

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za psihologiju

**KVALITETA ŽIVOTA ŽENA S HASHIMOTOVIM TIREOIDITISOM:
ULOGA SIMPTOMA BOLESTI, OSOBINA LIČNOSTI I STRATEGIJA
SUOČAVANJA**

Diplomski rad

Martina Počrníć

Mentor: Dr. sc. Tena Vukasović Hlupić

Zagreb, 2017.

SADRŽAJ

UVOD.....	1
Kvaliteta života vezana uz zdravlje	2
Osobine ličnosti	4
Suočavanje sa stresom	6
CILJ	8
PROBLEMI I HIPOTEZE	8
METODA.....	9
Postupak.....	9
Sudionici	9
Instrumenti	10
REZULTATI	13
RASPRAVA.....	19
Metodološki nedostaci i praktične implikacije	25
ZAKLJUČAK.....	28
LITERATURA	29
PRILOZI.....	33

Kvaliteta života žena s Hashimotovim tireoiditisom: uloga simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja

Quality of life among women with Hashimoto's thyroiditis: the role of symptoms, personality and coping strategies

Martina Pocrnić

Sažetak: Hashimotov tireoiditis (HT) kronična je autoimuna upala štitnjače koja predstavlja najčešći uzrok hipotireoze u područjima uredne saturacije jodom. Unatoč njenoj visokoj prevalenciji, istraživanja o kvaliteti života oboljelih od te bolesti štitnjače su rijetka. Cilj ovoga rada je ispitati ulogu prisutnosti simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja na procjenu kvalitete života vezanu uz zdravlje kod osoba s HT-om. Istraživanje je provedeno internetskim upitnikom na uzorku od 528 punoljetnih žena. Korišteni su instrumenti BFI za procjenu osobina ličnosti, Skraćeni COPE za procjenu strategija suočavanja i Upitnik kvalitete života za pacijente s bolestima štitnjače za procjenu kvalitete života i prisutnosti simptoma. Nalazi pokazuju da sudionice najviše rezultate postižu na skalama umora, anksioznosti i skali simptoma hipotireoze na Upitniku kvalitete života za pacijente s bolestima štitnjače. Hijerarhijska regresijska analiza pokazala je kako postavljeni prediktorski model objašnjava oko dvije trećine varijance kvalitete života. Veća prisutnost simptoma gušavosti, hipertireoze i hipotireoze, viši rezultati na skali neuroticizma i niži na ekstraverziji i ugodnosti te više korištenje izbjegavajućeg načina suočavanja predviđa sniženu kvalitetu života. Najvažniji prediktor je neuroticizam. Dobiveni nalazi uglavnom su u skladu sa sličnim istraživanjima te imaju važne praktične implikacije.

Ključne riječi: Hashimotov tireoiditis, kvaliteta života vezana uz zdravlje, osobine ličnosti, strategije suočavanja

Abstract: Hashimoto's thyroiditis (HT) is chronic autoimmune thyroid inflammation, which is the most common cause of hypothyroidism in areas with sufficient iodine intake. Despite its high prevalence, research on quality of life on patients with HT are quite rare. The aim of this study is to examine the role of the presence of symptoms, personality traits and coping strategies on health-related quality of life in people with HT. The survey was conducted using an online questionnaire on a sample of 528 adult women. The following instruments were used: *BFI* for personality assessment, *COPE Brief* for evaluation of coping strategies and Quality of life questionnaire for patients with thyroid disease for assessing the quality of life and the presence of symptoms. The results show that participants achieve the highest scores on fatigue, anxiety and hypothyroid symptoms scales on Quality of life questionnaire for patients with thyroid disease. Hierarchical regression analysis suggested that all predictors together explains about two thirds of the quality of life variation. The greater presence of goitre symptoms, hyperthyroid symptoms and hypothyroid symptoms, higher scores on the scale of neuroticism and lower on extraversion and agreeableness, and more use of the avoidance coping predicts impaired quality of life. The most important predictor was neuroticism. Findings are generally consistent with similar research and have important practical implications.

Keywords: Hashimoto's thyroiditis, health-related quality of life, personality, coping strategies

UVOD

Štitnjača je jedna od najvažnijih endokrinih žlijezda u ljudskome tijelu. Hormoni koje luči, tiroksin (T4) i trijodtironin (T3), važni su za uravnoteženu funkciju cijelog organizma te se smatra da ne postoji gotovo ni jedan organ ili tkivo u našem tijelu koje nije pod utjecajem tih hormona (Cikač i Sambol, 2015). Važni su za krvožilni i dišni sustav, mozak, djeluju na kretanje, spavanje i probavu te rad ostalih žlijezda. Sudjeluju i u održavanju bazalnog metabolizma stanica, kojeg njihov manjak ili višak mogu znatno usporiti, odnosno ubrzati (Wentz i Nowosadzka, 2013). S druge strane, sama štitnjača je vrlo podložna imunološkim promjenama zbog čega su njena najčešća patologija autoimune bolesti, u područjima uredne saturacije jodom (Baretić, 2012). Jedna od tih najčešćih bolesti je kronična autoimuna upala štitnjače – Hashimotov tireoiditis.

Hashimotov tireoiditis (HT) je poremećaj endokrinološkog i imunološkog sustava u kojem štitnjača proizvodi antitijela koja napadaju vlastito tkivo, što dovodi do njene upale te često do posljedično slabije aktivnosti. Naime, upravo se HT smatra najčešćim uzrokom hipotireoze - stanja u kojem dolazi do smanjenog izlučivanja hormona štitnjače (Vrhovac, Jakšić, Reiner i Vucelić, 2008). Bolesti štitnjače općenito su dominantno ženske bolesti pa se tako HT javlja 5 do 20 puta više kod žena u odnosu na muškarce (Kumar i Robbins, 2007; prema Repplinger i sur., 2008). Što se tiče prevalencije, smatra se da antitijela na tireoglobulin (antiTG) i na tireoidnu peroksidazu (antiTPO), koja su prisutna kod HT-a, ima 2-20% žena i 0-6% muškaraca, a učestalost bolesti generalno raste s dobi (Vrhovac i sur., 2008). Problem s HT-om je što najčešće napreduje sporo i neprimjetno, a oboljeli su često asimptomatski i dolaze liječniku tek kada s vremenom zbog netretiranog HT-a počinju imati druge probleme, poput hipotireoze, hipertireoze (povećanog lučenja hormona štitnjače) ili guše, povećanja štitnjače (Vrhovac i sur., 2008). Također, bolest se može i manifestirati na različite načine. Najčešće počinje hipertireozom, a zatim se dolazi u stanje hipotireoze, koja je zapravo najizraženiji simptom Hashimota. Hipotireoza je karakteristična po mnogim nespecifičnim simptomima, poput kroničnog umora, bolova u zglobovima i mišićima, otežane koncentracije, porasta tjelesne težine, bradikardije, suhe kože itd. (Cikač i Sambol, 2015). Ono što je poznato, i zanimljivo sa psihološkog stajališta, jest da hipotireoza može rezultirati i prepoznatljivim psihičkim manifestacijama. Naime, hipotireoza je primjer

tjelesne bolesti koja svojim simptomima nalikuje depresiji (umor, problemi s koncentracijom) te se kod osoba koje imaju smanjen rad štitnjače pronalazi i više depresivnih simptoma u odnosu na osobe koje imaju zdravu štitnjaču (Constant i sur., 2005). Unatoč tome što se najčešće pojavljuje s hipotireozom, HT može sa sobom nositi dijagnozu i simptome hipertireoze, poput tremora, tahikardije, pojačanog znojenja, anksioznosti i slično (Wentz i Nowosadzka, 2013). No, ako se otkrije i tretira na vrijeme, moguće je da ne dođe do disfunkcije rada štitnjače pa su oboljeli u stanju eutireoze, odnosno normalne razine hormona štitnjače u krvi. S druge strane, HT, posebno ako je netretiran, može dovesti i do ozbiljnijih posljedica kao što su kardiovaskularne bolesti ili neplodnost (Wentz i Nowosadzka, 2013). S obzirom na te razne i brojne manifestacije i simptome koje oboljeli mogu imati te činjenice da se radi o neizlječivoj kroničnoj bolesti, jasno je kako HT može značajno utjecati na kvalitetu života oboljelih. Budući da se bolesti štitnjače generalno ne smatraju životno ugrožavajućima te se za oboljele očekuje podjednaka duljina života kao kod opće populacije, upravo se procjena kvalitete života osoba s bolestima štitnjače smatra sve više klinički relevantnom i važnom mjerom za procjenu zdravstvenog statusa oboljelih (Wong, Lang i Lam, 2016).

Kvaliteta života vezana uz zdravlje

Zdravlje je važan čimbenik koji utječe na kvalitetu života te individualni doživljaj zadovoljstva životom pojedinca, i to multidimenzionalno. Pogoršano zdravlje i prisutnost neke bolesti ne samo da može limitirati funkcioniranje zbog fizičkih simptoma, već sa sobom nosi i neke posredne učinke, poput promjene u radnoj sposobnosti, povećanja ovisnosti o drugima, loših navika (npr. smanjena tjelesna aktivnost) i slično, a sve to može dovesti i do promjena u psihičkom stanju pojedinca (Vuletić, 2013). U današnje vrijeme sve se više stavlja naglasak na subjektivni doživljaj zdravlja i kvalitete života kroničnih bolesnika nezavisno od objektivnih mjera. Koncept kvalitete života sveobuhvatan je pojam koji obuhvaća i zdravstveno stanje, ali i razne druge aspekte života (npr. obiteljsko ili ekonomsko stanje) pa se u kontekstu zdravstvenih istraživanja obično koristi termin kvalitete života vezane uz zdravlje (eng. *health-related quality of life* - HRQL). To je zapravo dio općeg koncepta kvalitete života koji se odnosi specifično na zdravlje osobe te procjenu funkcioniranja, blagostanja i opće percepcije zdravlja u fizičkoj, mentalnoj i socijalnoj domeni (Apolone i Mosconi, 1998). Procjena HRQL-a zapravo predstavlja procjenu utjecaja bolesti na sve relevantne dimenzije života pojedinca (Watt i sur., 2006)

Postoje različite mjere HRQL-a te ih se može međusobno razlikovati s obzirom na to jesu li generičke ili specifične. Generičke mjere zdravstvenog stanja su one koje su namijenjene za ispitivanje širokog aspekta zdravlja pa se smatraju primjenjivima za različite vrste bolesti i dijagnoza kao i za opću populaciju (Razvi, McMillan i Weaver, 2005). S druge strane, mjere specifične za bolesti su konstruirane za procjenu točno određenih dijagnostičkih skupina ili populacije pacijenata te sadrže samo ona pitanja i dimenzije koje su relevantne za određeno medicinsko stanje. One su osjetljivije od generičkih mjera te mogu bolje zahvatiti raznovrsne načine na koje se određena bolest može manifestirati kod pacijenata, ali se ne mogu koristiti za usporedbu različitih populacija niti na općoj populaciji (Razvi i sur., 2005). U većini postojećih istraživanja kvalitete života osoba s bolestima štitnjače, a posebno oboljelih od HT-a, korištene su generičke mjere (npr. Bianchi i sur., 2004; Ott i sur., 2005; Gulseren i sur., 2006), međutim razvijeno je i nekoliko specifičnih. Nedavno provedena velika analiza specifičnih mjera za bolesti štitnjače pokazala je kako najviše instrumenata ima za točno određeni poremećaj, kao što su Gravesova bolest¹ ili hipotireoza, ali nema za dijagnozu HT-a (Wong i sur., 2016). Međutim, nedavno je konstruiran prvi dobro standardiziran i validiran specifičan upitnik koji je primjenjiv za sve relevantne bolesti štitnjače, ThyPRO (Watt i sur., 2009). Razvijanje takvog instrumenta je važno zbog toga što različite bolesti štitnjače mogu koegzistirati ili se preklapati u kliničkoj slici, a i tretman jednog poremećaja (npr. hipertireoze) može dovesti do drugog (hipotireoze) (Watt i sur., 2007). Analiza Wonga i suradnika (2016) pokazala je kako od svih analiziranih instrumenata upravo ThyPRO ima najbolje karakteristike te se preporučuje za ispitivanje kvalitete života osoba s benignim bolestima štitnjače.

