

Prediktorna uloga emocionalne regulacije i obrambenih mehanizama u otpornosti na stres kod pacijenata s hipertenzijom

Žipovski, Jelena

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Croatian Studies / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet hrvatskih studija**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:111:451361>

Rights / Prava: [In copyright](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2021-12-04**



Repository / Repozitorij:

[Repository of University of Zagreb, Centre for Croatian Studies](#)





SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA

Jelena Žipovski

**PREDIKTORNA ULOGA EMOCIONALNE
REGULACIJE I OBRAMBENIH
MEHANIZAMA U OTPORNOSTI NA
STRES KOD PACIJENATA S
HIPERTENZIJOM**

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2020. godina.



SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET HRVATSKIH STUDIJA
ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU

JELENA ŽIPOVSKI

**PREDIKTORNA ULOGA EMOCIONALNE
REGULACIJE I OBRAMBENIH
MEHANIZAMA U OTPORNOSTI NA
STRES KOD PACIJENATA S
HIPERTENZIJOM**

DIPLOMSKI RAD

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'L. Brajković'.

Mentor: doc. dr. sc. Lovorka Brajković

Zagreb, 2020. godina.

Prediktorna uloga emocionalne regulacije i obrambenih mehanizama u otpornosti na stres kod pacijenata s hipertenzijom/ Predictive role of emotional regulation and defense mechanisms in stress resilience among patients with hypertension

Sažetak

Početa točka i cilj ovog rada bio je steći uvid u emocionalnu regulaciju i kontrolu te obrambene mehanizme osoba koje boluju od hipertenzije te ustvrditi prediktivnu snagu navedenih konstrukata u otpornosti na stres. Istraživanje je provedeno na 39 pacijenata koji boluju od hipertenzije prosječne dobi 48.5 godina. Instrumenti koji su primijenjeni u ovom istraživanju su Upitnik emocionalne regulacije i kontrole ERIK (Takšić, 2003), Upitnik obrambenih stilova DSQ-40 (Andrews, Singh i Bond, 1993) i Kratka skala otpornosti (Slišćović i Burić, 2018). Mjerene su još i demografske varijable poput dobi, spola, bračnog i radnog statusa te zdravstvenih navika. Rezultati pokazuju kako je najčešće korišten obrambeni mehanizam racionalizacija, te kako su je više korištenje nezrelog obrambenog stila značajno povezano s nižom emocionalnom regulacijom i kontrolom ($r=.61^{**}$). Emocionalna regulacija i kontrola visoko je povezana s otpornosti na stres ($\beta= -.45^*$) te predstavlja statistički značajan prediktor otpornosti na stres, gdje objašnjava 36.9% zajedničke varijance otpornosti na stres, dok kombinacija emocionalne regulacije i kontrole s obrambenim mehanizmima objašnjava 43.1% ukupne varijance. Obrambeni mehanizmi nisu se pokazali kao statistički značajni prediktori ($p>.05$) dok je korelacija otpornosti na stres i nezrelog obrambenog stila pokazala statističku značajnost ($r=-.44^{**}$). Implikacije istraživanja korisne su kako za praktični, tako i za znanstveni dio razumijevanja procesa nastanka stresa i njegove otpornosti kod pacijenata s hipertenzijom.

Ključne riječi: emocionalna regulacija i kontrola, obrambeni mehanizmi, otpornost na stres, hipertenzija

Abstract

The starting point and the aim of this paper was to gain insight into the emotional regulation and control and defense mechanisms among people suffering from hypertension and also to establish the predictive role of these constructs in stress resilience. The study was conducted on 39 patients suffering from hypertension (mean age= 48.5 years). The instruments used in this research are ERIK- Emotional regulation and control Questionnaire (Takšić, 2003), Defense Styles Questionnaire- DSQ-40 (Andrews, Singh and Bond, 1993) and the Short Resilience Scale (Slišćović and Burić, 2018). Demographic variables such as age, gender, marital and employment status, health habits were also measured. The results show that the most commonly used defense mechanism is rationalization, and that more use of immature defense style is significantly associated with lower emotional regulation and control ($r=.61^*$). Emotional regulation and control is highly related to stress resilience ($\beta= -.45^*$) and is statistically significant predictor of stress resilience, where it explains 36.9% of the total variance of stress resilience, while in combination with defense mechanisms explains 43.1% of total variance. Defense mechanisms did not prove to be statistically significant predictors ($p>.05$) while the correlation between stress resilience and immature defense style showed statistical significance ($r=-.44^{**}$). The implications of the research are useful for both the practical and the scientific part of understanding the process of stress and its resilience in patients with hypertension.

Key words: Emotional regulation and control, defense mechanisms, stress resilience, hypertension

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Hipertenzija.....	1
1.1.1. Rizični čimbenici i prevencija.....	2
1.2. Stres i otpornost.....	3
1.2.1. Teorije stresa.....	4
1.2.2. Stres i zdravlje.....	6
1.2.3. Otpornost na stres.....	7
1.3. Obrambeni mehanizmi.....	9
1.3.1. Obrambeni mehanizmi i hipertenzija.....	10
1.3.2. Uloga obrambenih mehanizama u otpornosti na stres.....	11
1.4. Emocionalna regulacija.....	11
1.4.1. Emocionalna regulacija i obrambeni mehanizmi.....	12
1.4.2. Uloga emocionalne regulacije u otpornosti na stres.....	13
2. Cilj i problemi.....	14
3. Metoda.....	15
3.1. Sudionici.....	15
3.2. Instrumenti.....	15
3.2.1. Upitnik emocionalne regulacije i kontrole emocija ERIK (Takšić, 2003)..	16
3.2.2. Upitnik obrambenih stilova DSQ-40 (Defense Style Questionare 40, Andrews, Singh i Bond, 1993).....	17
3.2.3. Kratka skala otpornosti (Brief Resilience Scale, Smith i sur., 2008).....	18
3.3. Postupak.....	19
4. Rezultati.....	20
5. Rasprava.....	25
5.1. Metodološki nedostaci istraživanja i smjernice za buduće radove.....	30
5.2. Implikacije i praktična primjena rezultata istraživanja.....	31
6. Zaključak.....	32
7. Literatura.....	33

Uvod

U današnje vrijeme, praćenje zdravstvenog stanja pojedinca sve je važnije pri vođenju zdravog stila života. Bolesti koje su nekad bile jedan od glavnih uzroka smrtnosti u svijetu poput tuberkuloze, danas su sve manje zastupljene zahvaljujući cjepivima, dok se svijet s druge strane, suočava s novim uzrokom smrtnosti- kardiovaskularnim bolestima (WHO, 2016). Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization) navodi podatke kako kardiovaskularne bolesti već 15 godina zaredom drže prvo mjesto kao glavni uzrok smrtnosti u svijetu, s više od 15.2 milijuna ljudi pogođenih posljedicama nepravilnog rada krvožilnog sustava (WHO, 2016). U Hrvatskoj najnoviji podaci pokazuju kako kardiovaskularne bolesti i dalje drže prvo mjesto u mortalitetnoj statistici, s čak 43.73% od ukupnih uzroka smrti u državi (HZJZ, 2019). Prevencija takvih stanja započinje upravo regulacijom najranijih pokazatelja kardiovaskularnih tegoba- kontrolom povišenog krvnog tlaka (WHO, 2016).

1.1.Hipertenzija

Tlak kojim krv djeluje na stjenke krvnih žila u organizmu čovjeka naziva se krvni tlak te njegovim djelovanjem krv teče kroz krvne žile primarnim radom srca kao pumpe (Čustović, Bergovec i Banfić, 2007). Izbacivanjem krvi iz srca (sistola) povisuje se krvni tlak, dok se kod ulijevanja krvi u srce (dijastola) tlak snižava (Čustović, Bergovec i Banfić, 2007). Tako se kod mjerenja krvnog tlaka vrijednosti označavaju kroz sljedeću kategorizaciju: gornja vrijednost predstavlja sistolički krvni tlak dok donja dijastolički krvni tlak (Čustović, Bergovec i Banfić, 2007). Mjeru krvnog tlaka predstavlja milimetar žive u tlakomjeru (mmHg) te se normalan krvni tlak kreće u rasponu od 100 do 140 mmHg kod sistoličnog tlaka dok se kod dijastoličnog tlaka normalan raspon vrijednosti kreće od 60 do 90 mmHg (WHO, 2013). Ukoliko su kod pojedinca vrijednosti krvnog tlaka konstantno na razini većoj od 140/90 mmHg, možemo govoriti o hipertenziji (Čustović, Bergovec i Banfić, 2007). Hipertenzija je kronična bolest u kojoj je krvni tlak u arterijama povišen (HZJZ, 2017). Podjela hipertenzije temelji se na njenom vremenskom komorbiditetu s pratećim bolestima te se tako razlikuje primarna i sekundarna hipertenzija (Carretero i Oparil, 2000). Primarna ili esencijalna hipertenzija obuhvaća najveći dio svih hipertenzija s prevalencijom od 92% svih slučajeva te nastaje bez poznatog uzroka dok se sekundarna hipertenzija razvija kao posljedica drugih stanja poput bubrežnih bolesti, hipo/hipertireoze ili čak gojaznosti, apneje ili trudnoće (Beevers, Lip i O'Brien, 2007). Uzroci hipertenzije zasad nisu otkriveni no vjeruje se kako nastaje uslijed međudjelovanja genetskih predispozicija i okolinskih učinaka, te se rizik od hipertenzije povećava ulaskom u kasniju životnu dob (Vasan, Beiser, Seshadri, Larson, Kannel, D'Agostino i Levy, 2002).

1.1.1. Rizični čimbenici i prevencija

Postavljanje dijagnoze esencijalne hipertenzije najčešće je slučajno te većina bolesnika dolazi kod liječnika radi sekundarnih simptoma, posebice glavobolje, vrtoglavice, promjene vida i sinkope te se tek kasnijim pregledom utvrđuje već postojeća dijagnoza povišenog krvnog tlaka (Fisher i Williams, 2005). U slučajevima sekundarne hipertenzije, povišeni krvni tlak je tako posljedica bolesti oštećenja bubrega, endokrinog sustava te se utvrđuje kao komorbiditetni sindrom koji može dovesti do drugih po život opasnih stanja (Beevers, Lip i O'Brien, 2007). Komplikacije nastale uslijed neliječene hipertenzije mogu biti pogubne za život pojedinca te dovesti do smrtnih ishoda. Tako je hipertenzija jedan od glavnih prediktora komplikacija krvožilnog sustava poput zatajenja srca, ishemijskih bolesti srca te može dovesti i do moždanog i srčanog udara kao i do komplikacija endokrinog sustava koji između ostalog dovode do kroničnog oštećenja bubrega (Beevers, Lip i O'Brien, 2007). Osim tjelesnih posljedica, novija istraživanja pokazuju kako je hipertenzija rizičan čimbenik pri razvoju demencija te može predvidjeti i pojavu kognitivnih oštećenja kod pojedinaca (Beevers, Lip i O'Brien, 2007).

Prevencija ishoda poput srčanog udara uz pomoć regulacije hipertenzije predstavlja izazov kako za pojedinca tako i za širu zajednicu. Kako bi se spriječile neugodne posljedice hipertenzije, brojni zdravstveni sustavi preporučuju određene mjere prevencije razvoja hipertenzije. Tako Svjetska zdravstvena organizacija naglašava veliku važnost tjelesne aktivnosti (više od 30 minuta na dan), smanjenje unosa namjernica bogatih natrijem (posebice soli), redovitu liječničku kontrolu i ograničavanje unosa alkohola u organizam (WHO, 2016). Prehrambene navike poput unosa voća i povrća te održavanje indeksa tjelesne mase također su učinkovite u snižavanju krvnog tlaka te predstavljaju promjenu načina života koja uvelike pomaže smanjenju potrebe za lijekovima (Williams, Poulter, Brown, Davis, McInnes, Potter, Sever, 2004). Važno je istaknuti kako jednu od preventivnih mjera nošenja s dijagnozom Svjetska zdravstvena organizacija navodi i brigu o mentalnom zdravlju, između ostalog i kroz smanjenje stresnih podražaja iz okoline (WHO, 2016.).

1.2. Stres i otpornost

Stres je pojam koji u psihologijskom kontekstu ima višestruko značenje. Njegova definicija označava „različite okolne agense koji djeluju na strukturu ili funkciju organizma te reakcije živih bića na te podražaje“ (Petz, Furlan, Kljajić, Kolesarić, Krizmanić, Szabo, i Šverko, 2005, str. 470). S obzirom na mnogoznačnost pojma te različite reakcije organizama na podražaje, stres se očituje kroz tri kategorije. Klasična teorija predstavlja fiziološki stres kao

jednoznačnu reakciju pojedinaca na štetne fizičke podražaje iz okruženja te sociološki stres koji se odnosi na posljedice promjena u društvenoj zajednici ili organizaciji (Petz i sur., 2005). Također, kategorizacija obuhvaća i najčešće percipiranu vrsta stresa na koju se implicitne teorije usmjeravaju kad se govori o stresu u svakodnevici- psihološki stres. Taj pojam se odnosi na uzročno posljedičnu vezu pojedinca i svojstva okoline koji ostavlja subjektivnu reakciju pojedinca na doživljeni događaj (Petz i sur., 2005). Svako stanje u kojem se na bilo koji način psihički osjećamo ugroženi definira se kao stresno te za svoj uzrok ima određene podražaje koji djeluju na pojedinca na specifičan način (Cohen, Kessler i Gordon, 1997). Takav doživljaj javlja se pod utjecajem različitih i subjektivnih podražaja iz okoline, tzv. stresora.

