jedna kategorija s drugom, te jedan koncept (shvaćanje) sa drugim konceptom.

4.4.1.3.4. Kondicionalne (uvjetne) matrice

Analitičko oruđe koje je korišteno u proučavanju širokog opsega djelovanja mikro i makro uvjeta odnosno posljedica, kako jedno na drugo, tako i na promatranu pojavu, u cilju diferenciranja, ali i povezivanja razina tih uvjeta i njihovih posljedica. Odnos između uvjeta, akcija/interakcija i posljedica nikad nije linearan, i smatra se da se akcije/interakcije poduzimaju kao odgovor na brojne uvjete (neki od njih su se dogodili u prošlosti, neki se događaju u sadašnjosti, a neki se predviđaju u budućnosti. Pretpostavlja da se mikro i makro - uvjeti/posljedice kontinuirano prožimaju i utječu jedan na drugog, te su dio konteksta odvijanja akcija/interakcija. Postavljanje fenomena u kontekst znači više od opisa situacija, i uspostavilo je sistematsko, logično i integrirano specificiranje prirode odnosa između važnih događaja i fenomena (121).

Temeljem navedenog razvidno je da je primjenom postupaka utemeljene teorije stavljen naglasak na razvoj podataka koji su generirani na temelju konstantne i komparativne analize podataka i koncepata koji su prikupljani na terenu. U postupku kategoriziranja birani su oni kodovi koji su imali najvažnije značenje za objašnjenje i tumačenje istraživanog događaja. Podizanjem koda na nivo kategorije, tretiran je više konceptualno i analitički s ciljem sažimanja što više kodova sličnog značenja u što manje kategorija. Pridruživanjem kodova u kategorije, postepeno su: razjašnjena svojstva i dimenzije kategorija, specificirani uvjeti pod kojima nastaju, postoje i mijenjaju se, opisane njihove posljedice, pokazano kako se kategorije odnose prema drugim kategorijama i potkategorijama (114,116). Identificiranjem navedenih relacija među konceptima postupno su proizašle početne hipoteze, kojima je objašnjena povezanost tih koncepata objašnjavajući fenomen, odgovarajući na pitanja: što, kako, zašto i gdje. Početne hipoteze su dakle apstraktne (napravljene na konceptualnom nivou), te su potvrđene daljnjom analizom novih slučajeva, uz metodu konstantne usporedbe podataka i koncepata.

Analiza je kompletirana kroz pisanje bilješki (engl. memo). Tijekom generiranja kategorija, metodom konstantne i komparativne analize (118) neprestalno su uspoređivani podaci, događaji, kontekst i koncepti (shvaćanja). Pritom su uspoređivani: podaci različitih ispitanika uzajamno (uvjerenja, situacije, aktivnosti, odgovornosti, iskustva), podaci od iste osobe u različitim točkama vremena, podaci jedne kategorije s podacima drugih kategorija. Napredovanjem selektivnog kodiranja, izgrađena je i pojašnjena kategorija po kategorija, ispitivanjem svih podataka koje je određena kategorija podrazumijeva i pokriva, te identificiranjem razlika među podacima koje opisuju jednu kategoriju, kao i razlika između drugih kategorija.

Utemeljena teorija postepeno je definirana u međuigri između faze prikupljanja podataka i teorijske analize što je verificiralo postavljene hipoteze. Ova interakcija provedena je u tijeku samog istraživanja, a ne apriori, prije početka istraživanja kao što to čine kvantitavini istraživači (122). Intenzivnim postupcima uzorkovanja baziranog na proizlazećoj teoriji i kodiranja razvijena je teorijska senzitivnost odnosno teorija visoke konceptualne gustoće u kojoj se jasno vidi relacija između pojmova. Konceptualna gustoća odnosi se na bogatstvo razvijenih koncepata i njihovih međuodnosa koji nastaju tijekom istraživanja. Primjenom konceptualnih kondicionalnih matrica izrađena je teorijska taksonomija uz kontinuiranu integraciju rezultata istraživanja u teorijsku konstrukciju (121).

Analiza kvalitativnog istraživanja provedena je kroz multidimenzijski krug kojim su, kontinuiranom rotacijom kodova, kodovi grupirani u kategorije koje su dovele do koncepata, a one do konačnih postavki-hipoteza i teorija. Sažimanje je ponavljano dok nije postignuto iscrpljenje podataka (tzv. saturacija teksta).

4.4.1.3.5. Kvalitativna analiza podataka uz pomoć ATLAS.ti kompjuterskog programa

Po nastanku transkripta, svi intervjui importirani su u ATLAS.ti kompjuterski program za kvalitativnu analizu podataka (123). U analizi se strogo slijedio gore opisan metodološki pristup utemeljene teorije.

Temelj ovog programa je "code-and-retrieve paket", te predstavlja jedan od sofisticiranijih sustava kodiranja i pretraživanja infomacija (kodovi se mogu pretraživati po broju reference, pripadnosti obitelji kodova, datumu posljednje uporabe), te memoriranja kodova (kodovi se mogu odnositi na bilješku (engl.memo), kao i na originalni tekst (karakteristika zatvorenih sustava). Nadalje, omogućava sistematski pristup u oblikovanju konceptualnih grafova. Prednost primjene kompjuterskog programa u kvalitativnoj analizi podataka u odnosu na klasičnu analizu uz pomoć olovke i papira, jest u brzini i učinkovitosti upravljanja kompleksnim podacima, pronalaženju veze između podataka i teorije, kao i u procesu nastajanja teorije. Naime, proces izgradnje teorije uključuje prepoznavanje određenih veza u podacima, razvijanje kategorija, kao i istraživanje značenja tih kategorija. Budući da se značenja tih kategorija pronalaze u tekstu ili ostalim zapisima, to zahtijeva pažljivo upravljanje podacima. Nadalje, testiranje teorije sastavni je dio procesa izgradnje teorije, te se po definiranim konceptima, istraženim kauzalnim vezama, definiranim i sistematski evidentiranim idejama i tekstualnim podsjetnicima, modelima i dijagramima, provodi process specifikacije, eksploracije i elaboracije teorije. Dakle, iako kompjuterski program ne djeluje na razini konstrukcije teorije, koja je i dalje na istraživaču, tekstualni nivo kompjuterskih operacija teoretski je relevantan (121).

4.4.1.3.6. Usaglašavanje kodova, kategorija, koncepata i proizlazećih teorija

U pripremnoj fazi istraživanja, glavni istraživač i tri nezavisna istraživača napravili su analizu teksta prvih 16 pilot intervjua samostalno. Potom su usporedili svoje kodove, kategorije, koncepte i proizlazeće teorije. Ukoliko neki od kodova nije bio jasan, ponovno su se, metodom konstantne usporedbe, vratili na tekst i provjerili njegovo značenje. Razjašnjene su sve nejasnoće. Konačni cilj bio je usaglasiti isto značenje za sve kodove, usaglasiti kategorije, koncepte i proizlazeće teorije.

Po navedenom postupku, u samom istraživanju, odnosno analizu teksta svih intervjua istraživač je proveo samostalno. Isti postupak slijedila su tri člana istraživačkog tima,

neovisno o istraživaču. Istraživač je ostvario konsenzus s članovima tima u svezi proizlazećih kodova, kategorija, koncepcija i prozlazeće teorije dodatnim regularnim debrifingom s članovima istraživačkog tima.

4.4.2. Analiza podataka kvantitativnog istraživanja

Kvantitativni podaci prikazani su tablicama frekvencija, tablicama kontingencije i deskriptivnim mjerama. U statističkoj analizi primijenjeni su, s obzirom na mali broj ispitanika i distribuciju rezultata, odgovarajući neparametrijski statistički testovi (Mann-Whitney). U analizi tablica kontingencije korišten je hi-kvadrat test, a po potrebi Fisherov egzaktni test. Za analizu povezanosti korišten je Spearmanov koeficijent korelacije. Rezultati su interpretirani na 1% i na 5%-tnoj razini značajnosti. U obradi podataka koristio se statistički program Statistica, ver. 7.1. licenca Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa (124).

5. REZULTATI

I. Kvalitativni dio istraživanja

A. Rezultati kvalitativne analize podataka prikupljenih intervjuiranjem bolesnika od infarkta miokarda (IM) na principima utemeljene teorije

Tablica 1. Sažetak rezultata kvalitativne analize podataka prikupljenih intervjuiranjem bolesnika od IM na principima utemeljene teorije

Tema 1. „Spoznaja da imam IM“ -prihvaćanje dijagnoze bolesti	
Koncepti	Kategorije
a. Životna ugroženost – snažni bolovi („Hvala Bogu ostao sam živ“)	i. Tjelesni doživljaj bolesti (snažni bolovi)
	ii. „Borba za život“
	iii. Kognitivne, misaone reakcije (ispražnjeni kongnitivni kapaciteti)
	iv. Emocionalne, osjećajne reakcije (pozitivne emocije „Sreća što sam ostao živ“)
b. Laboratorijski postavljena dijagnoza IM („Što mi se to dogodilo?“)	i. Tjelesni doživljaj bolesti (odsutni ili podnošljivi simptomi)
	ii. Kognitivne, misaone reakcije (što se desilo, zašto, posljedice)
	iii. Emocionalne, osjećajne reakcije (negativne emocije: iznenađenje, šok, zabrinutost, strah za vlastiti život i briga za najbliže)
c. Prihvaćanje dijagnoze („Imam infarkt miokarda“)	i. Znanje i prethodno iskustvo s IM
	ii. Važnost liječnika i drugog zdravstvenog osoblja (povjerenje)
	iii. Dovršenost dijagnostičkog postupka
	iv. Boravak u bolnici „Zar bi bio u bolnici, sve ono prošao da nemam IM“
	v. Predosjećaj IM „Znao sam da me ovo čeka“
	vi. Osobnost bolesnika
	vii. Potreba da bolesnik u trenutku spoznaje IM bude sam

Tema 2. Prihvaćanje IM kao „nove stvarnosti“ i zajednički suživot	
Koncepti	**Kategorije**
Podtema 2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja IM (bolesnikovo razumijevanje prihvaćanja IM)	
a. Semantično značenje pojma prihvaćanja bolesti	i. Neminovnost
	ii. Pomirenje
Podtema 2.2. Sadržaj prihvaćanja	
a. Upoznavanje IM općenito	i. Sadržaj IM (saznanje o uzroku, prezentaciji, tijeku, komplikacijama, liječenju i prognozi)
	ii. Liječnik kao izvor informacija i podrška
	iii. Učenje o IM na temelju iskustva drugog bolesnika od IM
	iv. Aktivno traženje ostalih izvora informacija o IM
b. Upoznavanje mojeg IM i kako si mogu pomoći	i. Uzrok mojeg IM („Što je to u meni, gdje sam pogriješio“)
	ii. Upoznavanje simptoma mojeg IM
	iii. Razlikovanje simptoma povezanih s IM od onih koji to nisu
	iv. Važnost poznavanja samokontrole i samozbrinjavanja bolesti
Podtema 2.3. Proces prihvaćanja IM	
a. Prihvaćanje bez razmišljanja potaknuto „grubom“ stvarnosti	i. „Nakon takve borbe za život i bolova ne treba mi drugih dokaza da sam bolestan“
b. Igra skrivača i borba sa samim sobom	i. „Igranje skrivača s IM“
	ii. Borba sa samim sobom
c. Početni uspjesi i dobri objektivni pokazatelji kao poticaj za dalje	i. Početni uspjesi
	ii. Subjektivni osjećaj dobrog zdravlja
	iii. Objektivni pokazatelji dobrog zdravlja
d. Postupnost i dugotrajnost	i. Imati vremena za svoj IM – usredotočiti se na svoj IM
	ii. Protok vremena
Podtema 2.4. Život s IM - Ravnoteža između bolesnika i bolesti	
a. Strategije uspostavljanja „nove normale“	i. “Glavno da mi je nešto preostalo iz prijašnjeg života“
	ii. Traženje koristi
	iii. Bolesnikovo preuzimanje kontrole nad IM u vlastite ruke – „IM ne upravlja u potpunosti mojim životom“
b. Karakteristike „nove normale“	i. „Nova stvarnost“
	ii. IM kao „plesni partner“
	iii. Izmjena prvog i drugog plana između bolesnika i IM
c. IM je uobičajena obveza koja se odrađuje automatizmom	i. IM kao još jedna životna obveza
	ii. IM kao automatizam („Odrađuje se automatski, bez razmišljanja“)
d. Neprihvaćanje bolesti	i. Neprihvaćanje uloge bolesnika
	ii. IM kao teret

Tema 3. „Nova normala“ – suživot – „što i kako mijenjati?“	
Koncepti	**Kategorije**
a. Promjene usmjerene na liječenje i/ili sprečavanje novog IM (Promjene usmjerene na bolest)	i. Prestanak pušenja
	ii. Povećanje tjelesne aktivnosti
	iii. Promjena prehrambenih navika
	iv. Opseg promjena (promjena prehrambenih navika, povećanje tjelesne aktivnosti i prestanak pušenja - većina)
	v. Trajnost promjene navika
	vi. Negativne emocije bolesnika
b. Promjene bolesnikovih osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije (Promjene usmjerene na samog sebe kao bolesnika)	i. Opseg mijenjanja životnih vrijednosti, ciljeva i prioriteta (iskustvo većine bolesnika)
	ii. Zdravlje kao osnovna životna vrijednost
	iii. Odricanje od užitaka
	iv. Povećana svjesnost o odgovornosti za vlastito zdravlje
	v. Smanjenje težnje na materijalnom
	vi. Zamjena životnih ciljeva i vrijednosti
	vii. Održanje unutarnjeg mira i izbjegavanja stresa
c. Promjene unutar okruženja u kojem bolesnik živi i radi	i. „Bolest kao obiteljski fenomen“ (okretanje tradicionalnim vrijednostima – obitelji)
	ii. Promjene u funkcioniranju s prijateljima („Da prihvate da sam drugačiji, da mi u tome pomognu!“)
	iii. Promjene unutar bolesnikova radnog okružja
d. Promjena u životnim uvjetima bolesnika	i. Umanjenje radne sposobnosti i dugotrajno bolovanje
	iii. Umirovljenje bolesnika
	iv. Egzistencijalna ugroženost i/ili promjena u financijskoj situaciji bolesnika i njegove obitelji

Tema 4. Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja s IM	
Koncepti	**Kategorije**
a. Čimbenici vezani uz bolesnika	i. Osobnost bolesnika (dominantno raspoloženje, razina samopouzdanja i upornosti)
	ii. Bolesnikova predodžba, doživljaj IM (znanje i prethodno iskustvo sa IM; simptomi, uzroci, trajanje, posljedice, sposobnost kontrole, razum ijevanje, emotivna pogođnost)
	iii. Educiranost/informiranost bolesnika o IM, tijeku, posljedicama i provođenju preporuka
	iv. Motiviranost i namjera za provođenjem preporuka liječenja
	v. Osjećaj sposobnost kontrole IM („Tko drži konce u rukama“)
	vi. Dovršenost životnih uloga
	vii. Dovršenost planiranih životnih ciljeva
b. Čimbenici vezani uz IM	i. Simbolično značenje IM (Srce kao „organ koji znači život“)
	ii. Psihološki teret IM (Strah od novog IM)
	iii. Izraženost simptoma
	iv. Prisutnost/snaga bolesti („Bolest kao podstanar ili gazda“)
c. Čimbenici proksimalnog konteksta	i. Obitelj
	ii. Prijatelji
	iii. Radno okruženje
	iv. Financijska sigurnost bolesnika i njegove obitelji
d. Čimbenici distalnog konteksta	i. Zdravstveni sustav (uloga bolnice: „hram dijabetesa“ – autoritet znanja / uloga zdravstvenih radnika: liječnici, medicinske sestre/uloga rehabilitacije)
	ii. Zajednica (bolesnici od ŠBT2-individualni / udruge)
	iii. Kulturni milje
	iv. Mediji

Kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije, koji su prikupljeni intervjuiranjem bolesnika od infarkta miokarda (IM) problemskim, polustrukturiranim dubinskim intervjuom, proizašle su četiri teme vezane uz iskustva bolesnika: 1. bolesnikovo iskustvo prilikom saznanja dijagnoze ili spoznaje da ima IM; 2. bolesnikovo iskustvo s prihvaćanjem IM; 3. bolesnikovo iskustvo sa životnim promjenama uslijed IM, bilo da ih je bolesnik svjesno napravio ili su one nastupile spontano; 4. bolesnikovo

iskustvo uloge obitelji, rođaka, prijatelja i radne okoline u procesu spoznaje, prihvaćanja i življenja sa IM.

Tema 1. „Spoznaja da imam IM“ - prihvaćanje dijagnoze bolesti

Kvalitativnom analizom intervjua na principima utemeljene teorije o iskustvu bolesnika u trenutku kada su se susreli s dijagnozom i kada su spoznali da boluju od IM proizašla su tri koncepta: a. „Hvala Bogu ostao sam živ“- iskustvo naglo nastalog IM uz snažne bolove i životnu ugroženost; b. „Što mi se to dogodilo?“- iskustvo kad je dijagnoza IM postavljena naknadno, uz odsutne ili podnošljive simptome; c. „Imam infarkt miokarda“ - iskustva koja su poticala bolesnike na prihvaćanje dijagnoze (Prilozi: Tablica Ia: Kodna knjiga - Bolesnici od IM: Spoznaja bolesti).

a. Koncept: Životna ugroženost - snažni bolovi - „Hvala Bogu ostao sam živ“

Koncept opisuje iskustvo većine bolesnika kod kojih je bolest počela brzinom munje, uz pojavu snažnih bolova, osjećaja životne ugroženosti, u nekih i susreta sa smrću, te ispražnjenih kognitivnih kapaciteta uz osjećaj olakšanja, zadovoljstva i sreće bolesnika što su ostali živi. Koncept je utemeljen na četri glavne kategorije: tjelesnog doživljaja bolesti, sveprisutne „borbe za život“, potom kognitivnim, misaonim reakcijama i emocionalnim, osjećajnim reakcijama na saznanje dijagnoze IM.

i. **Kategorija tjelesni doživljaj bolesti (snažni bolovi)** opisuje iskustvo većine bolesnika u kojih je IM nastupio naglo, uz pojavu tipičnih simptoma IM („snažna, nepodnošljiva, strašna“ bol u prsima i ruci, osjećaj nedostatka zraka - gušenje, teška slabost). Ipak, iskustvo snažne boli bolesnici su stavili u drugi plan, a u prvom planu je opis „borbe za život“.

„...Znate ti bolovi, bilo mi je kak da mi je Velebit došel tu (prsište)! Cijeli Velebit! Ko da hoće prsnuti, a ne može! Ko kad voda hoće prsnuti, a ne može, tak je meni bilo!“(F6)

„Imala sam bol u prsima, ruci i mučninu.“(F13)

„… jednostavno sam osjetio pritisak u plućima... nemam zraka! Pritisak u pluća... ostao bez zraka i...Nisam ja nikoga zvao... nisam ja uspio ništa... ni progovoriti! U mene je šurjak bio, ženin brat, doma i on je zvao hitnu...A ta bol, ta bol je tako naglo došla...A kakva je tek bila...Uuuu nepodnošljiva. Strahota!"(M8)

„Ujutro me je to u pola šest zgrabilo, okrenula sam se u krevetu. Osjetila sam pritisak u prsima, odumrla mi je lijeva strana, i to je to...i četveronoške sam gore po stepenicama išla tako me je jako boljelo."(F5)

ii. Kategorija „borba za život" opisuje iskustvo neposredne životne ugroženosti (u nekih i susret sa smrću) u većine ovih bolesnika. Naime, na interventnoj kardiologiji za njihov život borila se kardiološka bolnička ekipa koja je većini bolesnika postavila jedan ili više stentova. Bolesnici su pri tome bili svjesni i opasnosti i težine situacije. Po postavljanju stenta i smanjenju bolova većina bolesnika bila je zahvalna i sretna što je preživjela. U nekima se probudio inat da će izdržati i preživjeti.

„… i ja sam osjetio opet onu istu bol, onu koju sam imao, koju sam doživio prvi puta i ja sam razgovarao...ovaj sestri rekao ovaj, loše mi je i da dođe i ja sam vidio kad je ova jedna sestra došla...i više...onda sam pao u tešku komu, ne znam koliko je to trajalo, ali ,ovaj, kad sam se probudio, došla mi je ta doktorica K. i ona me pitala da li ja nju vidim dobro tada. Velim, ono ne kroz maglu nego ono čisto baš. I onda je ona meni rekla da sam ja preživio čistu smrt, da sam već bio otišao...Znate, tada sam imao osjećaj, drago mi je bilo što sam se probudio. Jedino to što sam imao pomisao, jel..ostao sam živ..."(M5)

„… i tri su...i tri su me puta strujom vraćali u život...ugradili mi taj stent...doktor N.T. mi je to radio. Jedni kažu da mi on to nije radio da ne bi preživio! Pukla mi je bila arterija prilikom propuhivanja...Trpio...i probudio se na onom stolu...vidim sve zeleno..njega pogledam... krvave ruke...stoji preda mnom i kaže da je teško... da nemam puno šanse ...Odmah mi je rekao što mi je uradio i da sam jedva ostao živ i da sam bio... skoro se rukovao sa Svetim Petrom ...odmah mi je davao 10% šanse da ću preživjeti tu no, to mi je rekao pred svima...a sav je bio mokar kaže: Dao sam sve od sebe ali 10% šanse imaš…"(M8)

„...pošli slikati mi srce, međutim... kako sam ja to vidjela...čim su me snimili nastala je neka frka,i... vozili su me odmah u salu i....sva sam već bila izvan sebe... vadi mi protezu... sve skupa... sjećam se ... i odmah sam u tu salu išla... kad su mi radili tu... i onu šok terapiju... to je bilo bolno, to se sjećam... to je strašno bilo bolno...kad su mi ugrađivali taj stent... I prvi put stent nije uspio pa su ponovno išli ga stavljat, a velim ja sam mislila da je 15 minuta to sve skupa bilo ... Nije uspjelo. Pa ponovno... I ja sam čula doktora kroz maglu da će još jednom...pa opet čujem da treba još jedan puta i...osjetim... ali to tako... malo sam osjećala sve to... jer znam, treći puta kad mi je to radio, onda sam bila svjesna i sve... i to je jako ružno i bolno i... u znoju sam bila. A prije toga se ne sjećam...i... tako po treći puta... tako su oni meni to namjestili... stegnuli sve i odvezli me u...šok sobu... i došao je taj doktor i rekao mi je da sam dva puta bila kod Svetoga Petra i on nije htio da otvori vrata... Tako se našalio na to i sve. Da sam sretna... da trebam biti sretna da je sve dobro prošlo.“(F3)

iii. Kategorija kognitivne, misaone reakcije bolesnika na saznanje dijagnoze

IM opisuje ispražnjene kongnitivne kapacitete većine ovih bolesnika. Naime, u tako dramatičnoj borbi za život, i napetim momentima kada im je život „visio o niti“, naprosto su bili „ispražnjenih kognitivnih kapaciteta“, te nisu ništa razmišljali osim da ostanu živi. Ipak, bolesnici koji su u obitelji imali bolesnike umrle od IM, pitali su se neće li i njih ista takva sudbina zadesiti.

„...Mislim ono... i sad... nisam puno razmišljao kako će to dalje trajati... šta će to biti i da li će ono....“(M5)

„Nisam ništa razmišljao...Čisto sam se prepustio njima (medicinsko osoblje), dao im se u ruke.“(M9)

„Je, nisam ja ništa razmišljal, velim vam, ja nisam ništa razmišljal. Ja nisam razmišljal ni dal bi mogel umret...Ja. Kao da sam došao u neko stanje...da mi je sve bilo ravno..Tako to dođe, jel...“(M15)

„Ne,ništa nisam razmišljala. Sve mi je bilo ravno. Naprosto nisam ni o čem ja nisam brinula.“(F4)

iv. Kategorija emocionalne, osjećajne reakcije na saznanje dijagnoze IM u

većine ovih bolesnika opisuje prisutnost pozitivnih emocija, olakšanja, zadovoljstva i sreće što je sve dobro prošlo, olakšanja što je bol prestala, te nade za budućnošću. Samo neki bolesnici osjećali su iznenađenje te negativne emocije: strah od smrti i strah za vlastiti život, te brigu za najbliže.

„Bože pa ja se konačno neću osjećati tako loše kako sam se osjećao prije te kobne noći dok sam se svima skrivao kad sam noći i noći provodio na lođi ...“ (M2)

„Imao sam onaj osjećaj, drago mi je bilo što sam sam se probudio. Jedino to je bilo, što sam imao pomisao, jel... ostao sam živ. Mislim ono... i sad... nisam puno razmišljao kako će to dalje trajati... bio sam zadovoljan ono... poslije one borbe, znaš... sve mi je išlo nekako na ono preživio sam..pa sam... pomišljao, čuj... vidim da je naslijedila bolest... borit ću se koliko mognem, ali Bože moj... ne može čovjek, ako mora umrijet umrijet, to mora svaki čovjek.“(M5)

„...Bilo mi je jedno žao, reko, neću gledati si Lukicu, unuka svoga.“(M6)

„E sad, velim ja sebi, nećeš sad umrijet, eh! Gledao sam onaj plafon i rekao sam sebi: E nećeš, ako ću umirati, e onda da vidim kako ću umirati! I eto izvukao sam se. Hvala Bogu dobro je!“(M8)

„...mislio sam: „Pa djeca su još mala, što će ostanu li bez oca..“ (M10)

„Ne, uopće nisam ništa razmišljala, nisam se uzbudila... samo ono - pa ja sam živa ... ništa. Samo mi je zapravo bilo olakšanje .. olakšanje što je bol prestala, što mene ne boli. Sad sam ja opet mislila: ja sam ona stara, meni ništa nije! Eto tako je to bilo.“(F8)

„...bio mi je šok, pa to je zauvijek...“(F10)

„.. strah me bilo smrti...“(F13)

b. Koncept: Laboratorijski postavljena dijagnoza IM - „Što mi se to dogodilo?“

Iskustvo manjine bolesnika je naknadno postavljanje dijagnoze IM, temeljem laboratorijskog dijagnostičkog postupka (EKG, koronarografija). Ovi bolesnici su naime prehodali IM. Oni nisu doživjeli dramatičnost iscrpljujuće borbe na život i smrt, te su njihovi emotivni i kognitivni kapaciteti radili punim opsegom.

i. **Kategorija tjelesni doživljaj bolesti (odsutni ili podnošljivi simptomi)**

opisuje iskustvo iznenađenosti većine ovih bolesnika dijagnozom IM obzirom da tjelesni simptomi bolesti nisu bili izraženi ili su bili podnošljivi, a bolesnici ih nisu povezivali s IM. Zato se najčešće nisu javljali odmah liječniku, jer su očekivali da će proći sami od sebe. No, po njihovu ponovnu javljanju ipak su odlučili otići liječniku.

„Da, da prehodal sam ga. Ja sam imal njega valjda tri tjedna, tri do četri tjedna prije, te bolove. I onda su meni rekli tek u bolnici da je to bilo od toga. Recimo, nisam se srušil kak se pojedini sruše, ali onda je bil šok dok sam ja bil u bolnici! Jel nisam vjeroval da se to meni može desiti! Mislim stvarno mi tak bilo...“(M13)

„…u Sigetu sam bil na sistematskom pregledu. Da, snimao sam sve... ergometriju, pa slikanje... onaj EKG, ultrazvuk... I kaže: „Gospon dragi, pa vi ste prehodali infarkt!“ Tak da je za mene to šok bio, normalno! Prvo uopće da sam preboljel infarkt! A onda to da će me operirat! ... Jer bilo je jako... jako, jako je bilo kritično.“(M7)

„To je bilo više ona prolazna bol. Znalo me stisnuti malo i to nije dugo trajalo. To je brzo prošlo, i onda sam mislila ono... normalno. Nikakvih prolema neće biti.“(F2)

„I, ja sam sve to njima tumačila, kak to mene s vremena na vrijeme primi, i kaže onda dr. S: „Ajd idemo onda, reda radi to napravit tu koronarografiju!“ Kad mi je to radil, he ja ne znam jel sam se ja isprepadala ili su kakav ugrušak pokrenuli, pojma nemam, nisam ni pila ono za razrjeđivanje krvi, ništa mi nisu dali kad sam išla, jer misleći nije ništa. I, sad najedamput on gleda i kaže: „Isuse, gospođo draga pa vi ste infarkt imali, prehodali ste ga!“ I, onda gleda kaže: „Joj, prvo je s desne strane gledal „ pa tu je začepljenje.“(F7)

ii. **Kategorija kognitivne, misaone reakcije (što se desilo, zašto, posljedice)**

na saznanje neočekivane dijagnoze IM obilježena je razmišljanjima bolesnika o tome zašto i kako je bolest nastala, vlastitoj ulozi u nastanku bolesti, prognozi bolesti i daljnjem liječenju, te moguće poremećenim planovima za budućnost.

„Pa bio sam dosta više opterećen. Psihički... I puno sam razmišljao o financijama i o svemu... što će biti s mojim poslom ...jer imam previše godina da bi se ... prekvalifikacija kakva (uzdah) ...napravila... Opterećen sam bio bolešću-kako će se razvijati (uzdah), budućnošću, hoću li ikad moći kao prije...(uzdah)(M1)

„I onda su meni rekli tek u bolnici da je to bilo od toga. Recimo, nisam se srušil kak se pojedini sruše, ali zato mi je bil šok kad su mi rekli u bolnici! Jel nisam vjeroval da se to meni može desiti! Mislim stvarno mi tak bilo... I onda znate, žena sama doma, vi ste tam, možete si misliti kak je to bilo... brinul sam se, brinul sam se.... Jer gledajte bilo mi je važno kak će ona sad sama doma i to! To kratkoročno, a onda dugoročno - budućnost me brinula! Nije problem umrijet! Odeš kam van srušiš se, umreš i gotovo! Al bojal sam se da ne ostanem u krevetu, nepokretan, kaj onda? I velim onda bila je briga, ona je sad sama doma. A tu su i djeca i njima je šok to. I tak. Jedna mi je cura bila na studiju, to isto treba calati! Čujte ona je živjela 5 godina na naš trošak! Sudirala u Opatiji! Možete si mislit kak je to djelovalo. Sve skupa... Dok smo ja i žena funkcionirali normalno, to se sve pokrivalo, pokrivalo se, malo jedan, malo drugi, ali sad kad je jedan ostal, možete si mislit kaj je! I onda Vam te sve misli odu kroz glavu i onda Vas to pogađa.“(M13)

„Ma, znate što, sad ću Vam ja reći kako sam se osjetila....Vi vidite smrti u oči!....Ja sam u tom momentu, kad su mi rekli da sam prehodala infarkt i da imam to začepljenje, ja sam točno to vidjela...Eto, točno vidite smrti u oči!“(F7)

„Čuđenje. Veliko čuđenje... zašto i kako je bolest baš mene zadesilo…ne znam kako me to zaskočilo...“(F12)

iii. Kategorija emocionalne, osjećajne reakcije na saznanje dijagnoze IM opisuje prisutnost negativnih emocija: iznenađenost do šoka, strah od novog IM i moguće smrti, zabrinutost za budućnost s emocionalnog aspekta, te financijskog aspekta.

„Šokantno! I šta ja znam... onda, bilo mi je... kako bi rekao, nije mi bilo svejedno, jel? Ta prva vijest je bila najteža...Najteža, da“(M7)

„Uplašeno, u stvari, najviše sam se bojala da ću otići i da neću vidjeti svoju djecu. Znači to je najviše bio strah od smrti. Je, upravo to, da. Jer sam znala da, i mama i tata su tako otišli, a ipak su tu djeca još bila manja nego danas. A i... evo, to je bilo...“(F1)

„Strašno! Meni i sad suza dođe kad....znate ja sam bila poletna... da sam do neba mogla ić ...(oči se zasuzile) ..Jer ja inače volim raditi, volim biti pokretna, ja nisam osoba koja bi, koja može sjediti i mirovati. Ja sam u zadnje vrijeme osjećala sve manje i manje,..nisam mogla ono što sam mogla prije, pa sam mislila..“možda ti je ta starost tako naglo došla“. A kad mi je on to rekao, ja sam mislila..ovaj svijet mi je propao! Onda sam

postupno shvatila u biti da je to to, da je to bolest i, i..to je prvo što mi je to bilo, eto to mi je bilo strašno.Strašno!„(F7)

c. Koncept: Prihvaćanje dijagnoze – „Imam infarkt miokarda“

Iskustva bolesnika ukazuju da je suočavanje s dijagnozom pospješeno: adekvatnim prethodnim znanjem i iskustvom s IM (predodžbom IM), povjerenjem u liječnike, dovršenošću dijagnostičkog postupka, boravkom u bolnici, postojanju predosjećaja da će oboljeti od IM, optimističnog raspoloženja bolesnika i potrebi da u tom trenutku bolesnik bude sam sa sobom.

i. **Kategorija znanje i prethodno iskustvo s IM** temelji se na predodžbi bolesnika o IM. Unutar kategorije se pojavljuju 3 potkategorije. U slučaju posjedovanja adekvatne predodžbe („po IM se može živjeti normalno uz mijenjanje životnih navika“; „znam kako to izgleda, rođak mi je to prebolio“), bolesnici ne samo da su prepoznali simptome i time utjecali na brže otkrivanje bolesti, već je i proces prihvaćanja dijagnoze bio emotivno lakši (manja iznenađenost IM i strepnja od budućnosti) i kraći (nisu se pitali kakva je to bolest i da li su bolesni, već su IM brže spoznali i brže se s njim hvatali u koštac). Međutim, kada je predodžba bila neadekvatno utemeljena („po IM se ne može se živjeti normalno“, „većina ih umre po IM“) ili pak ako predodžbe nije uopće bilo, onda je suočavanje s dijagnozom bilo neadekvatnije (veća emotivna pogođenost IM, šok).

„Ne, nije me puno iznenadilo... jer mi je to poznato u obitelji... zato što su mi u obitelji...srčani bolesnici... da su i stričevi i tata mi, od srca umrli. A rođak koji je mlađi od mene... stariji je 4 godine... on je u Americi bio poslije rata... i zakrčenje vena je imao... jer sam dobro rekao? Imao je na lijevoj nozi, i u roku od 2 i pol minuta mu je istekla krv, i umro je. On je, znači, 58. godište. Ovaj drugi rođak koji je sad u Njemačkoj, on je imao 3. infarkt u 8. mjesecu ove godine. On ima te gumice, kak se to sad zove, prstenove, pardon! On ima prstenove... sad je bio... izašao je iz bolnice...super se osjeća... male promjene... trči okolo... Znači, ja sam bio upoznat s time, samo sam se ... nadao da će to što kasnije da krene. Razumijete?“ (M4)

„Pa nisam to tak strašno doživjela, nije me brinulo. Jer znate moj ujak je imal 7 infarkata i njega je uvijek tak jako boljelo u prsima, pa sam si mislila da je to sigurno to.“(F11)
„… a prvi susjed mi je, recimo, kad je završio na hitnoj, njemu su učinili te bajpasove al je brzo umro i tako dalje... tako da sam ja bio... strašno me je to pogodilo! Dosta dugo... jer ja nisam... dosta dugo nisam vjerovao da se iza toga može živjeti normalno! Međutim, malo me utješilo to kad sam čuo da nisam dobio oštećenje, recimo...“(M12)
„Pa najviše sam se bojala da ću otići i da neću vidjeti svoju djecu. Znači to je najviše bio strah od smrti. Je, upravo to, da. Jer sam znala da, i mama i tata su tako otišli, a ipak su tu djeca još bila manja nego danas. A i... evo, to je bilo...“(F1)

ii. **Kategorija važnost liječnika i drugog zdravstvenog osoblja** opisuje

važnost povjerenja u liječnika koji je bolesniku saopćio dijagnozu, te dao početne, dozirane informacije o IM, te životu s njim. Bolesnici su također naveli da je pri saopćenju dijagnoze važan i liječnikov stav i odnos prema bolesti, jer je utjecao i na njihov doživljaj težine bolesti. Dio bolesnika smatrao je da im liječnik nije dao jasne upute o kakvoj se bolesti, tijeku i posljedicama radi, te važnosti pridržavanja terapije, i/ili umanjio ozbiljnost stanja, te se ponašao grubo, nadmeno i oholo što je usporilo spoznaju.
„Znate, tko kako kaže...al ja ću liječnika slušati, pa što god mi bude! Rekli su mi tu sve. Kaže...“Morate biti smireni, strpljivi, to je činjenično stanje ... do toga je došlo i s time se nemojte opterećivati i biti će Vam bolje!“ I stvarno, bolje je, doktor, onaj... kako je ... D znači... drugi kardiolog je i onaj gore, isto jedan jako dobar doktor, profesor. Mislim, na mene su mladi ljudi, doktori, profesori, docenti... ostavili jedan takav upečatljiv dojam da samim tim svojim prisustvom...To mi je puno značilo! (M6)
„Puno povjerenja imam u svoju doktoricu. A to mi je presudno…..“(F3)
„Pa, ja sam to... ja sam prvo vjerovala doktoru, jel? Da je doktor to sve uradio što je trebao, najbolje…Mislila sam si:.. meni treba stručna pomoć... Eto, baš mi je bila važna ta... podrška od liječnika, to mi je najvažnije bilo.“(F4)

iii. **Kategorija dovršenost dijagnostičkog postupka** opisuje važan iskustveni

faktor u svjesnom poimanju da je bolesnik obolio od IM jer je uvijek „lakše kad znaš protiv koga/čega se boriš“. Nasuprot tome, nedovršenost dijagnostičkog postupka u

bolesnika je budilo strepnju od nepoznatog, te dalo prostora za odgađanje prihvaćanja dijagnoze IM. Neki od ovih bolesnika čekali su i do godinu dana do potvrde dijagnoze (duge liste čekanja).

„ ...Osjećao sam kao jednu napetost, neizvjesnost ... nisam znao ni što se događa, ni u kojem smjeru ide...žena je otišla doma, sa mnom je povremeno boravio liječnik koji mi je gledao masnoće i vadio one enzime...bilo je pitanje potrebe hitne intervencije i na kraju su to morali i napraviti...No ta nezvjesnost se pomalo smanjivala, već kako mi se stanje poboljšavalo...kako su mi liječnici više govorili kakvo mi je stanje.“(M2)

„Čekala sam dugo tu pretragu...i nekako sam si cijelo vrijeme mislila: Pa možda to ipak nije tako opasno...“(F2)

„...Strepnja i nezvjesnost dok se ne sazna što je...“(F1) „Čovjeku je bolje ako zna što mu je…“(M11)“Pa..lakše je kad znaš protiv koga se boriš...“(F6)

iv. **Kategorija boravak u bolnici – „Zar bi bio u bolnici, sve ono prošao da nemam IM?“** opisuje važan iskustveni faktor u svjesnom poimanju da je bolesnik obolio od IM jer je, sukladno iskustvu većine bolesnika, hladna bolnička sredina i odsječenost od kućei obitelji pridonijela bržem spoznavanju bolesnika da se radi o teškoj bolesti nakon koje će sve biti drugačije.

„..U bolnici odmah shvatiš da nikada neće biti kao prije…“(M11)

„U bolnicu ja sam tako došao i ostao... I tu odmah sam shvatio da ... da ne može drugačije. Da ne ide...Sada sam došao na remont.“ (M10)

„...Znate, ja sam se bojala da nikad neću izaći iz te bolnice! I onda je još jedna gospođa umrla kaj mene, ležala par dana na intenzivnoj, najedanput nastala panika, galama, one zastore navukli i aparate isključili i odnesli ju (pogled u pod). Evo i dan danas sam osjetljiva kad se toga sjetim ja sam se bojala da nikad neću izaći iz te bolnice...“(F13)

v. **Kategorija predosjećaj IM – „Znao sam da me ovo čeka“** opisuje olakšavajući utjecaj adekvatne predodžbe IM i predosjećaja temeljenog na njoj na proces spoznaje bolesti. Naime, ukoliko je u obitelji bilo slučajeva IM nakon kojeg su bolesnici nastavili živjeti manje-više normalnim životom, bolest nije bila toliko iznenađenje

bolesnicima, a spoznaja bolesti bolesnicima je bila lakša. Ipak svi su se nadali da će ih kasnije zadesiti.

„Srčana bolest je u porodici moga tate normalna stvar, moj stric je umro sa 47 godina, drugi stric isto rano, pa obje tete imaju šećer, tako da je to genetski, i nije da se nisam zapitala hoće li mene strefit, ili će me preskočit, kako to nekad zna biti iz generacije u generaciju. Tako da... U tom smislu sam razmišljala, kako će biti sa mnom... A sad kad gledam, prije toga nisam o tome nikad razmišljala da bih mogla i ja imati infarkt. Čovjek nikad ne razmišlja da bi moglo tebe čopit, ili se dogodit nešto loše! Mislim da je to normalno među ljudima ne mislit loše, znate ja sam optimista, misliš si, neće tebe, nekog drugog će zakvačit.“(F5)

„Ne, nije me puno iznenadilo... jer mi je to poznato u obitelji... Jer sam znala da, i mama i tata su tako otišli, a ipak su tu djeca još bila manja nego danas. A i... evo, to je bilo...“(F1)

vi. **Kategorija osobnost bolesnika** opisuje važnost utjecaja optimizma kao bolesnikova dominantnog raspoloženja u procesu spoznaje. Optimizam, sklonost pozitivnom shvaćanju, gledanju svijeta uz očekivanje najboljeg mogućeg ishoda, je prema iskustvu bolesnika povezan s bržim i uspješnijim procesom spoznaje bolesti, a pesimizam sa sporijim i neuspješnijim.

„Pošto sam već rekao da sam optimist, nisam baš nešto očajavao, kaj bi.“(M1)

„...optimističan karakter spašava u takvim situacijama. To me držalo. Ne smije se puno očajavati.“(M14)

„Ali svejedno u tom svem zlu ja sam sama sebi davala hrabrosti! I nekak je to i dan danas.”(F6)

vii. **Kategorija potreba da bolesnik u trenutku spoznaje IM bude sam** opisuje iskustvo većine bolesnika da su unatoč prisutnosti olakotnih i otežavajućih faktora, proces spoznaje prolazili sami, neovisno da li je dijagnoza postavljena dramatično uz borbu na život i smrt ili naknadno po prehodanom infarktu miokarda.

„Pa sam sam prolazio proces spoznaje bolesti... mislim, nisam nikakvu podršku tražio od nikoga.“(M1)

„Znači, spoznaju bolesti doživljavao sam sam. Rješavao sam svaku enigmu sam!“(M3)
„Pa nisam tražila podršku za spoznaju bolesti, ja sam to sve sama.“(F6)

Tema 2. Prihvaćanje IM kao „nove stvarnosti“ i zajednički suživot

Kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije o iskustvu bolesnika s prihvaćanjem IM dobiveni rezultati ukazuju na postojanje četiriju podtema. Bolesnici najprije navode osobna iskustva s poimanjem teme prihvaćanja bolesti koja imaju sematička obilježja specifična za svakog pojedinog bolesnika. Zatim navode iskustva relevantna za sadržaje prihvaćanja, specificirajući što im je potrebno znati o bolesti da bi ju prihvatili. Također opisuju kroz koje su faze tijekom procesa prihvaćanja prolazili, te opisuju primjenjene strategije i karakteristike te „nove stvarnosti“, života sa IM (Prilozi: Tablica IIb: Kodna knjiga - Bolesnici od IM: Prihvaćanje bolesti).

Podtema 2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja IM

Da bi bolest mogli prihvatiti, bolesnici su, sukladno njihovim iskustvima, imali potrebu objasniti sebi i drugima što podrazumijevaju pod pojmom prihvaćanja bolesti. Unutar ove podteme identiciran je jedan koncept koji opisuje razumijevanje pojma prihvaćanja za samog bolesnika.

a. Koncept: Semantično značenje pojma prihvaćanja bolesti

Koncept upućuje na specifično značenje pojma prihvaćanja bolesti za samog bolesnika, a najčešće je opisan „narativno“ i bogat je stvarnim i simboličkim značenjima.
Koncept je utemeljen na dvije kategorije: neminovnost i pomirenje.

i. **Kategorija neminovnost** upućuje na iskustvo bolesnika o nepostojanju mogućnosti izbora u procesu prihvaćanja bolesti. Naime, bolest je bila toliko prisutna da ju nisu mogli negirati, niti su mogli promijeniti situaciju u kojoj su se našli, morali su je prihvatiti.

„Prihvatio sam, normalno. Morao sam prihvatiti, sam sebi sam rekao da kad nema druge, čovjek mora prihvatiti to.“(M1)

„Nisam opće o tomu niti razmišljal! Tak se dogodilo i ja sam to prihvatil. A morate, drukčije nema druge! Praktički odmah. Čovek ... mora se pomiriti s onim kak je.... i živit s tim.“(M14)

„Hm...primoravanje... prisila! Vidjela sam da ne mogu kao prije i ne mogu drugačije nego kolko mi bol i to gušenje dozvoli! Jednostavno ste prisiljeni da se morate s tim suočiti! Makar vi o tome razmišljali malo ili puno, jedan dan manje, jedan dan više, ali činjenica je da svaki dan je tu! Vidljivo, osjetljivo ...Nemaš izbora, ne možeš drugačije!..“(F12)

ii. **Kategorija pomirenje** upućuje na kognitivno iskustvo bolesnika o prihvaćanju stvarnosti onakvom kakva je, da je IM tu, da je on bolesnikova stvarnost od koje je nemoguće pobjeći i s kojom se treba pomiriti. Doduše, mirenje sa stvarnošću povezano je s tugom i sjetom.

„Prihvatit bolest znači upravo to, prihvatit bolest takva kakva je. Težit, pokušavat ak ide, ako ne ide vi ionako ne možete, ali morate, morate do toga doć! Ne možeš odmah! Prvo idete nekoliko puta u zid glavom, a onda stanete .... Upravo tako je, ne možeš drugačije. (M13)

„Ha, prihvatio sam, jednostavno, pomirio sam se s tim da drukčije nije sad, da je to tak, i ja moram to tak raditi! Nema tu druge!“(M15)

„Prihvatiti znači pomiriti se sa činjenicom da je tako kako je. I ja sam jednostavno tako prihvatila da je to tako, i s tim živim. Čak ni ne razmišljam danas o mojoj bolesti ... Mislim da je ipak bolje da razmišljam na taj način. Znate, to je isto oblik prihvaćanja da ne mislim stalno o njoj. Jer ako ću razmišljati onda ću samo na to misliti i loše se osjećati...“(F1)

„Za prihvaćanje je najvažniji razum. Razum. Da si svjestan toga da je to tvoje i da se s tim moraš nositi! Da ti to neće uzet ni mama, ni tata ni muž! Da je to ono kaj ti moraš sam nositi, a oni ti mogu pomoći jedino tako da ti operu suđe ili posaugaju, ili odu po lijekove.“(F6)

Podtema 2.2. Sadržaj prihvaćanja

Unutar sadržaja prihvaćanja bolesti mogu se izdvojiti tri koncepta: upoznavanje karakteristika IM općenito i upoznavanje karakteristika vlastite bolesti - „mojeg IM“, te pronalaženja načina samopomoći - „kako si mogu pomoći.“

a. Koncept: Upoznavanje IM općenito

Rezultati analize su pokazali da je poznavanje IM općenito, važan koncept iskustva bolesnika. Neznanje je u bolesnicima budilo strepnju od nepoznatog što je otežalo proces prihvaćanja bolesti. Koncept je utemeljen na četiri kategorije: saznanje o sadržaju IM koji su željeli upoznati (uzroku, prezentaciji, tijeku, komplikacijama, liječenju i prognozi IM), potom izvorima tih informacija: profesionalci, drugi bolesnici od IM, te aktivnom prikupljanju tih informacija iz ostalih izvora.

i. **Kategorija sadržaj IM** opisuje sadržaj o IM kojeg su bolesnici željeli upoznati, a koji uključuje saznanje o uzroku, prezentaciji, tijeku, komplikacijama, liječenju i prognozi IM, „da znaš što se događa i kako si pomoći“. Bolesnicima je bilo važno naučiti postupke kako se nositi sa simptomima jer im je to pružalo osjećaj sigurnosti, mirnoću i mogućnost da se oslone na sebe.

„Ono što mi je bilo važno je to kaj sam pročitao što me očekuje i kako će brzo otprilike to napredovati. Ono, znal sam da ću doć na svoje, ak se pridržavam.“(M14)

„I puno sam mirnija zbog toga. Prvo zato što znam kaj je! Pa ja nisam znala onda uopće šta se meni događa, u stvari. Makar su meni doktorice rekle. Ali ja nisam opće znala sad... ja sam se morala educirati o tome... puno sam ja poslije toga i pročitala i saznala o tome. I to je isto pomoglo da se opustim, kako da ne. Da, da. Mislim da mora čovjek puno znati o bolesti, o dijagnozi koju ima. Baš o toj bolesti mora znati, o njoj-kak nastane, kako će ići, koje su posljedice i kak da se s time nosi.“(F2)

„…Važno je da čovjek proba saznati što više o bolesti Ja sam saznala da šećer i masnoće zaštopaju krvne žile i tak nastane infarkt. Jako je važno znati kaj se događa da znaš kak si pomoć.“(F13)

ii. **Kategorija liječnik kao izvor informacija i podrška** temelji se na kombinaciji kognitivnog i emocionalnog iskustva bolesnika o liječniku. Liječnik je bolesniku važan izvor informacija o bolesti, međutim rezultati analize ukazuju i na važnost tople ljudske riječi i emocionalne podrške od strane liječnika ili drugog zdravstvenog profesionalca, te korištenja za bolesnike razumljivog jezika. Sukladno iskustvu bolesnika, informacije trebaju biti individualizirane, dozirane, u početku osnovne, a kako vrijeme protječe sve specifičnije. Naime, pružanje velike količine informacija o bolesti odjednom, samo bi ih emotivno uzdrmalo, vratilo unatrag, u period saznanja dijagnoze, te bi ih emotivno destabiliziralo (uznemirilo, osjećali bi se loše). Stoga je njima bilo lakše apsorbirati cijelu istinu o bolesti u manjim dozama, a tijekom duljeg perioda vremena.

„Mislim, na mene su mladi ljudi, doktori, profesori, docenti... ostavili jedan takav upečatljiv dojam da samim tim svojim prisustvom...To mi je puno značilo! Mislim, ono... mnogi su pričali to...Al bio mi je još više važan njihov odnos! Ne samo titula nego i onaj ljudski odnos, način kako su pričali! Ma, znate tako prijazno... Tako pristupačno... Tako plastično Vam prikažu da razumijem ono šta se događalo. Kako netko može na latinskom govoriti nešto ili engleskom kada ja to ne razumijem! No ono... jednim... ljudskim normalnim narodnim riječnikom...Koji ja razumijem...su mi objasnili šta se događa, jel? I što su me smirili... "(M6)

„Apsolutno, čujte, liječnici oni koji su bili tamo oko mene oni kažu, utješe te malo tako i neke stvari kažu kolko imaju vremena reč. To je vrlo važno. To je vrlo važno!"(M14)

„ ...Važno da liječnik ima topli pristup, koristeći laički, razumljiv, jezik..."(F2)

„...Pomogao mi je taj razgovor s liječnikom, znači primarno informacija, primarno, primarno informacija, razgovor, baš onako kako bih rekla, topla riječ, a opet da Vas točno uputi laičkim rječnikom šta i kako..."(F9)

iii. **Kategorija učenje o IM na temelju iskustva drugog bolesnika od IM** upućuje da se posebno za vizualizaciju same bolesti, tijeka i posljedica, te dobivanju konkretnih savjeta, učenje na iskustvu drugog bolesnika od IM pokazalo važnim u prihvaćanju bolesti. Međutim, unutar kategorije se pojavljuje potkategorija prema kojoj

neki bolesnici nisu imali potrebe učiti na tuđim iskustvima, niti željeli razgovor s drugim bolesnicima.

„Posle mog infarkta kad sam bil gore u "Magdaleni " kad sam videl puno mlađih od sebe. I tu u bolnicu kad dođem na kontrolu pa vidim... puno mlađih.... mogu im ja bit tata. A Bože moj, ja Bogu zahvalim da sam bar poživil 50 godina. Mnogi imaju 25, 28, 30 godina.“(M13)

„A čujte onda čovjek malo nakon toga susreće ljude koji su s tim problemima! Onda se vidi da oni žive, rade i tak dalje s tim problemima! I onda isto iz svog iskustva uvijek sam birao one koji pozitivno misle, a ne one koji se boje, one koji se povlače, razumijete, nego one koji vele to se da, ne da to nije ništa, nego da se s tim da živjet, treba malo pripazit i tako. Tako da mi je apsolutno bio važan razgovor s bolesnicima u prihvaćanju bolesti! Vidiš primjer. Pozitivan primjer! Dakle pozitivan primjer! Vidiš kod drugoga i onda to je veliko ohrabrenje!“(M14)

„ ....Ja ne volim o tome nikome pričati, svako ima drugačije savjete, ja to ne volim! Ja se volim pridržavati jedne stvari. Ja imam svoj štos knjiga i ja si tamo pročitam, već ja to znam napamet, normalno! Al s nekim ulazit u razgovor, a to ne! Nešto veselije da! Jer vi ne možete nekom dokazat neke stvari pa se ja radije niti ne upuštam u te priče! Ja imam svoje knjigice i ja se tog pridržavam. Ja sam to sve zbog infarkta kupila. Jer važno mi je da znam kaj se sa mnom i oko mene dešava! Tak ja i inače postupam u životu.“(F6)

iv. **Kategorija aktivno traženje ostalih izvora informacija o IM**: opisuje potrebu bolesnika da, aktivno potraže dodatne izvore informacija o IM objavljene u specijaliziranim pisanim materijalima, npr. zdravstveno-odgojnim edukativnim materijalima (knjižice, jelovnici ili pisane upute), ali i informacije objavljene u časopisima, na radiju, televiziji i Internetu.

„... A ja sam si malo potražio... zanima te šta je to recimo...pa sam, recimo... otišao pa si uzmem...jer imam ja dosta literature...pa sam si pročitao...Da, tako da znam o tome što imam...“(M12)

„Pa nije bilo, pazite, ni prilike! Oni su rekli šta je, a neke informacije nemaju vremena oni davati, pa sam ja sam iz neke literature tako malo došao do tih informacija, što mi je bilo jako važno! Izuzetno važno! To sam se ja sam pobrinuo da si nađem kroz literaturu,

kroz nekakve časopise i kroz razgovore ako je bilo prilike s nekim tko zna, ali jednostavno osoblje bolnice nema vremena objašnjavati šta je to. Možete dvije tri rečenice to Vam je to, ali ajde sve kojekakve oko toga treba ipak čovjek sam se potrudit da to malo bolje ovaj, prevlada!"(M14)

„Znate ja si volim pročitati knjižice o bolesti. One mi odgovaraju jer su dosljedne i pri ruci. Svako malo si prolistam i pogledam, kak meni paše..."(F6)

„Na televiziji i radiju uvijek pratim ima li kaj interesantnog o infarktu, pa si poslušam."(F1)

„... Ja sam si potražil po Internetu dodatne informacije o infarktu!"(M2).

b. Koncept: Upoznavanje mojeg IM i kako si mogu pomoći

Rezultati analize iskustva bolesnika ukazali su na potrebu bolesnika da upoznaju vlastitu bolest, vlastiti IM. Unutar koncepta se mogu izvojiti četiri kategorije: uzrok mojeg IM, upoznavanje simptoma moje bolesti, razlikovanje simptoma povezanih s IM od onih koji to nisu, te važnost poznavanja samokontrole i samoregulacije bolesti.

i. Kategorija uzrok mojeg IM („Što je to u meni, gdje sam pogriješio")

sukladno iskustvu bolesnika, opisuje bolesnikovu potrebu saznanja uzroka vlastitog IM, ne samo onog koji je doveo do nastanka bolesti, već i uzročnih faktora koji utječu na pogoršanje bolesti u cilju pravilnog zdravstvenog ponašanja i preveniranja pogoršanja bolesti.

„Mene zanima puno toga – uzrok, tijek liječenje, rehabilitacija, terapija lijekovima i promjenom stila života!"(M2)

„A ja ne znam otkud je taj infarkt mene zadesio. Ja nemam ni tlaka, ni šećera, ni masti... ništa, sve OK... svi kažu vjerojatno je stres... (M12)

„Pa mislim da bi. Da sam prije znala koje su mi opasnosti uz ovo moje srce, možda bih lakše se nosila, ne bih se tak iznenadila. A s druge strane, sigurno bih se više brinula za sebe, i bile bi manje posledice po mene. Znate moje srce je sad oštećeno, ne?!" (F6)

ii. Kategorija upoznavanje simptoma mojeg IM opisuje važnost upoznavanja

simptoma bolesti i njihove interpretacije, kako bi znali s čim se nose i kako si pomoći. Naime, bilo im je važno naučiti kada se javljaju, mogu li ih kako spriječiti, a kad se jave kako ih umanjiti. Bolesnici su upoznavali svoju bolest osluškivanjem svojeg tijela, uočavanjem znakova (simptoma) i odgonetanjem što koji znak znači uz prepoznavanje jedinstvenih obrazaca odgovora tijela, te su dodatnim potvrđivanjem da su znakovi točni, potvrdili njihove pretpostavke o značenju tih znakova.

„... Jer ja sam praktički, tek kad sam iz svoga iskustva naučil prepoznati svako pikanje i stiskanje... tek sam onda zapravo, mogao se orijentirati je li ozbiljno ili nije...Ili kad... ne znam ja... tamo negdje probode, možda to niti nema veze sa time, ali šta ja znam u tom momentu! A lako je sad, kad sam iščitavam svoje simptome"(M3)

„Želio sam upoznati svoje simptome. Zato sam si literaturu nabavio i upijao sam! I povezivao sa sobom, svojim znacima! Čim je čovjek bolje informiran, upoznat, lakše sve skupa ovoga prebrodi, pobijedi. I te prve pola godine dosta oprezno sam, dosta oprezno, pogotovo ako je bilo hladno da malo najprije se, lagano se privikavam da vidimo kako će reagirati organ, jel, srce! Tako, oprezno, oprezno. Prvih tih pola godine je bilo dosta oprezno, stvarno dosta oprezno."(M14)

„Pomoglo mi je puno toga! Prvo, naučila sam prepoznati tu bol. Prije kad bi me stislo, ja bih šutila i trpila i umirala od straha kaj bu bilo? Naučila sam puno o toj bolesti, zakaj me boli. Pa onda... i živim već dugo s tom bolesti. Znam kad me stisne bu me i pustilo, samo moram uzet tabletu i smirit se."(F1)

„...željela sam znati sve simptome da bih znala kako si pomoći, te kad sam ja sposobna za njihovo umanjenje, a kada trebam tražiti stručnu pomoć..."(F6)

„.. važno mi je bilo znati kako mogu spriječiti da se simptomi opet pojave..." (F10)

iii. Kategorija razlikovanje simptoma povezanih s IM od onih koji to nisu je, sukladno analizi, bila važna komponenta iskustva bolesnika u procesu prihvaćanju bolesti. Naime, po povratku iz bolnice osjećali su različite simptome i senzacije u prsištu (nemoć, malaksalost, stezanja, probadanja, pikanja u prsištu) te ih je posebno brinulo što nisu znali koji su od njih ozbiljni i mogu preći u novi IM, a koje bezazleni. Navedeno je dodatno povećavalo strepnju, povećalo njihovu ovisnost o liječnicima, vezalo ih dulje uz krevet i otežalo prihvaćanje.

„Znate ja sam se u početku silno bojao...nisam se usudio dalje od kreveta... jer meni cijelo vrijeme... bilo kakvo probadanje ili pikanje tu (prsište) ...a ja sam si odmah mislio: „Meni je to infarkt, gotovo. To je ponovo to!"I tak sam često nepotrebno završio na HP! A bilo bi mi puno lakše da sam bio upoznat sa iskustvom nekog čovjeka ili žene, nebitno, koji je to prošao i da ti kaže: „Čuj Bruno kad te tu nekaj nešto, ne znam, probode... pa, nemoj uopće obraćati pažnju na to." ... To je, znate, pritisak strašan s tim živjeti stalno! Razlučiti jel je ili nije. Da je meni to netko napravio... ja ne znam... ja bi mu valjda bio zahvalan ma...do neba ... i puno lakše bi sve to prošao. Da! Jer velim, ja nisam znao interpretirati simptom... kad me pikalo u kom smjeru će ići, to mi je najveća muka bila! I koliko će trajati? I kako dalje? ... Jer meni nitko nije ništa rekao!"(M3)

„Aha. A onda me još više... počne to stezati... onda kad ja pomislim da je to malo teško i ovo i ono, i osjećam da će mi se desiti nešto... i onda je... tako to. Doduše, ne kažem da se ne bojim, ali bojim se po malo... ali ako bude... šta ja mogu. Šta će biti biti će. Ne mogu ja tu ništa. Prvih vremena ih je bilo više. Često mi je... u danu možda jednom, dva puta, pa sad... nekad po danu dva puta mi je bilo... nekada u tjednu, nekada... zavisi kako kada... i onda je uslijedilo malo manje. Doduše, sad je puno drugačije nego onih prvih dana. Sad znam da će proći."(M5)

„A kad sam se vratila iz bolnice bila sam jako slaba, nekako klimava, toliko mi je cijelo tijelo preuzela bolest i bolnica. I silno sam se bojala svakog pikanja, pa da neću negdje pasti na cesti. I zbog tog straha sam dosta i ograničila kretanje sebi...često sam znala biti otključana, zbog straha da mi se nešto ne dogodi pa da neće moći u stan i pomoći mi. Imala sam dosta veliki strah da ću se srušiti ili pak sam sa bojala da kad sam imala neku staklenku da će mi pasti, da će se razbiti, da ću ja posle na nju pasti... Onda znala sam leći i uzeti telefonsku slušalicu uz sebe, ako me budu zvali da ju imam jer se nisam mogla naglo dići! No postepeno, sam pomalo očvrsnula. Pa dobre dvije godine sam ja imala te strahove, koliko sam se i privikavala na tu bolest! Bilo mi je jako stresno, jako sam imala strahove, jako jako. Onda sam morala ići na česte kontrole, pa vaditi krv svaki tjedan. Onda ko da mi je uzburkalo cijeli organizam, svaka ta kontrola! Tako sam sjedila sva u znoju. Imala sam tolko strahova. Iako kolko puta sam si znala reći „Pa dobro, što bi se tako strašno moglo dogoditi, ako padnem pa valjda će mi netko pomoći!" Ali to vam je jedan strah koji ne možete kontrolirati! (F12)

iv. Kategorija važnost poznavanja samokontrole i samozbrinjavanja bolesti opisuje sukladno analizi iskustva bolesnika važnost poznavanja postupaka samokontrole i samozbrinjavanja bolesti jer im je navedeno pružalo osjećaj sigurnosti, mirnoće i smanjenja strepnje od življenja po IM, te mogućnost da se oslone na sebe. Isticali su i važnost sposobnosti da sami razluče kada i kako si mogu pomoći sami, a kada više nisu za to sposobni, već trebaju zatražiti pomoć profesionalaca. Smatrali su da su se naučili živjeti s bolešću.

„Pomoglo mi je puno toga! Prvo, naučila sam prepoznati tu bol. Prije kad bi me stislo, ja bih šutila i trpila i umirala od straha kaj bu bilo? Naučila sam puno o toj bolesti, zakaj me boli. Pa onda... i živim već dugo s tom bolesti. Znam kad me stisne bu me i pustilo, samo moram uzet tabletu i smirit se.“(F1)

„onda mi je bilo... bilo mi je jako teško. A Sad je puno bolje. Iako i sad imam simptome, ali se sad mogu... s njima nositi... Sad znam cijeli postupak kad me stisne oko srca ja odmah isti postupak: odmah voda...tableta pod jezik... legnut... smiriti se... opustiti se... disati... sve, sve već ja znam, da.I puno sam mirnija zbog toga.”(F2)

„Jesam, prihvatio sam svoju bolest... Kad sam ja vidio da ja mogu kontrolirati to sve skupa i da puno ovisi i o meni, i tada je to sve skupa i krenulo nešto kvalitetnije, ne? Od kada sam ja vidio da ja to mogu. To me... Onda me to... od Magdalene još jedno sigurno godinu dana! Vi vidite da ...da ... ovaj... se možete nositi sa tom bolešću, što je mene ohrabrilo strašno. Znači, to je definitivno sam ja mogao kontrolirati to nešto, a s druge strane, kad vidite da vi možete iz dana u dan napredovati, znači, to je ono... danas sam napravio dva kilometra, sutra tri, prekosutra pet, za mjesec dana ja sam napravio 10-15 kilometara žestokog hoda... doći doma i kao da se nisam maknuo. Nikakvo mi opterećenje to nije predstavljalo!“ (M3)

Podtema 2.3. Proces prihvaćanja IM

Analiza iskustva bolesnika ukazala je na postojanje četiri koncepta kojim se može opisati proces prihvaćanja IM. Iskustvo većine bolesnika koji su iskusili borbu za život i jedva čekali da bolovi prestanu, sastoji se u prihvaćanju IM bez puno razmišljanja. Iskustvo

većine bolesnika kojima je dijagnoza postavljena laboratorijski jest da su se, u početku, pokušali „igrati skrivača“ i boriti se sami sa sobom, a zatim su ih ohrabrili početni uspjesi, te dobro subjektivno osjećanje, kao i dobri objektivni pokazatelji kontrole bolesti. Postupnost i dugotrajnost bila je značajna karakteristika prihvaćanja bolesti.

a. Koncept: Prihvaćanje bez razmišljanja potaknuto „grubom“ stvarnosti

i. Kategorija „Nakon takve borbe za život i bolova ne treba mi drugih dokaza da sam bolestan“

opisuje iskustvo većine bolesnika koji su nakon što su preživjeli borbu za život i imali iskustvo jakih bolova, prihvatili IM odmah, bez razmišljanja.

„Odmah sam prihvatio, još u bolnici. Čim sam progledao, čim sam vidio dan, već sam imao zadovoljstvo nekako, znači, nije se desilo ono najgore...Da, tad sam već prihvatio to kad sam vidio da ima još nade i života. Eto...“(M5)

„Pa jesam. Odmah. Odmah kada sam prvi put sišao sa stola. Da. Oni su rekli u 5. mjesecu... ponovno ćemo napraviti u 8. mjesecu. Znači, odmah sam prihvatio... vidio da mi nije dobro. Prihvati i šuti. Odmah sam prihvatio. Čim sam...doktor je stavljao stent i... zna on šta je...veli: prihvati to, i kad izađeš bori se, da nemaš problema sam sa sobom i... ja reko, dobro ajde. Tako mora biti. Ne daj se, drž se, kaže, i biti će bolje i tako. Dobro je. Odmah sam prihvatio. Šta ću. Džabe je to. Ti se možeš sekirati...“(M11)

b. Koncept: Igra skrivača i borba sa samim sobom

Većina bolesnika kojima je dijagnoza postavljena naknadno, postupno su, s vremenom prihvaćali svoju bolest. Naime, nakon određenog vremenskog perioda življenja s IM, kada su stekli iskustva s bolešću i naučili svoju bolest (prepoznati i interpretirati simptome), bolest je postala dio njih, a nije više bila samo „uljez“ u njihovu životu. U početku su se, pokušali „igrati skrivača“ i boriti se sami sa sobom, zatim su ih ohrabrili uspjesi i dobri objektivni pokazatelji. Koncept je utemeljen na kategorijama: “igranje skrivača s bolešću“ i borba sa samim sobom.

i. **Kategorija „igranje skrivača s IM“** je vjerovanje ili kalkulacija bolesnika da će se ipak sve normalizirati samo od sebe. Iskustvo ukazuje da bolesnici, iako na kognitivnoj razini svjesni prisutnosti bolesti, spoznaju nisu prihvatili na djelatnoj razini. Nećkali su se, premišljali i vagali su koliko je to uopće potrebno. Međutim, igranje s IM se tijekom vremena pokazalo neučinkovitim, a stvarnost koja se nije mogla negirati pomogla je da prihvate bolest.

„I često puta se, ma gotovo uvijek, ponašam kao da ništa nije bilo. Kao da, ako sve te preporuke ponekad ne poštujem i ne provodim, kao da sam mrvicu slobodnija od te dijagnoze. Da lakše dišem. Jer ta dijagnoza je znate, kao okov oko vrata i bude sa mnom do kraja! Pa ak je to tako, pa ne moram baš uvijek pazit, na taj način malo eskiviram svoju važnost u liječenju, malo se igram skrivača, ali na drugoj strani sam zadovoljnija, jer nisam invalid, nisam uvijek ja ta koja ne može, za Boga milog (F1).

ii. **Kategorija borba sa samim sobom** opisuje iskustvo bolesnika tijekom procesa prihvaćanja koji su na kognitivnoj razini bili svjesni potrebe mijenjanja životnih stilova, ali su se na emotivnoj razini javljale emocije koje bi tu svjesnost nadjačale i blokirale. Najčešće se javljala emocija straha od novog IM uslijed pojave simptoma i senzacija u prsištu (pikanje, stezanje) posebno prilikom pokušaja vraćanja kondicije fizičkom aktivnošću (npr. šetnje). Stoga su bolesnici pokušavali, nastojali i odustajali. Time bi se u procesu prihvaćanja vratili korak unatrag, i morali krenuti ponovno, odpočetka.