Unatoč visokoj prevalenciji, tek je manji broj studija istraživao kvalitetu života osoba s HT-om. Istraživanja su se većinski usmjeravala na osobe koje imaju dijagnozu hipotireoze. Jedan od razloga može biti taj što se smatra da eutireodan HT nije karakteriziran simptomima poput onih u stanju neke disfunkcije rada štitnjače pa samim time ne utječe značajno na HRQL. Međutim, istraživanja koja jesu proučavala utjecaj autoimunog tireoiditisa na HRQL pokazala su da nije nužno tako. Tako su Bianchi i

¹ Gravesova bolest je autoimuna bolest štitnjače u kojoj dominira difuzno povećanje i hiperfunkcija štitnjače.

suradnici (2004) otkrili kako i osobe s eutireodnim HT-om procjenjuju svoju kvalitetu života smanjenom u odnosu na opću populaciju Također, Ott i suradnici (2005) su pokazali da više razine antiTPO-a dovode do prisutnosti mnogobrojnih simptoma te snižene kvalitete života, unatoč eutireodnom stanju i to na različitim područjima – od generalnog zdravlja, fizičke aktivnosti, vitalnosti, socijalnog funkcioniranja do mentalnog zdravlja. Razina antiTPO-a povezana je i sa simptomskim skalama na ThyPRO upitniku kao i sa skalama psihološke dobrobiti i funkcioniranja (Watt i sur., 2012). Navedeni podaci vode do zaključka kako već razina antitijela, odnosno dijagnoza HT-a, nezavisno o točnoj disfunkciji štitnjače, igra ulogu u narušavanju HRQL-a. Sama činjenica da osoba ima neki problem sa štitnjačom može značajno umanjiti percepciju zdravlja, a postojanje hipotireoze ili hipertireoze uz HT samo još dodatno pridonosi ionako već narušenoj kvaliteti života (Bianchi i sur., 2004).

Spomenuta istraživanja koja jesu ispitivala HRLQ kod osoba s bolestima štitnjače te kod HT-a specifično, prvenstveno su medicinskog karaktera. Ona jesu pokazala da je kvaliteta života oboljelih narušena, međutim, postavlja se pitanja što sve može biti u podlozi toga. Prema definiciji Krizmanić i Kolesarića (1989; prema Vuletić, 2013), kvaliteta života je uz objektivne životne okolnosti i specifično iskustvo osobe, određena i karakteristikama ličnosti pojedinca. Postoje istraživanja koja su se zanimala za ulogu ličnosti i ostalih psiholoških čimbenika u kvaliteti života osoba s kroničnim bolestima, međutim takvo istraživanje na oboljelima od bolesti štitnjače, prema našim saznanjima, nije još provedeno.

Osobine ličnosti

Ličnost se odnosi na skup relativno trajnih i organiziranih psihičkih osobina i mehanizama koji utječu na interakcije pojedinca te njegovu adaptaciju na okolinu (Larsen i Buss, 2008). Postoje različiti modeli i taksonomije koje su pokušale opisati i obuhvatiti najvažnije crte ličnosti, a najveću potporu istraživača dobila je petodimenzionalna taksonomija Coste i McCraea – Petofaktorski model ličnosti (Larsen i Buss, 2008). Prema njemu, ličnost se opisuje s pet temeljnih, širokih crta: neuroticizam, ekstraverzija, ugodnost, savjesnost i otvorenost prema iskustvu. S obzirom na to da se smatra da one određuju relativno stabilan način interpretacije i reagiranja na različite situacije, razumno

je pretpostaviti kako igraju ulogu i u procjeni HRQL-a (Van Straten, Cuijpers, Van Zuuren, Smits i Donker, 2007).

U postojećim istraživanjima najčešće se utvrđivala veza neuroticizma i HRQL-a, ali recentna istraživanja kod osoba s kroničnim bolestima, poput dijabetesa tipa 1, astme, kongenitalne srčane mane, HIV-a ili pak kod psihijatrijskih entiteta, pokazala su da i ostale osobine Petofaktorskog modela, izuzev otvorenosti prema iskustvu, pokazuju povezanost s kvalitetom života te percipiranim fizičkim i psihološkim zdravljem (Rassart, Luyckx, Klimstra, Moons i Weets 2014; Van De Ven i Engels, 2011; Rassart i sur., 2013; Penedo i sur., 2003; Van Straten i sur., 2007). Najkonzistentniji rezultati jesu za vezu neuroticizma s HRQL-om. Neuroticizam je osobina koja opisuje prisutnost negativnog afekta, uključujući specifična emocionalna stanja poput anksioznosti, tuge, razdražljivosti i napetosti (Benet-Martínez i John, 1998). Ono što razlikuje osobe visoko i nisko na toj osobini jest varijabilitet raspoloženja tijekom vremena – osobe visoko na neuroticizmu češće mijenjaju raspoloženja od onih koji su nisko na toj dimenziji (Murray, Allen i Trinder, 2002; prema Larsen i Buss, 2008). Prema tome, nije iznenađujuće da istraživanja pokazuju kako osobe visoko na neuroticizmu procjenjuju nižu razinu HRQL-a u odnosu na one koji su nisko na toj osobini. Smatra se da je to zato što su takve osobe sklonije negativnom afektu i usmjerenije na simptome te imaju manje adaptivne i uspješne načine suočavanja sa stresom (Van De Ven i Engels, 2011).

Za ostale osobine ličnosti uglavnom se smatra da pridonose višoj procjeni kvalitete života. Ekstraverzija se odnosi na osobine vezane uz aktivnost i energiju, dominantnost, društvenost, izražajnost i ugodne emocije (Benet-Martínez i John, 1998). Upravo se smatra kako zbog doživljavanja ugodnih emocija osobe visoko na ekstraverziji imaju i višu procjenu HRQL-a jer one facilitiraju osjećaj subjektivne dobrobiti (Van De Ven i Engels, 2011). Osobina ugodnosti podrazumijeva prosocijalnu orijentaciju prema drugima i uključuje osobine kao što su altruizam, povjerenje i skromnost. (Benet-Martínez i John, 1998). To su osobe koje su obično omiljene među drugim ljudima, izbjegavaju sukobe te teže harmoniji i kooperativnosti u odnosima (Larsen i Buss, 2008). Zbog toga osobe visoko na ugodnosti vjerojatnije imaju veću socijalnu mrežu pa samim time i podršku u odnosu na osobe koje su nisko na toj osobini, a socijalna podrška igra važnu ulogu u adaptaciji na bolest (Branje, van Lieshout i van Aken, 2004; prema Van De Ven i Engels, 2011). Savjesnost opisuju marljive, samodisciplinirane i pouzdane

osobe koje su usmjerene prema cilju te izbjegavaju kršenje pravila (Larsen i Buss, 2008). Zbog toga bi savjesnije osobe trebale imati višu procjenu HRQL-a jer je za njih vjerojatnije da će uspjeti postići svoje ciljeve unatoč barijerama koje bolest postavlja pred njih (Van De Ven i Engels, 2011). Posljednja crta odnosi se na otvorenost prema iskustvu kojom se opisuje širina, dubina i složenost mentalnog i iskustvenog života pojedinca (Benet-Martínez i John, 1998). Rezultati istraživanja za tu crtu su najmanje konzistentni i obično se ne dobiva povezanost s dimenzijama HRQL-a. Međutim, moguće je da nekonformistički način razmišljanja koji imaju osobe visoko na toj dimenziji, olakšava suočavanje s činjenicom da se zbog svoje dijagnoze razlikuju od ostalih, što može imati pozitivne učinke na kvalitetu života (Van De Ven i Engels, 2011).

Na temelju rečenog, može se zaključiti kako ličnost predstavlja važan antecedent u percepciji kvalitete života. Međutim, važno je istražiti i koji ostali psihološki mehanizmi mogu igrati ulogu u toj procjeni. Različita istraživanja pokazala su važnost strategija suočavanja sa stresom.

Suočavanje sa stresom

Postojanje dijagnoze neke kronične bolesti podrazumijeva i potrebu pojedinca da se adekvatno nosi s njom. Bolest može prouzročiti brojne stresne situacije stoga je jasno kako adekvatna prilagodba ne ovisi samo o ozbiljnosti dijagnoze, već i o sposobnosti osobe da prikladno reagira na stresore. Suočavanje sa stresom definira se kao kognitivni i bihevioralni pokušaji svladavanja, podnošenja ili smanjenja zahtjeva koji predstavljaju prijetnju osobnim resursima ili ih nadilaze (Lazarus i Folkman, 1984; prema Montel i Bungener, 2007). Model suočavanja sa stresom, predložen od strane Folkmana i Lazarusa (1988; prema Hesselink i sur., 2004) pretpostavlja da, uz ličnost osobe i obilježja bolesti, stil suočavanja i psihosocijalni resursi za suočavanje imaju važnu ulogu u ishodu bolesti. Danas se najčešće govori o tri osnovna načina suočavanja sa stresom. Prvi način se odnosi na suočavanje koje je usmjereno na rješavanje problema ili pokušaj da se utječe na sam izvor stresa te se naziva problemsko suočavanje. S druge strane, emocionalno suočavanje predstavlja usmjerenost na smanjenje ili upravljanje neugodnim emocijama povezanih sa situacijom (Carver, Scheier, i Weintraub, 1989). Posljednja je strategija izbjegavajuće suočavanje koje uključuje različite ponašajne i kognitivne pokušaje odvajanja od stresne situacije i osjećaja povezanih s njom (Connor-Smith i Flachsbart, 2007). Općenito

gledajući, nijedan od tih načina suočavanja nije sam po sebi bolji ili lošiji, već se njegova prikladnost treba procjenjivati u odnosu na konkretnu situaciju. Tako se smatra kako izbjegavanje može biti dobro kod situacija koje kratko traju, a emocionalno suočavanje u početnim fazama te kada okolnosti i stresori doista nisu nimalo podložni našoj kontroli. Međutim, problemsko, izravno suočavanje smatra se najadaptivnijim načinom za dugoročne posljedice te kod kroničnih stresnih situacija (Arambašić, 1996).

Provedena su različita istraživanja koja su pokušala pokazati koji su načini suočavanja povezani s boljom procjenom HRQL-a kod različitih dijagnostičkih populacija, poput osoba s astmom, multiplom sklerozom ili psorijazom (Hesselink i sur., 2004; Montel i Bungener, 2007; Wahl, Hanestad, Wiklund i Moum 1999). Rezultati uglavnom pokazuju kako emocionalno i izbjegavajuće suočavanje doprinose nižoj procjeni kvalitete živote, a da je suočavanje usmjereno na problem najadaptivnije. To je potvrđeno i u meta-analizi 27 studija koje su istraživale odnos suočavanja s kroničnim bolestima na psihološku prilagodbu (Roesch i Weiner, 2001). Ako se pak gleda šire od tri osnovna načina suočavanja, studije na osobama s kroničnim bolestima općenito pokazuju da suočavanje koje karakterizira aktivnost, izražajnost i pozitivno razmišljanje rezultira višim razinama funkcioniranja i psihološke dobrobiti (Maes, Leventhal i Ridder, 1996; prema Wahl i sur., 1999).

Važno je naglasiti kako način na koji će pojedinac pristupiti nekoj stresnoj situaciji ovisi između ostaloga i o njegovim osobinama ličnosti. Meta-analiza Connor-Smith i Flachsbart (2007) pokazala je kako su neuroticizam, ekstraverzija i savjesnost najjasnije povezani s odabirom određenih strategija. Tako osobe visoko na neuroticizmu pokazuju veću vjerojatnost odabira strategija usmjerenih na emocije ili pak na izbjegavanje od osoba nisko na toj dimenziji, dok su ekstraverti i savjesne osobe sklonije aktivnom suočavanju usmjerenom na problem. Za ugodnost i otvorenost prema iskustvu rezultati su manje jasni i konzistentni. Međutim, ugodnost može biti povezana s traženjem podrške, a otvorenost s korištenjem humora, pozitivne interpretacije događaja, a moguće je i kognitivno izbjegavanje.

