

Sveučilište u Zagrebu  
Filozofski fakultet  
Odsjek za psihologiju

**ULOGA ANKSIOZNE OSJETLJIVOSTI U KRONIČNIM BOLESTIMA I  
RAZLIČITIM ASPEKTIMA UZIMANJA LIJEKOVA**

Diplomski rad

Marina Čović

Mentor: Dr.sc. Tanja Jurin

Zagreb, 2016.

SADRŽAJ .....	2
UVOD .....	4
CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA .....	12
METODOLOGIJA.....	13
<i>Sudionici</i> .....	13
<i>Mjerni instrumenti</i> .....	14
<i>Postupak</i> .....	15
<i>Statistička obrada podataka</i> .....	16
REZULTATI.....	18
<i>Zdravstveni ishodi i anksiozna osjetljivost</i> .....	18
<i>Anksiozna osjetljivost i povremeno uzimanje lijekova u funkciji vremena</i> .....	19
RASPRAVA.....	24
ZAKLJUČAK .....	32
REFERENCE .....	34
PRILOZI.....	37

## **Uloga anksiozne osjetljivosti u kroničnim bolestima i različitim aspektima uzimanja lijekova**

Marina Čović

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlike u izraženosti anksiozne osjetljivosti obzirom na postojanje kronične bolesti i uzimanje različitih vrsta lijekova u funkciji vremena. Istraživanje je provedeno na 572 studenta Filozofskog fakulteta u Zagrebu, pri čemu je u dvije točke mjerenja ispitana njihova razina anksiozne osjetljivosti te su pitani o zdravstvenom stanju i navikama uzimanja lijekova. Rezultati istraživanja pokazali su trend viših razina anksiozne osjetljivosti u prvoj točki mjerenja kod sudionika koji su u razdoblju od tri godine razvili kroničnu bolest. Također, rezultati istraživanja ukazuju da nisu svi tjelesni simptomi povezani s anksioznom osjetljivošću, već oni koji su povezani s boli i psihičkim uznemirenjem, dok oni s alergijama i upalama nisu. Izraženost anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija promijenila se u razdoblju od tri godine kod sudionika koji povremeno uzimaju analgetike i lijekove za smirenje, i to u smjeru povišenja ovih mjera. Nalazi nadalje ukazuju kako pojedinci s visokom razinom anksiozne osjetljivosti u prosjeku istovremeno konzumiraju veću količinu različitih vrsta lijekova u odnosu na skupinu nisko anksiozno osjetljivih sudionika, ali kako ih ne uzimaju češće u odnosu na nisko anksiozno osjetljive sudionike.

Ključne riječi: anksiozna osjetljivost, kronična bolest, analgetik, sedativ, antipiretik, antihistaminik

## **The role of anxiety sensitivity in chronic illness and various aspects of medication usage**

Marina Čović

The aim of this study was to investigate differences in the severity of anxiety sensitivity due to the presence of a chronic condition and use of various kinds of medications over time. The study was conducted on students (N=572) of Faculty of Humanities and Social Sciences in University of Zagreb, where the repeated measurements tested their level of anxiety sensitivity and asked about their health condition and medication usage. The results show a trend of higher levels of anxiety sensitivity in the group of participants who developed a chronic condition over a period of three years. Also, statistical results indicate that not all of the physical symptoms are associated with anxiety sensitivity, but only those that are associated with pain and mental distress, while those associated with allergies and inflammation are not. Levels of anxiety sensitivity and its dimensions changed over a period of three years in group of participants who occasionally use analgesics and sedatives, by an increase of these measures. Findings further indicate that individuals with clinically high levels of anxiety sensitivity, on average, at the same time use a greater amount of different types of medications in relation to a group of low anxiety sensitive participants. The two groups of participants did not differ in how often they used medications.