„Znači, pa prihvatiti znači prilagođavati se...pridržavati se, jel? Jer, normalno, da ako se ne pridržavate uputa onda niste ni prihvatili... E sad da li sam ja sad toliko prihvatio... da li se ja svega pridržavam što su mi rekli... ja ne znam, ali... ja mislim da da... ipak nastojim (M8)

„Upravo to, prihvatit bolest takva kakva je. Težit, pokušavat ak ide, ako ne ide vi ionako ne možete, ali morate, morate do toga doć! Ne možeš odmah! Prvo idete nekoliko puta u zid glavom, a onda stanete .... Upravo tako e, ne možeš drugačije.“ (M16)

„... nisam se mogao baš pomiriti naglo sa tim infarktom..... i ..... tom anginom pectoris i sad gotovo, ne bum na to mislil! A to ne, znate uvijek tak nekak, strah neki...kad će me

stegnuti...pa od te bolnice... od te operacije... kako će to ići.... A poslije operacije... to je već sad sve normalno! Mislim, šta ja znam...“(M7)

c. Koncept: Početni uspjesi i dobri objektivni pokazatelji kao poticaj za dalje

Koncept je utemeljen na iskustvu bolesnika da je u procesu prihvaćanja bolesti potrebno biti dodatno osnažen. Tako su se početni uspjesi prilikom učenja provođenja preporučenog stila življenja, subjektivan osjećaj dobrog zdravlja, i dobri objektivni pokazatelji, pokazali kao važni poticaji za dalje. „To je ono što me diže!“, rekli su bolesnici.

i. **Kategorija početni uspjesi** utemeljena je na iskustvu bolesnika, da su se,

unatoč lošem osjećanju trudili što prije vratiti staro stanje tijela prije bolesti. U početku su se često susretali s neuspjehom, ali postupno, tijekom vremena, rezultati su bili sve pozitivniji, sve su više uspjevali, a zadani ciljevi su bili sve veći i veći. Svaki pozitivni ostvareni rezultat bolesnicima je budio podstrek za dalje.

„Kad vidite da vi možete iz dana u dan napredovati, znači, to je ono... danas sam napravio dva kilometra, sutra tri, prekosutra pet, za mjesec dana ja sam napravio 10-15 kilometara žestokog hoda...I dodjem doma, a nema bolova, kao da se nisam maknuo! Ma naposlijetku, nikakvo mi opterećenje to nije predstavljalo! I to je tek nakon, velim godinu dana još... iza Magdalene, sam ja onako... čvrsto to sve skupa shvatio da je to-to. Da ja jesam imao infarkt, da ja pijem nekakve lijekove do kraja života i to me sve ne smeta, ovaj... ali da ja mogu funkcionirati...“(M3)

„...Osjećao sam da bi opet išao nešto raditi, a ono nisam imao snage, pođem malo uz brdo i to, onda mi nije išlo.... Pa ja sam to pokušao sam i onda sam išao na prvu stepenicu pa sam polako izašao, pa na dvije, pa na pola stubišta, pa sam ja sebe trenirao...“(M5)

„.... Veli on „Idemo planinarit!“ pa ja nisam gore mogla, pa dođemo gore na Sljeme s autom, pa po obroncima tako da nisam imala veliki napor, pa polako, polako, tako da sam ja polagano...se vraćala na staro.“(F8)

ii. **Kategorija subjektivni osjećaj dobrog zdravlja** je utemeljena na iskustvu bolesnika da je s protokom vremena došlo do umanjenja intenziteta i učestalosti simptoma, te su se subjektivno dobro osjećali što je bio ohrabrujući faktor (podstrek i nada) ka prihvaćanju bolesti.

„Prihvaćanje mi je olakšalo to što sam se u svemu tome dobro osjećao! Jako dobro sam se osjećao! To je bila jedna osnova za nadu, al opet s druge strane oprez da se ne dogodi nešto nepredviđenoga... Tako da znači, nada je postojala jer sam se dobro osjećao, a opet oprez je bio prisutan jel, znajući što bi još moglo bit."(M14)

„Nakon rehabilitacije u Krapinskim toplicama bilo mi je čisto dobro ... čisto sam se fino osjećala. I to me guralo dalje!"(F9)

iii. **Kategorija objektivni pokazatelji dobrog zdravlja**, opisuje sukladno analizi intervjua, važno iskustvo bolesnika u procesu prihvaćanja bolesti. Naime, osjećali su se bolje i zato jer je nešto objektivno, opipljivo (objektivni nalazi pretraga) pokazalo da su dobro.

„Ja sam to odmah prihvatila, isti čas i samo sam iščekivala da vidim kaj je sa žilama! Čekala sam koronarografiju koju su mi napravili u Magdaleni! Stvarno su mi tak sve lijepo napravili!"(F6)

„Nakon toga rekli su da su krvne žile za sad O.K., da je to čisto, nisu mi ništa ugradili…" (F9)

d. Koncept: Postupnost i dugotrajnost

Rezultati analize intervjua ukazali su da je jedna od karakteristika iskustva bolesnika tijekom procesa prihvaćanja bolesti longitudinalnost i postupnost, ali ne samo s perspektive vremena, nego i s perspektive kognitivnog i osjećajnog doživljavanja. Koncept je utemeljen na kategoriji imati vremena za svoj IM – usredotočiti se na svoj IM i kategoriji protoka vremena.

i. **Kategorija imati vremena za svoj IM – usredotočiti se na svoj IM** opisuje

važnost bolesnikova posjedovanja dovoljno vremena za sebe i svoj IM kako bi mu se mogli posvetiti. Tako je nedostatak vremena za sebe bila otežavajuća okolnost posebno u bolesnika čije su životne uloge još bile u tijeku i nezamjenjive (roditelj manjeg djeteta, hranitelj obitelji) te nisu imali vremena niti za svoju bolest, što je otežalo proces prihvaćanja bolesti u ovih bolesnika.

„Znate teško je to uskladit... jer ostvarivale su se neke stvari u životu što sam zamislio. Bio sam u ... u kreditićima nekim malim za kuću... tako da je trebalo sve o riješiti. Ja znam činjenice su na papirima. Bolest je u meni. E sad, koliko ću ja... ja znam da sam u tom recimo... 85% da sam ja taj koji regulira tu bolest, ali jednostavno danas u ovoj strci, frci... Vi niste u mogućnosti svaki dan njoj se posvetit... jer ne jedete za gablec salatu, ribicu...i...i...i razumijete me?"(M4)

„Pa nije, normalno, dobro, onda sam bio i mlađi i sve to. Imao sam i djecu koju sam morao i podizati i školovati i ovo i ono. I često sam zbog toga micao pozornost sa svoje bolesti..."(M5)

ii. **Kategorija protok vremena** opisuje karakteristiku postupnosti i dugotrajnosti bolesnikova procesa prihvaćanja IM. Sukladno rezultatima analize, sastoji se od tri potkategorije koje se temelje na iskustvu: dijela bolesnika koji su prihvatili bolest već u bolnici ili vrlo brzo po povratku kući [(svi imali dramatično iskustvo borbe za život i snažne boli sa ili bez adekvatne predodžbe IM i režima života uz njega temeljem prethodnog iskustva okoline (obitelj, prijatelji) i znanja o IM]; dijela bolesnika (većinom imali iskustvo laboratorijske dijagnoze IM) kojem je bilo potrebno od nekoliko mjeseci do nekoliko godina da prihvate bolest [(proces prihvaćanja bolesti paralelan: protoku vremena, stjecanju znanja o IM prikupljanjem informacija (prezentacija, tijek, posljedice, liječenje i samoregulacija IM), te stjecanju iskustva življenja sa svojim IM)]; i nekih bolesnika koji IM nisu prihvatili, već su se i dalje u sebi borili s činjenicom da su bolesni.

„Pa dijelom sam prihvatio svoju bolest, ali još traje period privikavanja!"(M2)

„Pa prihvatio sam svoju bolest, čim sam progledao, čim sam vidio dan, već sam imao zadovoljstvo nekako, znači, nije se desilo ono najgore. Pa ono, tad sam prihvatio to kad sam vidio da ima još nade i života. Eto."(M5)

„I tako sam se zapravo postepeno, malo po malo privikavao, smirivao. I tak...S vremenom... po malo“ (M13)

„Pa prihvatila sam svoju bolest...kod mene je sigurno godinu i pol do dve godine bilo teško, teško, teško, teško.. Nisam fizički bila sposobna, mentalno sam funkcionirala, ali fizički sam bila iscrpljena! .....Snagu sam gubila, to me je mučilo! Onda sam i vježbala doma, sve sam to pokušavala da bi ja to nekako skupila tu energiju. Tak da je trebalo oko godinu i pol da sam se sa njom saživila, da je ona dio mene, nešto s čime se ja mogu nosit. Evo to. Da sam znala kad sam pretjerala - da se moram zaustaviti, da moram uzet lijek, da moram paziti, da je to dio mene i da ja tako mogu živjeti.“(F8)

Podtema 2.4. Život s IM - Ravnoteža između bolesnika i bolesti

Rezultati analize iskustva bolesnika ukazuju na postojanje tri koncepta kojim su bolesnici nastojali uspostaviti ravnotežu između sebe „nekadašnjeg“ i bolešću uvjetovane bolesnikove „nove“ stvarnosti. Prvi koncept opisuje strategije uspostavljanja „nove normale“, a drugi koncept opisuje karakteristike te „nove normale“. Treći koncept utemeljen je na iskustvenoj spoznaji da je život s IM još samo jedna uobičajena obveza koja ne iziskuje kognitivni i emocionalni napor nego postaje automatizam življenja. Četvrti koncept upućuje na iskustvo nekih bolesnika koji se kontinuirano „bore“ s bolešću. Bez obzira na protok vremena, IM za njih nije prihvatljiva stvarnost, on im je teret koji ih opterećuje i zagorčava život.

a. Koncept: Strategije uspostavljanja „nove normale“

U prihvaćanju i prilagođavanju bolesti, analiza iskustva je pokazala da su bolesnici koristili nekoliko strategija da bi uspostavili ravnotežu između sebe i novonastale situacije. Jedna od strategija je spoznaja „da je nešto iz prijašnjeg života ipak ostalo“ unatoč IM, druga je traženje koristi od novonastale situacije, a treća je svjesnost da je moguće uzeti kontrolu u vlastite ruke, svjesnost da bolest ne upravlja njihovim životom.

i. **Kategorija „glavno da mi je nešto preostalo iz prijašnjeg života“** upućuje

na važnost zadržavanja slike o sebi koju je bolesnik imao prije bolesti. Većini bolesnika bilo je važno nastaviti obavljanje uobičajenih aktivnosti. Dio bolesnika čak je smatrao da je obavljanje uobičajenih aktivnosti ispred regulacije bolesti, odnosno da se regulacija bolesti treba obavljati u onoj mjeri koliko im to aktivnosti dozvoljavaju. Naime, nastavak obavljanja aktivnosti dao je smisao njihovu životu i predstavljao njihov vlastiti izbor koji je pridonosio da se osjećaju živima, veselima, svojima, pričinjavao im zadovoljstvo. Željeli su biti korisni, doprinositi obitelji, ispunjavati svoju ulogu/uloge, odnosno željeli su biti doživljeni kao i drugi zdravi ljudi i zadržati svoje dostojanstvo.

„Da. Pa ono, tad sam prihvatio to kad sam vidio da ima još nade i života… To vidim, znači, može se još...“ (M4)

„I onda sam videl da nema druge i da je to to! I da se s njom može živet, al morat se s njom dogovorit kak!“ (M13)

„… pa nije da volim... znam ja, meni je lijepo da se krećem, budem korisna ako me ujutro ne stisne ja volim raditi... u jutro moram doručak staviti... i skloniti i sretna sam ako ja to mogu...“ (F3)

„Ja se sad apsolutno ne osjećam bolesno, niti moje srce da mi je bolesno. Moje srce ja zdravo, reko. Samo legnem, ustanem... cijelu noć tuče i krasno mi je... reko, uopće nemam nikakvih poteškoća! Ali, nemam uzrujavanja. Nemam, apsolutno nikakvih stresova. Dapače, uzela sam od susjede čuvati sina i taj mali bi... Mogu reći da mi je prekrasno. i tako, malo baciš pogled na... sasvim na neku nevažnu stvar, na prirodu oko sebe... vrlo me veseli priroda i volim pogledati sve što god je lijepo. I tako, to me veseli. To me, baš me čini sretnom! Ja velim, ja sam čovjek kojeg male stvari čine sretnim...Jer, dovoljno mi je pogledati nešto lijepo, onako... buketić cvijeća i ja se već ono, osjećam dobro. Eto, tako je to... moj život teče... Pa mislim da je vjera u sebe!...., rekla sam sama sebi: “Ljubica, ti to možeš!“ I to je to! I tako, znate ja se sada bavim stvarima koje ja volim. Čuvam unuke ali ne svaki dan…Uglavnom živim s tim i od toga se ne radi bauk. Ja sam manje pokretna nego prije, al nisam ni invalid, ja ne smatram sebe invalidom!“(F4)

„Volja za životom je najvažnije, oko sebe videt svoju djecu da vas gledaju, da trebaju vaše ruke i vašu pomoć! Ma to je prekrasno! Prekrasno je kad osjećate da ste korisni!“(F7)

ii. **Kategorija traženje koristi** opisuje strategiju koju su primijenili neki bolesnici u prihvaćanju bolesti. Ova taktika utemeljena je na razmišljanju bolesnika da je vrijedno pronaći i neku korist od bolesti jer nije moguće promijeniti stvarnost.

„Pa zapravo se dosta dobrih stvari dogodilo...Prestao sam pušiti, prvo sam smanjio, a onda skroz prestao...Onda me žena prijavila na Sljeme..da idem u šetnje i sad idem redovito...3-4 puta mjesečno idem na Sljeme...“(M2)

„Živce sam si sačuvao... Živce sam sačuvao! Kao da mi je ta bolest otvorila oči u nekom smislu... Jer u jednom smislu ja kažem i bolje šta me je opalilo da sada ne vozim nego...“(M8)

„Ma to mi je bio najbolji period u životu poslije infarkta! Možda ružno za reći, ali ja sam poslije infarkta, sam bio odlično! Stvarno sam bio prije toga, to je stres, to ja znam, to su i doktori rekli sve kaj se meni desilo, ali najprije sam se fizički odmorio u Dubravi u bolnici, zbilja, jer falilo mi je tri dana sna. A poslije infarkta, godinu dana ko godišnji! I više s familijom.” (M16)

„ Razumijete, da...u stvari imam svoju ulogu i dalje u životu, u familiji, da ipak ja još trebam njima. Ne znam kak bi išlo da me ne trebaju... možda da nije njih, možda ne bi ni razmišljala o svemu tome tako. I velim, to sam prihvatila i jednostavno više ne razmišljam da mi ono... prijeti smrt, novi infarkt ili nešto slično. O tome više uopće ne razmišljam! Bilo je... može se ponoviti..A i znate kroz tu moju bolest kao da smo postali jači. Nekako smo se jače vezali i vidjeli da se možemo osloniti jedni na druge. Znate ja sam uvijek najviše vukla u obitelji. I uvijek sam se pitala kako bi bilo da ne mogu... I kroz tu bolest kao da sam dobila dokaz da ja imam podršku, da nisam sama. Tu čak vidim i plus od moje bolesti. Kako bih vam rekla... zajedno smo jači i to se pokazalo...i tu u borbi s mojom bolesti.”(F1)

„Pa posle mog infarkta moj sin je postao dobar student! Što mene najviše izvlači i zbog čega je ta moja bolest u dobrom stanju! Kao da je ta moja bolest djelovala poticajno i na njega. A ja sam odmah dobro kad je on meni tak dobro!“ (F6)

„Svaka stvar ima dobre i loše strane, a dobra strana ove bolesti je da se poboljšala moja situacija doma (smijeh) jel je muž dosta toga preuzeo na sebe.“ (F12)

iii. **Kategorija bolesnikovo preuzimanje kontrole nad IM u vlastite ruke**

(„IM ne upravlja u potpunosti mojim životom“) upućuje na za bolesnika istaknutu važnost kontrole nad IM, u procesu prihvaćanja IM. Do tada su se osjećali bespomoćno i nisu se mogli nositi s novonastalom situacijom jer su smatrali da bolest u potpunosti kontrolira njihov život što ih je blokiralo u angažiranju oko bolesti i činilo bespomoćnim. Tek kad su shvatili da na ishod većine situacije proizašlih iz bolesti utječe i njihovo ponašanje osjetili su se ohrabreno da nauče što više kako si pomoći, počnu isto provoditi, te konačno počnu funkcionirati kao osobe. Kontrolom nad vlastitom bolešću bolesnici su imali osjećaj da su ipak zadržali dio kontrole i nad svojim životom.

“A onda malo po malo, kako sam pomalo dobivao snagu i vježbao uvidio sam da puno toga ovisi o meni, da ja mogu kontrolirati stvari u većem obimu!“ (M2)

“Kad shvatite da možete nekaj držati u svojim rukama e... onda sam ja sad gazda... Ziheraš….” (M3)

„… A sad isto nisam onaj stari, ali znam si pomoć! Prepoznam bol u prsima i odem po Tinidil, to stavim pod jezik i bolje se osjećam, više ne boli! I kontroliram to. Lakše je kad znaš što je i kako si pomoć!“ (M10)

„Jesam, prihvatio sam svoju bolest... pa, vjerojatno je to sve iza... iza te Magdalene, znači, iza tog petog mjeseca. Tada se sve okrenulo. Kad sam ja vidio da ja mogu kontrolirati to sve skupa i da puno ovisi i o meni, i tada je to sve skupa i krenulo nešto kvalitetnije, ne? Od kada sam ja vidio da ja to mogu. To me... Onda me to... od Magdalene još jedno sigurno godinu dana! Sigurno godinu dana i Vi vidite da ...da ... ovaj... se možete nositi sa tom bolešću, što je mene ohrabrilo strašno. Znači, to je definitvno sam ja mogao kontrolirati to nešto, a s druge strane, kad vidite da vi možete iz dana u dan napredovati, znači, to je ono... danas sam napravio dva kilometra, sutra tri, prekosutra pet, za mjesec dana ja sam napravio 10-15 kilometara žestokog hoda... doći doma i kao da se nisam maknuo. Nikakvo mi opterećenje to nije predstavljalo!“(M3)

b. Koncept: Karakteristike „nove normale“

Koncept nove stvarnosti - „nove normale“, sukladno iskustvu bolesnika, obilježen je početnom brigom bolesnika što ne funkcioniraju na način na koji su funkcionirali prije IM. Međutim, kako je vrijeme prolazilo svjesno su prihvatili nov način života. U novoj

stvarnosti IM pojavljaje se kao partner, koji ako ga se poštuje daje mjesta i za bolesnika, te je karakteristična izmjena prvog ili drugog plana između bolesnika i bolesti.

i. **Kategorija „nova stvarnost“** opisuje iskustvo bolesnika da je po IM za njih nastupila nova stvarnost: oni su drugačiji, njihovo tijelo je drugačije, moraju živjeti novim stilom življenja. Bolesnike je u početku jako brinulo što nisu mogli funkcionirati kao prije IM. To ih je silno razočaralo i bacalo u očaj. Po postupnom oporavku, s vremenom, uvidjeli su da mogu obavljati dio aktivnosti kao prije bolesti, ali da taj život više nikad neće biti isti, te su postali svjesni da sada žive u „novoj stvarnosti“. To je nova stvarnost koju im je donijela bolest, stvarnost koju moraju prihvatiti i prilagoditi joj se.

„Pa frustrira me, jasno da me frustrira!...Ha čujte jedno vrijeme nisam mogao spavati, bacalo me u očaj. Mislio sam pa kako ću ja sad ovako na pola nastaviti živjeti. Bilo je grdo... A onda malo po malo, kako sam pomalo dobivao snagu i vježbao uvidio sam da puno toga ovisi o meni, da ja mogu kontrolirati stvari u većem obimu i zato sam bio uporan u hodanju i promjenama...“(M2)

„Mene je to pogodilo, izaći tu van na balkon i vidjet tu dole ljude kako, ne znam, potrče do auta ili kako pričaju o nekakvim, nevažnim stvarima... za mene je to bilo nevjerojatno! Znači za mene je to bilo nešto što ja nikada neću moći! I to me je... to me je uništavalo! Pogotovo što sam ja pokušavao nešto od svojih aktivnosti činiti,... ja pokušavam nešto i vidim da mi to.. da sam nemoćan, da ja stvarno to ne mogu! To me je uništavalo!“(M3)

„A čujte, prihvatit bolest, to je vjerojatno individualno, individualno, ali mislim da je najvažnije raščistit dakle na onom nekakvom nivou ... spoznajnom, dakle razumom da razlučiš neke stvari. Uzet u obzir situaciju bolest i situaciju svoju, koja je dakle sada nova, i prihvatit to jednostavno.. ovoga... nekako ..dakle, po meni je najviše razumski pristupit tome. I veliki optimizam! Dakle emocija, optimistična, pozitivan stav da se može pobijediti da se može s tim živjeti, a onda vezano uz to, znači da čovjek to razumski prevlada! To je jako, bar po meni, to mene zapravo i drži. Drži me ta jedna pozitivna stvar i jednostavno prihvatit to i tak... Ne se bojat, ne se preplašit. A ima onih koji ne izlaze iz kuće. To je grozno, to je smrt mislim...“(M14)

„Brzo, možda kojih 2 tjedna, čim sam mogla ustati iz kreveta i šetati, to vam dođe sam tako. Nekako mi je toliko vremena trebalo da posložim u svojoj glavi, da odlučim što ću,

koje ću stvari promijeniti, a koje ću, da tako kažem, prilagoditi, modificirati, da još uvijek mogu funkcionirati onako kako me zadovoljava.“(F5)

ii. Kategorija IM „kao plesni partner“, život s bolešću je ples, možda paso double, u kojem svaki plesni partner želi „nadmudriti“ onog drugog: To je iskustvo po kojem je bolesnik u svakom momentu svjestan svoje bolesti i uzima je u obzir (poznaje postupke kako si pomoći, uzima lijekove ukoliko će ostati dulje izvan kuće, pazi da u vlastite aktivnosti uvijek uračuna one koje su dozvoljene, a odbaci one koje nisu dozvoljene). Nema zaborava i bijega. Partner zahtjeva aktivan pristup, uvažavanje i poštenu igru, ali uz stalni oprez. Bolest je bolesniku ravnopravan partner pri odabiru aktivnosti.

„Pa ako ja forsiram, ne poštivam... normalno da bolest neće ići kako treba, da će otići u krivom smjeru, jer kad se radi o tome onda sam ja najbitniji! Ma životni partner (smijeh). Ako se slažemo dobro, ide dalje (smijeh) Tako je, da. Ako počnemo svađu da ja sad da ne pijem terapije, onda znam da će biti i tlaka i šećera i masnoće...A ako sve pratim e onda je dobro...“(M10)

„Meni je bolest kao partner! To znači da ju uzimem svaki puta u obzir. Uzimam ju u obzir, ali ne opet da strepim.“(M14)

„Prihvatiti bolest znači živjet u skladu s njom, al opet kažem donekle! Jer nisam tip koji će se slijepo pridržavati nekakvih zabrana. Ja sam vodenjak-slobodnjak, moj karakter je takav!“(F5)

„Prihvatiti bolest znači da sam se sa njom saživila, da je ona nešto dio mene s čime se ja mogu nosit. Evo to. Da sam znala kad sam pretjerala - da se moram zaustaviti, da moram uzet lijek, da moram paziti, da je to dio mene i da ja tako mogu živjeti.“(F8)

iii. Kategorija izmjena prvog i drugog plana između bolesnika i IM opisuje iskustvo bolesnika u kojem se izmjenjuju važnost i potreba bolesnika s njegovom bolešću. IM dolazi u prvi plan u trenutku kada treba uzeti lijekove, kada dođe do komplikacija, a bolesnik, funkcionirajući na normalan način, je najveći dio vremena u prvom planu.

„Pa treba se pomiriti sa sudbinom, ali joj se ne dati pod noge! Ne svega kaj doktori kažu se pridržavati jel idu u krajnost i stvarno nekad pretjeraju! Znate jednom bi mi rekli: Bilo bi dobro da si uzete 2 dcl vina, a drugi put kažu: Ma ni pomisliti! Nisu nekak dosljedni! Pa onda, recimo kažu ni pomisliti o seksu, jer cirkulacija i rad srca se poajačaju 6x! Al čujte vi sad mene, ljudske potrebe su jedno, a preporuke nisu uvek u skladu s onim kaj čovek oseća! Evo, godinu dana je meni uzastopno bilo ponavljano ni pomisliti na seks! Čak je bilio i špotancije:" Je, veli, vi ne slušate nas, zato se tak sporo i oporavljate! Pa, jel vi pijete mlijeko s puno masnoća" i tak... A ja Vam kažem: „Pa radi se o mom zdravlju!" Ja sam se trudil kaj god sam mogao. A što se seksa tiče sam probao, usprkos tim zabranama, za 3 meseca od infarkta, pokušal sam imati spolni odnos! Pa svojoj doktorici sam rekel, al onima u bolnici baš i nisam. Jer ona je bila jedina kaj me nije špotala, kaj me razumela jedino! I rekel sam joj da mi nije bilo uspješno, pa me tješila! Rekla je da bu ito s vremenom došlo, da sam još slab! I stvarno nije išlo dugo! Jedno godinu dana nakon infarkta. Velim vam, ništa ne ide ili započneš pa nikaj ne završiš, znate uspeš na početku započneti al ne dovršiš! Sam sebe frustriraš, a partnera još i više... A opet, sve to kad je sklad neki u familiji, sve nekak lakše ide! I sve je to važno! I sad opet, kažem, nije to to (naglašava) kak je bilo prije, ali mogu biti zadovoljan da ipak je! Sad je to sad nekak usklađeno i s potrebom žene, nema više onog njenog, boli glava ili umor. S te strane to je to! A ljudi se preopterećuju jer znaju da su bolesni, i ne rade nikaj. Pa hodaju kak ti bolesnici. Ja znam da to nije lako nać tu neku novu varijantu života, u toj bolesti, nije to lako, mislim da sam ju ja našao, al znate to je jako teško bilo naći i prihvatiti, jer ja sam 30 godina imao radno vreme praktički 20 sati, jer od ničega sam krenuo i radio sam puno! A sad živim jednim normalnim životom, svoj sam na svome, al nisam još sve napravil. I nadam se da ću moći."(M20)

„Da uvede aktivnosti i to onu aktivnost koja će njoj, njemu koristit, tu vrstu aktivnosti. Ne mislim na ono, fizički napor. Ja sam sve radila u kući sve, ali polagano sam radila. Ja sam se, ja sam se brzo ušaltavala i vraćala natrag, ali vidla sam do one mjere do koje sam mogla, kad sam vidla da je bol prisutna, da sam pretjerala, stala sam, nisam forsirala! Stala sam, odmorila sam se. Ali prihvatila sam tu moju bolest! Kočila me je, sigurno da me kočila, puno puta! Htjeli smo nekuda otići, pa se ja nisam dobro osjećala.. planinarila sam prije normalno, a sada više nisam mogla, jel. Onda sam prihvatila tako

dogovor. Moj muž je išao sa bratićem, oni su planinarili, a ja sam otišla sa žičarom. Evo tako, dosta me je kočilo.... Ali naučila sam, ali postupno…"(F5)

c. Koncept: IM je uobičajena obveza koja se odrađuje automatizmom

Iskustvo bolesnika upućuje da je prihvatiti IM u potpunosti i živjeti s njim postignuto, kada se na bolest ne misli kao na nešto posebno, kada se sve što se odnosi na bolest radi automatizmom, i kada je bolest još samo jedna uobičajena životna obveza koja ne iziskuje kognitivni i emocionalni napor.

i. **Kategorija IM kao još jedna životna obveza** opisuje doživljaj bolesnika da je, po prihvaćanju, njihov IM samo još jedna obveza u toj novoj stvarnosti: bez negativnog naboja, IM je sa svojim zakonitostima, uklopljen u svakodnevni život kao jedna od životnih obaveza. Mora se odraditi sve ono što bolest zahtjeva, a to se prihvaća bez previše razmišljanja.

„Pa, prihvatiti bolest značilo... bi to da čovjek prihvati njezina pravila koja ona ima... zakonitosti. Svaka bolest ima svoja pravila, zakonitosti. Ima određeni režim i određene zabrane. I režim života uskladiti prema tome, recimo. Da to ipak... mora se početi oko te bolesti... vrtiti, da je čovjek vrhunski u tome. Tako da...da....da ona postane stožer od značaja... i čovjek prema njoj... u stvari, ne gubi on ništa, ali samo mora biti svjestan nemoj ovo, nemoj ono... možeš ovo... tako da čovjek treba uskladiti neke stvari! Bolest je, recimo, značajan elemenat o kome treba razmisliti i po kojoj se treba uskladiti!"(M12)

"Kao da sam sebe naučila osluškivati u toj bolesti. Jednostavno sam se... naučila samu sebe kontrolirati."(F2)

„Prihvatiti bolest znači da sam se sa njom saživila, da je ona nešto dio mene s čime se ja mogu nosit. Evo to. Da sam znala kad sam pretjerala - da se moram zaustaviti, da moram uzet lijek, da moram paziti, da je to dio mene i da ja tako mogu živjeti."(F8)

ii. **Kategorija IM kao automatizam („Odrađuje se automatski, bez**

razmišljanja“) opisuje iskustvo bolesnika za koje je tipično da je prihvaćanje bolesti nastupilo onda kada su preporuke bolesti počeli provoditi automatizmom, ne misleći na bolest. Bolest je postala navika, dio njihova života.

„… ja sam sada, uopće nisam opterećen više s tim infarktom i opće se s time više ne zamaram i ne mislim previše o tome… Evo, takve stvari, ne, više uopće me ne brine nego...živim s njom. Nemam više s time nikakvih problema.“ (M3)

„Ona je tu, ali me ne uzrujava, jel?“(M6)

„…prihvaćanje za mene znači da nema pobune...“(F10)

„Evo kaj za mene to znači: Ja imam kaj imam, pomoći se tu više ne može! Ja sam se s tim pomirila!“(F11)

„Pa biti miran, znati da ju imaš al biti miran, bez straha.“(F13)

d. Koncept: Neprihvaćanje bolesti

Međutim analiza iskustva bolesnika pokazala je, da se manji dio bolesnika kontinuirano „borio“ s IM, on im je još uvijek nekakva imaginacija, a ne stvarnost s kojom bi se trebali nositi. U momentima kada su svjesni bolesti, ona im je teret koji ih opterećuje i zagorčava život. Koncept je utemeljen na dvjema kategorijama: neprihvaćanje uloge bolesnika i bolest kao teret koji trajno tišti i frustrira bolesnika.

i. **Neprihvaćanje uloge bolesnika** opisuje iskustvo dijela bolesnika koji su i dalje doživljavali IM samo kao promjenu u laboratorijskim nalazima, te imali doživljaj da su zdravi zbog nedostatka simptoma i mogućnosti funkcioniranja kao i prije otkrivanja IM.

„Pa, ne znam. Pa, traje to stalno. Mislim... Ne znam. Velim... privikavam se zbog toga... velim jer sam uvijek bio aktivan, a sad... teško se dosta priviknut .. Netko nikad ne prihvati, a netko se pomiri s time, ne znam, ja sam ovaj drugi.”(M1)

„I kad me pitate jesam li prihvatila svoju bolest...Ma nisam...nisam....Stalno se s njom borim. Jer, prvo, ima momenta kad mislim da.....nisam bolesna kažem si...“Ma kakva bolest!“ Onda, opet dublje počnem razmišljat i shvatim da ipak sam bolesna..i onda, kažem da ću umreti, pa sam opet u depresiji i mislim da je to kraj...i tako svaki

dan....Onda opet...da, i trudim se da, nekad sam na tu meditaciju išla, pa onda se trudim, mislim i sebi, sugeriram, kako da se s tim nosim i onda opet malo se ko primirim, eto dobim polet....I sve tako dok me opet ne probode nešto, nešto zaboli i onda gotovo... odmah me vrati natrag...u jednom trenu....“(F7)

„Makar vi o tome razmišljali malo ili puno, jedan dan manje, jedan dan više, ali činjenica je da svaki dan je tu! Vidljivo, osjetljivo...”(F12)

„Pa dugo sam bila onak dosta potrešena! Zapravo sam često i dan danas potrešena... Zapravo još nisam ju u potpunosti prihvatila. Još uvijek me drži neki strah. Tako se barem osjećam...“(F13)

ii. **Kategorija IM kao teret** opisuje iskustvo bolesnika kod kojih, bez obzira na tijek vremena, još uvijek dominira negativan emotivni naboj, osjećaj neuspjeha i frustriranosti vezano uz IM i življenje s njim.

„Jesam prihvatila. Zna da mi bude teško možda 10-15 dana... i sve mislim, kad ne mogu, posebno kad je teško vrijeme onda me često stisne oko srca... i onda poslije kažem, „Bože moj ja to moram, to ne može nitko umjesto mene, to je moje, to je moj križ i ja s time... živim!“(F11)

„Da si svjestan toga da je to tvoje i da se s tim moraš nositi! Da ti to neće uzet ni mama, ni tata ni muž! Da je to ono kaj ti moraš sam nositi!“ (F6)

Tema 3. „Nova normala“ – suživot – „što i kako mijenjati?“

Sukladno analizi podataka, život bolesnika se, po preboljelom IM, uvelike razlikovao od prijašnjeg. Nekoliko koncepata temeljenih na životnim promjenama mogu se izlučiti iz iskustva bolesnika. Jedan dio promjena usmjeren je liječenju i sprečavanju novog IM, kao što su promjene životnih navika. Druge promjene odnose se na same bolesnike koji su se uvjerili da život sa IM nije identičan onom prije IM, da nešto unutar sebe treba promijeniti i na taj način se prilagoditi novonastalom stanju. Treće su promjene koje su nastale u odnosu bolesnika i njegove okoline, bilo da ih je bolesnik poduzeo sam ili su prozišle iz okoline. I uvjeti življenja bolesnika oboljelog od IM su, prema iskustvima

bolesnika, doživjeli promjene (Prilozi: Tablica IIc: Kodna knjiga - Bolesnici od IM: Promjene uslijed IM).

a. Koncept: Promjene usmjerene na liječenje i/ili na sprečavanje novog IM

Iako je proizišao iz iskustva bolesnika ovaj koncept opisuje promjene koje su identične medicinskom poimanju promjena, a utemeljen je na klasičnoj teoriji o promjenama faktora rizika, odnosno stila življenja. Unutar koncepta može se uočiti nekoliko kategorija promjena. Na prvom mjestu radi se o prestanku pušenja, zatim o povećanju fizičke aktivnosti, potom o promjeni prehrambenih navika, te o promjeni pogleda na život na način da se umanji stres. Međutim, unutar koncepta promjena životnih navika, pojavljuju se i kategorije opsega i trajnosti ovih promjena, te emocija povezanih uz te promjene.

i. **Kategorija prestanka pušenja** sastavni je dio iskustva gotovo svih intervjuiranih bolesnika, a opisuje dva obrasca iskustva bolesnika prilikom prestanka pušenja. Prema jednoj, bolesnici su naglo prestali pušiti, odmah nakon što je postavljena dijagnoza IM (najčešće bolesnici kod kojih je bolest nastupila naglo, i imala karakteristike „borbe za život“). Prema drugoj, pušenje se smanjuje ili obustavlja tijekom perioda prihvaćanja, a tipično je za bolesnike kod kojih je postavljena tzv. „laboratorijska dijagnoza“ IM.

„… ja sam bio pušač 30 godina i tad više otkada mi se to desilo, od tad nisam više stavio cigaretu u usta, ali to je to.“(M5)

„Al ja znate prestala sam pušit, kad su mi rekli da prestanem pušiti, odkad sam izašla iz bolnice nisam niti jednu cigaretu do sada zapalila!“(F5)

„Pa dobro, prestao sam... prvo sam prestao pušiti. Prestao sam pušiti odmah!...drugi dan. Kad su mi rekli za bolest. Mada sam ja...puno dulje htio prestat, ne?. Al kad mi je došao ipak neki stimulans s tom bolesti. Onda sam se lako ostavio cigarete...Odmah sam prestao!“ (M1)

ii. Kategorija povećanje tjelesne aktivnosti sastavni je dio iskustva gotovo svih intervjuiranih bolesnika, bilo da se radi o običnim vježbama ili planiranoj i programiranoj fizičkoj aktivnosti.

„Pa ono dozirani fizički napori u smislu šetnju ujutro i navečer, neki veći fizički napor niti slučajno, a što više vježbi disanja. Pokretljivost udova, masaže.. Sve je to bilo OK, ja sam to tako i provodio. I u Opatiji sam bil jako zadovoljan i osoblju svaka čast. I ja sam sve to tak kak su mi rekli provodio. Bilo je stiskanja, al ja sam se trudio prodisao bih uzeo tabletu i nekak bi išlo dalje.“(M16)

„… svaki dan ja pješačim 2-3 kilometra u jednom pravcu, 2-3 nazad. Znači 5-6 kilometara pređem dnevno. S unucima... oni sjednu na biciklu, ja za njima... Ne trčim, al hodam i izdržim 15-ak, 20 minuta do sat možda hodanja....“(M8)

„I hodanje sam uvela, šećem svako veče sat i pol dva, a ako je ružno oko pol sata. Tako gde živim je divni kvart, navečer ljeti je hladno nema auta po Šestinama navečer.“(F6)

„Aktivan sam... intenzivno, da. Prve dane kad sam krenuo... sam osjećao bol u mišićima... nisam mogao dugo, niti puno. al polako... vježbanje i hodanje... i tak dalje da ... recimo, ja znam dnevno 15-20 kilometara prohodati! (ponosno).“(M9)

iii. Kategorija promjena prehrambenih navika sastavni je dio iskustva gotovo svih bolesnika koji su nastojali promijeniti prehrambene navike sukladno preporukama. Promjena ovih navika, sukladno rezultatima, najteže je ostvarena od bolesnika, te su se trudili, mučili, odustajali, i ponovno pokušavali.

„…možda bi trebao sad paziti malo više da ne jedem, ja na primjer baš toliko ne pazim...A zašto ne pazim?Pa to je nemarnost kao prvo! A drugo ... i financijski ne može se, na primjer, ne mogu si priuštiti.“(M7)

„Je! Znate šta mi se promijenilo? Način prehrane. Tu smo i ja i žena definitivno... makar nismo se mi loše hranili niti prije. Loše...nezdravo kažu...da... da. Ali sada definitivno ovaj... obraćamo pozornost na to. Znači, to se definitivno promijenilo...“ (M8)

„Pazila sam jako na ishranu, to je jako bitno! Da sam se ja zdebljala, da sam ja jela kolko sam ja željela, jer ja sam imala apetit, ja sam mogla jesti, da sam ja jela ko drugi, kolki apetit sam imala opet ne bi bila mobilna, opet bi sama sebi naškodila... pa sam pokušal malo prehranu korigirati...Pokušao, ma još uvijek tako jedem... iako dobro, nije

idealno, kako bi trebalo biti... stroga dijeta...Jel, recimo, ne bi smio... da... ne bi smio pohano meso jesti (smijeh)...a to jedem...“(M9)

iv. Sukladno analizi podataka **kategorija opseg promjena** ukazuje da je većina pušača prestala pušiti po IM, te da su promjene prehrambenih navika i povećanje tjelesne aktivnosti iskustvo većine bolesnika. Nadalje, opseg ovih promjena očitovao se mijenom. Naime, u početku su se bolesnici najčešće trudili pridržavati svega onoga što su liječnici savjetovali, ali veći dio bolesnika je, kad je vidio da se dobro osjeća, tijekom vremena, malo popustio u provođenju preporuka.

„Pa, do 11. mjeseca sam bio malo više... kako bi Vam rekao... discipliniran, više sam se pridržavao, kad mi je uradio ponovnu koronaro... ovaj pregled šta sam išao ponovno, kad mi je rekao da je sad sve u radu... malo onda... sam malo ovaj...popustio u disciplini. ... opet sam vratio svu kilažu i možda čak i dobio koju kilu više. A to je možda i zbog cigareta... ne pušim.Da. al...sam popustio... a šta ja znam... da mi je samo koju kilu skinuti možda bi bilo bolje, ali... ne ide.“(M9)

„Iz početka jesam jako na prehranu pazil. A nakon 6, 7 mjeseci kad sam se došel iz Magdalene, oporavil se, e ja sam nastavil ko da niš nije bilo! I to me koštalo nakon 4 godine da sam ponovo završil u bolnici“. (M13)

„… moram priznati, papice se nisam odrekla nakon infarkta, moram reći...Pa ne znam (oprezno polako) da li su to korijeni iz djetinjstva,… Tata je samo radio kad smo bili mali i zaista nismo obilato živjeli, često puta nismo imali, mislim imali smo kruha, ali nismo imali drugih stvari, jel. I onda kad sam se ja udala, imaš svoj novac - radiš, muž radi i bili smo, dobrostojeći, tako da sam ja uvijek imala goste, tako da sam ja uvijek bila zadužena u kuhinji, vječito nakuhavala, i to me je veselilo (smijeh)... znate netko jede da bi utažio glad, znate, netko kuha iz ljubavi, pa i jede isto iz ljubavi, eto, ja sam taj drugi tip“. (F5)

v. Sukladno iskustvu bolesnika **kategorija trajnost promjene navika** pokazala se važnom u kategoriji promjene životnih navika, osobito prehrambenih. Jedan period bi bolesnici uspijevali provoditi preporučene mjere, zatim bi odustali, prejedali se, uz osjećaj grižnje savjeti i ponovno pokušavali. Vrijeme je pokazalo osobine cirkularnosti,

trudili su se, mučili, odustajali, i ponovno pokušavali. Veći dio bolesnika i dan danas se bori, te unatoč činjenici da su upućeni u preporuke, s vremena na vrijeme pogriješe, te se potom nastoje vratiti preporučenom.

„... pa sam pokušal malo prehranu korigirati...Pokušao, ma još uvijek tako jedem... iako dobro, nije idealno, kako bi trebalo biti... stroga dijeta...Jel, recimo, ne bi smio... da... ne bi smio pohano meso jesti (smijeh)...a to jedem. Onda... Ja popijem i Nesscafe koji ne bi trebao. To mi je, ajde, nadomjestak za kavu. I to svako jutro, da.... Povrća sam i od prije jeo. Ja sam si volio... dosta šnicleka, meseka i tak dalje...masnoga. Sada više ne...Recimo, volio sam si hamburger pojesti, ili špekeca... Sada više ne (tužno)...“(M9)

„Pa čujte... moji su pokazali brižnost...nije samo briga, nego sam odmah došao kući... kod kuće je sve bilo normalno i oni... briga je bila u tome... ajde, recimo... promijeniti prehranu, znate ovo...Supruga je preuzela što ide, što ne ide...i to ide... jedno određeno vrijeme, onda se to čovjek vrati... stvara kolotečinu. Onda se opet sjeti da ipak bi trebalo...Ma... sad se povremeno... kako se ono kaže... ne pridržavam. Nastojim to da bude, recimo... tog povrća, da bude, recimo, puretina... recimo... da bude ta prehrana koja nema masnoće...“(M11)

vi. **Kategorija negativne emocije bolesnika** sukladno iskustvu bolesnika opisuje pojavu negativnih emocija u većine bolesnika uslijed promjena životnih navika (oštećenost i neugoda zbog odricanja od dotadašnjih navika, neugoda zbog neuspjeha istog, potom frustrirano, jadno, strašno osjećanje zbog borbe s glađu, odricanja ili uzimanja dijetne ishrane koja im nije bila ukusna, niti količinski dovoljna. Dio bolesnika osjećali su se drugačijim od okoline, kao da sami ne upravljaju svojim životom). Ipak, u slučajevima uspjeha, bolesnike su ispunjavale i pozitivne emocije (ponos i zadovoljstvo).

„Promijenio sam i prehranu – nažalost il nasreću, znate ja imam sušaru i sušio sam...fine stvari....više to ne radim... Pa onda, najviše na svijetu sam volio pomfrit!...Znam da je to bizarno al tak je... I sve sam to loše izbacio, a povećao količinu voća i povrća!“(M2)

„... morala sam ograničiti hodanje, prestala sam s pečenjem kolača, prestala sam pušiti. Znači već sam sebe nekako oštetila. To bi bilo to.“ (F5)

„Ja danas najnormalnije živim kao i prije, samo kvalitetnije i ljepše... pametnije i zdravije... kako hod hoćete?“ (M3)

b. Koncept: Promjena bolesnikovih osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije

Sukladno rezultatima analize intervjua ovaj koncept utemeljen je na iskustvu bolesnika o potrebi reevaluacije i mijenjanja osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije. Iskustvo većine bolesnika sa IM jest u promjeni životnih vrijednosti, ciljeva i prioriteta uslijed IM, te su se izlučile slijedeće kategorije: zdravlje kao osnovna životna vrijednost, odricanje od užitaka, povećana svjesnost o odgovornosti za vlastito zdravlje, smanjenje težnje na materijalnom, zamjena životnih ciljeva i vrijednosti, te kategorija očuvanja unutarnjeg mira i izbjegavanja stresa.

i. Kategorija opseg mijenjanja životnih vrijednosti, ciljeva i prioriteta,

opisuje iskustvo većine bolesnika koji su mijenjali životne vrijednosti, ciljeve i prioritete uslijed IM. Naime, bolesnici su smatrali da je IM takva bolest zbog koje je bilo potrebno mijenjati vrijednosti, ciljeve i prioritete jer je burno ušao u život većine bolesnika kojima je, nakon vrlo neugodne i bolne borbe za život, ostalo gorko iskustvo koje nisu više željeli doživjeti, te su naprosto odlučili mijenjati ono što mogu. Nadalje, dio bolesnika je osjećao simptome zbog kojih objektivno nisu niti mogli provesti neke od dotadašnjih ciljeva i prioriteta.

„Malo sam neku vikendicu digao dole do terase, a sad...Planirao sam da ću...jasno..A sad mi je taj IM to onemogućio.... “ (M1)

„Ja sam sve nešto do tada radio, ali ovaj put sam pustio ženi da sama odluči i učini. Naučio sam dijeliti odgovornost... „Daj ti to riješi! Kako god riješiš biti će dobro!“ A prije... prije ne... ono...grlom u jagode, moram ja to napraviti jer ja ... ono što ja napravim to je najbolje, i kad sam to...! I sada se jednostavno bolje osjećam...“(M4)

„A kad je infarkt došao, normalno bilo je drugačije, ležao sam u bolnici, bilo je prva dva dana biti ili ne biti. Više te zdrma, ostavi više traga na memoriji! A sad se to smirilo, stabiliziralo, i čisto sam dobro! Ja se ne osjećam niti sada bolesnim uz taj infarkt, ali ono

što je različito je ... da sada vodim računa, mislim... da ne bi se opet doveo u to stanje ponovno! To je razlika. I normalno da je sve odmah bolje, i šećer i srce!"(M6)

„Nisam. Prije toga sam sve riješio.. djeca rade, školovala se.... napravio kuću, sredio... i ništa od ciljeva i nemam... šta ću...Nisam ništa planirao više."(M11)

„Vikendicu na moru, nisam završil. To je ostalo tak ali to je.... Nisam više mogel uz ovu bolest dovršiti to, al sad .. al ćemo svejedno probati. Znate...Malo sam odgodil, ali budemo nešto učinili da to dovršimo!...tak da kad bude malo bolje plan mi je iti dole i sagraditi kat gore i... to je to " (M15)

„Pa nisam ja morala svoje ciljeve niti prioritete mijenjati zbog IM. Znate ja sam do tada svoje ciljeve već ostvarila." (F11)

ii. **Kategorija zdravlje kao osnovna životna vrijednost** opisuje promjenu vrijednosti i prioriteta uslijed nove okolnosti – dijagnoze IM. Naime, u većeg broja bolesnika, većinom u onih sa simptomima bolesti, zdravlje i dobra kontrola bolesti došlo je u prvi plan i postalo jedna od osnovnih životnih vrijednosti i primarni prioritet, te je postalo početna točka njihovih aktivnosti.

„...Nego je zdravlje najvažnije, da. Znači, okrenuli smo se baš više zdravlju, i ona i ja. To je definitivno, definitivno.... ja mislim da...."(M3)

„... što ne mogu, ne mogu nisam ni ljut...znate, zbog zdravlja sam sad spreman sve napravit..."(M5)

„Mislim... u toj dobi životni ciljevi su... ostati zdrav i ne biti nikome na teret. To su mi životni ciljevi"(M9)

iii. **Kategorija odricanje od užitaka**, opisuje važnu i za bolesnike tešku komponentu iskustva življenja sa IM, a sastoji se u odricanju uživanja u životnim navikama koje su im dotada predstavljale iznimnu životnu važnost. Tako je dijelu bolesnika posebno teško pala promjena kvalitete i kvantitete prehrambenih navika (odricanje od slatkiša i kolača, teže prehrane), dijelu odricanje od pušenja, odnosno promjene u fizičkoj aktivnosti.

„Promijenio sam i prehranu – nažalost il nasreću, znate ja imam sušaru i sušio sam...fine stvari....više to ne radim... Pa onda, najviše na svijetu sam volio pomfrit!...Znam da je to bizarno al tak je...“(M2)

„Ja sam si volio... dosta šnicleka, meseka i tak dalje...masnoga. Sada više ne...Recimo, volio sam si hamburger pojesti, ili špekeca... Sada više ne (tužno)..“(M9)

„... morala sam smanjiti hodanje, prestala sam s pečenjem kolača, prestala sam pušiti. Znači već sam sebe nekako oštetila. To bi bilo to.“ (F5)

iv. **Kategorija povećana svjesnost o odgovornosti za vlastito zdravlje** opisuje povećanu svjesnost bolesnika sa IM, o odgovornosti za vlastito zdravlje. Naime, bolesnikova svjesnost težine IM, kao i interventnog postupka koji su prošli ili im je predstojio dala im je odgovornost da daju svoj maksimum u očuvanju vlastita zdravlja, posebno mijenjanju loših navika.

„Ta bolest... svjestan sam da ne smijem. Mogu si samo zlo napraviti. Mogu još jedamput to zlo doživeti ili pak...I ovak ovo nije garancija da neće... Jasno, i pogotovo ako uzmem... jasno...angina pectoris... to je rizičan bolesnik, ne? Ja sutra mogu doživjeti novi infarkt... s obzirom da kažem da sam i u familiji imao više srčanih bolesnika... Znači sama bolest, i još možda spoznaja, da sam još možda rizičniji nego ostali za srčanu bolest, me navela na promjenu...Da.“(M9)

„Kako sam rekao... zašto sam išao na operaciju, kad bi sad opet počeo pušiti?!.. Šta ja znam...pušiti, jesti masne stvari i to... ne piti tablete i to... a, zbog čega sam išao na operaciju onda? Da zbog toga mučim i sebe i cijelu familiju i sve da mučim... Eto... tako da...me to držalo i drži da ne posustanem! Da..normalno.“ (M10)

v. **Kategorija smanjenje težnje na materijalnom** opisuje iskustvo većeg dijela bolesnika sa IM, koji su, na „vagi“ na kojoj je na jednoj strani bilo stjecanje materijalnih dobara, a na drugoj kvalitetniji, zdraviji, ispunjeniji život, birali ovaj drugi, za njih „pametniji, ljepši“ način života.

„Pa više nam nije važno ono materijalno, toliko..... nego zdravlje mi je važnije...Ja danas najnormalnije živim kao i prije, samo kvalitetnije i ljepše... pametnije i zdravije...“(M3)

„I onda sam, ovaj, na taj materijalizam prestao gledat ... nisam sad baš ja nešto nešto specijalno bio materijalistički nastrojen, al više nije sad materijalizam toliko bitan, reko bi... materijalizam dolazi i prolazi, kao i sve, ali nije toliko materijalizam preteča u životu... jednostavno, počeo sam biti zadovoljan onim što imam i koliko imam..“(M4)
« .. Nekad si misliš, pa kak nemaš u životu … a onda s druge strane si razmišljam pa kaj mi treba. Na tri kreveta nemreš spavati u dva auta se nemreš voziti.“(M13)

vi. **Kategorija zamjena životnih ciljeva i vrijednosti** opisuje iskustvo dijela bolesnika koje se očituje u zamjeni dijela dotadašnjih životnih ciljeva i vrijednosti, sada nedostupnih uslijed IM (npr. važnost zadržavanja radne sposobnosti i privređivanja), onima koji su im uz IM postali prihvatljivi i dostupni (npr. viđenje lijepog u mirovini, čuvanje unuka). U početku im je bilo teško, no postupno su to prevladali i pronašli užitak i smisao u novom životu. Tako je u dijela bolesnika s IM obitelj posebno dobila na važnosti jer je bolest potaknula razmišljanje o prolaznosti života i stvarnim vrijednostima koje posjedujemo, a često previdimo zbog svakodnevnice. Bolesnici su željeli provoditi više kvalitetnog vremena s obitelji, zbližiti se (odmarati, razgovarati).
„… iako više ne radim ono što sam prije volio,.. kao... štihanje pa te stvari po vrtu oko cvijeća, ili recimo fizičarenje na vikendici, našo sam zapravo drugo veselje... s unucima... Našo sam svoju zanimaciju. Znate dvije su cure i... dvije curice su ko...med... i to me zaokupi! Nisam više nesretan ni zbog toga što ne vozim autobus...Mislim da je tako sada najbolje i s time sam se pomirio! Živce sam si sačuvao... Živce sam sačuvao. Kao da mi je ta bolest otvorila oči u nekom smislu... Jer u jednom smislu ja kažem i bolje šta me je opalilo da sada ne vozim nego...“(M8)
„Dapače, uzela sam od susjede čuvati sina i taj mali bi... ma, nevjerojatno, ovaj... koju ja imam... kroz njega nekakvu energiju i snagu dobivam i on meni pruža to što sam ja izgubila…. i sad je on meni tolika zabava i razonoda. Mogu reći da mi je prekrasno. Eto, to je moja filozofija...“(F4)
„Pa nisam, meni je ono što mi je sad važno za život to je moj rad kod kuće oko cveća, po kući i kuhanje, čuvanje unuka, a toga se nisam odrekla iako su mi rekli da smanjim ja nisam htjela smanjiti...“(F10)

vii. Kategoriju održanja unutarnjeg mira i izbjegavanja stresa - budući da su rezultati analize podataka pokazali da je, prema iskustvu bolesnika, jedan od uzroka IM i stres, bolesnici su nastojali održati unutarnji mir i izbjegavati stres. Tako se se svjesno trudili manje uzrujavati nego prije IM, kao i smanjiti intenzitet emotivne reakcije u situaciji kad stvari ne krenu onim tijekom kojim su zamislili. Nastojali su ne upuštati se u rizike i usporiti životni tempo. Pokušali su krenuti od sebe i svojih interesa, a osobe oko sebe staviti na drugo mjesto, te dijeliti težinu odluke s drugim članovima obitelji.

„Trudim se da se ne sekiram sada kao što sam se prije sekiravao.“(M8)

„Prije toga sam inzistiral na redu! I smetalo me ak nije bilo to tak posloženo. A onda sam, posle, nakon svega, tog razgovora s psihologom, skužil, da u biti, ma kaj to znači da mora biti baš tak složeno ko apoteka!? Jednostavno sam se moral prisilit, jer sam videl, kaj mi to znači u životu. Ništ! Zakaj baš ovo mora biti ovak?“(M13)

„Pa, bila sam previše labilna osoba... a i sve sam gledala... svima da mora biti... onako kako im odgovora, a meni šta bude i kako mi bude... E počela sam paziti malo više nas sebe... ali ... teško je bilo i mislim da ne bi ja to da nije ovo došlo. Sve dok se nije dogodio taj infarkt, sad stvarno sad više ne mogu. Sada sam naučila... sada znadem reći da ne mogu. Sada znadem reći da napravi svatko sebi kako može.“(F3)

„Da, pa i ja sam promijenila, prvo sam promijenila ...način, kako bih rekla, ne način života, nego neke svoje aktivnosti sam promijenila. Pa, recimo neke stvari zbog kojih sam se prije kak bi rekla, valjda uzrujavala, koje su me smetale, sam shvatila da to uopće nije važno, nije bitno. Ako, ne znam, veš nije speglan ili neke takve sitnice jel, ako nije nešto... skuhan ručak za sutra, pa šta sad, nitko neće umrijet od gladi! Znači, taj svoj odnos prema stvarima sam promijenila....“(F9)

c. Koncept: Promjene unutar okruženja u kojem bolesnik živi i radi

Rezultati analize intervjua ukazuju da su, kao posljedica IM, nastupile i promjene unutar okružja u kojem bolesnik živi i radi. Mogu se izlučiti nekoliko kategorija promjena, u odnosu na: obitelj, prijatelje i radno okružje.

i. Kategorija „bolest kao obiteljski fenomen“ (okretanje tradicionalnim

vrijednostima – obitelji) opisuje promjene koje su se, uslijed bolesti, dogodile u obitelji svih intervjuiranih bolesnika, rjeđe kratkotrajnog, a najčešće dugoročnog karaktera. Sadržaj promjena u obitelji može se sažeti na pružanje podrške i poštedu bolesnika u početku, preko poštede i doživljaja bolesnika kao „slabijih“ osoba, do pojačane kohezije u onim obiteljima kod kojih je i od prije postojala povezanost ili slabljenja i raspada u obiteljima gdje je povezanost bila slabija. I sami bolesnici imali su neriješene probleme prema obitelji, najčešće neispunjene uloge supružnika, roditelja ili hranitelja obitelji uslijed IM, pa je i to iskustvo otežalo življenje sa IM.

„Pa ja i moja žena zajedno smo provodili promjene nakon infarkta. Bez nje bi to puno teže išlo. Mjesto moje žene je u samom središtu provođenja terapije.“ (M2)

„Pa, i u podršci a i u... šta ja znam... u početku... nisu mi dali da... pogotovo sin… da sjedim, da gledam, a kamoli... ... da šta uzmem... da radim nešto. A sada je malo drukčije. Evo, nakon dvije godine, nešto i uradim... oko auta malo... očistim ...veseli me...“(M8)

„Šta ja znam... obitelj... možda više sad, kao... gledaju prema meni nekako drugačije... onako kao bolesnog, a ne kao zdravoga, ali... nekad.... nekad mi zna ono ... malo smetati kad mi nešto, ovako reče... da ne smijem...Ono. Da me gledaju kao kap vode na dlanu... Ne volim, to ne volim! Jer odgovaralo bi mi da me gledaju kao normalnu... zdravu osobu...ne odgovara mi da me gledaju kao bolesnika!.“(M10)

„Pa s početka su bili normalno više uz mene. Al smo se znali posvađat... i žena je bila ljuta, ona je sirota bila preopterećena... Pretežno sam uvijek ja bil kriv! Nervozan, pazite! Morate bit doma. Drugi hodaju, rade. Ovakvo vrijeme, ti ne smeš! Dođeš doma iz bolnice, ne smeš nikud. Pa i kao muškarac... u krevetu više nisi onakav kakv si bil... A oćeš si pomoć, a vidiš da nemreš i onda normalno budeš ljut, svađaš se. I onda sam videl da nema druge i da je to to! I da se s njom može živet, al morat se s njom dogovorit kak!...Al sad kad vreme prolazi onda vidi da Vi ste OK. Zovu kćeri stalno i velim nekad ste mi dosadne, dobro mi je, pustite me na miru, imate svojih problema, vi radite, kad ne bude dobro, reko ja ću Vas zvati. Sad je to već rjeđe, sad je to već ušlo u kolotečinu, zovu, pitaju kak si, gdje si, tjedno dva put, tri put, ne znam tako da stalno smo u kontaktu telefonski.“(M13)

„Pa moj sin je postao dobar student! Što mene najviše izvlači i zbog čega je ta moja bolest u dobrom stanju! Kao da je ta moja bolest djelovala poticajno i na njega. A ja sam odmah dobro kad je on meni tak dobro!"(F6)

„Oni su od početka bili sa mnom, i njima je trebalo vremena da to sjedne iako su bili stalno uz mene i podrška i kak bih rekla, ono, uvijek i dan danas i tetošili. Uglavnom, bili su uvijek tu. Od početka su bili uz mene! Skroz. I suprug i djeca i mama i ne znam.. i brat i sestra."(F9)

ii. Unutar **kategorije promjene u funkcioniranju s prijateljima („Da prihvate da sam drugačiji, da mi u tome pomognu!")** mogu se izlučiti dvije vrste iskustva bolesnika od IM. Naime, manjina bolesnika nastavila je družiti se s prijateljima intenzitetom kao i prije bolesti, jer su time nastavljali život koji je IM u jednom momentu prekinuo, dok je u većine izraženo iskustvo povlačenja, do potpune odsutnosti druženja u nekih (zbog promjene životnih navika bolesnika i nerazumijevanja okoline za isto; slabije financijske situacije; stenokardija ili strepnje od njih koje su im ograničavale kretanje i vezale ih za kuću). Bolesnicima je druženje silno nedostajalo i utjecalo na njihov oporavak jer su se okretali često sebi i svojoj bolesti, te previše o tome mislili što ih je činilo žalosnim, prepunim strepnje, te usporavalo oporavak poslije IM. Bolesnici su isticali važnost prijatelja u pružanju podrške održavanjem vedre atmosfere, potom pripremom bolesniku prihvatljivih obroka, te ne forsiranju starih, za bolesnika neprihvatljivih stilova življenja.

„...Ma dobro, ja nisam nikada konzumirao alkohol u nekim velikim količinama, ali tu pivicu-dvije sam si znao popiti...da se opustim u toku dana, jel? Ili na primjer pio sam kavu. Dobro, ja sam puno kave pio. Sada ne smijem kavu piti. Razumijete, tako da sad to više nekako... nemaš ti volje ići u birtiju kad...da. Nemaš volju kad ne piješ kavu. Ne piješ pivu...Da, pa popiješ dva soka i onda si već...dosta mi bude. Normalno...."(M7)

„...Reko sam nikad više neću pušiti i nikad više... kraj mene svi puše... ali ja nikad. Doktor kaže meni na Rebru, Marinko ne bi trebao...to pasivno pušenje. I žena da ne bi trebala pušiti! Ma ne možeš ti sad... ne mogu ja bježati od naroda... jer moram otići u kafić... popiti kavu, moram nešto, ne mogu ja sad... ljudi puše. To sad... a kaže, koliko možeš skloni se. A dobro je... ajde. Nećeš bježat! Neću. Jednostavno neću, pa nek umrem!

Sad da ja moram bježat, ovi puše, a ja da moram bježat. Neću bježat. Ne mogu ja vama reći nemojte pušiti! Kako ću reći? I ja sad... ja sam došao u društvo i 3 puše, a ja da moram bježat! E neću bježat... nego ću tamo sjesti, pa nek umrem! Važnije mi je da imam svoj život...Ma normalno...Pa ako ću bježati onda nema života... Žena i dalje puši... i sad, da moram bježati od nje... i nisam nikad ni rekao... puši i šta.“(M11)

„Više sam se povukla, to mi je jako žao! Počela sam više telefonski se družiti. Prije je to nekako bilo normalno, gotovo obaveza, kad bi dolazio vikend, uvijek smo imali na umu treba vidjeti tko će nam doći, pripremiti nešto za goste, i tak! A sad je taj osjećaj izgubio se čisto! Vjerojatno da ima nešto i moja bolest jer više puta sam ja znala reći „Ne znam hoću ja moći sve to obavit da to bude ugodno druženje, znate!“ I tako sam malo po malo odustajala i ja sam. Zbog bolesti .“(F11)

„Pa na te promjene me ta bol potaknula. I znate šta, svi vole društvo naoko zdravih ljudi. Kažem naoko jer svi imaju nešto! A meni je ovo prejako da bih ja mogla to skrivati! I onda znate ono pa vas pitaju, a nije mi drago stalno o tome pričati. To mi nekako nije pasalo, jednostavno nisam željela da kažu da ja kvarim atmosferu!“ (F12)

iii. Kategorija promjene unutar bolesnikova radnog okružja opisuje iskustvo većine radno aktivnih bolesnika po IM koje se sastojalo u privremenoj ili trajnoj promjeni u radnom okružju na način da su: sami promijenili odnos prema obvezama i rokovima na poslu (manje uzrujavanje oko rokova poslovnih zadataka, usporenje tempa), te da su bili pošteđeni od kolega i poslodavaca (poslodavci poštedili od težih fizičkih poslova, preusmjerili na lakše poslove, u boljim uvjetima rada; kolege ih više pazile, sklone više pomagati i odnosile se prema njima s više poštovanja). Dio bolesnika opisalo je iskustvo odbacivanja i prisilnog umirovljenja.

„Tako da sam na taj način neke stvari si olakšala i zbog toga se šta ja znam više ne nerviram. I na poslu ako nešto ne stignem, ne stignem, pa šta, sutra ću to obavit, ne. Neće ni zbog toga svijet propast! Znači, taj svoj odnos prema stvarima sam promijenila....“(F9)

„Doduše, sad svi ti moji... ja sam u firmi 30 godina, u Igratu i to mi je... od prvog dana, moga radnoga, ta mi je firma... nisam je mijenjao, znači, ipak mi je dugo godina... i svi se

dugo poznamo i to, kad je bio... većinom su svi pazili na mene, tu nitko ne gleda da on mene uništi, već da mi dadne neki posao... išli su svi na ruku.“(M5).

„U našoj firmi vlada jedna kolegijalnost, gledamo da si izađeno ususret ako nekome šta treba pomoći ili ovaj ne može. Tako da čovjek osjeti jednu...sigurnost s te strane...Al, ne štedim se ja, ovaj...što se mene tiče, ja svoj referat obavim jako brzo i kvalitetno i na raspolaganju sam nekome pomoći i tako oni meni i... Dobro je. Ne dira me nitko, ono šta je naj... Dok si dobar nitko te neće dirati!“(M4)

d. Koncept: Promjena u životnim uvjetima bolesnika

Koncept opisuje iskustvo bolesnika s promjenama koje su nastupile po IM u njihovim dotadašnjim životnim uvjetima. Među promjenama bolesnikovih životnih uvjeta izlučile su se tri kategorije: umanjenje radne sposobnosti i dugotrajno bolovanje, umirovljenje i vrlo često povezano s tim, promjena u financijskoj situaciji bolesnika i njegove obitelji.

i. **Kategorija umanjenje radne sposobnosti i dugotrajno bolovanje** opisuje iskustvo većeg dijela bolesnika koje se sastojalo u dugotrajnom bolovanju (većina do godinu dana, neki i 2 godine), koja su im u početku bila neophodna da povrate snagu i kondiciju, te počnu funkcionirati u novoj situaciji. Međutim, s povećanjem duljine bolovanja bolesnici su se osjećali beskorisno, bilo im je dosadno, te ih je „psihički uništavalo“ i opterećivalo jer su to shvatili kao udaljavanje od stvarnog života.

„Onda radna sposobnost mi je minimum 50% pala.....što, niti s tim se ne mogu pomirit! To mi je strašno teško, što sam nemoćna! To mi je strašno teško. Ja...idem s usisivačem...ja cijeli dan usisavam, a nekad sam pol dana cijeli stan očistila od plafona do poda...i onda me sve to u depresiju baca!“(F7)

„A je, čujte promenilo se, promenilo se masu toga! Najveći je šok to kad vi jedanput iz jednog kruga ljudi izostanete..., Vi ste imali obaveze, svako jutro se dizat ranije, .. i uvijek ste u jednom zbivanju ljudi. Danas smo bili tu, pa smo bili na moru, kaj ja znam kud sve nismo. I sve ste vidli. E sad najedanput sve je to palo u vodu. To je ta velika promjena bila kaj vam ispočetka smeta, jednostavno osećate se jedno vreme ko da ste zapostavljeni!... “(M13)

„Ja sam na bolovanju godinu i šest mjeseci...to mi je promjena velika. Kak bi rekao to... više puta mi je stvarno i dosadno i ... nisam naučen ljenčarit. Normalno. A sad je to već...predugo...I financijski opterećuje... i puno više razmišljate... kad nemate šta raditi i o financijama i o svemu...Pa sam možda više opterećen. Psihički...sa bolešću-kako će se razvijati, budućnošću, hoću li ikad moći kao prije...“(M1)

ii. Kategorija umirovljenje bolesnika opisuje iskustvo nekih bolesnika koji su uslijed dugog bolovanja po IM otišli u prijevremenu, invalidsku mirovinu. Većini bolesnika to nije odgovaralo i radije bi da su mogli nastaviti s radom jer su se osjećali sposobnim za posao, ili barem neku varijantu posla, a ovako su se osjećali beskorisno. Neki su stoga povremeno obavljali neki manji honorarni posao što im je pružalo zadovoljstvo i osjećaj korisnosti.

„I kad mi je rekla u Tvrtkovoj da moram u mirovinu, pa ja sam rekao, ja ću se upisat ovdje kod Vas... pa kredita pun do guše... pa za koju mirovinu?Pa, di ću ja u mirovinu sa 53 godine, tada, koliko sam imao. U naponu snage! Važno mi je bilo da budem i dalje kao... otac, muškarac, jel? Da radim!“(M10)

„A ne. Što se tiče rada je gotovo! Da, ja ne smijem... gledajte, ja kad radim, onda na primjer, šta ja znam... znao sam, na primjer par puta... doma selimo nešto i ovako... onda idem pomoći... kakvi kreveti... prebacivao, vamo, tamo onda me poslije zna... tu me nekako... nešto peče. A baš teret da nosim to nikako ne ide!... Mene su ovi zato otjerali u penziju radi toga što nisam fizički više mogao...Odmah poslije operacije su me na komisuju poslali... na mirovinsku... i na mirovinskoj me poslali u penziju.“(M7)

iii. Kategorija egzistencijalna ugroženost i/ili promjena u financijskoj situaciji bolesnika i njegove obitelji, opisuje smanjenje prihoda u većine bolesnika zbog navedenih promjena u radnoj sposobnosti, kao i nemogućnosti obavljanja honorarnih poslova (uslijed smanjenja fizičke snage, te anginoznih simptoma), pa bolesnici nisu mogli niti financijski doprinositi kao prije pojave IM što je oštetilo ulogu osiguranja egzistencije bolesnika i njegove obitelji.