Na temelju svega rečenog, vidljivo je kako i osobine ličnosti i strategije suočavanja mogu igrati ulogu u procjeni HRQL-a. Iako je razmatranje tih i drugih psiholoških varijabli koje mogu igrati ulogu u procjeni HRQL-a važno, isto je tako važno

i ne zanemariti objektivno zdravstveno stanje pojedinaca. Kao što je ranije rečeno, HT može rezultirati mnogobrojnim simptomima iz različitog spektra pa je jasno kako broj simptoma koje osoba doživljava te njihova izraženost može utjecati na mogućnost svakodnevnog funkcioniranja osobe pa samim time i na HRQL. Stoga ćemo se u ovom radu osvrnuti i na utjecaj prisutnosti simptoma specifičnih za bolesti štitnjače na procjenu HRQL-a.

CILJ

Cilj ovoga rada jest ispitati kvalitetu života vezanu uz zdravlje kod osoba s Hashimotovim tireoiditisom te ulogu simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja u toj procjeni. Na temelju toga, postavljeni su istraživački problemi i hipoteze.

PROBLEMI I HIPOTEZE

Problem ovog istraživanja je ispitati doprinos simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja u objašnjenju varijance kvalitete života vezane uz zdravlje kod osoba s Hashimotovim tireoiditisom.

Očekuje se da će skup tih prediktora statistički značajno pridonijeti objašnjenju varijance kvalitete života vezane uz zdravlje kod osoba s Hashimotovim tireoiditisom.

Što se tiče doprinosa pojedinih prediktora, očekuje se da će osobe koje prijavljuju više simptoma gušavosti, hipertireoze, problema s očima i hipotireoze imati niže rezultate na mjeri HRQL-a. Isto tako, očekuje se da će niže rezultate na procjeni HRQL-a postići i oni koji su visoko na neuroticizmu te nisko na ekstraverziji, savjesnosti i ugodnosti. S obzirom na nekonzistentne rezultate u prijašnjim istraživanjima, hipoteza za otvorenost prema iskustvu se neće unaprijed postaviti. Konačno, očekujemo da će osobe koje koriste više emocionalno i izbjegavajuće suočavanje, a manje problemsko postizati niže rezultate na procjeni HRQL-a.

METODA

Postupak

Prikupljanje podataka za istraživanje provedeno je internetskim upitnikom u programu Google Forms tijekom ožujka 2017. godine. Rekrutacija sudionika odvila se putem četiri Facebook grupe koje okupljaju osobe s problemima sa štitnjačom u svrhu razmjene informacija, davanja savjeta, podrške i slično (npr. grupe *To nisam ja – to je moja štitnjača*; *Štitnjača – prirodni hormoni i alternativa*). Tijekom provedbe istraživanja, ukupan broj članova u svim grupama iznosio je oko 52 840, uz mogućnost da su osobe pripadnici više ili svih grupa. U grupe je postavljen poziv za sudjelovanje i poveznica na upitnik s uputom da se mole sve osobe starije od 18 godina koje imaju dijagnozu Hashimotovog tireoiditisa, da pristupe sudjelovanju u istraživanju. Na početnoj stranici upitnika bila je detaljna uputa te se naglasilo da se nastavak ispunjavanja smatra pristankom za sudjelovanje. Rješavanje upitnika trajalo je između 15 i 20 minuta. Sudionici su prvo odgovarali na neka opća pitanja o sebi i svojoj dijagnozi, zatim su popunjavali upitnike koji su se redom odnosili na osobine ličnosti, strategije suočavanja te kvalitetu života vezanu uz zdravlje. Na kraju upitnika prezentirana je zahvala na sudjelovanju te obavijest o tome gdje se mogu obratiti u slučaju pitanja i komentara. Svim sudionicima pitanja su bila prezentirana jednakim redoslijedom. Na jednom pitanju o informacijama o dijagnozi kao mogući odgovor bila je ponuđena opcija "*Nemam dijagnozu Hashimotova tireoiditisa*". Ako je neki sudionik odabrao tu opciju, to ga je automatski dovelo do kraja upitnika jer nije odgovarao ciljanoj populaciji.

Sudionici

Uzorak u ovom istraživanju bio je prigodan. Ukupno je rješavanju upitnika pristupilo 1149 sudionika, među kojima je bilo 63 osobe koje nemaju dijagnozu HT-a te oni automatski nisu uzeti u obzir za obradu. Stoga je ukupni prikupljeni uzorak pogodan za obradu podataka činilo 1086 sudionika. Od toga je u završnu obradu ušlo njih 528 (48.62 %). Drugi su sudionici bili isključeni iz nekog od sljedećih razloga: žive izvan Republike Hrvatske ($N=294$), imaju dijagnozu neke druge tjelesne ili mentalne bolesti ($N=316$), imali su operaciju štitnjače ($N=64$), imali su ili trenutno imaju tumor štitnjače

($N=39$) te se liječe ili su se nekada liječili radioaktivnim jodom ($N=23$)². Isključujući kriteriji odabrani su na temelju kriterija korištenih u nekim drugim istraživanjima s osobama koje imaju bolesti štitnjače (npr. Winther i sur., 2016; Gulseren i sur., 2006). Konačno, budući da je u ukupnom uzorku bilo samo 11 osoba muškog spola, a nakon isključivanja sudionika na temelju svih kriterija ih je ostalo 5, i oni su isključeni iz obrade. Dakle, konačan uzorak činilo je 528 žena s Hashimotovim tireoiditisom, starijih od 18 godina.

Instrumenti

Za procjenu osobina ličnosti korištena je hrvatska verzija upitnika *BFI* (eng. *Big Five Inventory*; Benet-Martínez i John, 1998). Riječ je o upitniku koji je konstruiran za brzu i učinkovitu procjenu osobina Petofaktorskog modela ličnosti: ekstraverzije (primjer čestice: *Sebe vidim kao osobu koja je otvorena i društvena*), neuroticizma (primjer čestice: *Sebe vidim kao osobu koja se lako iznervira*), ugodnosti (primjer čestice: *Sebe vidim kao osobu koja je blage pomirljive prirode*), savjesnosti (primjer čestice: *Sebe vidim kao osobu koja temeljito obavlja posao*) i otvorenosti prema iskustvu (primjer čestice: *Sebe vidim kao osobu koja voli razmišljati i igrati se s idejama*). Važno je naglasiti kako BFI mjeri navedenih pet širokih dimenzija ličnosti, ali ne i njihove facete. Sastoji se od 44 čestice, a sudionici procjenjuju svoje slaganje sa svakom tvrdnjom na skali Likertovog tipa s pet uporišnih točaka (od 1 = *uopće se ne odnosi na mene*, do 5 = *u potpunosti se odnosi na mene*). Unatoč relativnoj kratkoći, BFI ima dobre psihometrijske karakteristike. Na američkom i kanadskom uzorku, pouzdanost unutarnje konzistencije skala tipično se kreće u rasponu od .75 do .90, s prosječnom vrijednosti .80, a test-retest pouzdanost, s tromjesečnim intervalom, od .80 do .90, s prosječnom vrijednosti od .85 (John i Srivastava, 1999). Također, BFI se pokazao korisnim za međukulturalna istraživanja i istraživanja na različitim jezicima (Benet-Martínez i John, 1998) te je potvrđena njegova prikladnost za procjenu Petofaktorskog modela ličnosti na hrvatskome jeziku (Schmitt, Allik, McCrae i Benet-Martínez, 2007). Dobiveni koeficijenti unutarnje

² U zagradama je naveden broj osoba koje odgovaraju navedenom kriteriju, bez uzimanja u obzir preklapanja u kriterijima (npr. nakon što su se iz daljnje obrade isključili sudionici koji žive izvan RH, ostalo je 219 osoba koje su zadovoljile kriterij postojanja dijagnoze neke druge tjelesne ili mentalne bolesti).

konzistencije (Cronbachov α koeficijent) u ovom istraživanju se kreću od .74 za ugodnost do .86 za otvorenost prema iskustvu.

Za procjenu strategija suočavanja sa stresom korištena je hrvatska verzija *skraćenog COPE upitnika* (eng. *COPE Brief*; Mirjanović i Milas, 2011). Skraćena verzija COPE upitnika (Carver, 1997) nastala je modifikacijom upitnika za ispitivanje strategija suočavanja sa stresom, COPE (eng. *Coping Orientation to Problems Experienced*; Carver i sur., 1989). Skraćeni COPE sastoji se od 28 čestica, a zadatak sudionika je da na skali Likertovog tipa s četiri uporišne točke (od 1 *ne radim to uopće* do 4 *često to radim*) procijene u kojoj mjeri koriste određene načine suočavanja sa stresom. U ovom je istraživanju uputa modificirana tako da sudionike navede da se usmjere na stresne životne situacije povezane s njihovom bolesti štitnjače (npr. " *U pitanjima koja slijede zanima nas što obično činite i doživljavate kada se suočavate s različitim problemima uzrokovanim Vašom bolesti štitnjače*"). Skraćeni COPE sadrži ukupno 14 skala, od kojih je svaka reprezentirana dvjema česticama. Na temelju rezultata faktorske analize, autori hrvatske verzije upitnika su pregrupirali skale u tri skale višeg reda koje se odnose na tri osnovna načina suočavanja (Mirjanić i Milas, 2011). Tako skale aktivno suočavanje, planiranje, iskaljivanje, traženje emocionalne podrške i traženje instrumentalne podrške čine problemsko suočavanje (primjer čestice: *Uključujem se u aktivnosti kojima nastojim poboljšati situaciju*, skala aktivno suočavanje). Drugu skalu višeg reda, izbjegavajuće suočavanje, čine skale poricanje, samookrivljavanje, odustajanje, religija i odvratanje pažnje (primjer čestice: *Govorim si: "Ovo ne može biti istina. Ovo nije stvarno."*, skala poricanje), a posljednja je emocionalno suočavanje koju čine skale konzumiranje sredstava, humor, prihvaćanje i pozitivno razmišljanje (primjer čestice: *Vezano uz situaciju, nastojim se šaliti*, skala humor). Pouzdanost tipa unutarnje konzistencije izračunata Cronbachovim α koeficijentima iznosi za problemsko suočavanje .79, za izbjegavajuće .69, a za emocionalno suočavanje .63 (Mirjanović i Milas, 2011). U ovom istraživanju dobiveni su vrlo slični podaci o pouzdanosti skala višeg reda. Naime, Cronbachov α za problemsko suočavanje iznosi .83, za izbjegavajuće .67 te za emocionalno suočavanje .64. Rezultati sudionika se mogu formirati za svaku od 14 skala te za tri skale višeg reda, kao jednostavne linearne kombinacije odgovora na pripadajućim česticama te formiranjem prosječnog rezultata. Viša vrijednost na pojedinim ljestvicama znači da je osoba sklona koristiti te načine suočavanja sa stresom.