Key words: anxiety sensitivity, chronic conditions, analgesic, sedative, antipyretic, antihistamine

## UVOD

Anksiozna osjetljivost je konstrukt koji u psihologiju osamdesetih godina dvadesetog stoljeća uvode znanstvenici Steven Reiss i Richard McNally. Definirali su je kao strah od anksioznih simptoma i s anksioznošću povezanih tjelesnih osjeta, temeljen na vjerovanju da su takvi simptomi naznaka nadolazećih katastrofičnih posljedica. Priroda tih posljedica može biti tjelesna ili psihička, ili pak može biti u obliku negativne socijalne procjene (Reiss i McNally, 1985).

Reiss nudi teorijsku podlogu anksioznoj osjetljivosti pomoću Teorije očekivanja (engl., *Expectancy theory*) i Teorije osjetljivosti (engl., *Sensitivity theory*) (Reiss, 1980,1991, prema Taylor i Fedoroff, 1999). Prva teorija, koja pokušava objasniti što osoba misli da će se dogoditi u situaciji kada doživi strah, pretpostavlja postojanje tri temeljna očekivanja, odnosno fundamentalna straha: strah od bolesti, ozljede ili smrti, strah od simptoma anksioznosti te strah od negativne socijalne procjene. Iako je u početku smatrano da je anksiozna osjetljivost jedan od temeljnih strahova, kasnije spoznaje nisu išle u prilog teoriji te su dovele do zaključka da anksiozna osjetljivost obuhvaća sva tri navedena temeljna straha. Druga teorija objašnjava anksioznu osjetljivost pomoću pretpostavke da je sve svjesno ponašanje motivirano ciljevima i osjetljivostima, odnosno onime čemu ljudi streme i onime što izbjegavaju (Reiss, 1991). Tako je jedan od više intrinzičnih motiva u podlozi ljudskog ponašanja onaj za smirenošću, odnosno izbjegavanjem boli i anksioznosti, a konceptualno predstavlja anksioznu osjetljivost.

Iako su ove dvije teorije dominantne u objašnjavanju anksiozne osjetljivosti, drugi autori su predložili i teoriju prema kojoj je anksiozna osjetljivost zapravo strah od straha, usvojen prema načelima klasičnog uvjetovanja. Goldenstein i Chambless (1988, prema Taylor i Fedoroff, 1999) predlažu da su osobe koje imaju strah od tjelesnih i psihičkih osjeta taj strah naučile klasičnim uvjetovanjem tijekom nekog averzivnog podražaja koji je zatim uslijedio. Primjerice, ako su doživjeli panični napad, da se panični strah koji su osjetili za vrijeme incidenta upario s tjelesnim i psihičkim simptomima koji ga prate i tako razvili strah od tih simptoma. Ipak, postoje osobe koje jesu visoko anksiozno osjetljive, a nemaju iskustvo tijekom kojeg je moglo doći do klasičnog uvjetovanja paničnog straha i nekih tjelesnih i psihičkih simptoma, što dovodi u pitanje opisanu teoriju.