„Život je takav, okrutan je i ne može biti... Onda je bila jedna faza nakon par meseci, i sad zna doći. Neki dan mene žena pita „Kaj ti, jel ti dobro?“ Reko, ma dobro mi je,

zakaj? „Nekaj si mi sumoran!“ E reko „Ženo 52 godine imam, još malo. Gledam svoje vršnjake. Rade punom parom, idu, kreću se, a ja sam sad sušta suprotnost od njih!. A reko, vidim s druge strane, da bi nam trebalo novaca. Sad je sve skupo ali ...“(M13)

“Pa ja sad imam plaću 2.200kn, 2.300 kn, a s obzirom na 5.500kn koje sam imao prije neg sam dobil infarkt, to je jako velika razlika, a krediti su podignuti prije neg sam imal infarkt! Sad sam ja ispao na to, da mene moje dijete mora, od svoje sirote 2.500 kn, kaj dobi plaću mjesečnu, mora izdržavat! (srameći se, tiho) to je problem! Više je problem psihičke, nego fizičke naravi. Još bi nekak podnesel taj fizički problem, al ovaj psihički, da mene moje dijete sa 21 godinu mora izdržavat, e to je za mene stvarno problem! (naglašavajući svaku riječ). Sa tim svojim usranim, da kažem tak, primanjima kaj dobije, znate...tak” (M16)

„Pa... čujte kad dođe da nemate baš sredstva više, onda...se čovjek i razljuti i... ne znam...Pa dobro, to je...s vremenom dođe kad čovjek dođe u nekakvu depresiju znate i... Ma da... ili recimo... evo, više put si razmišljam kak bi to... mislim da budem...nešto napravio, još to dovršio tamo... onda čovjek dođe pa vidi da ne može (uzdah) nikako. Sve mora, sve kupit...“(M1)

„...Pa, i to je neka vrsta šoka..... neka vrsta šoka, kako bi rekao... radi, radi financijske situacije. Jer, ipak sam ja tamo, ne znam... imao plaću... 3...3 i pol tisuće 4, kako koji mjesec, zavisi koliko je bilo sati, a ovdje sam došao na 1100 kuna. I to od jednom. A još sam imao i kredite. Još imam i kredit...“(M7)

Tema 4. Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja s infarktom miokarda

Analizom iskustva bolesnika u fazi prihvaćanja bolesti izdvojena su četiri koncepta koji opisuju čimbenike koji su utjecali na proces prihvaćanja i življenja s IM. Koncepti su povezani s karakteristikama: samog bolesnika, njegove bolesti, proksimalnog (obitelj, prijatelji, zaposlenje, financijska sigurnost bolesnika i njegove obitelji) i distalnog (zdravstveni sustav, zajednica, kulturni milje, mediji) konteksta (Prilozi: Tablica Id: Kodna knjiga - Bolesnici od IM: Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja s IM).

a. Koncept: Čimbenici vezani uz bolesnika

Koncept opisuje ključnu ulogu bolesnika u procesu prihvaćanja bolesti. Koncept je utemeljen na iskustvu bolesnika koji se mogu grupirati u sedam kategorija: osobnost bolesnika (dominantno raspoloženje, razina samopouzdanja i upornosti), bolesnikova predodžba (doživljaj) IM, motiviranost i namjera bolesnika za provođenjem preporuka liječenja, osjećaj sposobnosti kontrole IM, dovršenost životnih uloga i planiranih životnih ciljeva.

i. **Kategorija osobnost bolesnika** opisuje važnost utjecaja bolesnikova dominantnog raspoloženja u procesu prihvaćanja bolesti, optimizma ili pesimizma. Optimizam, sklonost pozitivnom shvaćanju, gledanju svijeta uz očekivanje najboljeg mogućeg ishoda, je prema iskustvu bolesnika povezan s bržim i uspješnijim procesom prilagodbe, a pesimizam sa sporijim i neuspješnijim. Također je istaknut pozitivan utjecaj samopouzdanja, upornosti i odlučnosti na proces prihvaćanja bolesti, kao vrijednog „goriva“ koje ih je guralo da ostanu na pravom putu prihvaćanja bolesti.

„Jako je važno da čovjek ima vjere u sebe. Jer ja, kad sam bio u bolnici gore... prije oni... poslije, sa intenzivne kad sam gore prešao, mislim, ja sam se borio, ja sam sam to... nisam ja to nikome ni govorio... recimo, po ravnom sam išao samo na toalet... dok sam trebao otići, vikao sam da ne treba. Pa ja sam to pokušavao sam i napravio sam sam i onda sam išao na prvu stepenicu pa sam polako izašao da vidim... pa na dvije, pa na pola stubišta, pa sam ja sam sebe trenirao. Uporno...I vidio sam da je to korisno i dosta sam onda vremena provodio u bolnici sa tim prijateljima koji... jedan je bio isto na tom odijelu... i ležali smo skupa i gore smo zajedno ostali i ja sam većinom onda išao u njegovu sobu... kad sam god mogao.“(M5)

„Pošto sam već rekao da sam optimist, nisam baš nešto očajavao, kaj bi. Nisam...“(M1)

„Nakon prvih, a niti mjesec dana možda kad sam postao svjestan svega toga i malo to se tako informirao nisam ja dugo, nisam ja dugo bio ne znam u nekakvoj zabrinutosti, depresiji, vrlo brzo sam ja to ovoga preradio i opet.... Ja sam po prirodi optimističan i to me spašava.“(M14)

„… Važno je da čovjek bude odlučan i ima sposobnost da donese odluku da će prihvatiti bolest i preporuke koje ju prate. A onda sve ide svojim redom!“(F2)
„Ja velim da je najbitnije u stvari kad čovjek oboli, ako već doživi taj infarkt, biti uporan, uporan, uporan...Te vježbe, te hodanje, te planinarenje...“(F8)
„Ne, moram priznati da nisam imala problema...uvijek sam pozitivna... uvijek očekujem najbolje...sama sam sebe hrabrila cijelo to vrijeme.“ (F9)

ii. **Važnost bolesnikove predodžbe, doživljaja IM** očituje se u činjenici da je u slučaju posjedovanja adekvatne predodžbe („po IM se može živjeti normalno uz mijenjanje životnih navika“; „znam kako to izgleda, rođak mi je to prebolio“), bolesnici ne samo da su prepoznali simptome i time utjecali na brže otkrivanje bolesti, već je i proces prihvaćanja dijagnoze bio emotivno lakši (manja iznenađenost IM i strepnja od budućnosti) i kraći (nisu se pitali kakva je to bolest i da li su bolesni, već su IM brže spoznali i brže se s njim hvatali u koštac). Međutim, kada je predodžba bila neadekvatno utemeljena („po IM se ne može se živjeti normalno“, „većina ih umre po IM“) ili pak ako predodžbe nije uopće bilo, onda je suočavanje s dijagnozom bilo neadekvatnije (veća emotivna pogođenost IM, šok), a time i nošenje s bolešću.
„Ne, nije me puno iznenadilo... jer mi je to poznato u obitelji... zato što su mi u obitelji...srčani bolesnici... da su i stričevi i tata mi, od srca umrli. A rođak koji je mlađi od mene... stariji je 4 godine... on je u Americi bio poslije rata... i zakrčenje vena je imao... jer sam dobro rekao? Imao je na lijevoj nozi, i u roku od 2 i pol minuta mu je istekla krv, i umro je. On je, znači, 58. godište. Ovaj drugi rođak koji je sad u Njemačkoj, on je imao 3. infarkt u 8. mjesecu ove godine. On ima te gumice, kak se to sad zove, prstenove, pardon! On ima prstenove... sad je bio... izašao je iz bolnice...super se osjeća... male promjene... trči okolo... Znači, ja sam bio upoznat s time, samo sam se ... nadao da će to što kasnije da krene. Razumijete?“ (M4)
„Pa nisam to tak strašno doživjela, nije me brinulo. Jer znate moj ujak je imal 7 infarkata i njega je uvijek tak jako boljelo u prsima, pa sam si mislila da je to sigurno to.“(F11)
„… a prvi susjed mi je, recimo, kad je završio na hitnoj, njemu su učinili te bajpasove al je brzo umro i tako dalje... tako da sam ja bio... strašno me je to pogodilo! Dosta dugo...

jer ja nisam... dosta dugo nisam vjerovao da se iza toga može živjeti normalno! Međutim, malo me utješilo to kad sam čuo da nisam dobio oštećenje, recimo...“(M12)
„Pa najviše sam se bojala da ću otići i da neću vidjeti svoju djecu. Znači to je najviše bio strah od smrti. Je, upravo to, da. Jer sam znala da, i mama i tata su tako otišli, a ipak su tu djeca još bila manja nego danas. A i... evo, to je bilo...“(F1)

iii. Kategorija educiranost/informiranost bolesnika o IM, tijeku, posljedicama i provođenju preporuka opisuje neminovnost poznavanja bolesti općenito, uzroka, prezentacije (simptomi), tijeka i komplikacija. Istaknuta je potreba za poznavanjem bliske budućnosti (posebno ih je brinula sadašnjost, što mogu očekivati po IM i kako se s tim nositi), kao i poznavanjem postupaka samopomoći prilikom pojave simptoma (npr. stenokardije). Isticali su da se s povećanjem fonda znanja o navedenom proporcionalno umanjivala strepnja od života s nepoznatim (bolešću), te su se bolesnici osnaživali za život s bolešću (rastao osjećaj sigurnosti i mirnoće, adekvatnije su provodili preporuke, te povećavala njihova samostalnost). Smatrali su da su se naučili živjeti s bolešću. Nekim bolesnicima je davanje previše informacija o bolesti predstavljalo opterećenje, te je, posebno u početku, informacije potrebno davati postepeno, dozirano, prilagođeno bolesnikovoj potrebi (M7,M15). Unatoč potrebi da dobiju informacije o bolesti, bolesnici su isticali da je najupečatljivije znanje ono koje je proživljeno od njih samih, tijekom života s bolešću, najviše boli, ali i najviše se zapamti.
„Bio je jedan... jedan stariji doktor... na Rebru... On je tak svaki dan, znao svratiti kad je bio gore... on mi je rekao: „Sastavite si pitanja... kad se sjetiš nekog pitanja napiši na komad papira i kad bude 2 - 3 - 5 dana prošlo, dođi meni ako imaš kakvih pitanja... pa me pitaj, da ne zaboraviš, pa ćemo to proći, pitanje po pitanje.“ I ovaj... meni je to bilo onda... onda mi je to bilo malo onak, a poslije mi je ... kad sam bil doma, poslije sam to sve skupa zapravo shvatio koliko mi je važno, najvažnije bilo da saznam kaj mi je, kaj me čeka, šta kaj znači... Ali, kad sad razgovaramo, on je jedini koji je na taj način došao do mene, kao osoba i.... Eto, sad sam se sjetio a već sam bio zaboravio na tog čovjeka... ovaj... koji je rekao da to dođem kod njega ako imam kakvih neugoda! Ali na odjelu nitko nije ništa. Svi drugi ono:“A doma, doma ideš a? Dobro, dobro je... tlak super!“ Da, ma jasno! Tak da velim... mislim da to fali kod nas... te ... te ljudskosti, tog kontakta malo

više, doktor - pacijent razgovora. Jer da sam znao to sve bilo bi mi lakše, brže bi se krenuo menjati, ovak sam se bojal svakog probadanja. Sad je to gotovo! Sad sam ja tu di jesam. Ali... ali tih, recimo godinu i pol dana koliko je to sve skupa trajalo... ta agonija... Dok to nije sjelo na svoje mjesto, sigurno godinu i pol dana... itekako bi mi dobro došlo. Bilo kakav razgovor po tom pitanju! Bi."(M3)

„Ja volim sama tražiti i čitati! Zato sam si nabavila literaturu. Ja ne volim o tome nikome pričati, svako ima drugačije savjete, ja to ne volim! Ja se volim pridržavati jedne stvari. Ja imam svoj štos knjiga i ja si tamo pročitam, već ja to znam napamet, normalno! Ja imam svoje knjigice i ja se tog pridržavam. Ja sam to sve zbog infarkta kupila. Jer važno mi je da znam kaj se sa mnom i oko mene dešava! Tak ja i inače postupam u životu."(F6)

iv. **Kategorija motiviranost i namjera** za provođenjem preporuka liječenja bolesnika da prihvate IM i počnu provoditi preporuke bile su jedan od ključnih faktora procesa prihvaćanja, nošenja i življenja sa ove dvije bolesti. Neki bolesnici istaknuli su motiv i namjeru kao pokretače promjene odnosa prema bolesti iz pasivnog u aktivni.

"I to da i dalje trebam kao osoba postojati ... Razumijete, da...u stvari imam svoju ulogu i dalje u životu, u familiji, da ipak ja još trebam njima. Ne znam kak bi išlo da me ne trebaju..."(F1)

„Znate važno je oko sebe videt svoju djecu da vas gledaju, da trebaju vaše ruke i vašu pomoć! ma to je prekrasno! Prekrasno je kad osjećate da ste korisni! Kak moja susjeda veterinarka veli njen muž se ničeg ne pridržava, ima visok šećer, visok tlak, i ona mu kaže: "Znaš Zvonko ti nisi bolestan samo za sebe! Znaš kad otvoriš vrata pa te ova četiri oka gledaju, i oni su bolesni!" Jer ima četiri mala klinca, i kad ona to tak kaže to je tako dirljivo! Veli „Otvoriš vrata, a četiri oka te gledaju, šta će oni jesti i piti, a ti se nećeš držat reda! A kolko još treba da Jurica poraste!" Eto to vam je to! Ako ja potonem, onda potone i moj sin, odmah dođe i pita:"Mama jesi tužna, šta se desilo, jel ti kaj treba?" Čim ja u sobi zakašljem evo njega na vrata! Zato ja to neću niti pokazat!"(F6)

v. **Kategorija osjećaj sposobnost kontrole IM („Tko drži konce u rukama")**

utemeljena je na iskustvu bolesnika da je u periodu prihvaćanja daljnjeg nošenja s bolešću bilo važno tko „ima konce nad bolešću u svojim rukama“. Ukoliko se bolesnik doživljavao kao osoba odgovorna za držanje bolesti u rukama, onda je i proces prilagodbe bio brži i učinkovitiji. Bolesnici su većinom imali dominantno izraženu vjeru da sami mogu kontrolirati svoju bolest, a potom izraženu vjeru u važne druge (liječnik, obitelj).

„Od stentiranja sam ja profunkcionirao onako kako Bog zapovjeda! Da, jel onda sam ja vidio da ja sad stvarno mogu, znači, da sve ovisi o meni! Znači, koliko ću se kretati, koliko... šta ću jesti... čime ću se baviti, koliko ću se... ne znam... da masu toga ovisi o meni... Kad sam ja znao koliko ja stvari u životu držim u svojim rukama, onda sam ja bio doma, jer ja sam taj u životu koji uvjek mora imati nešto u rukama čvrsto! Nisam od onih kockara, koji se voli... koji se voli kockati. Ne, ja sam više ziheraški čovjek i kad ja nekaj držim u ruci onda sam ja tu doma, ne? A, u ovoj varijanti sve je bilo van moje kontrole i to me je razaralo, ne? Tu sam bio jadan ko pas!“(M3)

„…Da si svjestan toga da je to tvoje i da se s tim moraš nositi! Da ti to neće uzet ni mama, ni tata, ni muž! Da je to ono kaj ti moraš sam nositi, a oni ti mogu pomoći jedino tako da ti operu suđe ili posaugaju, ili odu po lijekove. A tak i kad gledamo redoslijed važnosti, tko je najvažniji za kontrolu moje bolesti. Pa ja mislim da sam ja skoro100% važna.“(F6)

vi. **Kategorija dovršenost životnih uloga** utemeljena je na iskustvu bolesnika o negativnom utjecaju na proces prihvaćanja kod onih bolesnika čije su važne životne uloge još bile u tijeku i nedovršene (uloga roditelj, supružnik, hranitelj obitelji). U prvom planu bila je njihova uloga i njezino ispunjavanje, na uštrb prihvaćanja i regulacije IM. Nasuprot tome, bolesnici koji su „odradili“ svoje životne uloge (djeca odrasla i zaposlena), mirnije i potpunije su se mogli posvetiti bolesti jer je jedan dio životnih uloga i obaveza bio iza njih.

„Jesam, radi osjećaja svoje sputanosti sada sam reducirani oslonac u obitelji. Znam da više ne mogu kao prije, a to mi je kao muškarcu važno. Uloga oca, a i muža svojoj ženi više nije onakva kao prije. Na skali od 0 do 10 ja bih rekao 7. A znate meni je jako važno da budem oslonac. Otac mora sve moći napraviti. A ja više ne mrem biti tata svojoj kćeri

koji sve može... i istog trena. A ženi, pa prvo sam se bojao kako ću uopće neke aktivnosti kao muža moći raditi, na primjer ... kako da kažem... prvo seksualne aktivnosti .... znate mislio sam da neću nikad moći kao prije, ali onda sam razgovarao sa stručnjakom doktorom i on je rekao da sam neko vrijeme pričekam i da će bit OK. Al ja i dan danas kad to radimo nekako strepim da se ne dogodi taj infarkt... I nije to onda kao prije, a znate ... nama je muškarcima to važno...I nije to onda tako kvalitetno, kako da kažem ... ne uspije uvijek, a prije nikad nisam imao poteškoća...I više ne mogu toliko fizički stvari napraviti kao prije, uvijek u jednom dijelu drhtim. Tako da žena mora puno veći dio posla preuzeti... a ja sam gentleman i ne volim da žena radi takve stvari... Od nošenja kofera naprimjer, ili košenja trave...“(M2)

„I velim onda bila je briga, žena je sad sama doma. A tu su i djeca i njima je šok to. I tak. Jedna mi je cura bila na studiju, to isto treba calati... I onda Vam te sve misli odu kroz glavu i onda Vas to pogađa.“(M13)

„Ja sam se još i lakše s tim suočil, na misli mi je odmah došlo, djeca su situirana...Tak da lakše, lakše mi je bilo prihvatit zbog toga! Mogo sam se pridržavati! Da, djeca su radila, jedan i drugi je radil, kruh je mislim imal, .. važan faktor bio, ja barem gledam tak. Sasvim bi drukča situacija bila da se to ranije dogodilo!“(M15)

vii. **Kategorija dovršenost planiranih životnih ciljeva** utemeljena je na iskustvu bolesnika o negativnom utjecaju na proces prihvaćanja i nošenja s bolešću, kod onih bolesnika koji su osjećali da nisu dovršili neki od planiranih životnih ciljeva. Neki bolesnici stavili su bolest u drugi plan i posvetili se dovršenju ciljeva, a tek nakon toga bolesti.

„Često si razmišljam kada ću moći dovršiti vikendicu, staviti krov...Jer sad sve stoji po strani...“(M1)

„Tada nije... nešto iznenadilo, samo me jedostavno... kad imate neke ciljeve u životu... zateklo me... nisam nešto napravio što sam zamislio. Razumijete? Troje su djece iza leđa. I...,i hvala Bogu, zdrave, pametne.... možda me malo to... onda sam se stvarno sad ...mislim... na to se nikad ne može čovjek priviknuti... Da se razumijemo... Uvijek nosite nessesoir sa tebletama di god krenete i onda se navečer kad pođete spavati zapitate jesam li ja, pardon, taj dan sve popio? To je opterećenje, jedno... s te strane gledano. Da

razmišljam o tome puno..? to ne. Nisam... ne opterećujem se puno s time. Svima... svima dođe jednom i početak i kraj. Čovjek bi volio da je što to dulje, kvalitetnije... ali, što je tu je. (M4)

„Dok nisam renovirao stan do kraja nisam se mogao baviti bolešću i nisam je ni prihvatio. Tek po tomu počeo sam pravilno uzimat lijekove.Ne stgneš mislit..“ (M4)

b. Koncept: Čimbenici vezani uz bolest

Unutar koncepta čimbenici vezani uz bolest, sukladno iskustvu bolesnika, dominiraju tri kategorije. Prva je kategorija s bogatim simboličkim značenjem srca kao „organa koji znači život“. Bolesnici prave razliku između srca kao organa i IM kao bolesti. Bolest ne bi bila tako presudna da nije srce u pitanju. Kategorija strah od novog IM opisuje jednu od najtežih negativnih emocija po IM, s kojom su se morali suočiti, i po čijem umanjenju su se lakše nosili s bolešću. Kategorija izraženost simptoma opisuje važnost prisutnosti ili odsutnosti simptoma bolesti, te ukoliko su oni snažni, svakodnevni: „ne možeš zaboraviti da imaš tu bolest“. Dinamiku prisutnosti/snage IM i njegova utjecaja na život, opisana je terminima „bolest kao podstanar ili gazda“, te im je život u fazi “bolesti kao podstanara” bio puno slobodniji, da bi u fazi “bolesti kao gazde” ona sve više, nepovratno, određivala njihov život.

i. Kategorija simbolično značenje IM (srce kao „organ koji znači život“)

utemeljena je na bolesnikovu doživljaju razlike između srca kao organa i IM kao bolesti. Bolesnici su istaknuli da srce ima svoju posebnu važnost, u odnosu na neki drugi, manje važan dio tijela, jer srce je pokretač svega, pa je činjenica da je bolešću zahvaćeno upravo srce potaknula bolesnike da brže shvate ozbiljnost stanja i što prije se uhvate u koštac s bolešću.

„Druga je stvar, nema veze ak vele, budu tu nogu rezali, bumo metnuli drugu i bumo hodali, nema problema! Ali ak je to pumpa, to srce , ak stane, ništa, gotovo je! Bacaš čitavo tijelo! To je moje mišljenje. Ali srce je nakaj sasvim drugačije od drugih organa! Ak pumpa stane, za badava sve ostalo! A bez ruke se može, može se i bez noge, a bez srca se ne može. Tak sam si ja nekak složil u glavi i to je tak!“ (M13)

„Pa gledajte, srce je bilo najvažnije! Ono je motor, pokretač!“(M14)
„Ipak je srce i pitanju! Nije to mala stvar. Srce je jedini organ koji ak stane više vas nema! I to je stalno u glavi od kad doživiš infarkt!“ (F10)

ii. **Kategorija psihološki teret IM - strah od novog IM** sukladno rezultatima analize opisuje strah od novog IM, iskustvo većeg dijela bolesnika koji su ga istaknuli kao jednu od najtežih negativnih emocija po IM s kojom su se morali suočiti. Ovaj strah se javljao pri početnim pokušajima stjecanja kondicije tijela, kao i provođenja preporučenih promjena (paralelno s pojavom simptoma i senzacija u prsištu), te je ograničavao/blokirao i postupno vraćanje aktivnostima u ovih bolesnika. Stoga je umanjenje straha pravilnim uputama liječnika/drugog bolesnika/iskustvom življenja bolesnika s IM bio važan korak ka prihvaćanju i nošenju bolesti u tih bolesnika.
„I pazite... meni je srčeko preskakalo samo tako i... i terapija isto nije bila dobra... nije bilo to sve skupa dobro... kako ja to velim, zbalansirano, ne? Meni je srčeko preskakalo i gotovo... čim vam se nekaj tu nutra strese... pa gledajte ja sam si odmah mislio “Pa to je slijedeći infarkt...!“ Ma sve mi je bilo slijedeći infarkt! A, da mi je netko rekao: „Gledaj, biti će ti ovak i onak... srce će ti preskakati, i to ti bu se ovak nekaj treslo, i to bu ti se ovo dogodilo i tako... da je... i ono... i ne znam, da je i ono, i ne znam... i nekakve valunge buš imal... i ne znam... to ti je sve normalno i to ...“ I ja bi valjda onda prihvatio brže i to normalnije! Ali, to meni nikad nitko ništa nije rekao! Ma nikad ništa! Samo su mi izvadili krv. Nalazi ... veli doktor: „Ma uzvrsno, ma izvrsno, sve...nemaš šećer, nemaš masnoće, nemaš trigliceride, nemaš ništa... izvrsno! Teraj doma.“ Tak kad dođeš doma i legneš i onda odjedanput Vam tu počne nekaj ovak... unutra ići (pokazuje na prsište). Zakaj?... A tamo veli - dobro je! I to Vas onda počne žderati. Pa, zakaj ovo... pa, zakaj ono... pa, zakaj... Znači da ima nešto ili netko koji će reći tako, tako i tako, pa ne znam... dogoditi će se to i to, pa može se dogoditi ovo i ono, pa bi ja ono, se priviknul, reko bi sam sebi „Aha, ona ili on su rekli da se može dogoditi ovo i ono, pa neću ja sad obraćat pažnju na to, paniku radit!... Onda bi to puno lakše čovjeku bilo, lakše bi s time se nosio! Ovak, ne znate ništa što vas očekuje i mislite da to može svaki čas vas ponovno strefiti, ne?“(M3)

„Pa...najvažnije za čovjeka da prihvati bolest mislim da... da se manje boji...Kod mene je najviše strah taj utjecao.... da ju odmah ne prihvatim... više se bojite, umjesto da se trudite nekaj mijenjat...kao da vas blokira...“(M7)

„Prije kad bi me stislo, ja bih šutila i trpila i umirala od straha kaj bu bilo? Naučila sam puno o toj bolesti, zakaj me boli. A sad znam kad me stisne bu me i pustilo, samo moram uzet tabletu i smirit se.“(F1)

iii. Kategorija prisutnost ili odsutnost simptoma opisuje važnost izraženosti simptoma u prihvaćanju posjedovanja bolesti. Gledano s ovog aspekta, prisutnost simptoma, tipično iskustvo većine bolesnika, bolesnicima je bila neposredna potvrda da su bolesni, kao i podstrek da se ponašaju u cilju preporuka liječenja ne bi li ovi simptomi nestali. Po mišljenju nekih bolesnika, IM je više „fer bolest“ jer znaš na čemu si, za razliku od asimtomatskih kroničnih bolesti jer: „Nemoguće je na bolest zaboraviti, ako imaš jaku bol, ako si nemoćan. Činiš sve da to nestane“.

„Pa čujte kada su mi rekli za šećernu bolest onda je nisam tako ozbiljno doživio. Iako su mi oni rekli o čemu se radi ipak...Al čujte, ono vidim, nema nikakve simptome ni ništa nisam osjećao... nisam se osjećao bolesnim, uopće nisam... nisam se ništa uzrujavao, niti puno mijenjao navike, jel? A uz infarkt, e to je već bilo drugo! Nisi doma, ostaneš u bolnici, promjene ti život! Ne možeš ga ignorirati! Mislim, olako shvatiti! ... Dakle, teško je bilo to onda shvatiti neozbiljno, jel? ... a prije nisam ništa osjećao, nikakvih simptoma uz taj šećer imao! Taj šećer je podmukla..... a infarkt je...konkretniji. Više te zdrma, ostavi više traga na memoriji! A sad se to smirilo, stabiliziralo, i čisto sam dobro! Ja se ne osjećam niti sada bolesnim uz taj infarkt, ali ono što je različito je ... da sada vodim računa, mislim... da ne bi se opet doveo u to stanje ponovno! To je razlika. I normalno da je sve odmah bolje, i šećer i srce! Eto.“(M6)

iv. Kategorija prisutnost/snaga bolesti („Bolest kao podstanar ili gazda“)

Dinamika prisutnosti/snage IM i njegova utjecaja na život bolesnika opisan je terminima „Bolest kao podstanar ili gazda“ sukladno kojima su bolesnici, u početku bolesti, imali osjećaj da je ona njihov „gazda-gospodar“ koja im je svojom stalnom prisutnošću, određivala život. Nasuprot tome, po rehabilitaciji, i postupnom preuzimanju kontrole u

svoje ruke, bolesnici su postupno doživljavali bolest „podstanarom“ jer „dođe i ode“, te su, u određenom stupnju mogli nastaviti živjeti svoj život kako su željeli. Ipak, u glavi su uvijek imali strepnju od razvitka komplikacija i/ili novog IM i ponovnog mijenjanja u doživljaj bolesti kao „gazde“, a što je budilo negativne emocije, gubitak osobne slobode i tuge.

„I meni nije bilo dobro kad sam ja došao doma i sa svim stentovima .... Bio sam silno nemoćan. Katastrofa. Znate, kad sam probao sa ženom izaći van prošetati, kako su oni rekli samo šetati, šetati... šetati, kretati se i šetati, ja nisam došao tu do druge zgrade koja je deset koraka, preko puta, vis-a-vis. Dođem do druge zgrade i ja vidim da ja ne mogu, nešto se događa. Mene ništa ne boli, ali se nešto događa. Totalno me bolest preuzela...Da bi nakon tri mjeseca se prebacio u Magdalenu i onda su mi stentirali ovu drugu stranu, radili...i poslije tog stentiranja je to već nešto čisto... čisto drugo. Od onda sam ja profunkcionirao onako kako Bog zapovjeda! Da, jel onda sam ja vidio da ja sad stvarno mogu, znači, da sve ovisi o meni! Znači, koliko ću se kretati, koliko... šta ću jesti... čime ću se baviti, koliko ću se... ne znam... da masu toga ovisi o meni... Kad sam ja znao koliko ja stvari u životu držim u svojim rukama onda sam ja bio doma, onda sam ja sad gazda, jer ja sam taj u životu koji uvjek mora imati nešto u rukama čvrsto! Nisam od onih kockara, koji se voli... koji se voli kockati. Ne, ja sam više ziheraški čovjek i kad ja nekaj držim u ruci onda sam ja tu doma, ne? A, u ovoj varijanti sve je bilo van moje kontrole i to me je razaralo, ne? Tu sam bio jadan ko pas!“(M3)

„Ipak je srce i pitanju! Nije to mala stvar. Srce je jedini organ koji ak stane više vas nema! I to je stalno u glavi od kad doživiš infarkt!“ (F10)

c. Koncept: Čimbenici proksimalnog konteksta

Sukladno rezultatima analize podataka na principima utemeljene teorije, na proces prihvaćanja i nošenja bolesnika s IM, utjecale su karakteristike proksimalnog konteksta, i to: članovi obitelji, prijatelji, zaposlenje ali i situacija na radnom mjestu, te financijska sigurnost bolesnika i njegove obitelji.

i. **Kategorija uloga obitelji** pokazala se važnom, s aspekta podrške od, te

osjećaja da je bolesnik potreban obitelji. Podrška koju su bolesnici trebali, a većinom i dobili, sastojala se u psihološkom suportu, potom prihvaćanju, a ne odbacivanju bolesnika, te konkretnoj podršci u provođenju preporučenih preporuka i uzimanja lijekova. Međutim, iskustvo bolesnika ukazuje i na mogući negativan utjecaj „suviše zaštitničkog“ odnosa obitelji prema bolesniku koji je i dalje želio biti „gospodarem“ barem dijela svojeg života. Nadalje, u manjeg broja bolesnika uočen je potpuni izostanak podrške obitelji što je otežalo proces prihvaćanja i prilagodbe na IM. Također, bolesnici bez životnog partnera isticali su nedostatak partnera kao otežavajući uvjet življenja jer su sve dobre i loše okolnosti življenja pale „na bolesnikova leđa“, pa tako i življenje s IM.

„A ono što mi je jako bilo važno to je da sam imala zaista veliku podršku moga supruga. I jako mi je bitna. Jako, jako bitna. Moj suprug mi je bio uglavnom, ma, uvijek se je našao uz mene kad je trebalo! Toliki je dio tereta preuzeo! Dvoje djece, posao njegov odgovoran“ (F8)

„Oni su od početka bili sa mnom, i njima je trebalo vremena da to sjedne iako su bili stalno uz mene i podrška i kak bih rekla, ono, uvijek i dan danas i tetošili i pazili i nemoj sad ovo, pa ti ne smiješ ono, onda su mi već išli i onako više-manje, kak bi se reklo na živce! Pa ne mogu sad ja sjediti i ništa ne raditi, a nisam ja nepokretna. Uglavnom, bili su uvijek tu. Od početka su bili uz mene! Skroz. I suprug i djeca i mama i ne znam.. i brat i sestra. I da nisu oni bili tu uz mene i na taj način, možda ne bi došlo do, šta ja znam, možda ni ja ne bih imala neke želje ili volje da se, ovoga, trudim više oko sebe same. Znači oni su isto jedan od razloga zbog kojih sam se ja dobro prilagodila i idem dalje ... da budem s njima, u tom smislu.“(F9)

„... Pomogla mi je jako žena. I ta spoznaja da ja to mogu. Apsolutno. Apsolutno. Ali, primarno ona je ta koja je govorila od prvog dana... što je mene onda živciralo. Ja sam to njoj rekao... ja sam onda bio jako zlo... kad je ona meni to onako, ofrlje, onako... prolazeći kraj mene tu govorila: „Joj, čuj daj nemoj pretjerivati, za... ne znam... mjesec, dva, šest mjeseci ćeš, ne znam... ovo i ono, a sad tu drame radiš!“ Meni je došlo tog momenta da bacam na nju... ne znam, što mi je pod rukom bilo. Mislim...“Nemoj, nemoj mi nešto govoriti što ne misliš i ... i samo da me odkantaš, ne?“ Pa, ja sam to tako onda shvaćao. Ali ona mi je dala time podstreka, ali i konkretnu pomoć u provođenju svih preporuka. Sve mi radimo zajedno, sve smo skupa promijenili...“ (M3)

„Obitelj je uz mene, ... Evo, kupili su mi bicikl sobni, kupili su mi peseka. i ja sam praktički za dva tjedna počela prvo polako s tim pesekom, a posle i sa biciklom. Ali u svojoj kuhinji sam ja gazda!“(F5)

„Da… dobro... možda, možda mi je trebala (polako), možda mi je trebalo u tom momentu podrška okoline. Moja djeca su to negirali: „Tebi nije ništa. Ti samo si tako umislila.“ Nitko nije shvaćao ozbiljno da meni nije dobro, kad ja velim da mi nije dobro. Čak ni moj muž. Koliko put je rekao: „Nemoj... ti to sebi umišljaš, daj se opusti i biti će sve u redu.“ E, dok nije, dok nisu vidjeli...Tak je i dan danas. Dobro, pitaju me oni: „Kak si? Šta si? Šta piješ?“ Ovo, ono...Ali, nema tu direktnoga utjecaja... Tak da moram reći da bi mi bilo draže da je obitelj bila više uz mene.. Da su me ozbiljnije shvatili. Da (jako potvrdno) Pa, mislim...mislim ovako, mislim da oni nisu htjeli prihvatiti činjenicu da sam ja bolesna.“(F2)

ii. **Kategorija uloga prijatelja** opisuje utjecaj prijatelja u prihvaćanju i nošenju sa IM, te na potrebu „dozirane“ zabrinutosti koja ne opterećuje. Prijatelji su većini bolesnika pružali podršku održavanjem vedre atmosfere, potom pripremom bolesniku prihvatljivih obroka, te ne forsiranju starih, za bolesnika neprihvatljivih stilova življenja.

„Pa najvažnije za mene da tako brzo prihvatim bolest ... je što živim u takvoj sredini! Jer u mom naselju svi su ljudi iz mog kraja... i sve je to teklo fino, normalno... Dođu kod mene, sjednu, zezaju se... nitko nije pričao o bolesti... Kod mene je svaki dan netko bio i zezamo se ovo...ono... i mi se smijemo... mene boli... došao sam iz bolnice, ali mi se smijemo. Ne pita nitko dal mene boli... i šta ćeš me pitati... nego pričamo i zezamo se... i ideš dalje...A da ti nitko ne dolazi, to je ipak drukčije, po meni... ne znam. Jer, vidio sam ljude gore po bolnicama... vidio sam onog slavonca... njemu nije došao nikad nitko. Čovjek je gore iz Županje i nije nitko došao. Operirao se... Moja Marija mu je nosila neki veš prati, tako... i donese mu novine... kupi voća i tako... nema nikoga, a kod mene svaki dan. I to me držalo...Nije isto... I sad, onaj gleda, njemu nije nitko došao, meni svaki dan dođe 10. I gdje ste, šta ima... jedan čovjek reče meni: “Ja čuo da si umro pa ja došao!“... i to je zezancija. I onda se mi smijemo!.. Eto tako su mi pomogli...“(M11)

„Ali dobro, širok krug prijatelja, niste nikad bili sami. Ispočetka, kad sam došel doma, nakon tri tjedna bili su stalno kod mene! Onda sam otišel gore u "Magdalenu", pa sam

bil sam gore jedno tri tjedna, pa su dolazili gore do mene, pa su me zvali na mobitel i tak... da nisu mi dali mira praktično! Tak da nisam, ne stignete puno ni razmišljat.. A to Vam puno znači u životu! Kad je netko stalno kraj Vas, nekad Vam je i dosadan, ali kad netko Vas stalno ometa, recimo mogu tak reć, iz tih svojih misli, onda ne možete na to ni misliti i to onda brzo prođe.Tak da mi je ta podrška prijatelja puno pomogla. Ma ... izvukla me je iz toga svega..“(M13)

iii. **Kategorija uloga radne okoline** je sukladno iskustvu naših bolesnika, također važan čimbenik u prihvaćanju i nošenju s IM. Naime, iskustvo dijela bolesnika ukazuje da je prihvaćanje IM bilo olakšano fleksibilnijim uvjetima na radnom mjestu (osobito kod provođenja fizičke aktivnosti-dulja pauza), manje stresnim radnim mjestom, smanjenjem opsega posla, pozitivnom radnom sredinom, te nastavkom radnog odnosa umjesto davanja otkaza poslije bolovanja.

„A na poslu sam pošteđen od teških napora, paze da me ne bacaju na prvu crtu bojišnice, kak se kaže, radim uhodane poslove. Rečeno mi je: „Bitno da si tu!“ I to mi je jako važno. Znate iako sam radoholičar, ja sam miran jer me ne forsiraju, ali nit ne odbacuju. Daju mi šansu da se izrazim koliko mogu.“(M2)

„... Dobra, pozitivna radna sredina olakšala mi je provođenje preporuka…“(M4)

iv. **Kategorija ekonomsko stanje bolesnika i njegove obitelji** izlučila se unutar kategorije životnih uvjeta kao iskustvenih faktora u prihvaćanju i nošenju s bolesti. Zadovoljavajuća financijska situacija nije opterećivala bolesnike te su se mogli bolje posvetiti IM (provođenju preporuka, nabavci preporučenih lijekova). Nasuprot tome, često je neriješeno finacijsko stanje utjecalo negativno. Tako su neki bolesnici uslijed dugotrajnog bolovanja ili odlaska u invalidsku mirovinu po IM ostvarili manje prihode (neki bili i u kreditima). Stoga su teret IM nosili u svakodnevnom životu (osjećali su se teško i beskorisno, izgubili ulogu hranitelja obitelji, te bili dovedeni u novi neprihvatljivi položaj – ovisnost o sredstvima koje su im davala vlastita djeca).

„Najvažnije je bilo da su djeca situirana i zaposlena pa nisam o tome morao razmišljati...A to mi je i financijska sigurnost ukoliko ne budem mogao raditi ili da ne zapadnem u dugove... Lakše je što imam krov nad glavom pa ne moram brinuti!“ (M15)

"Pa ja sad imam plaću… manju od one koju sam imao prije neg sam dobil infarkt, to je jako velika razlika, a krediti su podignuti prije neg sam imal infarkt! Sad sam ja ispao na to, da mene moje dijete mora, od svoje sirote 2,500 kn, kaj dobi plaću mjesečnu, mora izdržavat! (srameći se, tiho) to je problem. Više je problem psihičke, nego fizičke naravi." (M16)

„Pa.... čujte kad dođe da nemate baš sredstva više, onda...se čovjek i razljuti i... ne znam...Pa dobro, to je...s vremenom dođe kad čovjek dođe u nekakvu depresiju znate i...."(M1)

d. Koncept: Čimbenici distalnog konteksta

Unutar čimbenika distalnog konteksta bolesnikova života, koji su utjecali na prihvaćanje i život sa IM, iz iskustva bolesnika, izlučila su se kategorije: zdravstveni sustav, zajednica, kulturni milje, mediji.

i. **Kategorija zdravstveni sustav** potkrijepljena je potkategorijama: uloga bolnice (akt hospitalizacije, ozbiljnost i odsječenost od kuće i obitelji); uloga zdravstvenog osoblja (odnos prema bolesniku i bolesti); uloga rehabilitacije (učenje granica svojeg tijela i kako se lakše nositi s bolešću).

Uloga bolnice, opisuje, sukladno iskustvu bolesnika, utjecaj akta hospitalizacije na proces prihvaćanja i življenja s IM. Hladna bolnička sredina, odsječenost od kuće i obitelji pridonijela je bržem spoznavanju bolesnika da se radi o teškoj bolesti nakon koje će sve biti drugačije.

„*Od 10 dana boravka, mislim da sam bio 9 dana na intenzivnoj, vi sami znate kak je to – promet 24 sata!... Nikakve intime nisam imao...Osjećao sam kao jednu napetost, neizvjesnost ... nisam znao ni što se događa, ni u kojem smjeru ide...žena je otišla doma, sa mnom je povremeno boravio liječnik koji mi je gledao masnoće i vadio one enzime...bilo je pitanje potrebe hitne intervencije i na kraju su to morali i napraviti..."(M2)*

„... Brinulo me i to što ne volim ići po bolnicama. Miris bolnice me... vrti mi se u glavi i onda...znam se srušiti! ...nisam se ja bojao ni operacije, ni ništa...nego, najviše je meni

muka bila kako ću ja ležati u toj bolnici... izdržati taj smrad. Eto, to me najviše mučilo...!" (M7)

„U bolnicu ja sam tako došao i ostao... I tu odmah sam shvatio da ... da ne može drugačije. Da ne ide. Jer ja sam išao raditi dok sam mogao...kad dalje nisam mogao ...ja sam završio u bolnici...Sada sam došao na remont." (M10)

„Mislim stvarno mi tak bilo... I onda znate žena sama doma, vi ste tam, možete si misliti kak je to bilo!"(M13)

„Znate, ja sam se bojala da nikad neću izaći iz te bolnice! I onda je još jedna gospođa umrla kaj mene, ležala par dana na intenzivnoj, najedanput nastala panika, galama, one zastore navukli i aparate isključili i odnesli ju."(F13)

Uloga zdravstvenog osoblja, na prvom mjestu liječnika, ukazuje na važnost ophođenja liječnika humanim, razumljivim, pozitivnim načinom uz vjeru u budućnost. Također je važno da liječnik ima strpljenja u radu s bolesnikom jer je teško promijeniti jedan životni stil u drugi. Osim važnosti odnosa liječnika prema bolesniku, važan je i liječnikov adekvatan odnos prema bolesti. Takav pristup doveo je do umanjenja stresa, zabrinutosti i lakšeg prihvaćanja bolesti. Unutar pozitivnih, mogu se uočiti i negativna iskustva s ponašanjem liječnika (npr. neozbiljan odnos liječnika prema bolesti, nedostatak vremena za bolesnika i nova savjetovanja), što je otežalo proces prihvaćanja bolesti.

„Premalo vremena su mi posvetili, nisu mi dovoljno obasnili o bolesti, no puno je pitanja koje me i dalje muče.. To je sve na brzinu... ne bih želio biti neugodan i nekog dovlačit u nezgodnu situaciju, pregled je korektan, ja sam zahvalan što sam još živ ... ali znam i puno drugih pacijanata koji bi željeli više razgovarati..."(M2)

„Pa, mislim da psihološki pristup liječnika manjka kod nas. Mislim da to manjka kod nas, baš ... taj nekakav ljudski dio, pristup... i više vremena posvetiti pacijentu. Mislim ... da to kod nas još uvijek...fali...(tiho) Jer, gledajte, dođete liječniku a on gleda u papire ili kompjuter i pita me kak si? To je kao da ja sad tu gledam televiziju, a s Vama razgovaram. Bolje da ne razgovaram onda. Ali, meni je to jasno jer velim...gužve su užasne...Stvarno. Ima hrpu ljudi i sve mi je jasno. Ali, apsolutno mislim da je to najvažnije. Možda je to jači lijek nego od bilo kojeg lijeka... ne znam, takav bi ja imao osjećaj. Meni bi to strašno pomoglo, velim Vam, samo razgovor i razgovor, sve ostalo je meni manje važno!"(M3)

„Važan je zato ako je dobar doktor ili doktorica, a trebao bi biti, dati, koji zna dati dobar savjet i da nije pesimist nego da je optimist! Uvijek savjet dati i ak nešto nije dobro, nisam sklon tome odmah reći nije dobro! Idemo rađe pričekat još malo, da vidimo jednu provjeru, e onda bumo vidli!“ (M13)

„I mislim da je obiteljski liječnik dosta važan za moje dobro stanje...Dosta... ma jako, ja imam povjerenja u svoju doktoricu. Kada ona nešto kaže...to je to! Je. I za kontrolu moje bolesti isto. Je jel znam. Kad sam imao gripu pa sam došao. Doktorica je prepoznala o čemu se radi, pa mi je htjela dati tjedan dana bolovanja i onda je to to. A ja nisam pitao zbog čega to? Pa zašto? Ako je rekla da treba vaditi krv, išli smo vaditi krv...“(M10)

„Doktor mora imati strpljenja s nama. Razumjeti nas. Jer jako je teško iz jednog životnog ritma preći u drugi. Sa 100 na sat smanjiti. Osim toga čovjek ima svoje ciljeve i prioritete i još uvijek se nada da će uspjeti ih ostvariti“ (M16)

„Treba promijeniti pogled na samoga sebe jer čovjek može mijenjati prvo sebe a onda će se prema novom njemu promijeniti okolina. Jer očito način na koji je funkcionirao nije dobar. Pri tome misli na apsolutno sve. - kretanje, prehranu, psihičku stranu - kompletno se treba mijenjati. To je jako teško!“ (F9)

Uloga rehabilitacije opisuje, sukladno iskustvu bolesnika, pozitivan učinak rehabilitacije na prihvaćanje i život s bolešću, prvenstveno kao mjesto učenja uvidom u objektivne pokazatelje i rezultate testova, konkretnim uvidom do kuda bolesnik može ići, pružanjem psihološke pomoći i učenjem kako reducirati utjecaj stresa, te pružanjem prilike učenja na temelju usporedbe s drugim bolesnicima.

„Na rehabilitaciji se puno stvari dogodi. Jel ono upoznaš sa svojim tijelom, svojim mogućnostima i to nisam spomenuo, dakle oni testiraju tamo fizičke aktivnosti, trčanje, ovo, ono, bicikl. Onda vidiš te nekakve parametre i pokazatelje svoje sposobnosti fizičke jel, i to isto puno znači!“(M14)

„Pa u Krapinskim toplicama smo išli kod psihologa, tamo smo imali tih tri tjedna tako recimo neke male razgovore, a poslije toga sam ja baš tražila isto ovaj, išla sam kod psihijatra... čisto ... šta ja znam ... osjećala sam potrebu za tim. Ipak se neke stvari u meni posložile.“(F9)

„Posle mog infarkta kad sam bil gore u "Magdaleni " kad sam videl puno mlađih od sebe. I tu u bolnicu kad dođem na kontrolu pa vidim... puno mlađih.... mogu im ja bit tata.

A Bože moj, ja Bogu zahvalim da sam bar poživil 50 godina. Mnogi imaju 25, 28, 30.“(M13)

ii. Unutar **kategorije uloga zajednice** bolesnici su primarno opisivali utjecaj drugih bolesnika od IM u procesu prihvaćanja i tijekom življenja sa IM, bilo da su ih viđali unutar zdravstvenog sustava (kontrole), ili pak među prijateljima, u susjedstvu, na radnom mjestu i sl. Mogu se izdvojiti dvije grupe iskustava: većina bolesnika imala je pozitivna iskustva (npr. olakšanje vizualizacije same bolesti, tijeka i posljedica, dobivanje konkretnih savjeta, te razmjenu i usporedbu stvarnih iskustava (dobrih i loših), kao i pomoć u kriznim situacijama) dok manjina bolesnika nije željela stjecati taj oblik bolesničkog iskustva (npr. zbog emotivne destabilizacije). Identična su i iskustva s ulogom grupa bolesnika.

„Ali ja sam se uspoređivao i sa susjedom koji je mlađi od mene 5-6 godina. Isto, nije recimo bolovao... samo umarao se, recimo... i on je jedva ostao živ, recimo! Njemu su povadili iz nogu...Vene... I Boga mi, ja vidim njega... pun humora... i on radi... i raspoložen...i puši... a ja sam rekao kad on... kad on bez vodovoda može... a ja imam još sve žile na rukama i na nogama... pa kako se ono kaže, da te žile ne trebaju, Bog ih ne bi stvarao... i tako dalje, je li? I on živi normalno... tak da mene je, maltene, bilo sram reći da sam ja srčani bolesnik... kad vidim... njega recimo... on ima 4-5 tih bajpasa, i još ima i stentova 4-5... sad stvarno, da se ja s njime uspoređujem, to nije vrijedno spomena! I bilo mi je na neki način utješno. Jer, recimo, ja imam 2 stenta, a on ima "40" stentova... još i izrezani, povađene mu sve žile...“(M12)

„A čujte onda čovjek malo nakon toga susreće ljude koji su s tim problemima! Onda se vidi da oni žive, rade i tak dalje s tim problemima! I onda isto iz svog iskustva uvijek sam birao one koji pozitivno misle, a ne one koji se boje, one koji se povlače, razumijete, nego one koji vele to se da, ne da to nije ništa, nego da se s tim da živjet, treba malo pripazit i tako. Tako da mi je apsolutno bio važan razgovor s bolesnicima u prihvaćanju bolesti! Vidiš primjer. Pozitivan primjer! Dakle pozitivan primjer! Vidiš kod drugoga i onda to je veliko ohrabrenje!“(M14)

„Iako se recimo sjećam da... preporučili su mi da idem... ima tamo i ovaj... grupe srčanih bolesnika... koji zajedno žive... idu na izlete, ali to... predaleko mi je bilo to...

putovati u grad. I nisam ni imao potrebu! Normalno, s društvom kojim sam bio prije, živim i sada... kao da se ništa nije dogodilo.“(M9)

„Pa znate, neki vole o tom pričat s bolesnicima, mislim koji boluju od iste bolesti, pa diskutirat, razmjenjivat teme, ali ja ne! Ja ne vjerujem nikome od nestručnih ljudi.“ (F4)

iii. Kategorija važnost kulturnog miljea opisuje utjecaj kulturnog miljea iz kojeg je bolesnik potekao ili u kojem živi na nošenje i prihvaćanje bolesti, posebno tijekom učenja i provođenja promjene stila življenja. Naime, neki bolesnici potekli su i odrasli u kraju Hrvatske gdje se tradicionalno jede teža hrana i bilo im je teško suočiti se s potrebom promjene prehrambenih aktivnosti na lakšu i blažu hranu, posebno u početku. Pri nastojanjima pridržavanja preporuka u misli su im navirale slike iz djetinjstva („Kod nas u Baranji nema dijete“) koje su im bile bliskije od ove nametnute potrebe pridržavanja preporukama pravilne prehrane i otežavale njihovo provođenje jer su lomile njihovu volju za pridržavanjem. Nadalje, okolina nekih bolesnika pokazivala je nerazumijevanje i nepodržavanje (do razine ismijavanja) promjene navika (npr. kod prestanka pijenja alkoholnih pića – „kakav si ti muškarac ako ne piješ?“). Također, nekim bolesnicima provođenje šetnji otežavalo je kulturološko shvaćanje fizičke aktivnosti u sredini u kojoj su živjeli – „kod nas u Zagorju šeću se samo oni koji nemaju nikakvog posla...“. Takav stav okoline bolesnicima je otežavao da provode takvu vrstu fizičke aktivnosti jer bi ih doživljavali, uz to što su bolesni, još i lijenčinama.

„...znate kad god odlučim mijenjati prehranu, uvijek se sjetim svog kraja i kak je mama govorila kad sam ko cura htjela smršavit:”Kod nas u Baranji nema dijete! Sam se ti napucaj dimljenog mesa, zelja, krumpira i bit ćeš ko urica!“ I mislim si odmah, imala je pravo!“(F5)

„Onda recimo to, nisam ja prije odlazio često, al znal sam si otić na kavu ili pivu, recimo s dečkima posle posla na jedno-dva pića. E to je izostalo, to mi fali. Smanjilo se da, kak se kaže mogu na prste prebrojit kolko sam bil od infarkta, tam. Ne iz tog razloga što ja ne bih imao novca za to. Ne, nego tamo se dosta pije, a ja to ne smem puno, a kad ne uzmem kak drugi odmah idu priče, „Joj pa ti više ne mreš! Joj pa kak ti žena na to sve gleda?!“ a nitko ne gleda na to da ja to zbog bolesti ne pijem tolko kolko oni uzmu!“ (M15)

„Onda ljudi okolo znali su govoriti i tračati: „Je gle ti gospodina šeće se celi dan po cesti, nikaj ne radi!“ To me jako smetalo i tek me možda ovu godinu to prestalo brinuti. Jer prije svega su to rekli oni kojima su roditelji sve dali i koji ništa nisu morali u životu sami postići! E, jako me to diralo... “ (M16)

iv. Kategorija **važnost medija (TV, internet, novine)** bolesnici su uvidjeli u dodatnom pružanju informacija o IM, te involviranju čitave obitelji u skrb za IM. Bolesnici su istaknuli nedovoljno poznavanje IM u javnosti, kao i potrebu za njezinim senzibiliziranjem. Mane medija su postojanje mnoštva nepročišćenih informacija, te dodatno uznemiravanje bolesnika opisom kakva ga budućnost čeka zbog/s bolesti.

„Pa meni je stalno nedostajalo papirnatih uputa. Znate ja se bavim kompjuterima, takav sam tip, i volio bih da sam mogao imati opširnije pismene upute koje bih mogao študirati kad sam doma. Znate, imam puno pitanja, koja kod doktora ne stignem izreć. Uglavnom se sve brzo događa i ciljano razgovara. I onda kad idem doma, opet sam u sto dilema. I kako bolest traje jave mi se nove situacije, a tako i nova pitanja. Ja sam tražio i po internetu i iako se na internetu nalazi dosta opisa moje bolesti i savjeta za njeno liječenje, ipak ne postoji, kako bih to nazvao, letak s detaljnim opisom... razrađenim do detalja.. o kronološkom tijeku moje bolesti. Mene zanima puno toga – uzrok, tijek liječenje, rehabilitacija, terapija lijekovima i promjenom stila života! Zatim kompletan popis svih lijekova i njihovih ekvivalenata (cijena lijekova, dinamika laboratorijske kontrole djelovanja lijekova na organizam i vremensko ograničenje uzimanja lijekova, predvidljivost daljnjeg razvoja stanja organizma - npr. tlaka i slično). Savjetima. Taj letak moguće je izraditi u sim varijantama - PDF, flash, video clip!“(M2)

„I drugo, znate, ja sam od onih tipova koji ak su bolesni žele znati kaj je to, kak se leči, šta se može napraviti i gde se može napraviti! I ja sam lepo sve s interneta dodatno skinula o infarktu, o stentovima, tako da smo mi svi znali s čim se borimo! Znate mene je to zanimalo! A o operaciji bypasa koju sam imala sve sam znala jer mi je brat imao takvu operaciju.“(F10)

B. Rezultati kvalitativne analize podataka prikupljenih intervjuiranjem bolesnika od šećerne bolesti tip 2 (ŠBT2) na principima utemeljene teorije

Tablica 2. Sažetak rezultata kvalitativne analize podataka prikupljenih intervjuiranjem bolesnika od ŠBT2 na principima utemeljene teorije

Tema 1. „Spoznaja da imam ŠBT2“ - prihvaćanje dijagnoze bolesti	
Koncepti	Kategorije
a. ŠBT2 otkrivena slučajno („Pa zar je moguće da sam ja bolestan?“)	i. Tjelesni doživljaj ŠBT2 (odsutni simptomi i znakovi)
	ii. Kognitivne, misaone reakcija na saznanje dijagnoze ŠBT2 („Možda je to samo laboratorijski poremećaj, a ne bolest“)
	iii. Emocionalne (osjećajne) reakcije (iznenađenje, šok)
b. ŠBT2 je bila očekivan („Ovo sam i očekivao!“)	i. Tjelesni doživljaj ŠBT2 (prisutni simptomi i znakovi)
	ii. Kognitivne, misaone reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2 („Pa već sam to vidio i znam što je!“)
	iii. Emocionalne reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2 (nema iznenađenja)
c. Prihvaćanje dijagnoze ŠBT2 („Imam šećernu bolest“)	i. Znanje i prethodno iskustvo sa ŠBT2
	ii. Važnost liječnika („Liječnik mi je rekao!“)
	iii. Uvid u laboratorijski nalaz („Pokazale su dijagnostičke pretrage“)
	iv. Bolnica kao hram bolesti („Zar bih bio u bolnici, sve ono prošao da nemam bolest?“)
	v. Predosjećaj ŠBT2 („Imao sam predosjećaj“)
	vi. Optimistično raspoloženje bolesnika
	vii. Potreba bolesnika da u trenutku spoznaje ŠBT2 bude sam

Tema 2. Prihvaćanje ŠBT2 kao „nove stvarnosti“ i zajednički suživot	
Koncepti	**Kategorije**
Podtema 2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja ŠBT2 (bolesnikovo razumijevanje prihvaćanja ŠBT2)	
a. Semantičko značenje pojma prihvaćanja bolesti	i. Neminovnost
	ii. Pomirenje
Podtema 2.2. Sadržaj prihvaćanja	
a. Upoznavanje ŠBT2 općenito	i. Sadržaj ŠBT2 (znanje o uzroku, prezentaciji, tijeku, liječenju, komplikacijama i prognozi)
	ii. Liječnik kao izvor informacija i podrška
	iii. Učenje o ŠBT2 na temelju iskustva drugog bolesnika od ŠBT2
	iv. Aktivno traženje ostalih izvora informacija o ŠBT2
b. Upoznavanje moje ŠBT2 i kako si mogu pomoći	i. Uzrok moje ŠBT2 („Što je to u meni, gdje sam pogriješio?“)
	ii. Upoznavanje simptoma moje ŠBT2 („Koji su simptomi moje ŠBT2“)
	iii. Poznavanje samokontrole i samozbrinjavanja moje ŠBT2
Podtema 2.3. Proces prihvaćanja ŠBT2	
a. Igra skrivača i borba sa samim sobom	i. Igra skrivača sa ŠBT2
	ii. Borba sa samim sobom
b. Početni uspjesi i poboljšanje objektivnih pokazatelja zdravlja kao poticaj za dalje („Što mi je dalo podstreka – diglo me!“)	i. Početni uspjesi
	iii. Poboljšanje objektivnih pokazatelja mojeg zdravlja
c. Postupnost i dugotrajnost	i. Imati vremena za svoju ŠBT2 – usredotočiti se na svoju ŠBT2 („Ne ide odjedanput – postupno“)
	ii. Protok vremena („Vrijeme čini čuda“)
Podtema 2.4. Život sa ŠBT2 - Ravnoteža između bolesnika i bolesti	
a. Strategije uspostavljanja „nove normale“	i. „Glavno da mi je nešto preostalo iz prijašnjeg života“
	ii. Traženje koristi
	iii. Bolesnikovo preuzimanje kontrole nad ŠBT2 u vlastite ruke („ŠBT2 ne upravlja u potpunosti mojim životom“)
b. Karakteristike – „nove normale“	i. ŠBT2 kao „nova stvarnost“ („Bolest me promijenila – ja sam drugačiji“)
	ii. Bolest „kao plesni partner“
	iii. Izmjena prvog i drugog plana između bolesnika i ŠBT2
c. ŠBT2 je uobičajena obveza koja se odrađuje automatizmom	i. ŠBT2 kao još jedna životna obveza
	ii. ŠBT2 kao automatizam („Odrađuje se automatski, bez razmišljanja“)
d. Neprihvaćanje bolesti	i. Neprihvaćanje uloge bolesnika
	ii. ŠBT2 kao teret

Tema 3. „Nova normala“ – suživot – „što i kako mijenjati?“	
Koncepti	**Kategorije**
a. Promjene usmjerene na liječenje i sprečavanje komplikacija ŠBT2 (Promjene usmjerene na bolest)	i. Promjena prehrambenih navika
	ii. Povećanje tjelesne aktivnosti
	iii. Prestanak pušenja
	iv. Opseg promjena (prehrambene aktivnosti iskustvo većine, povećanje tjelesne aktivnosti manjine, prestanak pušenja pokoji)
	v. Trajnost promjene navika
	vi. Negativne emocije bolesnika
b. Promjene bolesnikovih osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije (Promjene usmjerene na samog sebe)	i. Opseg mijenjanja životnih vrijednosti, ciljeva i prioriteta (iskustvo manjine bolesnika)
	ii. Zdravlje kao osnovna životna vrijednost
	iii. Odricanje od užitaka
	iv. Zamjena životnih ciljeva i vrijednosti
	v. Održanje unutarnjeg mira i izbjegavanja stresa
c. Promjene unutar okruženja u kojem bolesnik živi i radi	i. Bolest kao obiteljski fenomen“ (okretanje tradicionalnim vrijednostima – obitelji)
	ii. Promjene u funkcioniranju s prijateljima („Da prihvate da sam drugačiji, da mi u tome pomognu!“)
	iii. Promjene unutar bolesnikova radnog okružja
d. Promjena u životnim uvjetima bolesnika	i. Umanjenje radne sposobnosti i dugotrajno bolovanje
	ii. Umirovljenje bolesnika
	iii. Egzistencijalna ugroženost i/ili promjena u financijskoj situaciji bolesnika i njegove obitelji

Tema 4. Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja s ŠBT2	
Koncepti	**Kategorije**
a. Čimbenici vezani uz bolesnika	i. Osobnost bolesnika (dominantno raspoloženje, razina samopouzdanja i upornosti)
	ii. Bolesnikova predodžba, doživljaj ŠBT2 (znanje i prethodno iskustvo sa ŠBT2; simptomi, uzroci, trajanje, posljedice, sposobnost kontrole, razumijevanje, emotivna pogođnost)
	iii. Educiranost/informiranost bolesnika o ŠBT2, tijeku, posljedicama i provođenju preporuka
	iv. Motiviranost i namjera za provođenjem preporuka liječenja
	v. Osjećaj sposobnost kontrole ŠBT2 („Tko drži konce u rukama“)
	vi. Dovršenost životnih uloga
	vii. Dovršenost planiranih životnih ciljeva
b. Čimbenici vezani uz ŠBT2	i. Simbolično značenje ŠBT2 („Bolest koju imaš, a nemaš“)
	ii. Psihološki teret (strah od komplikacija, strah od inzulina)
	iii. Izraženost simptoma
	iv. Prisutnost/snaga bolesti („Bolest kao podstanar ili gazda“)
c. Čimbenici proksimalnog konteksta	i. Obitelj
	ii. Prijatelji
	iii. Zaposlenje
	iv. Financijska sigurnost bolesnika i njegove obitelji
d. Čimbenici distalnog konteksta	i. Zdravstveni sustav (uloga bolnice: „hram dijabetesa“ – autoritet znanja / uloga zdravstvenih radnika: liječnici, medicinske sestre)
	ii. Zajednica (bolesnici od ŠBT2-individualni / udruge)
	iii. Kulturni milje
	iv. Mediji

Kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije, koji su prikupljeni intervjuiranjem bolesnika od šećerne bolesti tipa 2 (ŠBT2) problemskim, polustrukturiranim dubinskim intervjuom, proizašle su četiri teme vezane uz iskustva bolesnika: 1. bolesnikovo iskustvo prilikom saznanja ili spoznaje da ima ŠBT2; 2. bolesnikovo iskustvo prihvaćanja i življenja sa ŠBT2; 3. bolesnikovo iskustvo sa životnim promjenama uslijed ŠBT2, bilo da ih je bolesnik svjesno napravio ili su one

nastupile spontano; 4. bolesnikovo iskustvo uloge obitelji, rođaka, prijatelja i radne okoline u procesu spoznaje, prihvaćanja i življenja sa ŠBT2.

Tema 1. Prihvaćanje dijagnoze bolesti - „Spoznaja da imam ŠBT2“

Kvalitativnom analizom intervjua na principima utemeljene teorije o iskustvu bolesnika u trenutku kada su se susreli s dijagnozom i kada su spoznali da boluju od ŠBT2 proizašla su tri koncepta: a. „Pa zar je moguće da sam ja bolestan?“- iskustvo kada je ŠBT2 otkrivena slučajno; b. „Ovo sam i očekivao“ - iskustvo kada je bolesnik očekivao da će se ŠBT2 pojaviti prije ili kasnije; c. Prihvaćanje dijagnoze - iskustva koja su poticala bolesnike na prihvaćanje dijagnoze (Prilozi: Tablica IIa: Kodna knjiga - Bolesnici od ŠBT2: Spoznaja bolesti).

a. Koncept: ŠBT2 otkrivena slučajno - „Pa zar je moguće da sam ja bolestan?“

Za koncept je tipično da je bolest otkrivena slučajno, te je predstavljala iznenađenje i dovela do snažne emocionalne reakcije i nevjerice je li bolesnik zaista bolestan ili nije, a ako je bolestan, bolesnik se pitao kakva je to uopće bolest, kako je nastala i koje su njezine poslijedice. Koncept je utemeljen na tri glavne kategorije: tjelesni doživljaj ŠBT2, potom kognitivne, misaone reakcije i emocionalne, osjećajne reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2.

i. **Kategorija tjelesni doživljaj ŠBT2 (odsutni simptomi i znakovi)** ukazuje na važnost programirane rutinske kontrole kod liječnika obiteljske medicine, sistematskih pregleda ili na ulogu prijatelja u otkrivanju ŠBT2, s obzirom da je u većine (dvije trećine) bolesnika ŠBT2 otkrivena neočekivano, slučajno, uz odsustvo simptoma bolesti.

„… ja nisam išla često kod doktorice. Al slučajno jednom sam vadila krv i našla je šećer…“(F1)

„Pa, bilo mi je malo čudno... Nisam očekivao. Jer u vojsci smo imali često te preglede i nikad niš! Dobro, masnoće su od prije bile malo povišene, al šećer nikad. I bil sam malo iznenađen!“(M12)

„Gledajte to se desilo ovako. Ja sam išla sa suprugom na more, ali prije toga povremeno sam pojačano pila tekućinu, u noći sam se dizala, pila sam, nikad nisam na to pomislila, nikad! Pretežno, ovoga, misla sam, to je ovoga, to ljeto i to, znate. I onda smo otišli u Rovinj, i tamo su nam prijatelji bili. I mi smo odlazili ujutro da se pozdravimo od njih, i ja kažem toj prijateljici „Dodaj mi vode, žedna sam!“ Kaže ona „Kud već u osam?“ Reko: „Žedna sam!“ A njezin suprug je dijabetičar i on meni kaže „Ma možda ti imaš šećer!“ I tako mi se otkrilo! On mi je izmjerio, imala sam 19! On je imao sa sobom aparatić, jer je on već registrirani dijabetičar. Tako sam je to otkrila! I normalno, došli smo kući, opet sam ga imala. I tako, sad sam na "Vuku Vrhovcu" i eto to.“(F10)

ii. Za **kategoriju kognitivne, misaone reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2 - „Možda je to samo laboratorijski poremećaj, a ne bolest“)** tipično je da su se bolesnici pitali jesu li ili nisu bolesni jer im se činilo da se radi samo o laboratorijskom parametru, a ukoliko su i shvatili da jesu bolesni često su mislili da se radi o trenutnom ili privremenom stanju. Manjina bolesnika koji su odmah shvatili da je to bolest pitali su se kakva je to bolest, kako nastaje, koje su njezine poslijedice, osobito za bolesnikovo funkcioniranje.

„Ja to nisam shvatio kao bolest, uopće nisam shvatio. Možda da sam to shvatio na početku ozbiljno možda ne bih došao do inzulina....“(M1)

„Je za mene je bolest ono... kada si ti... kad ti je smanjena aktivnost... il mora biti... kaj ja znam..kad te boli nešto ... kad ti nisi slobodan...“(M11)

« ...Al velim, ja se ne osjećam... bolesnikom ili nemoćnikom nego... dok ja mogu, dok ja ne osjećam neke druge probleme, taj šećer mi ne predstavlja nikakvi problem!“(M11)

„Pa ne, nisam ja ni verovao kaj je ta trakica pokazala! Jer nisam nikaj osećao, jedino kaj sam znal primetit je da kad bi bil na miru da mi se više spava. Al drugo nisam nikaj osećal.“(M14)

„Ja sam mislila da je to možda trenutačno, pa bude prošlo... to je možda bio napor... i sunce jako, i posao... i mislila sam možda da to ono...organizam se malo iscrpio, pa sam mislila, vremenski se to bude...primirilo.“(F8)

„ali... samo to, kad čuješ...nekak si onak...kak baš ja? Zakaj baš ja...“(F6)

„ Nisam sad ja jela pečene odojke, il ne znam šta! I zato me sad nervira od čega sam ja sad to dobila! Jer to može biti ili od stresa ili od tih masnoća koje sam imala! E pa sve me to nervira. Stvarno ne znam od čega je to sad došlo. I stvarno me muči!“(F14)

„...Pa onda me brinulo od kud meni ta šećerna bolest. Jer neki razlog mora biti! U organizmu neš ne mre štimati pa da ju čovjek ipak dobije. A mislim da bi mi bilo puno lakše da znam otkud je ona nastala.“(M15)

„Pa, brigu, jesam, brigu sam osjećala kako će bolest ići, da... i kako ću se brinuti za djecu... i tako. U tom smislu...Kako ću se nositi s time i oće to imate neke... ono... poslijedice i tako... u tom smislu. Onda mi je dijete jedno bilo 14 godina i drugo 18 godina.“(F3)

iii. Za **kategoriju emocionalne, osjećajne reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2**, u iskustvu dominira burna reakcija koju bolesnici opisuju kao šok, iznenađenje, revoltiranost i bijes, zabrinutost za budućnost i poslijedice bolesti. Međutim, postoji potkategorija, iskustvo nekih bolesnika koji su reagirali smireno ili čak s omalovažavanjem.