Kao posljednji upitnik u istraživanju korištena je hrvatska verzija Upitnika kvalitete života za pacijente s bolestima štitnjače, *ThyPRO-39* (Watt i sur., 2015). Ovaj nedavno konstruiran upitnik predstavlja skraćenu verziju upitnika ThyPRO (eng. *The Thyroid Specific Patient Reported Outcome*; Watt i sur., 2009) koji ispituje kvalitetu života osoba oboljelih od različitih benignih bolesti štitnjače. Budući da upitnik još nije korišten u Hrvatskoj, preveden je za potrebe ovog istraživanja na hrvatski jezik metodom dvostrukog prijevoda od strane dva nezavisna prevoditelja čiji je materinji jezik hrvatski te su fluentni u engleskom jeziku. U prilogu A nalazi se korištena hrvatska verzija upitnika. Upitnik se sastoji od 39 čestica, a zadatak sudionika je da procijene prisutnost navedenih smetnji u posljednja četiri tjedna na skali Likertovog tipa s pet uporišnih točaka (od 0 - *Uopće ne* do 4 - *Jako puno*). Upitnik sadrži ukupno 12 skala te jednu česticu kojom se ispituje općeniti utjecaj bolesti štitnjače na kvalitetu života. Skale se mogu podijeliti na četiri skale o fizičkim simptomima (simptomi gušavosti, simptomi hipertireoze, simptomi problema s očima te simptomi hipotireoze), sedam skala o fizičkoj, psihološkoj i socijalnoj dobrobiti te funkcioniranju (umor, kognitivne smetnje, anksioznost, depresivnost, emocionalna osjetljivost, oslabljen socijalni život, oslabljen svakodnevni život) te skalu izgleda. Svaku skalu čine tri čestice, izuzev skala simptoma hipertireoze i hipotireoze koje imaju 4 čestice. Test-retest pouzdanosti kreću se od .75 za anksioznost i izgled do .89 za skalu simptoma hipertireoze³. Dobivene vrijednosti unutarnje konzistencije pojedinih skala u ovom istraživanju kreću se od .64 za simptome hipotireoze do .93 za skalu kognitivnih smetnji. Rezultati upitnika mogu se prikazati pojedinačno na svakoj skali, a moguće je i izračunati kompozitni rezultat. Njega čine čestice iz 7 skala o dobrobiti i funkcioniranju i posljednja čestica o generalnom utjecaju bolesti štitnjače na život te se on može koristiti kao mjera procjene HRQL-a. Formira se kao jednostavna linearna kombinacija čestica koje ga čine. Pouzdanost kompozitnog rezultata u ovom istraživanju iznosi .95. Viši rezultati na svim skalama u upitniku ukazuju na veću prisutnost smetnji iz tog spektra funkcioniranja, odnosno na nižu procjenu kvalitete života vezanu uz zdravlje.

³ Autori upitnika u radu nisu naveli rezultat test-retest pouzdanosti za skalu simptoma hipotireoze.

REZULTATI

Prije odgovaranja na postavljeni istraživački problem, prikazat će se karakteristike uzorka i korištenih skala u istraživanju. Prosječna dob sudionica je 36.45 godina uz raspon od 18 do 71 godinu. Ostale karakteristike prikazane su u tablici 1. Kao što je vidljivo, većinu uzorka čine zaposlene osobe, a podjednak broj sudionica ima kao najviši stupanj obrazovanja završenu srednju školu i diplomski studij, što ukazuje na višu obrazovnu strukturu od one u općoj populaciji. Sudionice većinski kao dijagnozu imaju hipotireozu s HT-om te je najveći dio uzorka trenutno na medicinskoj terapiji sintetskim tiroksinom,

Tablica 1
Prikaz karakteristika sudionica istraživanja (N=528)

		%
Radni status	Zaposlen/a	71.4
	Nezaposlen/a	16.1
	Umirovljenik/ica	2.3
	Student/ica	7.2
	Nešto drugo	3.0
Obrazovanje	Osnovna škola	0.8
	Srednja škola	35.6
	Viša škola/preddiplomski	21.4
	Diplomski	33.3
	Poslijediplomski	8.3
	Nešto drugo	0.6
Dijagnoza	Samo Hashimotov tireoiditis	21.6
	Hipotireoza i Hashimotov tireoiditis	77.5
	Nešto drugo	0.9
Duljina dijagnoze	Manje od 6 mjeseci	7.2
	6 mjeseci – 1 godina	8.3
	1 – 5 godina	42.0
	5 – 10 godina	24.8
	Više od 10 godina	17.6
Terapija	Sintetski hormoni	74.2
	Prirodni hormoni	3.0
	Bez terapije	20.5
	Nešto drugo	0.9
	Kombinacija	1.3

Legenda: N - broj sudionika; % - postotak sudionica u ukupnom uzorku

ali i značajan postotak trenutno ne koristi nikakvu terapiju. Važno je napomenuti i geografsku strukturu uzorka. Svaka je županija bila zastupljena određenim brojem sudionica. Najviše ih je iz Grada Zagreba (27.8%), a zatim iz Splitsko dalmatinske županije (15.0%) dok najmanji broj dolazi iz Ličko-senjske, Požeško-slavonske te Krapinsko-zagorske županije (0.6%).

U tablici 2 prikazani su rezultati sudionica na pojedinim skalama ThyPRO-39 upitnika, na čestici o generalnom utjecaju bolesti štitnjače na kvalitetu života te na kompozitnom rezultatu. Viši rezultati na skalama i kompozitu ukazuju na veću prisutnost

Tablica 2
Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka ThyPRO-39 upitnika ($N = 528$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	min	max	K-S	p_{KS}	Skewness	Kurtosis
SG	4.73	3.73	0	12	2.97	.001	0.33	-1.07
Hipe	7.47	4.11	0	16	1.75	.01	0.05	-0.85
SO	5.24	3.64	0	12	2.26	.001	0.24	-0.99
Hipo	9.79	3.92	0	16	2.39	.001	-0.41	-0.56
U	8.46	2.93	0	12	3.10	.001	-0.70	-0.18
K	6.76	3.58	0	12	2.82	.001	-0.23	-0.90
A	7.40	3.50	0	12	3.14	.001	-0.44	-0.73
D	6.13	3.25	0	12	2.14	.001	-0.04	-0.90
EO	7.29	2.76	0	12	2.51	.001	-0.29	-0.48
SocŽ	3.92	3.28	0	12	2.86	.001	0.51	-0.71
SŽ	5.30	3.56	0	12	2.03	.001	0.07	-1.06
I	4.95	4.02	0	12	2.95	.001	0.31	-1.19
KŽ	2.44	1.31	0	4	4.20	.001	-0.41	-0.94
Kom	47.69	18.78	0	88	1.30	.07	-0.22	-0.71

Legenda: N - broj sudionika; M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; K-S - Kolmogorov-Smirnov test; p_{KS} - p-vrijednost Kolmogorov-Smirnov testa; SG – simptomi gušavosti; Hipe – simptomi hipertireoze; SO – simptomi problema s očima; Hipo – simptomi hipotireoze; U – skala umora; K – skala kognitivnih teškoća; A – skala anksioznosti; D – skala depresivnosti; EO – skala emocionalne osjetljivosti; SocŽ – skala oslabljenog socijalnog života; SŽ – skala oslabljenog svakodnevnog života; I – skala izgleda; KŽ – čestica utjecaja bolesti na kvalitetu života; Kom – kompozitni rezultat.

problema iz određenog područja, odnosno na sniženi HRQL. Na temelju vrijednosti Kolmogorov-Smirnov (K-S) testa normaliteta distribucije vidljivo je kako distribucije svih skala, osim kompozitnog rezultata, odstupaju od normalne. Sudionice najviše rezultate postižu na skali umora i anksioznosti te skali simptoma hipotireoze. S druge strane, rezultati na skalama oslabljenog socijalnog života, izgleda te simptomskoj skali gušavosti naginju pozitivnoj asimetriji, odnosno sudionice najmanje problema prijavljuju u tim područjima. Distribucija kompozitnog rezultata koji će se u ovom radu koristiti kao

kriterijska varijabla, odnosno mjera HRQL-a ne odstupa od normalne, ali je vidljiv trend prema negativnoj asimetriji. U prilogu B nalaze se podaci o spurioznim korelacijama između kompozitnog rezultata te skala i čestice koje ga čine.

Tablica 3
Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka BFI i COPE-B upitnika ($N = 528$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	min	max	K-S	p_{KS}	Skewness	Kurtosis
N	3.17	0.77	1	5	1.04	.23	-0.09	-0.38
E	3.41	0.71	1	5	1.74	.01	-0.34	-0.16
O	3.64	0.68	1	5	1.11	.18	-0.27	-0.24
U	3.63	0.60	1	5	1.42	.04	-0.22	-0.39
S	3.73	0.63	1	5	1.28	.08	-0.28	-0.26
PS	2.99	0.57	1	4	1.48	.03	-0.43	-0.02
IS	2.30	0.51	1	4	1.36	.05	0.09	-0.09
ES	2.57	0.44	1	4	2.34	.001	-0.38	0.32

Legenda: *N* - broj sudionika; *M* - aritmetička sredina; *SD* - standardna devijacija; K-S - Kolmogorov-Smirnoff test; p_{KS} – p-vrijednost Kolmogorov-Smirnov testa; N - neuroticizam; E - ekstraverzija; O – otvorenost prema iskustvu; U - ugodnost; S - savjesnost; PS – problemsko suočavanje; ES - emocionalno suočavanje; IS - izbjegavajuće suočavanje.

U tablici 3 prikazani su deskriptivni podaci za pet skala iz upitnika BFI i tri skale višeg reda COPE-B upitnika. Rezultati pokazuju kako se prosječni rezultati sudionica na svim skalama osobina ličnosti kreću oko teorijske srednje vrijednosti skale, a slično je i s prosječnim rezultatima na skalama tri osnovna načina suočavanja. Međutim, vidljivo je kako sve skale, osim za izbjegavajuće suočavanje, naginju blagoj negativnoj asimetriji. Rezultati sva tri osnovna načina suočavanja te ekstraverzije i ugodnosti odstupaju od normalne distribucije prema K-S testu, međutim ni koeficijenti nagnutosti (skewness) ni spljoštenosti (kurtosis) distribucija nisu veći od 1. Podaci o deskriptivnoj statistici za 14 skala COPE-B upitnika nalaze se u prilogu C.

Iako distribucije mnogih skala odstupaju od normalne prema K-S testu, ta odstupanja ipak nisu ekstremna pa se u daljnjim analizama koristila parametrijska statistika. Stoga su se Pearsonovim koeficijentom korelacije izračunale povezanosti između varijabli korištenih u istraživanju, a rezultati se nalaze u tablici 4. Iz tablice je vidljivo kako su dobivene korelacije uglavnom statistički značajne, izuzev varijable trajanja bolesti koja s većinom ostalih varijabli nije povezana. Kompozitni rezultat na ThyPRO-39 upitniku, koji predstavlja mjeru HRQL-a, statistički je značajno povezan sa svim osobinama ličnosti u očekivanom smjeru, a najviše s neuroticizmom ($r = .62$). Što

Tablica 4
Pearsonovi koeficijenti korelacija između varijabli korištenih u istraživanju ($N = 528$)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
1.Dob	-														
2.TB	.22**	-													
3.N	-.15**	-.01	-												
4.E	.01	.00	-.40**	-											
5.O	.17**	.07	-.24**	.39**	-										
6.U	.17**	.05	-.47**	.12**	.24**	-									
7.S	.17**	-.03	-.37**	.40**	.30**	.25**	-								
8.PS	-.12**	-.04	-.05	.29**	.19**	.14**	.11**	-							
9.IS	-.05	.04	.40**	-.24**	-.14**	-.07	-.25**	.16**	-						
10.ES	.03	.08	-.31**	.29**	.28**	.22**	.12**	.47**	.06	-					
11.SG	-.07	.00	.21**	-.20**	-.03	-.07	-.08	.01	.31**	.09*	-				
12.Hipe	-.12**	.04	.25**	-.14**	.00	-.09*	-.09*	.11*	.27**	.04**	.44**	-			
13.SO	.06	.12**	.11**	-.09*	.01	-.07	.00	.06	.23**	.13**	.35**	.48**	-		
14.Hipo	.03	.13**	.21**	-.13**	.00	-.10*	-.06	.05	.22**	.11*	.33**	.57**	.47**	-	
15.Kom	-.10*	-.01	.63**	-.42**	-.18**	-.33**	-.32**	-.06	.52**	-.16**	.44**	.45**	.30**	.39**	-

Legenda: N - broj sudionika; TB – trajanje bolesti; N - neuroticizam; E - ekstremitet; O – otvorenost prema iskustvu; U - ugodnost; S - savjesnost; PS – problemsko suočavanje; ES - emocionalno suočavanje; IS - izbjegavajuće suočavanje; SG – simptomi gušavosti; Hipe – simptomi hipertireoze; SO – simptomi problema s očima; Hipo – simptomi hipotireoze; Kom – kompozitni rezultat na upitniku ThyPRO-39; ** - vrijednosti značajne na razini $p < .01$; * - vrijednosti značajne na razini $p < .05$

se tiče povezanosti HRQL-a sa strategijama suočavanja, rezultati nisu u potpunosti u skladu s očekivanjima. Naime, HRQL je najviše povezan s izbjegavajućim suočavanjem. Osobe koje su sklonije izbjegavajućem suočavanju imaju nižu procjenu HRQL-a, što je u skladu s očekivanjima. Međutim, dobivena je statistički neznčajna korelacija s problemskim suočavanjem dok je korelacija s emocionalnim suočavanjem negativna. Suprotno očekivanjima, viši rezultat na emocionalnom suočavanju povezan je s nižim rezultatom na ThyPRO-39 upitniku, odnosno s višom procjenom kvalitete života. Na moguće objašnjenje ovog nalaza osvrnut ćemo se u raspravi. Korelacije HRQL-a sa simptomskim skalama su u umjereno visokim korelacijama, očekivanog smjera. Veća prisutnost simptoma povezana je s nižom procjenom HRQL-a. Dob je negativno nisko povezana s HRQL-om, što znači da starije osobe imaju višu procjenu HRQL-a, dok ne postoji korelacija s trajanjem bolesti.