Autori konstrukta pretpostavili su jednodimenzionalnu strukturu anksiozne osjetljivosti, no nedugo nakon razvijanja ovog konstrukta, Telch, Shermis i Lucas (1989) predlažu ideju o njegovoj višedimenzionalnoj strukturi. Iako je bilo pokušaja dokazivanja dvofaktorske i četverofaktorske strukture konstrukta, najveći broj istraživača na ovom području slaže se oko njene trofaktorske strukture kako na stranom, tako i na hrvatskom uzorku (Jurin, Jokić-Begić i Lauri Korajlija, 2012). Ona predlaže postojanje triju dimenzija anksiozne osjetljivosti: dimenziju tjelesnih briga, dimenziju psihičkih briga i dimenziju socijalnih briga. Dimenzija tjelesnih briga odnosi se na strah od simptoma anksioznosti za koje pojedinac pretpostavlja da dovode do katastrofične fizičke posljedice, primjerice ozbiljne tjelesne bolesti ili smrti. Dimenzija psihičkih briga pretpostavlja postojanje straha od psihičkih simptoma anksioznosti za koje osoba predviđa da su naznaka za psihičko stanje katastrofičnih posljedica, poput gubitka kontrole ili još intenzivnije anksioznosti, a u krajnjem slučaju psihičkog oboljenja. Treća dimenzija anksiozne osjetljivosti koju su pretpostavili autori ovog konstrukta je dimenzija socijalnih briga. Ona obuhvaća strah od manifestacije anksioznih simptoma u javnosti, npr. mogućnost sramoćenja pred ljudima koji primjećuju pojedinačne simptome anksioznosti. Tako, u skladu s prethodno navedenim objašnjenjima, osoba s visokom anksioznom osjetljivošću može simptome ubrzanog rada srca pripisati mogućnosti nadolazećeg srčanog udara, nemogućnost koncentracije objasniti početkom ludila, a za vidljive simptome anksioznosti pretpostaviti da će ih okolina lako primijetiti i negativno evaluirati njihovu pojavu. Osobe s niskom razinom anksiozne osjetljivosti vjerojatnije će anksiozne simptome protumačiti kao neugodne, ali prolazne, i ne kao dio najave navedenih katastrofičnih posljedica (Reiss i McNally, 1985).

Dosada je veći broj istraživanja koristio mjeru anksiozne osjetljivosti kako bi ispitao ulogu anksiozne osjetljivosti kod raznih psihopatoloških fenomena, osobito simptoma anksioznosti. Tako je na temelju istraživanja uloge anksiozne osjetljivosti u anksioznim poremećajima poznato da je visoka razina anksiozne osjetljivosti povezana s pogoršanjem simptoma tih poremećaja jer dovodi do sve intenzivnije anksioznosti (Maller i Reiss, 1992; Schmidt, Zvolensky i Maner, 2006).

Iako je niz istraživanja ispitivao ulogu, utjecaj i povezanost anksiozne osjetljivosti s domenom psihopatologije, Jurin (2013) u svom preglednom radu navodi postojanje tek malog broja istraživanja o ulozi anksiozne osjetljivosti u razvoju i tijeku somatskih bolesti. Ipak, iako malen, to je dovoljan broj istraživanja na temelju kojih je moguće pretpostaviti da je anksiozna osjetljivost na neki način s njima povezana. Budući da istraživanja nisu dala

podršku pretpostavci o anksioznoj osjetljivosti kao fundamentalnom strahu (Taylor i Fedoroff, 1999), već su ukazala na mogućnost da ona obuhvaća sva tri temeljna straha koji pojačavaju uobičajene reakcije straha (pa prema tome sadrži i strah od bolesti, ozljeda i smrti), logično bi bilo zaključiti da igra i određenu ulogu u razvoju i tijeku tjelesnih bolesti. Iako je riječ o manje ispitivanom odnosu, zaključci istraživanja ukazuju na to da je anksiozna osjetljivost mogući važan čimbenik u održavanju i pogoršavanju simptoma tjelesnih bolesti, kao i da je mogući čimbenik ranjivosti za obolijevanje od kroničnih tjelesnih bolesti (Jurin, 2013).