Stresor je svaki fizički, psihički ili socijalni poticaj čija je posljedica reakcija doživljena na ugrožavajući način, bilo po pojedinca ili ostale osobe iz pojedinčeve okoline (Petz i sur., 2005). Njegova pojava zahtjeva rješavanje i pojačani angažman pojedinca kako bi se prilagodio na novonastalu situaciju (Petz i sur., 2005). Tijekom povijesti istraživanja takvih relevantnih podražaja, velik trud pridavao se karakterizaciji stresora kroz njihovu kategorizaciju, čak i u kontekstu psihičkih poremećaja poput depresije (Brown i Harris, 1978). Klasifikacija stresora ovisi o raznim svojstvima, primjerice, vrijeme trajanja stresora bitna je dimenzija definiranja istih, te su tako neka iskustva akutnog tipa i odnose se na pojavljivanje događaja u određenom trenutku života (Monroe i Simmons, 1989). Primjer takvih kratkotrajnih stresora su iznenadne smrti, gubitak posla, rastava ili bilo koji drugi doživljeni događaj čiji izvor ima određeno trajanje i zahtjeva brzu prilagodbu (Monroe i Simmons, 1989). Nasuprot tome, kronični stresori imaju produženo trajanje čije djelovanje utječe na pojedinca kroz duži period (primjerice stresori poput recesije, bolesti u obitelji, financijske nestabilnosti itd.) (Neilson, Brown i Marmot, 1989). Također, stresori mogu biti podijeljeni i na osnovi njihova intenziteta koje izazivaju (Petz i sur., 2005). Intenzitet stresora nije univerzalan za svakog pojedinca no prema jačini stresora možemo razlikovati male svakodnevne stresove (poput prometne gužve, nedostatka vremena, nesporazuma u socijalnoj okolini..), velikih životnih stresora (teške bolesti, smrt bliske osobe, materijalni gubici..) te traumatske stresove koji ostavljaju teške posljedice na pojedinca (primjerice izloženost nasilju, prisustvovanje masovnoj pogibelji, rat, glad itd.) (Petz i sur., 2005).

1.2.1. Teorije stresa

Živote pojedinaca pogađaju razne subjektivne okolnosti i čimbenici koji utječu na pojavu stresa, stoga je glavna zadaća teorija stresa pronaći univerzalne karakteristike podražaja

nastalih netom prije posljedice: pojave odgovora na stres (Monroe i Simmons, 1991). Glavni cilj pronalaska takvih čimbenika je kvantifikacija stresora koji mogu postati primjenjivi na širu populaciju, putem karakteristika životnih iskustava koja predstavljaju stresore kod većine pojedinaca kako bi se ustvrdio njihov tijek i posljedice (Monroe i Simmons, 1991).

Vodeći se takvim pristupom, jedna od prvih teorija stresa svakako je Selyejeva teorija stresa bazirana na odgovoru organizma na stresni podražaj. Naime, Selye predstavlja stres kao „nespecifičan odgovor tijela na podražaj koji mu šteti“ (Selye, 1956. str.12). Tako je stres zapravo odgovor koji predstavlja zavisnu varijablu u njegovim istraživanjima traženja obrasca procesa nastanka stresa (Selye, 1956). Selye tako uvodi i pojam općeg adaptacijskog sindroma koji predstavlja niz fizioloških reakcija koje se javljaju zbog akutnih stresora te povećavaju mogućnost tijela da se odupre stresnoj situaciji i podnese napore koje tijelo donosi u svrhu postizanja homeostaze (Hill Rice, 2011). Opći adaptacijski sindrom ne ovisi nužno o vrsti stresora već predstavlja svojevrsni obrambeni mehanizam kojim se pojedinac štiti od stresa te je tako opći adaptacijski sindrom rezultat faze uzbune, faze odupiranja i faze iscrpljenja (Selye, 1956). Faza uzbune predstavlja početni šok uslijed susretanja sa stresorom u kojoj dolazi do fizioloških reakcija poput snižavanja temperature, mišićnog tonusa i krvnog tlaka nakon čega tijelo pokreće sve obrambene snage organizma te pojačava srčani ritam i krvni tlak, luči adrenalin i jača reakciju organizma na podražaje iz okoline (Hill Rice, 2011). Nakon mobilizacije organizma, slijedi faza odupiranja gdje se tijelo prilagođava na početni stres i koristi sve rezerve organizma kako bi se suočio s istim putem procesa otpuštanja kortizola u krv, pojačanog lučenja inzulina i masnih kiselina u jetri te oslobađanja endorfina kako bi tijelo imalo dodatan izvor energije i zaštite (Selye, 1956). Završna faza je faza iscrpljenja u kojoj zbog dugotrajnog odupiranja stresu dolazi do iscrpljivanja organizma koji nema više resursa za odupiranje daljnjem stresu (Selye, 1956). Selye posebno upozorava upravo na tu fazu te navodi kako produžena ili opetovana izloženost stresu za posljedicu ima pojavu kroničnog umora, tjeskobe i potištenosti uz slabe motoričke i mentalne vještine dok oslabljivanje imunološkog sustava koji se često javlja kao posljedica može dovesti do težih bolesti ili čak smrti (Hill Rice, 2011). Također, Selye naglašava kako percepcija događaja oko pojedinca igra značajnu ulogu u nastanku stresa i korigiranju općeg adaptacijskog sindroma te tako proširuje svoju teoriju pretpostavkom kako kognitivni faktori poput obrambenih mehanizama suočavanja te procjene stresne situacije mogu značajno doprinijeti smanjenju negativnih posljedica stresa (Selye, 1983). Važnost Selyeve teorije leži u značaju razjašnjavanja psihofizioloških učinaka stresa na organizam te dokazivanje kako je stres jedan od bitnih čimbenika pri nastanku tjelesnih bolesti

(Hill Rice, 2011). Nasuprot tome, kritičari se često oslanjaju na Selyeovo zanemarivanje psihičkih procesa u nastanku bolesti te eksperimentiranje na životinjama (Hill Rice, 2011).

Sljedeća teorija koja se nadovezuje na tjelesne simptome kao reakciju na stres je psihoanalitička teorija čija glavna postavka leži u tvrdnji kako psihička stanja djeluju na organske promjene u tijelu te su najzaslužniji za fizičke bolesti (Alexander, 1954). Unutar ove teorije po prvi put je utvrđen pojam psihosomatike kao discipline koja se bavi utjecajem stresa na ljudsko tijelo te su tako opisani i psihosomatski simptomi- poremećaji potaknuti stresom (Alexander, 1954). Teorija pretpostavlja kako kroz procese emotivne napetosti, tijelo reagira pomoću psihosomatskih simptoma koji su samo način oslobađanja negativne energije (Alexander, Flagg, Foster, Clemens, Bland, 1961). Ukoliko se trajnim djelovanjem stresora psihosomatski simptomi nastave, dolazi do psihosomatskih bolesti koje mogu ostaviti trajna i dugoročna oštećenja u tjelesnom sustavu, te Alexander posebice ističe opasnost za endokrini i živčani sustav (Alexander i sur., 1961). Vrline ove teorije svakako su utvrđivanje pojma psihosomatike i fizičkih posljedica stresa dok teoretičari navode kako su nedostaci zanemarivanje fizičkih stresora i stresora iz socijalnog okruženja (Hill Rice, 2011).

Jedna od najpoznatijih teorija stresa svakako je i Lazarusova teorija stresa koja prva nudi holistički pristup procesu nastanka ovisnog o zajedničkom djelovanju osobnih događaja i situacije u kojoj se pojedinac nalazi (Hill Rice, 2011). Lazarus tako razvija teoriju stresa i suočavanja koja predstavlja pojam transakcije između pojedinca i okoline koja doprinosi nastanku stresa te kao takav stres ne ovisi samo o jednom podražaju već obuhvaća skup kognitivnih vještina pojedinca, njegovih afektivnih odgovora i načina suočavanja s istim (Lazarus i Folkman, 1984). Takav pristup usmjerava se na kognitivne procese koji su u središtu zbivanja uslijed stresnog događaja te se bave pojmom percepcije ugroženosti- procjenom pojedinca o stupnju u kojem bi stresna situacija mogla štetno utjecati na njega (Lazarus, 1966). Nadalje, proces nastanka stresa mijenja se razvojem događaja u okolini te ovisi o kognitivnoj procjeni koja podliježe kontekstu u kojem se pojedinac nalazi (Lazarus, 1960). Kognitivna procjena ovisi o faktorima dobitka i gubitka i procjeni mogućnosti kontrole situacije koja rezultira odabirom načina suočavanja sa stresom (Lazarus, 1960). Suočavanje usmjereno na problem obuhvaća djelovanje pojedinca kako bi riješio problemsku situaciju u kojoj se trenutno nalazi, a predstavlja izvor stresa, dok se suočavanje usmjereno na emocije fokusira na olakšavanje nošenja s emocijama koje stresor izaziva te omogućava podnošenje situacije s manje emotivnog uzbuđenja (Lazarus, 1966). Ovakvim pristupom usmjerenim na kognitivne aspekte podnošenja stresnih situacija, Lazarus daje temelje postavljanja novog konstrukta u

psihologiji- otpornosti na stres koja uvelike olakšava negativne posljedice utjecaja stresa na zdravlje pojedinca (Hill Rice, 2011).

1.2.2. Stres i zdravlje

Negativne posljedice stresa uvelike su poznate i promovirane u medijima u svrhu njihove supresije te tako brojne svjetske klinike vode istraživanja na temu uzročno posljedične veze nastanka stresa (Mayo Clinic, 2020). Stres u određenoj mjeri djeluje na sve organske sustave (Selye, 1976). Neki od „benignih“ simptoma stresa su tzv. psihosomatski simptomi koji pokazuju postojanje stresa kod osobe i mogu se manifestirati u vidu umora, iscrpljenosti, glavobolje, promjene u seksualnoj želji, deprivacije sna do želučanih poteškoća, smanjenog ili povećanog teka i boli u prsima (Selye, 1976). Nadalje, dugoročno djelovanje stresa na organizam može dovesti i do ozbiljnih, kroničnih bolesti. Utvrđeno je djelovanje stresa na endokrini sustav (Kiecolt-Glaser, Malarkey, Caciopo i Glaser, 1994), autoimuni sustav (Homo-Delarche, Fitzpatrick, Christeff, Nunez, Bach, Dardene, 1991), respiratorni sustav (Meyer i Haggerty, 1962), živčani sustav (Sapolsky, 2009), sustav organa za kretanje (Leino, 1989) uz brojne druge neugodne fiziološke posljedice.

Stres može djelovati i na kardiovaskularni sustav što u jednom od prvih istraživanja takve tematike opisuje upravo jedan od začetnika teorija stresa- Hans Selye. U svom radu prvi opisuje negativni efekt stresa na kardiovaskularni sustav poput hipertenzije i hiperkalemije (povišena razina kalija u krvi) koje dugoročno stvaraju predispoziciju za razvoj srčanih nekroza (Selye, 1970). Nadalje, Steptoe i Kivimaki (2012) u svom istraživanju objašnjavaju i biološku uzročno-posljedičnu vezu između ta dva konstrukta stresa i razvoja bolesti krvožilnog sustava. Naime, putem hipotalamičke-pituarno-adrenokortikalne veze (HPA) i veze simpatikus-adrenomedularna os, pokreće se proces aktivacije odgovora organizma na stres (Steptoe i Kivimaki, 2012). Percepcija osobe kako je pod stresom aktivira hipofizne neurone u hipotalamusu koji se luče i otpuštaju hormone (poput kortikotropina i vazopresina) te se aktivira nadbubrežna žlijezda koja oslobađa glukokortikoidne hormone poput kortizola koji ostalim procesima aktivira zalihe energije, između ostalog povisujući krvni tlak pojedinca i pritom snižavajući osjetljivost na razinu inzulina u krvi (Steptoe i Kivimaki, 2012). Takvi procesi koji se ponavljaju kroz određeno vrijeme imaju za posljedicu razvoj smrtonosnih posljedica oštećenog krvožilnog sustava poput srčanog udara (Steptoe i Kivimaki, 2012). Autori i navode kako je utjecaj stresa na ostale organske sustave također mehanizam putem kojeg stres djeluje na razvoj kardiovaskularnih bolesti te kako čak i kratkotrajnim djelovanjem stresora jednom načeti imunološki sustav može dovesti i do akutnog infarkta miokarda (Steptoe i Kivimaki,

2012). Jedno od najporeznijih istraživanja o dugoročnim posljedicama stresa na krvožilni sustav opisuje kroskulturalno istraživanje provedeno kroz 52 zemlje autora Yusuf, Hawken, Onpuu, Dans, Avezum. Lanas, McQueen, Budaj, Pais, Varigos i Lisheng (2004). Cilj istraživanja bio je ustvrditi rizične faktore koji pridonose pojavi akutnog infarkta miokarda te je u istraživanje uključeno 15 152 slučaja bolesnika koji pate od kardiovaskularnih bolesti (Yusuf i sur., 2004). Proučavani faktori kretali su se preko pušenja, konzumacije alkohola, prehrane, težine, fizičke aktivnosti te psihosocijalnih faktora poput stresa (Yusuf i sur., 2004). Stresori uključeni u istraživanje poput obiteljskog stresa, financijskih problema, gubitka kontrole i depresivnih misli pokazali su se kao značajan prediktor srčanog udara te u kombinaciji s genetskom osnovom i zdravstvenim navikama značajno povećavaju vjerojatnost akutnog infarkta miokarda bez obzira na međukulturalne razlike (Yusuf i sur., 2004). Osim s akutnim infarktom miokarda, stres je povezan i s ishemijskim moždanim udarom nastalim uslijed poremećaja cerebralne cirkulacije- stanja u kojem protok krvi zbog nastanka začepljenja krvnih žila nije dovoljan da zadovolji sve potrebe opskrbe neurona za kisikom i glukozom čijom posljedičnom vezom nastaje neurološki deficit i oštećenje mozga (Šupe, Poljaković, Kondić, Unušić i Alvir, 2011). Navedeno istraživanje provedeno na hrvatskom uzorku Klinike za neurologiju KBC Zagreb pokazuje kako je neadekvatna prilagodba na stresne situacije povećava rizik od ishemijskog moždanog udara te se izloženost dugotrajnim stresorima prenosi na somatsku razinu promjene neurotransmiterskog, hormonalnog i kardiovaskularnog odgovora s promjenom funkcije koja dovodi do morfoloških promjena i moždanog udara (Šupe i sur., 2011). Navedene negativne posljedice ističu već trivijalnu izreku rasprostranjenu svijetom: „Stress less“ (manje se „stresiraj“) i u pojedincima budi težnju za osnaživanjem i sprječavanjem negativnih simptoma stresa kroz vlastito jačanje i razvijanje psihološke otpornosti na stres.