Za odgovor na postavljeni istraživački problem provedena je hijerarhijska regresijska analiza u tri koraka u svrhu provjere samostalnog i zajedničkog doprinosa prediktorskih varijabli simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja u objašnjenju varijance HRQL-a. Iako se u istraživanjima HRQL-a dob i trajanje bolesti redovito koriste kao kontrolne varijable, s obzirom na to da su Pearsonovi koeficijenti korelacije pokazali da je dob nisko, a trajanje bolesti neznčajno povezano s HRQL-om, odlučeno je da se neće uvrstiti u hijerarhijsku regresijsku analizu⁴. Kao kriterijska varijabla korišten je kompozitni rezultat na upitniku ThyPRO-39 koji predstavlja mjeru HRQL-a. Rezultati provedene analize su prikazani u tablici 5. U prvom koraku analize uključene su četiri simptomске skale ThyPRO-39 upitnika, koje su zasebno objasnile 29% ($F_{\Delta R^2}(4, 521) = 53.80, p = .001$) varijance HRQL-a. Simptomi problema s očima jedini se nisu pokazali značajnim prediktorom HRQL-a, dok su simptomi gušavosti, hipertireoze i hipotireoze bili značajni pozitivni prediktori. Nakon simptoma bolesti, u analizu su dodane osobine ličnosti što je objasnilo dodatnih 28% ($F_{\Delta R^2}(5, 516) = 67.67, p = .001$) varijance HRQL-a. Kao značajni pozitivni prediktor pokazao se neuroticizam, a kao značajni negativni prediktor samo ekstraverzija. U posljednjem koraku analize uključene su strategije suočavanja koje su pridonijele dodatnih 4% ($F_{\Delta R^2}(3, 513) = 17.57, p = .001$) u objašnjavanju HRQL-a, a jedino se izbjegavajuće suočavanje pokazalo

⁴ Provedena je i hijerarhijska regresijska analiza u četiri koraka u kojoj su dob i trajanje bolesti uključene u prvi korak analize te su dobiveni rezultati gotovo jednaki onima prikazanim u tablici 5.

značajnim pozitivnim prediktorom. Međutim, u zadnjem koraku je i osobina ugodnosti postala značajnim negativnim prediktorom. Zaključno, postavljeni prediktivni model objašnjava ukupno 61% varijance HRQL-a. Kao značajni prediktori pokazale su se sve simptomatske skale osim problema s očima, neuroticizam, ekstraverzija i ugodnost od osobina ličnosti te izbjegavajuće suočavanje, u očekivanom smjeru. Točnije, nižu kvalitetu života procjenjuju osobe koje prijavljuju veću prisutnost simptoma gušavosti, hipertireoze i hipotireoze, koji su visoko na neuroticizmu te nisko na ekstraverziji i ugodnosti te skloni izbjegavajućem suočavanju. Kao najznačajniji prediktor u objašnjenju kvalitete života pokazala se osobina neuroticizma.

Tablica 5

Rezultati hijerarhijske regresijske analize za kriterij kvaliteta života ($N = 528$)

Prediktori	1. korak (β)	2. korak (β)	3. korak (β)
SG	.28**	.20**	.16**
Hiper	.23**	.15**	.14**
SO	.02	.05	.03
Hipo	.16**	.10**	.10**
N		.42**	.33**
E		-.15**	-.13**
O		.02	.04
U		-.07	-.10**
S		-.06	-.03
PS			-.05
IS			.24**
ES			-.03
R^2	.292	.571	.611
F	53.80	76.74	67.47
p	.001	.001	.001
ΔR^2		.280	.040
$F_{\Delta R^2}$		67.67	17.57
$p_{\Delta R^2}$.001	.001

Legenda: N - broj sudionika; SG – simptomi gušavosti; Hipe – simptomi hipertireoze; SO – simptomi problema s očima; Hipo – simptomi hipotireoze; N - neuroticizam; E - ekstraverzija; O – otvorenost prema iskustvu; U - ugodnost; S - savjesnost; PS – problemsko suočavanje; ES - emocionalno suočavanje; IS - izbjegavajuće suočavanje; β – standardizirani regresijski koeficijent; R^2 – koeficijent determinacije; F - vrijednost F-omjera; p – statistička značajnost F-omjera; ΔR^2 – promjena u postotku objašnjene varijance kriterija; $F_{\Delta R^2}$ – vrijednost F-omjera za promjenu u postotku objašnjene varijance kriterija; $p_{\Delta R^2}$ – statistička značajnost promjene u postotku objašnjene varijance kriterija

RASPRAVA

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati ulogu osobina ličnosti, strategija suočavanja i simptoma bolesti u objašnjenju kvalitete života vezane uz zdravlje kod osoba s Hashimotovim tireoiditisom. Prije prikaza dobivenih rezultata, još jednom je važno naglasiti kako su uzorak u istraživanju činile samo osobe ženskog spola. Budući da je za potrebe ovog istraživanja preveden te prvi put u hrvatskom kontekstu korišten neki upitnik kvalitete života specifično za oboljele od bolesti štitnjače, prvo će se razmotriti dobiveni rezultati na ThyPRO-39 skalama, odnosno procjena HRQL-a sudionica na različitim domenama.

Rezultati na ThyPRO-39 upitniku pokazuju kakva je procjena HRQL-a sudionice te u kojim područjima prijavljuju najviše smetnji. S obzirom na to da 77.5% uzorka kao dijagnozu ima i hipotireozu uz HT, nalaz da postižu visoke rezultate na skali simptoma hipotireoze je očekivan. Rezultati na ostalim simptomskim skalama kreću se ispod teoretskog prosjeka. Međutim, može se reći kako su rezultati na tim skalama i dalje visoki za osobe koje nemaju dijagnozu koja bi primarno trebala uzrokovati probleme tog spektra. To samo dokazuje kompleksnu sliku HT-a i mnogobrojnih simptoma koje može nositi sa sobom. Od skala fizičke, psihološke i socijalne dobrobiti i funkcioniranja, sudionice najviše prijavljuju probleme umora, anksioznosti i emocionalne osjetljivosti. Za potrebu konstrukcije ThyPRO upitnika Watt i suradnici (2007) su provodili intervju s pacijentima koji su upravo umor i emocionalnu osjetljivost prijavili kao najizraženije smetnje s kojima se susreću. Također, i longitudinalna istraživanja pokazuju kako je stalan osjećaj umora kardinalna manifestacija hipotireoze uzrokovane HT-om, koji ostaje prisutan unatoč terapiji (Winther i sur., 2016). S druge strane, zanimljiv je nalaz da sudionice prijavljuju više smetnji iz anksioznog kruga, nego iz depresivnog. Iako je slobodno plutajuća anksioznost jedan od glavnih psiholoških simptoma hipotireoze, poznato je kako se smanjena disfunkcija štitnjače prvenstveno povezuje s depresivnim simptomima (Constant i sur., 2005). Što se tiče skala koje se odnose na funkcioniranje oboljelih, rezultati pokazuju kako sudionice postižu rezultate ispod teoretskog prosjeka i za skalu svakodnevnog i socijalnog života. Niži rezultat dobiva se i na skali izgleda, što ne treba čuditi jer se HT ne bi trebao manifestirati velikim promjenama u izgledu osobe, osim u slučaju značajnog povećanja žlijezde. Rezultati na čestici gdje se izravno pita sudionice o utjecaju bolesti štitnjače na kvalitetu života naginje blagoj negativnoj

asimetriji, odnosno višim rezultatima. Na temelju svega rečenog, može se zaključiti kako sudionice istraživanja imaju najizraženije probleme s umorom, anksioznosti, emocionalnom osjetljivošću i izraženim simptomima hipotireoze te procjenjuju kako HT značajno utječe na njihov život.

Budući da su gotovo čitav uzorak činile osobe koje imaju ili HT i hipotireozu ili su vjerojatno u stanju eutireoze, odnosno prijavile su samo dijagnozu HT-a, naknadno je ispitano postoji li razlika između te dvije grupe na ThyPRO-39 skalama kako bi se provjerilo mogu li se zaključci donositi na razini osoba s dijagnozom HT-a, neovisno o tome imaju li prisutnu i disfunkciju štitnjače⁵. T-testovi za nezavisne uzorke pokazali su kako ni na jednoj skali ni na kompozitnom rezultatu ne postoji statistički značajna razlika među grupama, osim na skali izgleda ($t(521) = -2,189; p = .029$). Rezultati pokazuju kako osobe s dijagnozom hipotireoze prijavljuju više smetnji u izgledu od osoba s eutireodnim HT-om. Takav nalaz se može povezati s tim što hipotireoza često dovodi do povećanja tjelesne težine, suhe kože pa i opadanja kose, što utječe na izgled osobe. Međutim, budući da je riječ o samo jednoj skali koja uz to nije dio kompozitnog rezultata koji je kriterijska varijabla ovog istraživanja, dobiveni nalazi ovoga rada se mogu primijeniti na osobe s HT-om općenito, nezavisno o disfunkciji štitnjače. To ide u prilog već ranije spomenutim istraživanjima koja su pokazala da je i sama dijagnoza HT-a dovoljna za smanjenu kvalitetu života, neovisno o tome jesu li osobe u eutireozu ili ne (Watt i sur., 2012; Ott i sur., 2005; Bianchi i sur., 2004). Također, razlike među grupama ovisno o dijagnozi ne postoje ni na BFI ni na COPE-B skalama.

Glavni istraživački problem ovog rada bio je provjeriti ulogu simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja u objašnjenju HRQL-a osoba s HT-om. Kako bismo odgovorili na taj problem, provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Kao kriterijski rezultat korišten je kompozitni rezultat na ThyPRO-39 skali koji sadrži čestice iz skala fizičke, psihološke i socijalne dobrobiti i funkcioniranja te česticu o generalnom utjecaju bolesti na HRQL. Time je kvaliteta života definirana kao subjektivna mjera, nezavisno od prisutnosti fizičkih simptoma. To je u skladu s definicijama konstrukta kvalitete života koje ga definiraju kao subjektivan doživljaj te prvenstveno psihološku

⁵ S obzirom da je samo 5 osoba u uzorku s nekom drugom dijagnozom, one nisu uzete u obzir prilikom računanja grupnih razlika. Dominantan odgovor u toj skupini bila je dijagnoza hipertireoze uz HT.

kategoriju (Krizmanić i Kolesarić, 1989; prema Vuletić, 2013). Simptomatske skale ThyPRO-39 upitnika korištene su kao prediktorske varijable te se na njih gledalo kao na objektivniju mjeru jer su se pitanja odnosila na njihovu prisutnost, a ne na to koliko određeni simptom ometa osobe u funkcioniranju. S obzirom na to da se na njih gledalo kao na objektivno, biološki određeno stanje, simptomi su uvršteni kao prvi prediktori u analizu. Nakon njih je uvedeno pet osobina ličnosti pa tri strategije suočavanja jer bi osobine ličnosti trebale predstavljati više biološki utemeljenu i stabilniju kategoriju od načina nošenja sa stresom.