„Meni je to dosta šok bio, znate! I bilo mi je par dana, ne znam sad da Vam kažem, ne mogu reć cijelih mjesec dana, ali par dana sam stalno o tome mislila, bila sam očajna!“(F10)

„Jako me to razljutilo... iskreno... prva emocija je bila bijes. Ne, ja ... nemam želju živjet vječno, znate ono, ali sama činjenica da moram ovisit o nekom me... ubija u pojam! To je bio razlog bijesu. Revolt, da ja sad moram ovisit o zdravstvenoj pomoći odnosno liječničkoj pomoći. Ja sam se uvijek hvalio time da se mogu zakopat u rupu i preživjet. A sad odjedanput više ne mogu. To je grozno! Osjetio sam nemoć i bijes.“(M2)

„Pa nešto specijalno nisam mislil. Niti osjećal. To su našli u nalazu i to je to.“(M15)

„Pa... znate šta...kad mi je rekla doktorica opće prakse...to sam onako olako shvatila i nisam uopće razmišljala o tome.“(F1)

b. Koncept: ŠBT2 je bila očekivana - „Ovo sam i očekivao!“

Za koncept je tipično da je bolesnik uslijed pojave simptoma očekivao da bi mogao oboljeti od ŠBT2, stoga saznanje dijagnoze ŠBT2 ove bolesnike nije iznenadila, a dio njih je čak osjetio olakšanje činjenicom da se ne radi o težoj bolesti. Bolesnici su se pitali u kojoj mjeri će ih bolest zahvatiti/oštetiti, te kako će se odraziti na njihov život. Unutar koncepta se mogu razlučiti tri glavne kategorije: kategorija tjelesnog doživljaja ŠBT2, kognitivne, misaone reakcije, te emocionalne, osjećajne reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2.

i. Za **kategoriju tjelesni doživljaj ŠBT2 (prisutni simptomi i znakovi)** tipična je pojava simptoma karakterističnih za ŠBT2 koje su bolesnici osjetili i sami potražili pomoć liječnika. Većina ovih bolesnika bila je upoznata sa simptomima ŠBT2 temeljem prethodnog iskustva unutar obitelji ili šire okoline.

„Pa, čujte... u principu ja sam znala…. Ja otprilike uvijek u svom organizmu znam kakvo je bilo i kakvo je sada. Mene su počele uši svrbiti strašno. I ja sam mojoj kolegici na poslu rekla, ja velim, ja ti sigurno bolujem od šećera. I otišla sam doktorici i ja sam imala taj šećer. Tako da mene to nije toliko iznenadilo... Vis-a-vis toga što je kraj mene, moj otac i moja majka su bili... koji su bili šećeraši... i imala sam trudnički šećer, što je meni doktor rekao da sam predispozicija šećerne bolesti. Tako da mene, iskreno, to nije ništa iznenadilo.“(F2)

„Znate kak je to bilo, ja sam sama osjetila da imam šećer. Budući da sam u familiji gdje svi imaju šećer ja sam ga prepoznala… I onda sam ja otišla svojoj doktorici i rekla sam: „Gospođo doktor ja imam šećer.“(F12)

„Gledajte, ja sam, ovoga... očekivao da će se tak nešto desiti obzirom da mi je tata imao šećernu bolest, da sam ja u vrlo stresnim uvjetima radio i bilo je za očekivati da će se to desiti.“(M9)

ii. Za **kategoriju kognitivne, misaone reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2 („Pa već sam to vidio i znam što je!“)** karakteristično je da su ovi bolesnici već imali određenu predodžbu općenito o ŠBT2 i životu s njom. Stoga su uglavnom bili misaono

okupirani kako i u kojem stupnju će ŠBT2 zahvatiti/oštetiti baš njih, hoće li biti sposobni provoditi preporuke, kako će se odraziti na obitelj, hoće li moći ispunjavati svoje uloge, hoće li sada biti ovisni o drugima, te hoće li morati uzimati inzulin.

„A, pošto mi je teta tako umrla... umrla je u krevetu...u roku od pol sata je otišla, sirota... I ja sam si mislila: znači, to mene možda čeka, sada, sutra ili kad će to se dogoditi...“(F4)

„Onda me zabrinulo kako ću ja sad dalje... I kako će se to odraziti u familiji, u obitelji, znate. Kod nas je to možda... da neću moći...da ću često ići na ta bolovanja, da će me često zaboljevati, pošto radim na takvim poslovima... Znate, ako je čovjek na bolovanju nema plaće, nema ništa.... kad sam doznao za to, najviše me obitelj, znate, najviše reko šta će sad sa njima biti. Mali mi je deseta godina, kćerka završila prvi srednje.“(M5)

„Pa, brinulo me je recimo... imao sam problema sa padom šećera... dogodilo mi se dvaput u autu, na autoputu, kod jako brze vožnje. Panika je nastala. Bio sam toliko spreman da sam uspjel stati i prvi put uopće nisam znao kaj se dogodilo. Pa, mislio sam, zapravo brinul sam...da ne ubijem nekoga drugog i sebe u autu. To ...I razmišljao sam, sad ako ostanem u nesvjesti i ne znam... kako ću opće javiti, tko će to primijetiti. To mi je išlo kroz glavu kada sam...A kako sam ja šofer, to me još više brinulo, kako ću dalje raditi...“(M8)

„Pa, zabrinuo sam se, normalno! Pa, mislio sam da bi trebalo... malo... tu prehranu... i svega toga... malo smanjiti. Pripaziti na prehranu, da. Sad... kako ću to napraviti i koliko ću to moći...“(M13)

iii. *Za* **kategoriju emocionalne, osjećajne reakcije na saznanje dijagnoze ŠBT2** karakteristično je da ovi bolesnici nisu bili iznenađeni, niti zabrinuti, a dio bolesnika čak je osjetio olakšanje činjenicom da simptome nije izazvala neka teža bolest.

„... i imala sam trudnički šećer što je meni doktor rekao da sam predispozicija šećerne bolesti. Tako da mene, iskreno, to nije ništa iznenadilo...I nisam niš specijalno osjećala kad sam saznala. Meni je to bilo normalno. Mislim normalno. Mislim normalno, kak da kažem. Bilo mi je malo žal ali, šta se može, tu je... tu je šta je.“(F2)

„Do tad sam si mislila:"Pa nije vrag ak cijela familija ima, pazite molim Vas, kak je to mene mimoišlo!?"I zato to meni nije bilo uopće stresno saznanje. Ja sam to sve normalno prihvatila."(F12)

„Ne, ja sam onda znala kad su mi nalazi pokazali da imam visok šećer kaj je... reko ovaj... na neki način mi je bilo lakše kad sam saznala od čega je. Jer imala sam tih simptoma…Jer sam saznala što je to zapravo. Kak ti neko olakšanje. Jer prije mi je bilo ono teško... kaj nisam znala kaj mi je."(F5)

c. Koncept: Prihvaćanje dijagnoze ŠBT2 - «Imam šećernu bolest»

Iskustva bolesnika ukazuju da je suočavanje s dijagnozom pospješeno: adekvatnim prethodnim znanjem i iskustvom sa ŠBT2 (predodžbom ŠBT2), povjerenjem u liječnike, dovršenošću dijagnostičkog postupka, boravkom u bolnici, postojanju predosjećaja da će oboljeti od ŠBT2, optimističnog raspoloženja bolesnika i potrebi da u tom trenutku bolesnik bude sam sa sobom.

i. Kategorija znanje i prethodno iskustvo sa ŠBT2 temelji se na predodžbi bolesnika o ŠBT2. Unutar kategorije se pojavljuju 3 potkategorije. U slučaju posjedovanja pravilne (adekvatne) predodžbe, bolesnici ne samo da su prepoznali simptome i time utjecali na brže otkrivanje bolesti, već je i proces prihvaćanja dijagnoze bio kraći jer se nisu pitali kakva je to bolest i da li su bolesni, već su bolest brže spoznali i brže se s njom hvatali u koštac. Međutim, kada je predodžba bila krivo utemeljena (imala negativan role model) ili pak ako predodžbe nije uopće bilo, onda je suočavanje s dijagnozom bilo neadekvatnije.

„… vidio sam kak se žena s tim nosi... jer ona je dvije godine prije mene... su njoj našli. Pa sam onda tak... malo pratil kako ona se s tim nosi... tako da nisam baš bio ono... previše zabrinut, jer ona je puno viši šećer imala, njoj je i pozlilo. Ona je imala 28. Tak da mi je bilo olakotno to što sam mogao vidjeti kako je to. A vidio sam ja i... imao sam ja ovak... susjede kaj su imali inzulin.. oni su si čak i sami inzulin davali. Pa sam vidio da ako se pazi...Da se može s time u životu." (M12)

„Moja teta je isto dijabetičar ...ali isto je i ona pojela i šta... i nije se baš pridržavala redovno...pa sam ja mislila... pa kaj, nije to niš. To nije niš!"(F2)

„Ja to nisam teško doživio, ne. Jer mislim da to nije najteža bolest. Imam susjeda... ma živi ko da ju nema!"(M3)

„Nije me nešto previše brinulo jer već sam ja znao, ovoga... od prije to, pogotovo ne taj tip 2, ne? Ja sam čuo za to! U firmi oko mene, ne, neki imaju. A isto imaju tak, trbuh ko ja, tak da sam pretpostavljal da je na mene došo red. A dobro su, žive normalno..."(M10)

ii. Kategorija važnost liječnika – „Liječnik mi je rekao!" opisuje

važnost povjerenja u liječnika koji je saopćio dijagnozu bolesniku, te dao početne, dozirane informacije o ŠBT2, te životu s njom. Bolesnicima je, pri saopćenju dijagnoze, bio važan i liječnikov stav i odnos prema bolesti jer je utjecao i na njihov doživljaj težine bolesti. Dio bolesnika smatrao je da im liječnik nije dao jasne upute o kakvoj se bolesti, tijeku i posljedicama radi, te važnosti pridržavanja terapije, i/ili umanjio ozbiljnost stanja pa su ŠBT2 olako i doživjeli.

„Moj obiteljski liječnik slučajno mi je otkrio šećer, bio je 10,8. i sad... taj liječnik...odmah me pitao: jeste li Vi alkoholičar? Rekla sam da nisam. Eto... to mi je stvarno bilo uvreda. Bilo mi je to malo stvarno i neugodno, a i glupo pitanje od jednog obiteljskog liječnika koji bi morao znati kakva sam. A moj doktor je mene sa svojim pitanjem, koje možda treba biti postavljeno, ali puno taktičnije, on me je s tim pitanjem toliko odbio od sebe da što god mi je savjetovao ja više nisam niti pratila. Nisam željela s njim surađivati. Jednostavno nisam više imala povjerenja u njega."(F3)

„Recimo, ima nekih liječnika, kod kojih sam ležal, ne želim ih imenovat ali sam, ih jednostavno dao oči u oči do znanja... rekli smo si sve jedno drugome... koji nisu bili u redu prema pacijentima... ne samo prema meni nego i prema nekim drugima i prema toj bolesti i tako. Pa, recimo da izuzmem doktora koji me sad vodi... on je jedan izuzetan, izvanredan liječnik i čovjek... i prvi dolazak kod njega... ja se sjećam... ja sam došao sa ove tri fascikle su bile pune nalaza papira, svega. Jedno sat vremena on nije rekao ni riječ. On je to svaki papir uredno pogledao, sve pročitao i tek onda me počeo pitati. A nekad dođeš kod nekoga, dobar dan imam šećer 18 i sad on ti odmah nekaj tamo veli, a nije ti ni pogledao papire niti te kaj pitao od kad ti to imaš. Kad si vadil krv barem ili

nekaj. Znači, trebaš malo s čovjekom razgovarati. Al nisu svi ti ljudi isti, samo neko povjerenje treba čovjek imati u liječnika."(M8)

„Al kad ne znaš od čega kad ti je slabo, onda se toga bojim recimo da mi se ne snizi. Ne znam jel bi pala u komu, ili kad mi je previsok jel bi u komu i tako....Jednostavno nisam dobila dovoljno informacija o tome! Skoro pa ništa! Što se tiče oko toga, ništa...To je bilo tada prvi puta kad mi je sestra to objasnila, i to Vam je sve!"(F10)

iii. Kategorija uvid u laboratorijski nalaz („Pokazale su dijagnostičke pretrage") opisuje da je dio bolesnika smatrao da je ŠBT2 prolazno stanje sve dok se u trajnost stanja nisu uvjerili uvidom u kontinuirani nalaz povišenog GUKa češćim kontrolama.

„Ja sam mislila da je to možda trenutačno, pa bude prošlo... to je možda bio napor... i sunce jako, i posao... i mislila sam možda da to ono...organizam se malo iscrpio, pa sam mislila, vremenski se to bude...primirilo."(F8)

„Pa tako nekako, godinu, godinu i pol dana nakon što sam shvatio da je gotovo, da nema povratka, još uvijek sam se malo nadao, al kad sam shvatio kroz mjerenja i praćenje bolesti da ne mogu imati normalnu količinu šećera u krvi"(M2)

iv. Kategorija bolnica kao hram bolesti („Zar bih bio u bolnici, sve ono prošao da nemam bolest?") utemeljena je na doživljaju bolesnika da je odlazak u bolnicu specijaliziranu za ŠBT2 potvrda važnosti i ozbiljnosti bolesti, kao i jedan oblik inicijacije u svijet bolesnika koji boluju od ŠBT2 (dobili su dijabetičku knjižicu i boravili zajedno s bolesnicima od iste bolesti što je potvrda da tamo pripadaju) te ju više nisu mogli olako doživjeti. Navedeno je ubrzalo spoznaju da boluju od ŠBT2.

„I kad sam došao, u biti, na Vuk Vrhovec... i odmah kad su meni oni tu... stvarno dobro educiraju... i onda sam... dobiš te knjige i onda sam malo proučiš, vidiš šta... dobro, ja vjerujem da je to malo...malo je pretjerano u svemu tome, ali svejedno dobro je. Saznaš puno toga. Ali, ovaj... ne treba se čovjek zbog toga dovoditi u pitanje. Jer nema onoga: kad si kažeš neće se to meni dogoditi, dogoditi će se drugome! Ako si neuredan onda pogotovo će se tebi dogoditi! U tom smislu da. Tu nema razgovora, to sigurno! Ja sam odmah shvatio kad je ono zabolilo i to sve skupa... da ako sad ne promijenim...da će biti

gadno. A i znao sam da sam već mogao... prije dosta vremena... a ja sam stalno, po malo, ipak to odgađal... a da nisam možda mi se to ne bi... ne bi mi se sigurno dogodilo.“(M6)
„Ja to nisam odmah tako shvatila da sad sam ja šećeraš i... ne znam... dok nisam otišla na Vuk Vrhovac. Znači, ta spoznaja je zapravo došla tamo. Mislim da je to zato jer je to ustanova koja se baš bavi tom bolešću, da. Kao da to dalo jednu težinu toj bolesti...“(F3)
„Aha, dobro, je, moram ići gore na Vuk Vrhovac, onda su tamo pogledali me i zaista nalazi jesu u redu... moraš jesti manje... a tamo pak ima... to je ko krsna bolnica gdje su uglavnom stariji ljudi... uglavnom debeli ... ili su mršavi pa imaju doista poremećaj, ali većina stvari se svodi na hranu. Tu sam pouku shvatio, korigirao prehranu, koliko god sam mogao... kile su pale, šećer je pao...“(M7)

v. **Kategorija predosjećaj ŠBT2 („Imao sam predosjećaj“)** opisuje olakšavajući utjecaj adekvatne predodžbe ŠBT2 i predosjećaja temeljenog na njoj u procesu spoznaje bolesti. Naime, u manjine bolesnika (trećina) dijagnoza bolesti postavljena je očekivano nakon što su bolesnici prepoznali simptome bolesti, te su otišli LOM-u sa zahtjevom da laboratorijski odrede vrijednost šećera u krvi. Većina ovih bolesnika bila je upoznata sa simptomima šećerne bolesti jer su imali obiteljsko opterećenje šećernom bolešću ili su simptome poznavali preko literature.
„Pa, čujte... u principu ja sam znala. Meni je... ovaj, meni vele da sam vještica. Ja otprilike uvijek u svom organizmu znam kakvo je bilo i kakvo je sada. Meni su počele uši svrbiti strašno. I ja sam mojoj kolegici na poslu rekla, ja velim, ja ti sigurno bolujem od šećera. I otišla sam doktorici i ja sam imala taj šećer. Tako da mene to nije to toliko iznenadilo... Vis-a-vis toga što je kraj mene, moj otac i moja majka su bili... koji su bili šećeraši... i imala sam trudnički šećer što je meni doktor rekao da sam predispozicija šećerne bolesti. Tako da mene, iskreno, to nije ništa iznenadilo.“(F2)
„Znate kak je to bilo, ja sam sama osjetila da imam šećer. Budući da sam u familiji gdje svi imaju šećer ja sam ga prepoznala. Bili smo na putu iz Padove, Italije i najedanput meni usta suha ja ne mogu utažit žeđ, tak da sam susjedu u dućan poslala da kupi nekaj za popit, tak da sam ja 2 litre Sprita popila.I tak sam ja, budući da su svi oko mene bili na inzulinu pa su imali aparatić, i tak sam ja išla izmjerit šećer i bil je 13,9. I onda sam ja otišla svojoj doktorici i rekla sam: „Gospođo doktor ja imam šećer“, te me je ona

odmah poslala na Vuk Vrhovac, jer je puno mojih u familiji imalo, tak da to nije bilo nikakvog gombanja, sim tam, nek sam ja odmah otišla na pravo mjesto. Znate kad živite s tim u familiji dugi niz godina onda Vam to nikaj nije novo! Praktički sam ja onda imala 57 godina i rekla sam si prije toga: „Pa nije vrag ak cijela familija ima, pazite molim Vas, kak je to mene mimoišlo!?" I zato to meni nije bilo uopće stresno saznanje. Ja sam to sve normalno prihvatila."(F12)

vi. **Kategorija optimistično raspoloženje bolesnika** opisuje važnost utjecaja optimizma kao bolesnikova dominantnog raspoloženja u procesu spoznaje. Optimizam, sklonost pozitivnom shvaćanju, gledanju svijeta uz očekivanje najboljeg mogućeg ishoda, je prema iskustvu bolesnika povezan s bržim i uspješnijim procesom spoznaje bolesti, a pesimizam sa sporijim i neuspješnijim.

„Pa olakšalo mi je spoznaju to što sam optimist... šta sad. To je tako. Čovjek se mora ... ja sam uvijek bio optimista i uvijek sam ja... ja imam želju tu...takvu... za naprijed i to... nije meni to sad... to je tako!"(M6)

vii. **Kategorija potreba bolesnika da u trenutku spoznaje ŠBT2 bude sam („Spoznao sam sam, zar bi mi trebao još netko ili nešto više da shvatim ono što je očito?")** opisuje iskustvo većine bolesnika da su kroz proces spoznaje prolazili sami jer se naprosto radi o procesu koji sam moraš proći. Međutim, unutar ove kategorije pojavljuje se potkategorija važnosti posjedovanja obitelji koja je dijelu bolesnika olakšala spoznaju bolesti kao činjenica da u tako ružnoj vijesti nisu sami.

„Sam sam prošao spoznavanje bolesti!"(M9)

„Ha, nemaš šta tražiti! Sam se moraš sa time suočiti!"(M13)

„... jel, podršku sam imal od supruge i trebal sam je u početku, ono čisto moralno."(M8)

Tema 2: Prihvaćanje ŠBT2 kao „nove stvarnosti“ i zajednički suživot

Kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije o iskustvu bolesnika s prihvaćanjem ŠBT2 dobiveni rezultati ukazuju na postojanje četiriju podtema. Bolesnici najprije navode osobna iskustva s poimanjem teme prihvaćanja bolesti koje imaju sematička obilježja specifična za svakog pojedinog bolesnika. Zatim navode iskustva relevantna za sadržaje prihvaćanja, specificirajući što im je potrebno znati o bolesti da bi ju prihvatili. Također opisuju kroz koje su faze tijekom procesa prihvaćanja prolazili, te opisuju primjenjene strategije i karakteristike te „nove stvarnosti“, života sa ŠBT2 (Prilozi: Tablica IIb: Kodna knjiga - Bolesnici od ŠBT2: Prihvaćanje bolesti).

Podtema 2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja ŠBT2

Da bi bolest mogli prihvatiti, bolesnici su, sukladno njihovim iskustvima, imali potrebu objasniti sebi i drugima što podrazumijevaju pod pojmom prihvaćanja bolesti. Unutar ove podteme identiciran je jedan koncept koji opisuje razumjevanje pojma prihvaćanja za samog bolesnika.

a. Koncept: Semantičko značenje pojma prihvaćanja bolesti

Koncept upućuje na specifično značenje pojma prihvaćanja bolesti za samog bolesnika, a najčešće je opisan „narativno“ i bogat je stvarnim i simboličkim značenjima. Koncept je utemeljen na dvije kategorije: neminovnost i pomirenje.

i. **Kategorija neminovnost** upućuje na iskustvo bolesnika o nepostojanju mogućnosti izbora u procesu prihvaćanja bolesti. Naime, na kognitivnoj razini ŠBT2 je bila prisutna i nije ju se moglo negirati jer je objektivna činjenica. Međutim, iskustvo bolesnika ukazuje i na emocionalnu komponentu, najčešće žalosti što je baš tako moralo biti.

„Ha, prihvatit bolest da ne kažem moram, ne, pod mus, ali to je, to je pod mus! Ili, ili. Ili živit, ili... Jer ja ne mogu reć da ne živim normalno Ja živim normalno. Ili nikako. Znači...“(M1)

„Pa, prihvatio sam bolest jer sam morao. Nisam ja sad imao izbora... ja osobno neću šećernu bolest, al tko me pita! Činjenično stanje je takvo kakvo je, i nemaš izbora.“ (M8)

„Pa, morao sam prihvatiti... hoću, neću! Vidio sam nalaz i ne mogu tu ništa drugo nego prihvatiti! Mogu se slikati!“(M13)

ii. **Kategorija pomirenje** upućuje na kognitivno iskustvo bolesnika o prihvaćanju stvarnosti onakvom kakva je, da je ŠBT2 stvarnost od koje je nemoguće pobjeći i s kojom se mora pomiriti. Doduše, mirenje sa stvarnošću povezano je sa tugom i sjetom.

„Ali meni to i dalje smeta, ja sam i dalje žalostan, ali jednostavno sam se pomirio sa sudbinom.“(M2)

„Pa, čujte, sa tim se čovjek mora pomiriti. Teško je normalnom čovjeku to prihvatiti, tu bolest... i to sve. Ja... Nije nikome lako, mislim. Ali, ja moram to prihvatiti, i tako mi je. A teško mi je bilo.“(M5)

„Šta za mene znači prihvatiti bolest? Na neki način, da vam bude lakše pomiriti se sa takvom sudbinom... netko veli, „To ti je sudbina“! Prihvati tako kako je, ali ne daj se niže ispod toga! Nemoj se spuštati dole skroz do dna. Ostani na toj trojci, četvorci... Penji se gore ako si u stanju. Ako nisi onda ostani tu negdje na toj razini.“(M8)

Podtema 2.2. Sadržaj prihvaćanja

Unutar sadržaja prihvaćanja bolesti mogu se izdvojiti dva koncepta: upoznavanje karakteristika ŠBT2 općenito i upoznavanje karakteristika vlastite, „moje ŠBT2“ i pronalaženje načina samopomoći, „kako si mogu pomoći.“

a. Koncept: Upoznavanje ŠBT2 općenito

Rezultati analize pokazali su da je poznavanje ŠBT2 općenito važan koncept iskustva bolesnika. Neznanje je u bolesnicima budilo strepnju od nepoznatog što je otežalo proces

prihvaćanja bolesti. Koncept je temeljen na četiri kategorije: saznanje o sadržaju ŠBT2 koji su željeli upoznati (uzroku, prezentaciji, tijeku, komplikacijama, liječenju i prognozi ŠBT2), potom izvorima tih informacija: profesionalci, drugi bolesnici od ŠBT2, te prikupljanju tih informacija iz ostalih izvora

i. **Kategorija sadržaj ŠBT2 (znanje o uzroku, prezentaciji, tijeku, liječenju, komplikacijama i prognozi)** temelji se na sadržaju ŠBT2 kojeg su bolesnici željeli upoznati, a koji uključuje saznanje o uzroku, prezentaciji, tijeku, komplikacijama, liječenju i prognozi ŠBT2, „da znaš što se događa u toj bolesti".

„Znate, ja sam od onih tipova koji, ako sam bolesna, hoću znati sve o bolesti, kak da si pomognem sama i koje lijekove da uzimam. Puno mi je pomoglo i to kaj sam bila u kontaktu s tim prek familije, al isto tako sam još puno literature tražila, dodatno su mi snaha i kćer skinule preko interneta. Tak sam ja dodatno znala sve u detalje."(F12)

„Odmah sam ja to prihvatio... Pa možda i zbog načina kako su mi objasnili. Ne znam, više se ne sjećam tko je bio gore. Je li onaj profesor Car ili...ovaj... ali prihvatio sam. I sad, nisam se ja puno ni opirao, mislim, dobro, u redu...A bila je i jedna, mislim medicinska sestra koja je to lijepo objasnila, jel? Da se s time može živjeti jer oni odmah tamo...te posjednu pa ti to objasne. I tako..."(M6)

„Prihvaćanje bolesti bi mi olakšalo samo saznanje kakva je to bolest... Da sam bila više upoznata. Nisam znala zapravo šta je to i kakva je to bolest. Bila je kao nekakva enigma. I kad sam se počela s njom hvatati u koštac... onda sam ju razumjela i vidjela da mogu. Jer prvo čega se čovjek boji je nepoznato. Ja nisam o njoj skoro ništa znala, nisam znala šta me čeka, a bojala sam se puno pitat da ne saznam nešto još gore! Tako se čovjek vrti u krug dok se konačno ne odvaži i ipak ne potraži informacije o njoj. A da sam odmah znala bio bi vjerojatno kraći taj period vrtenja u krug i brže bih se uhvatila u koštac s njom."(F3)

ii. **Kategorija liječnik kao izvor informacija i podrška** temelji se na kombinaciji kognitivnog i emocionalnog iskustva bolesnika o liječniku. Za bolesnika liječnik je važan izvor informacija o bolesti. Sukladno iskustvu bolesnika, informacije trebaju biti individualizirane, dozirane, u početku osnovne, a kako vrijeme protječe sve specifičnije.

Međutim iskustvo također ukazuje i na važnost tople ljudske riječi i emocionalne podrške od strane liječnika ili drugog zdravstvenog profesionalca, te korištenja za bolesnike razumljivog jezika.

„Moja doktorica...Ona me smirila, al malo po malo, polako mi je rekla – nije to tak strašno,... nije išla udarno onak... možete imati infarkt... možete imati moždani udar... može vas baciti na sred ulice... nije to tak, ona je sve to meni fino objasnila onda, ali na drugi način! Normalno, sve kaj to je i kaj mi se može dogoditi s tom bolesti...da, normalno. Ali na neki način me je smirila i onda smo malo to tak skupa razmotrili i onda smo počeli tako živjeti."(M8)

„Liječnik je važan, najvažnije da on, onaj moj dnevnik, ne da baci samo... prelista, da on doslovce pogleda... kakve su vrijednosti ujutro u osam... kakve su u deset. Da se on doslovce posveti. Da on meni ukaže: pa ovdje ti ne valja ovo, il si ovdje nešto pojela il si Da bila živčana i tak! Znači on ukazuje na nedostatke. Jer nije sve u pikanju.... najlakše se je pikati. A hrana. A jelo, a pilo... sve ostalo. Pa da jasno objasne kako se treba odnositi prema bolesti. Kako se treba suočiti sa bolesti. Posljedice te bolesti. I to je to, nema trećeg."(F1)

„Znate ne bih voljela da sam puno o tome diskutirala na početku, tad je i bolje je da čovjek neke stvari ne zna!Pa imamo onu knjižicu od doktora endokrinologa. Dobio je muž pa sam i ja to čitala. Ali ne volimo baš puno se opterećivati! Ne volim puno slušati o tome! Da me ne opterećuje puno! Liječnik je važan da dobro objasni. Al jako je važno da čovjek ima volju promijeniti ono kaj mu savjetuje liječnik. Zato sam, možda sam ja i važnija. Ali važno je da možeš pitati, prodiskutirati sa doktorom onda kad ti treba. Jer kak da nešto provodiš, ak ne znaš kako! Posle razgovora s doktorom moraš se opustiti jer si siguran zašto nešto radiš, a isto moraš znati da li ono što radiš, radiš dobro! A kad si siguran kako nešto napravit i zašto to uopće trebaš napravit, e tada možeš biti opušten, a tada će i šećer biti bolji! A to je i smisao svega, zar ne?"(F11)

iii. Kategorija učenje o ŠBT2 na temelju iskustva drugog bolesnika od ŠBT2 upućuje da se posebno za vizualizaciju same bolesti, tijeka i posljedica, te dobivanju konkretnih savjeta, učenje na iskustvu drugog bolesnika od ŠBT2 pokazalo važnim u prihvaćanju bolesti. Međutim, unutar kategorije se pojavljuje potkategorija prema kojoj

neki bolesnici nisu imali potrebe učiti na tuđim iskustvima, niti željeli razgovor s drugim bolesnicima.

„Pa ja mislim da bi bilo poželjno da se prvo porazgovara s nekim koji ima tu bolest. Kao ja na primjer. Zaista mislim da je poželjno da se nađeš s ljudima koji boluju od iste bolesti. Znate, ljudi svašta probaju. I sam način, uz razgovor, druženje, o pa to je stota igra! Puno ljudi ima koji nemaju idealne odnose doma, znam ih puno, da bi neko ovak utočište neko našli, recimo sat dva, možda bi i bolje podnosili to sve. Podijelili neka mišljenja, brige, možda bi drukčije i to podnijeli! Ljudi znate nemaju s kim porazgovarat, niti imaju nekoga za podružiti se. Ja vjerujem da bi puno njih bilo za druženje s ljudima koji boluju od iste bolesti. Kao neki klub. Ja sam pokretan, odem gdje želim. Al puno njih ne mogu i to bi sigurno bilo korisno.“(M14)

„Pa to kad sam popričala s tim šećerašima, prijateljima moga sina! S nekim tko je te posljedice imao. Sve se poklopilo! I da sam imala priliku posle pričati s takvim ljudima još više! Pa, mislim da bi, ako ništa drugo, barem to druženje pomoglo... kako bi Vam rekla, s nekakvim ljudima koji imaju iste probleme... jer i tako će to meni doći, a može mi biti samo bolje ako me savjetuju, porazgovaraju, razmijenimo iskustva...“(F7)

„Pa ja to baš ne volim družiti se s ljudima koji boluju od šećerne bolesti. Naprimjer kad smo tamo na Vuk Vrhovcu bili bolesnici skupa, pa su nas učili kaj trebamo kaj ne, jedan kaže ima 10, drugi 27, a treći da su mu odrezali nožni palac. Ne znam, mene je to onda tak dodatno izživciralo, prepalo! Sva sam uznemirena došla doma.“(F14)

iv. Kategorija aktivno traženje ostalih izvora informacija o ŠBT2 opisuje potrebu bolesnika da, pored zdravstvenih profesionalaca, potraži dodatne izvore informacija objavljene u specijaliziranim pisanim materijalima, npr. zdravstveno-odgojni edukativni materijali (knjižice, jelovnici ili pisane upute), ali i informacije objavljene časopisima, na radiju, televiziji i internetu. Međutim, unutar kategorije se pojavljuje potkategorija prema kojoj su nekim bolesnicima nerazumljivo i/ili suhoparno pisani jelovnici i knjižice bez popratnog objašnjenja i individualizacije od strane liječnika donijeli samo zbrku, zbunjenost, nesigurnost, te bili otežavajući faktori za prihvaćanje bolesti.

„Ne shvatiš ozbiljno, a onda pročitaš u novinama, vidiš na televiziji emisija. Vidiš čovjek ima 40 godina šećernu bolest, a još vitalan. Znači kad se držiš terapije možeš živjet normalno. I to je podstrek. Zato je važno da se više i otvoreno priča o toj bolesti! Znate nije se prije tako pričalo o dijabetesu Samo da je što više na televiziji, i u novinama. Da, tako i obitelj, ako mene nema sve mi prenose. Mediji dosta utječu na prilagodbu...”(M1)

“Da... ja sam se ono…. I knjigu sam dobila... i u bolnici kad sam bila... i sve sam to čitala po dva puta, tri...I, čak sam i sad nekad se sjetim pa si to još malo...Pročitam, da.“(F5)

„Pa je, ono čula sam u društvu i medijima, znala sam da je opasna sljepoća, pa ono druge posljedice velike, kaže tiha bolest! I najgore je kad si ti u toj koži! Možda eto da mi je to netko stručno objasnio, znate, neg sam se ja preko literature infornurala, čak i doktorica mi je dala jednu knjigu iz ambulante, od sebe, veli mi:”Evo Vam pa si to čitajte!“. Pa su brošure izlazile u Večernjem, to se svaki dan uzimalo. Sve to knjižice sve to, svaka na svoj način kaže, al ovisi opet ovoga kako ti to shvatiš!“(F10)

b. Koncept: Upoznavanje moje ŠBT2 i kako si mogu pomoći

Rezultati analize iskustva bolesnika ukazali su na potrebu upoznavanja vlastite ŠBT2, kao i poznavanja samokontrole i samoregulacije vlastite bolesti, primjenjujući znanje o ŠBT2 općenito na vlastitu ŠBT2. Unutar koncepta mogu se izvojiti tri kategorije: uzrok moje ŠBT2, upoznavanje simptoma moje ŠBT2, te poznavanje postupaka samokontrole i samoregulacije ŠBT2.

i. Kategorija uzrok moje ŠBT2 („Što je to u meni, gdje sam pogriješio?“) opisuje bolesnikovu potrebu saznanja uzroka vlastite ŠBT2, ne samo onog koji je doveo do nastanka bolesti, već i uzročnih faktora koji utječu na pogoršanje bolesti u cilju pravilnog zdravstvenog ponašanja i preveniranja pogoršanja bolesti.

„ali....kak baš ja? Zakaj baš ja...“(F6)

„A to me tak silno pogodilo jer ja sam smršavila 25 kila nakon što su otkrivene te masnoće! Nisam sad ja jela pečene odojke, il ne znam šta! I zato me sad nervira od čega sam ja sad to dobila! Jer to može biti ili od stresa ili od tih masnoća koje sam imala! E

pa sve me to nervira. Stvarno ne znam od čega je to sad došlo. I stvarno me muči, kak da se sad ponašam!"(F14)

„Pa onda me brinulo od kud meni ta šećerna bolest. Jer neki razlog mora biti! U organizmu neš ne mre štimati pa da ju čovjek dobije. A mislim da bi mi bilo puno lakše da znam otkud je ona nastala. Niti sam s nekim od doktora razgovarao. Bilo bi mi puno lakše! Ovak ja hodam u mraku. Zakaj je to baš mene napalo. Pojma nemam! Liječnike nisam pitao, ne znam, o nekim stvarima bi volio da oni sami počnu pričati, a ne samo da ja pitam. Ovi u bolnici samo me kude, a moja doktorica me savjetovala, al nikad nije o ovome pričala…"(M15)

ii. Kategorija upoznavanje simptoma moje bolesti („Koji su simptomi moje ŠBT2"), kada se javljaju i njihovo značenje se također u analizi pokazalo važnim dijelom iskustva bolesnika u prihvaćanju svoje bolesti. Upoznavanjem simptoma vlastite bolesti, ŠBT2 više nije bila „puki opis" na papiru već nešto što se događa njima samima i s čim se treba nositi, djelovati, u cilju bolje samokontrole i kvalitete života. Posebno su ih brinuli simptomi hipoglikemije.

„Prije ju uopće nisam doživljavala. A sada je malo ozbiljnije shvaćam...ozbiljnije ...onda si mislim...znao mi je po noći šećer pasti na 2. Sva sreća, pa je mene to probudilo, ja sam se probudila sva u jednoj vodi i jedva došla do frižidera, jer su mi svi rekli moraš imati Coca-Cole... u ladici Coca-Cole i to te povrati odmah. Ja sam si mislila... jao...pa ja tako mogu i umrijeti... i kad su oni meni uveli ovaj Lantus... i od tad se to meni ne dešava. Meni ne pada... ja više ne padam...ja nikad nisam pala u hipoglikemiju da bi ja bila u komi, da bi ja izgubila svijest. Nego, ono... ja se koturam, koturam...mokra sam sva... isti čas se moram presvlačiti... ali toga sad više nema."(F1)

iii. Kategorija važnost poznavanja samokontrole i samozbrinjavanja bolesti opisuje sukladno analizi iskustva bolesnika važnost poznavanja postupaka samokontrole i samoregulacije ŠBT2 bolesti jer im je navedeno pružalo osjećaj sigurnosti, mirnoće i smanjenja strepnje, posebno po uvođenju inzulina, te mogućnost da se oslone na sebe. Smatrali su da su se naučili živjeti s bolešću.

„Meni je jako važno da ja imam uvid u svoje stanje. Zato jer sa šećerom se vi ne osjećate uopće loše. Dapače, bolje se osjećate. E, onda kad pogledate na glukometar pa vidiš da je ... da si prekrdašio...onda... ajmo brzo dole. Brzo treba riješiti, taj šećer spustiti. To Vam je kao kad ste studirali, jel... pa onda imate onu parolu na zidu kad je ispit. Svaki dan kad se probudite... ah, još 15 dana... taj pritisak koji vas stalno tjera na to da držite kontrolu! I znate, jako pomogne kad imate mogućnost i kad možete si izmjeriti šećer. Ponekad si možeš mjeriti i 5 puta dnevno samo da naučiš kako ti organizam reagira na određene situacije. Ja sam znao mjeriti po 5 puta dnevno! Mjerim u jutro natašte, pa pojedem, pa opet za sat vremena, pa znate... znači, da vidiš šta se sa organizmom dešava! Kako taj šećer reagira na nekavu hranu... na aktivnosti, na živciranje na ovo, na ono... dok ne uhvatiš te krivulje rasta šećera, i onda ti ide lakše... Znači, kad ujutro imaš šećer, pa onda si izmjerio nakon obroka, onda znam da koliko imam i dalje se tako ponašam. Ako ujutro imam šećer 6 onda nakon obroka ću imati 7 i pol. Ako je već u jutro 8 onda će ići prema 10. Znači, taj omjer se drži negdje tu... koji izaziva u organizmu..“(M9)

Podtema 2.3. Proces prihvaćanja ŠBT2

Analiza iskustva bolesnika ukazala je na postojanje tri koncepta kojim se može opisati proces prihvaćanja ŠBT2. U početku su se bolesnici pokušali „igrati skrivača“ i boriti sami sa sobom, a potom su ih ohrabrili uspjesi i dobri objektivni pokazatelji kontrole bolesti. Postupnost i dugotrajnost bila je značajna karaktristika prihvaćanja.

a. Koncept: Igra skrivača i borba sa samim sobom

Rezultati analize iskustva bolesnika ukazali da je jedna od karakteristika iskustva bolesnika korištenje različitih strategija u procesu prihvaćanja ŠBT2. Koncept je utemeljen na ovim kategorijama: „igri skrivača sa ŠBT2“ i „borbi sa samim sobom“.

i. **Kategorija „igra skrivača sa ŠBT2“** opisuje uvjerenje ili kalkulaciju bolesnika da će se razina šećera normalizirati sama od sebe. Iskustvo ukazuje da bolesnici, iako na kognitivnoj razini svjesni prisutnosti ŠBT2, na djelatnoj razini tu spoznaju nisu prihvatili.

Bili su iznenađeni i sumnjičavi glede potrebe odricanja od nekih želja i aktivnosti koje su im do tada bile normalne. Nećkali su se, premišljali i vagali koliko je to uopće potrebno. Međutim, igra s bolešću se tijekom vremena pokazala neučinkovitom, a stvarnost koja se nije mogla negirati – pojava/pogoršanje simptoma i trajno pogoršanje razine šećera pomoglo je da prihvate bolest.

„Pa, jedno godinu i pol mi je trebalo da to skroz prihvatim! Jer još sam razmišljala, znate... da to može nestati ili ovo, a onda sam vidjela da to nikad... možda nikad neće dovesti se pod kontrolu! Jer svaki mali problem, čim bukne... šećer isto skoči...I to sam sama sebi dokazala. I dok ne prihvatite bolest onda se još malo nećkate, razmišljate, iznenađeni ste time da morate se odreći nekih stvari, da ne možete raditi kao prije... ne možete se ponašati kao prije...jer tijelo Vam je drugačije...da neke želje morate smanjiti i tako... al jednom, jednom kad vi prihvatite bolest onda je to sve normalno!"(F7)

„Znači 5-6 dana prije uzimaš terapiju, liječnik kaže dobro, šećer 8, pa 6, liječnik kaže dobro dođi na kontrolu za 6 mjeseci. Znači šta si mislio - zavarat liječnika, zapravo zavaro samog sebe! Opet zadnjih 20 dana prije uzimaš terapiju, ne shvatiš ozbljno, no onda nalaz više nije tako dobar. Ideš varat liječnika, a varaš sebe. I vjerojatno je to...ubrzalo bolest."(M1)

„Pa tako nekako, godinu, godinu i pol dana nakon što sam shvatio da je gotovo, da nema povratka, još uvijek sam se malo nadao, al kad sam shvatio kroz mjerenja i praćenje bolesti da ne mogu imati normalnu količinu šećera u krvi bez tableta, to je bilo nekako ključno za prilagodbu. I nitko mi nije pomagao Dovoljno je bilo samo saznanje da ne mogu bez tableta."(M2)

ii. **Kategorija borba sa samim sobom** opisuje bolesnikova iskustva učenja preporučenih stilova življenja te pravilnog uzimanja medikamentozne terapije. Osobito je bio težak početak mijenjanja prehrambenih navika. Neki bolesnici taj period opisuju kao „borbu ovisnika" jer su morali odviknuti organizam od „teže, bolje i jače prehrane" na koju se već bio naviknuo, te uvesti „lakšu, lošiju i slabiju" prehranu. Imali su uspone i padove. Jedno vrijeme nastojali bi živjeti po preporukama, boreći se sa željom da uzmu neku od željenih, ali nepreporučenih namirnica. Nakon nekoliko dana, ipak bi posustali i

uzeli željenu namirnicu, ali uz osjećaj grižnje savjesti i frustracije. Time bi se u procesu prihvaćanja vratili korak unatrag, te morali krenuti ponovno, ispočetka.

„Period privikavanja na bolest trajao je kod mene oko dvije godine. Ispočetka me to jako mučilo posebno po pitanju klope...i ta tjelovježba...to me... zapravo čovjek, kad je malo ono... puniji... onda je sve to teško prihvatiti i tjelovježbu nekakvu i sve. Međutim, sad mi se sve to čini drugačije i razmišljam... Prihvatila sam je... kad sam počela, tako... da sam... bila sam sretna kad sam skinula koji kilogram... I to mi je već nekako bilo zadovoljstvo! Iz početka sam se mučila, bila.... bila sa tom dijetom... nikako nisam mogla skinuti kile! Znate, meni je trebalo da skinem te 4 kile 2-3 mjeseca, dok je to nekud se počelo polako topiti. Jedna, pa, tako... godina, dvije mi je trebalo da se to malo izregulira i onda se čovjek nekako saživi s time da reče: „E sad je to to. Moram se boriti i nema druge, jel. I kad sad razmišljam možda... možda čovjek u početku misli zapravo više nego se pridržava...Mislila sam si: "Evo, baš sada ne jedem puno, a ne mogu skinuti kile i tako"... nekako se deprimira. No, dok čovjek nije na čistu sa sobom, ono... da mora dobro se pridržavati dijete.. ne samo tako reći ja sam na dijeti... Znate, jedna kolegica na poslu... ona kao... veli ne... ne jede nikad puno, ali veli ona kao... to mi nije baš bio dobar gablec, pa onda neki lagani sendvić... pa ovo-ono... tako... pet puta u toku dana... i to je onda... vrlo loše."(F3)

„Tijekom privikavanja na bolest, a dugo je trajalo, bar 2 godine, najteže mi je bilo nadvladati tu želju za jelom...borbu recimo. E, da. Taj početak sam! Sve dok nisam raskrstila u glavi da rečem stop, bolesna sam, ne smijem jesti tako, moram promijeniti svoj život i kad sam raskrstila onda sam pokašavala nastojati to i provesti. Ali prvo u glavi raskrstiti što moram. I kad su prvi rezultati došli, jako su me razveselili i potaknuli da nastojim dalje na tom putu ostati."(F4)

„Pa uz tu moju spoznaju, kad sam vidjela da je šećer stalno povišen, i da ne pada na normalu...I onda još jedno vrijeme mi je bilo teško naviknuti se pogotovo ovo...to više puta uzimanje tableta. Ujutro mi je bilo normalno, i navečer, ali u podne ono... sam malo teže zapamtila da uzmem. Tu podnevnu sam često zaboravila, ne namjerno, jednostavno da mi dođe to u ritam da uzmem mi je trebalo. Zaboravila sam. Jer to ne boli. Kad te nešto boli onda uzmeš da te prestane bolit, a pošto to ne boli onda...nemaš

osjećaja. Onda se sjetim tek kasnije da nisam uzela, pa onda više niti ne uzmem, jer već trebam slijedeću za par sati...“(F8)

b. Koncept: Početni uspjesi i poboljšanje objektivnih pokazatelja zdravlja kao poticaj za dalje („Što mi je dalo podstreka – diglo me!“)

Koncept je utemeljen na iskustvu bolesnika da je u procesu prihvaćanja bolesti potrebno biti dodatno osnažen. Tako su se početni uspjesi prilikom učenja provođenja preporučenog stila življenja, subjektivan osjećaj dobrog zdravlja, i dobri objektivni pokazatelji, pokazali kao važni poticaji za dalje. „To je ono što me diže!“, rekli su bolesnici.

i. **Kategorija početni uspjesi** sukladno iskustvu bolesnika opisuje važnost početnih uspjeha provođenja preporučenih promjena koje su bolesnici provodili u procesu prihvaćanja ŠBT2. Početni osjećaj uspjeha predstavljao je ohrabrujući faktor, pružio je podstrek i nadu za daljnje provođenje promjena, te utjecao na postupno prihvaćanje bolesti.

„...I ja ono...reko, pa kaj je ono, prije me nikad ništa nije svrbilo i ja nisam opće mislila da bi to bilo od...od šećera bilo.. Ali, kad sam ja te tablete počela piti meni je to sve onda...prošlo. I bilo mi je puno lakše... Jer sam saznala što je to zapravo. Kak ti neko olakšanje. Jer prije mi je bilo ono teško... kaj nisam znala kaj mi je.“(F5)

“Tako da kad sam uspjela skinuti te prve kile ... u početku...kad sam vidjela da zaista nema nego se pridržavati doslovno, i pokušati što manje o tome misliti kako mi je teško, tad sam dobila i podstreka za dalje. Zato sam si i uzela neke aktivnosti dodatne, kao to čišćenje, pa branje gljive, uvijek nešto... Dakle ti prvi rezultati, jako su me razveselili i potaknuli da nastojim dalje na tom putu ostati.“(F3)

ii. **Kategorija poboljšanje objektivnih pokazatelja mojeg zdravlja**, opisuje važnost uvida bolesnika u poboljšanje objektivnih pokazatelja zdravlja kao odraz provođenja preporučenih preporuka, u procesu prihvaćanja ŠBT2. Bolesnici su se osjećali

bolje jer je nešto objektivno, opipljivo pokazalo da su bolje (poboljšanje vrijednosti GUK-a, tjelesne težine).

"..uveo dakle režim dijete, svega kak treba. I došao sam na pregled nakon sedam dana... doktorica me je pregledala... ja sam u tjedan dana sa 28 spustio šećer na 6. Znači, samo apsolutna disciplina. I, tako sam ja nalaze... veli, „Gospon, tu je u ladici bila već gotova, spremna za Vas ova...penkala za pikanje, ne... i to kao bolja varijanta, a lošija bi bila ono... da budete na injekcijama ovdje dolaziti . I reko „Ja ne vjerujem veli, Vi imate nalaz sad kao zdrav čovjek!"(M9)

„Ja sam... i ja sam bio, ovaj... skeptičan u tome, mislio sam, ajde, to se možda... trenutno desilo..... Međutim nakon dvije-tri te pretrage i ta vađenja krvi... vidio sam da je to stvarno, stvarno uhvatilo maha i da stvarno trebam ozbiljno razmišljati o tome, dijeti. Nije mi bilo drago, ali evo... Šta je tu je, moralo se."(M5)

„Pa podsjetim se na svoju bolest kad vidim nalaze, otprilike kad vidim nalaze... otprilike.."(F6)

„Kad sam vidjela da je šećer stalno povišen, i da ne pada na normalu...pomoglo mi je da prihvatim bolest" (F8)

„Dok nisam imala ono za mjeriti šećer, aparat. Dok si ga nisam sama kupila jer dok nisi došao na inzulin, i dan danas ne mreš dobiti aparat... Poslije sam dobila. Čim sam krenula na inzulin, dobila sam... i sad bome, kad ja vidim da je on meni 15... a tu nešto ne štima. On jako pomaže da ozbiljnije prihvatim bolest, da vidim vrijednost šećera."(F1)

c. Koncept: Postupnost i dugotrajnost

Rezultati analize iskustva bolesnika ukazali su na važnost faktora vremena u procesu prihvaćanja ŠBT2, bilo da se radi o bolesnikovu posjedovanju vremena za sebe i svoju ŠBT2 kako bi joj se mogli posvetiti, bilo da se radi o protoku vremena tijekom kojeg je bolesnik postupno prihvaćao ŠBT2 [paralelno s prikupljanjem informacija o ŠBT2 (prezentacija, tijek i posljedice), uvidom u trajnost bolesti (trajna promjena vrijednosti GUK-a, pojava simptoma), te stjecanjem iskustva življenja sa ŠBT2].

Koncept je utemeljen na dvije kategorije: kategoriji imati vremena za svoju ŠBT2 – usredotočiti se na svoju ŠBT2 i kategoriji protoka vremena.

i. **Kategorija imati vremena za svoju ŠBT2 – usredotočiti se na svoju ŠBT2 („Ne ide odjedanput – postupno“)** opisuje važnost bolesnikova posjedovanja dovoljno vremena za sebe i svoju ŠBT2 kako bi joj se mogli posvetiti. Tako je nedostatak vremena za sebe bila otežavajuća okolnost posebno u bolesnika čije su životne uloge još bile u tijeku i nezamjenjive (roditelj manjeg djeteta, hranitelj obitelji) te nisu imali vremena niti za svoju ŠBT2, što je otežalo proces prihvaćanja u ovih bolesnika.

„Pa sad kad razmišljam, možda bih lakše prihvatila bolest recimo da sam u tih godinu dana, imala više vremena za sebe...Možda da sam imala malo bolju situaciju, da se nisam morala za druge toliko brinuti... Onda bi imala više vremena...za sebe. Jer mislim da nisam, mislim da nisam osoba koja tako voli radije sebi zamaskirati oči. Jednostavno ta opterećenost poslom i ta situacija... na meni je bilo sve. Vukla sam kćer i njenu djecu nakon njenog razvoda...Misla sam bu joj lakše, ne mora sve prolaziti kak i ja! Nisam opće razmišljala o svom šećeru! Kad Vi vidite da Vam klinac ima strgane tenisice onda idete i kupite mu nove...Nema druge...“(F7)

„Recimo za prihvaćanje bilo bi mi lakše da sam imao bilo kakav izbor. U izboru... recimo posla koji obavljam, kojeg radim, recimo da.. bilo šta ... Recimo primjer, ako je rečeno bilo da bih trebao nekoliko puta na dan jesti da manje opterećujem, da bih smanjio potrebu gušterače da luči inzulin, super ne? E sad kako ću ja promijeniti, naprimjer, moj posao? Naprimjer, ja sam u jednom danu sam otišao u Split, zatim otišao u Rijeku i za 4 sata se vratio u Zagreb! Ja ne mogu jest! Morao bi me netko intravenozno hranit da ostvarim takav način života! Morao sam promijeniti posao! A ja to ne mogu! Moram obitelj hraniti, znate! Znači prisile nisu bile direktne, prisile su bile moralne, indirektne ... i ja sam to svjesno riskirao, u tom je štos!“(M2)

„Možda da sam radila onda bi mi bilo puno teže pridržavat se tih preporučenih obroka, a ovak kad sam doma onda si ja priuštim puno lakše kaj je dobro za tu bolest! Vrijeme mi puno znači, sad si napravim kaj ja hoću i u vrijeme koje mi odgovara, a prije dok sam radila, morala sam jesti kaj su drugi napravili! Sad bolje to sve kontroliram!“(F9)

ii. **Kategorija protok vremena („Vrijeme čini čuda“)** opisuje važnost faktora protoka vremena u procesu prihvaćanja ŠBT2. Sukladno rezultatima analize, sastoji od tri potkategorije: manji dio bolesnika prihvatio je ŠBT2 odmah ili vrlo brzo po postavljanju

dijagnoze [imali adekvatnu predodžbu ŠBT2 i režima života uz njega temeljem prethodnog iskustva okoline (obitelj, prijatelji) i znanja o ŠBT2]; te veći dio bolesnika kojem je bilo potrebno od nekoliko mjeseci do nekoliko godina da prihvate bolest (proces prihvaćanja bolesti paralelan: stjecanju znanja o ŠBT2 prikupljanjem informacija (prezentacija, tijek, posljedice, liječenje i samoregulacija ŠBT2), uvidu u trajnost bolesti (trajna promjena vrijednosti GUK-a, prisutnost simptoma), te stjecanju iskustva življenja sa ŠBT2), i nekih bolesnika koji ŠBT2 nisu prihvatili, već su se i dalje u sebi borili s činjenicom da su bolesni.

„Odmah velim, odmah sam prihvatila. Nisam imala izbora. Možda sam to tak brzo prihvatila jer sam vidjela da moj suprug koji se nije pridržavao u početku preporuka, je završil na inzulinu. A ja sam se toga jako bojala. I fala bogu djelovalo je! Ja sam još samo na tabletama.“(F11)

„Ali ako baš mislite na vrijeme, pa, prihvatila sam kad sam vidjela da je to stvarno tu... da to nije ono...prolazno barem 2-3 godine da bi...da, trebalo mi je, da, jer, ja sam sve mislila proći će, proći će. Kao i svaki drugi problem! Kao i svaka druga bolest! Oboliš i misliš, izliječit ćeš se! A poslije sam postala svjesna da je to najvjerojatnije doživotno! Ta moja spoznaja, kad sam vidjela da je šećer stalno povišen, i da ne pada na normalu...“(F8)

„Pa tako nekako, godinu, godinu i pol dana nakon što sam shvatio da je gotovo, da nema povratka, još uvijek sam se malo nadao, al kad sam shvatio kroz mjerenja i praćenje bolesti da ne mogu imati normalnu količinu šećera u krvi bez tableta, to je bilo nekako ključno za prilagodbu. I nitko mi nije pomagao. Dovoljno je bilo samo saznanje da ne mogu bez tableta. Znači jedna ... spoznaja o neminovnosti. Jednostavno onog momenta kad sam shvatio da nema izbora, nisam toliko glup da udaram glavom u zid, znači ja ću se prilagodit, ne? - smatram to nekom vještinom preživljavanja. Znači, meni je bitno da čovjek shvati da nema izbora i da mora živjet s onim što je. Jel isto tako, mi se možemo isto vječno u životu bunit što smo crne boje i imamo smeđu kosu, ali ako prihvatimo tu činjenicu o sebi kao dio sebe, e onda moramo ju prihvatiti! Jednostavno nemamo izbora.“(M2)

Podtema 2.4. Život sa ŠBT2 - Ravnoteža između bolesnika i bolesti

Rezultati analize iskustva bolesnika ukazuju na postojanje tri koncepta koji opisuju nastojanje bolesnika da uspostave ravnotežu između sebe „nekadašnjeg“ i bolešću uvjetovane bolesnikove „nove“ stvarnosti. Prvi koncept opisuje strategije uspostavljanja „nove normale“, a drugi opisuje karakteristike te „nove normale“. Treći koncept utemeljen je na iskustvenoj spoznaji da je život sa ŠBT2 još samo jedna uobičajena obveza koja ne iziskuje kognitivni i emocionalni napor nego postaje automatizam življenja. Četvrti koncept upućuje na iskustvo nekih bolesnika koji se kontinuirano „bore“ s bolešću. Bez obzira na protok vremena, bolest nije prihvatljiva stvarnost, ona im je teret koji ih opterećuje i zagorčava život.

a. Koncept: Strategije uspostavljanja „nove normale“

U prihvaćanju i prilagođavanju bolesti, analiza iskustva je pokazala da bolesnici koriste nekoliko strategija da bi uspostavili ravnotežu između sebe i novonastale situacije. Jedna od strategija je spoznaja „da je nešto iz prijašnjeg života ipak ostalo“ unatoč ŠBT2, druga je traženje koristi od novonastale situacije, a treća je svjesnost da je moguće uzeti kontrolu u vlastite ruke, svjesnost da bolest ne upravlja njihovim životom.

i. **Kategorija „glavno da mi je nešto preostalo iz prijašnjeg života“** upućuje na važnost zadržavanja slike o sebi koju je bolesnik imao prije bolesti. Većini bolesnika bilo je važno nastaviti obavljanje uobičajenih aktivnosti. Dio bolesnika čak je smatrao da je obavljanje uobičajenih aktivnosti ispred regulacije bolesti, odnosno da se regulacija bolesti treba obavljati u onoj mjeri koliko im to aktivnosti dozvoljavaju. Nastavak obavljanja aktivnosti dao je smisao njihovu životu i predstavljalo njihov vlastiti izbor koji je činio da se osjećaju živima, veselima, svojima, pričinjavao im zadovoljstvo. Željeli su biti korisni, doprinositi obitelji, ispunjavati svoju ulogu/uloge, odnosno željeli su biti doživljeni kao i drugi zdravi ljudi i zadržati svoje dostojanstvo.

„To znači da s njom živiš onako kak... kako treba, kako ti savjetuju doktori i šta literatura kaže, a da i dalje funkcioniraš normalno, jel? Da sve svoje obveze i potrebe izvršavaš, kao da te bolesti nemaš, da sve obavljaš onako kako si si zamislio, kako si želiš... da to

možeš uredno obavljati. Onda te ne smije opterećivati. Ti moraš sa time znati živjeti, da znaš kad šta smiješ, šta ne smiješ i da normalno odrađuješ sve kao i svaki drugi čovjek.“(F6)

„Al ono kaj bi rekla da mojih svakodnevnih aktivnosti, koje su meni važne ja nisam menjala! Znate kaj bu mi život ak ja ne mrem delat ono kaj me veseli! Ja i dalje čuvam moje unuke, kuham ručak, i za nas, i za sina i snahu. To je nešto čega se nikad ne bih odrekla.!“(F12)

„S bolesti se mora pomiriti i normalno dalje živjeti! Kao da to ne postoji! I samo na taj način... jer, ako s time oteža, ak se s time opterećuješ, onda samo gore za tebe. Jer ja sam slobodan i dok ja mogu sve raditi... to je za mene kao neka situacija s kojom se treba pomiriti i prihvatiti na način koji ti je najprihvatljiviji..“(M11)

„Pa ta bolest me ne opterećuje, ja znam da je imam, s tim se nosim. Nije mi neki teret. Valjda je to zato što sam se prilagodio na tu bolest! Jel znam jednog kolegu, on stalno pazi taj šećer i opterećuje se njime, mjeri ga, gleda, a kad mu je malo iznad 6 on radi paniku. A kod mene toga nema. Ja uglavnom imam oko 8, 9, al s tim se ne opterećujem. Život ide dalje i ne mrem ja sad stalno taj šećer mjerit ne bih ništa od života imao. To je moja odluka. I ako bi me puno forsirali, ne bi puno postigli, grizo bi oko sebe! Svak odluči kolko želi nešto kontrolirati i to je to. Pusti me i ja ću pokušati kolko god najbolje mogu. Kaj će mi takav život ak si ne mrem priuštit kaj ja volim? Fala lepa. To je za vitrinu! I knjige u njoj! Kak ona knjižica o prehrani. A stvarni život je nekaj sasvim drugo. Umreš ranije, al sretnije!“(M15)

ii. Kategorija traženje koristi strategija je koju su primijenili neki bolesnici tijekom procesa prihvaćanja bolesti. Taktika je utemeljena na razmišljanju bolesnika da je vrijedno pronaći i neku korist od bolesti jer nije moguće promijeniti stvarnost.

„...Uvijek mi je bilo važno da budem sređena i imala sam sliku o sebi, a te kile nikako se nisu uklapale u tu moju sliku... I to me, recimo, isto potaklo. Jer evo jedna kolegica, ona si mora šivati jer nema brojeva veličine za nju... a ja mogu, otići i kupiti si garderobu. I to mi je već neki plus od ove bolesti. Jel tako? Da... I sve sam na poslu informirala o važnosti zdravog života. Tako da sam dosta ljudi ono aktivirala. Da... tako su svi na jedan smiješni način rekli kao:„Moramo pitati Nadu šta smijemo jesti, šta ne smijemo

jesti"... i tako, u tom stilu. I to mi je osobno značilo da se ljudi isto kao i ja trude, pa i da ih ja savjetujem. To mi je bila kao neka podrška da ustrajem. A meni je drago kad evo radim dobru stvar... Ima baš dosta cura na poslu koje su recimo onako ovako, pedesetih godina, kao ja, a imaju problem s težinom. Eto"(F3)

„Znate u takvim teškim situacijama čovjek zapravo ponekad ima i pozitivne kak bih rekla ishode. Tako i šećer nije samo negativne stvari napravio u mom životu, nego i pozitivne jer počela sam više se kretati, i zato me manje bole kosti, a i zadovoljnija sam jer sam i pokazala da mogu! I kroz tu bolest sam shvatila koliko sam važna svojima. I to puno znači! Kao da ojačaš neke veze, postaneš jači čvršći kroz sve njih. Eto! I odmah su mi donesli s interneta upute o tome, kaj trebam i kaj ne trebam, jesti i ponašati se, kupovali te namirnice koje trebam jesti. I često me upozoravaju! Stalno me paze! I dan danas paze na mene!"(F6)

„Sad kad gledam na to sve skupa, pitao bi se čovjek jel uopće vrijedi takav život, mislim sa tom bolešću? Ma naravno da vrijedi život s ovom bolešću, moram reći, ipak je to život koji vrijedi živjeti! Bitno da se živi. A ide, vidite, da ide tako, uz te preporuke, zašto ne! Pa nije, sad ja kažem, nije sve u toj hrani, baš da živiš zbog nje.... Rekla je moja svekrva „Jedeš da živiš, a ne živiš da jedeš!" Ovako smo nas dvije nekad znale o nečemu pričati, ali to je to! To, da nije to prežderavanje jedino što vrijedi je točno ...Ma apsolutno moj život i dalje vrijedi."(F10)

„Pokazalo se vrlo jednostavno da većinu stvari koje jedem da su suvišne i da se mogu potpuno mirno izbaciti iz prehrane i iz života jer nešto postane dosadno kad počnete jesti po 5 minuta 5 puta na dan, to je 25 minuta, to je manje od jednog uobičajenog obroka i onda sam uštedio sat, dva koje sam potrošio na ostale obroke na dan i još po dva sata koje mi je trebalo da se oporavim od ručka. I tu sam dobio puno vremena. Uštedio sam nešto novaca. A... mogu i više napraviti! Tako da ima...čitav niz stvari koje su se dobre desile po otkrivanju ove boleštine!"(M7)

iii. Kategorija bolesnikovo preuzimanje kontrole nad ŠBT2 u vlastite ruke („ŠBT2 ne upravlja u potpunosti mojim životom") upućuje na, za bolesnika istaknutu, važnost kontrole nad ŠBT2 u procesu prihvaćanja ŠBT2. Kontrolom nad vlastitom bolešću bolesnici su imali osjećaj da su ipak zadržali dio kontrole i nad svojim životom.

Preuzimanje kontrole u svoje ruke bolesnici su najčešće primijenili u nekoj od prijelomnih točki življenja s bolešću (uvođenje inzulina, pogoršanje objektivnih nalaza ili subjektivnog osjećanja, pojava komplikacija).

„To znači živjeti što je moguće normalnije. Dakle, kažem ne smatrati to bolešću nego jednostavno smatrati to načinom života. Navečer morate popiti tabletu, ujutro morate popiti tabletu, nekakvu, i to je to. Dakle, to je to, ali način života... znači, trebate promijeniti neke stvari. Znači, više fizičke aktivnosti... Paziti na težinu... dakle, kontrolirati šećer. To je osnovna stvar jer smatram da je najvažnija stvar imati kontrolu. Znate, kad vi pogledate svaki dan u taj glukometar i vidite da Vam je šećer 10, i tako 10 dana za redom, onda počne panika djelovati. Znate da to nije dobro.“(M9)

„Al stalno kontroliram šećer! I vidim da je stalno tu negdje... zavisi od dana...za jedan gore ili dolje. I to pratim ono... I svakodnevno na vagi kilažu. Kažem, to sve opet zavisi što sam ja pojeo... i recimo, nekad mi se zna desiti šta na večer sam pojeo bilo jogurt ili neki kolačić ili kaj ja znam, al odmah se to vidi na šećeru. Uvijek je za jedan više ...iako mislim da najviše su živci.“(M11)

„Moj sin kaže mama šta god ti treba tih trakica, nemoj da ti ne bi falilo. Ti troši! Jer to je tih 50 komada što dobiješ, to nije dosta, skupe su i ovoga nemoj da ti to sfali!“. Jer ja to sama kupim jer nemam pravo. Kupila sam i aparat i sve. Nekad mi dođe i tri puta mjerim. Nekad kad mi sumnjivo nešto, ajd sad da isprobam, a kažem već sam se uvjerila ujutro stvarno mi nije. Jer ja tako malo ujutro kad ustanem i to sad u zadnje vrijeme kad imam potrebu onda idem jest. Znala sam obično oko 8, uvijek malo kad ustanem, a sad nisam gladna, nemam potrebu, onda neću ni jesti. Onda kad mi dođe recimo ako veli redovno, onda mi dođe u 10 da jedem i onda si ja to malo pojedem i dobro, mislim sama sebe ono učim i hrabrite, sama sebe ja to kontroliram, sama sebe.“(F10)

„Al ono kaj me muči je da ja ne mrem kontrolirat rast i pad tog šećera! Jela ja ili ne jela aparatić za mjerenje šećera pokazuje svoje! Ako mjerim, pa ak je šećer blizu 8 ili 9, onda me živcira silno, jer znam da nisam nikaj specijalno drugačije uzimala od hrane ili pića, znam da nisam zgrešila, niti uzimala nešto kaj ne smem! A i kretala sam se i sve kak treba. I onda nakon toga niš ne jedem cijeli dan, jer ne znam kaj bih sad napravila! Ma, kad ja to tak izmerim, hitila bi onaj aparat i sve skupa! Baš sam ljuta! A muž kaže „Pa kaj se sekiraš!“ A ja mu kažem „Pa kak se ne bih sekirala kad mi je šećer 8, a trebao bi

biti oko 6. A nikaj nisam krivo radila!" Jedino me ta bolest baca u rikverc. To mi je preopterećenje!"(F14)

b. Koncept: Karakteristike „nove normale"

Koncept nove stvarnosti - „nove normale", sukladno iskustvu bolesnika, uključuje spoznaju da su, po otkrivanju ŠBT2 drugačiji, da njihovo tijelo reagira na novi način radi čega moraju živjeti novim stilom življenja. ŠBT2 se pojavljaju kao ravnopravni partner, koji ako ga se poštuje daje mjesta i za bolesnika, te je opisana i izmjena prvog ili drugog plana između bolesnika i bolesti.

i. Kategorija ŠBT2 kao „nova stvarnost" („Bolest me promijenila – ja sam drugačiji") opisuje iskustvo bolesnika da je po prihvaćanju ŠBT2 za njih nastupila nova stvarnost: oni su drugačiji, njihovo tijelo je drugačije, moraju živjeti novim stilom življenja.

„Po prihvaćanju bolesti dosegao sam ozbiljnost shvaćanja bolesti. Morate jest, morate inzulin dat. Jedno s drugim to je sad stvarnost. Bolest je sada moja stvarnost. A ja o njoj ne razmišljam više."(M1)

„Već sam rekao... ali da ponovim, ovoga...da to ne smatram bolešću. Ja smatram to stanjem organizma i načinom života. Ja sam to doživio, eto, kao jednu informaciju u svom životu. Što ja znam, kao da imate informaciju, ne znam, da imate velike kosti na nogama. E, onda s time morate živjeti. Komotnije cipele kupovati i to je to. Znači, ja sam to odmah prihvatio i odmah odlučio promijeniti stvari u životu i drugačije se početi ponašati."(M9)

„Da ste svjesni da morate nekih stvari se odreći, da ne možete raditi kao prije... ne možete se ponašati kao prije..jer tijelo Vam je drugačije, i Vi ste s tim drugačija!...Pa, onda da neke želje morate smanjiti i tako..."(F7)

ii. Kategorija bolest „kao plesni partner", život s bolešću je ples, možda paso double, u kojem svaki plesni partner želi „nadmudriti" onog drugog: To je iskustvo po kojem je bolesnik u svakom momentu svjestan svoje bolesti i uzima je u obzir (poznaje

postupke kako si pomoći, uzima lijekove ukoliko će ostati dulje izvan kuće, pazi da u vlastite aktivnosti uvijek uračuna one koje su dozvoljene, a odbaci one koje nisu dozvoljene). Nema zaborava i bijega. Partner zahtjeva aktivan pristup, uvažavanje i poštenu igru, ali uz stalni oprez. Bolest je bolesniku ravnopravan partner pri odabiru aktivnosti.