1.2.3. Otpornost na stres

Pojam otpornosti višeznačan je no u psihološkom značenju može se shvatiti kao sposobnost pojedinca da se nakon neugodnog događaja lako prilagodi i oporavi (Meriam Webster, 2020). Kako bi se opisala psihološki otporna osoba, potrebno je zadovoljiti dva kriterija: 1) osoba je „u redu“- funkcionalna je u svojoj svakodnevici bez ponašajnih devijacija i 2) postoji ili je postojao značajan rizik ili prepreka koju je osoba morala nadići (Masten i Coatsworth, 1998). Konstrukt je prvi definirao Charles Darwin koji je u svojoj knjizi „Podrijetlo vrsta“ prvi primijetio kako one vrste koje opstaju dugi niz godina u prirodi nisu one koje su najpametnije ili najjače već one koje se najbolje adaptiraju i prilagode okruženju koje se stalno mijenja (Darwin, 1859). Darwin opisuje takve vrste kao „rezilijentne“ te predviđa

njihovu dugoročnost upravo zbog te karakteristike (Darwin, 1859). Proučavanje pojma psihološke otpornosti kratko je te se prvim istraživačem smatra Norman Garmezy koji u svom istraživanju proučava zaštitne faktore kod djece shizoidnih majki (Garmezy, 1973, prema Cicchetti, 2003). Garmezy u svom radu fokusira se na prethodno navedeni kriterij otpornosti „osoba je 'u redu'“ te provodi intervjue sa djecom, supružnicima shizoidnih majki te učiteljima djece kako bi vidio koji faktori djeluju na djecu, koja dobro funkcioniraju u svakodnevicu, i unatoč lošim okolnostima čine otpornom na neugodne podražaje (Garmezy, 1973, prema Cicchetti, 2003). Istraživanje pokazuje kako su neki od zaštitnih faktora viši stupanj inteligencije, podrška šire okoline i prijatelja te eksternalizacija doživljaja (Garmezy, 1973, prema Cicchetti, 2003). Naime djeca koja su internalizirala svoje probleme i osjećaje kasnije su razvila manji stupanj psihološke otpornosti, dok su djeca koja su se suočavala sa neugodnim doživljajima putem dijeljenja i traženja socijalne podrške u okolini postala snažnija i otpornija (Garmezy, 1973., prema Cicchetti, 2003). Nadalje, Emmy Werner je pojam psihološke otpornosti otkrivala na longitudinalnom istraživanju djece otoka s Havaja (Werner i Smith, 2001). Istraživana su djeca koja su odrasla u nepovoljnim uvjetima poput siromaštva te su živjela u obiteljima alkoholičara i psihički oboljelih roditelja (Werner i Smith, 2001). Rezultati pokazuju kako je dvije trećine djece razvilo destruktivna ponašanja (zloupotreba narkotika, nezaposlenost, prerane trudnoće itd.) dok se jedna trećina prilagodila situaciji te nisu razvili nikakva destruktivna ponašanja- pokazani su kao psihološki otporna skupina (Werner i Smith, 2001). Daljnje proučavanje psihološki otporne populacije pokazuje slične rezultate, posebice na području inteligencije i socijalnih vještina, dok su i neki od zaštitnih faktora također bili manji broj djece u kućanstvu, duboka povezanost s bar jednim članom šire obitelji te traženje socijalne podrške izvan obitelji (Werner i Smith, 2001).

U novije vrijeme, pojam psihološke otpornosti sve se više koristi u kontekstu otpornosti na stres te se istraživanja sve više usmjeravaju na otkrivanje zaštitnih faktora koji pomažu u razvoju otpornosti na stresne događaje te se znanstvenici često razilaze po pitanju okolinskih nasuprot genetskih čimbenika (Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Tako Franklin, Saab i Mansuy (2012) istražuju neuralne mehanizme otpornosti na stres te faktore o kojima ovisi aktivacija procesa nastanka stresa u organizmu. Rezultati pokazuju kako osim o percepciji pojedinca o tome nalazi li se u stresnoj situaciji, aktivacija neurološkog sustava ovisi i o načinima na koji se pojedinac suočava sa situacijom u kojoj se nalazi (Franklin, Saab i Mansuy, 2012). Naime, autori navode kako su obrambeni mehanizmi pojedinca ključni u minimizaciji efekata stresa te kako pojedinci čiji su mehanizmi obrane usmjereni na aktivno rješavanje

problema mogu tijekom vremena razviti otpornost na stres nasuprot pojedincima koji se u svom suočavanju oslanjaju na pasivne mehanizme obrane (Franklin, Saab i Mansuy, 2012). Istraživanje također nudi implikacije o genetskoj osnovi otpornosti te postojanju gena koji predviđa otpornost pojedinca na stres što dodatno istražuju Southwick, Vythilingam i Charney (2005) koji navode povezanost polimorfizma 5-HT gena koji igra ulogu u otpuštanju kortikotropnih hormona prisutnih u fiziološkoj reakciji na stres. Osim toga, istraživanje navodi i psihosocijalne faktore povezane s biološkim faktorima poput optimizma, kognitivne fleksibilnosti, obrambenih mehanizama i emocionalne regulacije koji u međusobnom djelovanju pridonose pojavi stresa i otpornosti na isti (Southwick, Vythilingam i Charney, 2005). Unatoč pitanju „nasljeđe nasuprot okolina“ znanstvenici se slažu kako je nastanak stresa i obrana organizma na njega višestruk pojam koji uvelike ovisi kako o utjecaju okoline, tako i o utjecaju samog pojedinca koji se s istim nosi (Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

1.3. Obrambeni mehanizmi

Termin obrambenih mehanizama ili strategija obuhvaća „prirođene ili naučene reakcije koje smanjuju frustraciju i/ili anksioznost koja je prati“ (Petz i sur., 2005, str. 305). Pri suočavanju sa stresnom situacijom, unutarnja napetost koja je prati može biti uspješno reducirana uporabom nekih od mehanizama obrane kojima se ljudska psiha štiti od neugodnih osjećaja koji je prate poput straha i neizvjesnosti (Petz i sur., 2005). Istraživanje obrambenih mehanizama započeo je još Sigmund Freud koji u svojim opservacijama pacijenata spominje mehanizme suočavanja poput projekcije, negiranja i izolacije (Baumeister, Dale i Sommer, 1998). Daljnja istraživanja (Carver, Scheier, Weintraub i Jagdish, 1989) dijele obrambene mehanizme prema usmjerenosti na određeni aspekt situacije u kojoj se pojedinac nalazi. Tako autori dijele mehanizme obrane na mehanizam usmjeravanja na problem (aktivno suočavanje, planiranje, supresija problema, natjecateljski usmjeren mehanizam, traženje socijalne podrške itd.), mehanizam usmjeravanja na emocije (traženje emocionalne podrške, pozitivna interpretacija, prihvaćanje, negiranje, usmjerenost na religiju itd.) te nekorisne mehanizme (ventiliranje emocija, ponašajno i emocionalno oslobađivanje emocija itd.). Nadalje, u istom kronološkom razdoblju, Andrews i Pollock (1989) kreću od suprotne pretpostavke: obrambeni mehanizam može biti ili prilagođen ili neprilagođen okolini. U tom tonu njihova validacija mehanizama kreće od kategorizacije obrambenih mehanizama unutar više kategorije obrambenih stilova koji sadrže za skup karakteristične mehanizme obrane (Andrews i Pollock, 1989). Prema Andrewsovoj i Pollockovoj kategorizaciji (1989), postoje tri vrste obrambenih stilova: zreli stil obrane, neurotski stil obrane i nezreli stil obrane od čega su zreli stilovi jedini

prilagođeni okolini. Zreli obrambeni stilovi obuhvaćaju mehanizme sublimacije, anticipacije, humora i supresije, dok neurotske i nezrele stilove obuhvaćaju mehanizmi poput pasivne agresije, negacije, idealizacije i brojnih drugih maladaptivnih mehanizama (Andrews i Pollock, 1989). U ovom istraživanju, kao pristup obrambenim mehanizmima odabrana je teorija Andrewsa i Pollocka zbog svoje sveobuhvatnosti i temeljite kategorizacije.

1.3.1. Obrambeni mehanizmi i hipertenzija

Povezanost tjelesnih i psihičkih simptoma u kontekstu fizioloških reakcija poput povišenog krvnog tlaka predstavljala je izazov znanstvenicima još od ranog razvoja psihologije kao znanosti, kao i samo istraživanje obrambenih mehanizama, no prva istraživanja koja su provedena u svrhu povezivanja ta dva pojma kreću tek krajem 20. stoljeća (Linden i Feuerstein, 1983). Naime Linden i Feuerstein u svom eksperimentalnom radu istražuju povezanost socijalnih mehanizama suočavanja s esencijalnom hipertenzijom. Uzorku od 80 dobrovoljaca obiteljskog centra od kojih su neki bolovali od hipertenzije u Floridi dani su upitnik obrambenih mehanizama i anksioznosti u socijalnim situacijama nakon čega su stavljeni su stvarne situacije te im je u isto vrijeme mjeran krvni tlak (Linden i Feuerstein, 1983). Rezultati pokazuju kako je skupina koja boluje od hipertenzije pokazala znatno veći stupanj anksioznosti unutar upitnika, dok je na području obrambenih stilova pokazan statistički značajno više korištenje obrambenog mehanizma supresije te manje percipiranog stresa u stvarnoj situaciji nasuprot sudionicima koji ne pate od hipertenzije (Linden i Feuerstein, 1983). Nasuprot tome, Beilin (1997) na australskom uzorku (N=654) istražuje sličnu povezanost ovih konstrukata no na općoj populaciji kako bi istražio prediktivnu uloga obrambenih mehanizama u pojavi visokog krvnog tlaka. Rezultati istraživanja pokazuju kako maladaptivni obrambeni mehanizmi imaju moderatorsku ulogu u pojavi visokog krvnog tlaka zbog činjenice kako je loše suočavanje sa stresom povezano s lošim zdravstvenim navikama poput pušenja, nezdrave prehrane i nedostatka tjelesne aktivnosti koji vode povišenom krvnom tlaku (Beilin, 1997). Slično istraživanje Lindquist, Beilin i Knuiman (1997) pokazuje kako obrambeni mehanizmi, a posebice njihova moderatorska uloga, imaju veću ulogu u pojavi povišenog krvnog tlaka nasuprot samom problemu/stresoru koji se javlja kod pojedinaca. Novija istraživanja poput Suthahar i Ramli (2011) uspoređuju obrambene mehanizme uzorka ljudi koji boluju od hipertenzije, nasuprot opće populacije. Rezultati pokazuju kako skupina sudionika koja pati od hipertenzije pokazuje značajno viši stupanj uporabe obrambenih mehanizama usmjeren na emocije te niži stupanj reakcija usmjerenih na problem nasuprot općoj populaciji (Suthahar i Ramli, 2011). Sukladno tome, Palagini, Bruno, Cheng, Mauri, Taddei, Ghiadoni i Morin (2015)

provode analizu na 300 pacijenata koji boluju od hipertenzije istražujući obrambene mehanizme koji koriste. Istraživanje pokazuje kako su niži rezultati u efektivnim obrambenim mehanizmima poput traženja socijalne podrške i pozitivnog preoblikovanja povezani s višim stupnjem negativnih simptoma hipertenzije poput loše arhitektonike sna i više percipiranog stresa (Palagini i sur., 2015).

1.3.2. Uloga obrambenih mehanizama u otpornosti na stres

Obrambeni mehanizmi već prethodno spomenuti u kontekstu procesualnog dijela suočavanja s novonastalim podražajem imaju i veliku ulogu u otpornosti na stres, što navode i istraživanja Beasley, Thompson i Davidson (2003) čiji rezultati pokazuje povezanost neadaptivnih obrambenih mehanizama s lošijim ishodima stresa, posebice njihovu moderatorsku ulogu u nastanku psihičkih poteškoća poput depresije, anksioznosti i sličnog. Također, Wilkinson, Walford i Espnes (2000) ističu koncept obrambenih mehanizama usmjerenih na emocije i na problem koji svaki zasebno mogu biti povezani s ishodima stresnih događaja. Nadalje, pregledni rad karakterizacije osoba otpornih na stres autora Skodol (1998), prema Dohrenwend (1998) pokazuje povezanost mehanizama humora i sublimacije s visokom otpornošću. Autor još spominje i mehanizam altruizma čija je funkcija okretanje prema socijalnoj okolini kako bi se umjesto svojih problema, kompenziralo rješavanje tuđih (Skodol, 1998, prema Dohrenwend, 1998). Najnovija istraživanja poput Rahat i Ilhan (2015) proučavaju aspekte funkcionalne prilagodbe i unutar studentske populacije te tako njihovo istraživanje pokazuje kako su otpornost na stres i obrambeni mehanizmi višestruko povezani te kako zajedno dobro predviđaju uspješnu prilagodbu na novonastale situacije, posebice emocionalnog tipa.