Dobiveni rezultati hijerarhijske regresijske analize pokazuju kako postavljeni model prediktora objašnjava 61% varijance kvalitete života vezane uz zdravlje kod osoba s HT-om. Kao značajni prediktori pokazale su se sve simptomatske skale osim simptoma problema s očima, neuroticizam, ekstraverzija i ugodnost od crta ličnosti te izbjegavajuće suočavanje, a najveći samostalni doprinos ima neuroticizam.

Postavljeni model istraživanja pokazao je kako veća prisutnost simptoma gušavosti, hipertireoze i hipotireoze predviđa nižu procjenu kvalitete života kod žena s HT-om, dok simptomi problema s očima nemaju prediktivnu snagu. Samostalan doprinos svih simptoma u objašnjenju varijance HRQL-a iznosi 29%. Takav nalaz u skladu je s očekivanjima. Naime, što osoba prijavljuje više simptoma, to je vjerojatno da objektivno ima više potencijalnih problema koji dovode do snižene kvalitete života. Jasno je kako češće doživljavanje palpitacija, tremora ili bola u području vratu može dovesti do sniženog osjećaja fizičke i psihološke dobrobiti. Prisutnost tih i ostalih simptoma karakterističnih za bolesti štitnjače može primjerice dovesti do sniženog raspoloženja, osjećaja uznemirenosti, a može i utjecati na sposobnost svakodnevnog funkcioniranja osobe.

Dodavanjem osobina ličnosti u postavljeni model, objašnjeno je dodatnih 28% varijance HRQL-a. To ukazuje kako simptomatologija i ličnost pojedinca imaju gotovo jednaku ulogu u procjeni HRQL-a. Što se tiče rezultata za pojedine crte ličnosti, oni su uglavnom u skladu s postavljenim hipotezama. Kao najvažniji prediktor općenito pokazao se neuroticizam. Što oboljele od HT-a postižu više rezultate na skali neuroticizma, to će njihova procjena HRQL-a biti niža. Takav rezultat ne iznenađuje jer su upravo za tu osobinu rezultati drugih istraživanja najkonzistentniji i redovito pokazuju

njen negativan utjecaj na kvalitetu života (Rassart i sur., 2014). Vjeruje se da je to zato što su osobe visoko na neuroticizmu sklone negativnom afektu te su više fokusirane na simptome i zabrinutije zbog bolesti (Van De Ven i Engels, 2011). Nadalje, neuroticizam je inače povezan s izbjegavajućim suočavanjem, što je u ovom istraživanju drugi najvažniji prediktor u objašnjenju sniženog HRQL-a te je i dobivena značajna korelacija između te dvije varijable ($r = .40$). Osobe visoko na neuroticizmu imaju i pesimističniji pogled na život te manje samopouzdanja što dovodi do manjeg osjećaja kontrole nad situacijom. Također, budući da su skloni tjeskobi, promjenama raspoloženja i lako su podložni frustraciji, vjerojatnije je da dobivaju manje socijalne podrške što posljedično loše utječe na njihovu adaptaciju (Rassart i sur., 2014).

Za razliku od neuroticizma, ekstraverzija i ugodnost predviđaju viši HRQL kod osoba s HT-om, što je također u skladu s istraživanjima na drugim dijagnostičkim populacijama. Naime, osobe visoko na ekstraverziji imaju tendenciju doživljavanja ugodnih emocija, ali i manju sklonost izbjegavajućim strategijama suočavanja što vodi boljoj prilagodbi (Rassart i sur., 2013). Također, viša procjena HRQL-a može biti rezultat njihove usmjerenosti na druge ljude zbog čega su manje usredotočeni na vlastite probleme (Van Straten i sur., 2007). Uz to, ekstraverti vjerojatno imaju i široku socijalnu mrežu, što rezultira većom podrškom. Postojanje socijalne podrške smatra se jednim od glavnih razloga zbog kojih je i ugodnost prediktivna za viši HRQL. Prosocijalna orijentacija i kooperativnost osoba koje su visoko na ugodnosti, kao i njihova manja sklonost skrivanja dijagnoze pred drugima, rezultira većom spremnošću drugih da im pruže podršku (Van de Ven i Engels, 2011). Također, osobe visoko na ugodnosti imaju optimističniji pogled na život, generalno su opuštenije te obraćaju manje pažnje na fizičke smetnje (Van Straten i sur., 2007).

Savjesnost i otvorenost prema iskustvu nisu se pokazali kao značajni prediktori HRQL-a. Kao što je ranije navedeno, za otvorenost prema iskustvu hipoteza nije ni postavljena zbog nekonzistentnih rezultata te dobiven nalaz nije previše iznenađujući. Međutim, očekivalo se kako će savjesnost biti povezana s višom procjenom HRQL-a. Naime, osobe koje su visoko na toj dimenziji vjerojatnije postižu svoje ciljeve unatoč mogućim barijerama koje bolest postavlja pred njih (Van De Ven i Engels, 2011) dok su osobe koje su nisko na toj osobini neodgovornije i impulzivnije pa su stoga sklonije pasivnijim i izbjegavajućim strategijama suočavanja (Rassart i sur., 2014). Međutim, ovo

istraživanje nije potvrdilo očekivanu hipotezu. Jedan od razloga može se odnositi na karakteristike HT-a u odnosu na neke druge kronične bolesti. Naime, HT je karakteriziran simptomima koji ne onesposobljuju značajno osobu u tjelesnom smislu, a terapija se obično sastoji od uzimanja potrebnih tableta stoga ne postoji tolika potreba za svakodnevnim samoupravljanjem kao što je slučaj za npr. dijabetes tipa 1. Međutim, i neka su druga istraživanja pokazala nekonzistentnost savjesnosti i procjene HRQL-a (Rassart i sur., 2013; Van De Ven i Engles, 2011) tako da bi se uloga te crte ličnosti trebala još dodatno razjasniti.

Posljednji skup prediktora, strategije suočavanja, također se pokazao značajnima u predviđanju HRQL-a te je objasnio dodatnih 4% varijance. Međutim, rezultati za pojedine strategije bili su uglavnom neočekivani. Naime, generalno se smatra kako je korištenje problemskog suočavanja prediktivno za višu procjenu HRQL-a, dok su emocionalno i izbjegavajuće suočavanje povezani s nižim procjenama (Roesch i Weiner, 2001) te je u skladu s time postavljena i hipoteza. Međutim, dobiveni rezultati pokazuju kako je samo izbjegavajuće suočavanje značajan prediktor HRQL-a. Što su osobe s HT-om sklonije koristiti izbjegavajući način suočavanja, to je veća vjerojatnost niže procjene HRQL-a. Naime, smatra se da taj način može biti dobar u početku stresnog događaja, ali da je štetan za dugoročne posljedice i kronične stresne situacije (Arambašić, 1996), što su i potvrdili nalazi ovog istraživanja. Nakon neuroticizma, upravo izbjegavajuće suočavanje ima najveći samostalni doprinos u objašnjenju varijance HRQL-a. Budući da je HT kronična bolest, jasno je kako strategije poput poricanja i odvrćanja pažnje nisu adaptivne za prilagodbu s obzirom na to da od dobivanja dijagnoze HT postaje dio svakodnevnice oboljelih.

Ostali načini suočavanja nisu se pokazali prediktivnima za HRQL, a ni rezultati Pearsonovih koeficijenta korelacije nisu bili očekivani. Iznenađujuće je da problemsko suočavanje nije ni prediktor niti je uopće povezano s procjenom HRQL-a jer istraživanja pokazuju kako je upravo aktivno suočavanje s problemima najpoželjniji oblik suočavanja. To se može objasniti na sličan način zbog kojeg je moguće da ni savjesnost nije značajan prediktor HRQL-a. Naime, kod kronične bolesti koja ne rezultira tjelesnom nesposobnošću i karakteriziraju je simptomi poput onih u HT-u, poput stalnog osjećaja umora koji ostaje prisutan unatoč terapiji, aktivno planiranje i djelovanje ne moraju nužno dovoditi do više procjene HRQL-a.

Rezultati su neočekivani i za emocionalno suočavanje koja također nije značajan prediktor, ali je i negativno povezan s kompozitnim rezultatom, što je suprotno očekivanjima i dosadašnjim nalazima. Iako je ta korelacija niska, ona je ipak značajna uz razinu rizika od 1% pa ju treba razmotriti kao neočekivan rezultat. Jedan od mogućih razloga ovih nalaza leži u grupiranju COPE-B skale u tri skale višeg reda. Naime, ta podjela u ovome istraživanju napravljena je na temelju onoga što su autori hrvatske verzije upitnika dobili faktorskom analizom (Mirjanović i Milas, 2011). Međutim, različita istraživanja na različite načine grupiraju 14 skala COPE-B upitnika u manji broj viših faktora. Primjerice, Meyer (2001) je podijelio skale na adaptivne i neadaptivne strategije. Među adaptivnim strategijama našle su se tri od četiri skale koje su u ovome radu definirane kao emocionalno suočavanje – humor, prihvaćanje i pozitivno razmišljanje. Te se strategije zapravo često u istraživanjima HRQL-a pokazuju kao pozitivni načini nošenja s bolesti. Tako je kod osoba s dijabetesom tipa 1 pokazano da su prihvaćanje, odnosno integracija bolesti kao dio sebe, i optimističan stav adaptivne strategije povezane s boljom prilagodbom na bolest (Luyckx, Vanhalst, Seiffge-Krenke i Weets, 2010). Još jedan indikator kako se emocionalno suočavanje u ovom istraživanju zapravo ne odnosi na neadaptivnu strategiju jest njegova negativna korelacija s neuroticizmom s kojim je inače u pozitivnoj korelaciji te pozitivna korelacija s problemskim suočavanjem. Connor-Smith i Flachsbart (2007) upozoravaju kako se upravo emocionalno suočavanje najrazličitije definira u istraživanjima te da je važno razlikovati vrste emocionalnog suočavanja koje mogu biti negativne, ali i pozitivnije, kao što je ispao slučaj u ovom istraživanju.

Na temelju svega rečenog, može se zaključiti kako postavljena istraživačka hipoteza nije potvrđena. Naime, iako predloženi skup prediktora značajno doprinosi objašnjenju varijance HRQL-a kod žena s HT-om, dobiveni rezultati za pojedine prediktore nisu u potpunosti u skladu s očekivanjima. Simptomi gušavosti, hipotireoze i hipertireoze, neuroticizam, ekstraverzija i ugodnost od osobina ličnosti te izbjegavajuće suočavanje pokazali su se kao značajni prediktori HRQL-a u očekivanom smjeru. Međutim, simptomi problema s očima, savjesnost te emocionalno i problemsko suočavanje ne pridonose značajno objašnjavanju HRQL-a, što nije u skladu s postavljenom hipotezom.

Metodološki nedostaci i praktične implikacije

Prilikom razmatranja zaključaka donesenih na temelju ovog istraživanja, važno je uzeti u obzir i njegova određena ograničenja. Kao prvo ćemo spomenuti način prikupljanja uzorka koji se proveo internetskim upitnikom. Iako takav način ima određenih prednosti koje su se istaknule i u ovom istraživanju, kao što je efikasno kontaktiranje specifične populacije i prikupljanje velikog broja sudionika u kratkome roku, on ima i određene nedostatke. U vidu ovog istraživanja, taj se nedostatak prvenstveno odnosio na pristranost uzorka. Naime, regrutacija sudionika se odvila putem Facebook grupa za podršku i razmjenu informacija osoba s bolestima štitnjače. Sama činjenica da netko ima potrebu na društvenoj mreži tražiti grupe takve tematike i biti njezin član može upućivati na to da ima izraženije probleme i teškoće u prilagodbi na bolest. S druge strane, moguće je da su takve osobe aktivne u nošenju sa svojom dijagnozom i te im grupe služe za prikupljanje i razmjenu važnih informacija o tretmanu i slično ili pak prvenstveno za podršku. To može značiti da su sudionice općenito manje sklonije korištenju izbjegavajućeg načina suočavanja u odnosu na emocionalno i problemsko suočavanje s bolesti. U svakom slučaju, činjenica da su sudionice istraživanja članice takvih grupa upućuje na to da su dobro upoznate sa svojom dijagnozom te im je tema istraživanja bila zanimljiva što povećava vjerojatnost da su ispunjavanju upitnika pristupile motivirano i iskreno.