„Meni je bolest kao partner! To znači da ju uzimem svaki puta u obzir. Uzimam ju u obzir, ali ne opet da strepim.“(M14)

„Pa to znači da ti je bolest partner, stalno je uz tebe, ne možeš otić od njega, ne možeš ga nikad zaboravit ili pobjeć! Moraš s njom znati živjeti, da znaš kad šta smiješ, šta ne smiješ i da normalno odrađuješ sve kao i svaki drugi čovjek. U početku je i opterećenje, al kak ju imaš dulje, onda te više ne opterećuje.“(F15)

„Pa bolest mi je kak bi rekla...više kao partner. Mislim da će uvijek biti tu, ali samo je pitanje koliko ću ja dozvoliti da bude ona jača od mene! Kao u braku ili vezi. Morate poštovati jedni druge Mislim to. Jel da? Zato razmišljam... samo da imam vremena, da što više nastojim da uspijem prdržavati se, tako. Jer na meni je da izdržim...“(F7)

“Meni je bolest partner, uvijek ju uzmem u obzir i živim bez opterećenja. Vele, kak se usudiš? Ma usudiš se... ja nisam taj dan uopće razmišljao. Ja sam odmah uzeo sa sobom sve kaj trebam. Kutija s lijekovima je u autu, raspoređeno u onom kolutiću ujutro, navečer, popodne, kad se kaj pije. ...Ali moraš bolest rešpektirati, uzeti u obzir da se ne dogode takve stvari. Ja nisam strepio hoće me nekaj strefit, već sam si pripremio sve za pomoći ak mi nije dobro. Ja sebi uzimam... te preventivne mjere obavim prije tak da me je teško već iznenadit.”(M8)

iii. Kategorija izmjena prvog i drugog plana između bolesnika i ŠBT2 ukazuje na iskustvo bolesnika u kojem se izmjenjuju važnost i potreba bolesnika s njegovom bolešću. ŠBT2 dolazi u prvi plan u trenutku kada treba uzeti lijekove, kada se GUK poremeti, kada dođe do komplikacija, a bolesnik, funkcionirajući na normalan način, najveći je dio vremena u prvom planu.

„... i onda jednostavno ta bolest ide nekak sa strane... nije u prvom planu. Osim toga, sve drugo radim, sve te ganja... daj, sin sada završava srednju školu pa mora imat ovo...

treba ono... daj mi ono i to... ne? Jednostavno, ja si ne mogu osobno priuštiti da ja sad samo vodim brigu o svojoj bolesti i da sve drugo zanemarim."(M4)

„Nekad mi dođe, „Joj da barem to nije, da je nešto drugo!" u tom smislu. Ali je to nemoguće, i onda pomiriš se s tim, idem, idemo dalje. Eto u tom smislu. Znate sretna sam, na neko vrijeme ja to i zaboravim, ono, ali to je tu, to je prisutno. Onda, opet te ona sjeta nekakva onak malo uhvati, eto samo kažem, srećom da ne boli! To je bolest koja ne boli! Samo te simptome ti pokaže. I neću bit više nikada ono bezbrižna, kako da Vam kažem! To je meni uvijek u podsvjesti. Znate kako shvaćam: da ja sad nešto pojedem, recimo, moja kćer voli te kolače peći! Ma i ja sam ih volila, ali sad ja to više ništa...ništa ne radim... I onda recimo kad ja njoj za volju uzmem komadić, ja imam osjećaj ko da sam sagriješila! Ja imam osjećaj da će meni šećer odmah skočiti! Meni je u podsvjesti, meni je stalno u podsvjesti, „Joj, da mi to ne skoči!" I tako ja s tim živim, pa onda nekad mislim, pa možda nije to baš tako opasno! Znate ono, sam se tješiš! I stalno se boriš. Sam."(F10)

„Ali postoji uvijek taj recimo... čip u glavi koji vam onda kaže recimo... evo recimo... nećeš sladoled sada jesti zbog toga jer... Znači, sustežeš se ipak od nekih stvari. I to je već pozitivno."(M3)

c. Koncept: ŠBT2 je uobičajena obveza koja se odrađuje automatizmom

Iskustvo bolesnika upućuje da je prihvatiti ŠBT2 u potpunosti i živjeti s njom postignuto kada se na bolest ne misli kao na nešto posebno, kada se sve što se odnosi na bolest radi automatizmom, i kada je bolest još samo jedna uobičajena životna obveza koja ne iziskuje kognitivni i emocionalni napor.

i. **Kategorija bolest kao još jedna životna obveza** opisuje doživljaj bolesnika da je, po prihvaćanju, njihova ŠBT2 samo još jedna obveza u toj novoj stvarnosti: bez negativnog naboja, uklopljena u svakodnevni život kao jedna od životnih obaveza koja se mora odraditi, te se prihvaća bez previše razmišljanja.

„Šećer moju psihu ne dotiče! To Vam je kao da prihvatite da svako jutro morate ustati i otići na posao. Jedna obaveza u životu...jedan dio života. E to je za mene dobro prihvaćanje bolesti.“(F8)

„Prihvatit bolest znači da moram dati terapiju, ništa drugo. Jer drugoga nema. Terapija, jedina je, doživotna terapija. Nekome vjerojatno pada teško ta doživotna terapija. Ali ja sam nju shvatio, ja na nju više ne obraćam pažnju kao nekakav teret. Već kao obaveza. To je kao obavezno. Morate jest, morate inzulin dat. Jedno s drugim to je sad stvarnost. Tako mislim i o bolesti, nije, nije mi teret, nego samo ozbiljnost shvaćanja bolesti. Ona je stvarnost. A ja o njoj ne razmišljam više.“(M1)

„Pa normalno živjeti, kako da kažem. Ne 100% normalno, ali šta je tu je. Živjeti s njom, kao i bez nje. Da. Isto, ali ne, ono, sretno, opušteno, bezbrižno... Ja znam. Ja nju sad imam, ja nju budem imala dok sam živa, jer to je takva bolest. Ona je stalno tu, ta bolest, zapravo ona...ona sa mnom živi, ja sam nju prihvatila tako, ona sa mnom je ko svaka druga obaveza ...“(F10)

ii. Kategorija ŠBT2 kao automatizam („Odrađuje se automatski, bez razmišljanja“) je iskustvo bolesnika za koje je tipično da je prihvaćanje bolesti nastupilo onda kada su preporuke bolesti počeli provoditi automatizmom, ne misleći na bolest. Bolest je postala navika, dio njihova života.

„Za mene je značilo da sam konačno prihvatio bolest kad sam prestao mislit o njoj. U principu ne mislit o njoj. Znači raditi radnje koje su potrebne automatizmom. Onog momenta kad postane automatika znači da ne izaziva u meni nikakve pobune ili nešto slično. Da...da... Jednostavno, to je sad dio mene. Ja sam sad ta osoba, u opis moje osobnosti bi se moglo uključit svakodnevno odlaženje na Vuk Vrhovac, ne? Ili pijenje Novonorma i Gucophagea. To je to.“(M2)

„To znači živjeti što je moguće normalnije. Dakle, kažem ne smatrati to bolešću nego jednostavno smatrati to načinom života. Navečer morate popiti tabletu, ujutro morate popiti tabletu, nekakvu, i to je to. Dakle, to je to, ali način života... znači, trebate promjeniti neke stvari. Znači, više fizičke aktivnosti... Paziti na težinu... dakle, kontrolirati šećer.“(M9)

„Ja bi mu rekao kako ja postupam... Kako drugi postupaju prema meni i da se ne uzrujava. To je važno da se ne uzrujava zbog šećera. I da prihvatiti kako je i s time živjeti dalje. I paziti koliko se može...koliko je god moguće.“(M12)

„Da se nosite s njom! Da se bilo kaj se s njom dogodi, u vezi te bolesti da se nosite! Pazite, ja *moram pazit kak su moji prošli s ranama na nogama tak da moram posebno pazit. Ja svako jutro provježbam. Prvo u krevetu. Nakon toga moj muž meni dobro izmasira noga da imam bolju cirkulaciju, onda posle odvežbam druge vježbe. Al pazite nekad ni ja ne mrem neki dan ne mrem!“(F10)*

„Prihvatit bolest znači da se nosim sa njom kak da je nema a da bih to mogla moram se pridržavat onog kaj je preporučeno bez puno razmišljanja o tome, automatski!“(F12)

„Svaki dan kad sam ga počeo uzimat (inzulin), onda je to prešlo u naviku i jednostavno sam shvatio da je to moj život i nema drugog izbora. To je prihvaćeno kao da nema izbora i eto nema nikakvog opterećenja.“(M1)

d. Koncept: Neprihvaćanje bolesti

Međutim analiza iskustva bolesnika pokazala je, da se dio bolesnici kontinuirano „borio“ s ŠBT2, ona im je još uvijek nekakva imaginacija, a ne stvarnost s kojom bi se trebali nositi. U momentima kada su svjesni bolesti, ona im je teret koji ih opterećuje i zagorčava život. Koncept je utemeljen na dvjema kategorijama: neprihvaćanje uloge bolesnika i bolest kao teret koji trajno tišti i frustrira bolesnika.

i. **Kategorija neprihvaćanje uloge bolesnika** opisuje iskustvo dijela bolesnika koji su i dalje doživljavali ŠBT2 samo kao povišenu vrijednost šećera u laboratorijskom nalazu, te imali doživljaj da su zdravi temeljem nedostatka simptoma i mogućnosti funkcioniranja kao i prije otkrivanja ŠBT2.

„Ne, još nisam prihvatio da je to bolest. Ja nju doživljavam kao nalaz u laboratoriju.“(F13)

„Ne mogu prihvatiti tu šećernu bolest! Jer za mene prihvatiti bolest znači da se mogu nositi s njom! A ja se osobno, psihički, ne mrem nositi s njom! Ja kad se nje sjetim, ja postanem jednostavno, ne divljak, al jednostavno druga osoba! Tak me nervira, ma

zamislite, da ja ne mrem otić prijateljima i reć da ju imam! Al psihički, se ne mrem nosit s njom, ona je meni kao da nosim bačvu na leđima od 100 litri! A i nema nikakvih simptoma! Ne znam, jako me nervira! Ja ne mogu reći da ja ne mrem kontrolirat sebe, ja to mogu, i kontrolirat uzimanje hrane, nije stvar u tome! Al ono kaj me muči je da ja ne mrem kontrolirat rast i pad tog šećera! Jela ja ili ne jela on pokazuje svoje!"(F14)

„Pa, period privikavanja na tu bolest zapravo Vam to kod mene još uvijek traje! Jer, ja znam da tu ima nekavih receptura... vagati na deke...ovo-ono... sve ja to znam! Sve je to tu u glavi! I, ja vam tako probam raditi, pa tako radim tjedan dana, pa vidim da mi je bolje... pa sam tada ponosna na sebe! I onda napravim kiks! Znači, da se privikavam... da nisam baš da ono do kraja izdržim...nisam baš previše disciplinirana. To je zato što to ne boli. To... mislim... ništa...ne osjećam…Pa lako zaboravim…"(F6)

ii. **Kategorija ŠBT2 kao teret** opisuje iskustvo bolesnika kod kojih, bez obzira na tijek vremena, još uvijek dominira negativan emotivni naboj, osjećaj neuspjeha i frustriranosti vezano uz ŠBT2 i življenje s njom.

"Pa kaj sam ja sad Bogu zgrešila! Ovo me stvarno dotuklo! Pa onda moraš nosit tu knjižicu da si šećeraš! Obilježen si! Ne mreš jesti kaj drugi jedu. Ja sam tak prije pol godine imala proljev, pa sam završila na infektima nekolko dana, pa sam morala drugu vrstu prehrane jesti, te splačine. Pa su me pitali drugi bolesnici, a zakaj ti to jedeš? Pa moraš objašnjavati... ma užas! Ko da sam žigosana! Rekla bih sad da se baš nečeg najedem kaj ne smem, al ja stvarno pazim!... Ne mreš se sramiti bolesti svi kažu, al ona je meni kao da nosim bačvu na leđima od 100 litri!" (F14)

„Meni je bitno da čovjek shvati da nema izbora i da mora živjet s onim što je. Ali meni i to dalje smeta, ja sam i dalje žalostan, ali jednostavno sam se pomirio sa sudbinom."(M2)

Tema 3. „Nova normala" – suživot – što i kako mijenjati?

Sukladno rezultatima analize podataka na principima utemeljene teorije, život bolesnika s ŠBT2 razlikuje se od prijašnjeg. Nekoliko koncepata, temeljenih na životnim promjenama, mogu se izlučiti iz iskustva bolesnika. Jedan dio promjena usmjeren je

liječenju i sprečavanju komplikacija bolesti, kao što su promjene životnih navika. Druge promjene odnose se na same bolesnike koji su se uvjerili da život uz ŠBT2 nije identičan onom prije bolesti, da nešto unutar sebe treba promijeniti i na taj način prilagoditi se novonastalom stanju. Treće su promjene koje su nastale u odnosu bolesnika i njegove okoline, bilo da ih je sam bolesnik poduzeo ili su prozišle iz okoline. I uvjeti življenja bolesnika oboljelog od ŠBT2 su, prema iskustvima bolesnika, doživjeli promjene (Prilozi: Tablica IIc: Kodna knjiga - Bolesnici od ŠBT2: Promjene uslijed ŠBT2).

a. Koncept: Promjene usmjerene na liječenje i sprečavanje komplikacija ŠBT2

Iako je proizašao iz iskustva bolesnika ovaj koncept identičan je medicinskom. Utemeljen je na klasičnoj teoriji o promjenama faktora rizika, odnosno stila življenja. Unutar koncepta može se uočiti nekoliko kategorija promjena. Na prvom mjestu radi se o mijenjanju prehrambenih navika, potom o povećanju fizičke aktivnosti, te o prestanku pušenja i o promjeni pogleda na život, jer je stres identificiran kao uzročni faktor ŠBT2. Međutim, unutar koncepta promjena životnih navika, pojavljuju se kategorije opsega i trajnosti promjena, te emocija povezanih uz te promjene.

i. **Kategorija promjena prehrambenih navika** upućuje na svjesnost svih bolesnika o potrebi ove promjene. Ipak, pored većine bolesnika koji opisuju iskustvo velikih promjena u prehrani sukladno preporukama, i to i u kvaliteti namirnica i rasporedu obroka, imamo i bolesnike s diskretnim promjenama, kao i nekolicinu bolesnika koji nisu uveli nikakve promjene.

„Ma, puno se promjenilo. Da, da smršavila sam. Znate, baš sam se onako prisilila i raskrstila nešto u glavi. Rekla sam nema više sad, jela ... prežderavanja... kolača, ovo-ono... to će biti jako smiješno što ja sve kažem...Ali, istina je. Da, sa sobom sam raskrstila - što smijem, što ne smijem i ono... često mi je dolazilo, recimo da sam gladna pa sam htjela sad posegnuti za kruhom, pa sam onda rekla stop, ne, ne....“(F3)

„Čim sam saznao da imam šećer počeo sam vrlo rigorozno paziti što jedem i tako ... kako se ponašam... stvarno sam par mjeseci... nikakav alkohol... dakle, svi obroci su bili

mali...znači, lešo. Dakle, jako sam pazio dok nisam stabilizirao tu situaciju na normalu, dakle, znači da ... praktički, kad u nizu mjerite, recimo 30 dana i nemate ni jedan dan u jutro šećer iznad 7, znači ja smatram da je to stabilizirana situacija. To znači, je povišeno jer nije ispod 6.6... to je malo, malo više ali to nije onaj alarmantni nivo koji stvara izrazitu tenziju u stanicama... dakle, i ono sve što ide uz šećer."(M9)

„Pa, uglavnom ništa nisam promijenila. Radila sam i dalje jer ono... ja to nisam kao prihvatila ono 100% ozbiljno, reko, to nije tak strašno i pošto sam ja puno radila, i nisam mogla prestati jer sam navikla od prije fizički puno raditi, onda sam i dalje... Jedino sam malo, na prehranu pripazila...u smislu nisam više pila Cedevitu... neg pijem kavu s Natrenom i tak... manje sam ono količinu hrane jela, ali vrstu namirnica nisam ništa mijenjala."(F4)

„Pa ništa se specijalno nije promijenilo, radim sve poslove koje sam radio i prije, normalno i u firmi i doma. I ja velim... to zna i moja doktorica...ja ne petljam, ne muljam ... ja kažem ja jedem sve. Jedem sve! Iako moja žena stalno priča jedno, joj nemreš to, jesti...daj pazi se i tako i ja sam svjestan toga da ja bih trebao paziti i radi kila i ne znam i sve skupa. Ali velim, najveći problem je u tome što ja normalno funkcioniram u svemu tak da ...da... ne pazim previše na prehranu...to je to."(M4)

ii. Kategorija povećanje tjelesne aktivnosti sastavni je dio iskustva gotovo svih intervjuiranih bolesnika, kod nekih samo na kognitivnoj, a kod nekih i na djelatnoj razini. Mogu se uočiti dvije potkategorije iskustva, bez promjena u fizičkoj aktivnosti jer smatraju da su dovoljno aktivni (trećina bolesnika) i uvođenje „jednostavnijih" oblika fizičke aktivnosti, npr. šetnji (polovina bolesnika). Dio bolesnika počeo je vježbati, dio uveo rekreativne aktivnosti (badmington, bicikl, nogomet), a dio se počeo baviti novim aktivnim hobijem koji je podrazumijevao povećanje fizičke aktivnosti (branje gljiva, rad u vrtu).

„Fizičku aktivnost nisam povećavala, čak šta više ja mislim da bi je trebala smanjiti. Ja sam Vam baš opterećena! Baš sam danas doma, uzela sam slobodni dan. Kičma me boli od toga napornog rada. Ali, Vam mi radimo, tak fizičke poslove. Sada je bilo sadnje i svega toga...na suncu čitavi dan i...sagnut...i tak..."(F8)

„Uvela sam pješačenje, tako da puno propješačim... evo, jedan dan sam... pa 20 kilometara sam sigurno propješačila! I to mi je, ono... eto, baš zadovoljstvo... recimo, da. Tako, nađem si uvijek neku aktivnost... Počela sam se baviti i branjem gljiva!"(F3)
„A pojačala sam i fizičku aktivnost, to sam jako dobro usvojila! Ujutro mi dan uvijek počne s vježbom, još u krevetu. Posle se dosta krećem, šetam sa susjedom navečer, a prek dana odemo u vinograd nekoliko puta tjedno! Iako ak pretjeram onda sam silno umorna. To često frustrira, znate..."(F12)

iii. Rezultati ukazuju da **kategorija prestanak pušenja** i nije tako važna komponenta iskustva bolesnika, niti na kognitivnoj, niti na djelatnoj razini. Bolesnici oboljeli od ŠBT2 su primarno pod promjenom stila življenja podrazumijevali važnost promjene prehrane, potom fizičke aktivnosti, a samo pokoji je spomenuo i prestanak pušenja.
„Odmah sam počeo s promjenom! Prvo mi je bilo da sam cigarete bacio jer sam pušač bio. Pio sam, mogu reći dosta. Da sam to prvo... pošto sam prekrižio u glavi... i stvarno, od tad već niti jednu zapalio, niti jednu... i ništa alkohola nisam popio...tih već koliko... sedam godina."(M6)

iv. Sukladno analizi podataka **kategorija opseg promjena** ukazuje da su promjene prehrambenih navika iskustvo većine, potom slijedi povećanje tjelesne aktivnosti, a samo pokoji bolesnik prestao je pušiti. Nadalje, opseg ovih promjena očitovao se mijenom. Naime, u početku provođenja promjene prehrane bolesnici su se najčešće nastojali pridržavati svega onoga što su liječnici savjetovali, ali veći dio bolesnika je, kad je vidio da je uspio u regulaciji ŠBT2, tijekom vremena, malo popustio u provođenju preporuka. Otežavajući faktor bio je i povećan apetit, te navika jedenja velike količine hrane posebno u napetosti i stresu svakodnevnog života kada bi ih hrana smirivala, potom prilikom druženja s prijateljima/obitelji (jer sami nisu željeli biti drugačiji, ili ukoliko bi ih poticali da jedu), a ponekad su „namjerno zažmirili" da zadrže osjećaj slobode izbora.

„Ma odmah, odmah sam ja skresao papicu... samo velim čovjek je malo slab, malo shvati, pa onda malo zaboravi... upravo to što sam ja malo prije... pazite, taj način života koji imaš. Malo držiš uzde jače, malo otpustiš, i to je tak."(M3)

"Život ide dalje i ne mrem ja sad stalno taj šećer mjerit ne bih ništa od života imao. To je moja odluka. I ako bi me puno forsirali, ne bi puno postigli, grizo bi oko sebe! Svak odluči kolko želi nešto kontrolirati i to je to. Pusti me i ja ću pokušati kolko god najbolje mogu. Jer kaj će mi takav život ak si ne mrem priuštit kaj ja volim? Fala lepa. To je za vitrinu! I knjige u njoj! Kak ona knjižica o prehrani. A stvarni život je nekaj sasvim drugo. Umreš ranije, al sretnije!"(M15)

„A sa šećerom nekak, velim ja se dosta pridržavam, točno je da nisam nikada nisam imala preveliku kilažu! Imala sam 60 pa sam pala na 55 pa sam opet došla do 60. Al opet, ja si nekad dam oduška, nikad nisam volela slatko, pekla bih kolače i ne bih morala probati mesec dana. Al kad bi me primilo bi uzela tanjur kolača i sve pojela. Tak je i danas kad mi se jede ja uzmem 2-3 kolača i onda stanem i kažem ne smem više. Ak me deca nude bako uzmi kockicu, ja znam da ne smem jer mi jedna nije ništa: Ja se u noći probudim, točno osjetim da imam potrebu za slatkim, pa uzmem one gorke čokolade. I znate, tolko sam u životu propatila da mi sigurno ne mre škoditi to malo slatkoga. Znate ja sam rekla i svojoj doktorici i specijalisti: Znate kaj, meni znači više kvalitetno živeti, ali kvalitetno da se ja nisam svega na svetu odrekla i da žije godine, neg da živim na muci onak polugladna pa da živim 2 i pol do tri godine!(polako, razgovjetno, vjerujući u to) Evo to je moj moto!"(F12)

v. Sukladno iskustvu bolesnika **kategorija trajnost promjene navika** pokazala se važnom u kategoriji promjene životnih navika, osobito prehrambenih. Jedan period bi bolesnici uspijevali provoditi preporučene mjere, zatim bi odustali, prejedali se, uz osjećaj grižnje savjeti i ponovno pokušavali. Vrijeme je pokazalo osobine cirkularnosti, trudili su se, mučili, odustajali, i ponovno pokušavali. Veći dio bolesnika i dan danas se bori, te unatoč činjenici da su upućeni u preporuke, s vremena na vrijeme pogriješe, te se potom nastoje vratiti preporučenom.

„Pa jednostavno, nije lako promijeniti način života-mislim prehrane. Vi krenete u to, ali vam je teško. Recimo, teško je pušaču koji je.. kad ono ostavi cigaretu... Znači imate

krizu... znači to vam je neka vrsta krize...Nekak se trudiš tijekom dana, mučiš, a onda dođe večer pa ne mreš, ne mreš spavat... dižeš se... pa hodaš, trudiš se da ustraješ... Al onda ne mreš pa otvoriš frižider i pojedeš celo brdo hrane, i osjećaš se krivim još dok žvaćeš, frustrira te to da ne mreš više ko prije živeti! I ponovno iz početka nastojiš, patiš, ... al nemaš izbora! Tako da, to je velim... to...to je onda trajalo možda kojih mesec-dva... ali velim... ja... kad bi sada morao ponovo na neku drastičnu dijetu... mislim da bi to bez problema prihvatio. Ne bi imal sada... ne bi postojala nikakva kriza."(M3)

„Pa, zapravo Vam to kod mene još uvijek traje! Jer, ja znam da tu ima nekavih receptura... vagati na deke...ovo-ono... sve ja to znam! Sve je to tu u glavi! I, ja vam tako probam raditi, pa tako radim tjedan dana, pa vidim da mi je bolje... pa sam tada ponosna na sebe! I onda napravim kiks! Znači, da se privikavam... sa nisam baš da ono do kraja izdržim...nisam baš previše disciplinirana."(F6)

vi. **Kategorija negativne emocije bolesnika** prema iskustvu bolesnika opisuje težinu prihvaćanja promjene životnih navika i povezanost s negativnim emocijama u većine bolesnika (emotivna težina ukoliko bi pojeli više od preporučenog, neugoda zbog odricanja ili neuspjeha istog, potom frustrirano, jadno, strašno osjećanje zbog borbe s glađu ili uzimanja dijetne ishrane koja im nije bila ukusna, niti količinski dovoljna. Dio bolesnika osjećali su se drugačijim od okoline, kao da sami ne upravljaju svojim životom). Ipak, u slučajevima uspjeha, bolesnike su ispunjavale i pozitivne emocije.

„Pa nije. Nekad, u početku mi je bilo jako teško i poželjela bih si nekaj uzeti, pa sam se borila, al sad sam se već odučila i nije tak teško."(F9)

„Na uobičajen je način bilo teško odreći se hrane... svima teško pada kad ne jedu ili kad jedu manje nego što bi željeli ili htjeli ili voljeli...pod uvjetom da im je bilo fino, naravno."(M9)

„Ja sebi želim kažem: „Pa i nije tako loše, jedem ono što kaj su mi rekli!", ali duboko u sebi osjećam da nema više onih istinskih užitaka... I lošije spavam...ma patnja jedna..."(M8)

b. Koncept: Promjena bolesnikovih osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije

Sukladno rezultatima analize intervjua ovaj koncept utemeljen je na iskustvu bolesnika o potrebi reevaluacije i mijenjanja osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije. Iako većina bolesnika nije mijenjala životne vrijednosti, ciljeve niti prioritete, u dijela bolesnika izlučile su se kategorije: zdravlja kao osnovne životne vrijednosti, odricanja od užitaka, zamjene životnih ciljeva i vrijednosti, te kategorija očuvanja unutarnjeg mira i izbjegavanja stresa.

i. **Kategorija opseg mijenjanja životnih vrijednosti, ciljeva i prioriteta**, opisuje iskustvo većine bolesnika koji nisu mijenjali ciljeve, ni prioritete, niti životne vrijednosti zbog ŠBT2. Naime, dio ovih bolesnika smatrao je da se ne radi o teškoj, niti ozbiljnoj bolesti koja bi zahtijevala takve promjene već je bolest „koju se ne osjeti, koja ne dovodi do invaliditeta, niti skraćuje život“. Životne okolnosti pak nekim bolesnicima (udovica s obvezom školovanja djeteta /otac hranitelj obitelji) nisu dale mogućnost promjene vrijednosti, ciljeva i prioriteta, dok je nekim bolesnicima otkrivena u kasnijoj životnoj dobi kad su većinu ciljeva i prioriteta ostvarili.

„Šećerna bolest je šećerna bolest. Tu nema takvog utjecaja na život i ciljeve... zašto bi mene prijatelji odbacili ili ja njih zato što imam šećernu bolest, mislim... to je normalno kao da...kao da ju i nemam ... šta ja znam... možda da imam rak onda bi promijenila nešto jel, možda neke ciljeve koje sam imala u budućnosti... bi prije, jel, odbacila ili prilagodila... Ali šećerna bolest, s njom možeš živjeti sto godina, kao da ju nemaš! Niš ne osjetiš! Nemaš potrebe nekaj mijenjati...“(F2)

„Zbog čega bih mijenjao? Koje sam ciljeve imal onda, kaj je meni bilo važno onda, to mi je važno i danas! Ne nisam ja mijenjao! Stvari koje su meni drage i koje ja volim... ja to ne mijenjam! Sad, jedino da dođe do invalidnosti, recimo da ne bih mogao iz kreveta. Sve radim...“(M8)

„Nisam niš mijenjao. Ja zapravo ništa niti ne osjećam.“(M12)

„...znate ja sam vam ostala udovica sa sinom, a dijete treba iškolovati. Na njega se treba misliti! I da sam željela nešto mijenjati, naprosto nisam mogla, glavni cilj mi je bio budućnost moga djeteta. Ono je bilo prvo. A ja i moja šećerna bolest na kraju.“(F8)

„Ma ne, znate ja sam postigla do tada sve kaj sam trebala. Imamo kuću, za djecu imamo još za svakog od njih zemljište, pomogli smo im da naprave svoje kuće. Ma ne...“(F12)

ii. **Kategorija zdravlje kao osnovna životna vrijednost**, opisuje promjenu prioriteta uslijed nove okolnosti – dijagnoze ŠBT2. Naime, u manjeg broja bolesnika, većinom u onih sa simptomima bolesti, zdravlje i dobra kontrola bolesti došlo je u prvi plan i postalo jedna od važnih životnih vrijednosti i primarni prioritet te je postalo početna točka njihovih aktivnosti.

„...I sad kad gledam nije mi to neki gubitak, ... nije mi ni zadovoljstvo sad raditi, sad mi je zadovoljstvo... prvo mi je zdravlje važno.“(M5)

„...Nego je zdravlje najvažnije, da. Znači, okrenuli smo se baš više zdravlju, i ona i ja. To je definitivno, definitivno.... ja mislim da....“(M3)

„Mislim... u toj dobi životni ciljevi su... ostati zdrav i ne biti nikome na teret. To su mi životni ciljevi“(M9)

iii. **Kategorija odricanje od užitaka**, opisuje važnu i za bolesnike tešku komponentu iskustva življenja sa ŠBT2, a sastoji se u odricanju uživanja u hrani što im je dotada predstavljalo iznimnu životnu važnost. Tako je jednima posebno teško palo odricanje od slatkiša i kolača, a drugima odricanje od teže prehrane, čiju su kvalitetu i kvantitetu morali promijeniti. Na to ih je potaknula nova svjesnost lošeg u dotadašnjem životnom stilu i želja da to promijene nakon edukacije, potom činjenica da su zdravstveno loše - predebeli, ili da imaju povišen GUK, te liječnikovo savjetovanje i davanje preciznih uputa o dijeti kao i poticanje spoznaje da će živjeti kraće ukoliko se ne pridržavaju preporuka.

„Jesam. Odrekla sam se slatkiša... Sladokusac sam Vam ja. To mi je bilo silno važno u životu! Ja bih, ma mogla bi živjeti od kolača. Vjerujte mi! Slatkiši su mi činili zadovoljstvo... ti satkiši, a onda sam ih morala smanjiti, na žalost...“(F8)

„Jedino sam te kolače stvarno obožavala, to mi je bilo stvarno važno! Al sam se s vremenom naučila i sad, kao da ih i nema! Tako sam si postavila stvari i sad kao da ih nema. I sad kad djeca slave rođendan, pitaju „Budeš baka malo probala malo torte?“ Al ja kažem „Ne deca baka ne bude!“ (F9)

„Ali recimo, naprimjer, morao sam se odreći nekih dotadašnjih užitaka. Obožavao sam naravno slatko“(M2)

iv. Kategorija zamjene životnih ciljeva i vrijednosti opisuje iskustvo dijela bolesnika koje se očituje u zamijeni dijela dotadašnjih životnih ciljeva i vrijednosti, sada nedostupnih uslijed ŠBT2 (npr. važnost zadržavanja radne sposobnosti i privređivanja), onima koji su im uz ŠBT2 postali prihvatljivi i dostupni (npr. viđenje lijepog u mirovini, čuvanje unuka). U početku im je bilo teško, no postupno su to prevladali i pronašli užitak i smisao u novom životu. Jedan je bolesnik ipak tražio utjehu u nadi da će jednom ipak moći ostvariti prvotni cilj i ambicije, ali tek po zaliječenju ŠBT2.

„Prije mi je bilo teško, međutim, sad drugačije i razmišljam, i ja svako slobodno vrijeme za neku šetnju koristim... imam sad neke prijateljice s kojima se družim i tako. I tako, uglavnom hodamo puno i tako. Uživamo!“(F3)

„Sad imam i ekipu s kojima igram badmington... jedno dva puta tjedno. Dva puta tjedno se ide na Velesajam. Dosta se šeta i tako. To je ... Skroz se to okrenulo“(6)

„Pa sad znam češće se bavit sportom, znate sa djecom sad znam ovako otići na igralište. To sam i prije nastojao, ali otkada su mi otkrili i taj šećer, od onda puno više!“(M12)

v. Kategorija održanje unutarnjeg mira i izbjegavanje stresa opisuje promjenu u ponašanju bolesnika koji su po otkrivanju ŠBT2 (za koju su naveli jedan od uzroka i stres) pokušali umanjiti daljnji utjecaj stresa pokušajem održanja mira i izbjegavanja sresa (npr. smanjenjam tempa na poslu).

„Je. Promijenilo se, ovoga... način življenja, malo smo smanjili tempo. Trudim se da sve bude malo smirenije, mirnije, tiše.... Ujutro se diže... pije se nekakva lagana kava pa se onda sedne u auto pa se ide. Nema neke žurbe, dok se prije to nije nikada...već se dizalo... sedalo se u auto i odmah se išlo. Onda se jede ujutro... onda se jede, kaj ja znam, negdje u 11, pa se ruča u 2... preko tjedna u 2 u 3... pa se jede opet negdje navečer nekaj u 6... pa se popije opet negdje jedna kava. Prije je to bilo sve onako više našpanato. A sada samo... Malo se to smirenije sada radi, polako se to popije, pojede, živi...“(M8)

„Gledajte, ja sam, ovoga... očekivao da će se tak nešto desiti obzirom da mi je tata imao šećernu bolest, da sam ja u vrlo stresnim uvjetima radio i bilo je za očekivati da će se to

desiti...A sad se promijenilo i to da živim u prirodi. Preselio sam se 20 kilometra odavde u Vukomeračkim goricama...živim na svježem zraku, mirnije jel. I još k tome šećem. Obavezno, po šumama... berem vrganje.... koliko mogu, naravno. Nije to nekakva... svakodnevna aktivnost ali vikendom je obavezno ali zna se i preko tjedna kad je lijepo vrijeme i onda kad je dugi dan idemo... sad, kad su kratki dani... onda kad dođete s posla, onda je već kasno malo pa onda nije više tako...Ali to se onda vikendom nadoknadi."(M9)

„Evo ta jedna gospođa što me zvala, njezin suprug je meni otkrio šećer. Njemu je vječito šećer visok! Ima takav posao, trgovine, oni prodaju svašta, to je jako stresno, to su takve stresne situacije, pa nabava pa prodaja te robe, ovo ono, mislim to sve utječe na šećer! Kako da mu šećer i bude dobar u takvom stresu? Jedno s drugim ne ide!"(F10)

c. Koncept: Promjene unutar okruženja u kojem bolesnik živi i radi

Rezultati analize intervjua bolesnika oboljelih od ŠBT2 ukazuju da su, kao posljedica ŠB, nastupile i promjene unutar okružja u kojem bolesnik živi i radi. Izlučeno je nekoliko kategorija promjena, u odnosu na: obitelj, prijatelje i radno okružje.

i. Kategorija „bolest kao obiteljski fenomen" (okretanje tradicionalnim vrijednostima – obitelji) opisuje promjene koje su se dogodile u obitelji svih intervjuiranih bolesnika, rjeđe kratkotrajnog, a najčešće dugoročnog karaktera. Sadržaj promjena u obitelji može se sažeti na pružanje podrške i poštedu bolesnika u početku, preko poštede i doživljaja bolesnika kao „slabije" osobe, do pojačane kohezije u onim obiteljima kod kojih je i od prije postojala povezanost ili slabljenja i raspada u obiteljima gdje je povezanost bila slabija. I sami bolesnici imali su neriješene probleme prema obitelji, najčešće neispunjene uloge supružnika, roditelja ili hranitelja obitelji uslijed ŠBT2, pa je i to iskustvo otežalo življenje s ŠBT2.

„I danas su 100% uz mene. Tako preko vikenda je normalna hrana i dijetna hrana za mene. A nekad ne samo za mene- supruga kaže danas ćemo jesti svi tvoju hranu. To je dobro. Manje troška jer nema dvije vrste jela. A i dobra je to dijeta, to nije dijeta nego prehrana svakom dobro došla!"(M1)

„… Obitelj je jako dobro prihvatila i ponašaju se... barem kod mene u kući ovi kaj su s menom...koji žive s menom... se ponašaju kao da su i oni šećeraši.“(M8)

„I odmah su mi donesli s interneta upute o tome, kaj trebam i kaj ne trebam, jesti i ponašati se, kupovali te namirnice koje trebam jesti. I često me upozoravaju!“(F6)

„Moja žena je jako brižna i ona bi se htjela uključiti u sve elemente da mi pomogne oko toga. A i ...radi to... i ne znam.. Nju šaljem kao svog delegata ovdje po lijekove jer ja ne stignem. Ona, na žalost, ne radi i tako smo podijelili strahovito obaveze (moj zadatak je jedan a njen je drugi). Zapravo ona je ta koja se u principu o svemu brine. Ona ide po lijekove, ona me podsjeća kad trebam nekam ići..ona je moja druga memorija, tak da, znate bez nje bih ja tu loše prošo, što se toga tiče. Ali u principu ne želim ...da se svi bave oko mene. To ne doživljavam kao dobro baš. Ne volim da se baš netko prtlja oko toga.“(M2)

„A ni moj muž ne veruje da imam šećer, niti da je to ozbiljno. Tak da nemam nikakvu podršku od njega! A da imam možda bi bilo lakše da malo promenim prehranu, i tak ... manje radim! Možda bi... A ovak ja i da sam željela nekaj menjati on bi poludio. Rekao bi „Ti bog mater, pa kaj je to jelo!“ Sve bi hitil. Umjesto da je rekao „Ja ću s tobom pokušati, samo da bi ti brže ozdravila!“ Ma ne, ja da želim nekaj menjati, ja bih morala kuhati jedno za njega, drugo za sebe. A kad da to stignem uz ovakvi tempo? Zato mi se i ne da krenut! A znate ja nikad ne bi takva bila. Da je situacija obrnuta, da moj muž ima šećer, ja bih cijelu prehranu prilagodila onak kak treba. Ma da itko iz familije kaže ja ću s tobom. Ma kakvi! Ja čuvam unuke svaki drugi dan. A bilo bi i lakše da me malo poštede, a ne ovak, sam ti dalje tegli i vuci, a što jedeš jedi! I tak!“(F13)

ii. Unutar **kategorije promjene u funkcioniranju s prijateljima** mogu se izlučiti dvije vrste iskustva. Naime, većina bolesnika nastavila je družiti se s prijateljima intenzitetom kao i prije bolesti, dok je u manjine izraženo iskustvo povlačenja, do potpune odsutnosti druženja (jedan bolesnik) zbog „srama“ i nelagode što imaju ŠBT2. Prijatelji su većini bolesnika pružali podršku održavanjem vedre atmosfere, potom pripremom bolesniku prihvatljivih obroka, te ne forsiranju starih, za bolesnika neprihvatljivih stilova življenja.

„Ne, ne! Mi, kad negdje dođemo, svi znaju da sam ja bolesna, ak ja to ne jedem, meni se pripremi nešto drugo i to je... ili... uglavnom ništa ne treba ...“(F1)

„A okolina, društvo i prijatelji... dolazim više puta... često sam u raznim društvima i sada dolazite... večeras pozove te... recimo, ne znam... društvo iz vojske... idemo večeras na jaretinu, na janjetinu, na ovo... na ono... svi piju... za njega, veli, znamo... tu su se sada nekako... oko toga...privikli. Da. Naruče mi nekakav sok, recimo gusti od kruške... „Daj mu veli odmah gajbu, on drugo ne pije. A za jelo isto svi... znaju. Ako jedu svi roštilj meni naruče kuhanu teletinu.“(M8)

„.... na prijatelje u toliko što češće kažem: a ne sad, ne smijem, moram paziti i to povremeno koristim i kao izgovor kada mi se ne da družiti s ljudima, a i vrlo često zato što to doista je tako. Dakle, u tom smislu ja se manje družim, manje okolo jedem i pijem. Promijenio se taj dio prema prijateljima upravo Vis a vis količine jela koju ja trebam, odnosno ne smijem konzumirati.“(M7)

„Da, živim i dalje, ali samo malo drukčije jel? Ali, isto, ne? Imam ja i dalje društvo i izađem samo što ne više tim tempom. Niti tim tempom niti tim načinom, jel?“(M6)

„Dobro... sad ovako, malo mi je neugodno kad idem na kavu... pa moram tražiti Na-tren. Makar, navikao sam...A i ja sam ponesem sa sobom. Ali, već je naučio i konobar i konobarica... gdje sam često..pa mi donesu unaprijed... Al, eto, nekako....neugodno je, jako kad svi drugi u društvu normalni šećer uzimaju, a ja ovaj... Ali šta ću! Kad oni sjede, i vide...Ma da... Iako ih koji su još gori nego ja! ... Te neke bolesti druge imaju i tako... Ma nije, to mene ne sprečava da reknem da imam šećer. Ali neugodno mi je. Nisam kao oni, drugačiji sam, eto...“(M13)

„Nije. Znate ja ne volim o tome puno pričati. Nema potrebe da svi znaju o meni! A i nisam oženjen, nadam se još kakvu ženu najti, pa ak svi budu trubili o mom šećeru još me neće hteti niti jedna!“(M15)

iii. **Kategorija promjene unutar bolesnikova radnog okružja** opisuje dva obrasca ponašanja i bolesnika i radnog okružja prema bolesniku. Dok većina bolesnika nije željela promjene niti ustupke unutar radnog okružja i osjećala se „jednako vrijednima“ kao i prije ŠBT2, dio bolesnika promijenio je svoj odnos prema radu (npr. smanjili tempo rada). Dio bolesnika bio je pošteđen od kolega i rukovodioca (npr. dodijeljeni manje teški

poslovi, premješteni na lakše radno mjesto), ali je dio bolesnika iskusio i neprihvaćanje od kolega i rukovodioca na radnom mjestu (stigmatizacija i diskriminacija-gubitak dostojanstva i ugleda). Naime, s prvim odlaskom na bolovanje manjina bolesnika dobila je oznaku lošeg radnika, te je postupno slijedio pad kvalitete odnosa poslodavca prema radniku što je rezultiralo negativnom promjenom odnosa poslodavca prema bolesniku neovisno o duljini njegova radnog staža i kvaliteti obavljanja posla. Neke bolesnike poslodavci su diskriminirali premještanjem na slabije plaćena radna mjesta, ili učestalo premještali s jednog na drugo radno mjesto. Bolesnici su uočili da niti drugi predstavnici društva (npr. socijalna radnica na poslu) nisu osjetljivi na bolesne.

„Ne. Znate meni je jako bilo važno da mogu raditi i da me ne gledaju drugačije zbog šećerne bolesti. Mene su pitali u firmi da li bih ja radije dobila neki lakši posao, da me prekvalificiraju! Ja sam rekla „Niti slučajno!“ Ja mogu kak i svi drugi i hoću da me se tako gleda! Zamislite kak bi ja bila deprimirana da mi kažu da ne mogu i da nisam radnik kak i prije! Odmah bi mi šećer porastao! Ovak ja radim kak i svi i to me čini zadovoljnom! Doprinosim za obitelj, ispunjavam svoju ulogu! Zašto bih ja, pitam ja Vas, bila zbog šećerne bolesti lošija od drugih?! Koji mi je još u granicama!“(F8)

„Čuo sam da kad nekom otkriju šećer pa mu poslodavac daje manje posla! Veli: Čuj nisi sposoban! To je omalovažavanje ljudi jer ljudi su sposobni-takvi ljudi. Naprimjer ja, ja sam sposoban teret dizat, više nego prije 30 godina. Naprimjer sada sinu renoviramo kuću i kad treba dignut gredu, beton, on ne može, ja ga dižem! Znači ja imam šećer! Fala bogu al ja se ne osjećam slabije! I to je greška poslodavaca kad tako se ponašaju...“(M1)

„Na poslu se ništa nije promijenilo. Iako su me pitali čak da li treba, da li osjećam kaj... ali ja sam rekao da niš ne osjećam..I da nema potrebe, a kad bum osjetil da budem. Ali nekak mi se čini da bi se osjećao lošije da su mi dali neki lakši posao zbog šećera u tom smislu, kao da ne mogu obavljati svoje funkcije. Ne bih sad bio kao invalid, al bilo bi mi nekak glupo!“(M12)

„Pa nije to... to ne može... mislim, nije to takva bolest. Mislim... to je bolest, ali nije sad to takva bolest da vas može spriječiti u nečemu ako vi težite prema nečemu... ako ste u mogućnosti to sve drugo obaviti da do toga dojdete. Nije to problem... ide to... samo

čovjek mora biti malo uporan. Pa moraš biti uporan ako hoćeš to obaviti. Ne smiješ razmišljati ja sam bolestan, ja sad više ne mogu!"(M8)

„Znate sve sam na poslu rekla i bili su jako dobri...Imala sam veliku podršku na početku i još uvijek sad je imam... imam čak do te mjere da zna šef reći „Još danas uopće niste jeli!" Recimo, ne? Pa tak kak se moj šef ponaša, mislim puno brine, tako i moji...svi su zapravo uz mene. Imam podršku od svih! Lakše je puno nego da me negativno zbog šećera gleda."(F6)

„Je. Znate moj šef, čim je čuo da imam šećer, odmah mi je išao kupiti onaj aparatić."(M12)

„Pa najviše se promenilo to kaj ja više ne mrem delat! To je najveća promjena bila. Prvo sam bil na bolovanju dugo, jedno 5 meseca, i onda su mi dali neko vreme da radim 3-4 meseca, onda sam otišal da na bolovanje opet, pa su mi savjetovali da odem dalje na bolovanje, i tak. I onda je krenulo ono rasulo i tak su nas starije pozvali, nismo kao podobni, prestari smo, napredovat ne možemo. Najbolje bi Vam bilo da idete u invalidsku penziju! I tak sam ja otišo iako bi ja radije radio dalje!"(M14)

„Pa promijenil sam vrstu posla, sa vozača na portira."(M15)

„Pa, moji na poslu misle da to nije šećer. Rugaju mi se. Oni čak meni i ne vjeruju. Ja ne znam šta bi se trebalo dogoditi, da mi nogu odrežu pa da oni shvate da ja imam šećer. Znate šta... meni se čini da njih nije puno ni briga jel čovjek zdrav ili bolestan...Da za ove na poslu vrijedi samo kad si na poslu. I čim imaš više godina ili imaš neku bolest, nema veze koliko ti vrijediš kao čovjek, kao radni si manje vrijedan. I ružno je reći, al mi imamo socijalnu radnicu na poslu. Mislim da bi se ta ženska trebala pobrinuti za ljude koji imaju neke godine i imaju neku bolest, da ona zna da oni imaju bolest. A to na žalost nije tako. Kod nas Vam se brinu samo za financije. Sramota je reći da je to tako. Ja mislim, ne da ja osuđujem ljude, ja se osjećam kao običan čovjek koji radi svoje posel i ne traži niš preveć..."(F7)

d. Koncept: Promjena u životnim uvjetima bolesnika

Koncept je temeljen na iskustvu bolesnika o promjenama u dotadašnjim životnim uvjetima koje su nastupile po spoznaji da boluju od ŠBT2. Među promjenama se mogu

izlučiti umanjenje radne sposobnosti i dugotrajno bolovanje, umirovljenje, te vrlo često povezano s navedenim, promjena u financijskoj situaciji bolesnika i njegove obitelji.

i. **Kategorija umanjenje radne sposobnosti i dugotrajno bolovanje** opisuje iskustvo manjeg broja bolesnika od ŠBT2 jer ih je većina nastojala da bolest ne utječe na njihov posao i radnu sposobnost. Međutim, u posebnim situacijama kao što je uvođenje inzulina ili u akutnim komplikacijama bolesti, bolesnici su koristili bolovanje kao predah dok ne povrate snagu i kondiciju.

„Prvi puta sam otišla na bolovanje kad sam krenula s inzulinom. Jer doktor B, mi je rekao: Moraš ići na privikavanje! No, ja sam mislila da ja to mogu izdržati bez bolovanja i krenula sam s inzulinom poslije kolektivnog godišnjeg i išla sam raditi. Mislila sam si: pa dobro se osjećam ne idem na bolovanje! I nakon jedno tjedan dana je mene ta panika neka ulovila i ja ipak velim majstoru: ja ne mogu više izdržati, nekako sam napeta, ja idem barem dva tjedna malo da se priviknem, jer mi je doktorica dala bolovanje. I kad sam se ja vratila, tu je počelo prvo šikaniranje i već sam izgubila radno mjesto... sve...i tu je to krenulo. To vam je na žalost, i sad kad se...čini i sa mojim kolegicama s posla, tko ode na bolovanje...tu više nema...to su... to je tako na žalost... danas... dok si zdrav je dobro... čim si... oboliš... nije.“(F1)

„A čujte, reći ću Vam ovako, ovaj, profesionalno što se tiče, na poslu radim i evo to je to. Jer, inače sam strojobravar pa i varim i režem i sve... ima tih, i sa metalom radim. Iako... malo ne radim više onaj posao koji sam malo teži radio, ne idem više na te visine. Tako, tako mi je šef... e sad radim dolje malo te poslove na zemlji.“(M5)

„Pa promijenil sam vrstu posla, sa vozača na portira.“(M15)

ii. **Kategorija umirovljenje bolesnika** opisuje iskustvo odlaska u invalidsku mirovinu ili pak dobivanja otkaza po oboljenju od ŠBT2 u manjine bolesnika. Glavnina ovih bolesnika željela je zadržati radni status, ali su ga, suprotno svojim željama izgubili. S odlaskom u mirovinu dio bolesnika se trudio pronaći nova zadovoljstva i užitke u novom životu (unuci).

„Pa najviše se promenilo to kaj ja više ne mrem delat! To je najveća promjena bila. Prvo sam bil na bolovanju dugo, jedno 5 meseca, i onda su mi dali neko vreme da radim

3-4 meseca, onda sam otišal da na bolovanje opet, pa su mi savjetovali da odem dalje na bolovanje, i tak. I onda je krenulo ono rasulo i tak su nas starije pozvali, nismo kao podobni, prestari smo, napredovat ne možemo. Najbolje bi Vam bilo da idete u invalidsku penziju! I tak sam ja otišo iako bi ja radije radio dalje!"(M14)

„I onda sam je krenula... intenzivno na bolovanje... doktorica Z, neurolog sa Vuk Vrhovca i moj doktor B oni su mene uputili na invalidsku... i prvi put su me odbili i drugi puta sam dobila... sada će biti pola godine da sam ja u invalidskoj mirovini... I imam pristojnu mirovinu, to se i po tome vidi da nisam bila loša radnica, ali eto..."(F1)

iii. **Kategorija egzistencijalna ugroženost i/ili promjena u financijskoj situaciji bolesnika i njegove obitelji** opisuje primoranost bolesnika da prilagodbu na bolest i preporučene promjene prilagode objektivnoj financijskoj situaciji obitelji (npr. nemogućnost smanjenja obima posla kao i traženje dodatnih izvora zarade; nemogućnost nabavke i pravilnog uzimanja preporučene prehrane kao i provođenja fizičke aktivnosti; te smanjenje financijske sposobnosti obitelji gubitkom radnog mjesta zbog ŠBT2).

„Recimo da sam imao bilo kakav izbor. U izboru... recimo posla koji obavljam, kojeg radim, recimo da.. bilo šta ... Recimo primjer, ako je rečeno bilo da bih trebao nekoliko puta na dan jesti da manje opterećujem, da bih smanjio potrebu gušterače da luči inzulin, super ne? E sad kako ću ja promijeniti, naprimjer, moj posao? Naprimjer, ja sam u jednom danu sam otišao u Split, zatim otišao u Rijeku i za 4 sata se vratio u Zagreb! Ja ne mogu jest! Morao bi me netko intravenozno hranit da ostvarim takav način života! Morao sam promijeniti posao! A ja to ne mogu!"(M2)

„Pa promjenu prehrane bi mi olakšalo možda malo više novaca. Dijeta je skupa. To bi mi olakšalo. Kad vi imate na meniju kelj, karfiol, mahune, špinat jedan tjedan... pa onda imate špinat, karfiol, mahune, kelj drugi tjedan, onda opet nazad. To vam je isto. Da ali kad imate recimo danas za ručak kuhanog brancina, sutra imate... kaj ja znam, recimo, šanpijera, pa imate oradu na lešo... mislim da je orade kila od 70 do 150 kuna. Ne mreju drugi u kući jesti kelj, a ja oradu svaki put. To ne bi bilo ni fer ni zgodno. To bi mi olakšalo, znači, finacijska strana. Dijeta je dosta skupa. Jako puno se voća jede, svakakvoga. Jako puno se jede mesa. Jade se piletina, jede se junetina, pretežno, te ribe i

na koncu konca i to zelenilo je po zimi strašno skupo. Lako je sada još bilo po ljetu. To bi mi olakšalo prehranu.“(M8)

„Pa ja praktički nisam više mogla sudjelovati u financijskim troškovima u kući i loše se osjećam, velim Vam, i onda kad ostanem sama i oni su na poslu... ja sam kod kuće sama i ja sam... puno mislim, jako puno mislim i to me najviše muči. I deprimira me... i ja bih sve svoje htjela odraditi kako treba, a ne mogu više.“(F5)

Tema 4. Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja sa ŠBT2

Analizom iskustva bolesnika u fazi prihvaćanja bolesti izdvojena su četiri koncepta koji opisuju čimbenike koji su utjecali na proces prihvaćanja i življenja s ŠBT2. Koncepti su povezani s karakteristikama: samog bolesnika, njegove bolesti, proksimalnog (obitelj, prijatelji, zaposlenje, financijska sigurnost bolesnika i njegove obitelji) i distalnog (zdravstveni sustav, zajednica, kulturni milje, mediji) konteksta (Prilozi: Tablica IId: Kodna knjiga - Bolesnici od ŠBT2: Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja sa ŠBT2).

a. Koncept: Čimbenici vezani uz bolesnika

Koncept opisuje ključnu ulogu bolesnika u procesu prihvaćanja bolesti. Koncept je utemeljen na iskustvu bolesnika koji se mogu grupirati u šest kategorija: osobnost bolesnika (dominantno raspoloženje, razina samopouzdanja i upornosti), bolesnikova predodžba (doživljaj) ŠBT2, motiviranost i namjera bolesnika za provođenjem preporuka liječenja, osjećaj sposobnosti kontrole ŠBT2, dovršenost životnih uloga i planiranih životnih ciljeva.

i. Kategorija osobnost bolesnika (dominantno raspoloženje, razina samopouzdanja i upornosti) opisuje važnost utjecaja bolesnikova dominantnog raspoloženja u procesu prihvaćanja bolesti, optimizma ili pesimizma. Optimizam, sklonost pozitivnom shvaćanju, gledanju svijeta uz očekivanje najboljeg mogućeg ishoda,

je prema iskustvu bolesnika povezan s bržim i uspješnijim procesom prilagodbe, a pesimizam sa sporijim i neuspješnijim. Također je istaknut pozitivan utjecaj samopouzdanja, upornosti i odlučnosti na nošenje s bolešću koje je, prema iskustvu bolesnika, bilo učinkovitije kod bolesnika s ovim karakteristikama.

„Da, i to da sam nekako uvijek htjela pozitivno razmišljati. Eto tako. To mi je možda još olakšalo što sam si govorila „eto ipak nije sad baš tako teško.“(F3)

„Po meni je najvažnije da bi osoba, što lakše, prihvatila svoju kroničnu bolest jedan optimistični stav. Ja sam takva po prirodi i mislim da sam zato to tak lako i prihvatila! To je tak kak je, i moraš živet s tim! Nije niš tak strašno, Bože dragi! Pridržavat se onog kaj treba i to je to.“(F15)

„Ja sam uvijek bio optimista i uvijek sam ja... ja imam želju za naprijed... nije meni to sad fraza... to je tako! Ja sam to odmah prihvatio i gledao sam kako to mogu brže prihvatiti i kako...si mogu pomoći.“(M6)

„Jako je važan optimizam! Dakle kronična bolesti ne znači da je život završio. Sa kroničnim bolestima se živi. Treba prilagoditi život tome. Optimizam je najvažnija stvar. Kod svakog rješavanja problema bilo koje naravi.“(M9)

„Ja mislim da to sve zavisi od osobe same... od njegove psihe samo. Kako, na koji način će on to prihvatiti... teže... ili lakše.“(M11)

„Ja mislim da je ipak problem u meni. Da je to pitanje što sam ja karakter koji... nije dovoljno čvrst u tome. Kao da mi nije sve jasno. Makar, čovjek i pročita i sve to skupa, ali sve si misliš „Pa ne bu valjda tak!“(F6)

ii. Kategorija bolesnikova predodžba, doživljaj ŠBT2 (znanje i prethodno iskustvo sa ŠBT2; simptomi, uzroci, trajanje, posljedice, sposobnost kontrole, razumijevanje, emotivna pogođnost). U slučaju posjedovanja pravilne (adekvatne) predodžbe, bolesnici ne samo da su prepoznali simptome i time utjecali na brže otkrivanje bolesti, već je i proces prihvaćanja dijagnoze bio kraći jer se nisu pitali kakva je to bolest i da li su bolesni, već su bolest brže spoznali i brže se s njom hvatali u koštac. Međutim, kada je predodžba bila krivo utemeljena (imala negativan „role model“) ili pak ako predodžbe nije uopće bilo, onda je suočavanje s dijagnozom bilo neadekvatnije.

„... vidio sam kak se žena s tim nosi... jer ona je dvije godine prije mene... su njoj našli. Pa sam onda tak... malo pratil kako ona se s tim nosi... tako da nisam baš bio ono... previše zabrinut, jer ona je puno viši šećer imala, njoj je i pozlilo. Ona je imala 28. Tak da mi je bilo olakotno to što sam mogao vidjeti kako je to. A vidio sam ja i... imao sam ja ovak... susjede kaj su imali inzulin.. oni su si čak i sami inzulin davali. Pa sam vidio da ako se pazi...Da se može s time u životu." (M12)

„Moja teta je isto dijabetičar ...ali isto je i ona pojela i šta... i nije se baš pridržavala redovno...pa sam ja mislila... pa kaj, nije to niš. To nije niš!"(F2),„Ja to nisam teško doživio, ne. Jer mislim da to nije najteža bolest. Imam susjeda... ma živi ko da ju nema!"(M3)

„Nije me nešto previše brinulo jer već sam ja znao, ovoga... od prije to, pogotovo ne taj tip 2, ne? Ja sam čuo za to! U firmi oko mene, ne, neki imaju. A isto imaju tak, trbuh ko ja, tak da sam pretpostavljal da je na mene došo red. A dobro su, žive normalno..."(M10)

iii. Kategorija educiranost/informiranost bolesnika o ŠBT2, tijeku, posljedicama i provođenju preporuka. Bolesnici su istaknuli neminovnost dobre informiranosti – početne kao i nadogradnje informacija o bolesti, tijeku i posljedicama, samopomoći, te o direktnom utjecaju pridržavanja preporuka na duljinu života od: strane liječnika na prvom mjestu, a potom iz literature, medija. Nadalje, važno je da dobiju objašnjenje zašto je korisno primjenjivati preporuke i uzimati terapiju (uzročno-posljedični odnos). Koristila je svaka informacija i što više razgovora o ŠBT2. Dio bolesnika u početku nije shvatilo da je dijeta jedna vrsta terapije, odnosno nisu bili sigurni u neophodnost fizičke aktivnosti.

„Pomoglo mi je da upoznam bolest kad smo bile u bolnici i kad smo imale to predavanje. I knjigu sam dobila... i u bolnici kad sam bila... i sve sam to čitala po dva puta, tri..I, čak sam i sad nekad se sjetim pa si to još malo...pročitam, da."(F5)

„Pa ja nikad ne bih tak smršavila da mi nisu tako sve lijepo objasnili! To je bit svega, da bude dobra suradnja i komunikacija! Pa nisam ja neko niže biće, u krajnjem slučaju - pa o meni se tu i radi i o mojoj bolesti, pa daj da onda porazgovaramo kao ljudi, jer ja ću s tim živjeti. A tebe samo na kontroli viđati. Pa pouči me svemu o toj bolesti, pa ćeš i ti biti zadovoljnij kad se vidimo slijedeći put na kontroli, a o meni da ne govorim! Pa mene

svaka informacija o mojoj prehrani, fizičkoj aktivnosti, ili inzulinu usrećivala. Jer bila sam više samostalna! A ja sam za 99% svega toga odgovorna. Eto to sam htjela reći!"(F15)

iv. **Kategorija motiviranost i namjera bolesnika** utemeljena je na iskustvu bolesnika o ključnom utjecaju njihove motiviranosti i namjere da prihvate ŠBT2 i počnu provoditi preporuke.

„Meni su znate u firmi često znali govoriti: „Kaj ti ne odeš na dijetu?", Ja sam im odgovorila "Treba prvo imati motiv za dijetu! Kad nađem vezu, ja ću na dijetu!" Kao da mi šećerna bolest nije bila dovoljno jaki motiv. Iako mi je u podsvijesti stalno kuckao taj šećer! Kao neka nervoza, ali evo izgleda da nije bio dovoljno jak motiv da odem na dijetu! ... Pa sam si mislila „Bože, visim po tim ambulantama... pa kaj će mi taj čovjek reći?" „Pa će mi reći, kaj ćeš mi ti kad si stalno bolesna!" Jel tako? I tako, sam Vam ja odlučila smršaviti, eto...I onda se to stvarno dogodilo dobila sam motiv i ja sam stvarno počela s dijetom. I radi..."(F7)

„Znate ja sam imala jaku odluku u sebi, onu najvažniju da se pridržavam te prehrane i kretanja u sebi donesla. Ta odluka je jako važna. Ja sam tu odluku odmal donesla, a zašto i kako, pa sad kad razmišljam, znate znala sam od sina šta to znači imati šećer, a s druge strane, misla sam si da moram biti i dobar uzor njemu! Kak ono kažu bila sam motivirana! A motivacija je jako važna, za sve kaj radiš u životu moraš imati dobar motiv, inače radiš onak, prek volje. A kad ti je motiv dobar, ne pitaš više jel treba i zašto, već guraš i trudiš se da bude onak kak treba."(F9)

„Stara me doktorica nije slala da vadim krv već 20 godina. Al nova doktorica me odmah poslala. Niti mi stara nije ni tlak mjerila. Dok ova doktorica čim dođem ona odmah ide mjerit tlak, savjetuje, upućuje. To je jako važno! Poticajno da nastaviš. za to je doktor isto jako važan. da te nauči, ali i potiče!"(F15)

v. **Kategorija sposobnost kontrole bolesti** utemeljena je na iskustvu bolesnika da je u periodu prihvaćanja bolesti bilo važno tko „ima bolest u svojim rukama". Ako bolesnik doživljava sebe kao osobu odgovornu za držanje bolesti u rukama, onda je i proces prilagodbe brži i učinkovitiji. Bolesnici su većinom imali dominantno izraženu

vjeru da sami mogu kontrolirati svoju bolest, potom je bila izražena vjera u važne druge (liječnik, obitelj).

„Ja mislim da sam ja najvažnija tu... jer vele da je... ne samo za šećer ...pa obično za svaku bolest si sam sebi liječnik, pa onda ti je sve ostalo. Jer, ako se ja budem sada najela kremšnita, onda ja sebi nisam liječnik. Jer, ima... znam... vi ste imali...neki bolesnici... veli, ja si dam duplu dozu inzulina... nije to to. Nije to to.“(F1)

„Ja sam najvažniji za prihvaćanje bolesti, ma 90%. Sebe stavljam na prvo mjesto važnosti za prihvaćanje bolest! To je svima tako samo što oni neće reći, to je sigurno...Onda mi je pomogla spoznaja da moram primati inzulin i podrška obitelji“(M1)

„Ma ja sam najvažniji za prihvaćanje i regulaciju bolesti, najvažniji. Znate ako ja to ne radim badave sve drugo. Ja sam taj koji mora donašat odluke i koji se mora ponašat u skladu s tim. I ako sam ja donio takvu odluku, to će tako sigurno bit. I svatko od kolega bolesnika koji bude donio ispravne odluke, edukacija prije svega, on mora to zaista htjet, a ako neće to je gotovo... to je sigurno! Tko mene može spriječiti da se ja slijedećeg dana ne najedem čokolade. To je tak.“(M2)

„A to čovjek, opet to mora sam. Sve mora čovjek sam. Ovaj... te neke stvari ipak mora sam čovjek donijeti odluke. Ne može... jer isto, tko bi mi mogao zabraniti da sam ja htio poslije i zapaliti i popiti? Mislim, jel? Jedno da me zatvore ili šta ja znam. Ili, ne znam, ima dosta toga. U biti... ljudi nastave i piti i pušiti i šta ja znam... Ali ne. Ali kažem: čovjek mora sam donijet odluku. Bitna je podrška u svemu tome, ali, mora čovjek ipak sam. Sam. Ako sam čovjek odluči onda je to... dobro, lakše mu je ako mu netko pomogne... ali, ako sam ne donese odluku od toga ništa.“(M6)

„Ja sam najvažniji za kontrolu moje bolesti, recimo 99%. To je sve u meni... znači, ja sam jedini taj koji može sve kontrolirati i pratiti. Naravno, bolest može napredovati neovisno, ali opet sam ja taj koji nosi tu bolest i koji se mora s njom nositi.“(M9)

„Ja sam! Ako ja sam ne budem o tome vodil brigu i kaj ja znam... radil to, onda ovi ostali su bespomoćni. Ja mislim da sam ipak ja ...broj jedan...onaj koji mora.“(M11)

„Za kontrolu bolesti važni smo i ja i liječnik, recimo pola/pola. Kao jedan fer odnos, fer play.“(F2)

„Mislim da je doktorica važnija nego ja. A ja sam tu negde, koja s tim živi s tom bolešću i koja ne može prihvatit! Ja krivim sebe za to!“(F15)

vi. Kategorija dovršenost životnih uloga je utemeljena na iskustvu bolesnika o negativnom utjecaju na proces prihvaćanja kod onih bolesnika čije su životne uloge još bile u tijeku i nedovršene (uloga roditelj, supružnik, hranitelj obitelji). U prvom planu bila je njihova uloga i njezino ispunjavanje, na uštrb prihvaćanja i regulacije ŠBT2. Neki od ovih bolesnika smatrali su da nisu imali izbora (moralne, indirektne prisile). Bili su toga svjesni i svjesno su riskirali svoje zdravlje. Nasuprot tome, bolesnici koji su „odradili“ svoje životne uloge (djeca odrasla i zaposlena), mirnije i potpunije su se mogli posvetiti bolesti jer je jedan dio životnih uloga i obaveza bio iza njih.

„Pa sad kad razmišljam, možda bih lakše prihvatila bolest recimo da sam u tih godinu dana, imala više vremena za sebe...Možda da sam imala malo bolju situaciju, da se nisam morala za druge toliko brinuti... Onda bi imala više vremena...za sebe. Jer mislim da nisam, mislim da nisam osoba koja tako voli radije sebi zamaskirati oči. Jednostavno ta opterećenost poslom i ta situacija... na meni je bilo sve. Vukla sam kćer i njenu djecu nakon njenog razvoda...Misla sam bu joj lakše, ne mora sve prolaziti kak i ja! Nisam opće razmišljala o svom šećeru! Kad Vi vidite da Vam klinac ima strgane tenisice onda idete i kupite mu nove...Nema druge...“(F7),„Recimo za prihvaćanje bilo bi mi lakše da sam imao bilo kakav izbor. U izboru... recimo posla koji obavljam, kojeg radim, recimo da.. bilo šta ... Recimo primjer, ako je rečeno bilo da bih trebao nekoliko puta na dan jesti da manje opterećujem, da bih smanjio potrebu gušterače da luči inzulin, super ne? E sad kako ću ja promijeniti, naprimjer, moj posao? Naprimjer, ja sam u jednom danu sam otišao u Split, zatim otišao u Rijeku i za 4 sata se vratio u Zagreb! Ja ne mogu jest! Morao bi me netko intravenozno hranit da ostvarim takav način života! Morao sam promijeniti posao! A ja to ne mogu! Moram obitelj hraniti, znate! Znači prisile nisu bile direktne, prisile su bile moralne, indirektne ... i ja sam to svjesno riskirao, u tom je štos!“(M2)

vii. Kategorija dovršenost planiranih životnih ciljeva je utemeljena na iskustvu bolesnika o negativnom utjecaju na proces prihvaćanja i nošenja s bolešću, ukoliko su osjećali da nisu završili neki od životnih ciljeva. Neki bolesnici stavili su bolest u drugi plan i posvetili se dovršenju ciljeva, a tek nakon toga bolesti.

„…znate ja sam vam ostala udovica sa sinom, a dijete treba iškolovati. Na njega se treba misliti! I da sam željela nešto mijenjati, naprosto nisam mogla, glavni cilj mi je bio budućnost moga djeteta. Ono je bilo prvo. A ja i moja šećerna bolest na kraju.“(F8)

b. Koncept: Čimbenici vezani uz ŠBT2

Unutar koncepta karakteristike bolesti, sukladno iskustvu bolesnika, dominiraju tri kategorije. Prva je kategorija ŠBT2 kao tihi ubojica koja opisuje simboličnu, podmuklu karakteristiku bolesti sa dva lica – ne osjetiš ju, a postepeno i sigurno te uništava. Potom su kategorije strah od komplikacija ŠBT2 i inzulina koji su u nekih bolesnika bili poticaj za prihvaćanje kako ne bi došlo do njih, a u drugih samo izvor anksioznosti. Kategorija izraženost simptoma opisuje kako je zbog nedostatka simptoma otežano prihvaćanje jer se na bolest lakše zaboravi. Dinamiku prisutnosti/snage ŠBT2 i njezina utjecaja na život, bolesnici su opisali terminima „bolest kao podstanar ili gazda“, te im je život u fazi “bolesti kao podstanara” bio puno slobodniji, da bi u fazi “bolesti kao gazde” ona sve više, nepovratno, određivala njihov život.

i. **Kategorija simbolično značenje ŠBT2 („Bolest koju imaš, a nemaš“)** opisuje iskustvo bolesnika sa ŠBT2 koju su okarakterizirali kao „nefer“, podmuklom, te bolešću s dva lica jer većina njih u početku nije imala simptome i dobro se osjećala da bi u konačnici dovela do najozbiljnijih komplikacija.