1.4. Emocionalna regulacija

Evolucijska perspektiva emocije objašnjava kao način adaptacije organizma na situaciju i strateško ponašanje u međuodnosu s okolinom što je fasciniralo brojne istraživače kako bi otkrili funkcionalnost istih i procese koji ih prate (Barret i Campos, 1987). Jedinka je prema tom poimanju morala strogo regulirati svoje emocije, istima privući partnera/icu i zadržati njihovu privrženost ili pak iskoristiti emocije kako bi se zaštitila od neugodnih podražaja ili posljedica iz okoline, primjerice aktivacijom mehanizama straha kako bi se zaštitila svim dostupnim resursima u tijelu (Kisak, 2016). Takva vrsta regulacije i u današnjim terminima omogućava jedinci da se zaštiti od neugodnih emocija koje bi mogle predstavljati prepreku u njenom normalnom funkcioniranju (Cole, Martin i Dennis, 2004). Emocionalna regulacija tako

se definira kao proces sposobnosti pojedinca da utječe na vrstu emocija koje su u njemu prisutne, kao i na njihovo doživljavanje i iskazivanje (Gross, 1999). Glavni teoretičar emocionalne regulacije je James Gross. U svojim djelima Gross (1999) navodi kako je primarna uloga emocionalne regulacije koordinacija sustava za odgovor - kako bi maksimizirala ugodu i minimizirala bol. Osim prethodno navedene evolucijske funkcije, Gross dodaje kako emocionalna regulacija ima i socijalni aspekt te omogućava pojedincu da primi informacije o namjerama sudionika i utječe na njihove emocije. Također, procesi emocionalne regulacije su u isto vrijeme nesvjesni i svjesni (Mayer i Salovey, 1995). Primjerice, svjesna promjena teme razgovora zbog neugodnosti iste predstavlja primjer svjesne emocionalne regulacije pomoću koje se pojedinac štiti od pokazivanja neugodnih emocija u socijalnom okruženju, dok se posezanjem za cigaretom uslijed anksioznosti ili poricanje može smatrati nesvjesnom emocionalnom regulacijom (Fredrickson i Levenson, 1994, prema Gross, 1999). Također, procesi emocionalne regulacije mogu biti kontrolirani ili automatizirani, mogu u svojoj srži imati neugodne ili ugodne emocije te imati svoje posljedice poput plakanja ili izoliranja iz socijalne situacije (Langston, 1994). Gross također opisuje i procese emocionalne regulacije: selekcija situacije, modifikacija situacije, usmjeravanje pažnje, kognitivna promjena i modulacija odgovora (Gross, 1999). Proces selekcije situacije obuhvaćaju pristup ili izbjegavanje situacija koje mogu izazvati određene emocionalne reakcije dok modifikacija situacije predstavlja trud pojedinca da se određena situacija promijeni (Gross, 1999). Nadalje, kognitivna promjena obuhvaća procese koji mijenjaju značaj situacije primjerice pomoću mehanizama ponovne procjene situacije, dok se usmjeravanje pažnje odnosi na selekciju dijelova situacije na koje fokusiramo pažnju, primjerice koncentrirajući se na određeni aspekt situacije (Gross, 1999). Završno, proces modulacije odgovora obuhvaća djelovanje na odgovor nakon što je podražaj već prošao kroz prethodno navedene procese (Gross, Richards i John, 2006). Novija istraživanja usmjerena na proučavanje emocionalne regulacije i kontrole poput istraživanja Adams i Webster (2012) usmjerena su prema medijatorskoj ulozi emocionalne regulacije u percepciji okoline i doživljenog stresa, tako se usmjeravajući na procese nošenja s novonastalim situacijama, bilo na poslu, bilo u životu.

1.4.1. Emocionalna regulacija i obrambeni mehanizmi

Procesni model emocionalne regulacije autora Grossa (1999) obuhvaća vremensku dimenziju te se način suočavanja razlikuje s obzirom na tren u kojem se događa. Tako autor navodi dvije glavne strategije: strategija usmjerena na prethodne događaje i strategija usmjerena na odgovore (Gross, 1999). Strategija usmjerena na prethodne događaje nastaje nakon utjecaja

emocije na pojedinca gdje pojedinac upotrebljava kognitivne strategije kojima mijenja svoje ponašanje i percepciju situacije. S druge strane strategija usmjerena na odgovore usmjerava se na emocionalni odgovor tijekom doživljaja emocije s ciljem umirivanja pojedinca (Gross, 2002). Glavna poveznica obrambenih mehanizama i emocionalne regulacije upravo je sadržana u procesima suočavanja. Tako se tijekom procesa emocionalne regulacije pokreću i obrambeni mehanizmi, poput primjerice supresije ili potiskivanja kako bi se s emocionalne strane pojedinac zaštitio od neugodnih posljedica (Montiero, Balogun i Oratile, 2014). Također, emocionalna regulacija dobro predviđa neke obrambene mehanizme, poput supresije, kognitivnog restrukturiranja i negiranja (Montiero, Balogun i Oratile, 2014).

1.4.2. Uloga emocionalne regulacije u otpornosti na stres

Osim već prethodno navedenih internaliziranih stanja koja izazivaju stres, emocionalna iskustva koja ga prate mogu imati i posljedice na eksternalnom planu pojedinca (Manson, 1975). Emocije koje prate stresna stanja su najčešće neugodne te se tako posljedično pojavljuju strah, tjeskoba, tuga itd. no poveznica između emocionalne regulacije i stresa upravo leži u prijelaznom stanju između reakcije i unutarnjih procesa doživljavanja stresa kroz emocionalni spektar (Lazarus i Folkman, 1984). Modulacijska funkcija emocionalne regulacije i stalna prilagodba funkcije stresa u svrhu kontrole situacije čine ova dva konstrukta višestruko povezanim (Wang i Saudino, 2011). U istraživanju Moriya i Takahashi (2013), metodom samoispitivanja emocionalne regulacije, interpersonalnog stresa i depresije na nekliničkom uzorku, dobiveni nalazi pokazuju kako je emocionalna regulacija (posebice manjak emocionalne jasnoće) statistički značajan medijator u odnosu stresa i razvoja depresije. Također, emocionalna regulacija predviđa subjektivne i simptomatske odgovore na stres i na kliničkoj populaciji te tako Lincoln, Hartmann, Koether i Moritz (2015) istražuju prediktivnu ulogu emocionalne regulacije na uzorku osoba oboljelih od psihotičnog poremećaja. Rezultati pokazuju kako emocionalna regulacija osim što dobro predviđa pojavu odgovora na stresni podražaj također predstavlja jedan od značajnih faktora otpornosti kod sudionika (Lincoln, Hartmann, Koether i Moritz, 2015). S neurološke strane, istraživanje Scult, Knodt i Swartz (2016) pokazuje i morfološke promjene u prefrontalnom korteksu kod osoba s niskom emocionalnom regulacijom i tolerancijom na stres, nasuprot sudionicima s umjerenom do visokom emocionalnom regulacijom i doživljavanjem stresa. Veza između emocionalne regulacije i stresa još uvijek nije detaljno istražena te mnogi autori navode kako je nužno provesti još istraživanja takve tematike (Lincoln, Hartmann, Koether i Moritz, 2015).

Navedeni rezultati istraživanja pokazuju važnost daljnjeg proučavanja emocionalne regulacije u kontekstu otpornosti na stres s obzirom da bi se učenjem strategija emocionalne regulacije uvelike povećao stupanj otpornosti na stresne poremećaje (Lincoln, Hartmann, Koether i Moritz, 2015). Važnost stjecanja emocionalnih kompetencija, emocionalne regulacije i kontrole na hrvatskom uzorku prepoznao je i Takšić (2009) koji navodi i neke programe poticanja emocionalne kompetentnosti i socijalnog učenja kao prevenciju emocionalnih poteškoća. Također, stres je postao neizostavan konstrukt, kako u svakodnevnom životu tako i u istraživačkim krugovima zdravstvene psihologije te njegovo proučavanje postaje jedan od imperativa zdravstvene psihologije s obzirom na podatke o njegovom djelovanju na organizam (Mayo Clinic, 2020). U kontekstu hipertenzije i bolesti kardiovaskularnog sustava, proučavanje faktora koji mogu prevenirati letalne ishode i povećati otpornost pacijenata na stresne podražaje neophodno je kako za znanost tako i za pojedinca (Williams i sur., 2004). Obrambeni mehanizmi, usko vezani uz procese emocionalne regulacije, stres i pacijente s hipertenzijom također su jedan od faktora kojima je potrebna dublja obrada kako bi se u hrvatskom zdravstvenom sustavu psiholozi usmjerili na psihoedukaciju temeljenu na znanstvenim relevantnim činjenicama dobivenim na hrvatskom uzorku pacijenata.

2. Cilj i problemi

Cilj istraživanja je ustvrditi prediktornu ulogu emocionalne regulacije i kontrole i obrambenih mehanizama u otpornosti na stres kod pacijenata koji boluju od hipertenzije te ispitati odnos emocionalne regulacije i kontrole, obrambenih mehanizama i otpornosti na stres.

Nadovezujući se na isto, postavljeni su sljedeći problemi:

1. Ispitati prediktornu ulogu emocionalne regulacije i kontrole i obrambenih mehanizama u otpornosti na stres kod pacijenata koji boluju od hipertenzije

H1: Emocionalna regulacija i kontrola i obrambeni mehanizmi imat će statistički značajnu ulogu u predviđanju otpornosti na stres na način da će viši stupanj emocionalne regulacije bolje predviđati otpornost na stres, dok će obrambeni stil koji će najbolje predviđati otpornost na stres biti nezreli.

2. Ispitati odnos emocionalne regulacije i kontrole, obrambenih mehanizama i otpornosti na stres

H2: Postoji statistički značajna povezanost emocionalne regulacije i kontrole s otpornosti na stres, pri čemu je viši stupanj emocionalne regulacije i kontrole povezan s višim stupnjem otpornosti na stres.

H3: Zreli obrambeni stilovi povezani su s višim stupnjem otpornosti na stres, dok su nezreli i neurotski obrambeni stilovi povezani s nižim stupnjem otpornosti na stres.

H4: Postoji statistički značajna povezanost emocionalne regulacije i kontrole i obrambenih stilova, posebice mehanizama supresije i negiranja

3. Metoda

3.1. Sudionici

U istraživanju je korišten prigodan uzorak dostupan putem društvenih mreža od ukupno 59 ispitanika. Određen broj upitnika u kojem su bitne čestice ostale neodgovorene isključen je iz istraživanja. U daljnju obradu uključene su samo osobe koje su potvrdile postojanje smetnji s povišenim krvnim tlakom te je tako broj sudionika ukupno pao na $N=39$ sudionika, od čega 33.3% muškaraca ($N=13$) i 67.7% žena ($N=26$). Varijabla bračnog statusa pokazuje kako je 56% sudionika ($N=22$) oženjeno/udano, 30.8% ($N=12$) neoženjeno/neudano, te je 12.8% udovac/udovica ($N=5$). Završeni stupanj obrazovanja sudionika kreće se od 7.7% ($N=3$) sa završenom osnovnom a 41% ($N=16$) sa srednjom školom, dok je fakultetski obrazovano 48.7% sudionika ($N=19$). Jedan sudionik nije odgovorio na pitanje. Radni status pokazuje 46.2% zaposlenih ($N=18$), 10,3% nezaposlenih ($N=4$) kao i 10,3% studenata ($N=4$) te 33.3% umirovljenika ($N=13$). Raspon dobi kreće se od 20 do 84 godine s prosječnom dobi $M=48.56$ ($sd=18.70$). Pri tome 69.2% ispitanika ($N=27$) potvrđuje postojanje srčanih smetnji unutar obitelji dok 30.8% ispitanika ($N=12$) negira hereditet kardiovaskularnih smetnji. Od ukupnog uzorka sudionika s hipertenzijom, redovito se kod kardiologa kontrolira 30.8% ($N=12$) dok je bez liječničkog nadzora čak 69.2% ($N=27$). Postotak sudionika koji ne boluju od kakvih drugih bolesti uz hipertenziju je 51.3% ($N=20$), dok od ostalih kardiovaskularnih bolesti boluje 17.9% ($N=7$), respiratornih bolesti 7.7% ($N=3$), hormonalnih bolesti 10.3% ($N=4$), bolesti imunološkog sustava 2.6% ($N=1$), autoimunih bolesti 7.7% ($N=3$) te koštanih bolesti 2.6% ($N=1$). Srčani udar je doživjelo 7.7% sudionika ($N=3$).

3.2. Instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja korištena je baterija upitnika koja se sastoji od: Upitnika demografskih podataka koja uključuje sociodemografska pitanja (dob, spol, bračni status, broj djece, zanimanje te pitanja o zdravstvenim navikama: pušenje, konzumacija alkohola, učestalost tjelesne aktivnosti, redovitost kontrola kod kardiologa i uzimanje lijekova) Skale emocionalne regulacije i kontrole - ERIK (Takšić, 2003), Upitnika obrambenih stilova- DSQ-40 (Andrews, Singh i Bond, 1993) te Kratke skale otpornosti (Slišković i Burić, 2018).

3.2.1. Upitnik emocionalne regulacije i kontrole emocija- ERIK (Takšić, 2003)

Upitnik emocionalne regulacije i kontrole emocija sastoji se od 20 čestica koje mjere regulaciju i kontrolu negativnih emocija i raspoloženja. Svrha upitnika je procjena veličine učinka emocija i raspoloženja na mišljenje („Kad me strah nečega ili nekoga, obično ne mogu ništa pametno reći“), pamćenje („Dobro pamtim situacije u kojima sam bio/la ljut/a“) i ponašanje ispitanika („U bijesu i ljutnji izvičem se i na onoga tko mi nije ništa skrivio/la) uz procjenu sposobnosti emocionalne kontrole (Takšić, 2003). Sudionici odgovaraju na pitanja ljestvice Likertova tipa (1- *Uopće ne*, 2-*Uglavnom ne*, 3- *Kako kada*, 4- *Uglavnom da* i 5- *U potpunosti da*) te procjenjuju koliko se navedena tvrdnja odnosi na njih. Ukupan rezultat ljestvice formira se jednostavnom linearnom kombinacijom procjene na svakoj čestici pri čemu viši rezultat predstavlja lošiju regulaciju negativnih emocija (Takšić, 2003). Za potrebe ovog istraživanja zbog jasnoće interpretacije ukupni rezultat je rekodiran te viši rezultat predstavlja višu razinu emocionalne regulacije. Faktorska struktura predložena u teorijskom modelu Takšić (2003) pretpostavlja postojanje jednofaktorskog, dvo faktorskog i trofaktorskog rješenja. Takšić u općoj populaciji preporuča korištenje trofaktorske strukture. Pri tome prvi faktor obuhvaća *Utjecaj emocija i raspoloženja na mišljenje* ($\alpha > .70$), drugi faktor *Utjecaj emocija i raspoloženja na pamćenje* ($\alpha < .70$) i treći faktor *Kontrolu emocionalnih reakcija* ($\alpha < .60$). Prilikom testiranja svih triju modela, pokazale su se razlike u unutrašnjoj konzistenciji s obzirom na korišteni uzorak (Takšić, 2003). Na uzorku adolescenata i mlađe populacije najbolje se pokazao jednofaktorski model ($\alpha > .8$). Rezultat je poduprt teorijskom podlogom u kojoj adolescenti i osobe mlađe dobi nemaju dovoljno znanja o svojim emocijama te doživljavanju istih te će za razliku od osoba starije životne dobi imati manje iskustva u razlikovanju istih (Taylor, 1992 prema Takšić, 2003). Slaba pouzdanost trećeg kao i drugog faktora dobivena na općoj populaciji zahtjeva dvofaktorsku strukturu te tako autor predlaže spajanje trećeg i prvog faktora u jedan te preporuča korištenje takvog modela kod osoba starije životne dobi (Takšić,

2003). Unatoč navedenom, autor navodi kako model s jednim faktorom zadovoljava kriterije uz optimalnu unutarnju konzistenciju (Takšić, 2003). S obzirom na specifičnost uzorka, preporuke autora o korištenju skale te dobivenim Cronbach alfa koeficijentom, u ovom istraživanju odabran je jedan faktor pod nazivom „*Emocionalna regulacija i kontrola*“. Model je potvrđen provedenom eksplanatornom faktorskom analizom s Varimax rotacijom te navedeni faktor objašnjava 40.45% ukupne varijance uz adekvatan koeficijent pouzdanosti ($\alpha = .93$).