Nadalje, jedna od mana ovog istraživanja jest nedovoljan broj prikupljenih muških sudionika zbog kojih se ovo istraživanje na kraju odnosilo samo na žensku populaciju. Mali broj muških sudionika koji su pristupili upitniku nije iznenađujući iz više razloga. Naime, HT, kao i ostale bolesti štitnjače, dominantno su ženske bolesti, a i može se pretpostaviti kako muške osobe imaju manju potrebu pretraživati grupe podrške na društvenim mrežama te su generalno manje od žena sklone pristupanju i rješavanju internetskih upitnika. Međutim, bilo bi zanimljivo istražiti postoje li spolne/rodne razlike između muškaraca i žena s dijagnozom HT-a u procjeni HRQL-a kao i u doprinosu pojedinih prediktora. Naime, istraživanja su pokazala kako su žene općenito sklonije procjenjivanju niže kvalitete života od muškaraca te da više koriste pasivne i emocionalne strategije suočavanja u odnosu na njih, a poznate su i razlike u ličnosti, prvenstveno neuroticizmu (Rassart i sur., 2014). Također, važno je i naglasiti kako se radi o istraživanju korelacijske prirode u kojem su podaci prikupljeni u samo jednoj vremenskoj

točki pa se ne mogu donositi uzročno-posljedični zaključci, a moguć je utjecaj i nekih drugih varijabli koje nisu bile uključene i/ili kontrolirane u ovom istraživanju. Primjerice, istraživanja su pokazala kako percepcija bolesti može igrati važnu ulogu u adaptaciji na bolest. Prema *Common sense* modelu (Leventhal, Nerenz i Steele, 1984; prema Hagger i Orbell, 2003), pojedinci kreiraju kognitivne i emocionalne reprezentacije svoje bolesti koje zatim utječu na njihove strategije suočavanja i adaptaciju na bolest. Pozitivnije reprezentacije, primjerice percepcija visoke mogućnosti kontrole i manje ozbiljnih posljedica bolesti, povezane su s problemskim suočavanjem i boljom prilagodbom (Hagger i Orbell, 2003). Stoga bi bilo dobro ispitati u kakvom je odnosu percepcija bolesti s varijablama korištenim u ovom istraživanju. Konačno, treba imati na umu da se u ovom istraživanju na simptome gledalo kao na nešto biološki određeno. Međutim, simptomi zapravo predstavljaju i percepciju i osjećaj osobe o stanju vlastitog tijela što je naravno podložno subjektivnosti. Bilo bi poželjno da su uz to postojali i neki ipak objektivniji podaci zdravstvenog statusa oboljelih, poput razine antiTPO i TSH⁶, međutim to nadilazi mogućnosti ovoga rada.

Navedena ograničenja bi se trebala uzeti u obzir prije provedbe budućih istraživanja na ovoj populaciji. Također, kao što je razvijena specifična mjera HRQL-a za osobe s bolestima štitnjače, bilo bi dobro da postoji i takva specifična mjera za procjenu strategija suočavanja. Naime, načini suočavanja ovise o konkretnoj situaciji i karakteristikama problema pa se predlaže da se u istraživanjima na dijagnostičkim populacijama koriste mjere suočavanje specifične za bolest (Hagger i Orbell, 2003). Takvi upitnici već postoje za različite bolesti te se koriste u istraživanjima, primjerice za osobe s dijabetesom tipa 1 ili astmom (Rassart i sur., 2014; Van De Ven i Engels, 2011), ali za bolesti štitnjače nisu još razvijeni. U ovom se radu taj problem pokušao minimalizirati modifikacijom upute COPE-B upitnika u kojoj je sudionicima specificirano kako se prilikom odgovaranja trebaju osvrnuti na to kako se suočavaju s problemima koje im uzrokuje bolest štitnjače. Međutim, s obzirom na to da se ne može znati koliko su sudionici pažljivo čitali uputu i doista se usmjerili samo na takve situacije,

⁶ TSH je skraćena za hormon tireotropin kojeg luči adenohipofiza, a kojim se regulira i stimulira lučenje T3 i T4. Povišen je u stanju hipotireoze, a snižen u hipertireozu.

potrebno je za buduća istraživanja razviti specifičnu mjeru strategija suočavanja za osobe s bolestima štitnjače.

Unatoč navedenim ograničenjima, nalazi ovog istraživanja imaju važne praktične implikacije. Naime, saznanje da osobine ličnosti igraju ulogu u kvaliteti života vezanoj uz zdravlje pokazuje kako je važno na vrijeme uočiti kakve osobe mogu imati problema u adaptaciji na bolest te nošenju s njom. Tako bi se prilikom prvog pregleda pacijentima mogli dati upitnici ličnosti kako bi se detektirale rizične osobe za sniženu kvalitetu života. Postoje različiti dobro validirani i standardizirani kratki upitnici kojima se može brzo doći do procjene ličnosti pacijenata. Pažnju bi prvenstveno trebalo obratiti na osobe koje su visoko na neuroticizmu. Sama ličnost je teže podložna intervencijama, međutim s pacijentima, prvenstveno onim rizičnima za sniženu kvalitetu života, se može raditi na usvajanju adaptivnih strategija suočavanja. Važno je oboljelima ukazati i naučiti ih koje vrste strategija postoje i koje su više, a koje manje poželjne za njihovo zdravlje. Naravno, pokazalo se kako je i prisutnost simptoma važna pa je bitno poticati pacijente da obraćaju pažnju na simptome te na pregledima izvješćuju o njima, a na liječnicima ostaje da odrede najbolju terapiju za pojedince koja bi mogla što više umanjiti prisutnost tih simptoma.

Kao što je i ranije navedeno, prema našim spoznajama psihološko istraživanje bilo koje tematike na populaciji osoba s HT-om ili nekom drugom bolesti štitnjače u hrvatskom kontekstu još nije objavljeno. Prema saznanjima kojima raspolažemo, osim u privatnim poliklinikama, s osobama oboljelima od bolesti štitnjače psiholozi ne uobičajavaju raditi u praksi. Pacijenti se redovito žale kako im se prilikom kontrole ne posvećuje dovoljno vremena te je tijekom provedbe ovog istraživanja mnogo sudionika komentiralo kako bi voljeli da ih se prilikom pregleda pitaju pitanja poput onih iz upitnika korištenog u istraživanju. Upravo je zbog toga jedan od ciljeva ovoga rada bio i pokušaj skretanja pažnje i poticaj dodatnih istraživanja na ovoj, pomalo zanemarenoj populaciji. Nalazi ovoga istraživanja pokazali su kako psihološki faktori igraju podjednaku ulogu kao i biološki u objašnjenju HRQL-a kod osoba s HT-om. Stoga bi bilo poželjno da zdravstveni djelatnici prošire svoj pogled na pacijente izvan okvira krvnih nalaza i simptomatologije te usmjere više pažnje na rješavanje problema prilagodbe na bolest kod osoba s HT-om.

ZAKLJUČAK

Svrha ovoga rada bila je dobiti spoznaje o kvaliteti života vezanoj uz zdravlje kod osoba s dijagnozom Hashimotova tireoiditisa te istražiti prediktivnu ulogu simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja u toj procjeni. Rezultati su pokazali da navedeni prediktori i samostalno i zajednički značajno predviđaju procjenu kvalitete života vezane uz zdravlje te ukupno objašnjavaju oko dvije trećine njene varijance. Točnije, rezultati ukazuju na to da će višu kvalitetu života vezanu uz zdravlje imati osobe koje prijavljuju manje simptoma iz spektra gušavosti, hipotireoze i hipertireoze, koji su nisko na neuroticizmu, a visoko na ekstraverziji i ugodnosti te nisu skloni koristiti izbjegavajuće strategije suočavanja. Od navedenih prediktora, neuroticizam kao crta ličnosti se pokazao kao najsnažniji prediktor. Dobiveni nalazi imaju važne kliničke implikacije te ukazuju na veću potrebu za dodatnim istraživanjima na toj dijagnostičkoj populaciji kao i na veću posvećenost pacijentima u praksi.

LITERATURA

- Apolone, G. i Mosconi, P. (1998). Review of the concept of quality of life assessment and discussion of the present trend in clinical research. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 13(1), 65-69.
- Arambašić, L. (1996). Stres. U: Pregrad, J. (Ur.), *Stres, trauma, oporavak* (str. 93-103). Zagreb: Društvo za psihološku pomoć.
- Baretić, M. (2012). 100 godina Hashimotova Tireoiditisa, bolesti koja još uvijek intrigira-prikaz bolesnice. *Acta Medica Croatica*, 65(5), 453-456.
- Benet-Martínez, V. i John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 729-750.
- Bianchi, G. P., Zaccheroni, V., Solaroli, E., Vescini, F., Cerutti, R., Zoli, M. i Marchesini, G. (2004). Health-related quality of life in patients with thyroid disorders. *Quality of Life Research*, 13(1), 45-54.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine*, 4(1), 92.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. i Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56, 267-283.
- Cikač, T. i Sambol, K. (2015). Prikaz slučaja: Hipotireoza (Hashimotov tiroiditis). *Medicina Familiaris Croatica: Journal of the Croatian Association of Family Medicine*, 23 (1), 67-70.
- Connor-Smith, J. K. i Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: a meta-analysis. *Journal of personality and social psychology*, 93(6), 1080-1107.
- Constant, E.L., Adam, S., Seron, X., Bruyer, R., Seghers A. i Daumerie, C. (2005). Anxiety and depression, attention, and executive functions in hypothyroidism. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 535-544.
- Gulseren, S., Gulseren, L., Hekimsoy, Z., Cetinay, P., Ozen, C. i Tokatlioglu, B. (2006). Depression, anxiety, health-related quality of life, and disability in patients with overt and subclinical thyroid dysfunction. *Archives of medical research*, 37(1), 133-139.
- Hagger, M. S. i Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184.
- Hesselink, A. E., Penninx, B. W. J. H., Schlösser, M. A. G., Wijnhoven, H. A. H., Van Der Windt, D. A. W. M., Kriegsman, D. M. W. i Van Eijk, J. T. M. (2004). The role of coping resources and coping style in quality of life of patients with asthma or COPD. *Quality of life research*, 13(2), 509-518.
- John, O. P. i Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. U: Pervin, L.A. i John, O.P. (Ur.), *Handbook of*

personality: Theory and research, 2nd edition (str. 102-138). New York: Guilford.