Do sada se anksiozna osjetljivost istraživala u kontekstu stanja akutne i kronične boli te gastrointestinalnih, respiratornih i kardioloških bolesti. Odabir ovih tjelesnih stanja je logičan, budući da čestice najpoznatijih mjera anksiozne osjetljivosti (ASI-ja (Indeksa anksiozne osjetljivosti) i CASI-ja (Dječji indeks anksiozne osjetljivosti) obuhvaćaju upravo kardiološke, gastrointestinalne i respiratorne simptome. Ti simptomi javljaju se kod anksioznih poremećaja, ali i kod tjelesnih bolesti ovih fizioloških sustava. Istraživanja koja su ispitivala odnos anksiozne osjetljivosti i tjelesnih bolesti provedena su za bolesti poput hipertenzije<sup>1</sup> (Norman i Lang, 2005), šuma na srcu<sup>2</sup> (Lipsitz, 2004) (kardiološke smetnje), globusa<sup>3</sup> (Norman i sur., 1999), funkcionalne dispepsije<sup>4</sup> (Norman i sur., 1999), sindroma iritabilnog crijeva<sup>5</sup> (Gros i sur., 2009) (gastrointestinalne smetnje) te astme<sup>6</sup> (npr. Goodwin, Pine i Hoven, 2003; Carr i sur., 1994) (respiratorne smetnje). Što se drugih kroničnih zdravstvenih stanja tiče, a koja nisu nužno obuhvaćena ljestvicom anksiozne osjetljivosti, određeni broj istraživanja usmjeren je i na pacijente s kroničnom proširenom boli (fibromialgijom<sup>7</sup>), migrenama<sup>8</sup> (Smitherman, 2015), dijabetesom tipa I<sup>9</sup> (Anderbro, 2015), ali i na druga tjelesna stanja duljeg trajanja kao što je trudnoća (Handelzalts, 2015).

Prva istraživanja o kroničnoj boli pokazala su kako osobe s ovom tjelesnom poteškoćom karakterizira velik broj izbjegavajućih ponašanja (Fordyce, 1976), a budući da je bol averzivan osjet, ovakav nalaz ne iznenađuje. Spomenuta ponašanja uključuju izbjegavanje određenih aktivnosti, pokreta pa čak i socijalnih kontakata te raznih oblika fizičke stimulacije. Osim

---

<sup>1</sup> kronična bolest kod koje je povišen krvni tlak u arterijama

<sup>2</sup> abnormalan zvuk tijekom ciklusa kucanja srca, uzrokovan protokom krvi u srcu ili u blizini srca, zamjetan stetoskopom

<sup>3</sup> poremećaj jednjaka praćen nelagodnom i boli

<sup>4</sup> kronični funkcionalni poremećaj gornjeg probavnog sustava obilježen boli

<sup>5</sup> gastrointestinalna smetnja koja se manifestira abdominalnim simptomima od blagog osjećaja nelagode do jake boli i promjenjivom crijevnom aktivnošću koja rezultira izmjenjivanjem opstipacije i proljeva

<sup>6</sup> poremećaj respiratornog sustava karakteriziran preosjetljivim bronhima uz opstruktivne napade dišnih putova

<sup>7</sup> česti i kompleksni kronični bolni poremećaj karakteriziran kroničnom boli, multiplim bolnim točkama po tijelu, abnormalnim procesuiranjem boli, smetnjama spavanja, umorom i često psihološkim distresom

<sup>8</sup> kronična bolest obilježena recidivirajućom srednje do jako izraženom glavoboljom koja je često povezana s nizom simptoma autonomnog živčanog sustava

<sup>9</sup> bolest uzrokovana potpunim nedostatkom inzulina koja traje cijeli život