3.2.2. *Upitnik obrambenih stilova DSQ-40 (Defense Style Questionnaire 40, Andrews, Singh i Bond, 1993)*

Upitnik obrambenih stilova mjeri hijerarhiju obrambenih stilova, točnije tipične načine suočavanja pojedinaca s različitim životnim poteškoćama. Teorijsko polazište psihodinamskog pristupa obuhvaća pretpostavku da iako nesvjesni, obrambeni mehanizmi mogu biti mjerljivi na temelju samoprocjene ispitanika o reakciji na određene situacijske okolnosti (Bond 1983. prema Andrews, Singh i Bond, 1993). DSQ-40 ljestvica se sastoji od 40 pitanja koji se grupiraju oko 20 različitih obrambenih mehanizama. Svaki od mehanizama obuhvaća dva pitanja dok se obrambeni mehanizmi mogu grupirati u 3 široke skupine obrambenih stilova: *Zreli, Nezreli i Neurotski* (Andrews, Singh i Bond, 1993). S obzirom na učestalost pojave navedenih ponašanja u svakodnevici, svaki sudionik istraživanja procjenjuje koliko se navedena tvrdnja odnosi na njega na ljestvici od 1 („Uopće se ne slažem“) preko 5 („Niti se slažem, niti se ne slažem“) do 9 („U potpunosti se slažem“). Tako viši iskazani rezultat upućuje na češće korištenje mehanizma navedenog obrambenog stila, dok niži na rjeđe korištenje istoga. Ukupan rezultat za svaki od obrambenih mehanizama se računa kao prosječna vrijednost rezultata na dvije pripadajuće čestice, a ukupan rezultat za svaki od obrambenih stilova kao prosječna vrijednost obrambenih mehanizama izračunatih unutar svakog obrambenog stila. Zreli obrambeni stil obrane obuhvaća sublimaciju, anticipaciju, humor i supresiju. Primjer čestice za sublimaciju obuhvaća tvrdnja „*Rješavam se tjeskobe radeći nešto korisno (slikanje, obrađivanje drva...)*“ dok je za mehanizam anticipacije karakteristična čestica „*Kad se u životu moram suočiti s teškom situacijom pokušavam zamisliti kako će to izgledati i planirati načine na koje ću se suočiti s tom situacijom*“. Mehanizme humora i supresije predstavljaju čestice „*Obično mogu uvidjeti ljepšu stranu inače bolne situacije*“ i „*Mogu odgoditi razmišljanje o nekom problemu dok ne nađem vremena suočiti se s njim*“ koje uz navedene mehanizme zaokružuju zreli obrambeni stil suočavanja (Andrews. Singh i Bond, 1993). Nadalje, neurotski obrambeni stil obilježavaju mehanizmi negiranja, primjerice čestica „*Kad se borim za svoja prava imam potrebu ispričati*

se zbog toga“, pseudoaltruizma („Pričinjava mi zadovoljstvo pomagati drugima i ako mi se to ne omogući postanem depresivan/na“), idealizacije („Uvijek osjećam da je netko koga poznajem poput mog anđela čuvara“) i reaktivne formacije („Ako bi me netko napao i ukrao mi novac više bi volio/la da mu se pomogne nego da bude kažnjen“). Najobuhvatniji obrambeni stil Andrews i suradnici (1993). predstavljaju kroz mehanizme projekcije („Ljudi teže tome da se loše ponašaju prema meni“), pasivne agresije („Ako bi me moj šef naživcirao, namjerno bi radio/la sporije samo da se osvetim“), acting out-a („Često reagiram impulzivno kada mi nešto smeta“), izolacije („Često mi kažu da ne pokazujem svoje osjećaje“), devaluacije („Ponosim se svojom sposobnošću da pokažem ljudima gdje im je mjesto“), autističnih fantazija („Više stvari riješim u svojim maštanjima nego u stvarnom životu.“), poricanja („Ničega se ne bojim“), premještanja („Liječnici zapravo nikad ne razumiju što mi je“), disocijacije („Ignoriram opasnosti kao da sam supermen“), splitting-a („Po mom mišljenju ljudi su ili dobri ili loši“), racionalizacije („Nalazim dobre razloge za sve što radim.“), i somatizacije („Razbolim se kad mi stvari u životu krenu naopako“). Dokazani teorijski koeficijenti unutarnje konzistencije za svaki od pojedinačnih stilova pokazuju zadovoljavajuće vrijednosti: nezreli stil ($\alpha > .85$) pokazuje najviše vrijednosti dok zreli obrambeni stil i neurotski stil približno iste ($\alpha > .75$). U ovom istraživanju, korištena je hrvatska verzija upitnika iz 2008. godine, prijevod prof. Anite Vulić- Prtorić. Ljestvica je također psihometrijski obrađena te je konstruktna valjanost provjerena faktorskom analizom s Varimax rotacijom. Provjera je unaprijed određena s teorijski opravdana tri faktora. Tako je nezrelim obrambenim stilom objašnjeno 19.35% ukupne varijance uz vrijednost $\alpha = .87$ dok zreli obrambeni stil objašnjava 11.02% varijance s koeficijentom interne konzistentnosti $\alpha = .702$. Neurotski stil objašnjava najmanji dio varijance od 9.03% te samim time pokazuje najniži koeficijent unutarnje konzistentnosti Cronbach alfa od $\alpha = .64$.

3.2.3 Kratka skala otpornosti (Brief Resilience Scale, Smith, Dalen, Wiggins, Tooley, Christopher i Bernard, 2008)

Kratka skala otpornosti Smitha i suradnika (2008), u hrvatskom prijevodu autorica Slišković i Burić (2018) mjeri konstrukt otpornosti, operacionaliziran u kontekstu uspješnog oporavka od stresne situacije kod ispitanika nakon događaja koji je kod pojedinca percipiran kao stresan. Skala se sastoji od 6 čestica od čega su tri čestice pozitivnog smjera (primjer: „Ne treba mi puno da se oporavim nakon stresnog događaja“) a tri negativnog smjera (primjer čestice: „Teško mi je oporaviti se nakon što se dogodi nešto loše“). Ispitanici su ovisno o doživljaju navedene tvrdnje u istraživanju procjenjivali rezultat na ljestvici Likertova tipa koja

se sastoji od 5 stupnjeva (1- „*Uopće se ne slažem*“, 2- „*Ne slažem se*“, 3- „*Niti se slažem niti se ne slažem*“, 4- „*Slažem se*“ i 5- „*U potpunosti se slažem*“). Rezultat se nakon rekodiranja čestica negativnog smjera izražava kao prosječan rezultat na svim česticama gdje se viši rezultat odnosi na veći stupanj otpornosti (Slišković i Burić, 2018). Pri provjeri koeficijenta unutarnje konzistentnosti, autorice predlažu jednofaktorsku strukturu te na temelju dobivenih vrijednosti iznose podatke o zadovoljavajućoj internoj pouzdanosti ($\alpha = .82$). Sukladno potrebi za provjerom psihometrijskih karakteristika ljestvice u ovom istraživanju, provedena je faktorska analiza s Varimax rotacijom kako bi se ustvrdile značajke mjernog instrumenta. Pri prvotnoj analizi dobiveni Cronbach alfa iznosio je vrijednost $\alpha = .67$. Daljnjim postupcima ustvrđujemo kako bi se izbacivanjem čestice „*Obično se brzo oporavim nakon teških vremena*“ koeficijent unutarnje konzistencije povećao na optimalnu vrijednost $\alpha > .7$. Za potrebe istraživanja, čestica je izuzeta iz daljnje analize te se tako koeficijent interne konzistentnosti povećao na vrijednost $\alpha = .71$. Tako je kroz daljnji postupak istraživanja prihvaćen jednofaktorski model s varijablom pod nazivom „*Otpornost na stres*“.

3.3. Postupak

Usljed specifičnosti odabranog uzorka, nacrt s detaljnim obrazloženjem je poslan Etičkom povjerenstvu Fakulteta hrvatskih studija na procjenu etičnosti. Nakon dobivene dozvole Etičkog povjerenstva fakulteta planirani postupak obuhvaćao je provođenje istraživanja u zdravstvenim ustanovama te su planirane ustanove zdravstvene skrbi bile Srčana - poliklinika za prevenciju kardiovaskularnih bolesti, KBC Rebro i Dom zdravlja Centar. Situacijske okolnosti zbog pojave COVID-19 virusa uslijed koje je krizni stožer Vlade Republike Hrvatske objavio odluku o odlasku u zdravstvene ustanove u samo hitnim slučajevima, zbog sigurnosti sudionika i istraživača planirano uzorkovanje nije bilo moguće. Tako je kreirana online anketa u programu *Google forms* koja je distribuirana putem Facebook objava u grupe za umirovljenike i grupe studentskih domova kako bi se pronašli pojedinci koji pate od hipertenzije. Ostatak uzorka namjeran je te je anketa prosljeđena poznanicima koji pate od povišenog krvnog tlaka te tehnikom snježne grude poznanicima osoba koje su ispunile upitnik. Prije ispunjavanja upitnika, sudionicima je pismeno objašnjena svrha istraživanja te zajamčen način prikupljanja podataka koji štiti njihove osobne podatke, sukladno donesenoj GDPR regulativi. Zajamčeno je kako se ispunjeni podaci neće upotrebljavati izvan okvira pisanja diplomskog rada. Također je naglašeno kako će se rezultati analizirati na grupnoj razini te kako ne postoji mogućnost da se individualan rezultat poveže sa samim sudionikom. Uputa sudionicima obuhvaćala je smjernice za točan način ispunjavanja upitnika te su zamoljeni da

na pitanja odgovaraju iskreno bez puno razmišljanja uz napomenu kako u cijelom upitniku nema netočnih odgovora. Sudionici su obavješteni kako razina stresa ili neugode nije veća od one koju doživljavaju u svakodnevnom životu te kako neće biti izloženi nikakvim neugodnim posljedicama. Navedeno je i kako u svakom trenutku mogu odustati od istraživanja te kako je ispunjavanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno. Po završetku ispunjavanja ankete, sudionici su informirani na koju se mail adresu mogu obratiti za dodatna pitanja ili povratnu informaciju o rezultatima istraživanja.

4. Rezultati

U Tablici 1. opisani su deskriptivni podaci sudionika (N=39), bračni status, prisustvo djece, spol, status zaposlenja te završeni stupanj obrazovanja.

Tablica 1. *Osnovni deskriptivni podaci sudionika (N=39)*

		<i>f</i>	<i>%</i>
Spol	Muškarci	13	33.3
	Žene	26	66.7
Završeni stupanj obrazovanja	Osnovna škola	3	7.7
	Srednja škola	16	41.0
	Fakultet	19	48.7
Radni status	Zaposlen/a	18	46.2
	Nezaposlen/a	4	10.3
	Student/ica	4	10.3
	Umirovljenik	13	33.3
Bračni status	Oženjen/udana	22	56.4
	Neoženjen/neudana	12	30.8
	Udovac/ica	5	12.8
Imate li djece?	Da	26	71.8
	Ne	11	28.2

Prikaz rezultata u Tablici 1. pokazuje kako je većina sudionika pretežno ženskog spola, sa završenim fakultetom te zaposleno. Također, većina sudionika je u braku te ima djecu. Osim navedenog, prosječna dob sudionika u istraživanju bila je 48.5 godina (sd=18.07).

Nadalje, s obzirom kako je istraživana populacija osoba koje boluju od hipertenzije, deskriptivni podaci usmjereni na zdravstvene navike sudionika pokazuju kako 25.6% sudionika ne uzima lijekove za hipertenziju (n=10) te se 69.2% ne kontrolira redovno kod svog kardiologa (n=27). Također, hereditet kardiovaskularnih bolesti potvrđuje čak 69.2% sudionika (n=27) te je 7.7% doživjelo srčani udar (n=3). Sudionici navode osim povišenog tlaka i druge smetnje te tako 59.7% sudionika navodi pojavu bolesti poput ostalih kardiovaskularnih bolesti (17.9%), respiratornih (7.7%), hormonalnih (10.9%), imunoloških (2.6%), autoimunih (7.7%) te bolesti sustava organa za kretanje (2.6%). Nadalje, podaci pokazuju i kako 43.6% sudionika konzumira alkoholna pića više od 1 puta tjedno, dok 17.9% sudionika puši. Također, procijenjena tjelesna aktivnost sudionika pokazuje kako se 28.2% sudionika uopće ne bavi tjelesnom aktivnošću, dok se više od jednom tjedno bavi čak 71.8% sudionika.

U Tablici 2. opisani su deskriptivni podaci za mjere obrambenih stilova (zreli, neurotski i nezreli) te za mjeru emocionalne regulacije i kontrole te otpornosti na stres. Također, tablica pokazuje i mjere Kolmogorov-Smirnov testa ispitivanja normalnosti distribucija za svaku od pojedinih varijabli.