„A opet svejedno je se malo plašim, te bolesti! Pa evo čula sam da napada cijelo tijelo! I oči i bubrege i srce… Tiha smrt kažu! Prihvatiti bolest znači… Za to trebaš promijenit stav i donijet odluku.“(F13)

„Pa nije me brinulo... šta ja znam... zato vjerojatno što je to tihi ubojica. Mislim, ne osjećaš se bolesno, a u stvari si bolestan.“(F2)

„Jer ja nisam imao pojma ni što je to. To je naprosto bio jedan od nalaza, praktički taj šećer ide malo gore malo dole, nikom ništa. A znate, nisam imao ni jednog ozbiljnog šećeraša u familiji koji je bolovao...“(M7)

ii. Kategorija psihološki teret (strah od komplikacija, strah od inzulina) opisuje psihološki teret ŠBT2. Iako u većine izvor trajne nesigurnosti, kod nekih je taj strah od komplikacija doveo do bržeg i učinkovitijeg prihvaćanja bolesti, u cilju sprečavanja njihova nastanka. Kategorija strah od inzulina opisuje važno iskustvo nekih bolesnika. Mogu se uočiti dvije potkategorije. U dijela bolesnika, činjenica da nisu morali odmah krenuti s inzulinom olakšala je proces spoznaje i prihvaćanja bolesti jer su smatrali da je bolest u blažoj formi. U drugih je pak bolesnika spoznaju bolesti ubrzao upravo strah od uvođenja inzulina koji ih je poticao da što prije spoznaju i prihvate bolest, odnosno samo uvođenje inzulina u terapiju koje im je poručilo da se od tada moraju suočiti s bolešću i ne mogu više uzmicati.

„Nakon što sam vidjela te strašne prizore u bolnici, ljude bez ruku i nogu, slijepe, trebalo mi je još jedno par mjeseci prilagodbe i tako....i brzo sam shvatila da to više nije igra kad sam počela osjećati hipoglikemije, imati te trnce u rukama i nogama ...“(F1)

„Kako sam ja i vidjela... od sina su mi prijatelji imali šećer, pa braća iz susjedstva... njih je 3... svi su šećeraši... i onda sam ja vidjela kako izgledaju oni... jednom su odrezali stopalo i te stvari... i slabo vide... i niš ne smiju jesti... Tak da kad sam vidjela te ljude koje žive sa šećerom i posljedice koje nose prestrašila sam se, silno! Jer, meni nitko u porodici nije imao dijabetes. Ja nisam praktički znala, šta je to, jel da? Ne, ne. Ja nisam nikad bila u kontaktu s nekim tko boluje od toga! I kad sam to vidjela, preko sina, strašno sam se prepala, tek onda. A tim više i što mi je samoj vid jako oslabio meni je u godinu dana sa 0,5 otišla dioptrija na 2!“(F7)

„Ne... uvijek....samo sam se bojala da neću dobiti inzulin. To sam se bojala. Zato sam se žustro trudila da slijedim preporuke samo da me ne bi zapao!“ (F5)

„E da sam ja odmah počela sa inzulinom onda bi mi to bio puno veći šok za mene! Ovak ja nisam nikaj uzrujana bila! Pa tak, nekak je veća briga, moraš si češće vadit šećer, uvijek to radit bez obzira gde si, doma ili kod prijatelja. Pa se pikat. Puno više se upetlja u život nego tablete.“(F9)

„Pa prvo me jako pogodila ta spoznaja da imam šećer, a i strah je bil veliki da ću možda morat se pikat, ja se, znate, jako bojim inzulina!“(F14)

“Zapravo sam spoznao da bolujem od šećerne boesti tek kad sam počeo uzimati inzulin. Točno, tek onda. Jer on je nekako ozbiljnija stvar... Moraš se pikat, ne smiješ preskočit. I

jače djeluje na šećer. Moraš više mislit, kad ćeš ga uzet, koliko puta...Postane više dio života...“(M1)

iii. Kategorija izraženost simptoma opisuje važnost prisutstva ili odsustva simptoma u prihvaćanju bolesti. Odsustvo simptoma, tipično iskustvo većine ispitanika predstavljao je otežavajući faktor u upoznavanju vlastite bolesti. Po mišljenju nekih bolesnika IM je više “fer bolest“ jer znaš na čemu si, za razliku od ŠBT2 uz koju se osjećaš potpuno zdravo. Međutim, izgleda da su simptomi hipoglikemije iskustvo koje se pamti i koje pozitivno utječe na prihvaćanje i život s ŠBT2.

„Zaboravila sam. Jer to ne boli. Da to boli onda... ako te nešto boli onda uzmeš da te prestane bolit, jer pošto to ne boli onda...nemaš osjećaja. Znate, pošto šećer ne boli, nema šta promijeniti. Ako Vas boli ruka, znači nešto je drugo. I u tome je njegova negativna strana, da ne boli? Jer bolje bi bilo da boli, onda bi ljudi neke stvari ozbiljnije shvatili! A, na žalost, ovako se ponekad kasno shvati! Ne pišu zabadav da je pritajeni ubojica! Jer ono što boli to se prihvati lakše, više se brine o tome. A ovo ne boli, pa nemaš osjećaja da moraš brinuti! Na primjer, meni svi kažu kak... joj, kako lijepo izgledaš za svoje godine... pa kak? A ja pitam “Znači sam sretna što sam dijabetičar!“ A oni:“A nitko ti ne bi to rekao!“ Vidite, ne samo da bolesnik ne osjeti, nego niti okolina ne osjeti. To se nigdje ne vidi, ja to ne osjećam niš...Pa zašto da si onda pomažem?“(F8)

„Znate kak bi vam rekla, ak te nešto boli onda te boli! Bolesnku je lakše bolesti koje bole lečit nego one koje ne bole! Jer vi znate da vas to boli, to je znači vaša bolest, i onda se posvetite tome da vas manje boli. I radite sve da vas ne boli. I drugče se odnosite prema tim bolestima, ozbiljnije! Ak mene boli kuk na primer, ja si moram pomoći ić, na terapiju, injekcije.“(F12)

„I to kaj nemam neke specijalne simptome.. „Samo lud bi si uzimao tablete, ukinuo ono kaj voli, a niš ne osjeća, ne vidi, normalno funkcionira!“, mislil sam si. Tak se zna i dan danas dogoditi da ju ja i zaboravim. Kao da je neka nevidljiva bolest!“(M15)

„Prije ju uopće nisam doživljavala. A sada je malo ozbiljnije shvaćam...ozbiljnije ...onda si mislim...znao mi je po noći šećer pasti na 2. Sva sreća, pa je mene to probudilo, ja sam se probudila sva u jednoj vodi i jedva došla do frižidera, jer su mi svi rekli moraš imati Coca-Cole... u ladici Coca-Cole i to te povrati odmah. Ja sam si mislila... jao...pa

ja tako mogu i umrijeti... i kad su oni meni uveli ovaj Lantus... i od tad se to meni ne dešava. Meni ne pada... ja više ne padam...ja nikad nisam pala u hipoglikemiju da bi ja bila u komi, da bi ja izgubila svijest. Nego, ono... ja se koturam, koturam...mokra sam sva... isti čas se moram presvlačiti... ali toga sad više nema."(F1)

iv. Kategorija prisutnost/snaga bolesti („Bolest kao podstanar ili gazda")
Dinamiku prisutnosti/snage ŠBT2 i IM i njihova utjecaja na njihov život, bolesnici su opisali terminima „Bolest kao podstanar ili gazda" sukladno kojima su bolesnici u početku bolesti imali osjećaj da je ona njihov „podstanar" jer „dođe i ode", te su mogli nastaviti živjeti svoj život kako su željeli. Nasuprot tome, po razvitku komplikacija bolest su doživljavali kao „gazdu-gospodara" koji im svojom stalnom prisutnošću, određuje život. Dinamiku razvoja ova dva doživljaja prisutnosti bolesti u njihovu životu, od „podstanara" ka „gazdi", bolesnici su pratili pojavom negativnih emocija, gubitkom osobne slobode i tuge.
„Ja ju na početku nisam nikako uopće ozbiljno shvaćao. Šta je to za mene bila šećerna bolest? Ja sam pao s 10 metara na betonsku ploču, polomio obe ruke, pukla slezena, izvadili ju, ja osto živ! Vozio kombi, nas 9 se prevrnemo, ja ni jedne rane! Sestra ima 2 kopče na glavi! Granata me pogodi nije me ubila! E šta će meni jedna šećerna bolest, koju niti ne osjetim. E to je bilo! Šta će meni jedna obična šećerna bolest!Ja sam svoj gazda! A šta ja nakon pada i granate, šta meni može jedna šećerna bolest?! Ali, kad se kasnije krenulo vidi se da je jača od granate! Sad si dajem inzulin, bez njega nema jela..."(M1)

c. Koncept: Čimbenici proksimalnog konteksta

Sukladno rezultatima analize podataka na principima utemeljene teorije, na proces prihvaćanja i nošenja bolesnika sa ŠBT2, utjecale su karakteristike proksimalnog konteksta, i to: članovi obitelji, prijatelji, zaposlenje, ali i situacija na radnom mjestu, te financijska sigurnost bolesnika i njegove obitelji.

i. **Kategorija uloga obitelji** pokazala se važnom, s aspekta podrške od, te osjećaja da je bolesnik potreban obitelji. Podrška koju su bolesnici trebali bila je u obliku psihološkog suporta, potom prihvaćanja, a ne odbacivanje bolesnika, te konkretna podrška u provođenju preporučene prehrane i uzimanja lijekova. Međutim, iskustvo bolesnika ukazuje i na mogući negativan utjecaj „suviše zaštitničkog" odnosa obitelji prema bolesniku koji i dalje želi biti „gospodar" barem dijelu svog života. Također je u manjeg broja bolesnika uočen potpuni izostanak podrške obitelji što je otežalo proces prihvaćanja i prilagodbe na bolest.

„Dobro za prihvaćanje šećerne bolesti bila mi je važna podrška obitelji, da ona, posebno žena, nije tako paničarila zbog toga."(M1)

„Pa ovako... u početku je... jako se pazilo na kuhanje... i znači... baš se meni prilagodilo tome. Međutim, nakon što je došlo do te nekakve stabilizacije i nakon što sam ja se naučio kako od prilike reagirati sve se normalno kuha... radi, a ja onda ono što neću izbjegavam a onda ono što smatram da mogu, toga pojedem više i tako. Ali, nitko od njih nije žrtva moje bolesti."(M9)

„Pa, supruga mi je pomogla u prihvaćanju. Tog dana sam došo doma i rekel sam „Čuj, i ja sam sladak!". I pomogla mi je kao podrška i sve ono kod kuhanja i nastojanja da pravilno to provodim. A i vidio sam kako je kod nje, pa je bilo mi lakše za razumjet kaj to zapravo je."(M12)

„Je. Prvo, mislim da o raspoloženju i međusobnim odnosima u obitelji jako ovisi i vrijednost šećera! A drugo ono što meni je korisno je da me obitelj podsjeti na tu moju bolest. Vidite da ja često na nju zaboravim, a oni me tako podsjete."(F6)

„I na žalost, kaj velim, da su moji malo više na mene mislili, a ne me samo koristili da čuvam unuke, kuham, financijski potpomažem, možda bih ja to brže prihvatila i više mislila o tome ...šećeru.."(F7)

„Mislim da je najvažnije da bi osoba, što lakše, prihvatila svoju kroničnu bolest podrška, da znaš da je uvijek netko uz tebe ko ti može pomoć, da se možeš osloniti na nju.. Da je kod mene postojala ta podrška, to bi mi olakšalo period prihvaćanja bolesti. Da nisam sam, znate, sve sam sam morao naučiti, a nekad mi se i ne da samo za sebe samoga pripremati, i tak."(M15)

ii. **Kategorija uloga prijatelja** opisuje pozitivan utjecaj prijatelja u prihvaćanju i nošenju s ŠBT2, te na potrebu „dozirane“ zabrinutosti koja ne opterećuje.

„Masu mojih prijatelja ima... s kojima ja sam svaki dan u gradu... ovak se viđamo, nešto radimo, ovako, zajedno i tako... Oni već svi znaju kad meni... već vide po meni da mi pada šećer... već mi nose, kaj ja znam,dvije napolitanke... veli, stari blizu si hipo. Razumijete? Ljudi s kojima sam svaki dan! Trajno! ...Ja uvijek znam kako si pomoći, a i oni me paze.“(M8)

„A okolina, društvo i prijatelji... idemo večeras na jaretinu, na janjetinu, na ovo... na ono... svi piju... za njega, veli, znamo... tu su se sada nekako... oko toga...privikli. Da. Naruče mi nekakav sok, recimo gusti od kruške... „Daj mu veli odmah gajbu, oon drugo ne pije. A za jelo isto svi... znaju. Ako jedu svi roštilj meni naruče kuhanu teletinu.“(M8)

„Pa…. ide mi na živce, jel ja sam svjestan toga da ja bih trebao paziti i...radi kila i ... ne znam i sve skupa ali...velim, najveći problem je u tome što ja normalno,... u principu normalno funkcioniram u svemu tak da ...da... ne pazim previše na prehranu...to je to.“(M4)

iii. **Kategorija uloga radnog okružja** je sukladno iskustvu naših bolesnika, također važan pozitivan faktor u prihvaćanju i nošenju sa ŠBT2. Naime, iskustvo dijela bolesnika ukazuje da bi prihvaćanje ŠBT2 bilo olakšano fleksibilnijim uvjetima na radnom mjestu, osobito kod provođenja preporučene prehrane, manje stresnim radnim mjestom, te nastavkom radnog odnosa umjesto davanja otkaza poslije bolovanja.

„A i kolegice na poslu su vodile brigu o meni, kao o djetetu!“Daj pojedi, popij, ne zaboravi!“... i tak.“(F15)

„Teško mi je to sad i na poslu kad dođem na posao kad mi kažu šta ti je, od čega... vidi da sam nekako težak i ovo i ono, .. ja samo kažem ovo vrijeme, meterološke te promjene...onda su mi rekli, dobro veli, ajde malo se odmori, ovo, ono... ali ja ne smijem, ne da ne smijem, reko bi ja nekome…. Ali, čujte, za sto radnika kad se kuha, to je jaka hrana, kalorična hrana, masna hrana. Ja ne mogu, a moram jesti. Ja ne mogu sad tražiti dajte molim vas specijalno sad za mene, ili da sam ja nekako... recimo kao neki bogatun pa u restoranu se hranit, ali opet i tamo je žestoka hrana, onaj restoran ko restoran. Ah, znate.“(M5)

„Možda da sam radila onda bi mi bilo puno teže pridržavat se tih preporučenih obroka, a ovak kad sam doma onda si ja priuštim puno lakše kaj je dobro za tu bolest! Vrijeme mi puno znači, sad si napravim kaj ja hoću i u vrijeme koje mi odgovara, a prije dok sam radila, morala sam jesti kaj su drugi napravili! Sad bolje to sve kontroliram!"(F9)

iv. **Kategorija financijska sigurnost bolesnika i njegove obitelji** opisuje važnost financijske sigurnosti bolesnika u prihvaćanju i nošenju s bolesti. Naime, zadovoljavajuća financijska situacija nije opterećivala bolesnike već su se mogli bolje posvetiti ŠBT2 i njegovoj regulaciji. Neriješeno finacijsko stanje osobito je došlo do izražaja u nemogućnosti nabavke glukometra kao objektivnog parametra kontrole bolesti.

„Ne, mislim, meni nije bilo problema jer sam si ja bez problema odmah kupio i glukometar i sve financijski... ali vjerujem da bi ljudima koji nemaju taj financijski nivo koji ja imam bilo jako od pomoći da si kupe glukometar i trakice. Jer to košta! A znate jako pomogne kad imate mogućnost i kad možete si izmjeriti šećer. Ponekad si možeš mjeriti i 5 puta dnevno samo da naučiš kako ti organizam reagira na određene situacije. Ja sam znao mjeriti po 5 puta dnevno!"(M9)

„E financijski da smo bolje svi skup stajali, onda ne bi morala ići raditi toliko, ne bi. Ja sam Vam bila premještena u drugo selo, pa sam tamo radila od jutra do sutra! Oni su mene znali nazvati u pol 7 ujutro... a radno vrijeme mi je bilo od pola 7 pa do recimo 8, pola 9 navečer....Znate kad sam vam ja sa završenom srednjom školom dobivala skoro 8 tisuća kuna... onda znate koliko sam radila! Ali važno mi je bilo da imam. Jer onda smo i nešto na kući radili i tako da nije bilo vremena za mene, a novca je stalno tražilo!"(F7).

„Pa sad... da bi mi olakšalo... pa možda malo više novaca. Jer financijska konstrukcija je tu isto dosta bitna kod bolesti. Ako ima 600 kn mirovine... sve vam je jasno,..ali da je bilo financijski više... u ono prvo vrijeme.... onda bi možda... To bi onda malo lakše progutao."(M8)

d. Koncept : Čimbenici distalnog konteksta

Unutar čimbenika distalnog konteksta bolesnikova života, koji su utjecali na prihvaćanje i život sa ŠBT2, iz iskustva bolesnika, izlučile su se kategorije: zdravstveni sustav, zajednica, kulturni milje, mediji.

i. **Unutar kategorije zdravstveni sustav** izlučile su se potkategorije uloga bolnice i zdravstvenog osoblja koje su utjecale na prihvaćanje i život sa ŠBT2:

Uloga bolnice kao ustanove specijalizirane za liječenje ŠBT2, sukladno iskustvu bolesnika, dala je dozu ozbiljnosti njihovoj bolesti jer odlaze na mjesto gdje će ih liječiti autoriteti. Bolnica je ujedno predstavljala jedan oblik inicijacije u svijet bolesnika koji boluju od ŠBT2 jer su dobili dijabetičku knjižicu i liječili se tamo gdje odlaze svi bolesnici koji boluju od ŠBT2, što im je bila dodatna potvrda da tamo i pripadaju. Ova iskustva su u većine bolesnika utjecala pozitivno na proces prihvaćanja i življenja s bolešću.

„Sve dok nisam u Vuk Vrhovcu to konačno vidio crno ne belo! I kad su mi u Vuk Vrhovcu rekli odmah sam to prihvatil! I to je bilo to.“(M14)

„Pa onda moraš nosit tu knjižicu da si šećeraš! Obilježen si!“(F14)

„Ali, mene je nekako... kao kad čovjek ide na električnu stolicu, tako sam se osjećao kad idete na, na... gore, na Vuk Vrhovec. Još kad pogledate one ljude oko sebe, i mlade i stare i sve i sjedite svi i svako ima tu bolest i svi su došli tamo radi toga. Svatko ima u sebi tu svoju priču o tome, svi ćute, nitko s nikim ne razgovara..Kao da ste u mrtvačnicu ušli. I tako... tako je to izgledalo... kao da su svi balzamirani...sjede, i sad ulazite tamo unutra... i sad samo traj strah mi je bio, šta će mi reći ta doktorica. Šta je... kakva je sad to... simptomi... šta ...od čega... ovo... Već, kad mi je rekla da, da idem na tu dijetu... da su te tablete, da probamo, onda mi je pao kamen sa srca. Mislim, tako... tako sam se osjećao.“(M5)

„I kad sam došao, u biti, na Vuk Vrhovec... i odmah kad su meni oni tu... stvarno dobro educiraju... i onda sam... dobiš te knjige i onda sam malo proučiš, vidiš šta... dobro, ja vjerujem da je to malo...malo je pretjerano u svemu tome, ali svejedno dobro je. „„A i

znao sam da sam već mogao... prije dosta vremena... a ja sam stalno, po malo, ipak to odgađal... a da nisam možda mi se to ne bi... ne bi mi se sigurno dogodilo.“(M6)

„Aha, dobro, je, moram ići gore na Vuk Vrhovac, onda su tamo pogledali me i zaista nalazi jesu u redu... moraš jesti manje... a tamo pak ima... to je ko krsna bolnica gdje su uglavnom stariji ljudi... uglavnom debeli ... ili su mršavi pa imaju doista poremećaj, ali većina stvari se svodi na hranu. Tu sam pouku shvatio, korigirao prehranu, koliko god sam mogao... kile su pale, šećer je pao...“(M7)

Uloga zdravstvenog osoblja, na prvom mjestu liječnika, ukazuje na važnost ophođenja liječnika humanim, razumljivim, pozitivnim načinom uz vjeru u budućnost. Takav pristup doveo je do umanjenja stresa, zabrinutosti i lakšeg prihvaćanja bolesti. Unutar pozitivnih, mogu se uočiti i negativna iskustva s ponašanjem liječnika (npr. neozbiljan odnos liječnika prema bolesti, nedostatak vremena za bolesnika i nova savjetovanja), što je otežalo proces prihvaćanja bolesti. Nadalje, istaknuta je i važnost zastrašivanja bolesnika posljedicama i komplikacijama ŠBT2 „dobro da me je liječnik protresao“ – od strane zdravstvenog osoblja, jer je, sukladno iskustvu bolesnika, zastrašivanje većinom pozitivno utjecalo i ubrzalo proces spoznaje i prihvaćanja ŠBT2, posebno u onih bolesnika koji su olako shvatili ŠBT2 i nisu se pridržavali preporuka.

“Pa pomogla mi je tada, u tom momentu moja doktorica kaj mi je rekla... da ona meni to nije rekla, ili da mi je to rekla možda nekako drugačije...Pa rekla mi je onako, više kao da se znamo 10 godina, a vidjela me je 2 puta prije toga... ovoga... bila je jako prijazna s menom... pristupačna i vidjela je po meni i ona sama da sam ja bio malo, onak, uplašen i izbečil oči, kaj sad... šećer 18... pa me ona malo onak, to sam ja tek vijel nakon par dana, ne kak je ona mudra bila! Ona me smirila, al malo po malo, polako mi je rekla – nije to tak strašno, ovo, ono... nije išla udarno onak... Ali na neki način me je smirila i onda smo malo to tak skupa razmotrili i onda smo počeli tako živjeti.”(M8)

„Jer najvažnije kad dođeš kod doktora, je da se ne bojiš, kao prvo, nego da izneseš kaj te tišti. I ova nova doktorica mene sad isto posluša! To je jako važno. I sve kaj mi kaže, ja se toga lepo pridržavam. I važno je da mi sve rastumači, kaj, ja sam laik, nisam ja učila latinski! Da me savjetuje. E to je meni važno, a ne da ja dođem njoj, a bojim se njoj reći!“(F14)

„Pa prva doktorica se uvijek žurila. Otepeju te bez problema, tak da ja nisam znala kak je to zapravo dugoročno opasna stvar!“(F13)

„Pa kad sam bila prvi put upućena onda ona sestra kad Vas zaprimi ona Vam nešto kaže. Ona viče tko je prvi put. A i vidi tam u kartonu jer otvara novi i sve koji su novi koji su prvi put, onda nas stavi ovako u grupu jednu u prostoriju i svima tako kaže... Al nije to dosta, ne znamo mi obični ljudi, čujte, to je ipak, ipak to treba razumjeti. Recimo i hipertenzija, šta je to hipertenzija? Šta će znat to je valda latinska riječ, mi znamo šta je visoki tlak, ali sad moraš znat šta je onaj gornji, donji, pa ono.... pa ono, nemaš pojma! A odakle ćeš…“(F10)

„Spoznaju bolesti mi je olakšao taj razgovor s drugim obiteljskim doktorom, i bilo bi bolje da su mi odmah objasnili i savjetovali, i da su me malo prestrašili. Ovak sam ja bez problema sve isto radila. E da su me prestrašili odmah u početku, bilo bi bolje. Jer sad kad su rekli da napada i bubrege i oči i žile, sad već malo drukčije mislim. Strah nije loš ponekad, kad je doziran! Ovak sam ja mislila, „Ma to je ništa!“ i nisam nikaj niti pazila!“(F13)

„…. Razmišljao sam kad me onaj dijabetolog stresao i rekao da odlučim šta ću sa sobom... pa kad je žena digla paniku, onda sam sjeo i razmišljao, konačno sjeo i rekao sad konačno moram stavit točku na „i“ i počet se pridržavat lijekova....“(M1)

„Pa kad je moja doktorica vidjela da ja ništa ne radim, ničeg se ne pridržavam i tako...onda mi je bez pardona skresala u oči, ja ću Vam sada reći to i to! Ili ćete tako, ili ćete to ovako. I mislim da je i to utjecalo da ozbiljnije prihvatim tu bolest! Jer ona mi je bez pardona, doslovce rekla: „Gospođo, ili ćete stati na loptu ili Vas nema! Za godinu dvije, biti će palac odrezan, onda stopalo... Biti ćete slijepi i to...Sve mi je time rekla...znate posebno poslijedice i brzinu kojom će se one pojaviti ako ne budem brinula! I to je ono, što, me je zapravo prestrašilo! Potaknulo da stanem na loptu! Ona mi onako ozbiljno rekla...I kad je ona to tako ozbiljnim tonom rekla...ja sam se sledila! Silno sam se prestrašila tih rezanja! Kako ću živjet s tim teškim posljedicama?“ (F7)

„Da vreba na mene, stalno. Da vreba, i ako se ne držiš. Ako se ne držiš toga, onda Vas i kontrolira.. Ako toga se ne pridržavaš, normalno da će zaskočit sigurno! Jer kaže, ima nekih koji se ne čuvaju, ima!“(F10)

„Pa opet kažem razgovor s doktoricom, i da su mi objasnili i savjetovali, i da su me malo prestrašili. A opet svejedno je se malo plašim, te bolesti! Pa evo čula sam da napada cijelo tijelo! I oči i bubrege i srce… Tiha smrt kažu! Prihvatiti bolest znači Pa, uplašit se nečega i reći:"Bože pa šta je to s menom!?", i onda stati na nečemu kaj nije dobro za tu bolest! Za to trebaš promijenit stav i donijet odluku."(F13)

„… Ja sam jela što mi je pasalo... ja sam bila ... I ja sam joj rekla:" Šta je?" ...A ona meni:" Sad ću ja tebe otpeljati u intenzivnu njegu da ja tebi pokažem šta tebi sa godinama može šećerna bolest donijeti." I onda je to mene malo štrecnulo... da štrecnulo, ma... Strah. Strah, strah. Kad vi vidite gore da ljudi su bez ruke, bez noge ...slijepi... i od tad... i od tad sam ja u biti shvatila da sam ja bolesna!"(F1)

ii. **Unutar kategorije uloga zajednice** bolesnici su primarno opisivali utjecaj drugih bolesnika od ŠBT2 u procesu prihvaćanja i tijekom življenja sa ŠBT2, bilo da su ih viđali unutar zdravstvenog sustava (kontrole), ili pak među prijateljima, u susjedstvu, na radnom mjestu i sl. Mogu se izdvojiti dvije grupe iskustava sa drugim bolesnicima: većina bolesnika imala je pozitivna iskustva (npr. olakšanje vizualizacije same bolesti, tijeka i posljedica, dobivanje konkretnih savjeta, te razmjenu i usporedbu stvarnih iskustava (dobrih i loših), kao i pomoć u kriznim situacijama) i manjina bolesnika nije željela stjecati taj oblik bolesničkog iskustva (npr. zbog emotivne destabilizacije). Idenična su i iskustva s ulogom grupa bolesnika.

„Pa ja mislim da bi bilo poželjno da se prvo porazgovara s nekim koji ima tu bolest. Kao ja na primjer. Zaista mislim da je poželjno da se nađeš s ljudima koji boluju od iste bolesti. Znate, ljudi svašta probaju. I sam način, uz razgovor, druženje, o pa to je stota igra! Puno ljudi ima koji nemaju idealne odnose doma, znam ih puno, da bi neko ovak utočište neko našli, recimo sat dva, možda bi i bolje podnosili to sve. Podijelili neka mišljenja, brige, možda bi drukčije i to podnijeli! Ljudi znate nemaju s kim porazgovarat, niti imaju nekoga za podružiti se. Ja vjerujem da bi puno njih bilo za druženje s ljudima koji boluju od iste bolesti. Kao neki klub. Ja sam pokretan, odem gdje želim. Al puno njih ne mogu i to bi sigurno bilo korisno."(M14)

„.. Da ima neko savjetovalište gdje ja mogu navratit ak me nešto zanima. Pa i da radim, ja bi to sebi priuštila da nađem slobodnog vremena da odem i saznam što više o toj mojoj

bolesti! jer bilo bi mi lakše, znate kolko lakše! Al to što su mi rekli, to je bilo ono osnovno, pet minuta za sve i gotovo! Pita jedna gospođa za svog supruga jel smije jest šunke, on jako voli šunku. Veli sestra može jedna šnita, ali to je sve."(F10)

„Pa, bilo bi... bilo bi lakše da mi je netko od bolesnika rekao, recimo...kako se on nosi, sa svojom bolesti. To bi sigurno bilo lakše onda proći. Znate ja sam se brinula kako ću smršaviti, kako ću obitelji pridonositi, koliko će me djeca kao mamu imati... Sve je to bilo prisutno i da mi je netko rekao tko je stvarno s tim živio mislim da bi mi bilo lakše. Znaš da nisi jedini s tom bolesti i nekako je životnije nego od doktora čuti."(F3)

„Pa ja baš ne volim nalaziti se s bolesnicima od ŠBT2! Naprimjer kad smo tamo na Vuk Vrhovcu bili bolesnici skupa, pa su nas učili kaj trebamo kaj ne, jedan kaže ima 10, drugi 27, a treći da su mu odrezali nožni palac. Ne znam, mene je to onda tak dodatno izživciralo, prepalo! Sva sam uznemirena došla doma. Uhvati me zbog toga i dan danas strah od posljedica! Ja stalno te svoje noge gledam, nokte perem. Paziš kad režeš nokte, moraš pazit da se ne pikneš! Uvek sam u nekom strahu zbog šećera! Ti niš ne osetiš, a šećer visok, tak se ja bojim jednom da ću se probudit, a palac će bit plav i morat će mi ga odrezat! A ja niš do tad nisam osjetila! Toga se ja bojim! Proganja me! Baš me nervira! Znate ja vam volim, sve naučiti i kontrolirati, a nikak da taj šećer izreguliram!"(F14)

iii. **Kategorija važnost kulturnog miljea** opisuje utjecaj kulturnog miljea iz kojeg je bolesnik potekao ili u kojem živi na prihvaćanje bolesti, posebno tijekom učenja i provođenja promjene stila življenja. Naime, neki bolesnici potekli su i odrasli u kraju RH gdje se tradicionalno jede teža hrana i bilo im je teško suočiti se s potrebom promjene prehrambenih aktivnosti na lakšu i blažu hranu, posebno u početku. Pri nastojanjima pridržavanja preporuka u misli su im navirale slike iz djetinjstva („Kod nas u Baranji nema dijete") koje su im bile bliskije od ove nametnute potrebe pridržavanja preporukama pravilne prehrane i otežavale njihovo provođenje jer su lomile njihovu volju za pridržavanjem. Nadalje, nekim bolesnicima provođenje šetnji otežavalo je kulturološko shvaćanje fizičke aktivnosti u sredini u kojoj su živjeli-šeću se samo oni koji nemaju nikakvog posla („kod nas u Zagorju samo dangube se šeću..."). Stoga je stav okoline bolesnicima otežavao da provode takvu vrstu fizičke aktivnosti jer bi ih doživljavali, uz to što su bolesni, još i lijenčinama.

„Iako znam ... i koliko puta... ja imam do Mercatonea... ja sam tu u Lučkom, 5 minuta pješke. Koliko put bi ja mogla do Mercatonea otić i vratiti se pješke... ne, ja radije sačekam da muž završi u radioni i da on popodne s autom... sjednemo u auto i otpeljamo...Nisam to ubacila u taj kontekst. I nemam volje za šetnje. Idem rađe na vrt, pa malo po vrtu radim i sim – tam, i to mi je to. A baš ono šetnje...? Ma kakvi...ja velim, kod nas u Zagorju šeću se samo oni kaj nemaju nikakvog posla.....“(F1)

iv. Dobrobit **medija (TV, internet, novine)** bolesnici su uvidjeli u dodatnom pružanju informacija o ŠBT2, ali i u podsjećanju bolesnika da ima ŠBT2 i to u periodu kad nisu bili kod liječnika (između kontrola), te involviranju čitave obitelji u skrb za ŠBT2. Bolesnici su smatrali da bi im koristilo da se više razgovara o ŠBT2 u medijima. Mane medija su postojanje mnoštva nepročišćenih informacija, te dodatno uznemiravanje bolesnika opisom što ga čeka u budućnosti s bolešću.

„Zasad, mislim da sad puno znam o bolesti, al opet isto emisije koja je god na televiziji ja to sve pratim, upijam da nešto više znam, da nešto znate ... i tako.“(F10)

„Ne da nisam prihvatio, nego nisam shvatio da sam bolestan! Ne shvatiš ozbiljno, a onda pročitaš u novinama, vidiš na televiziji emisija. Vidiš čovjek ima 40 godina šećernu bolest, a još vitalan. Znači kad se držiš terapije možeš živjet normalno. Ja mislim da je najvažnije da bi osoba prihvatila svoju bolest da se više i otvoreno priča o toj bolesti! Znate nije se prije tako pričalo o dijabetesu. A u mojoj kući svi gledaju, ako mene nema sve mi prenesu, vidiš ovaj ima toliko godina, npr. 90 godina, a 45 godina prima inzulin, pridržava se terapije, inzulina, dijete...“ (M1)

„Ne da me smeta nego ovaj...Znate tu i tamo se vidi nešto po novinama iako mi se to često čini uglavnom kao oglas za prodavanje ovoga ili onoga. A nadriliječnici, svi oni koji prodaju šećerne vodice, vitamine... svi oni nude i prodaju nešto. Uglavnom nitko ne nudi kakav dobar savjet za džabe. I uz svaki članak u novinama ili uz većinu njih ide i neka reklama u koja je vezana za sadržaj članka... koju se spominje u članku i to je vezano uz trgovinu. Što hajde de, ali ova enormna količina reklama za hranu koja je sama po sebi nezdrava... svi smo predebeli... to je malo sumanuto. A to je u skladu sa općom situacijom s reklamama gdje vam svi nude popuste, prodaju nešto gratis što ćete dobiti na poklon ako kupite. To je sve sumanuto. Zapravo i sad ova priča sa reklamom,

hrana se uklapa u to. Nije to ništa specijalno. Jedino što je ono...novaca... čovjek ih ne može potrošiti ako ih nema, obično, ali zato može jesti.“(M7)

II. Kvantitativni dio istraživanja

1. Obilježja bolesnika

Uzorak bolesnika prikupljen je preko liječnika obiteljske medicine u Gradu Zagrebu sukladno metodologiji istraživanja opisanoj u poglavlju 4.1.

Istraživanjem je obuhvaćeno 64 bolesnika od kojih 32 bolesnika s registriranom šećernom bolešću tip 2 (MKB X revizija - E11) i 32 bolesnika s registriranim infarktom miokarda (MKB X revizija - I 21, I22, I23, I24.1 i I25.2).

Po provedenom intervjuiriranju bolesnika (kvalitativni dio istraživanja), vodeći se Kvaleovim kriterijima za procjenu kvalitete intervjua (71), istraživač je utvrdio da jedan muški bolesnik koji boluje od ŠBT2, te jedan ženski bolesnik koji boluje od ŠBT2 i dva ženska bolesnika koji boluju od IM nisu udovoljili navedenim kriterijima; konačni uzorak bolesnika koji su sudjelovali u istraživanju je 30 bolesnika koji boluju od ŠBT2 (15 muških i 15 ženskih) i 30 bolesnika koji boluju od IM (16 muških i 14 ženskih).

U kvantitativnom dijelu istraživanja, kod tih istih bolesnika, standardiziranim upitnicima prikupljeni su podaci o doživljaju bolesti, zdravstvenom lokusu kontrole, zadovoljstvu životom i socijalnoj podršci.

Prvo su prikazani deskriptivni podaci vezani uz osobne karakteristike bolesnika oboljelih od ŠBT2 i IM, slijede podaci o zdravstvenom stanju bolesnika, te podaci o doživljaju bolesti, zdravstvenom lokusu kontrole, zadovoljstvu životom i socijalnoj podršci.

a. Osobne karakteristike bolesnika

Među bolesnicima od IM bilo je 16 (53,3%) muškaraca i 14 (46,7%) žena, prosječne dobi 53,6±6,4 godine (M±SD) (medijan 53, minimum 48, maksimum 60 godina). Obzirom na mjesto rođenja u gradu je rođeno 13 (43,3%), a na selu 17 (56,7%) bolesnika od IM. Većina bolesnika od IM živjela je u obitelji (N=28, 93,3%), te procjenjivala materijalno stanje svog domaćinstva prosječnim (N=20, 66,7%). Obzirom na školsku spremu, najviše je bilo bolesnika sa završenom srednjom školom (N=20, 66,7%). Radno aktivnih

bolesnika od IM bilo je 14 (46,7%), dok ih nije radilo 16 (53,3%). Većina bolesnika od IM opisala se optimistom (N=24, 80,0%).

Među bolesnicima od ŠBT2 bilo je 15 (50,0%) muškaraca i 15 (50,0%) žena prosječne dobi 53,6±5,4 godine (M±SD) (medijan 53, minimum 53, maksimum 58 godina). Obzirom na mjesto rođenja u gradu je rođeno 20 (66,7%), a na selu 10 (33,3%) bolesnika od ŠBT2. Većina bolesnika od ŠBT2 živjela je u obitelji (N=29, 96,7%), te procjenjivala materijalno stanje svog domaćinstva prosječnim (N=24, 80,0%). Obzirom na školsku spremu, najviše je bilo bolesnika sa završenom srednjom školom (N=19, 63,3%). Radno aktivnih bolesnika od ŠBT2 bilo je 20 (66,7%), dok ih nije radilo 10 (33,3%). Većina bolesnika od ŠBT2 opisala se optimistom (N=24, 80,0%).

Sociodemografske karakteristike bolesnika prikazane su u Tablici 3.

Tablica 3. Raspodjela bolesnika obzirom na sociodemografske karakteristike bolesnika

Osobne karakteristike bolesnika		Bolesnici od IM		Bolesnici od ŠBT2	
	Skupina	Broj ispitanika (N)	Udio (%)	Broj ispitanika (N)	Udio (%)
Mjesto rođenja	1	17	56,7%	10	33,3%
(1 selo, 2 grad)	2	13	43,3%	20	66,7%
Obiteljski status	1	2	6,7%	1	3,3%
(1 živi sam, 2 živi u obitelji)	2	28	93,3%	29	96,7%
Školska sprema	1	3	10,0%	8	26,7%
(1 osnovna, 2 srednja, 3 viša i visoka)	2	20	66,7%	19	63,3%
	3	7	23,3%	3	10,0%
Radni status	1	14	46,7%	20	66,7%
(1 radi, 2 ne radi)	2	16	53,3%	10	33,3%
Procjena materijalnog stanja	1	5	16,7%	5	16,7%
(1 niže, 2 prosječno, 3 iznad prosjeka)	2	20	66,7%	24	80,0%
	3	5	16,7%	1	3,3%

b. Zdravstveno stanje bolesnika

Prosječno trajanje IM bilo je 3,7±1,3 godine (M±SD) (medijan 3,8, minimum 2,0, maksimum 5,0 godina). Pored IM jednu bolest imalo je dijagnosticirano pet bolesnika, dvije bolesti 22 bolesnika, a tri bolesti tri bolesnika, i to najčešće hipertenziju (30, 100%), te hiperlipidemiju (24, 80%).

Prosječno trajanje ŠBT2 bilo je 3,9±1,2 godine (M±SD) (medijan 4,0, minimum 3,0, maksimum 5,0 godina). Pored ŠBT2 jednu bolest imalo je dijagnosticirano 19 bolesnika, a dvije bolesti 11 bolesnika, i to najčešće hiperlipidemiju (30, 100%), te hipertenziju (24, 80%).

Deskriptivna statistika objektivnih pokazatelja stanja bolesti pokazuje da većina bolesnika od IM i ŠBT2 nije dostigla preporučene ciljne vrijednosti liječenja, i to razinu glikemije, lipidnog statusa, arterijskog tlaka, te indeksa tjelesne mase.

U tablici 4 je vidljivo da je u odnosu na skupinu bolesnika (bolesnici od ŠBT2 ili IM), utvrđena statistički značajna razlika jedino u vrijednosti razine GUKa (p=0,000) i dijastoličkog krvnog tlaka (p=0,010) u smjeru nižih vrijednosti u bolesnika oboljelih od IM.

Tablica 4. Deskriptivna statistika objektivnih pokazatelja stanja bolesti i test značajnosti razlike između bolesnika sa IM (skupina 1) i ŠBT2 (skupina 2)

Objektivni pokazatelji stanja bolesti	Skupina	M	SD	25 centil	Medijan	75 centil	Z*	P
ITM (kg/m^2)	1	27,8	4,0	25	27	30	-1,885	0,059
	2	30,3	5,1	26	29	34		
HBA_{1c} (%)	1	7,0	1,3	6,1	7,2	7,9	-,267	0,789
	2	7,5	1,5	6,5	7,2	8,3		
GUK (mmol/L)	1	6,2	1,2	5,3	6,0	6,9	-3,657	0,001
	2	7,8	2,0	6,3	7,3	9,3		
Ukupni kolesterol (mmol/L)	1	5,4	1,1	4,8	5,0	6,2	-1,078	0,281
	2	5,6	1,0	5,0	5,2	6,5		
Trigliceridi (mmol/L)	1	1,8	0,7	1,2	1,9	2,1	-,803	0,422
	2	1,7	0,7	1,2	1,3	2,1		
HDL kolesterol (mmol/L)	1	1,0	0,3	0,8	0,9	1,1	-,971	0,332
	2	0,9	0,3	0,8	0,9	1,1		
LDL kolesterol (mmol/L)	1	2,6	0,9	2,1	2,2	3,2	-,706	0,480
	2	2,9	1,0	2,1	2,6	3,7		
Sistolički tlak (mmHg)	1	131,5	11,0	130	130	140	-1,276	0,202
	2	135,8	11,8	130	130	140		
Dijastolički tlak (mmHg)	1	74,7	7,9	70	70	80	-2,548	0,011

* Mann-Whitney Test

2. Doživljaj bolesti bolesnika od ŠBT2 ili IM

U tablici 5 prikazani su odgovori ispitanika za 8 skali IPQ-B upitnika i prosječne vrijednosti odgovora (na Thurstonovoj skali od 0-10) koji pokazuju da su obje skupine bolesnika visokim skorom ocijenile skale: trajanje bolesti [bolesnici od IM: 9,4±1,5

(M±SD), bolesnici od ŠBT2: 8,2±3,4 (M±SD)]; kontrola bolesti terapijom [bolesnici od IM: 8,6±1,4 (M±SD), bolesnici od ŠBT2: 8,1±1,9 (M±SD)] i razumijevanje bolesti [bolesnici od IM: 7,5±3,0 (M±SD), bolesnici od ŠBT2: 7,5±2,6 (M±SD)]; a umjereno visokim skale: osobna kontrola nad bolešću [bolesnici od IM 6,6±2,6 (M±SD), bolesnici od ŠBT2: 6,9±2,6 (M±SD)]; utjecaj na život [bolesnici od IM 6,0±2,8 (M±SD)], te u bolesnika od IM: zabrinutost za bolest 4,4±3,5 (M±SD), emotivna pogođenost bolešću 5,0±3,1 (M±SD), te jakost simptoma 5,1±3,1 (M±SD). Bolesnici od ŠBT2 procijenili su niskim skale: utjecaj na život 3,7±2,9 (M±SD), zabrinutost za bolest 3,2±3,2 (M±SD), emotivna pogođenost bolešću 3,1±3,5 (M±SD), te identitet bolesti 2,7±2,8 (M±SD).

Bolesnici od IM su najčešće povezali slijedeće simptome s bolešću: bol u prsištu (30/30), stezanje u prsima (28/30), slabost (28/30), gubitak snage (17/30), umor (16/30), gubitak daha (15/30), težina u prsima (14/30), te vrtoglavica (9/30). Bolesnici od IM su od emocija koje bolest u njima izaziva najčešće vezali brigu (28/30), tjeskobu (26/30), žalost (25/30), zatim deprimiranost (15/30), ljutnju (11/30), strah (11/30), potom uzrujavanje (9/30). Bolesnici od IM su naveli da je najčešći uzrok bolesti stres (28/30), potom prehrambene navike (22/30), pušenje (22/30), pretjerani rad (20/30), vlastito ponašanje (19/30), te nasljeđe (17/30), problemi i brige u obitelji (13/30), slučajnost ili loša sreća (3/30).

Bolesnici od ŠBT2 najčešće su povezali slijedeće simptome s bolešću: slabost (13/30), žeđanje (11/30), umor (9/30), gubitak snage (9/30), svrbež kože (6/30), tresavica (5/30) i učestalo mokrenje (4/30). Bolesnici od ŠBT2 su od emocija koje bolest u njima izaziva najčešće vezali strah (7/30), brigu (7/30), deprimiranost (6/30), uzrujavanje (6/30), ljutnju (6/30), tjeskobu (4/30) i žalost (4/30). Bolesnici od ŠBT2 su naveli da je najčešći uzrok bolesti stres (22/30), potom prehrambene navike (21/30), nasljeđe (17/30), vlastito ponašanje (16/30), problemi i brige u obitelji (13/30), pretjerani rad (10/30), te slučajnost ili loša sreća (5/30).

U tablici je vidljivo da je u odnosu na skupinu bolesnika (bolesnici od ŠBT2 ili IM), utvrđena statistički značajna razlika na skalama utjecaj na život (p=0,004), jakost simptoma (p=0,006) i emotivna pogođenost bolešću (p=0,025) u smjeru doživljaja većeg utjecaja bolesti na život, veće jakosti simptoma i veće emotivne pogođenosti bolešću u bolesnika oboljelih od IM.

Tablica 5. Deskriptivna statistika za 8 skala upitnika doživljaja bolesti (IPQ-B) i test značajnosti razlike između bolesnika sa IM (skupina 1) i ŠBT2 (skupina 2)

IPQ-B	Skupina	M	SD	25 centil	Medijan	75 centil	Z*	P
Utjecaj na život (0-10)	1	5,8	2,6	4	6	7	-2,899	0,004
	2	3,7	2,9	2	3	5		
Trajanje bolesti (0-10)	1	9,4	1,5	10	10	10	-1,180	0,238
	2	8,2	3,4	9	10	10		
Osobna kontrola nad bolešću (0-10)	1	6,6	2,6	5	7	8	-0,277	0,782
	2	6,9	2,6	5	7	10		
Kontrola terapijom nad bolešću (0-10)	1	8,6	1,4	8	9	10	-0,815	0,415
	2	8,1	1,9	7	9	10		
Jakost simptoma (0-10)	1	5,1	3,1	3	5	8	-2,727	0,006
	2	2,7	2,8	0	2	5		
Zabrinutost za bolest (0-10)	1	4,4	3,5	2	0	8	-1,355	0,175
	2	3,2	3,2	0	0	6		
Razumijevanje bolesti (0-10)	1	7,5	3,0	6	10	10	-0,368	0,713
	2	7,5	2,6	6	10	10		
Emotivna pogođenost bolešću (0-10)	1	5,0	3,1	2	5	7	-2,246	0,025
	2	3,1	3,5	0	0	6		

* Mann-Whitney Test

Tablica 6. Povezanost skala upitnika doživljaja bolesti (IPQ-B) sa dobi, socijalnom podrškom, i zadovoljstvom života za obje skupine bolesnika zajedno (n = 60)

IPQ-B	Spearmanova korelacija ranga (rho)	Dob	Socijalna podrška 1 (Netko bio uz vas)	Socijalna podrška 2 (Pouzdanje u nekoga)	Zadovoljstvo životom
Utjecaj na život	ρ	0,141	-0,169	-0,112	-0,236
	P	0,282	0,198	0,395	0,070
Trajanje bolesti	ρ	-0,023	-0,120	-0,087	-0,051
	P	0,864	0,362	0,509	0,700
Osobna kontrola nad bolesti	ρ	-0,277	-0,068	0,023	0,132
	P	0,032	0,608	0,864	9,316
Kontrola terapijom nad bolesti	ρ	-0,171	0,248	0,233	0,031
	P	0,192	0,056	0,073	0,816
Jakost simptoma	ρ	0,099	-0,148	-0,022	-0,136
	P	0,451	0,259	0,869	0,299
Zabrinutost za bolest	ρ	0,119	-0,074	-0,064	-0,233
	P	0,365	0,573	0,628	0,074
Razumijevanje bolesti	ρ	0,051	0,024	0,007	0,104
	P	0,699	0,859	0,959	0,427
Emotivna pogođenost bolešću	ρ	0,231	-,0223	-0,175	-0,350
	P	0,076	0,086	0,180	0,006

Iz tablice 6 je vidljivo da postoji niska negativna statistički značajna povezanost između dobi i osobne kontrole nad bolešću bolesnika oboljelih od ŠBT2 i IM (ρ=-0,277), te umjerena negativna statistički značajna povezanost između zadovoljstva životom i emotivne pogođenošću bolešću (ρ= -0,350).

3. Zdravstveni lokus kontrole bolesnika od ŠBT2 ili IM

U tablici 7 prikazani su odgovori ispitanika za 4 skale zdravstvenog lokusa kontrole i test značajnosti razlike u zdravstvenom lokusu kontrole između bolesnika sa ŠBT2 I IM. Najviše prosječne vrijednosti odgovora postignute su na I skali u obje skupine bolesnika: bolesnici oboljeli od IM 28,2±2,7 (M±SD), bolesnici oboljeli od ŠBT2 28,9±2,9 (M±SD). Potom su, u obje skupine bolesnika, slijedile podjednake prosječne vrijednosti odgovora na skali Eo i Evd. Naime, u bolesnika oboljelih od IM slijedila je prosječna vrijednost odgovora na Eo skali 21,6±3,5 (M±SD), te Evd skali 19,5±2,6 (M±SD), a u bolesnika od ŠBT2 slijedila je prosječna vrijednost odgovora na Evd skali 20,0±4,6 (M±SD), te Eo skali 20,0±3,6 (M±SD). Najniža prosječna vrijednost odgovora postignuta je u obje skupine bolesnika na Es skali, bolesnici oboljeli od IM 14,2±3,4 (M±SD), bolesnici oboljeli od ŠBT2 14,1±4,0 (M±SD).

Nije utvrđena statistički značajna razlika između dviju skupina bolesnika u zdravstvenom lokusu kontrole.

Tablica 7: Deskriptivna statistika za 4 skale zdravstvenog lokusa kontrole (ZLK) i test značajnosti razlike u zdravstvenom lokusu kontrole između bolesnika sa IM (skupina 1) i ŠBT2 (skupina 2)

ZLK	Skupina	M	SD	25 centil	Median	75 centil	Z*	P
Skala I	1	28,2	2,7	27	29	30	-1,330	0,184
	2	28,9	2,9	28	30	31		
Skala Evd	1	19,5	2,6	18	19	21	-,648	0,517
	2	20,0	3,6	18	20	22		
Skala Es	1	14,2	3,4	11	14	16	-,275	0,783
	2	14,1	4,0	12	14	16		
Skala Eo	1	21,6	3,5	19	22	24	-1,572	0,116
	2	20,0	4,6	17	20	23		

* Mann-Whitney Test

4. Samoprocjena socijalne podrške i zadovoljstva životom bolesnika od ŠBT2 ili IM

Socijalna podrška ispitanika procijenjena je s dva pitanja. Prosječna vrijednost odgovora (na Thurstonovoj skali od 0-10), na pitanje: "U posljednjih mjesec dana da li je netko bio uz vas kada Vam je trebao" [bolesnici od IM 9,6±1,4 (M±SD), bolesnici od ŠBT2 9,0±2,6 (M±SD)], kao i na pitanje „U posljednjih mjesec dana da li ste se mogli pouzdati u nekoga" [bolesnici od IM 9,7±1,0 (M±SD), bolesnici od ŠBT2 8,8±2,7 (M±SD)] ukazuje da obje skupine bolesnika navode u prosjeku visoku razinu percipirane socijalne podrške.

Zadovoljstvo života procijenjeno je pitanjem „Koliko ste zadovoljni životom općenito?" i prosječna vrijednost odgovora za obje skupine bolesnika (na Thurstonovoj skali od 0-10) [bolesnici od IM 6,3±3,0 (M±SD), bolesnici od ŠBT2 6,5±2,4 (M±SD)] nalazi se unutar raspona od 60-80% od maksimalne moguće vrijednosti, što je teorijski pretpostavljen normativni raspon, dakle obje skupine bolesnika u prosjeku su unutar «normale» subjektivne kvalitete života.

Nije utvrđena statistički značajna razlika između dviju skupina bolesnika u percipiranoj socijalnoj podršci i zadovoljstvu životom.

Tablica 8: Deskriptivna statistika samoprocjene socijalne podrške i zadovoljstva životom i test značajnosti razlike između bolesnika sa IM (skupina 1) i ŠBT2 (skupina 2)

	Skupina	M	SD	25 centil	Medijan	75 centil	Z*	P
Socijalna podrška 1 (Netko bio uz vas)	1	9,6	1,4	10	10	10	-1,047	0,295
	2	9,0	2,6	10	10	10		
Socijalna podrška 2 (Pouzdanje u nekoga)	1	9,7	1,0	10	10	10	-1,785	0,074
	2	8,8	2,7	10	10	10		
Zadovoljstvo životom	1	6,3	3,0	5	7	8	-,180	0,857
	2	6,5	2,4	5	7	8		

* Mann-Whitney Test

Tablica 9: Povezanost dobi, socijalne podrške i zadovoljstva života za obje skupine bolesnika zajedno (n = 60)

	Spearmanova korelacija ranga (rho)	Dob	Socijalna podrška 1 (Netko bio uz vas)	Socijalna podrška 2 (Pouzdanje u nekoga)	Zadovoljstvo životom
Dob	ρ	1,000	0,041	0,058	-0,043
	P	.	0,757	0,658	0,743
Socijalna podrška 1 (Netko bio uz vas)	ρ	0,041	1,000	0,737	0,146
	P	0,757	.	0,000	0,267
Socijalna podrška 2 (Pouzdanje u nekoga)	ρ	0,058	0,737	1,000	0,251
	P	0,658	0,000	.	0,053
Zadovoljstvo životom	ρ	-0,043	0,146	0,251	1,000
	P	0,743	0,267	0,053	.

Iz tablice 9 je vidljivo da postoji visoka pozitivna statistički značajna povezanost između dva pitanja kojom je procijenjena socijalna podrška: „Netko bio uz vas“ i „Pouzdanje u nekog“ (r=0,737) bolesnika oboljelih od ŠBT2 i IM.

Tablica 10: Povezanost skala upitnika zdravstvenog lokusa kontrole (ZLK) sa dobi, socijalnom podrškom, i zadovoljstvom života za obje skupine bolesnika zajedno (n = 60)

ZLK	Spearmanova korelacija ranga (rho)	Dob	Socijalna podrška 1 (Netko bio uz vas)	Socijalna podrška 2 (Pouzdanje u nekoga)	Zadovoljstvo životom (1-10)
Skala I	P	0,322	0,341	0,230	-0,075
	P	0,012	0,008	0,077	0,569
Skala Evd	P	-0,019	0,268	0,268	0,044
	P	0,884	0,038	0,046	0,737
Skala Es	P	0,132	0,039	0,049	0,088
	P	0,315	0,769	0,713	0,506
Skala Eo	P	0,223	0,183	0,200	-0,105
	P	0,087	0,163	0,125	0,424

Iz tablice 10 je vidljivo da postoji niska pozitivna statistički značajna povezanost između skale I i socijalne podrške 1 („Netko bio uz vas“: r=0,341), skale I i dobi (r=0,322) te skale Evd i socijalne podrške 2 („Netko bio uz vas“: r=0,268; „Pouzdanje u nekog“: r=0,268) bolesnika oboljelih od ŠBT2 i IM.

Tablica 11: Povezanost skala upitnika doživljaja bolesti (IPQ-B) sa skalama upitnika zdravstvenog lokusa kontrole (skale I, Evd, Es i Eo) za obje skupine bolesnika zajedno (n = 60)

IPQ-B	Spearman-ov Rho	Skala I	Skala Evd	Skala Es	Skala Eo
Utjecaj na život	P	0,074	0,017	0,015	0,174
	P	0,573	0,897	0,910	0,182
Trajanje bolesti	P	-0,054	-0,084	0,025	0,286
	P	0,682	0,521	0,851	0,027
Osobna kontrola nad bolesti	P	-0,121	-0,019	-0,157	-0,271
	P	0,357	0,886	0,230	0,036
Kontrola terapijom nad bolesti	P	-0,119	0,136	0,209	-0,152
	P	0,364	0,299	0,109	0,246
Jakost simptoma	P	0,052	-0,037	0,138	0,390
	P	0,693	0,778	0,294	0,002
Zabrinutost za bolest	P	-0,056	0,130	0,208	0,246
	P	0,669	0,323	0,111	0,058
Razumijevanje Bolesti	P	0,249	0,202	-0,109	0,050
	P	0,055	0,123	0,408	0,704
Emotivna pogođenost bolešću	P	-0,120	-0,093	0,175	0,365
	P	0,363	0,481	0,181	0,004

Utvrđena je niska statistički pozitivna povezanost skale Eo i skale doživljaja trajanja bolesti (r=0,286), doživljaja jakosti simptoma (r=0,390), i emotivne pogođenošću bolešću (r=0,365), te niska statistički negativna povezanost skale Eo i skale doživljaja osobne kontrole bolesti (r=-0,271) (Tablica 11).

Nije utvrđena statistički značajna povezanost između skala upitnika zdravstvenog lokusa kontrole (ZLK), niti skala upitnika doživljaja bolesti (IPQ-B) i obiteljskog statusa, radnog statusa, niti dominantnog raspoloženja optimist/pesimist.

6. RASPRAVA

Ovo kombinirano kvalitativno i kvantitativno istraživanje (engl. mixed-method research) provedeno je s ciljem povećanja razumijevanja procesa prilagodbe bolesnika na kroničnu bolest, temeljem istraživanja i opisivanja iskustva bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM u procesu suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja s ovim kroničnim bolestima, u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika.

I Kvalitativni dio istraživanja

Kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije, koji su prikupljeni intervjuiranjem bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM problemskim, polustrukturiranim dubinskim intervjuom, proizašle su četiri teme vezane uz iskustva bolesnika: 1) bolesnikovo iskustvo prilikom saznanja dijagnoze ili spoznaje da ima ŠBT2 ili IM; 2) bolesnikovo iskustvo s prihvaćanjem ŠBT2 ili IM; 3) bolesnikovo iskustvo sa životnim promjenama uslijed ŠBT2 ili IM; i 4) bolesnikovo iskustvo s čimbenicima koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja sa ŠBT2 ili IM.

1. Iskustvo u suočavanju sa ŠBT2 ili IM

Iskustvo bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM u suočavanju sa ovim bolestima upućuje da je dijagnosticiranje i prihvaćanje bolesti najčešće imalo različito značenje i dogodilo se u različito vrijeme. Hornsten upućuje da se razdvajanje ova dva pojma najčešće ne uviđa od strane zdravstvenih profesionalaca (125) Postavljanje dijagnoze nije isto što i integracija bolesti. Sukadno Toombbs-u iz liječnikove perspektive dijagnoza je rješenje u medicinskoj slagalici, dok je s bolesnikove perspektive dijagnoza polazna točka za mijenjanje životne situacije (1993). Iskustvo bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM u suočavanju sa ŠBT2 ili IM:

1.1. Načini postavljanja dijagnoze

Identificirana su dva načina (puta) postavljanja dijagnoze ŠBT2 ili IM.

1.1.1. U većine bolesnika od ŠBT2 bolest je neočekivana, odnosno slučajno otkrivena, bez prisustva simptoma, te je ona predstavljala iznenađenje i dovela do snažne emocionalne reakcije i dileme je li bolesnik zaista bolestan ili nije, a ako je bolestan, bolesnik se pitao kakva je to uopće bolest, kako je nastala i koje su njezine poslijedice po njegov život. Samo u manjine bolesnika od ŠBT2, bolesnik je uslijed pojave simptoma ili obiteljske predispozicije očekivao da bi mogao oboljeti od ŠBT2, stoga saznanje dijagnoze ŠBT2 ove bolesnike nije iznenadilo, većina ih je bila tužna što im se bolest ipak dogodila, a dio njih čak je osjetio olakšanje činjenicom da se ne radi o težoj bolesti. Bolesnici su se pitali u kojoj mjeri će ih bolest zahvatiti/oštetiti, te kako će se odraziti na njihov život. Peel E i suradnici su u kvalitativnom istraživanju percepcije dijagnoze bolesnika od ŠBT2 utvrdili tri puta otkrivanja ŠBT2 (prvi uz bolesnikov predosjećaj ŠBT2, drugi uz loše osjećanje bolesnika bez predosjećaja ŠBT2, i treći putem rutinskog laboratorijskog postupka, bez predosjećaja bolesti i bez simptoma) (127). Iako je autor ovog istraživanja uočio da su neki bolesnici od ŠBT2 imali simptome čije porijeklo nisu predosjećali, oni su svrstani u grupu bolesnika koji su očekivali bolest, jer se njihov obrazac ponašanja u daljnjem prihvaćanju dijagnoze ŠBT2 nije razlikovao od onih bolesnika koji su predosjećali da bi mogli imati baš ŠBT2 (manji raspon i intenzitet emocija pri susretu s dijagnozom, lakše mirenje s dijagnozom).

1.1.2. Iskustvo većine bolesnika od IM jest nagli nastanak bolesti pojavom snažnih bolova, te neposredna životna ugroženost, u nekih i susret sa smrću. Stoga su bolesnici bili ispražnjenih kognitivnih kapaciteta uz osjećaj olakšanja, zadovoljstva i sreće što su ostali živi. Samo u manjine bolesnika od IM dijagnoza je postavljena neočekivano, naknadno, primjenom dijagnostičkog postupka (EKG, koronarografija). Ovi bolesnici su naime prehodali IM. Saznanje neočekivane dijagnoze IM dovelo je do snažne emocionalne reakcije, od iznenađenosti do emotivnog šoka, uz zabrinutost za budućnost (s emocionalnog i financijskog aspekta) i posljedice bolesti, te razmišljanjima bolesnika o uzroku i razlogu i mogućoj vlastitoj ulozi u nastanku bolesti, potom prognozi bolesti i daljnjem liječenju, te moguće poremećenim planovima za budućnost.

1.2. Kognitivne i emocionalne reakcije na saznanje dijagnoze

Utvrđena je velika raznolikost sveukupnih kognitivnih i emotivnih reakcija na saznanje dijagnoze u obje skupine bolesnika od ŠBT2 ili IM, uz tendenciju njihova grupiranja obzirom na raspon i intenzitet, ovisno o bolesnikovu očekivanju dijagnoze bolesti.

1.2.1. Naime, bolesnici koji su očekivali bolest opisali su emotivne i kognitivne reakcije manjeg raspona i nižeg intenziteta. Ovi bolesnici, osim klasičnih pitanja svojstvenih svakom ljudskom biću (u kojoj će mjeri bolest njih zahvatiti/oštetiti i kako će se odraziti na njihov život/uloge), nisu bili iznenađeni dijagnozom bolesti, više tužni što im se bolest ipak dogodila, a dio njih čak je osjetio olakšanje činjenicom da se ne radi o težoj bolesti. Stoga su se lakše „mirili s dijagnozom".

1.2.2. Nasuprot tome, neočekivano otkrivanje ŠBT2 ili IM dovelo je do kompleksnih kognitivnih i emotivnih reakcija bolesnika, različita intenziteta: od šoka, zabrinutosti i straha za vlastitu budućnost, te razmišljanja o uzroku, prognozi, liječenju i posljedicama bolesti, do ignoriranja, te neprihvaćanja dijagnoze. Peel E i suradnici također su uočili da je najveći raspon emotivnih reakcija na dijagnozu bio u bolesnika u kojih bolest nije bila očekivana (127. Pojava negativnih emocija različita intenziteta i raspona u bolesnika u vrijeme postavljanja dijagnoze naširoko je opisana u literaturi: iznenađenje, strah, šok, panika, očaj, ljutnja do rezignacije, te su jake negativne emocije, ponekad bile kombinirane s negiranjem bolesti (128,129,106). Jedlicka Kohler upozorava da je šok, koji je dio bolesnika i u našem istraživanju istaknuo kao emotivnu reakciju na saopćenje dijagnoze, gubitak funkcioniranja osobe i ukazuje na intenzitet emocija s kojima se individua ne može nositi (130). Stoga zdravstveni profesionalci moraju imati na umu koje su moguće posljedice saopćenja dijagnoze po bolesnika.

1.2.3. Nadalje, uočena su i dva različita iskustva kognitivnih reakcija između bolesnika od ŠBT2 i IM. Posjedovanje dileme jesu li uopće bolesni, iskustvo isključivo asimptomatskih bolesnika od ŠBT2, po neočekivanom saopćenju dijagnoze bolesti, jer se odsustvo simptoma i nastavak normalnog funkcioniranja uz ovu bolest, nije poklapalo s njihovom dotadašnjim predodžbom da su bolesni onda kada imaju simptome bolesti ili kada ne mogu normalno funkcionirati uslijed bolesti. Stoga su, u cilju lakšeg spoznavanja bolesti, ovi bolesnici u našem istraživanju, isticali potrebu dodatnog dokaza posjedovanja bolesti tijekom perioda prihvaćanja bolesti, i to, ovisno o preferiranju bolesnika (uvid u

promjenu boje dg trakice, uvid u trajnost poremećene vrijednosti GUKa češćim kontrolama, razgovor s iskusnim, dobro kontroliranim bolesnicima od te bolesti). Također su isticali potrebu za vizualizacijom komplikacija bolesti (bolesnik u kasnijem stadiju ŠBT2) jer su ih teško mogli zamisliti s obzirom da se nisu osjećali bolesnima. U literaturi je također istaknut problem prihvaćanja bolesti (i posredno neprovođenja preporuka liječenja) u bolesnika koji se nisu osjećali bolesnima (12,26,128,131), te potrebu za dokazom posjedovanja ŠBT2 u asimptomatskih bolesnika od ŠBT2 (promjena boje dg trakice) (127).

Iskustvo „ispražnjenih“ kognitivnih kapaciteta opisano je isključivo u onih bolesnika od IM koji su iskusili neposrednu životnu ugroženost, neki i susret sa smrću, jer su u dramatičnoj borbi za život (napetim momentima kada im je život „visio o niti“) naprosto bili „ispražnjenih“ kognitivnih kapaciteta, te nisu ništa razmišljali, već su se prepustili zdravstvenom osoblju.

Dakle, sukladno nalazima literature, liječnikovo saopćenje dijagnoze izazvalo je u bolesnicima od ŠBT2 ili IM kompleksne kognitivne i emotivne reakcije različita intenziteta, koje su okupirale bolesnike, te su, ukoliko nisu od liječnika istražene i razriješene, usporavale proces spoznaje bolesti, posljedično i provođenje preporučenog zdravstvenog ponašanja, te posredno utjecale na ishode liječenja bolesti (pogoršanje vrijednosti GUKa i ubrzanje nastanka komplikacija bolesti (12,26). Stoga bi zdravstveni profesionalci, vodeći se principima bolesniku usmjerene skrbi, trebali istražiti i bolesnikove brige i emocije, u cilju postizanja jednakog razumijevanja problema kao baze za daljnje poticanje adekvatnog zdravstvenog ponašanja (12,26). Nadalje, kako je u dijela bolesnika ŠBT2 otkrivena uz već razvijene komplikacije, ističe se važnost adekvatne programirane rutinske kontrole kod liječnika obiteljske medicine u cilju ranijeg otkrivanja ŠBT2.

1.3. Prihvaćanje dijagnoze ŠBT2 ili IM

Spoznaja bolesti (prihvaćanje dijagnoze ŠBT2 ili IM) bila je pospješena s nekoliko čimbenika identičnih za ŠBT2 i IM:

1.3.1. Bolesnikovim adekvatnim prethodnim znanjem i iskustvom

(predodžbom) o ŠBT2 ili IM („Znam kakva je to bolest i život s njom, rođak ju ima - uglavnom se može živjeti normalno, ali uz mijenjanje životnih navika i uzimanje lijekova“) koje je dovelo do lakšeg prepoznavanja simptoma i bržeg dijagnosticiranja bolesti, olakšanja (manja iznenađenost i strepnja od budućnosti) i ubrzanja (nisu se pitali kakva je to bolest i da li su bolesni, već su ju ozbiljno shvatili) spoznaje bolesti, te bržeg hvatanja u koštac s bolešću. Međutim, kada je predodžba bila krivo utemeljena („I moj susjed ima tu bolest, ničeg se ne pridržava i dobro mu je“ „Uz tu bolest ne možeš više normalno živjeti, odmah ili brzo umreš“) ili pak ako predodžbe uopće nije bilo, onda je suočavanje s dijagnozom bilo neadekvatnije (ili indiferentnost/ambivalentnost prema bolesti ili veća emotivna pogođenost od strepnje od nepoznatog do šoka), te su, u konačnici, ovi bolesnici manje adherirali na preporučenu terapiju i preporučenu promjenu stila življenja.