- Larsen, R.J. i Buss, D.M. (2005). *Psihologija ličnosti*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Luyckx, K., Vanhalst, J., Seiffge-Krenke, I. i Weets, I. (2010). A typology of coping with Type 1 diabetes in emerging adulthood: Associations with demographic, psychological, and clinical parameters. *Journal of Behavioral Medicine*, 33, 228-238.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(4), 265-277.
- Mirjanić, L. i Milas, G. (2011). Uloga samopoštovanja u održavanju subjektivne dobrobiti u primjeni strategija suočavanja sa stresom. *Društvena istraživanja*, 20(3 (113)), 711-727.
- Montel, S. R. i Bungener, C. (2007). Coping and quality of life in one hundred and thirty five subjects with multiple sclerosis. *Multiple sclerosis*, 13(3), 393-401.
- Ott, J., Promberger, R., Kober, F., Neuhold, N., Tea, M., Huber, J. C. i Hermann, M. (2011). Hashimoto's thyroiditis affects symptom load and quality of life unrelated to hypothyroidism: a prospective case-control study in women undergoing thyroidectomy for benign goiter. *Thyroid*, 21(2), 161-167.
- Penedo, F. J., Gonzalez, J. S., Dahn, J. R., Antoni, M., Malow, R., Costa, P. i Schneiderman, N. (2003). Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of psychosomatic research*, 54(3), 271-278.
- Rassart, J., Luyckx, K., Klimstra, T., Moons, P. i Weets, I. (2014). Personality and illness adaptation in adults with Type 1 diabetes: The intervening role of illness coping and perceptions. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 21, 41-55.
- Rassart, J., Luyckx, K., Goossens, E., Apers, S., Klimstra, T. A. i Moons, P. (2013). Personality traits, quality of life and perceived health in adolescents with congenital heart disease. *Psychology & health*, 28(3), 319-335.
- Razvi, S., McMillan, C. V. i Weaver, J. U. (2005). Instruments used in measuring symptoms, health status and quality of life in hypothyroidism: a systematic qualitative review. *Clinical endocrinology*, 63(6), 617-624.
- Replinger, D., Bargren, A., Zhang, Y., Adler, J., Haymart, M. i Chen, H. (2008). Is Hashimoto's thyroiditis a risk factor for papillary thyroid cancer? *Journal of Surgical Research*, 150 (1), 49-52.
- Roesch, S. C. i Weiner, B. (2001). A meta-analytic review of coping with illness: Do causal attributions matter?. *Journal of psychosomatic research*, 50(4), 205-219.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R. i Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-

- description across 56 nations. *Journal of cross-cultural psychology*, 38(2), 173-212.
- Van De Ven, M. O. i Engels, R. C. (2011). Quality of life of adolescents with asthma: the role of personality, coping strategies, and symptom reporting. *Journal of psychosomatic research*, 71(3), 166-173.
- Van Straten, A. V., Cuijpers, P., van Zuuren, F. J., Smits, N. i Donker, M. (2007). Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 16(1), 1–8.
- Vrhovac B., Jakšić B., Reiner Ž. i Vucelić B. (2008). *Interna Medicina*. Zagreb: Naklada Ljevak.
- Vuletić, G. (2013). Samoprocijenjeno zdravlje i kvaliteta života u Bjelovarsko-bilogorskoj županiji: regionalne razlike i specifičnosti. *Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru*, (7), 213-222.
- Wahl, A., Hanestad, B. R., Wiklund, I. i Moum, T. (1999). Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Quality of life Research*, 8(5), 427-433.
- Watt, T., Bjorner, J. B., Groenvold, M., Cramon, P., Winther, K. H., Hegedüs, L., Bonnema, S. J., Rasmussen, Å. K., Ware Jr, J. E. i Feldt-Rasmussen, U. (2015). Development of a short version of the thyroid-related patient-reported outcome ThyPRO. *Thyroid*, 25(10), 1069-1079.
- Watt, T., Hegedüs, L., Bjorner, J. B., Groenvold, M., Bonnema, S. J., Rasmussen, Å. K. i Feldt-Rasmussen, U. (2012). Is thyroid autoimmunity per se a determinant of quality of life in patients with autoimmune hypothyroidism?. *European thyroid journal*, 1(3), 186-192.
- Watt, T., Bjorner, J. B., Groenvold, M., Rasmussen, Å. K., Bonnema, S. J., Hegedüs, L. i Feldt-Rasmussen, U. (2009). Establishing construct validity for the thyroid-specific patient reported outcome measure (ThyPRO): an initial examination. *Quality of Life Research*, 18(4), 483-496.
- Watt, T., Hegedus, L., Rasmussen, Å. K., Groenvold, M., Bonnema, S. J., Bjorner, J. B. i Feldt-Rasmussen, U. (2007). Which domains of thyroid-related quality of life are most relevant? Patients and clinicians provide complementary perspectives. *Thyroid*, 17(7), 647–654.
- Watt, T., Groenvold, M., Rasmussen, Å. K., Bonnema, S. J., Hegedüs, L., Bjorner, J. B. i Feldt-Rasmussen, U. (2006). Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review. *European Journal of Endocrinology*, 154(4), 501-510.
- Wentz, I. i Nowosadzka, M. (2013). *Hashimoto's Thyroiditis: Lifestyle Interventions for Finding and Treating the Root Cause*. Wentz LLC
- Winther, K. H., Cramon, P., Watt, T., Bjorner, J. B., Ekholm, O., Feldt-Rasmussen, U., Groenvold, M., Rasmussen, Å. K., Hegedüs, L. i Bonnema, S. J. (2016). Disease-specific as well as generic quality of life is widely impacted in autoimmune hypothyroidism and improves during the first six months of levothyroxine therapy. *PloS one*, 11(6), e0156925.

Wong, C. K., Lang, B. H. i Lam, C. L. (2016). A systematic review of quality of thyroid-specific health-related quality-of-life instruments recommends ThyPRO for patients with benign thyroid diseases. *Journal of clinical epidemiology*, 78, 63-72.

PRILOZI

Prilog A

ThyPRO - 39

U sljedećim pitanjima zanima nas kako je bolest štitnjače utjecala na Vaš život. Molimo Vas da odgovorite na pitanje odabirući onaj odgovor, odnosno broj, koji najbolje odgovara Vašem stanju. Pri tome brojevi znače sljedeće:

1 Uopće ne, 2 Malo, 3 Umjereno, 4 Prilično, 5 Jako puno

Prvi dio upitnika odnosi se na simptome, umor, pamćenje, raspoloženje i zdravlje. Molimo Vas da odgovore temeljite na tome *kako ste se općenito osjećali u posljednja 4 tjedna*.

1. Prva pitanja odnose se na simptome

Jeste li u posljednja 4 tjedna:

- imali osjećaj punoće u vratu?
- osjećali pritisak u grlu?
- osjećali nelagodu prilikom gutanja?
- imali drhtave ruke?
- se pojačano znojili?
- osjetili ubrzan rad srca?
- bili osjetljivi na hladnoću?
- imali problema sa želucem?
- osjetili suhoću očiju ili „pijesak” u očima?
- imali oslabljeni vid?
- bili jako osjetljivi na svjetlost?
- imali natečene ruke ili stopala?
- imali suhu kožu?
- osjetili svrbež na koži?

2. Sljedeća pitanja odnose se na umor.

Jeste li u posljednja 4 tjedna:

- bili umorni?
- imali problema s pronalaženjem motivacije za obavljanje bilo kakve aktivnosti?

3. Sljedeće pitanje odnosi se na Vašu vitalnost.

Jeste li se u posljednja 4 tjedna:

- osjećali puni energije?

4. Sljedeća pitanja odnose se na pamćenje i koncentraciju.

Jeste li u posljednja 4 tjedna:

- imali problema s pamćenjem?

- imali usporen i nejasan tok misli?

- imali problema s koncentracijom?

5. Sljedeća pitanja odnose se na nervozu i napetosti.

Jeste li se u posljednja 4 tjedna:

- osjećali uplašeno ili tjeskobno?

- osjećali napeto?

- osjećali uznemireno?

6. Sljedeća pitanja odnose se na psihološku dobrobit.

Jeste li se u posljednja 4 tjedna:

- osjećali tužno?

- osjećali nesretno?

Jeste li u posljednja 4 tjedna:

- imali samopouzdanja?

7. Sljedeća pitanja odnose se na poteškoće u suočavanju sa situacijama ili na promjene raspoloženja.

Jeste li u posljednja 4 tjedna:

- primijetili da lako podliježete stresu?

- imali promjene raspoloženja?

- osjećali da imate kontrolu nad svojim životom?

Ostatak upitnika odnosi se na *moгуći utjecaj bolesti štitnjače na različite aspekte Vašeg života*.

8. Sljedeća pitanja odnose se na Vaše odnose s drugim ljudima.

Je li Vam bolest štitnjače u posljednja 4 tjedna uzrokovala:

- da Vam je teško biti u blizini drugih ljudi (npr. s bračnim partnerom, djecom, dečkom/djevojkom, prijateljima i drugima)?
- osjećaj kao da ste na teret drugim ljudima?
- konflikte s drugim ljudima?

9. Sljedeća pitanja odnose se na svakodnevne aktivnosti.

Je li Vam bolest štitnjače u posljednja 4 tjedna uzrokovala:

- poteškoće u upravljanju svakodnevnim životom?
- nemogućnost sudjelovanja u događanjima koja Vas okružuju?
- osjećaj kao da Vam je za svaku radnju potrebno više vremena?

10. Bolesti štitnjače (ili njihovo liječenje) mogu utjecati na Vaš izgled (može primjerice uzrokovati oticanje vrata, natečenost lica, ruku ili stopala, promjene izgleda očiju ili promjene tjelesne težine).

U posljednja 4 tjedna:

- je li Vaša bolest štitnjače imala utjecaja na Vaš izgled (npr. natečenost vrata, promjene izgleda očiju, promjena tjelesne težine)?
- jesu li Vam smetali pogledi drugih ljudi?
- je li Vaša bolest štitnjače utjecala na Vaš izbor odjeće?

11. Posljednje pitanje odnosi se na to u kojoj je mjeri bolest štitnjače generalno utjecala na Vas tijekom posljednja 4 tjedna.

U posljednja 4 tjedna:

- je li bolest štitnjače imala negativni utjecaj na kvalitetu Vašeg života?

Prilog B

Spuriozne korelacije skala i čestice koje čine kompozitni rezultat ThyPRO-39
upitnika ($N = 528$)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
1.U	-								
2.K	.54*	-							
3.A	.56*	.45*	-						
4.D	.59*	.42*	.66*	-					
5.EO	.61*	.48*	.69*	.67*	-				
6.SocŽ	.47*	.44*	.54*	.57*	.57*	-			
7.SŽ	.64*	.57*	.55*	.55*	.56*	.59*	-		
8.KŽ	.50*	.38*	.40*	.43*	.45*	.47*	.65*	-	
9.Kom	.80*	.71*	.80*	.80*	.82*	.76*	.83*	.64*	-

Legenda: N - broj sudionika; U – skala umora; K – skala kognitivnih teškoća; A – skala anksioznosti; D – skala depresivnosti; EO – skala emocionalne osjetljivosti; SocŽ – skala oslabljenog socijalnog života; SŽ – skala oslabljenog svakodnevnog života; KŽ – čestica utjecaja bolesti na kvalitetu života; Kom – kompozitni rezultat; * - vrijednosti značajne na razini $p < .01$

Prilog C

Prikaz osnovnih deskriptivnih podataka skala COPE-B upitnika ($N = 528$)

	<i>M</i>	<i>SD</i>	min	max	K-S	p_{KS}	Skewness	Kurtosis
AS	3.19	0.73	1	4	3.92	.001	-0.69	-0.15
Pl	3.26	0.71	1	4	4.38	.001	-0.95	0.64
Is	2.93	0.82	1	4	3.27	.001	-0.42	-0.56
TEP	2.80	0.88	1	4	3.73	.001	-0.34	-0.77
TIP	2.79	0.84	1	4	3.31	.001	-0.22	-0.79
Por	1.95	0.89	1	4	4.03	.001	0.64	-0.56
Sam	2.57	0.95	1	4	3.09	.001	-0.15	-1.05
Od	1.77	0.75	1	4	4.52	.001	0.74	-0.13
Rel	2.23	1.01	1	4	4.01	.001	0.34	-1.26
OP	2.99	0.76	1	4	3.49	.001	-0.50	-0.34
KS	1.31	0.64	1	4	9.65	.001	2.36	5.43
Hum	2.46	0.73	1	4	4.11	.001	0.21	-0.21
Pri	3.35	0.64	1	4	4.62	.001	-0.89	0.60
PR	3.18	0.78	1	4	4.23	.001	-0.71	-0.25

Legenda: N - broj sudionika; M - aritmetička sredina; SD - standardna devijacija; K-S - Kolmogorov-Smirnov test; p_{KS} - p-vrijednost Kolmogorov-Smirnov testa; AS- aktivno suočavanje; Pl - planiranje; Is - iskaljivanje; TEP - traženje emocionalne podrške; TIP - traženje instrumentalne podrške; Por - poricanje; Sam - samookrivljavanje; Od - odustajanje; Rel - religija; OP - odvracanje pažnje; KS - konzumiranje sredstava; Hum - humor; Pri - prihvatanje; PR - pozitivno razmišljanje.