Tablica 2. Prikaz deskriptivnih podataka i Kolmogorov Smirnov testa za obrambene stilove, emocionalnu regulaciju i otpornost na stres (N=39)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min	Maks	Zakrivljenost	Kurtičnost	<i>z</i>
Zreli OS	5.38	1.47	1.63	8.13	-.602	-.031	.119
Nezreli OS	4.38	1.38	1.83	8.04	.629	.200	.200*
Neurotski OS	4.41	1.46	1.75	7.50	.284	-.247	.200*
Emocionalna regulacija i kontrola	59.82	15.84	23	99	.006	.248	.200*
Otpornost na stres	2.91	.73	1	4	-.326	.627	.020

Napomena: OS- obrambeni stil, *p<.05, **p<.01

Tablica 2. pokazuje kako sudionici umjereno često upotrebljavaju zreli obrambeni stil. Naime, sudionici su od navedena tri obrambena stila najčešće upotrebljavali zreli obrambeni stil, nešto manje neurotski obrambeni stil, dok je najrjeđa uporaba stila bila ona nezrelog obrambenog stila. S obzirom kako se raspon rezultata skale obrambenih stilova kretala u rasponu 1-9, maksimalna uključenost sudionika na sva tri obrambena stila bila je na rasponu 1-8.13 te se tako može vidjeti kako se nijedan od sudionika nije maksimalno poistovjetio s nijednim od navedenih stilova. Ukupan rezultat na skali emocionalne regulacije i kontrole kreće se u rasponu 23-99 što pokriva velik dio teorijskog raspona ljestvice (20-100) te se može reći kako je prosječan rezultat znatno viši od teorijskog prosjeka ljestvice što pokazuje nižu razinu emocionalne regulacije i kontrole. S druge strane, varijabla otpornosti na stres nije zadovoljila potpuni teorijski raspon rezultata (1-5) te je maksimalna vrijednost sudionika 4, s prosjekom nešto višim od pretpostavljene aritmetičke sredine.

Normalnost raspodjela varijabli testirana je Kolmogorov- Smirnov testom te je vidljivo kako raspodjela rezultata na varijablama emocionalne regulacije i kontrole te nezrelim i neurotskim obrambenim stilom značajno odstupa od normalnosti dok zreli obrambeni stil i otpornost na stres ne odstupaju od normalnosti. S obzirom kako ne postoje ekstremna odstupanja u zakrivljenosti i simetričnosti (Milas, 2005) pretpostavlja se kako je preduvjet normalnosti raspodjele zadovoljen.

Tablica 3. Rang lista upotrebljivanih obrambenih mehanizama kod pacijenata s hipertenzijom prema kriteriju aritmetičke sredine (N=39).

Rang	Obrambeni mehanizam	M	Obrambeni mehanizam	M
1.	Racionalizacija	6.087	Reaktivna formacija	4.385
2.	Humor	5.602	Izolacija	4.321
3.	Sublimacija	5.577	Poricanje	4.013
4.	Supresija	5.397	Somatizacija	4.141
5.	Acting out	5.205	Disocijacija	4.129
6.	Anticipacija	4.923	Devaluacija	4.064
7.	Pseudoaltruizam	4.769	Idealizacija	4.064
8.	Splitting	4.602	Autistične fantazije	4.013
9.	Premještanje	4.589	Pasivna agresija	3.782
10.	Negiranje	4.423	Projekcija	3.500

Tablica 3. pokazuje najčešće upotrebljavane obrambene mehanizme rangirane prema prosječnoj vrijednosti ukupnog rezultata. Unutar zrelog stila suočavanja najviši prosjek rezultata predstavljao je obrambeni mehanizam humor (sd=2.056), dok je najniži predstavljala anticipacija (sd=2.225). U neurotskom stilu najvišu prosječnu vrijednost imao je mehanizam pseudoaltruizma (sd=2.198) dok najnižu mehanizam idealizacije (sd=2.283). Unutar nezrelog stila, obrambeni mehanizam koji odskaka od ostalih je racionalizacija te ujedno ima najvišu prosječnu vrijednost od svih obrambenih mehanizama (sd= 1.884) dok je najniža vrijednost ukupno te unutar nezrelog stila mehanizam projekcije (sd=2.093).

Tablica 4. *Prikaz povezanosti obrambenih stilova, emocionalne regulacije i kontrole i otpornosti na stres (N=39).*

	Zreli OS	Nezreli OS	Neurotski OS	Emocionalna regulacija i kontrola
Otpornost na stres	.281	-.441**	-.021	-.608**
Zreli obrambeni stil		.227	.560**	-.165
Nezreli obrambeni stil			.313	.562**
Neurotski obrambeni stil				.234
Emocionalna regulacija i kontrola				

Napomena: OS – obrambeni stil, *p<.05, **p<.01

Tablica 4. pokazuje kako je otpornost na stres pozitivno no nisko povezan sa zrelim obrambenim stilom što znači da porastom uporabe zrelog obrambenog stila raste i otpornost na stres no ne i statistički značajno (p>.05). Otpornost na stres nije povezana s neurotskim obrambenim stilom i to neznačajno te u najnižoj mogućoj vrijednosti u usporedbi s ostalim varijablama (p>.05) Nasuprot tome, otpornost na stres je statistički značajno povezana s nezrelim obrambenim stilom te se tako porastom uporabe nezrelog obrambenog stila smanjuje otpornost na stres (p<.01). Sukladno tome, statistički značajnu povezanost s otpornosti na stres pokazuje i emocionalna regulacija i kontrola i to u najvećoj mogućoj mjeri čime predstavlja varijablu koja je najviše povezana s otpornosti na stres i to na način da smanjenjem emocionalne

regulacije i kontrole opada vrijednost otpornosti na stres ($p < .01$). Također, neke od međusobnih interkorelacija varijabli pokazale su se značajnima. Pacijenti koji boluju od hipertenzije koji češće koriste zreli obrambeni stil, također statistički značajno više koriste i neurotski obrambeni stil ($p < .01$). Također, nezreli obrambeni stil statistički je značajno povezan s višom emocionalnom regulacijom i kontrolom te pacijenti koji učestalije koriste nezreli obrambeni stil imaju značajno niži stupanj emocionalne regulacije i kontrole. Interkorelacija ostalih varijabli nije značajna ni ne prelazi vrijednost od $r = .24$.

Statistička analiza provedena u ovom istraživanju temelji se na prethodnoj povezanosti navedenih varijabli. Kako bi se ustvrdila planirana regresijska analiza, potrebno je osvrnuti se na uvjete koji moraju biti zadovoljeni za provedbu odabrane metode. Veličina uzorka jedan je od preduvjeta za nastavak rada te prema Miles i Shelvin (2001) potrebno je zadovoljiti uvjet o minimalnom broju sudionika koji iznosi umnožak broja prediktora koji su korišteni s 10 sudionika. U ovom istraživanju planirani broj prediktora je 4 (zreli, nezreli i neurotski obrambeni stil te emocionalna regulacija i kontrola) što ukupno daje idealan broj od 40 sudionika. Broj sudionika u ovom istraživanju je 39, no s obzirom na situacijske i društvene okolnosti i specifičan uzorak, nemogućnost dolaska do sudionika spada u nedostatke istraživanja te smjernice za buduće radove.

Kako bi se ispitaio doprinos emocionalne regulacije i kontrole, obrambenih stilova u objašnjavanju otpornosti na stres, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Upotrijebljen je set od dva bloka, prvi blok sadržavao je emocionalnu regulaciju i kontrolu, dok je drugi blok sadržavao obrambene stilove (neurotski, zreli i nezreli). Obima blokovima objašnjeno je 43.1% ukupne varijance, od čega je statistički značajan doprinos imala varijabla emocionalne regulacije i kontrole s 36.9% objašnjene varijance otpornosti na stres, dok blok obrambenih stilova nije statistički značajan te objašnjava 6.2% ukupne varijance otpornosti na stres.

Tablica 5. Rezultati multiple regresijske analize predviđanja otpornosti na stres (N=39)

Kriterij	Prediktori	β	R	R ²	Korekcija R ²	Stand. pogreška prognoze	F
Otpornost na stres			.657	.431	.364	.582	6.443*
	Emocionalna regulacija i kontrola	-.45*					
	Zreli OS	.25					
	Nezreli OS	-.22					
	Neurotski OS	.09					

Napomena: OS- obrambeni stil,* p < .05

R- koeficijent multiple korelacije, R²-koeficijent determinacije, df-stupnjevi slobode, β - beta koeficijent

Cilj multiple regresijske analize bio je ustvrditi ukupan doprinos emocionalne regulacije i kontrole te obrambenih stilova u objašnjavanju otpornosti na stres. Tablica 5. pokazuje kako je skupom prediktora (emocionalnom regulacijom i kontrolom te obrambenim stilovima) objašnjeno ukupno 43.1% zajedničke varijance (p<.05). S obzirom na statističku značajnost, jedina varijabla koja ima značajnu prediktivnu snagu je emocionalna regulacija i kontrola koja statistički značajno predviđa otpornost na stres i to na način da visoka regulacija negativnih emocija i njihova povećana kontrola povećava otpornost na stres. Veličina beta pondera pokazuje kako su obrambeni mehanizmi loši u predviđanju otpornosti na stres uz p<.05.

5. Rasprava

Cilj istraživanja bio je utvrditi prediktivne snage emocionalne regulacije i obrambenih mehanizama u otpornosti na stres kod osoba koje boluju od hipertenzije, no sam početan odabir populacije te zdravstvene navike sudionika predstavljaju zaseban važan rezultat u kontekstu kulturoloških spoznaja. Tako rezultati pokazuju kako se više od polovice sudionika ne brine redovito o svom krvnom tlaku te se ne kontrolira redovito kod kardiologa što predstavlja neusuglašenost sa smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2016). Također, osim smjernica redovite kontrole, tjelesna aktivnost predstavlja jednu od važnih preventivnih aktivnosti, te se u ovom istraživanju može primijetiti kako se većina sudionika bavi tjelesnom aktivnošću barem jednom tjedno što predstavlja dobru praksu održavanja indeksa tjelesne mase koji je učinkovit u snižavanju krvnog tlaka prema istraživanju Williamsa i sur. (2004) s čime

se dobiveni uzorak može identificirati. Nasuprot tome, smjernica smanjenja unosa alkoholnih pića potvrđena od strane WHO (2016) ne predstavlja veliku važnost kod sudionika gdje rezultati pokazuju kako sudionici konzumiraju alkohol barem jednom tjedno, što bi se moglo pripisati kulturalnom utjecaju te lošim zdravstvenim navikama.

Rezultati dobiveni po pitanju korištenja obrambenih mehanizama kod osoba s hipertenzijom na generalnoj razini pokazuju kako su sudionici najčešće upotrebljavali zreli obrambeni stil. Takav rezultat djelomično je u skladu s istraživanjem Linden i Feuerstein (1983) koji su na uzorku hipertenzivnih pacijenata u situacijskim okolnostima istraživali pojavu obrambenih mehanizama i anksioznosti uslijed percipiranog stresa. Linden i Feuerstein (1983) opisali su uzorak hipertenzivara kao anksiozan u socijalnoj situaciji, no s manje percipiranog stresa uz pojavu visokog tlaka u stresnim situacijama. Slaganje s ovim istraživanjem pokazuje činjenica kako Linden i Feuerstein (1983) ističu korištenje mehanizma supresije kao jednog od dominantnih obrambenih mehanizama, dok se u ovom istraživanju supresija pokazala kao jedan od najčešće korištenih mehanizama uz ostale navedene zrele obrambene stilove. Nadalje, navedeni rezultat nije u skladu s istraživanjem Suthahar i Ramli (2011). Navedeni autori u svom istraživanju pokazuju kako osobe s hipertenzijom najčešće koriste obrambene mehanizme usmjerene na emocije i emocionalno naglašavanje istih (Suthahar i Ramli, 2011). Mehanizmi usmjereni na emocije polaze od pretpostavke Carvera i suradnika (1989) koji iste dijele prema usmjeravanju na problem (karakteristično aktivno suočavanje, planiranje i supresija) te usmjerene na emocije (traženje emocionalne podrške, pozitivnu interpretaciju, negiranje, premještanje na ostale aspekte poput religije) koji djeluju s ciljem umirivanja osjećaja nastalih uslijed emocionalno jakog podražaja. U ovom se istraživanju takvi mehanizmi prevedeni na skalu DSQ-40 mogu grupirati oko dva pojma koja autori spominju a suglasni su sa DSQ-40 skalom- mehanizmi negiranja i premještanja (Andrews i Pollock, 1989). Rezultati Suthahar i Ramli (2011) tako bi pokazali kako će osobe s hipertenzijom najčešće koristiti mehanizme negacije i premještanja, što se u ovom istraživanju pokazuje kao djelomično nesuglasno, s obzirom kako navedeni mehanizmi pokazuju nižu prosječnu vrijednost od ostalih obrambenih mehanizama. Nadalje, Beilin (1997) u svome radu objašnjava funkciju maladaptivnih mehanizama obrane kao moderatora u stvaranju loših zdravstvenih navika koje mogu biti faktor pogoršanja dijagnoze i komplikacija nastalih uslijed povišenog krvnog tlaka. Takva spoznaja mogla bi objasniti najvišu vrijednost mehanizma racionalizacije dobivenog u ovom istraživanju. Naime, racionalizacija kao takva spada u nezreli obrambeni stil te je karakterizira suočavanje usmjereno na racionalno objašnjenje svojih postupaka koje brani najčešće negativna

ponašanja poput loših navika (Petz i sur., 2005). Takav pristup može objasniti i neka loša prethodno navedena zdravstvena ponašanja, poput neodlaska liječniku, pušenja i češće konzumacije alkohola, gdje osoba koja boluje od hipertenzije racionalizira svoja ponašanja objašnjenjem kako se osjeća dobro jer najčešće ne osjeća simptome povišenog tlaka. Takvu pretpostavku podupire i istraživanje Lindquist, Beilin i Knuiman (1997) koji ističu visoku moderatorsku ulogu obrambenih mehanizama u hipertenziji koja ima i veću ulogu u pogoršanju dijagnoze od vrste stresora. Dobiveni rezultati mogu se poistovjetiti s navedenim, unatoč tome što je dominantni mehanizam usmjeren na kognitivno tumačenje situacije kod pojedinca, upravo zbog moderatorske uloge koja može pridonijeti rizičnom ponašanju koje može ili ne mora dovesti do eventualnog pogoršanja dijagnoze i razvoj težih komplikacija kardiovaskularnog sustava. Nadalje, rezultati pokazuju kako se obrambeni mehanizam izolacije ne koristi toliko često kod osoba s hipertenzijom što nije u skladu s istraživanjem Palagini i suradnici (2016) koji ističu slabu uporabu korištenja mehanizama traženja socijalne podrške. Važno je napomenuti kako su u istraživanju sudjelovali i studenti kojima je navedena komponenta socijalne podrške izrazito važna te se stoga rezultati mogu sagledati i iz perspektive višeg rezultata na navedenoj komponenti upravo zbog specifičnosti uzorka.