Brojni su dokazi važnosti bolesnikove predodžbe bolesti (kao dijela bolesnikova sveukupnog razumijevanja zdravlja i zdravstvenog ponašanja) u procjeni bolesti i pripadajućih simptoma, te odluke što učiniti u svezi s njom (26,51,57,132,133,134). Predodžbe bolesti direktno su vezane na nošenje s bolešću i putem nošenja s bolešću na ishode prilagodbe (osposobljenost i kvaliteta života). Tako su, sukladno rezultatima ovog istraživanja, Peel E i suradnici utvrdili da su bolesnici koji su imali adekvatnu predodžbu bolesti, imali manji emotivni odgovor i veće prihvaćanje bolesti, te bili optimističniji glede budućnosti s bolešću (127). Nadalje, Gillibrand i Flynn također su utvrdili da je strah od posjedovanja kronične bolesti poput ŠBT2 bio posebno izražen i prisutan u bolesnika koji nisu imali prethodnog znanja o toj bolesti (106).

Stoga zdravstveni profesionalci trebaju procijeniti bolesnikovu predodžbu bolesti (bolesnikovo doživljaj stanja) i koristiti ju kao bazu za daljnje intervencije s ciljem pronalaženja zajedničke osnove bolesnika i liječnika na gledanje i rješavanje problema (pružanjem potrebnih informacija o bolesti, razjašnjenjem nedoumica, korigiranjem neaekvatnih poredodžbi). Ukoliko predodžbe bolesnika o bolesti ostanu nedotaknute od zdravstvenog profesionalca, mogućnost je da će bolesnik nastaviti ponašati se prema njima ne uzimajući u obzir savjete i intervencije zdravstvenih profesionalaca, što će utjecati na procese spoznaje, prihvaćanja i prilagodbe na bolest, zdravstveno ponašanje bolesnika, te posredno i ishode liječenja (12,26).

1.3.2. Adekvatnom komunikacijom (korištenje bolesniku razumljiva jezika) i odnosom liječnika prema bolesniku (važnost tople ljudske riječi i emocionalne podrške liječnika, te važnost bolesnikova povjerenja u liječnika), stavom liječnika prema bolesti (koji naglašava ozbiljnost bolesti i posredno utječe na bolesnikov doživljaj bolesti), te davanjem početnih, jasnih, jednostavnih i doziranih informacija o bolesti, životu s njom i važnosti pridržavanja terapije. Iskustvo dijela bolesnika ukazalo je na nedostatnost na svim planovima utjecaja liječnika (neadekvatna komunikacija, nejasne/komplicirane informacije o bolesti, tijeku i posljedicama, te važnosti pridržavanja terapije, neozbiljan stav prema bolesti, te grubo, nadmeno i oholo ponašanje liječnika).

Identificiranje i imenovanje bolesti privuklo je, mnoge istraživače s obzirom da je prihvaćanje dijagnoze bolesti marker bolesnikova budućeg adheriranja preporukama liječenja bolesti (135). Istraživanja o dijagnozi također su naglasila važnost komunikacije liječnik-bolesnik (136,137,138) ističući da reakcije i stavovi zdravstvenih profesionalaca prema bolesnicima mogu biti krucijalne u utjecanju na bolesnikovu percepciju ozbiljnosti bolesti i posljedičnu suradljivost (139). Sukladno rezultatima ovog istraživanja, utvrđeno je da su bolesnici općenito dobili premalo informacija od zdravstvenih profesionalaca (127), da su one bile neadekvatne (samo pisane bez popratna objašnjenja; predugačke, komplicirane i nejasne) (104,127,128,137), te da su osim informacija, trebali brigu, podršku i umirenje LOMa (koja je u većine bila nedovoljna, posebno tijekom perioda s povišenim stresom), kao i osiguranje dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom (127,128,140). Percepcija bolesnika o generalnom nedostatku informacija koje potiču samostalno provođenje skrbi nad ŠBT2, sukladno Gillibrand-u i Flynn-u, upućuje da bolesnici od ŠBT2 žele preuzeti kontrolu nad bolesti odnosno „internalizirati“ skrb kako bi postigli balans kvalitete života i dobre kontrole GUK-a (104). Nadalje, utvrđeno je da stav i odnos koji liječnik pokaže prema bolesti u trenutku postavljanja dijagnoze (npr. ozbiljnost prema bolesti) krucijalan za bolesnikovu suradljivost (127,128), a važna je i bolesnikova emotivna reakcija i percepcija potreba za informacijom, a što proizlazi i iz iskustva bolesnika ovog istraživanja (26). Naime, u uvjetima emotivne reakcije jaka intenziteta (šok pri saznanju dijagnoze bolesti), bolesnici teško mogu zapamtiti informacije o bolesti i kako ju tretirati koje im zdravstveni profesionalac pruža, jer anksioznost uslijed bolesti može umanjiti njihovu koncentraciju i

pamćenje, te rijetko u tim momentima padne na plodno tlo (5,11,141). Stoga u trenutku davanja dijagnoze, informacija treba biti kratka i jednostavna (127). Navedeno upućuje u važnost timinga i kontinuiteta, primarno osiguranja pružanja strukturirane informacije i edukacije na kontinuiranoj bazi u vremenu nakon postavljanja dijagnoze (142,143,144). Tako su najuspješniji programi edukacije bolesnika osiguravali čest kontakt i postupno proširenje dotadašnjeg fonda bolesnikova znanja o bolesti i provođenju preporuka (145).

1.3.3. Dovršenošću dijagnostičkog postupka u bolesnika od IM, te konačnom potvrdom dijagnoze uvidom u kontinuitet povišene vrijednosti GUKa češćim kontrolama, čime se smanjila strepnja od nepoznatog (IM), onemogućilo olako shvaćanje bolesti (ŠBT2), te dovelo do brže spoznaje i prihvaćanja bolesti, kao i početka provođenja preporuka (IM i ŠBT2). I rezultati drugih istraživanja potvrdili su doživljaj manje ozbiljnosti ŠBT2 i stoga odgodili prihvaćanje bolesti, ukoliko je liječnik rekao da se radi o graničnoj ŠBT2 ili se neozbiljno odnosio prema bolesti (127,128,146). Kao posljedica navedenog, odgodili su i početak provođenja preporuka (samokontrole i samoregulacije), a što je vrlo negativno, s obzirom na naglašenu potrebu da, zbog duge supkliničke faze ŠBT2, bolesnik počne promptno s provođenjem preporuka, čim je bolest dijagnosticirana (127).

1.3.4. Boravkom u bolnici kao potvrda važnosti (liječe autoriteti koji se usko bave ovim bolestima) i ozbiljnosti ŠBT2 ili IM (odsječenost od kuće, hladna atmosfera) te jedan oblik inicijacije u svijet bolesnika od ovih bolesti. Neki bolesnici koji nisu bili upućeni u bolnicu smatrali su da njihovo stanje nije dovoljno ozbiljno da ih se uputi u bolnicu. Parry je također utvrdila da bolesnici rado odlaze u bolnicu specijaliziranu za ŠBT2, posebno u svezi pružanja informacija s kojima do tada nisu bili upoznati, te njihova postavljanja u središte pažnje. Nadalje, kao i dio naših bolesnika, procijenili su bolničke liječnike i bolnicu kao okruženje gdje su procjena i preporučeno liječenje točniji. Dio bolesnika smatrao je da obiteljski liječnici nisu bili dovoljno stručni ili nisu željeli sami reći dijagnozu već su to prepustili bolničkin liječnicima (137).

1.3.5. Posjedovanjem predosjećaja bolesnika da će dobiti ŠBT2 ili IM temeljem kojeg su prepoznali simptome, manje lutali bolničkim odjelima (bolesnici od IM), i brže dijagnosticirali bolest (bolesnici od ŠBT2 ili IM), te imali manji emotivni odgovor na saznanje dijagnoze i lakšu spoznaju ŠBT2 ili IM. I Peel E utvrdila je da su

oni bolesnici koji su očekivali dijagnozu ŠBT2 (sumnjali na ŠBT2) imali manji emotivni odgovor i veće prihvaćanje dijagnoze (127).

1.3.6. Osobnošću bolesnika, primarno utjecajem optimizma kao dominantnog raspoloženja zbog sklonosti pozitivnom shvaćanju, gledanju svijeta uz očekivanje najboljeg mogućeg ishoda.

1.3.7. Potrebom da u trenutku spoznaje bude sam iskustvo je većine bolesnika od ŠBT2 ili IM, te su, unatoč prisutnosti olakotnih i otežavajućih čimbenika, proces spoznaje prolazili sami, neovisno o načinu postavljanja dijagnoze bolesti.

2. Iskustvo bolesnika u upoznavanju i prihvaćanju ŠBT2 ili IM

Iskustvo bolesnika u upoznavanju i prihvaćanju ŠBT2 ili IM opisuju četiri koncepta identična za obje skupine bolesnika:

2.1. Eksplanatorni model prihvaćanja bolesti

Obje skupine bolesnika, navele su da je sukladno njihovu iskustvu proces prihvaćanja bolesti uslijedio, kad su uvidjeli da je prihvaćanje bolesti neminovno, te da se moraju pomiriti s činjenicom da su bolesni. Prijelomna točka za navedeno bila je najčešće multifaktorijelno uvjetovana: uvidom u trajnost objektivnih i subjektivnih promjena uzrokovanih bolešću (trajnost povišenog GUKa, prisutnost simptoma, razvitak komplikacija), pod utjecajem psihosocijalnih čimbenika (poticanjem članova obitelji, prijatelja, zastrašivanjem zdravstvenog osoblja). I Hernandez (za bolesnike od ŠBT2) i Ford (za bolesnika od IM) utvrdili su postojanje prijelomne točke po dosegu koje bolesnici svjesnom odlukom pomiču fokus sa života kakav je bio prije bolesti ka životu uz bolest, pokušavajući je razumjeti i prilagoditi se njezinim zahtjevima, te je dostizanje prijelomne točke najčešće uslijedilo po kombinaciji nekoliko čimbenika (93,146). Prihvaćanje bolesti uslijedilo je ranije u bolesnika od IM (IM simptomatskog i burnog početka u većine), nego u bolesnika od ŠBT2 (ŠBT2 otkrivena većinom u asimptomatskoj fazi). Stoga bi, posebno u početku bolesti, zdravstveni profesionalci morali imati na umu važnost poticanja bolesnika da uvidom u neminovnost stanja i mirenjem sa istim, brže dostignu prijelomnu točku prihvaćanja bolesti.

Unatoč shvaćanju neminovnosti prihvaćanja i mirenja sa stvarnošću, većina bolesnika od ŠBT2 ili IM osjećala je žalost (tugu i sjetu) što je baš tako moralo biti, te trajnu nostalgiju za prošlim vremenima. I Parker JG (u bolesnika od ŠBT2) i Ford JS (u bolesnika od IM) opisali su tugu i frustraciju zbog posjedovanja bolesti i promjena koje je ona unijela u njihov život -„Ti si kao normalan, a opet nisi kao drugi ljudi“ (93,147).

2.2. Sadržaj prihvaćanja

Obje skupine bolesnika navele su da je nepoznavanje bolesti i pravilnog načina življenja s njom budilo strepnju, jačalo njihovu ovisnost o liječnicima (često bi završili nepotrebno na hitnoj pomoći) i vezalo ih dulje uz krevet. Za bolesnike je preduvjet uspješnog prihvaćanja i nošenja sa ŠBT2 ili IM bilo poznavanje bolesti („Najbolje se nosiš s neprijateljem kojeg poznaješ“), te su opisali iznimnu potrebu za poznavanjem općenitih karakteristika svoje bolesti i postupnom, primjenom tog znanja, učiti simptome svoje bolesti i kako si mogu pomoći. I Paterson (bolesnici od ŠBT2) i Ford (bolesnici od IM) opisali su važnost prethodnog upoznavanja bolesti općenito, a potom vlastite bolesti (slušanjem tijela i monitoriranjem) kao početnih koraka u procesu prihvaćanja i prilagodbe na bolest (93,148).

2.2.1. Za **upoznavanje karakteristika bolesti općenito** (uzrok, prezentacija, tijek, komplikacije, liječenje i prognoza bolesti) i naši bolesnici su, sukladno rezultatima Lawton-a J i Dietrich-a, između više izvora ovih informacija (zdravstveni profesionalci, drugi bolesnici od ŠBT2 ili IM, pisani edukativni materijali, popularni časopisi, Internet i mediji), na prvom mjestu vrednovali „živu riječ“ zdravstvenih profesionalaca (primarno liječnika) (128,149). Nadalje, u suglasju s literaturom, obje skupine bolesnika naglasile su važnost individualiziranog, doziranog (u početku osnovno, a kako vrijeme protječe sve specifičnije – „istina o bolesti najbolje se apsorbira tijekom vremena u manjim dozama“) pružanja informacija bolesniku razumljivim jezikom, te pružanja liječnikove podrške i umirenja bolesnika, posebno tijekom perioda s povišenim stresom, kao i osiguranje dovoljno vremena za razgovor s bolesnikom (26,138,149). Kontinuitet skrbi u obiteljskoj medicini postavlja obiteljskog liječnika u središte ovakvog procesa davanja informacija.

Prednosti učenja putem drugih bolesnika od ŠBT2 ili IM kao izvora informacija, u većine bolesnika iz obje skupine, bile su u vizualizaciji bolesti, tijeka i posljedica, potom

dobivanja konkretnih savjeta, i učenja na njihovu iskustvu. Međutim, dio bolesnika nije imao potrebe učiti na tuđim iskustvima, niti razgovorati s drugim bolesnicima. I Lawton i Dietrich potvrdili su važnost drugih bolesnika u stjecanju informacija o ŠBT2 (128,149), dok je Hernandez utvrdila da je bolesnicima savjet i edukacija od osobe koja ima dobro reguliranu ŠBT2 prihvatljivija od upute osobe koja nema ŠBT2 (liječnik), a što nije bio slučaj u našem istraživanju (146).

Potrebu za pisanim izvorima informacija, objavljenim u zdravstveno-odgojnim edukativnim materijalima (knjižice, jelovnici ili pisane upute), popularnim časopisima, na radiju, televiziji i internetu, izrazile su obje skupine bolesnika. Međutim, neki bolesnici istaknuli su, da su im nerazumljivo (i/ili suhoparno) pisani jelovnici i knjižice, bez popratnog objašnjenja i individualizacije od strane liječnika, unijeli zbrku, zbunjenost i nesigurnost. I u drugim istraživanjima utvrđena je neadekvatnost pisanih materijala o bolesti (komplicirani i nejasni) ukoliko ih liječnik, bez popratna objašnjenja, uruči bolesniku (104,127,128,137,146). Nadalje, u istraživanju Gibson PG i suradnika utvrđeno je da su bolesnici od astme kojima je uručen individualizirani plan liječenja i uputa, bolje adherirali na terapiju, bili manje hospitalizirani i imali bolju funkciju pluća od bolesnika kojima plan liječenja nije individualiziran (150).

2.2.2. Poznavanje **karakteristika vlastite bolesti, „moje ŠBT2“ i „mojeg IM“** uspostavljalo se monitoriranjem i odgonetanjem značenja tjelesnih simptoma, te diferenciranjem ozbiljnih od bezazlenih, kao i onih koji se moraju dalje razjasniti uz pomoć zdravstvenih profesionalaca. Naglasak bolesnika bio je, sukladno razultatima Hampson i suradnika, na učenju prepoznavanja simptoma hipoglikemije (bolesnici od ŠBT2), te sukladno rezultatima Forda, na razlikovanju simptoma i senzacija u prsištu pri pokušaju izvođenja bilo koje aktivnosti (nemoć, malaksalost, stezanja, probadanja, pikanja u prsištu) od novog IM (bolesnici od IM) (93,129). Nadalje, sukladno rezultatima Patersona (bolesnici od ŠBT2) i Forda (bolesnici od IM), bolesnici su istaknuli potrebu za upoznavanjem novih limita vlastita tijela njegovim osluškivanjem i monitoriranjem, te više nisu uzimali zdravo za gotovo ono što su prije uzimali (93,148).

Bolesnici od ŠBT2 ili IM istaknuli su i važnost poznavanja uzročnih faktora bolesti te poznavanja načina samopomoći: „kako si mogu pomoći“ (samokontrole i samoregulacije bolesti), u cilju pravilnog zdravstvenog ponašanja i sprečavanja

komplikacija ŠBT2 i IM, odnosno preveniranja novog IM. Važnost vjerovanja bolesnika od ŠBT2 (SE Hampson) ili IM (Hirani) o uzroku vlastite bolesti, kao i faktore koji dovode do porasta ili pada GUKa, istaknuto je i u drugim istraživanjima (129,132). Nadalje, uočeno je da ukoliko bolesnici nisu vjerovali da vježbanje utječe na pad GUKa, češće nisu niti vježbali (129). Nadalje, nedostatak znanja o tome što mogu raditi po otkrivanju bolesti i osjećaj nesigurnosti o tome koje aktivnosti da poduzmu i kako da se ponašaju, s namjerom da ne pogoršaju situaciju, bile su doživljene kao velika poteškoća, izazivale osjećaj frustracije i ljutnje, te strahove i brigu obje skupine bolesnika, uz često nepotrebno traženje pomoći na hitnoj službi. Literatura upućuje da se edukacijom bolesnika o bolesti, samokontroli i samoliječenju bolesnici manje ovisni o liječnicima te racionalnije koriste zdravstvenu službu (12,26).

2.3. Proces prihvaćanja ŠBT2 i IM

Većina bolesnika od IM je, po borbi za život i iskustvu jakih bolova, prihvatila IM odmah, bez razmišljanja potaknuta „grubom“ stvarnošću („Nakon takve borbe za život i bolova ne treba mi drugih dokaza da sam bolestan“). Nasuprot tome, većina bolesnika od ŠBT2, kao i većina bolesnika od IM kojima je dijagnoza postavljena laboratorijski, pokušali su se, u početku, „igrati skrivača s bolešću“ vjerujući da će se ipak sve normalizirati samo od sebe. Ova razlika u procesu prihvaćanja bolesti među bolesnicima mogla bi se objasniti Rosenstockovim modelom zdravstvenih uvjerenja, s obzirom da se bolesnicima od IM (većinom burno ušao u živote bolesnika i doveo ih u pitanje), IM činio dovoljno ozbiljnim, opasnim i s najviše jasne koristi od prihvaćanja bolesti i provođenja preporučenih promjena, dok u slučaju ŠBT2 (dominirala neopipljivost bolesti, uz dilemu jesam li ili nisam bolestan), korist od prihvaćanja i provođenja preporučnih promjena nije bila tako jasna (37). Međutim, igra s bolešću se tijekom vremena pokazala neučinkovitom, te su konačno, tijekom vremena (nekoliko mjeseci do nekoliko godina) prihvatili stvarnost (bolest) i kroz proces „borbe sa samim sobom”, počeli učiti preporučene stilove življenja i pravilno uzimati medikamentoznu terapiju. Pozitivan utjecaj duljine trajanja bolesti na bolesnikovu prilagodbu i nošenje s bolešću istaknuli su i Gillibrand i Flynn (što dulje traje lakše se nosiš s bolešću) (104). Značajne karakteristike procesa prihvaćanja bolesti, u obje skupine bolesnika, bile su postupnost i

dugotrajnost. Osobito je težak bio početak mijenjanja prehrambenih navika (ŠBT2 i IM), te povećanje fizičke aktivnosti (IM). Stoga su bolesnici pokušavali, nastojali i odustajali, pa opet kretali ispočetka. Ipak, ohrabreni početnim uspjesima dobili su podstrek i nadu za daljnjim provođenjem promjena (obje skupine bolesnika), a poboljšanje subjektivnog osjećanja (bolesnici od IM), i objektivnih pokazatelja kontrole bolesti (obje skupine bolesnika) utjecali su na postupno prihvaćanje bolesti. Nadalje, u obje skupine bolesnika, uočen je i pozitivan utjecaj posjedovanja vremena za sebe i svoju bolest, kako bi joj se mogli posvetiti (otežano u bolesnika čije su životne uloge još bile u tijeku i nezamjenjive - roditelj manjeg djeteta, hranitelj obitelji) te nisu imali vremena niti za svoju bolest. I Stewart je naglasila interferiranje životnih uloga bolesnika, ovisno o fazi obiteljskog ciklusa, te razvojnoj fazi ličnosti, sa nošenjem s bolešću (12).

2.4. Život sa ŠBT2 ili IM - Ravnoteža između bolesnika i bolesti

Sukladno iskustvu bolesnika od ŠBT2 ili IM, bolest su uspješno prihvatili po uspostavljanju ravnoteže između sebe „nekadašnjeg“ i bolešću uvjetovane bolesnikove „nove“ stvarnosti-za njih „nove normale“ funkcioniranja. Prema Delmar C, osoba koja doživi kroničnu bolest ima poljuljane temelje shvaćanja sebe, svojih uloga i očekivanog životnog tijeka, te mora naučiti i restrukturirati proces ponovnog pronalaženja samog sebe, ali na nov način, u promijenjenoj životnoj situaciji (131). Postizanje „nove svjesnosti“ gledanja na svijet uslijed kronične bolesti, opisano je od više autora koristeći se različitim terminima: Hernandez - teorija integracije, Paterson B - iskustvo transformacije, Delmar C - postizanje harmonije sa sobom; Ternulf NK-novi stupanj normalnosti (50,131,146,148).

2.4.1. Strategije uspostavljanja „nove normale“ bolesnika od ŠBT2 ili IM bile su:

<u>Zadržavanje dijela aktivnosti prijašnjeg života</u> unatoč bolesti, a dio ih je smatrao da je obavljanje uobičajenih aktivnosti ispred regulacije bolesti, koju treba provoditi u onoj mjeri koliko im navedene aktivnosti dozvoljavaju. I Ternulf (ŠBT2) i Ford (IM) opisali su da kronični bolesnici žele živjeti punim plućima - „živjeti, a ne samo preživjeti“, te nastaviti svakodnevni život, unatoč gubitku kontrole i postepenoj svjesnosti o jačini i

trajnosti komplikacija, te umoru i nesigurnosti i položaju „osobe koja čeka dolazak neminovnog-komplikacija“ (50,93,152).

Traženje koristi od novonastale situacije, isticanjem pozitivnog značenja (ponos na sebe po uspješnoj primjeni preporuka, viđenje lijepog i koristi za sebe u novim aktivnostima, zahvalnost za ono što im je ostalo). I rezultati drugih istraživanja upućuju da iskustvo življenja s kroničnom bolešću može transformirati pojedinca potičući doživljaj života, sebe i drugih prema pozitivnim i nagrađujućim ishodima (50,93,148,153,154).

Preuzimanje kontrole nad bolešću u vlastite ruke, bolesnicima je pružilo osjećaj zadržavanja dijela kontrole i nad svojim životom, unatoč bolesti. Preuzimanje kontrole uslijedilo je po kognitivnom pomaku, od doživljaja bolesti kao prijetnje i opiranju istini ka izazovu da se uhvati u koštac s bolesti i preuzme kontrolu nad njom, najčešće u nekoj od prijelomnih točaka življenja s bolešću (uvođenje inzulina, pogoršanje objektivnih nalaza ili subjektivnog osjećanja, pojava komplikacija). Sukladno rezultatima drugih istraživanja, preuzimanje kontrole u naših bolesnika neposredno je potaknuto njihovim uviđanjem: što se u „novoj“ stvarnosti realno može učiniti, a što je izgubljeno uslijed bolesti, potom da je kontrola primarno na njima samima, te uvjerenošću u vlastitu sposobnost provođenja određenog ponašanja i utjecaja na kontrolu napredovanja bolesti (39,93,128,148,155). Dokaz samoefikasnosti bolesnicima od ŠBT2 olakšala je i uporaba glukometra, a bolesnicima od IM poboljšanje subjektivnih simptoma bolesti uz napredak u ostvarenju sve većih zadanih ciljeva (odlazak iz kuće; pa do tržnice; pa do parka).

2.4.2. Po adekvatnom prihvaćanju bolesti za bolesnike je nastupila **„nova stvarnost“**-„nove normala“: u kojoj su oni bili drugačiji, njihovo tijelo je bilo drugačije, morali su živjeti novim stilom življenja.

Bolest je bolesnikov plesni partner, u kojem su plesači, poput plesa passo double, „neprijatelji“, a pobjeđuje onaj ustrajniji. Ipak, ukoliko ga se poštuje i uvažava, bolest daje mjesta i za bolesnika, uz stalni oprez jer je u svakom momentu svjestan bolesti i uzima je u obzir (poznaje postupke samopomoći, osigurava zalihu lijekova po izbivanju od kuće, u vlastite aktivnosti uračunava dozvoljene, a odbacuje nedozvoljene). Izmjenjivanje (natjecanje) važnosti i potrebe bolesnika s njegovom ŠBT2 ili IM još je jedna karakteristika „nove stvarnosti“ po kojoj se bolest natječe s drugim interesima i potrebama bolesnika, te joj je potrebno u svakodnevnom životu osigurati prostor za skrb.

Istaknuta je teškoća postizanja kompatibilnosti zahtjeva za provođenjem preporuka i konteksta bolesnika življenja. I Paterson je opisala tranziciju dotadašnjeg življenja bolesnika u prikladniji za život s kroničnom bolesti, nelinearnim, postupnim procesom, kojim su učili restrukturiranje sebe (od uloge „žrtve okolnosti“ prema ulozi „kreatora okolnosti“) i doživljaja bolesti (vrednovanje onoga što je vrijedno, orjentacija prema budućim životnim ciljevima, suradnja sa zdravstvenim profesionalcima, prihvaćanje bolesti kao trajne i nepredvidljive i self-empowerment) (148). Nadalje, kompeticija bolesti s drugim interesima i potrebama bolesnika također je opisana (125,146,148,156), te zahtjevi zdravstvenih profesionalaca za provođenjem samokontrole, u cilju postizanja dobre kontrole bolesti, moraju biti kompatibilni kontekstu pojedinčeva života. I Hunt i suradnici (1998) utvrdili su kritičnu razliku između bolesnikovih i liječnikovih očekivanja glede ciljeva, evaluacije i strategija u skrbi za ŠBT2, posebno u ključnim konceptima kao što su kontrola i briga o sebi (156).

2.4.3. Konačno prihvaćanje ŠBT2 ili IM bilo je u potpunosti postignuto kada na bolest više nisu mislili kao na nešto posebno već kao na uobičajenu životnu obvezu koja ne iziskuje kognitivni i emocionalni napor, te se sve što se odnosi na bolest radilo automatizmom.

2.4.4. Neprihvaćanje bolesti i kontinuirana „borba“ s njom, iskustvo je nekih bolesnika od ŠBT2 ili IM, koji nikako nisu mogli prihvatiti ulogu bolesnika, već su i dalje doživljavali bolest samo kao promjenu u nalazima pretraga i doživljavali se zdravim (asimptomatki bolesnici uz mogućnost funkcioniranja kao i prije bolesti). Nadalje, dijelu bolesnika, bolest nije bila prihvatljiva stvarnost, već teret (negativnih emocija: anksioznosti, tuge, ljutnje, negiranja) koji ih je opterećivao i zagorčavao im život. Tako je anksioznost uslijed nedovoljne regulacije GUK-a i njegovih fluktuacija (dnevnik samokontrole) koja je pridonijela neprihvaćanju bolesti nekih naših bolesnika, uočena i u istraživanju Gillibrand i Flynn (104). Istraživanja upućuju da su emotivni odgovori na bolest usko povezani s bolesnikovim stavovima prema bolesti, te mogu reflektirati psihološku prilagodbu na bolest i koliko odgovornosti on može preuzeti u skrbi za bolesti (157). Stoga što je bolesnik više prilagođen, može preuzeti veću odgovornost za provođenje skrbi (158). Kako su negativne emocije i negiranje bolesti povezani sa slabim sposobnostima nošenja s bolešću, i mogu utjecati na dugoročnu kontrolu glikemije (159),

za zdravstvene profesionalce važno je izdvojiti ovakve bolesnike i razlučiti izvore negativnih emocija u njima, te ih pokušati umanjiti. Specifični ciljevi samozbrinjavanja i strategija kako ih postići moraju biti krojeni prema bolesniku, u cilju poticanja njegova osjećaja samoefikasnosti ili uvjerenja da ih može provesti. Nadalje, sukladno Stewart i Delmar, unatoč doživljaju negiranja bolesti, korakom unatrag, varanjem sebe samoga i otežavajućim za proces prihvaćanja bolesti, na negaciju se može gledati i kao na zaštitu od straha od odgođenih komplikacija i smanjenja patnje, te pomoć zadržavanju nade koja je važna za održanje duha života/životne hrabrosti (12,131). Obrambeni mehanizmi, automatski su i nesvjesni, štite ego bolesnika od dezintergracije, pomažu mu u teškim vremenima i kao takvi moraju se poštivati. Stoga, u konačnici, dio bolesnika nikada neće prihvatiti svoju bolest.

3. Promjene uslijed ŠBT2 ili IM

Iskustvo bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM s promjenama uslijed bolesti opisuju četiri koncepta identična za obje skupine bolesnika:

3.1. Promjene usmjerene na liječenje i sprečavanje komplikacija

(promjene životnih navika) obuhvaćaju iskustvo promjene prehrambenih navika (u kvaliteti namirnica i rasporedu obroka) u obje skupine bolesnika; potom povećanja fizičke aktivnosti [većina bolesnika od IM (vježbe ili programirana fizička aktivnost), više od polovine bolesnika od ŠBT2 (uglavnom šetnje)]; te prestanka pušenja (iskustvo većine bolesnika od IM, samo pokojeg bolesnika od ŠBT2). Navedeni udio bolesnika od ŠBT2 i IM, u provedbi promjena životnih navika, može se dijelom objasniti Bandurinim konceptom očekivanja ishoda provođenja određenog ponašanja, jer je u bolesnika od IM bila izražena svjesnost o potrebi i ulozi promjene svih spomenutih navika, dok je u bolesnika od ŠBT2 ta svjesnost bila najviše izražena uz promjenu prehrane, potom fizičke aktivnosti, dok od prestanka pušenja nisu očekivali korist za vlastitu ŠBT2 (39,132,148). Stoga se zdravstveni profesionalci potiču da više ističu potrebu i korist prestanka pušenja i u bolesnika od ŠBT2.

Sukladno Dietrichu, i u naših bolesnika je najveći izazov promjene životnog stila bila promjena prehrane, izuzimanjem određenih namirnica i sastavljanjem pravog menija, navodeći poteškoće pri odvikavanju i prestanku konzumiranja nekih namirnica (126). Nadalje, napredak od pokušavanja do uspostavljanja regulacije prehrambenih navika, temeljio se na isprobavanju, potom modificiranju propisanog režima da odgovara okolnostima, učenjem putem pokušaja i pogreške, do konačnog uspostavljanja rutine, uspostavljanjem koje su postali aktivni provoditelji skrbi, partneri u liječenju. Mijena i cirkularnost, opisane karakteristike promjena navika u obje skupine bolesnika, istaknute su i u drugim istraživanjima (128,148,160). Nadalje, bolesnici su istaknuli problem održanja kontinuiteta provođenja preporuka jer ih je veći dio, po uspostavljanju dobrih objektivnih nalaza kontrole bolesti, te po dobrom subjektivnom osjećanju, tijekom vremena, malo popustio u provođenju preporuka.

Kao i u istraživanju Parkera JG (bolesnici od ŠBT2) i Forda (bolesnici od IM), obje skupine bolesnika naglasile su pojavu negativnih emocija uslijed promjene životnih navika (emotivna težina do tuga, frustrirano, strašno osjećanje, te gubitak kontrole i jednog dijela života), ali i ponos i zadovoljstvo po postizanju uspjeha (93,145). Stoga su istaknuli potrebu za: pružanjem strpljenja od strane obiteljskog liječnika pri usvajanju provođenja istih, jer je ono predstavljalo veliku i tešku životnu promjenu (uključujući borbu sa sobom, dotadašnjim životom i okolinom), te potrebu nagrađivanja bilo kakvog napretka na tom planu pohvalom i podrškom, uz uporno isticanje važnosti održanja kontinuiteta pridržavanja.

3.2. Reevaluacija i mijenjanje osobnih unutarnjih standarda, vrijednosti i konceptualizacije

izraženo je u obje skupine bolesnika. Tako je zdravlje postalo osnovna životna vrijednost i primarni prioritet u obje skupine bolesnika; uz potrebu odricanja od užitaka (dotadašnje vrijednost većine bolesnika od ŠBT2 ili IM), te zamjenu dijela dotadašnjih životnih ciljeva i vrijednosti (nedostupnih uslijed bolesti) sa prihvatljivima i dostupnima uz bolest; uz potrebu očuvanja unutarnjeg mira i izbjegavanja stresa u obje skupine bolesnika (svjesno se trudili manje uzrujavati, smanjiti intenzitet emotivnih reakcija, ne upuštati se u rizike i usporiti životni tempo). I Ternulf-Nyhlin (bolesnici od ŠBT2), Ford JS (bolesnici od IM) te Sharpe L (kronični bolesnici)

utvrdili su potrebu bolesnika za reevaluacijom vrijednosti uslijed nastanka bolesti, uz veću svjesnost vrijednosti života, otkrivanja drugih dimenzija života, te potrebu svjesnog rangiranja životnih vrijednosti (npr. najvažnije je biti otac, uz izbjegavanje neopravdanih zahtjeva) (27,50,93).

Povećanje svjesnosti o odgovornosti za vlastito zdravlje, te smanjenje težnje na materijalnom, iskustvo isključivo bolesnika od IM, moguće je objasniti od Forda istaknutom spoznajom da susret sa smrću bolesnika od IM otvara ka životu tako da ga živi potpunije (93).

3.3. **Promjene unutar okružja u kojem bolesnik živi i radi**, utvrđene

su u obje skupine bolesnika u funkcioniranju s obitelji, dok su promjene u funkcioniranju s prijateljima i na poslu, i posljedično životnim uvjetima (3.4.), bile većinom iskustvo bolesnika od IM, a samo rijetko bolesnika od ŠBT2. Navedeno se može objasniti kratkom duljinom trajanja ŠBT2 i odsutnošću simptoma u većine bolesnika od ŠBT2, te se komplikacije još uvijek nisu uspjele razviti da bi ometale njihovo funkcioniranje i na ovim planovima. Naime, u bolesnika od ŠBT2 u kojih je bolest kasno otkrivena te su već imali neke od komplikacija (polineuropatija) utvrđene su promjene i na ovim planovima.

Bolesnici su se uslijed nevolje koje ih je zadesila okretali tradicionalnim vrijednostima – obitelji koja je, uslijed bolesti, doživjela promjene kratkoročnog ili češće dugoročnog karaktera: od pružanja podrške i poštede bolesnika u početku; potom pretjerane poštede (engl. overprotection) i doživljaja bolesnika kao „slabijih“ osoba; te pojačane kohezije i bliskosti u onim obiteljima kod kojih je i od prije postojala povezanost; do slabljenja i raspada u otprije disfunkcionalnim obiteljima. Neispunjene uloge supružnika, roditelja ili hranitelja obitelji uslijed ŠBT2 ili IM, otežale su življenje s ovim bolestima. Medalie i Cole-Kelly (2002) potvrdili su su da je bolest snažni čimbenik promjene u svakoj obitelji, priroda koje će ovisiti o samoj bolesti, te fazi obiteljskog ciklusa u kojoj se nalazi obitelj (osnivanje obitelji, umirovljenje), razvojnoj fazi ličnosti njezinih članova (adolescencija, srednja dob, starost), sposobnosti pružanja podrške i socijalnoj mreži, te otprije izraženim obrascima ponašanja (funkcionalno/disfunkcionalno) i adaptivnim/maladaptivnim odgovorima (161).

Potreba održanja socijalnog konteksta normalnog života u bolesnika od ŠBT2, koliko je god moguće, unatoč bolesti i egzistencijalnoj nesigurnosti, opisanu od Kelleher- a, iskustvo je obje skupine bolesnika iz ovog istraživanja (162). Stoga su promjene na ovim područjima izazivale negativne emocije u bolesnika, te usporavale njihov oporavak.
Promjene u funkcioniranju s prijateljima očitovale su se u rasponu od povlačenja u sebe do potpune odsutnosti druženja s prijateljima u nekih bolesnika.
Promjene unutar radnog okružja očitovale su se u promjeni odnosa bolesnika prema obvezama i rokovima na poslu (smanjenje tempa rada), poštedom od kolega i poslodavaca (dodjela lakših poslova, premještaj na lakše radno mjesto), pa sve do iskustva odbacivanja (stigmatizacija i diskriminacija-gubitak dostojanstva i ugleda) i prisilnog umirovljenja.

3.4. **Promjene u životnim uvjetima** bolesnika i njihovih obitelji očitovale su

se u pogoršanju financijske situacije i/ili egzistencijalnoj ugroženosti, kao rezultat privremeno ili trajno umanjene radne sposobnosti (dugotrajnim bolovanjem), te prijevremenog umirovljenja (rjeđe) ili otpuštanja (pokoji). Stoga su, sukladno rezultatima literature, bili primorani da prilagodbu na bolest i preporučene promjene prilagode objektivnoj financijskoj situaciji obitelji (npr. povratak na posao uslijed financijskih poteškoća obitelji, obavljanje dodatnog honorarnog posla i slično) (12).

4. Čimbenici koji su utjecali na proces prihvaćanja i življenje sa ŠBT2 ili IM

Iskustvo bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM o čimbenicima koji su utjecali na proces prihvaćanja i življenje sa ovim kroničnim bolestima opisan je sa četiri koncepta identična za obje skupine bolesnika:

4.1. Čimbenici vezani uz bolesnika

Pozitivno na proces nošenja i življenja sa ŠBT2 ili IM utjecale su neke karakteristike osobnosti bolesnika (dominantnost optimističnog raspoloženja, samopouzdanje i

upornost); adekvatna predodžba bolesti (u suglasnosti sa karakteristikama bolesti i preporukama liječenja); dobra informiranost bolesnika o bolesti i liječenju; potom motiviranost i namjera bolesnika da prihvate ŠBT2 ili IM, uhvate se u koštac s bolešću i počnu provoditi preporuke); izražena vjera da mogu sami kontrolirati svoju bolest (unutarnji zdravstveni lokus kontrole); te dovršenost životnih uloga i ostvarenost planiranih životnih ciljeva bolesnika (odsutnost kompeticije uloga i ciljeva s bolešću). Već je više puta istaknuta bolesnikova predodžba (doživljaj bolesti), kao čimbenik bolesnikove jedinstvene procjene bolesti i pripadajućih simptoma i donošenja odluke o potrebnoj akciji, čime direktno utječe na nošenje s bolešću, a posredno na ishode prilagodbe (osposobljenost i kvaliteta života) (132,133). Nadalje, Paterson BL (bolesnici od ŠBT2) i Hirani (bolesnici od IM), istaknule su, sukladno rezultatima ovog istraživanja, važnost samopouzdanja i samouvjerenosti bolesnika da provedu preporučeno zdravstveno ponašanje, a Delmar je navela da su bolesnikove osobine koje pozitivno utječu na život s bolešću optimističko raspoloženje, nada, hrabrost i volja za životom, te motiviranost i namjera da provede određeno ponašanje (131,132,148). I druga istraživanja naglasila su važnost bolesnikove motiviranosti i namjere da provede određeno ponašanje, ističući da je zdravstveno ponašanje bolesnika u većoj mjeri vođeno njihovim stavovima i uvjerenjima (definiraju namjeru) nego informacijama koje dobiju, te je potrebno da se zdravstveni profesionalci fokusiraju i na ove segmente kao početni korak promjene dotadašnjeg neadekvatnog zdravstvenog ponašanja i navika bolesnika (36,37,44,132,155). Nadalje, sukladno rezultatima ovog istraživanja neki su autori istaknuli da su unutarnji lokus kontrole i vjera u važne druge povezani s boljim adheriranjem na terapiju i većim prihvaćanjem promjene zdravstvenog ponašanja. (132,163,164,165), dok rezultati drugih istraživanja suprotno navedenom povezuju unutarnji lokus kontrole s lošijim ishodima bolesti (166,167). Schwartz navodi moguće rješenje u primjeni fleksibilnog stila rada liječnika koji podržava bolesnikov lokus kontrole, te one bolesnike koji se žele educirati i sami donositi odluke liječenja pouči kako da ostvare njihovu namjeru, ali i podrži one koji žele odluke prepustiti zdravstvenom profesionalcu (140). Navedeno upućuje na važnost poznavanja/procjene samog bolesnika, njegovih nepromjenjivih (osobnost), promjenjivih (predodžba bolesti, motiviranost i namjera, informiranost) te uvjetno promjenjivih (zdravstveni lokus

kontrole) karakteristika, kao i faze životnog ciklusa (dovršenost životnih ciljeva i planova), pokušaja utjecanja na iste i poticanja onog oblika skrbi za koju je taj bolesnik najbolje prijemčiv. Kontinuitet skrbi i poznavanje bolesnika i konteksta njegova života postavlja liječnika obiteljske medicine kao najkompetentniju osobu za provođenje navedenog.

4.2. Čimbenici vezani uz bolest

Već je samo simbolično značenje ovih bolesti za bolesnika, utjecalo na proces prihvaćanja i življenja s bolešću: negativno u bolesnika od ŠBT2 („bolest koju imaš, a nemaš!“ u početku većinom bez simptoma, te je uz dobro osjećanje olako doživljena, da bi u konačnici dovela do komplikacija, te promatrana kao „nefer, podmukla, bolest s dva lica“); pozitivno u bolesnika od IM („srce kao organ koji život znači“ posebno je važno jer je pokretač svega, pa ih je činjenica da je bolešću zahvaćeno srce bolesnike potaknula da brže shvate ozbiljnost stanja i što prije se uhvate u koštac s bolešću).

ŠBT2 i IM imali su kompleksni psihološki utjecaj za bolesnike. Tako je anksioznost zbog dugoročnih učinaka koji vrebaju i mogućeg uvođenja inzulina, predstavljala kontinuirani psihološki teret bolesnika od ŠBT2, koji je dijelu njih bio poticaj bržem prihvaćanju bolesti kako do njih ne bi došlo. I u drugim istraživanjima istaknuta je anksioznost bolesnika od ŠBT2 zbog dugoročnih učinaka koji vrebaju (104,128). Nasuprot tome, strah od novog IM istaknuta je kao jedna od najtežih negativnih emocija bolesnika od IM, s kojom su se morali suočiti svaki put po javljanju senzacija u prsištu. Stoga je umanjenje straha pravilnim uputama liječnika/drugog bolesnika, kao i iskustvom življenja bolesnika s IM, bio važan korak ka prihvaćanju i nošenju bolesti u tih bolesnika.

S aspekta nošenja s bolešću, odsutnost simptoma, doživljena je negativno u bolesnika od ŠBT2 jer su lakše zaboravljali na bolest, teže ju upoznavali, te sporije prihvaćali, a pozitivno u bolesnika od IM jer su, uslijed prisustva simptoma lakše upoznavali i brže prihvaćali. I Gillibrand i Flynn opisali su važnost posjedovanja simptoma u procesu prihvaćanja ŠBT2, jer puno bolesnika nije odreagiralo na bolest dok nije bilo suočeno s nekim od stvarnih, fizičkih problema: „Ne osjećati se bolestan znači ne biti bolestan“ (104). Nadalje, i Freeman i Loewe istaknuli su da su, za razliku od liječnika koji su bili primarno orjentirani na nevidljive procese koji vode u poboljevanje i smrt (oštećenje

bubrega, retinopatiju), bolesnici bili više orjentirani na vidljive procese, vanjske znakove bolesti koji će otkriti njihovu bolest javnosti (rane, sljepoću, amputaciju) (167).

Dinamiku prisutnosti/snage ŠBT2 i IM i njihova utjecaja na njihov život, bolesnici su opisali terminima „Bolest kao podstanar ili gazda“ sukladno kojima su bolesnici u početku bolesti imali osjećaj da je ona njihov „podstanar“ jer „dođe i ode“, te su mogli nastaviti živjeti svoj život kako su željeli. Nasuprot tome, po razvitku komplikacija, bolest su doživljavali kao „gazdu-gospodara“ koji im svojom stalnom prisutnošću, određuje život. Dinamiku razvoja ova dva viđenja prisutnosti bolesti u njihovu životu, od „podstanara“ ka „gazdi“, bolesnici su pratili pojavom negativnih emocija, gubitka osobne slobode i tuge. U bolesnika od IM, bolest su doživjeli prvo u obliku „gazde“, da bi po oporavku prešla u oblik „podstanara“ uz koji su mogli funkcionirati. Dinamika razvoja od „gazde“ prema „podstanaru“, bolesnici od IM doživljavali su uz pozitivne emocije i osjećaj povratka slobode.

4.3. Čimbenici proksimalnog konteksta

Među čimbenicima proksimalnog konteksta bolesnici su istaknuli utjecaj obitelji, prijatelja i radnog mjesta, te financijsku sigurnost obitelji, koji su blisko i neposredno korespondirali s njihovim nošenjem i življenjem s bolešću.

Ulogu obitelji bolesnici od ŠBT2 ili IM istaknuli su iznimno važnom, s aspekta podrške (psihološka podrška, prihvaćanje, a ne odbacivanje bolesnika, te konkretna podrška u provođenju preporučena stila življenja i uzimanja lijekova), kao i osjećaja da je bolesnik potreban obitelji. Istaknut je i negativan utjecaj „suviše zaštitničkog“ odnosa obitelji prema bolesniku ili rjeđe potpunog izostanka podrške obitelji, što je otežalo proces prihvaćanja i nošenja s bolešću. I u drugim istraživanjima, istaknuta je važnost uspostavljanja ravnoteže između potrebe za podrškom i savjetom okoline, pronalaženja saveznika u cilju ostvarenja promjena stila življenja i samoliječenja ŠBT2 (50,128,169) ili IM (93), kao i umanjenja utjecaja stresa na bolesnika od ŠBT2 (128,131,170) ili IM (93,173), sa potrebom bolesnika da zadrži autonomiju i samopoštovanje (148). Opisan je otežavajući utjecaj ukoliko član obitelji (bračni partner) previše „motri“ bolesnika i fokusira se na njegovu nesposobnost, a ne preostalu sposobnost, dodatno otežavajući obavljanje uloga bolesnika (93), odnosno ne prihvaća situaciju (128,131), ne konzumira

preporučene obroke (128,131), te je dodatni izvor stresa bolesniku (170). Nadalje, u slučaju disfunkcionalne obitelji, uočeno je da stres uslijed nastanka, te život sa ŠBT2 (140,170) ili IM (172), može pojačati njezinu disfunkcionalnost kao i rezultirati rezidualnom nesposobnošću bolesnika na prilagodbu na kroničnu bolest. Nadalje, otežavajući utjecaj života bez partnera na život sa ŠBT2 ili IM (nedostatak emotivne podrške partnera tijekom prihvaćanja bolesti te provođenja preporučenih stilova življenja) istaknut od obje skupine bolesnika, potvrđuju i rezultati istraživanja Shanfield i suradnika kojim je utvrđen veći mortalitet neoženjenih bolesnika od IM, upućujući na važnost podrške pri oporavku od IM (173).

Ulogu prijatelja bolesnici su opisali važnom tijekom procesa prihvaćanja, nošenja i življenja sa ŠBT2 ili IM, te istaknuli potrebu pružanja „dozirane“ zabrinutosti koja ne opterećuje. Većini bolesnika pružali su podršku poticanjem vedre atmosfere, te pripremom bolesniku prihvatljivih obroka, a ne forsiranjem starih, bolesniku neprihvatljivih stilova življenja.

Važnost socijalne podrške u bržem dugoročnom oporavku i boljem nošenju s bolešću naširoko je diskutirana i u drugim istraživanjima (5,174-177).

Uloga radne okoline u većine bolesnika od ŠBT2 ili IM, bila je važan pozitivan faktor u prihvaćanju, nošenju i življenju sa ovim bolestima. Ipak, iskustvo dijela bolesnika ukazuje da bi nošenje s IM bilo olakšano fleksibilnijim uvjetima na radnom mjestu, manje stresnim radnim mjestom, smanjenjem opsega posla, pozitivnom radnom sredinom, te nastavkom radnog odnosa umjesto davanja otkaza poslije bolovanja. I druga istraživanja istaknula su negativan utjecaj stavljanja prevelikih zahtjeva poslodavaca pred bolesnika, ne uzimajući u obzir njegovu bolest, kao i definiranja da on više nije osoba na koju mogu računati kao prije. Zbog toga je bolesnik često puta mislio da nije dovoljno dobar što ga je deprimiralo i utjecalo da se povuče u sebe (93).

Financijska sigurnost bolesnika od ŠBT2 ili IM i njegove obitelji pozitivan je čimbenik nošenja s ovim bolestima u slučaju zadovoljavajuće financijske situacije, jer su im se mogli kvalitetnije i više posvetiti (provođenju preporuka, nabavci preporučenih lijekova, glukometra, ali i mogućnost otkazivanja honorarnog posla), a negativno u neriješenog financijskog stanja. Neki bolesnici su uslijed dugotrajnog bolovanja ili odlaska u invalidsku mirovinu po IM ili ŠBT2 ostvarili i manje prihode. Kaplan i Neil istaknuli su

inverznu povezanost između prihoda kućanstva i mortaliteta bilo kojeg uzroka, čak i po kontroli faktora rizika i pripadnosti socijalnoj klasi (178).

4.4. Čimbenici distalnog kontekta

Među čimbenicima distalnog konteksta bolesnici su istaknuli utjecaj bolnice i zdravstvenih radnika kao dijela zdravstvenog sustava, zajednice, kulturnog miljea i medija koji su općenitije ili metakontekstualno korespondirali s njihovim nošenjem i življenjem s bolešću.

Uloga bolnice pozitivno je utjecala u većine bolesnika od ŠBT2 (dala dozu ozbiljnosti njihovu doživljaju bolesti kao ustanova specijalizirana za liječenje ŠBT2, mjesto gdje će ih liječiti autoriteti, te je predstavljala inicijaciju u svijet bolesnika koji boluju od ŠBT2) ili IM (svojom hladnom sredinom, odsječenošću od kuće i obitelji) i pridonijela procesu prihvaćanja, življenja i nošenja s bolešću.

Uloga zdravstvenog osoblja, na prvom mjestu liječnika, ukazuje na važnost kontinuirane i planirane edukacije, s mogućnostima za ponavljanje i praćenje. Nadalje, ophođenje liječnika humanim, razumljivim, pozitivnim načinom uz vjeru u budućnost jer je takav pristup doveo do umanjenja stresa, zabrinutosti i lakšeg prihvaćanja, nošenja i življenja s bolešću u obje skupine bolesnika. Istaknuta je potreba za liječnikovim strpljenjem u radu s bolesnikom jer je teško promijeniti jedan životni stil u drugi. Unutar pozitivnih, mogu se uočiti i negativna iskustva bolesnika od ŠBT2 ili IM s ponašanjem liječnika (npr. neozbiljan odnos liječnika prema bolesti, nedostatak vremena za bolesnika i nova savjetovanja), što je otežalo proces prihvaćanja, življenja i nošenja bolesti. Pozitivan učinak bolesnikova zastrašivanja posljedicama i komplikacijama ŠBT2 od strane zdravstvenog osoblja na proces spoznaje i prihvaćanja, te adekvatnijeg nošenja i življenja s bolešću, istaknut je isključivo od strane onih bolesnika od ŠBT2, koji su u početku olako shvatili ŠBT2 i nisu se pridržavali preporuka. Uočavanjem dubljeg smisla ove bolesti, postali su posebno zabrinuti, što ih je potaknulo da se odgovornije odnose prema ŠBT2.

I druga istraživanja istaknula su pozitivna (brza i jasna informacija o skrbi za bolest, neposredna razmjena informacija, mogućnost pojašnjenja, promptni odgovor) (126,147) i negativna iskustva s liječnicima (nedostatak vremena da se omogući duboka, temeljita

diskusija, nedostatak strpljenja za bolesnika, davanje samo uputa za preživljenje umjesto poticanja samokontrole holističkim pristupom, fokusiranje na laboratorijske nalaze, radije nego na osobne podatke) kao faktore življenja sa ŠBT2 (128,149). Također su istaknuli pozitivan utjecaj sestara specijaliziranih za ŠBT2 (128,149). Neki istraživači smatraju da je glavni razlog za neefektivnu vezu između profesionalaca i bolesnika sa ŠBT2 činjenica da djeluju pod različitim premisama (146). Tako je, na primjer, za zdravstvenog profesionalca glavni cilj liječenja ŠBT2 dobra razina GUK-a, dok je za bolesnika glavni cilj imati uravnotežen život (146). Centralni element korisne interakcije jest da zdravstveni profesionalac poznaje i vrednuje bolesnika kao individuu te se usmjerava na osobnost, kompetentnost bolesnika, te dostupnost skrbi (147). Ukoliko ne vrednuju individualni plan za liječenje ili potiču samo svoj propisani način liječenja, onda niti ne vjeruju da su bolesnici sposobni za donošenje adekvatnih odluka o samoliječenju. Na to bolesnici mogu odgovoriti tako da tiho rade ono što misle da je najbolje, bez da prodiskutiraju svoje vlastite adaptacije preporučenog načina liječenja.

Uloga drugog bolesnika u procesu prihvaćanja, nošenja i življenja sa ŠBT2 ili IM pozitivno je vrednovana od većine bolesnika od ŠBT2 ili IM (olakšanje vizualizacije same bolesti, tijeka i posljedica, dobivanje konkretnih savjeta, te razmjenu i usporedbu stvarnih iskustava (dobrih i loših), kao i pomoć u kriznim situacijama), dok samo manjina bolesnika od ŠBT2 ili IM nije željela stjecati taj oblik bolesničkog iskustva (npr. zbog emotivne destabilizacije, nestručnosti izvora). Identična su i iskustva s ulogom grupa bolesnika. Navedeno je rezultat i drugih istraživanja (128,140,149), a u istraživanju Delmar C i suradnika utvrđen i olakotni utjecaj drugih bolesnika na prihvaćanje bolesti (ukoliko drugi pate više od bolesnika, odnosno ukoliko prijatelj, član obitelji ili susjed ima istu situaciju) (131).

Pozitivan učinak rehabilitacije na prihvaćanje, nošenje i život s bolešću istaknut je isključivo od strane bolesnika od IM (mjesto učenja uvidom u objektivne pokazatelje i rezultate testova, konkretni uvid do kuda bolesnik može ići, pružanje psihološke pomoći i učenje kako reducirati utjecaj stresa, te prilika za učenje temeljem usporedbe s drugim bolesnicima). Kako rezultati istraživanja upućuju da su oni bolesnici koji su vjerovali da je IM moguće liječiti ili kontrolirati radije pohađali programe rehabilitacije, proizlazi da je većina naših bolesnika od IM smatrala bolest kontrolabilnom (151).

Uočen je i utjecaj „kulturnog miljea“ iz kojeg su bolesnici potekli ili u kojem žive na prihvaćanje, nošenje i življenje s ovim bolestima, posebno tijekom učenja i provođenja promjene stila življenja (npr. odrasli u kraju gdje se tradicionalno jede teža hrana; nerazumijevanje i nepodržavanje okoline naspram promjene navika „kakav si ti muškarac ako ne piješ?“ te „kod nas u Zagorju samo dangube se šeću...“). I druga istraživanja istaknula su važnost poznavanja kulturnog konteksta bolesnika kao jednog od prediktora zdravstvenog ponašanja (12,129,179).

Kao čimbenik zdravstvenog prosvjećivanja, mediji (TV, internet, novine) potaknuli su ranije otkrivanje ŠBT2, te su bolesnicima od IM ili ŠBT2 olakšali nošenje s bolešću kao dodatni, stalni izvor edukacije, te podsjetnik na ŠBT2, na razini cijele obitelji. Bolesnici su preferirali internet, časopise specijalizirane za zdravlje, te emisije o ŠBT2 ili IM. Istaknuta je potreba i za zauzimanjem kritičnog stava, uslijed mnoštva nepročišćenih informacija, a malo dobrih, besplatnih savjeta. Činjenica da su neki bolesnici istaknuli potrebu isticanja u medijima da je bolesnik od ŠBT2 jednak svakom drugom čovjeku u cilju smanjenja njihove diskriminacije, upućuje na stigmatiziranost ovih bolesnika u našoj zemlji. Također su istaknuli potrebu za preventivnim akcijama i slikovitim prikazivanjem preporučenih obroka, uz zabranu ili povećanje poreza na prehranu koja nije preporučena. Stewart M ističe da informacijska tehnologija znatno podržava programe zdravstvene promocije, unatoč alarmiranju nekih struktura da su mediji postali agent bolesti promovirajući konzumeristički, materijalistički, nasilju sklon životni stil koji se suprotstavlja tradicionalnim socijalnim strukturama i vrijednostima (12). Tako su i obje skupine naših bolesnika uočile prednost medija u programima zdravstvene promocije (kontinuiranost, dostupnost i sveprisutnost) uz potrebu zadržavanja kritičkog pristupa. Kako obiteljski liječnik poznaje kontekst bolesnikova življenja potrebno je da iskoristi sve kapacitete bolesnikove okoline koji mu mogu pomoći u življenju s bolešću, te surađuje i s članovima uže obitelji, a u situacijama gdje to nije moguće, usmjeri na druge izvore podrške (npr. udruge bolesnika).

II Kvantativni dio istraživanja

U kvantitativnom dijelu istraživanja procijenjeno je zadovoljstvo životom, socijalna podrška, doživljaj bolesti i zdravstveni lokus kontrole standardiziranim mjernim instrumentima. Rezultati kvalitativnog i kvantitativnog dijela istraživanja konvergiraju, te osiguravaju dodatnu empirijsku podršku za slijedeće fenomene:

1. Zadovoljstvo životom i socijalna podrška bolesnika od ŠBT2 ili IM

Kvantitativni rezultati upućuju da je zadovoljstvo životom prosječno unutar «normale» subjektivne kvalitete života, te visoka socijalna podrška u obje skupine bolesnika (Tablica 8). Bolesnici s visokom socijalnom podrškom statistički su značajno češće bili i zadovoljniji životom, što je utvrđeno i u drugim istraživanjima (180). *I u rezultatima kvalitativnog dijela istraživanja, opisano je da su u procesima prihvaćanja i življenja sa ovim bolestima, bolesnici posebno važnim čimbenikom opisali pruženu socijalnu podršku (posebno od obitelji, potom od prijatelja), uz izraženo koliko-toliko zadovoljstvo životom i postignutim.*

2. Doživljaj bolesti bolesnika od ŠBT2 ili IM

U kvantitativnom dijelu smo potvrdili da su bolesnici od IM, u odnosu na bolesnike od ŠBT2, signifikantno češće smatrali da bolest jače utječe na njihov život (p=0,004), bolest ih je signifikantno češće emotivno pogađala (p=0,025), te imala izraženije simptome (p=0,006). Navedeno se može objasniti prosječnim trajanjem ŠBT2 od 3,9±1,2 godine, te činjenicom da je većina bolesnika bila na terapiji dijetom i peroralnim lijekovima, tako da su rijetko iskusili simptome hipo- ili hiperglikemije, koji se tipično javljaju pri primjeni neprikladnih doza inzulina.

Nadalje, kvantitativni rezultati potvrđuju da su obje skupine bolesnika smatrale da dobro poznaju svoju bolest (razumijevanje bolesti), te da će tijek bolesti biti kroničan (trajanje bolesti). Iako su obje skupine bolesnika smatrale da bolest mogu dobro kontrolirati lijekovima (kontrola bolesti terapijom) i osobno (osobna kontrola bolesti), utjecaj

kontrole lijekovima je po njihovu uvjerenju bio nešto veći (Tablica 5). I u presječnoj studiji bolesnika od ŠBT2 u RH, Petriček i suradnici također su utvrdili doživljaj jake kontrole bolesti lijekovima, a samo umjeren doživljaj osobne kontrole bolesti (181). Stoga, u okviru svakodnevne prakse obiteljski liječnici trebaju uvijek imati na umu važnost bolesnikove percepcije kontrole bolesti, te povećati bolesnikovo razumijevanje osobne kontrole bolesti.

Sukladno kvantitativnim rezultatima istraživanja doživljaja trajanja bolesti bolesnika od ŠBT2 (107,181,182) i IM (49,129), obje skupine bolesnika iz našeg istraživanja većinom su smatrale da će bolest biti kronična tijeka, bez izlječenja. Važnost bolesnikova doživljaja trajanja bolesti prikazali su Meyer i suradnici u istraživanju hipertenzivnih bolesnika koji su, ukoliko su smatrali da je bolest kratkog tijeka, prestajali provoditi preporučenu terapiju, te manje adherirali na preporučeno liječenje (183).

Dok je većina bolesnika od IM imala klasične simptome bolesti i uz bolest vezivala brojne negativne emocije (briga, potom tjeskoba, žalost, ljutnja, strah), većina bolesnika od ŠBT2 nije imala simptome ŠBT2 i vezala je manje negativnih emocija, što se može objasniti činjenicom da je prosječno trajanje ŠBT2 bilo samo 3,9±1,2 godine, dok je za razvoj komplikacija potrebno nekoliko dekada. Važnost doživljaja simptoma očituje se u činjenici da su bolesnici koji su doživljavali simptome bolesti jačim, bili češće emotivno više pogođeni bolešću (r=0,365) (Tablica 5). Navedeno potvrđuju i rezultati kvalitativnog dijela istraživanja.

Doživljaj uzroka bolesti u obje skupine bolesnika većinom se podudarao s medicinskim shvaćanjima uzroka ovih bolesti. Iako su na prvo mjesto uzroka bolesti, obje skupine bolesnika rangirale stres, odmah su slijedili klasični faktori rizika (bolesnici od ŠBT2 i IM: prehrambene navike, pretjerani rad, vlastito ponašanje, te nasljeđe, problemi i brige u obitelji; samo bolesnici od IM: pušenje). Weinman je istaknuo da je percepcija bolesnika o uzroku bolesti, važna za procjenu njegova budućeg zdravstvenog ponašanja (133), *što još jednom potvrđuju rezultati kvalitativnog istraživanja, opisujući da su obje skupine bolesnika uvele promjenu prehrambenih navika i fizičku aktivnost, te gotovo svi bolesnici od IM koji su pušili, dok samo pokoji bolesnik od ŠBT2, prestali pušiti po otkrivanju bolesti.*

Utvrđena je niska negativna statistički značajna povezanost između dobi i osobne kontrole nad bolešću bolesnika oboljelih od ŠBT2 i IM (r=-0,277), te umjerena negativna statistički značajna povezanost između zadovoljstva životom i emotivne pogođenošću bolešću (r=-0,350) (tablica 6). Činjenica da su stariji bolesnici manje vjerovali u osobnu kontrolu nad bolešću u sukladnosti je sa rezultatima nekoliko studija koji upućuju da su stariji bolesnici imali statistički značajno češće izraženo vjerovanje u važne druge osobe, odnosno utjecaj slučaja na zdravlje, u odnosu na mlađe bolesnike (185,186).

Važnost bolesnikove predodžbe bolesti leži u činjenici, da su predodžbe bolesnika o bolesti povezane s ishodima zdravstvene skrbi, te ne smiju biti zanemarene u svakodnevnoj praksi obiteljskog liječnika. Tako su Petriček i suradnici (182) utvrdili da su neke od dimenzija predodžbe bolesti bolesnika od ŠBT2 signifikantni prediktori kardiovaskularnih faktora rizika, i to: zabrinutost za bolest za ITM, osobna kontrola bolesti za GUK, kontrola bolesti lijekovima za ukupni kolesterol, te razumijevanje bolesti za arterijski tlak, a Broadbent i suradnici (107) pokazali su povezanost većeg stupnja percipirane osobne kontrole nad ŠBT2 sa boljom metaboličkom kontrolom bolesti (GUK, HbA1c). Bradley i suradnici utvrdili su povezanost visokog stupnja osobne kontrole nad bolešću sa boljim vrijednostima glikemije, manjom tjelesnom težinom, te psihološkom prilagodbom (187). Nasuprot navedenom, neka istraživanja pokazala su da je uvjerenje o većoj jakosti simptoma povezana sa lošijom metaboličkom kontrolom (107,188). Nadalje, Petrie i suradnici utvrdili su brži funkcionalni oporavak i povratak na posao bolesnika od IM, po individualiziranoj intervenciji na osobne percepcije bolesnika od IM o bolesti (uzroci bolesti, kontrola bolesti lijekovima i osobno, posljedice bolesti, zabrinutost za bolest i razumijevanje bolesti) (151).

3. Zdravstveni lokus kontrole bolesnika od ŠBT2 ili IM

Iako postoje i oni bolesnici koji uopće nisu vjerovali u unutarnji lokus kontrole zdravlja, većina bolesnika iz našeg istraživanja imala je izražen unutarnji lokus kontrole zdravlja, a što je vjerojatno posljedica iskustva življenja s ove dvije bolesti, ali i pozitivnih poticanja od strane zdravstvenog osoblja na koristi provođenja samokontrole i samoliječenja. Naime, Trento i suradnici evaluirali su lokus kontrole bolesnika koji boluju od šećerne

bolesti tip 2 nakon pet-sedmo-godišnjeg grupnog rada s ovim bolesnicima, i utvrdili su da je grupni rad doveo do smanjenja fatalističkih vjerovanja (u utjecaj loše sreće ili sudbine) i porasta vjere u unutarnji lokus kontrole zdravlja ovih bolesnika (134). Nadalje, u našem istraživanju bilo je podjednako izraženo vjerovanje u utjecaj okolnosti i važnih drugih, a najmanje je bilo izraženo vjerovanje u utjecaj slučaja, sudbine ili loše sreće (Tablica 7). Vjera u važne druge može se objasniti dugom tradicijom primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, u kojoj bolesnici izabiru svojeg obiteljskog liječnika, koji poznaje bolesnika i njegovu obitelj i osigurava komprehenzivnu kontinuiranu skrb (189). Istraživanje Ožvačić i suradnika potvrdilo je pozitivnu povezanost između kontinuiteta primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i sposobnosti bolesnika da razumiju i nose se sa svojom bolešću (190).

Kako rezultati kvalitativnog dijela istraživanja upućuju da bolesnici smatraju sposobnost osobne kontrole bolesti najvažnijom za postizanje dobre kontrole bolesti, a kvantitativni rezultati upućuju da su bolesnici većinom imali unutarnji lokus kontrole, postavlja se pitanje zašto nisu dostignute ciljne vrijednosti objektivnih pokazatelja stanja bolesti (glikemijske kontrole, lipidnog statusa, krvnog tlaka, te indeksa tjelesne mase) (Tablica 2), te naglašava potreba ka efektivnijoj kliničkoj intervenciji u cilju rješenja ovog problema (103)

Rezultati kvalitativnog dijela bacaju dodatno svjetlo na navedeno i pružaju mogućnost objašnjenja ističući da su, osim najvećeg doprinosa liječenju i kontroli bolesti od njih samih (unutarnji lokus kontrole), bolesnici istaknuli neupitni utjecaj ostalih čimbenika koji utječu na konačni ishod liječenja (ostali čimbenici vezani uz bolesnika (osobnost, motiviranost i namjera, dovršenost životnih uloga i ciljeva), čimbenici vezani uz bolest (simbolično značenje bolesti, psihološki teret bolesti; prisutnost ili odsutnost simptoma bolesti); čimbenici proksimalnog (obitelj, prijatelji, zaposlenje i financijska sigurnost) i distalnog (zdravstveni sustav, kulturni milje, mediji) konteksta. Također, prijašnja istraživanja su istaknula da je, u cilju postizanja boljeg ishoda liječenja bolesti, unutarnji lokus kontrole preduvjet, ali da on mora biti kombiniran s drugim čimbenicima, uključivši stavove i motivaciju bolesnika (36). Također je istaknuta već spomenuta važnost primjene fleksibilnog stila rada liječnika koji podržava bolesnikov lokus kontrole, i poticanja onog oblika skrbi za koji je bolesnik najprijemčiviji (140).

Utvrđena je niska pozitivna statistički značajna povezanost između socijalne podrške i skale I što *konvergira u smjeru nalaza kvalitativnog istraživanja sukladno kojima su bolesnici kao važni čimbenik dobre samokontrole i samozbrinjavanja bolesti navodili potporu obitelji i prijatelja* (Tablica 10). Niska pozitivna statistički značajna povezanost između socijalne podrške i skale Evd mogla bi se također objasniti *perspektivom kvalitativnog istraživanja sukladno kojoj su bolesnici visokom ocjenom i potrebom vrednovali podršku liječnika, obitelji i prijatelja*.

Bolesnici koji su više vjerovali u utjecaj okolnosti na vlastito zdravlje, statistički su češće smatrali da će bolest biti duga (r=0,286), te manje vjerovali u utjecaj osobne kontrole na bolest (r=-0,271). Navedeno upućuje na potrebu dodatne edukacije bolesnika o liječenju, posebno razjašnjenja utjecaja i mogućnosti osobne kontrole na zdravlje.

Može se zaključiti da su bolesnici od IM u procesu suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja s kroničnom bolešću bili: suočeni s većom potrebom za promjenama u dotadašnjem životu (kvalitativni dio), jače pogođeni bolešću [kvalitativni dio + kvantitavni dio (jakost simptoma, utjecaj na život, emotivna pogođenost bolešću)], te su se brže prilagođavali na bolest od bolesnika od ŠBT2 (kvalitativni + kvantitativni dio (jakost simptoma, utjecaj na život, emotivna pogođenost bolešću)]. Iako su obje bolesti imale kompleksno psihološko značenje i za bolesnike predstavljale psihološki teret tijekom procesa suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja, IM doživljen je kao poštenija „fer bolest“ jer je odmah pokazao svoje simptome, dok je ŠBT2 doživljena kao više „nefer, podmukla bolest“, koja u početku “nema simptoma, a onda te zaskoči s komplikacijama“.

Nadalje, bolesnikova predodžba (doživljaj) bolesti bila je polazna točka u procesima suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja sa ŠBT2 i IM, te se zdravstveno ponašanje bolesnika, preporučeno za ove bolesti, nadograđivalo na njegovu predodžbu o tim bolestima i oblikovalo paralelno sa ovim procesima, te je, tek po konačnom prihvaćanju ovih bolesti, bilo najbliže onom preporučenom od profesionalaca. Predodžba bolesti bila je u središtu svakodnevnog procesa donošenja odluka bolesnika, tijekom primjene adekvatnog liječenja bolesti i u stalnoj interakciji s bolesnikovim osobnim, psihološkim (emotivnim i kognitivnim), socijalnim i kontekstualnim elementima, te je

bila izložena stalnoj mijeni. Stoga je preporuka da zdravstveni profesionalci istraže bolesnikove brige i emocije vezane uz njegovu bolest, razriješe sve nedoumice i pogrešna shvaćanja pružanjem adekvatnih informacija o bolesti, primjene fleksibilan stil rada koji podržava bolesnikov lokus kontrole, te iskoriste sve kapacitete bolesnika, bolesti i kontekstualnih faktora koji mu mogu pomoći u življenju s bolešću. Liječnik koji ne istraži predodžbu bolesti svojeg bolesnika, može samo pretpostaviti da će bolesnik provesti preporučeno liječenje (12).

7. ZAKLJUČCI

1. Bolesnici od IM su u procesu suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja s kroničnom bolešću bili suočeni s većom potrebom za promjenama u dotadašnjem životu, jače pogođeni bolešću, te su se brže prilagođavali na bolest od bolesnika od ŠBT2. Iako su obje bolesti imale kompleksno psihološko značenje i za bolesnike predstavljale psihološki teret tijekom procesa suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja, IM doživljen je kao poštenija „fer bolest“ jer je odmah pokazao svoje simptome, dok je ŠBT2 doživljena kao više „nefer, podmukla bolest“, koja u početku “nema simptoma, a onda te zaskoči s komplikacijama“.
2. Saopćenje dijagnoze izazvalo je buru emotivnih i kognitivnih reakcija u bolesniku koje su bile kompleksnije ukoliko je dijagnoza postavljena neočekivano, slučajno, i bez predosjećaja bolesnika, temeljem dijagnostičkog postupka.
3. Spoznaja bolesti bolesnika bila je pospješena s nekoliko čimbenika identičnih za ŠBT2 i IM: adekvatnom bolesnikovom predodžbom o ŠBT2 ili IM, adekvatnom komunikacijom i odnosom liječnika prema bolesniku, dovršenošću dijagnostičkog postupka, boravkom u bolnici kao potvrda važnosti i ozbiljnosti bolesti, posjedovanjem predosjećaja bolesnika da će dobiti bolest, te osobnošću bolesnika.
4. Bolesnikova predodžba bolesti bila je polazna točka u procesima suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja sa ŠBT2 i IM, a pokazala se jedinstvenom za svakog pojedinog bolesnika.
5. Čimbenici od strane liječnika olakotni za procese spoznaje, prihvaćanja i nošenja s bolešću, prepoznati od obje skupine bolesnika su: adekvatna komunikacija i odnos liječnika prema bolesniku, adekvatan odnos liječnika prema bolesti, te kontinuirana strukturirana edukacija uz postupno proširenje dotadašnjeg fonda bolesnikova znanja o bolesti i liječenju.
6. U obje skupine bolesnika, proces prihvaćanja bolesti odvijao se, paralelno sa: upoznavanjem karakteristika bolesti općenito, potom karakteristika vlastite „moje bolesti“, te pronalaženjem načina samopomoći: „kako si mogu pomoći.“
7. Između više izvora informacija o bolesti općenito, bolesnici su na prvom mjestu vrednovali „živu riječ“ zdravstvenih profesionalaca, a pisane materijale i upute,

ocijenjenili su neadekvatnima, ukoliko nisu bili popratno objašnjeni ili nisu bili dio individualiziranog plana liječenja bolesnika.

8. Proces upoznavanja karakteristika vlastite „moje bolesti“, odvijao se praćenjem i odgonetanjem značenja tjelesnih simptoma vlastite bolesti, razlikovanjem ozbiljnih od bezazlenih, kao i onih koji se moraju dalje razjasniti uz pomoć zdravstvenih profesionalaca.
9. Većina bolesnika od IM bolest je prihvatila odmah. Nasuprot tome, većina bolesnika od ŠBT2 prihvatili su bolest tijekom nekoliko mjeseci do nekoliko godina nakon perioda „igre skrivača s bolešću“. Dio bolesnika nije prihvatio bolest.
10. Značajne karakteristike procesa prihvaćanja ŠBT2 ili IM su postupnost i dugotrajnost. Čimbenici koji su potaknuli prihvaćanje bolesti su početni uspjesi liječenja, posjedovanje vremena za sebe i svoju bolest, dovršenost životnih uloga i ciljeva, te poboljšanje subjektivnog osjećanja, kao i objektivnih pokazatelja kontrole bolesti.
11. Za bolesnike je bolest uspješno prihvaćena uspostavljanjem ravnoteže između sebe „nekadašnjeg“ i bolešću uvjetovane bolesnikove „nove“ stvarnosti, „nove normale“ funkcioniranja. Karakteristike „nove normale“ su prihvaćanje bolesnika da su oni i njihovo tijelo uslijed bolesti drugačiji, potom prihvaćanje trajne prisutnosti bolesti kao „plesnog“ partnera koji, ukoliko ga se poštuje i uvažava daje mjesta i za bolesnika, te izmjenjivanje (natjecanje) važnosti i potrebe bolesnika s njegovom bolesti.
12. Strategije uspostavljanja „nove normale“ su zadržavanje dijela aktivnosti prijašnjeg života, traženje koristi od novonastale situacije, te preuzimanje kontrole nad bolešću u vlastite ruke.
13. ŠBT2 ili IM bili su uspješno prihvaćeni onda kada na njih bolesnici više nisu mislili kao na nešto posebno, već kao na uobičajenu životnu obvezu koja ne iziskuje kognitivni i emocionalni napor, te se sve što se odnosi na bolest radi automatizmom.

14. Neprihvaćanje bolesti i kontinuirana „borba“ s njom, iskustvo je nekih bolesnika od ŠBT2 ili IM, pa je bolest postala teret (anksioznosti, tuga, ljutnja) koji ih je opterećivao i zagorčavao im život.
15. Obje skupine bolesnika doživjele su gotovo identične promjene. Što se tiče promjena usmjerenih na mijenjanje životnih navika, bolesnici od IM jednaku su važnost dali prehrani, fizičkoj aktivnosti i pušenju, dok su bolesnici od ŠBT2 primarno mijenjali prehranu, manje fizičku aktivnost, a pušenje nisu vezivali s promjenom koju je potrebno uvesti uslijed bolesti.
16. Od promjena usmjerenih na samog bolesnika zdravlje je postalo osnovna životna vrijednost i primarni prioritet u obje skupine bolesnika, uz svjesnost odricanja od užitaka, zamjenu dijela dotadašnjih životnih ciljeva i vrijednosti (prihvatljivima uz bolest). Povećanje svjesnosti o odgovornosti za vlastito zdravlje, te smanjenje težnje na materijalnom, iskustvo je isključivo bolesnika od IM.
17. U obje skupine bolesnika utvrđene su promjene u funkcioniranju s obitelji, pojačane kohezije i bliskosti u onim obiteljima kod kojih je i od prije postojala povezanost, do slabljenja i raspada u otprije disfunkcionalnim obiteljima. Iskustvo većine bolesnika od IM, a rjeđe bolesnika od ŠBT2, ukazivalo je na promjene u funkcioniranju s prijateljima i na poslu, te promjene u životnim uvjetima (egzistencijalna ugroženost uslijed dugotrajnog bolovanja, te prijevremenog umirovljenja ili gubitka radnog mjesta).
18. Čimbenici vezani uz bolesnika, koji su pozitivno utjecali na proces prihvaćanja i življenje sa ovim kroničnim bolestima su adekvatna predodžba bolesti, dobra informiranost o bolesti i liječenju, motiviranost i namjera da prihvate bolest, izražena vjera u osobnu kontrolu bolesti, te dovršenost životnih uloga i ostvarenost planiranih životnih ciljeva bolesnika.
19. Čimbenici vezani uz bolest koji su utjecali na proces prihvaćanja i življenje sa ovim kroničnim bolestima su simbolično značenje bolesti, psihološki teret ovih bolesti, izraženost simptoma, te doživljaj omjera snaga bolesnika i bolesti.
20. Među čimbenicima proksimalnog konteksta koji su pozitivno utjecali na proces prihvaćanja i življenja sa ovim kroničnim bolestima su utjecaj obitelji, prijatelja i radnog mjesta, te financijske sigurnosti obitelji.

21. Među čimbenicima distalnog konteksta bolesnici su istaknuli zdravstveni sustav (utjecaj bolnice i zdravstvenih radnika), zajednicu (drugi bolesnici), kulturni milje i medije koji su pozitivno ili negativno utjecali na proces prihvaćanja i življenja s bolešću.

8. SAŽETAK

Cilj ovog istraživanja bio je povećanje razumijevanja procesa prilagodbe bolesnika na kroničnu bolest, temeljem istraživanja i opisivanja iskustva bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM u procesu suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja s ovim kroničnim bolestima, u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika.

Ovo kombinirano kvalitativno i kvantitativno istraživanje (engl. mixed-method research) konceptualizirano je i dizajnirano kao primarno kvalitativno, proceduralne sheme: QUAL+quant, te su i kvalitativni i kvantitativni podaci prikupljeni paralelno u isto vrijeme, sa manjim naglaskom na kvantitativnom dijelu, s ciljem utvrđivanja, konvergiraju li rezultati oba istraživanja u smjeru jednog, zajedničkog razumjevanja istraživanog fenomena.

Bolesnici su odabrani metodom namjernog uzorkovanja baziranoj na teoriji (engl. theoretical sampling) koje podrazumijeva tri tipa namjernog uzorkovanja: početno otvoreno, potom aksijalno i završno selektivno, u kojima se fokus uzorkovanja mijenjao prema tipu kodiranja. Uzorkovanje je provedeno paralelno s analizom podataka, do zasićenja kategorija.

Istraživanjem je obuhvaćeno 64 bolesnika od kojih 32 bolesnika s registriranom šećernom bolešću tipa 2 (MKB X revizija - E11), i 32 bolesnika s registriranim infarktom miokarda (MKB X revizija - I 21, I22, I23, I24.1 i I25.2).

Uzorak ispitanika prikupljen je preko 16 liječnika odabranih slučajnim odabirom iz osnovnog skupa od ukupno 424 liječnika zaposlenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine Grada Zagreba, u sva tri Doma zdravlja Grada Zagreba (DZ Zagreb Centar, DZ Zagreb Istok i DZ Zagreb Zapad) (103).

U kvalitativnom dijelu istraživanja, metodom problemskog usmjerenog (dubinskog) polustrukturiranog intervjua, prikupljeni su podaci od 64 bolesnika (32 koji boluju od šećerne bolesti tip 2 (ŠBT2) i 32 bolesnika koji su preboljeli infarkt miokarda (IM). Paraleleno s intervjuiranjem, provođena je analiza intervjua vodeći se principima „utemeljene“ teorije (engl. „grounded theory“).

U kvantitativnom dijelu istraživanja, kod tih istih bolesnika, standardiziranim upitnicima prikupljeni su podaci o doživljaju bolesti, zdravstvenom lokusu kontrole, zadovoljstvu životom i socijalnoj podršci.

U obradi podataka korišteni su: kompjuterski softver Atlas.ti (kvalitativna analiza podataka) i statistički program Statistica, ver. 7.1 (obrada kvantitativnih podataka).

Kvalitativnom analizom podataka na principima utemeljene teorije, koji su prikupljeni intervjuiranjem bolesnika oboljelih od ŠBT2 ili IM problemskim, polustrukturiranim dubinskim intervjuom, proizašle su četiri teme vezane uz iskustva bolesnika: 1) bolesnikovo iskustvo prilikom saznanja dijagnoze ili spoznaje da ima ŠBT2 ili IM; 2) bolesnikovo iskustvo s prihvaćanjem ŠBT2 ili IM; 3) bolesnikovo iskustvo sa životnim promjenama uslijed ŠBT2 ili IM; i 4) bolesnikovo iskustvo s čimbenicima koji su utjecali na proces prihvaćanja i tijek življenja sa ŠBT2 ili IM. Utjecaj liječnika pokazao se važnim faktorom olakšanja bolesnikova nošenja s bolešću u svakoj od ovih tema: adekvatnom komunikacijom liječnika (korištenje za bolesnike razumljiva jezika, svjesnost verbalne i neverbalne komunikacije), odnosom liječnika prema bolesniku (uzajamno poštovanje i povjerenje, briga za bolesnika i emocionalna podrška), odnos liječnika prema bolesti (stavom liječnika koji naglašava ozbiljnost bolesti) te pružanje dozirane, strukturirane informacije i edukacije na kontinuiranoj bazi u vremenu po postavljanju dijagnoze, uključujući čest kontakt i postupno proširenje dotadašnjeg fonda bolesnikova znanja o bolesti i liječenju.

Kvantitativni rezultati upućuju da je zadovoljstvo života za obje skupine bolesnika (na Thurstonovoj skali od 1-10) prosječno unutar «normale» subjektivne kvalitete života [(bolesnici od IM 6,3±3,0 (M±SD), bolesnici od ŠBT2 6,5±2,4 (M±SD)].

Socijalna podrška za obje skupine bolesnika (na Thurstonovoj skali od 1-10) bila je visoka [1. pitanje: (bolesnici od IM 9,6±1,4 (M±SD), bolesnici od ŠBT2 9,0±2,6 (M±SD)], [2. pitanje: (bolesnici od IM 9,6±1,4 (M±SD), bolesnici od ŠBT2 9,0±2,6 (M±SD)].

Većina bolesnika iz našeg istraživanja imala je izražen unutarnji lokus kontrole zdravlja: (skala I: bolesnici od IM 28,2±2,7 (M±SD), bolesnici od ŠBT2 28,9±2,9 (M±SD). Potom je podjednako bilo izraženo vjerovanje u utjecaj okolnosti i važnih drugih (bolesnici od IM: Eo skala 21,6±3,5 (M±SD), te Evd skala 19,5±2,6 (M±SD); bolesnici

od ŠBT2; Evd skala 20,0±4,6 (M±SD), te Eo skala 20,0±3,6 (M±SD). Najmanje je bilo izraženo vjerovanje u utjecaj slučaja, sudbine ili loše sreće (skala Es: bolesnici od IM 14,2±3,4 (M±SD); bolesnici oboljeli od ŠBT2 14,1±4,0 (M±SD). Nije utvrđena statistički značajna razlika između dviju skupina bolesnika u zdravstvenom lokusu kontrole.

Procjena doživljaja bolesti, određivanjem prosječnih vrijednosti odgovora bolesnika na linearnoj skali Thurstonova tipa od 0-10, pokazala je visoki skor za skale: trajanje bolesti [bolesnici od IM: 9,4±1,5 (M±SD), bolesnici od ŠBT2: 8,2±3,4 (M±SD)]; kontrola bolesti terapijom [bolesnici od IM: 8,6±1,4 (M±SD), bolesnici od ŠBT2: 8,1±1,9 (M±SD)] i razumijevanje bolesti [bolesnici od IM: 7,5±3,0 (M±SD), bolesnici od ŠBT2: 7,5±2,6 (M±SD)]; a umjereno visokim skale: osobna kontrola nad bolešću [bolesnici od IM 6,6±2,6 (M±SD), bolesnici od ŠBT2: 6,9±2,6 (M±SD)]; utjecaj na život [bolesnici od IM 6,0±2,8 (M±SD)], te u bolesnika od IM: zabrinutost za bolest 4,4±3,5 (M±SD), emotivna pogođenost bolešću 5,0±3,1 (M±SD), te jakost simptoma 5,1±3,1 (M±SD). Bolesnici od ŠBT2 procijenili su niskim skale: utjecaj na život 3,7±2,9 (M±SD), zabrinutost za bolest 3,2±3,2 (M±SD), emotivna pogođenost bolešću 3,1±3,5 (M±SD), te identitet bolesti 2,7±2,8 (M±SD). Utvrđena je statistički značajna razlika na skalama utjecaj na život (p=0,004), jakost simptoma (p=0,006) i emotivna pogođenost bolešću (p=0,025) u smjeru doživljaja većeg utjecaja bolesti na život, veće jakosti simptoma i veće emotivne pogođenosti bolešću u bolesnika oboljelih od IM.

Bolesnici od IM su u procesu suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja s kroničnom bolešću bili suočeni s većom potrebom za promjenama u dotadašnjem životu, jače pogođeni bolešću, te su se brže prilagođavali na bolest od bolesnika od ŠBT2. Iako su obje bolesti imale kompleksno psihološko značenje i za bolesnike predstavljale psihološki teret tijekom procesa suočavanja, upoznavanja, prihvaćanja i življenja, IM doživljen je kao poštenija „fer bolest“ jer je odmah pokazao svoje simptome, dok je ŠBT2 doživljena kao više „nefer, podmukla bolest“, koja u početku “nema simptoma, a onda te zaskoči s komplikacijama“.

Rezultati ovog kombiniranog kvalitativnog i kvantitativnog istraživanja još jednom potvrđuju važnost nalaza literature da osobni, psihološki (emotivni i kognitivni), socijalni i kontekstualni elementi bolesnika igraju važnu ulogu u njegovu zdravstvenom

ponašanju, te podržavajući principe bolesniku usmjerene skrbi, potiču zdravstvene profesionalce na istraživanje bolesnikove predodžbe (doživljaja) bolesti kao početne točke za daljnje intervencije ostvarenja preporučenog zdravstvenog ponašanja i optimizacije ishoda liječenja kroničnih bolesnika.

9. SUMMARY

The experience of the diabetes mellitus type 2 patients and myocardial infarction patients in the general practitioner everyday working context

Goranka Petriček
Zagreb, 2012.

The aim of this study was to gain insight into the process of adaptation to chronic illness, based on the investigation and description of diabetes mellitus type 2 (DMT2) patients or myocardial infarction (MI) patients experience, in the process of confrontation, getting acquainted with, accepting and living with those two diseases, in the general practitioner everyday working context.

The present mixed-method study was conceptualized and designed as a dominantly qualitative, which is indicated by the following procedural notation: QUAL+quant. That is, both qualitative and quantitative data were collected at the same time, and the primary methodology was qualitative, with a lesser emphasis on the quantitative portion, to determine if the two converge upon a single understanding of the research problem being investigated.

The sample was purposeful, based on the method of theoretical sampling, which consisted of three sampling types: initial open coding, than axial coding and final selective coding, with changing of the sampling focus according to the coding type. Sampling process was parallel to data analysis, until the saturation of all categories.

60 subjects were enrolled in study, 30 DMT2 patients and 30 MI patients.

In qualitative part of the study, using method of the structured depth interviewing, data on 60 patients experience with their chronic illness were gathered (30 DMT2 and 30 MI patients).

In the quantitative part of the study, using standardized questionnaires, data on illness perception, health locus of control, life satisfaction and social support were gathered. The qualitative results were analyzed, parallel to interviewing and based on the principles of grounded theory, using the qualitative data analysis and research software ATLAS.ti,

while the quantitative results were analyzed using descriptive nonparametric statistical procedures due to the fact that distributions of all relevant quantitative variables showed a significant decline from normal distribution (Kruskal-Wallis test, Wilcoxson-Mann-Whitney test)

Four themes emerged from the qualitative data: patients experience while confronting the diagnosis of DMT2 or MI; patients experience during process of accepting DMT2 or MI; patients experience with DMT2 or MI related life changes; and patients experience with factors influencing process of accepting and life with DMT2 or MI.

Quantitative results showed that, for both groups of patients, quality of life was average within an "normal" of subjective quality of life [(MI patients 6.3±3.0 (M±SD), DMT2 patients 6.5±2.4 (M±SD)], while social support was high (MI patients 9.6±1.4 (M±SD), DMT2 patients 9.0±2.6 (M±SD)].

In both groups of patients was mostly expressed believe in internal LOC [(I scale: MI patients 28.2±2.7 (M±SD); DMT2 patients 28.9±2.9 (M±SD)]. Than it was equally expressed believe in dependence of health on circumstances [(Eo scale: MI patients 21.6±3.5 (M±SD); DMT2 patients 20.0±3.6 (M±SD)], and influence of powerful others [(Evd scale IM patients 19.5±2.6 (M±SD); DMT2 patients 20.0±4.6 (M±SD)]. Least of all patients believe in influence of chance, destiny or god [(Es scale: MI patients 14.2±3.4 (M±SD); DMT2 patients 14.1±4.0 (M±SD)].

The patients' illness perception assessment on an 11-point (0 to10) scale showed the highest median scores±standard deviation: "timeline" (MI patients: 9.4±1.5, DMT2 patients: 8.2±3.4), "treatment control" (MI patients: 8.6±1.4, DMT2 patients: 8.1±1.9), and for "understanding" (MI patients: 7.5±3.0 DMT2 patients: 7.5±2.6), followed by: "personal control" (MI patients 6.6±2.6, DMT2 patients: 6.9±2.6), "consequences" (MI patients 6.0±2.8), and for MI patients: "concern" (4.4±3.5), "emotional response"(5.0±3.1), and "identity" (5.1±3.1). DMT2 patients assessed following scales low: "consequences" (3.7±2.9), "concern" (3.2±3.2), "emotional response"(3.1±3.5), "identity" (2.7±2.8). MI patients assessed significantly higher scales "consequences" (p=0.004), "identity" (p=0.006) and "concern" (p=0.025) than DMT2 patients.

MI patients were in the process of confrontation, getting acquainted with, accepting and living with chronic illness faced with need for greater changes in their life (qualitative results), more affected with illness [qualitative results + quantitative results (identity, consequences, concern)], and adjusted faster to their illness than DMT2 patients [qualitative results + quantitative results (identity, consequences, concern)]. Although, both illnesses had complex psychological meaning and for both groups of patients played psychological burden during processes of confronting, getting acquainted with, accepting and living with those two illnesses, MI was perceived as more „fair“ illness since it instantly shows its symptoms, while DMT2 was perceived more „unfair, perfidious“illness, which in the beginning doesn’t show its symptoms, but after some time “it ambush patient with complications“.

Results of this mixed/method research once again confirm the importance of the literature finding that patient personal, psychological (emotive and cognitive), social and contextual factors play important role in patients health behavior, and supporting the principles of patient centered care, encourage the health professionals on the investigation of patient illness perception as a starting point for further intervention in order to accomplish recommended heath behavior and optimization of chronic patients treatment outcomes.

10. LITERATURA

(1) Halsted H.Chronic disease – the need for a new clinical education.JAMA 2004;292: 1057-1059.

(2) Van den Akker M, Buntinx F, Knottnerus JA. Comorbidity or multimorbidity: what's in a name.A review of the literature. Eur J Gen Pract 2;1996:65-70.

(3) Murray CJL, Lopez AD, eds.The global burden of disease:a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020.Boston:Harvard University Press;1996.

(4) Budak A. i sur. Opća medicina, Zagreb:Školska knjiga;1986.

(5) Pibernik-Okanovic M, Roglic G, Prasek M, Metelko Z.Emotional adjustment and metabolic control in newly diagnosed diabetic persons. Diabetes Res Clin Pract.1996 Oct;34(2):99-105.

(6) Cecil G Helman.Culture, Health and Illness:Introduction for Health Professionals.Third edition.London:Reed Educational and Professional Publishing Ltd;1994.

(7) Steward M, Brown JB, Donner A, et al.The impact of patient-centered care on outcomes. J Fam Pract. 2000;49:796-804.

(8) Michie S, Miles J, Weinman J.Patient-centredness in chronic illness:what is it and does it matter?Patient Education and Counseling 2003;51:197-206.

(9) Van Dulmen S.Patient centredness.Editorial Patient Educ Couns 2003.51:195-196.

(10) Balint E.The possibilities of patient-centred medicine.JR College Gen Pract 1969;17:269-76.

(11) McWhinney I.The need for a transformed clinical method.In:Stewart M, Rotter D, editors. Communicating with medical patients.London:Sage;1989.

(12) Stewart M, Brown JB, Weston WW et al. Patient-centered medicine: transforming the clinical method. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2003.

(13) Gregurek R.Reakcije bolesnika na bolest.U:Gregurek R i sur.:Suradna i konzultativna psihijatrija.Zagreb:Školska knjiga, d.d.;2006; 60-64.

(14) Mead N, Bower P. Patient-centred consultations and outcomes in primary care:a review of the literature. Patient Educ Couns 2002;48:51-61.

(15) Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S. Preferences of patients for patient – centred approach to consultation in primary care. BMJ 2001; 322: 468-72.

(16) Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centred care on outcomes. J Fam Pract 2000; 49(9): 796-804.

(17) Stewart M. Towards a global definition of patient centred care. BMJ 2001; 322: 444-5.

(18) Hall JA, Dornan MC. Meta-analysis of satisfaction with medical care: description of research domain and analysis of overall satisfaction levels. Soc Sci Med. 1988;27(6):637-44.

(19) Kinnersley P, Stott N, Peters TJ, Harvey I. The patient centredness of consultations and oucome in primary care. Br J Gen Pract 1999; 49:711-6.

(20) Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE Jr. Assessing the effects of physician – patient interactions on the outcomes of chronic disase. Med Care 1989; 37 (suppl 3):110-27.

(21) Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, et al. The implications of regional variations in Medicare spending, II: health outcomes and satisfaction with care. Ann Intern Med. 2003;138:288-298.

(22) Aston CM, Souchek J, Petersen NJ, et al. Hospital use and survival among Veterans Affairs beneficiaries. *N Engl J Med.* 2003;349:1637-1646.

(23) Van Dulmen S. Patient centredness. Editorial Patient Educ Couns 2003.51:195-196.

(24) Gruden A, Jušić A, Cividini-Stranić E.Bolesnik.U:Klein E i sur.:Psihološka medicina. Zagreb:Golden marketing;1999;36-67.

(25) Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Hazes JM, Willems LNA, Bergman W and Rooijmans HGM.Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis.Journal of Psychosomatic Research 1998, 44:573–585.

(26) Pendelton D, Schofield T, Tate P, Havelock P. The New Consultation Developing doctor-patient communication.New York:Oxford University Press;2004.

(27) Sharpe L, Curran L. Understanding the process of adjustment to illness. Soc Sci Med. 2006 Mar;62(5):1153-66. Epub 2005 Aug

(28) Revenson TA, Felton BJ. Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. Journal of Consulting and Clinical Psychology 1989; 57(3):344–348.

(29) Meijer S, Sinnema G, Bijstra J, Mellenbergh G, Wolters W.Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with chronic illness. Social Science and Medicine 2002.54:1453-61.

(30) Schiaffino K, Shawaryn M, Blum D.Examining the impact of illness representations on psychological adjustment to chronic illness.Health Psychology 1998. 17(3): 262-268.

(31) Cordova M, Cunningham L, Carlson C, Andrykowski M. Social constraints, cognitive processing and adjustment to breast cancer. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001; 69(4):706–711.

(32) Folkman S, Greer S.Promoting psychological wellbeing in the face of serious illness: When theory, research and practice inform each other. Psycho-Oncology 2000;9:11-19.

(33) Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic common-sense model of illness representations. Psychology and Health 2003;18(2):141-184.

(34) Brown J, King M, Butow P, Dunn S, Coates A. Patterns over time in quality of life, coping and psychological adjustment in late stage melanoma patients: An Aplication of multilevel models. Quality of Life Research 2000; 9(1), 75–85.

(35) Kast FE, Rosenzweig JE. Organisation and management: A systems and contingency approach. 3rd Edition 1979. Tokyo: McGraw-Hill Kogakusha Ltd.

(36) de Weerdt I, Visser AP, Kok G, van der Veen EA.Determinants of active self-care behaviour of insulin treated patients with diabetes: implications for diabetes education. Soc Sci Med. 1990;30(5):605-15.

(37) Rosenstock I. Health belief model. In A. Kazdin (Ed), Encyclopedia of psychology (pp.78-80) Washington:American Psychological Association 2000.)

(38) Becker MH, Maiman LA. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. Med Care. 1975 Jan;13(1):10-24.

(39) Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change.Psychological Review 1977;84(2):191-215.

(40) Mechanic D. Social Psychological Factors Affecting the Presentation of Bodily Complaints. The New England Journal of Medicine 1972;286:1132–1139.

(41) Suchman EA. Social Patterns of Illness and Medical Care. Journal of Health and Human Behavior *1965;*6(1):2-16.

(42) Hessler RM, Twaddle AC. Power and change: primary health care at the crossroads in Sweden. Hum Organ. 1986;45(2):134-47.

(43) Alonzo AA. An illness behavior paradigm: A conceptual exploration of a situational-adaptation perspective. Social Science & Medicine, 1984;19(5):499-510.

(44) Ajzen I. The theory of planned behavior. Organizational Behavior and Human Decision Process 1991; 50(2):179-211.

(45) Johnston M.Models of disability. Psychologist 1996;9(5):205-210.

(46) Hyman RB, Baker S, Ephraim R, Moadel A, Philip J.Health belief model, variables as predictors of screening mamography utilization. Journal of Behavioural Medicine 1994;17:391-407.

(47) Clark DM.Panic disorder and social phobia. In DM Clark and CG Fairburn (Eds), Science and practice of cognitive behaviour therapy (pp.119-155) Oxford:Oxford University Press 1997.

(48) Leventhal H. and Nerenz D. The assessment of illness cognition. In P Karoly (Ed) Measurement Strategies in Health Psychology, pp. 517-555. New York: Wiley 1985.

(49) Hampson SE, GlasgGow RE, Toobert DJ. Personal models of Diabetes and their relations to self-care activities.Health Psychology 1990;9(5):632-646.

(50) Ternulf Nyhlin K. Diabetic patients facing long-term complications:coping with uncertainty.Journal of Advanced Nursing 1990;15: 1021-1029.

(51) Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. The revised Illness Perception Questionairre (IPQ-R).Psychology and Health 2002;17:1-16.

(52) Leventhal H, Nerenz D. The active side of illness cognition.In P. Karoly (Ed.), Measurement Strategies inHealth. New York:Springer;1985;517–554.

(53) Meiser B, Butow P, Price M, Bennett B, Berry G, Tucker K. Attitudes to prophylactic surgery and chemoprevention in australian women at increased risk for breast cancer. Journal of Womens health 2003;12(8):769-778.

(54) Steed L, Newman SP and Hardman SMC.An examination of the self-regulation model in a trial fibrillation. British Journal of Health Psychology 1999;4: 337–347.

(55) Hampson SE, Glasgow RE, Foster LS. Personal models of diabetes among older adults: relationship to self-management and other variables. Diabetes Educ. 1995;21:300-7.

(56) Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D.The revised Illness Perception Questionairre (IPQ-R).Psychology and Health 2002;17:1-16.

(57) Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S, Diefenbach M, Leventhal E, Patrick-Miller L, Robitaille C. Illness representations: Theoretical Foundations. In:Petrie, K.J. and Weinman, J. (Eds.):Perceptions of health and illness:Current research and applications.Amsterdam:Harwood Academic Publishers;1997;19-45.

(58) Heijmans M. and de Ridder D. Assessing illness representations of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. Journal of Behavioral Medicine, 1998; 21, 485–503.

(59) Moss-Morris R, Petrie KJ and Weinman J.Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? British Journal of Health Psychology 1996;1:15–25.

(60) Cooper A, Lloyd GS, Weinman J and Jackson G.Why patients do not attend cardiac rehabilitation: Role of intentions and illness beliefs. Heart 1999; 82:234–236.

(61) Petrie KJ, Weinman J, Sharpe N and Buckley J.Role of patients' view of their illness in predicting return to work and functioning after myocardial infarction: A longitudinal study. British Medical Journal 1996;312:1191–94.

(62) Thorne S, Paterson B.Shifting images of chronic illness.Image.Journal of Nursing Schoolarship 1998; 30:173-8.

(63) Meiser B, Butow P, Price M, Bennett B, Berry G, Tucker K.Attitudes to prophylactic surgery and chemoprevention in australian women at increased risk for breast cancer. Journal of Womens health 2003;12(8): 769-778.

(64) Brownlee S, Leventhal H, Leventhal, E. (2000). Regulation, self-regulation, and construction of the self in the maintenance of physical health. In M. Boekaerts, & P.Pintrich (Eds.), Handbook of self-regulation (pp. 369–416). London: Academic.

(65) Parry S, Corbett S, James P, Barton JR, Welfare M. Illness Perception in People with Acute Bacterial Gastro-Enteritis. Journal of Health Psychology 2003;8(6):693-704.

(66) Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionairre: A new method for assessing the cognitive representation of illness. Psychology and Health 1996; 11:431-445.

(67) Hampson SE, Glasgow RE, Toobert RE, Zeiss AM. Personal models of osteoarthritis and their relation to self-management activities and quality of life. Journal of Behavioral Medicine 1994;17:143-158.

(68) Sharpe L, Sensky T, Allard S. The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis:The predictive role of disability, illness perception, pain and coping. Journal of Psychosomatic Research 2001;51(6):713-719.

(69) Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. Journal of Personality & Social Psychology 1984; 46(4), 839–852.

(70) Christensen AJ, Turner C, Smith T, Holman J, Gregory M. Health locus of control and depression in endstage renal disease. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1991; 59 (3):419-424.

(71) Christensen AJ, Smith TW, Turner CW, Cundick KE. Patient adherence and adjustment in renal dialysis: a person x treatment interactive approach. J Behav Med. 1994;17(6):549-66.

(72) Spranger M, Schwartz C.Integrating response shift into health-related quality of life research:A theaoretical model. Social Science and Medicine 1999; 48(11):1507-1515.

(73) Andrykowski M, Brady M, Hunt J.Positive psychological adjustment in potential bone marrow transplant recipients: Cancer as a psychosocial transition.Psycho-Oncology 1993; 2:261-276.

(74) Breetvelt IS, Van Dam FS. Underreporting by cancer patients: The case of response-shift. Social Science &Medicine 1991; 32(9), 981–987.

(75) Friedland J, Renwick R, McColl M.Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. AIDS Care 1996;8(1):15-31.

(76) Juraskova I, Butow P, Robertson R, Sharpe L, McLeod C, Hacker N.Post-treatment sexual adjustment following cervical and endometrial cancer: A qualitative insight. Psycho-Oncology 2003; 12(3):267-279.

(77) Thompson S, Janigian A.Life Schemes: A framework for understanding the search for meaning. Journal of Social Science and Clinical Psychology 1988;7:260-280.

(78) Park C, Folkman S. Meaning in the context of stress and coping. Review of General Psychology 1997;1(2),115–144.

(79) Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies—A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology 1989;56(2), 267–283.

(80) Vidović V, Rudan V, Jović NI. Bolesnik tijekom životnog ciklusa.U:Klein E i sur.:Psihološka medicina,Golden marketing, Zagreb 1999:296-329.

(81) Gregurek R.Reakcije bolesnika na bolest.U:Gregurek R i sur.:Suradna i konzultativna psihijatrija, Zagreb:Školska knjiga, d.d.;2006: 60-64.

(82) Funnel M, Anderson R.The problem with compliance in Diabetes.JAMA 2000; 284(13):1709-1710.

(83) Arber S, Cooper H. Gender differencies in health status and consulting rates in primary care.The new paradox?Social Science & Medicine, 1999;48:61-76.

(84) O′Neill ES, Morrow LL. The symptom experience of women with chronic illness.Journal of Advanced Nursing 2000;33(2):257-268.

(85) Macintyre S, Ford G, Hunt K. Do women „overreport“ morbidity?Men′s and women′s responses to structured prompting on a standard quesiton on long standing illness.Social Science & Medicine 1999;48:89-98.

(86) McKevitt C, Dundas R, Wolfe C. Two simple questions to assess outcome after stroke. Stroke, 2001;32:681-686.

(87) Anderson JM. Immigrant women speak of chronic illness:The social construction of the devalued self. Journal of advanced Nursing 1991;16:710-717.

(88) Tate P, Foulkes J, Neighbour R, Campion P, Field S. Assessing physicians` interpersonal skills via videotaped encounters: a new approach for the Royal College of General Practitioners Membership examination. J Health Commun 1999; 4(2):143-52.

(89) Coulter A, Entwistle V, Gilbert D. Sharing decisions with patients: is the information good enough? J Health Services Res Policy 1997;2:112-21.

(90) Herxheimer A, McPherson A, Miller R, Shepperd S, Yaphe J, Ziebland S. Database of patients' experiences (DIPEx):a multi media approach to sharing experiences and information. The Lancet 2000; 355:1540-43.

(91) Lapsey P, Groves T. The patients’ journey; travelling through life with a chronic illness. Editorial.BMJ 2004;329:582-583.

(92) Smith D, Smith SJ. Evaluating Chinese hospice care.Health Commun 1994;11:226.

(93) Ford JS. Living with a history of a heart attack: a human science investigation. Journal of Advanced Nursing 1989;14:173-179.

(94) Daria Vuger-Kovačić. Bolesnikov doživljaj vlastitog utjecaja na tijek multiple skleroze/magistarski rad/Zagreb:Medicinski fakultet Sveučilišta;2003.

(95) Kostelic A. Percipirani izvor kontrole zdravlja i depresivnost kod osoba oboljih od dijabetesa melitusa i zdravih osoba/diplomski rad/Zagreb:Odsjek za psihologiju;1992.

(96) Đana Baftiri. Osobna i socijalna prilagodba u adolescenata s napredujućom i nenapredujućom tjelesnom invalidnosti./magistarski rad/Zagreb:Medicinski fakultet Sveučilišta;2003.

(97) Samson A, Siam H. Adapting to major chronic illness:A proposal for a comprehensive task-model approach. Patient Education and Counselling 2008;70:426-429.

(98) Klein E i sur. Funkcionalna povezanost psihološke medicine.U:Klein E i sur.:Psihološka medicina.Zagreb:Golden marketing;1999:338-477.

(99) Fraenkel JR, Wallen NE.How to design and evaluate research in education. New York 2nd edition. McGraw-Hill Higher Education;2006.

(100) Morse JM. Approaches to qualitative-quantitative methodological triangulation. Nursing Research 1991;40:120-123.

(101) Tashakkori A, Teddlie C. Mixed methodology. Thousand Oaks,CA:Sage; 1998

(102) Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research:Techniques and procedures for developing grounded theory. London 2nd edition Sage publications;1998.

(103) Hrvatski zdravstveno ststistički ljetopis za 2006. godinu.Zagreb:Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2007.

(104) Gillibrand W, Flynn M.Forced externlization of control in people with diabetes:a qualitative exploratory study.Journal of Advanced Nursing 2001; 34(4):501-510.

(105) Glaser BG.Emergence vs. forcing:Basics of grounded theory analysis.Mill Valley, CA:Sociology Press;1992.

(106) Murphy E, Dingwall R, Greatbatch D, Parker S, Watson P.Qualitative Reasearch methods in technology assessment:a review of the literature.Health Technol Assess 1998; 2(iii):274.

(107) Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J.The brief illness perception questionnaire.J Psychosom Res. 2006;60(6):631-7.

(108) Krizmanić M, Szabo S.Priručnik za upitnik za ispitivanje percipiranog izvora kontrole zdravlja:ZLK-90.2 izd. Jastrebarsko:Naklada Slap;1994.

(109) Cummins, R.A. & Gullone, E.Why we should not use 5-point Likert scales: The case for subjective quality of life measurement. Proceedings, Second International Conference on Quality of Life in Cities.National University of Singapore Singapore, 2000;74-93.

(110) Cummins, R.A.Normative life satisfaction:Measurement issues and a homeostatic model. Social Indicators Research 2003;64:225–256.

(111) Schaefer C, Coyne JC, Lazarus RS.The health-related functions of social support. J Behav Med1981;4(4):381-406.

(112) Petriček G, Barišić T, Grubišić-Čabo J, Mravak-Alviž V, Vuletić Mavrinac G, Murgić L, Vrcić-Keglević M.Zdravstveni lokus kontrole bolesnika koji boluju od ishemijske bolesti srca. Medicina Familiaris Croatica 2008;16(1):33-44.

(113) Douglas JD.Creative interviewing, Beverly Hills, CA:Sage;1985.

(114) Gordon RL.Interviewing:Strategy, Techniques and Tactics.Homewood, IL:Dorsey;1975.

(115) Bernard HR.Research method in cultural Anthropology.Newbury Park, CA:Sage;1988.

(116) Kvale S.Interviews:An introduction to Qualitative Research Interviewing. Newbury Park,CA:Sage;1996.

(117) Wichowski HC, Kubsch SM.The relationship of self-perception of illness and compliance with health care regimens.Journal of Advanced Nursing 1997;25:548-553.

(118) Hesse-Biber SN, Leavy P.Approaches to Qualitative Research.A Reader on Theory and Practice.New York.Oxford University Press;2004.

(119) Straus AL.Qualitative analysis for social scientist.New York: Cambridge University Press;1987.

(120) Patton MQ.How to use Qualitative Methods in Evaluation. Beverly Hills, CA:Sage 1987; Hesse-Biber SN, Leay P.Approaches to Qualitative Research:A Reader on Theory and Practice. Oxford University Press 2004; New York;191.

(121) Halmi A.Strategije kvalitativnih istraživanja u primijenjenim društvenim znanostima. Jastrebarsko:Naklada Slap;2005.

(122) Charmaz K.Discovering chronic illness:Using grounded theory.Social Science and Medicine 1990;30:1161-72.

(123) ATLAS.ti Educational Single User License/License key: 761E8-D37EA-0E56M-MQWM1-014OO.

(124) STATISTICA, wer.7,1; StatSoft, Inc., 2005.

(125) Hornsten A, Sandstrom H, Lundman B.Personal understanding of illness.Journal of Advanced Nursing 2004;47(2):174-182.

(126) Toombs K. The meaning of illness. A Phenomenological Account of the Different Perspective of Physicians and Patients. Kluver Accademic, London 1993.

(127) Peel E, Parry O, Douglas M, Lawton J.Diagnosis of type 2 diabetes:a qualitative analysis of patients emotional reactions and views about information provision.Patient Education and Counseling 2004;53:269-275.

(128) Dietrich UC. Factors influencing the attitudes held by women with type 2 diabetes: a qualitative study.Patient Education and Counseling 1996;29:13-23.

(129) Hampson SE. Illness representations and the self-management of diabetes. In: Petrie KJ, Weinman JA, editors. Perceptions of health and illness: current research and applications. Amsterdam: Harwood Academic Publishers; 1997. p. 323-47.

(130) Jedlicka-Kohler I, Gotz M, Eichler I. Parents recollection of the initial communication of the diagnosis of cystic fibrosis.P ediatrics 1996;97:204-9.

(131) Delmar C, Boje T, Dylmer D, Forup L, Jakobsen C, Moller M, Sonder H, Pederesen BD. Achieving harmony with oneself: life with chronic illness.Scand J Caring Sci 2005;19:204-212.

(132) Hirani SP, Newman SP.Patients beliefs about their cardiovascular disease. Heart 2005;91:1235-39.

(133) Weinman J, Petrie KJ. Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?J Psychosom Res. 1997 Feb;42(2):113-6.

(134) Trento M, Passera P, Miselli V, et al. Evaluation of the Locus of Control in Patients with Type 2 Diabetes after Long Term Management by Group Care. Diabetes Metab 2006;32:77-81.

(135) Shaw K, Wagner I, Eastwood H, Mitchell G. A qualitative study of Australian GPs' attitudes and practices in the diagnosis and management of deficit/hyperactivity disorder. Fam Pract 2003; 20: 129–134.

(136) Oken D. What to tell cancer patients–a study of medical attitudes. J Am Med Assoc 1961; 175: 1120–1128.

(137) Parry O, Peel E, Douglas M, Lawton J.Patients in waiting: a qualitative study of type 2 diabetes patients' perceptions of diagnosis.Fam Pract. 2004;21(2):131-6.

(138) Vinter-Repalust N, Petricek G, Katić M.Obstacles which patients with type 2 diabetes meet while adhering to the therapeutic regimen in everyday life: qualitative study. Croat Med J. 2004 Oct;45(5):630-6.

(139) Wens J, Vermeire E, Royen PV, Sabbe B, Denekens J.GPs' perspectives of type 2 diabetes patients' adherence to treatment: A qualitative analysis of barriers and solutions. BMC Fam Pract. 2005 May 12;6(1):20.

(140) Dietrich UC. Factors influencing the attitudes held by women with type 2 diabetes: a qualitative study. Patient Educ Couns 1996; 29: 13–23.

(141) Schwartz LS, Coulson LR, Toovy D, Lyons JS, Flaherty JA. A biopsychosocial treatment approach to the management of diabetes mellitus.Gen Hosp Psychiatry. 1991 Jan;13(1):19-26.

(142) Schillitoe R. Counselling People with Diabetes. British Psychological Society 1994;14-42.

(143) Poroch D. Effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy. Cancer Nurs 1993; 18: 206–214.

(144) Johnson JE, Fieler VK, Wlasowicz CG et al. The effects of nursing care guided by self regulation theory on coping with radiation therapy. Oncol Nurs Forum 1977; 24: 1041–1050.

(145) Wikblad KF. Patient perspectives of diabetic care and education. J Adv Nurs 1991; 16: 837–844.

(146) Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology. In: Denzin NK, Lincoln YS (eds), Strategies of Qualitative Enquiry. London: Sage; 1998: 158–183.

(147) Hernandez CH, Antone I, Cornelious I.A Grounded Theory Study of the Experience of Type 2 Diabetes Mellitus in First Nations Adults in Canada.Journal of Transcultural Nursing 1999;3:220-228.

(148) Parker JG.The lived experience of native americans with diabetes within a transcultural nursing prespective.Journal of transcultural nursing perspective 1994;6(1):5-11.

(149) Paterson B, Thorne S, Crawford J, Tarko M.Living with Diabetes as a Transformational Experience.786-802.

(150) Lawton J, Parry O.Diabetes service provision: a qualitative study of newly diagnosed Type 2 diabetes patients experiences and views.Diabetic Medicine 2005:1246-1251.

(151) Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ, Abramson M, Bauman A, Hensley MJ, Walters EH. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma. Cohrane Database Syst Rev 2000;2:CD001117.)

(152) Petrie KJ, Cameron LD, Ellis CJ, Buick D, Weinman J. Changing Illness Perception After Myocardial Infarction:An Early Intervention Randomized Controlled Trial. Psychosomatic Medicine 2002;64:580-586.

(153) Sali Davis:The patients journey:living with diabetes. BMJ 2006;332:1018-1020.

(154) Lindsey E.Health within illness:experiences of the chronically ill/disabled people. J Adv Nurs. 1996;24(3):465-472.

(155) LeMone P. Assessing psychosexual concerns in adults with diabetes: pilot project using Roy's modes of adaptation.Issues Ment Health Nurs. 1995;16(1):67-78.

(156) HA van Dam. Provider-patient interaction in diabetes care: effects on patients care and outcomes. Patient Education and counselling 2003;51:17-28.

(157) Hunt LM, Pugh J, Valenzuela M. How patients adapt diabetes self-care recommendations in everyday life.J Fam Pract. 1998 Mar;46(3):207-15.

(158) Péres DS, Santos MA, Zanetti ML, Ferronato AA.Difficulties of diabetic patients in the illness control: feelings and behaviors.Rev Lat Am Enfermagem. 2007 Nov-Dec;15(6):1105-12.

(159) Snoek FJ.Breaking the barriers to optimal glycaemic control-what physicians need to know from patients' perspectives. Int J Clin Pract Suppl. 2002 Jul;(129):80-4.

(160) Péres DS, Franco LJ, dos Santos MA.Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes.Rev Lat Am Enfermagem. 2008 Jan-Feb;16(1):101-8.

(161) Graue M, Wentzel-Larsen T, Bru E, Hanestad BR, Sovik O. The coping styles of adolescents with type 1 diabetes are associated with degree of metabolic control. Diabetes Care. 2004;27:1313–1317.

(162) Medalie JH, Cole-Kelly K. The clinical importance of defining family.Am Fam Physician. 2002;65(7):1277-9.

(163) Kelleher D. Coming to terms with Diabetes:coping strategies and non-compliance. In Living with Chronic Illness: Experience of Patients and Their Families, Unwind Hyman, London 1988, ppp.137-155.

(164) Peyrot MF, McMurry JF Jr. Stress buffering and glycemic control. The role of coping styles.Diabetes Care. 1992 Jul;15(7):842-6. ili Bradley C, Lewis K, Jennings A, Ward J.Scales to measure perceived control developed specifically for people with tablet-treated diabetes. Diabetic Med. 1990 ;7:685-694.

(165) McLean J, Pietroni P.Self-care-who does best?Soc Sci Med. 1990;30:591-596.

(166) Peyrot M, Rubin RR. Structure and correlates of diabetes-specific locus of control.Diabetes Care. 1994 Sep;17(9):994-1001.

(167) Edelstein J, Linn MW.Locus of control and the control of diabetes. Diabetes Care.1987;10:170-179.

(168) Freeman J, Loewe R.Barriers to Communication About Diabetes Mellitus. The Journal of Family Practice 2000;49:507-512.

(169) Paterson BL, Sloan J. A phenomenological study of the decision-making experience of individuals with long-standing diabetes. Canadian Journal of Diabetes Care 1994;18:10-19.

(170) Peyrot M, Rubin R. Levels and risks of depression and anxiety symptomatology among diabetic adults. Diab Care 1997;20:585-90.

(171) Figueiras MJ, Weinman J.Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery?Psychology and health 2003;18:201-216.

(172) Waltz M, Badura B, Pfaff H, Schot T. Marriage and the psychological consequeces of a heart attack: a longitudinal study of adaptation to chronic illness after 3 years.Social Science and Medicine 1988 ;27:149-158.

(173) Shanfield SB.Myocardial infarction and patients wifes. Psychosomatics 1990;31:138-145

(174) Norlander T, Dahlin A, Archer T.Health of women: associations among life events, social support, and personality for selected patient groups.Psychol Rep. 2000 Feb;86(1):76-8.

(175) Payne RJ, Jones JG. Measurement and Methodological Issues in Social Support. In:S.V. Kasl and CL Cooper (Eds.) Stress and Health:Issues in Research Methodology, Wiley,Chicester 1987, pp167-205.

(176) Croog S, Levine S. Life After a Heart Attack: Social and Psychological Factors. Human Science Press, New York.1982.

(177) Welin C, Lappas G, Wilhelmsen. Independent importance of psychosocial factors for prognosis after myocardial infarction. Journal of Internal Medicine 2000;247:629-639.

(178) Göz F, Karaoz S, Goz M, Ekiz S, Cetin I.Effects of the diabetic patients' perceived social support on their quality-of-life. J Clin Nurs. 2007 Jul;16(7):1353-60.

(179) Kaplan GA, Neil JE. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. Circulation 1993;88(4):1973-98.

(180) Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M.Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: comparison between Tongan and European patients.The New Zealand Medical Journal 2004;117(1188):1-9.

(181) Wolf T, Hunter S, Webber L, Berenson G. Self-concept, locus of control, goal blockage, and coronary-prone behavior pattern in children and adolescents: Bogalusa heart study.The Journal of General Psychology 1981;105:13-26.

(182) Petricek G, Vrcic-Keglevic M, Vuletic G, Cerovecki V, Ozvacic Z, Murgic L.Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study.Croat Med J. 2009 Dec;50(6):583-93.

(183) Funnell MM, Anderson RM. MSJAMA: the problem with compliance in diabetes. JAMA. 2000;284:1709.

(184) Meyer D, Leventhal H, Gutmann M. Common-sense models of illness: the example of hypertension. Health Psychol. 1985;4:115-35.

(185) Rubin RR, Peyrot M. Structure and Correlates of Diabetes Specific Locus of Control. Diabetes Care 1994;17:994-1000.

(186) Hayes RP, Bernard AM, Slocum W, El Kebi I, Zlemer D, Galline D, Philips LS.Diabetes in Urban African Americans; Assessment of Diabetes-Specific Locus of Control in Patients with Type 2 Diabetes. The Diabetes Educator 2000;26:121-128.

(187) Bradley C. Measures of perceived control of diabetes. In: Bradley C, editor. Handbook of psychology and diabetes. Switzerland: Harwood Academic; 1994. p. 291-331.

(188) Griva K, Myers LB, Newman S. Illness perception and self-efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. Psychology and Health. 2000;15:733-50.

(189) Katic M, Juresa V, Oreskovic S. Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges. Croat Med J. 2004;45:543-9.

(190) Ozvacic Adzic Z, Katic M, Kern J, Lazic D, Cerovecki, et al. Patient, physician, and practice characteristics related to patient enablement in general practice in Croatia: cross-sectional survey study. Croat Med J. 2008;49:813-23.

11. ŽIVOTOPIS

Rođena sam 1973. godine u Zagrebu. Diplomirala sam 1997. godine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Obavezni liječnički staž odradila sam kao pripravnik Doma zdravlja MUP-a, Zagreb te 1999. godine položila državni ispit. Poslijediplomski studij iz obiteljske medicine završila sam 2002. godine, a specijalist sam obiteljske medicine od 2005. godine.

Od rujna 2001. godine radim kao znanstveni novak na Katedri za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta u Zagrebu. Od 2006. godine u svojstvu znanstvenog novaka - asistenta radim u kumulativnom radnom odnosu na Katedri za obiteljsku medicinu te u Domu zdravlja Zagreb – Centar. Sudjelujem u dodiplomskoj nastavi Katedre u predmetu Obiteljska medicina i malim izbornim predmetima te u poslijediplomskoj nastavi u okviru specijalističkog poslijediplomskog studija Obiteljska medicina.

Aktivno sudjelujem u znanstveno – istraživačkim projektima Katedre, objavila sam više znanstvenih i stručnih radova te sudjelovala na kongresima i stručnim sastancima obiteljske medicine u zemlji i inozemstvu. Od 2002. godine stručna sam tajnica i aktivni sudionik međunarodnog tečaja „Training of Teachers in General Practice/Family Medicine“ koji se održava u Inter-Univerzitetskom centru u Dubrovniku.

Član sam Društva nastavnika opće/obiteljske medicine, Hrvatskog društva obiteljskih doktora – Hrvatskog liječničkog zbora, Europskog udruženja nastavnika iz opće medicine (EURACT) te Europske mreže za istraživanje u općoj medicini (EGPRN).

2009. godine postala sam majka Egona, a 2011. godine Paule.

12. PRILOZI

OPĆI PODACI O BOLESNICIMA - ISPITANICIMA (ispisuje sam bolesnik)

Šifra bolesnika (sam odabire) /_/_/_/

1. Dob: ____

2. Spol: M, Ž

3. Mjesto rođenja _____

4. Obiteljski status: 1. sam; 2. živi u obitelji

5. Broj članova obitelji_____

6. Prijatelji: 1. ima široki krug; 2. mali broj prijatelja

7. Školska sprema: 1. osnovna, 2. srednja; 3. viša i visoka

8. Radni status: 1. radi; 2. ne radi

9. Zaposlenje: 1. fizički rad; 2. administrativno; 3. rukovodeće

10. Radni uvjeti: 1. uobičajeni; 2. odgovorno, stresno

11. Ekonomsko stanje obitelji: 1. niže od prosjeka; 2. prosječno; 3. iznad prosječno

12. Kako biste opisali sebe: 1. kao pesimistu, 2. kao optimistu

13. Kako biste opisali sebe: 1. mirnu, povučenu osobu, 2. otvorenu, komunikativnu osobu

14. Kako biste opisali sebe: 1. nepovjerljivu, 2. uobičajenu, 3. svima vjerujem

15. Pitanja o Vašim bolestima:

    1. Koliko dugo traje Vaša **šećerna bolest** _____
    2. Ostale kronične bolesti _____
    3. Od kada se liječite kod svog liječnika _____
    4. Je li u primarnoj, roditeljskoj obitelji bilo kronične bolesti: 1. da; 2. ne
    5. Imaju li članovi obitelji kroničnu bolest: 1. da, 2. ne
    6. Imaju li prijatelji kronične bolesti: 1. da, 2. ne

Molimo da na slijedeća pitanja odgovorite tako da zaokružite broj na skali od 0 do 10 koji najbolje odgovara onome što mislite (0 je negativan odgovor, 10 je pozitivan odgovor):

16. U proteklih mjesec dana, koliko je netko bio uz Vas kada Vam je trebao?

Nikada — *Uvijek*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. U proteklih mjesec dana, koliko ste se mogli pouzdati u nekoga?

Nimalo — *U potpunosti*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Koliko ste zadovoljni životom uopće?

Sasvim nezadovoljan — *Ni zadovoljan ni nezadovoljan* — *Sasvim zadovoljan*

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

OPĆI PODACI O BOLESNICIMA - ISPITANICIMA (ispisuje sam bolesnik)

Šifra bolesnika (sam odabire) /_/_/_/

1. Dob: ____

2. Spol: M, Ž

3. Mjesto rođenja _____

4. Obiteljski status: 1. sam; 2. živi u obitelji

5. Broj članova obitelji_____

6. Prijatelji: 1. ima široki krug; 2. mali broj prijatelja

7. Školska sprema: 1. osnovna, 2. srednja; 3. viša i visoka

8. Radni status: 1. radi; 2. ne radi

9. Zaposlenje: 1. fizički rad; 2. administrativno; 3. rukovodeće

10. Radni uvjeti: 1. uobičajeni; 2. odgovorno, stresno

11. Ekonomsko stanje obitelji: 1. niže od prosjeka; 2. prosječno; 3. iznad prosječno

12. Kako biste opisali sebe: 1. kao pesimistu, 2. kao optimistu

13. Kako biste opisali sebe: 1. mirnu, povučenu osobu, 2. otvorenu, komunikativnu osobu

14. Kako biste opisali sebe: 1. nepovjerljivu, 2. uobičajenu, 3. svima vjerujem

15. Pitanja o Vašim bolestima:

    7. Koliko dugo traje Vaša **bolest srca** _____

    8. Ostale kronične bolesti _____

    9. Od kada se liječite kod svog liječnika _____

    10. Je li u primarnoj, roditeljskoj obitelji bilo kronične bolesti: 1. da; 2. ne

    11. Imaju li članovi obitelji kroničnu bolest: 1. da, 2. ne

    12. Imaju li prijatelji kronične bolesti: 1. da, 2. ne

Molimo da na slijedeća pitanja odgovorite tako da zaokružite broj na skali od 0 do 10 koji najbolje odgovara onome što mislite (0 je negativan odgovor, 10 je pozitivan odgovor):

16. U proteklih mjesec dana, koliko je netko bio uz Vas kada Vam je trebao?

Nikada										*Uvijek*
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

17. U proteklih mjesec dana, koliko ste se mogli pouzdati u nekoga?

Nimalo										*U potpunosti*
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

18. Koliko ste zadovoljni životom uopće?

Sasvim nezadovoljan					*Ni zadovoljan ni nezadovoljan*					*Sasvim zadovoljan*
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Upitnik doživljaja šećerne bolesti – kratka verzija - IPQ-B

Ispitanik/-/-/-/

Molimo Vas zaokružite broj koji najbolje odgovara Vašem pogledu na Vašu šećernu bolest:

U kojoj mjeri Vaša šećerna bolest utječe na Vaš život?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće ne utječe na moj život										jako utječe na na moj život

Koliko mislite da će Vaša šećerna bolest trajati?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vrlo kratko										zauvijek

Koliko kontrole imate nad svojom šećernom bolesti?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
apsolutno nemam kontrole										izrazito dobro ju mogu kontrolirati

Koliko mislite da će preporučena terapija koju uzimate pomoći vašoj šećernoj bolesti?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće neće pomoći										izrazito će pomoći

Koliki su jaki simptomi Vaše šećerne bolesti?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nemam simptome										imam puno teških simptoma

Ukoliko ih imate, navedite koje sve simptome povezujete s vašom šećernom bolesti:

_____

_____

Koliko ste zabrinuti za Vašu šećernu bolest?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nisam zabrinut										izrazito sam zabrinut

Koliko dobro mislite da razumijete Vašu šećernu bolest?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ne razumijem ju uopće										razumijem ju jasno

Koliko jako Vas šećerna bolest emotivno pogađa? (npr. da li Vas plaši, deprimira, uzrujava, ljuti...)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće me emotivno ne pogađa										izrazito me emotivno pogađa

Ukoliko ih ima, navedite koje su to emocije koje povezujete s Vašom šećernom bolesti:

_____

_____

_____

Molimo Vas rangirajte tri najvažnija uzroka za koja mislite da su uzrokovala <u>Vašu šećernu bolest.</u> Najvažniji uzroci su za mene:

1._____

2._____

3._____

Upitnik doživljaja bolesti srca – kratka verzija - IPQ-B

Ispitanik/-/-/-/

Molimo Vas zaokružite broj koji najbolje odgovara Vašem pogledu na Vašu bolest srca:

U kojoj mjeri Vaša bolest srca utječe na Vaš život?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće ne utječe na moj život										jako utječe na na moj život

Koliko mislite da će Vaša bolest srca trajati?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
vrlo kratko										zauvijek

Koliko kontrole imate nad svojom bolesti srca?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
apsolutno nemam kontrole										izrazito dobro ju mogu kontrolirati

Koliko mislite da će preporučena terapija koju uzimate pomoći vašoj bolesti srca?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće neće pomoći										izrazito će pomoći

Koliki su jaki simptomi Vaše bolesti srca?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nemam simptome										imam puno teških simptoma

Ukoliko ih imate, navedite koje sve simptome povezujete s vašom bolesti srca:

_____

_____

Koliko ste zabrinuti za Vašu bolest srca?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće nisam zabrinut										izrazito sam zabrinut

Koliko dobro mislite da razumijete Vašu bolest srca?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ne razumijem ju uopće										razumijem ju jasno

Koliko jako Vas bolest srca emotivno pogađa? (npr. da li Vas plaši, deprimira, uzrujava, ljuti...)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
uopće me emotivno ne pogađa										izrazito me emotivno pogađa

Ukoliko ih ima, navedite koje su to emocije koje povezujete s Vašom bolesti srca:

_____

_____

Molimo Vas rangirajte tri najvažnija uzroka za koja mislite da su uzrokovala <u>Vašu bolest srca.</u> Najvažniji uzroci su za mene:

1._____

2._____

3._____

UPITNIK ZLK – 90 – 2

Ispitanik /-/-/-/

Pitanjima u upitniku koji je pred Vama želimo ispitati neka Vaša vjerovanja o Vašem zdravlju i faktorima koji na njega djeluju. Molimo Vas da pažljivo pročitate svako pitanje i označite koliko vjerujete da Vaše zdravlje ovisi o onome što je u tom pitanju navedeno. Svoj odgovor označit ćete tako da zaokružite slovo onog predloženog odgovora koji najbolje izražava Vaše vjerovanje. Molimo Vas da na pitanja odgovarate u skladu s Vašim osobnim uvjerenjem, a ne onako kako možda drugi misle da bi trebalo odgovarati.

1. ***Da li vjerujete da liječnici mogu izliječiti većinu bolesti od kojih možete oboljeti?***
   a) uopće ne vjerujem
   b) uglavnom ne vjerujem
   c) uglavnom vjerujem
   d) potpuno vjerujem

2. ***Da li vjerujete da ne treba posebno voditi računa o svom zdravlju jer će Vam se svakako dogoditi ono što Vam je suđeno?***
   a) u potpunosti vjerujem
   b) uglavnom vjerujem
   c) uglavnom ne vjerujem
   d) uopće ne vjerujem

3. ***Vjerujete li da ćete sačuvati svoje zdravlje vodeći računa o tome što i koliko jedete?***
   a) uopće ne vjerujem
   b) uglavnom ne vjerujem
   c) uglavnom vjerujem
   d) potpuno vjerujem

4. ***Vjerujete li da uništena priroda (zagađeni zrak, voda, hrana) neprekidno šteti Vašem zdravlju?***
   a) uopće ne vjerujem
   b) uglavnom ne vjerujem
   c) uglavnom vjerujem
   d) potpuno vjerujem

5. ***Vjerujete li da najkorisnije zdravstvene savjete i upute nalazite u različitim tjednicima i novinama?***
   a) u potpunosti vjerujem
   b) uglavnom vjerujem
   c) uglavnom ne vjerujem
   d) uopće ne vjerujem

6. ***Da li vjerujete da je vaše zdravlje u Božjim rukama?***
   a) uopće ne vjerujem
   b) uglavnom ne vjerujem
   c) uglavnom vjerujem
   d) potpuno vjerujem

7. ***Da li vjerujete da ćete sačuvati Vaše zdravlje ako pazite što radite i kako živite?***
   a) u potpunosti vjerujem
   b) uglavnom vjerujem
   c) uglavnom ne vjerujem
   d) uopće ne vjerujem

8. ***Vjerujete li da svakodnevne poteškoće s kojima se suočavate (na poslu, u obitelji) ugrožavaju Vaše zdravlje?***
   a) u potpunosti vjerujem
   b) uglavnom vjerujem
   c) uglavnom ne vjerujem
   d) uopće ne vjerujem

9. ***Da li vjerujete da su, bez obzira od čega obolite, savjeti Vaše obitelji izuzetno važni za Vaše ozdravljenje?***
   a) uopće ne vjerujem
   b) uglavnom ne vjerujem
   c) uglavnom vjerujem
   d) potpuno vjerujem

10. ***Vjerujete li da ne trebate voditi brigu o Vašem zdravlju, jer dobro i loše zdravlje ovisi o nasljeđu?***
    a) uopće ne vjerujem
    b) uglavnom ne vjerujem
    c) uglavnom vjerujem
    d) potpuno vjerujem

11. ***Da li vjerujete da ćete se moći zaštiti od različitih bolesti što više znate o njihovim uzrocima?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

12. ***Vjerujete li da bi Vaše zdravlje bilo manje ugroženo kad biste imali više slobodnog vremena?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

13. ***Vjerujete li da većinu bolesti najuspješnije liječe bioenergetičari?***
    a) uopće ne vjerujem
    b) uglavnom ne vjerujem
    c) uglavnom vjerujem
    d) potpuno vjerujem

14. ***Da li vjerujete da je Vaše zdravlje samo stvar sreće?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

15. ***Da li vjerujete da rezultati liječenja bilo koje bolesti ovise barem toliko o Vama koliko i o liječniku ili terapiji?***
    a) uopće ne vjerujem
    b) uglavnom ne vjerujem
    c) uglavnom vjerujem
    d) potpuno vjerujem

16. ***Da li vjerujete da svaka društvena promjena (npr. politička previranja) negativno djeluje na Vaše zdravlje?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

17. ***Da li vjerujete da kada ste bolesni trebate potražiti savjet prijatelja, kolega, znanaca ili susjeda?***
    a) uopće ne vjerujem
    b) uglavnom ne vjerujem
    c) uglavnom vjerujem
    d) potpuno vjerujem

18. ***Vjerujete li da ćete uz Božju pomoć ozdraviti od bilo koje bolesti?***
    a) uopće ne vjerujem
    b) uglavnom ne vjerujem
    c) uglavnom vjerujem
    d) potpuno vjerujem

19. ***Vjerujete li da Vas Vaše higijenske navike mogu zaštititi od većine bolesti?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

20. ***Da li vjerujete da ljudi koji Vam idu na živce škode Vašem zdravlju?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

21. ***Da li vjerujete da većinu bolesti od kojih možete oboljeti najuspješnije liječe travari?***
    a) uopće ne vjerujem
    b) uglavnom ne vjerujem
    c) uglavnom vjerujem
    d) potpuno vjerujem

22. ***Vjerujete li da su gotovo sve bolesti koje ste preboljeli posljedica slučaja?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

23. ***Da li vjerujete da bez obzira od čega obolite, o Vama ovisi kako ćete brzo ozdraviti?***
    a) u potpunosti vjerujem
    b) uglavnom vjerujem
    c) uglavnom ne vjerujem
    d) uopće ne vjerujem

24. ***Vjerujete li da svaka promjena vremena ugrožava Vaše zdravlje?***
    a) uopće ne vjerujem
    b) uglavnom ne vjerujem
    c) uglavnom vjerujem
    d) potpuno vjerujem

25. Da li vjerujete da zdravstveno osoblje najbolje zna šta je dobro za Vaše zdravlje?
a) u potpunosti vjerujem
b) uglavnom vjerujem
c) uglavnom ne vjerujem
d) uopće ne vjerujem

26. Da li vjerujete da se uvijek zateknete na mjestu gdje ima prehlađenih i bolesnih?
a) uopće ne vjerujem
b) uglavnom ne vjerujem
c) uglavnom vjerujem
d) potpuno vjerujem

27. Vjerujete li da ćete svoje zdravlje najbolje sačuvati ako redovito odlazite na kontrolne preglede?
a) uopće ne vjerujem
b) uglavnom ne vjerujem
c) uglavnom vjerujem
d) potpuno vjerujem

28. Vjerujete li da ne možete sačuvati svoje zdravlje ako na liječnički pregled morate čekati dva do tri sata?
a) u potpunosti vjerujem
b) uglavnom vjerujem
c) uglavnom ne vjerujem
d) uopće ne vjerujem

29. Vjerujete li da bi za Vaše zdravlje bilo mnogo bolje kad bi Vaše radna organizacija (škola, fakultet) organizirala redovite sistematske preglede?
a) u potpunosti vjerujem
b) uglavnom vjerujem
c) uglavnom ne vjerujem
d) uopće ne vjerujem

30. Da li vjerujete da loša sreća koja Vas prati ugrožava Vaše zdravlje?
a) uopće ne vjerujem
b) uglavnom ne vjerujem
c) uglavnom vjerujem
d) potpuno vjerujem

31. Vjerujete li da je svatko odgovoran za svoje zdravlje?
a) u potpunosti vjerujem
b) uglavnom vjerujem
c) uglavnom ne vjerujem
d) uopće ne vjerujem

32. Da li vjerujete da neugodne vijesti u novinama, na radiju ili televiziji škode Vašem zdravlju?
a) uopće ne vjerujem
b) uglavnom ne vjerujem
c) uglavnom vjerujem
d) potpuno vjerujem