Nastavno na navedeno, rezultati pokazuju kako je emocionalna regulacija i kontrola povezana samo s nekim obrambenim stilovima što nije u skladu s početnom teorijskom podlogom. Naime, emocionalna regulacija statistički je značajno pozitivno povezana s korištenjem nezrelog obrambenog stila, na način da se porastom uporabe nezrelog obrambenog stila smanjuje emocionalna regulacija i kontrola. Teorijska podloga polazila je od pretpostavke kako će u skladu s istraživanjem Montiero, Balogun i Oratile (2014) emocionalna regulacija i kontrola biti povezana s mehanizmima supresije (zreli obrambeni stil) i negiranja (neurotski obrambeni stil). Takav rezultat unatoč tome što nije u skladu s početnom pretpostavkom može biti objašnjen metodološkim nedostacima jednofaktorskog izražavanja varijable emocionalne regulacije i kontrole dok je u istraživanju Montiero, Balogun i Oratile (2014) ta varijabla izražena višefaktorski.

Nadalje, istraživački problem usmjeren na utvrđivanje povezanosti emocionalne regulacije i kontrole i otpornosti na stres potvrđuje početnu hipotezu. Povezanost emocionalne regulacije i kontrole s otpornošću na stres vrlo je visoka i statistički značajna što zadovoljava prvi dio hipoteze kako će porastom emocionalne regulacije i kontrole rasti i otpornost na stres. Visoka povezanost u skladu je s teorijskom podlogom te rezultatima dobivenim na općoj populaciji autora Moriya i Takahashi (2013) koji unatoč kulturalnim razlikama naglašavaju

modulacijsku funkciju emocionalne regulacije uslijed jakog stresnog podražaja u razvoju psihičkih bolesti, primjerice depresije te navode kako su faktori poput niske emocionalne jasnoće povezani s višom reakcijom na stres. Ovakvi rezultati mogu se objasniti s teorijskom podlogom glavnih teoretičara stresa. Lazarus i Folkman (1984) navode kako je poveznica emocionalne regulacije i stresa u prijelazu unutarnjih doživljaja kroz emocije i njihovo izražavanje. Takav prijelaz može se protumačiti i kroz evolucijsku perspektivu koja navodi kako visoka razina stresa traži nužno visoku razinu emocionalne regulacije i kontrole koja aktivira sve dostupne resurse u tijelu kako bi se organizam obranio od neugodnih podražaja (Kisak, 2016). Visoka kontrola emocija tako predstavlja višu sposobnost pojedinca da se obrani od izvora opasnosti i usmjeri na rješavanje situacije (Kisak, 2016). Rezultati su u skladu i s teorijskom podlogom Cole, Martin i Dennis (2004) te dokazuju kako visoka regulacija od neugodnih podražaja ili posljedica iz okoline predstavlja bolju funkcionalnost za pojedinca, time povećavajući njegovu prilagodbu i normalno funkcioniranje.

Suprotno prvotnoj pretpostavci, otpornost na stres nije povezana sa svim obrambenim mehanizmima. Naime, hipoteza postavljena na početku istraživanja predviđala je pozitivnu povezanost otpornosti na stres sa zrelim, a negativnu povezanost s nezrelim i neurotskim stilom. Rezultati pokazuju kako je jedina statistički značajna povezanost između otpornosti na stres i nezrelog obrambenog stila, na način da se višom razinom uporabe nezrelog obrambenog stila, snižava otpornost na stres. Takav nalaz u skladu je s radom Beasley, Thompson i Davidson (2003) koji ističe maladaptivne obrambene mehanizme i njihovu povezanost s lošijim nošenjem sa stresom. S obzirom kako je u ovom istraživanju najviše korišten upravo nezreli obrambeni mehanizam racionalizacije, takav rezultat djelomično u skladu je i s radom Franklin, Saab i Mansuy (2012) u kojem je istaknuto kako su pojedinci koji su usmjereni na pasivno suočavanje sa stresnim podražajima, poput uporabe obrambenih mehanizama koji nisu adaptivni (zreli) razvijaju manju otpornost na stres te se teže prilagođavaju situacijskim okolnostima. Nasuprot tome, autori pretpostavljaju visoku povezanost adaptivnih (zrelih) mehanizama s otpornošću na stres što nije dobiveno u ovom istraživanju, već je povezanost zrelog obrambenog stila s otpornošću na stres bila niska i neznačajna. Unatoč visokom rezultatu na rang ljestvici aritmetičkih sredina korištenih mehanizama u ovom istraživanju, s obzirom na korelacije ne može se reći kako je pretpostavljena hipoteza u potpunosti potvrđena, posebice zbog specifičnosti korištenog uzorka.

Prva hipoteza o utvrđivanju statistički značajne prediktivne uloge emocionalne regulacije i kontrole te obrambenih mehanizama u otpornosti na stres koja je predstavljala

glavno polazište ovog istraživanja svojim je rezultatima pokazala djelomičnu zadovoljivost. Naime, obrambeni mehanizmi pokazali su neznčajnu ulogu u predviđanju otpornosti na stres kod pacijenata koji boluju od hipertenzije te nijedan ne pokazuje statistički značajnu prediktornu snagu u pojavi otpornosti na stres. Najveći beta ponder postigao je zreli obrambeni stil što ako se izuzme kriterij značajnosti može biti relativno u skladu s istraživanjem Rahat i Ilan (2015) koji navode konstrukt funkcionalnih obrambenih mehanizama koji mogu biti povezani s manjim stresom u novonastalim situacijama. Također, istraživanje Southwick, Vythilingam i Charney, (2005) predstavlja slične implikacije koje ističu kako su obrambeni mehanizmi koji u sebi sadrže kognitivnu fleksibilnost i optimistično suočavanje dobri prediktori otpornosti na stres, što nije pokazano u ovom istraživanju. Tumačenje navedenih rezultata može biti pokrijepljeno specifičnosti uzorka koji je različit od opće populacije na kojoj su dobiveni teorijski rezultati te činjenicom kako proces nastanka stresa i obrane od istog ovisi i o brojnim drugim karakteristikama koje mogu biti situacijski i kulturološki obojane.

Nadalje, emocionalna regulacija i njena visoka prediktivna snaga predstavljaju glavni rezultat ovog istraživanja. Na dobivenom uzorku emocionalna regulacija i kontrola objašnjavaju skoro pola varijance otpornosti na stres s visokom statistički značajnom prediktivnom ulogom. Tako visoka regulacija negativnih emocija predviđa pojavu otpornosti na stres kod pacijenata s hipertenzijom što je u skladu s istraživanjem Southwick, Vythilingam i Charney (2005) koje ističe važnost emocionalne regulacije u predviđanju uspješnosti nošenja sa stresom. Takav rezultat u skladu je i s istraživanjem Lincoln, Hartmann, Koether i Moritz (2015) koje je na uzorku psihičkih bolesnika dobilo slične rezultate. Osim dobrog predviđanja odgovora na stres, emocionalna regulacija bila je i značajan faktor u razvoju otpornosti (Lincoln, Hartmann, Koether i Moritz, 2015). Ovakav rezultat pokazuje iznimnu važnost upravo u kontekstu osoba koje pate od hipertenzije. Naime, teoretičari koji su pokušali ustvrditi proces nastanka stresa u organizmu, višestruko su spominjali tjelesnu simptomatiku kao jedan od faktora koji predstavljaju posljedicu odgovora na stres. Već i Selye (1956) opisuje opći proces stresa kroz fazu uzbune, fazu odupiranja i fazu iscrpljenja. Navodi i tjelesne posljedice iste, poput povećane količine kortizola u krvi, ostalih fizioloških posljedica, no posebice pojavu povećanog srčanog ritma uz konačnu fazu- fazu iscrpljenja koja uslijed velike količine stresa dovodi tijelo do slabljenja kroz oslabljeni imunološki sustav i smanjenu otpornost na podražaje iz okoline, samim time i na stres (Selye, 1956). Selye ističe procese hipertenzije i hiperkalemije i upozorava na njihovu prediktivnu snagu u razvitku srčanih bolesti (Selye, 1970). Sukladno tome, i Alexander (1954) u svojoj psihoanalitičkoj teoriji stresa ističe emotivnu napetost i njeno

međudjelovanje s psihosomatskim simptomima koje trajnim djelovanjem ostavlja dugoročna oštećenja u organizmu. Također, emocionalna regulacija kao jedan od faktora koji utječu na samu pojavu stresa, njeno djelovanje i konačno sama otpornost na stres u ovom istraživanju potvrđuje i Lazarusovu teoriju stresa. Povlačenjem paralele između općeg adaptacijskog sindroma autora Seleya, Alexandrove teorije napetosti s Lazarusovom holističkom teorijom stresa, u konačnici svakako ističe zajednički nazivnik- afektivni odgovor te emocionalno doživljavanje situacije koji svakako predstavlja jedan od glavnih čimbenika u doživljaju stresa. Lazarus (1966) osim toga ističe i percepciju ugroženosti koja se u ovom kontekstu djelomično može povezati s Grossovom kognitivnom promjenom kao dijelom procesa emocionalne regulacije. Gross (1999) navodi kako kognitivna procjena obuhvaća procese koji mijenjaju značaj situacije pomoći ponovne procjene situacije i pojedinčeve uključenosti u istu. Takvo tumačenje slično je Lazarusovoj percepciji ugroženosti koja unutar svoje definicije spominje istu kognitivnu procjenu koja podliježe kontekstu u kojem se pojedinac nalazi (Lazarus, 1960). U ovome istraživanju, upravo su se emocionalna regulacija i kontrola istaknule kao glavni pokazatelj otpornosti na stres budući da je dobivena značajna prediktivna snaga u otpornosti na stres i visoka povezanost ova dva konstrukta. Tako će pojedinci koji se bolje nose sa svojim emocijama biti uspješniji u otpornosti na stres čime se može pretpostaviti i bolji ishod dijagnoze, odgovornije zdravstveno ponašanje i bolje zdravlje pojedinaca.

5.1. Metodološki nedostaci istraživanja i smjernice za buduće radove

Vrlo je važno spomenuti kako unatoč dobrim rezultatima i potvrđenim hipotezama, ovo istraživanje ima neke metodološke nedostatke. Jedan od glavnih nedostataka svakako su društvene okolnosti koje su pridonijele nastanku rada. Naime, istraživanje je započelo krajem veljače 2020. u vrijeme pandemije COVID-19 virusom. Osim činjenice kako se tijekom istraživanja nije moglo pristupiti bolnicama i ustanovama u kojima bi se skupio uzorak, okolnosti uslijed ispunjavanja upitnika mogle su djelovati na rezultate rada. Primarno, istraživanje ima malen broj sudionika, jedva dovoljan za provedbu analiza i metodoloških postupaka dokazivanja navedene hipoteze što je značajan nedostatak u odnosu na prethodna istraživanja koja koriste vrlo velik uzorak pacijenata s hipertenzijom i bolje strukturirane nacrt (Cole, Martin i Dennis, 2004). U budućim istraživanjima svakako se preporuča da se broj sudionika poveća na određenu razinu kako bi se mogao uključiti veći broj sudionika i time dodatno potvrditi navedene hipoteze. Uzorak je tako u ovom istraživanju bio prigodan, prikupljen putem društvenih mreža koje nisu sigurne te ne omogućuju dobro praćenje identiteta sudionika, već svatko može ispuniti navedeni upitnik. Za buduća istraživanja, poželjno bi bilo

prikupiti uzorak na mjestima u kojima se kontroliraju osobe koje boluju od hipertenzije-ambulantama, specijalističkim ordinacijama ili društvima osoba koje boluju od hipertenzije kako bi se uzorak bio valjan i relevantan po svim traženim karakteristikama. Nadalje, jedan od faktora koji su mogli utjecati na rezultate je svakako pandemija COVID-19 virusom. Naime, uslijed zaraze virusom, tijekom ožujka kad je teklo prikupljanje sudionika proglašeno je izvanredno stanje koje je osim fizičkih ostavilo i psihičke posljedice na Hrvatsku te je porasla te se može pretpostaviti kako će potreba za savjetovanjima i terapijom biti sve veća, kako u općoj populaciji, tako i osoba koje boluju od fizičkih bolesti. Tako postoji vjerojatnost da su na rezultate utjecale društvene prilike te da su pojedina doživljavanja sudionici projicirali na rješavanje ovog upitnika. Sukladno tome, bilo bi dobro ovo istraživanje replicirati u manje zahtjevnim i turbulentnim okolnostima, primjerice nakon nekog vremena od stišavanja pandemije COVID-19 virusom. Prijedlog za buduća istraživanja svakako bi bio i longitudinalno praćenje pacijenata od otkrivanja dijagnoze do njenog poboljšanja/pogoršanja. Jedan od prijedloga svakako je i eksperimentalan pristup koji bi unutar nezavisnih varijabli imao psihoedukaciju o promjeni načina doživljavanja emocija i efektivnog korištenja obrambenih mehanizama. Takvim praćenjem utvrdila bi se uzročno-posljedična veza ove dvije varijable što svakako ima veći znanstveni značaj na tu tematiku (Milas, 2008). Također, istraživanja navedena u ovome radu provedena su na raznim kulturama (primjerice Yusuf i sur., 2004). Istraživanje ovakve tematike kroz kroskulturalnu perspektivu nudilo bi novi pristup u razumijevanju navedenih konstrukata te bi osim znanstvenih spoznaja imalo i značajan utjecaj na kvalitetu života pacijenata koji boluju od hipertenzije.

5.2. Implikacije i praktična primjena rezultata istraživanja

Kardiovaskularne bolesti i komplikacije uslijed istih jedan su od glavnih uzroka smrtnosti, kako u svijetu, tako i u Hrvatskoj (HZZZJ, 2016). Praktična primjena ovog istraživanja, osim rezultata koji su smjernice za daljnja istraživanja, svakako ima koristi u kliničkoj i zdravstvenoj praksi, za rad psihologa i ostalih stručnjaka koji se bave sličnom tematikom. Nalazi istraživanja pokazuju kako velik dio otpornosti na stres upravo ovisi o emocionalnoj regulaciji i kontroli osoba koje boluju od hipertenzije. Nadalje, poznavanje obrambenih mehanizama koji pacijenti koriste može pomoći u reguliranju terapije, stvaranju zdravih navika i holističkom pristupu svakom pojedincu. Negativne posljedice stresa koje su prethodno već dokazane u svim aspektima ljudskog djelovanja svakako se odnose i na srčane bolesnike (Steptoe i Kivimaki, 2012). Čak i istraživanja provedena na hrvatskom uzorku navode negativno djelovanje stresa na promjene u kardiovaskularnom sustavu (Šupe i sur.,

2011). Potreba za osnaživanjem i povećanjem otpornosti na stres tako bi trebala predstavljati imperativ u borbi s kardiovaskularnim bolestima. Ovaj rad pokazuje jasnu smjernicu prema putu otpornosti na stres. Organiziranjem radionica o važnosti emocionalnog doživljavanja i ulozi emocionalne regulacije i kontrole u procesu bolesti svakako bi poboljšalo nošenje sa stresom a samim time i pogoršanje bolesti i eventualne komplikacije. Kako na grupnoj razini, implikacije istraživanja imaju koristi i na individualnoj razini savjetovatelja koji rade s pacijentima sa hipertenzijom. Usmjeravanje na emocije unutar terapije svakako bi olakšalo pacijentovo doživljavanje okolnih podražaja, poboljšalo njegovu kvalitetu života i pružilo jasnu smjernicu u borbi protiv kardiovaskularnih bolesti.

6. Zaključak

Glavni cilj ovog istraživanja bio je ustvrditi prediktivnu snagu emocionalne regulacije i kontrole te obrambenih mehanizama u otpornosti na stres osoba koje boluju od hipertenzije. Također, cilj istraživanja bio je utvrditi eventualnu povezanost između navedenih konstrukata. Glavni nalazi istraživanja pokazuju kako osobe koje boluju od hipertenzije najčešće koriste obrambeni mehanizam racionalizacije. Također, postoji statistički značajna povezanost između nezrelog obrambenog stila i otpornosti na stres, na način da višim korištenjem nezrelog obrambenog stila pada otpornost na stres pojedinca. Otpornost na stres povezana je i s emocionalnom regulacijom i kontrolom, na način da je viši stupanj emocionalne regulacije i kontrole povezan s višim stupnjem otpornosti na stres. Također, emocionalna regulacija i kontrola pokazuje visoku prediktivnu snagu u objašnjavanju otpornosti na stres s visokim stupnjem objašnjene varijance otpornosti na stres. Interkorelacije između prediktora pokazuju srednje visoku značajnu povezanost emocionalne regulacije i kontrole s nezrelim obrambenim stilom. Za buduća istraživanja predlaže se povećanje uzorka i kroskulturalni pristup, kao i prijedlog provođenja eksperimenta s psihoedukacijom pacijenata koji boluju od hipertenzije. Podaci dobiveni ovim istraživanjem imaju praktičnu primjenu u radu zdravstvenih psihologa i stručnjaka koji se susreću s pacijentima koji boluju od hipertenzije s ciljem jačanja otpornosti na stres i prevencije komplikacija krvožilnog sustava.

Literatura

- Adams, G. A. i Webster, J. R. (2013). Emotional regulation as a mediator between interpersonal mistreatment and distress, *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 22(6), 697-710.
- Alexander, F. (1954). Psychoanalysis and psychotherapy, *Journal of American Psychoanalytic Association*, 2(4), 722-733.
- Alexander, F., Glenn, W.F., Foster, S., Clemens, T. i Bland, W. (1961). Experimental Studies of Emotional Stress: Hyperthyroidism. *Psychosomatic Medicine*, 22(2), 104-112.
- Andrews, G., Singh, M. i Bond, M. (1993). The Defense Style Questionnaire. *The Journal of nervous and mental disease*, 181(4), 246-56.
- Andrews, M. D. i Pollock, C. (1989). The Determination of Defense Style by Questionnaire. *Archive of Genetic Psychiatry*, 46(5), 455-460.
- Barrett, K. C., i Campos, J. J. (1987). Perspectives on emotional development II: A functionalist approach to emotions. *Handbook of Infant Development*, 5(14), 555-578.
- Baumeister, R. F., Dale, K. i Sommer, K. L. (1998). Freudian Defense Mechanisms and Empirical Findings in Modern Social Psychology: Reaction Formation, Projection, Displacement, Undoing, Isolation, Sublimation, and Denial. *Journal of Personality*, 66(1), 1090-1092.
- Beasley, M., Thompson, T., i Davidson, J. (2003). Resilience in responses to life stress: The effects of coping style and cognitive hardiness. *Personality and Individual Differences*, 34(1), 77-95.
- Beevers, D.G., Lip, G.Y.H. i O'Brien, E.T. (2007). *ABC of Hypertension*. UK: BMJ Books.
- Beilin, L.J. (1997). Stress, Coping, Lifestyle and Hypertension: A Paradigm for Research, Prevention and Non-Pharmacological Management of Hypertension, *Clinical and Experimental Hypertension*, 19(5-6), 739-752.
- Brown, G., i Harris, T. (1978). Social origins of depression: A reply. *Psychological Medicine*, 8(4), 577-588.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
- Carretero, O.A. i Oparil, S. (2000). Essential hypertension. Part I: Definition and etiology. *Circulation*, 101(3), 329-350.
- Cicchetti, D. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York: Cambridge University Press.
- Cohen, S., Kessler, R.C. i Gordon, L.U. (1997). *Measuring Stress: A Guide for Health and Social Scientist*. New York: Oxford University Press.

- Cole, P. M., Martin, S. E. i Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317-333.
- Čustović, Bergovec i Banfić (2007). *Kardiovaskularne bolesti: priručnik za liječnike primarne zdravstvene zaštite*. Zagreb: Školska knjiga.
- Darwin, C. (1859). *On the Origin of Species by means of natural selection, or the preservarion of favoured race sin the struggle for life*. London: Murray.
- Dohrenwend, B. P. (1998). *Adversity, Stress and Psychopatology*. New York: Oxford University Press.
- Franklin, T. B., Saab, B. J. i Mansuy, I. M. (2012). Neural mechanisms of stress resilience and vulnerability. *Neuron*, 75(5), 747-761.
- Gross, J. J., Richards, J. M. i John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* 2(1), 13-35.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & emotion*, 13(5), 551-573.
- Hill Rice, V. (2011). *Stress, Coping and Health: Implications for Nursing Research, Theory and Practice*. Wayne State University: SAGE.
- Homo- Delarche, F., Fitzpatrick, F., Christeff, N., Nunez, E., Bach, J.F. i Dardenne, M. (1991). Sex, Stereoids, Glucocorticoids, stress and autoimmunity. *Journal of Stereoid Biochemical Molecular Biology*. 40(1), 619-637.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo, (2019). *Izvešće o umrlim osobama u Hrvatskoj*. Zagreb: Služba za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2017). *Kardiovaskularne bolesti: saznajte Vaš krvni tlak*. Zagreb: Služba za epidemiologiju i prevenciju kroničnih nezaraznih bolesti. Pribavljeno 21.4. sa stranice <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/saznajte-koliki-je-vas-krvni-tlak/>
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo, (2008). *Bolesti cirkulacijskog (krvožilnog) sustava, Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema MKB-10*, (str. 403-404).
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Psihosocijalne odrednice tjelesnog zdravlja: stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kisak, P.F. (2016). *The Evolution of emotion*. UK: Independent Publishing Platform.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Malarkey, W.B., Caciopo J. T. i Glaser, R. (1994). Stressful Personal relationship: Immune and Endocrine Function. *Handbook of Human Stress and Immunity*. 12(4), 321-339.
- Langston, C. A. (1994). Capitalizing on and coping with daily-life events: Expressive responses to positive events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1112–1125.

- Lazarus, R. S., i Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1960). Stress coping and Defense Mechanisms: A review of Concepts of stress coping in the early 1960. *Psychology Studies*, 11(1), 167-194.
- Leino, P. (1989). Symptoms of stress predicts musculoskeletal disorders. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 43(3), 395-434.
- Lincoln T. M, Hartmann M, Köther U., i Moritz S. (2015). Dealing with feeling: Specific emotion regulation skills predict responses to stress in psychosis. *Psychiatry* 228(2), 216-222.
- Linden, W., i Feuerstein, M. (1983). Essential Hypertension and Social Coping Behavior: Experimental Findings. *Journal of Human Stress*, 9(3), 22–31.
- Lindquist, T. L., Beilin, L.J. i Knuiman, M.W. (1997). Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension*, 29(1), 1-7.
- Masten, A. S. i Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist*. 53(2), 205-220.
- Mayer, J. D. i Salovey, P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. *Emotion, disclosure and health* , 8(2), 25–154.
- Mayo Clinic (2020). Stress symptoms: Effects on your body and behavior. Pribavljeno 25.4. s adrese <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/stress-management/in-depth/stress-symptoms/art-20050987>
- Merriam Webster Dictionary (2020). Encyclopedia Britannica Online. Prikupljeno 26.4.2020. sa stranice: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/resilience>
- Meyer, R.J. i Haggerty, R.J. (1962). Streptococcal infections in families. *Pediatrics*, 29(1), 539-549.
- Milas, G. (2008). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Monroe, S. M., i Simons, A. D. (1991). Diathesis-stress theories in the context of life stress research: Implications for the depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 110(3), 406–425.
- Monteiro, N. M., Balogun, S. K., i Oratile, K. N. (2014). Managing stress: The influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(2), 153–173.
- Moriya, J., i Takahashi, Y. (2013). Depression and interpersonal stress: The mediating role of emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 37(3), 600-608.

- Neilson, E., Brown, G.W. i Marmot, M. (1989). *Life Events and Illness*. University of London: Bedford New College.
- Palagini, L., Bruno, R. M., Cheng, P., Mauri, M., Taddei, S., Ghiadoni, L. i Morin, C. M. (2016). Relationship between insomnia symptoms, perceived stress and coping strategies in subjects with arterial hypertension: psychological factors may play a modulating role. *Sleep Medicine*, 19(1), 108–115.
- Petz, B., Furlan, I., Kljajić, S., Kolesarić, V., Krizmanić, M., Szabo, S. i Šverko, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Rahat, E. i Ilhan, T. (2015). Coping Styles, Social Support, Relational SelfConstrual, and Resilience in Predicting Students' Adjustment to University Life. *Educational Science: Theory and Practice*, 16(1), 187-208.
- Sapolsky, R. M. (2009). Stress, Glucocorticoids, and Damage to the Nervous System: The Current State of Confusion. *The International Journal on the Biology of Stress*, 64(1), 1-19.
- Scult, M. A., Knodt, A. R. i Swartz, J. R. (2016). Thinking and Feeling: Individual Differences in Habitual Emotion Regulation and Stress-Related Mood Are Associated With Prefrontal Executive Control. *SAGE Journal*, 5(1), 150-157.
- Selye, H. (1983). *The stress concept: Past, Present and Future*. New York: Wiley New York.
- Selye, H. (1970) The evolution of the stress concept: Stress and cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology*, 26(3), 289-299.
- Selye, H. (1970). Stress and aging. *Journal of American Geriatrics Society*, 18(9), 669-680.
- Selye, H. (1976). Stress without Distress. *Psychopatology of Human Adaptation*. 137-146.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Slišković, A. i Burić, I. (2018). Kratka skala otpornosti. *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*, 9(1), 7-13.
- Southwick, S.M., Vythilingham, M. i Charney, D. S. (2005). The psychobiology of depression and resilience to stress: implications for prevention and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 255-291.
- Stephoe A. i Kivimaki M. (2012). Stress and cardiovascular disease. *National Review of Cardiology*, 9(6), 360-370.
- Suthahar, A. i Ramli, M. (2011). Coping styles and lifestyle factors among hypertensive and non-hypertensive subjects. *Singapore medical journal*, 52(1). 29-34.
- Šupe, S., Poljaković, Z., Kondić, Lj., Unušić, L. i Alvir, D. (2011). Neurološke osnove stresa i rizik razvoja moždanog udara. *Neurologia Croatica*, 60(1), 21-28.
- Takšić, V. (2009). Programi za poticanje emocionalne i socijalne kompetentnosti kod djece i adolescenata. *Suvremena psihologija*, 12(2), 355-370.

- Takšić, V. (2003). Skala emocionalne regulacije i kontrole (ERIK): provjera faktorske strukture. *Psihologijske teme*, 12(1), 43-54.
- Vasan, R.S., Beiser, A., Seshadri, S., Larson, G., Kannel, W.B., D'Agostino, B. i Levy, D. (2002). Residual Lifetime Risks for Developing Hypertension in Middle-aged Women and Men. *JAMA*, 287(8), 1003-1010.
- Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., Avezum, A., Lanas, F., McQueen, M., Budaj, A., Pais, P., Varigos, J. i Lisheng, L. (2004). Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries: case– control study. *Lancet*, 364 (9438), 937–952.
- Wang, M., i Saudino, K. J. (2011). Emotion regulation and stress. *Journal of Adult Development*, 18(2), 95–103.
- Werner, E. E. i Smith, R. S. (2001) *Journeys from Childhood to Midlife: Risk, Resilience, and Recovery*. New York, NY: Cornell University Press.
- Williams, B, Poulter, N.R., Brown, M.J., Davis, M., McInnes, G.T., Potter, J.F. i Sever, P.S., (2004) British Hypertension Society guidelines for hypertension management 2004 (BHS-IV). *British Medical Journal*, 67(10), 328-634.
- Wilkinson, R.B., Walford, W.A. i Espnes, G.A. (2000). Coping styles and psychological health in adolescents and young adults: A comparison of moderator and main effects models. *Australian Journal of Psychology*, 52(3),155-162.
- World health organization (2016). Cardiovascular diseases: health topics. Pribavljeno 20.4.2020. s adrese [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Health Organization (2013). A global brief on hypertension: silent killer, global public health crisis. Pribavljeno 20.4.2020. s adrese https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_en_g.pdf?sequence=1