izbjegavanja boli, i strah od boli je proučavan nakon njegove pretpostavljene uloge u izbjegavanju bolnih osjeta, a pokazao se snažnim prediktorom onesposobljenosti u svakodnevnom funkcioniranju (McCracken, Zayfert i Gross, 1992). Obzirom da bi anksiozna osjetljivost mogla služiti kao pojačivač reakcija straha, zanimljiva pitanja na području kronične boli postavljala su se i o odnosu anksiozne osjetljivosti i ovog stanja. Istraživanje koje je među prvima donijelo zaključke o odnosu kronične boli i anksiozne osjetljivosti bilo je ono Kucha i suradnika (1991), a provedeno je na osobama s dijagnozom paničnog poremećaja. Velik udio uzorka izvještavao je o dugotrajnim osjetima boli, a oni koji su patili od kronične boli imali su višu razinu anksiozne osjetljivosti od onih koji nisu izvještavali o kroničnim bolovima. Također, ovim istraživanjem utvrđeno je da bi anksiozna osjetljivost mogla imati važniju ulogu u doživljaju boli od drugih, objektivnijih mjera boli, kao što je intenzitet boli. Što se tiče dimenzija anksiozne osjetljivosti i boli, istraživanja Asmundsona i sur. (1998) pokazala su da je dimenzija tjelesnih briga povezana s intenzitetom boli, ponašanjima izbjegavanja povezanim s bolovima te strahom od boli. Da i dimenzija psihičkih briga ima određenu ulogu u mehanizmima nastanka i održavanja kronične boli, ukazalo je istraživanje u kojem su se najboljim prediktorima teškoća vezanih za bol pokazale anksiozna osjetljivost i neuroticizam, dok se vrsta i intenzitet boli nisu pokazali značajnim prediktorima (Norton i sur., 1995, prema Asmundson, 1999).

Istraživanje provedeno na osobama s hipertenzijom, bolesti srca i visokim kolesterolom (Norman i Lang, 2005) pokazalo je kako pojedinci imaju strah pred simptomima za koje pretpostavljaju da su povezani s radom srca, a u svojoj su biti simptomi anksioznosti (poput bolova u predjelu prsnog koša, preskakanja otkucaja srca ili povremenog naglog ubrzanja pulsa). U ovom istraživanju pronađena je dobra prediktivna uloga anksiozne osjetljivosti u intenziviranju veze između hipertenzije, bolesti srca te visokog kolesterola i patološke anksioznosti, ali i smanjene vitalnosti i goreg socijalnog funkcioniranja (Norman i Lang, 2005). Autori tog istraživanja predlažu objašnjenje prema kojem anksiozna osjetljivost djeluje na povećanje usmjerenosti na tjelesne senzacije i vjerojatnosti njihove negativne interpretacije, čime povećava samu anksioznost (Norman i Lang, 2005). Neki od ovih simptoma javljaju se bez pravila, i kod potencijalno fatalnih kardiovaskularnih deficita i kao simptom anksioznosti, što otežava navikavanje na takve senzacije i opravdano održava strah pred njima. Osobe s potencijalno fatalnim bolestima mogu razviti visoku razinu anksiozne osjetljivosti koja potom može povećati rizik od pogoršanja simptoma i smanjiti kvalitetu života (Norman i Lang, 2005). Stoga se pretpostavlja da je visoka anksiozna osjetljivost

vjerojatnije reakcija na izloženost potencijalno opasnim promjenama u radu srca, nego predispozicija za pojavu i pogoršanje bolesti srca (Jurin, 2013).

Istraživanja gastrointestinalnih disfunkcija i anksiozne osjetljivosti pronašla su značajno više rezultate na ASI-ju kod onih s dijagnozom globusa i funkcionalne dispepsije, u odnosu na pojedince bez dijagnoze gastrointestinalnog sustava (Norton i sur., 1999). Jedno od istraživanja na ovom području pokazalo je kako osobe sa sindromom iritabilnog crijeva izvještavaju o značajno višoj razini anksiozne osjetljivost u odnosu na pojedince bez dijagnoze i simptoma ovog sindroma, a razlika u rezultatima skupina od više od 7 bodova sugerira da anksiozna osjetljivost ima ulogu u ovom sindromu (Gros, Antony, McCabe i Swinson, 2009).

Kada je riječ o disfunkcijama respiratornog sustava i njihovoj povezanosti s anksioznom osjetljivošću, astma je najistraženija među njima. Istraživanja su pokazala učestali komorbiditet paničnog poremećaja i astme, s pretpostavkom da je tome tako zbog uvjetovanja straha od senzacija koje prate napad astme (Goodwin, Pine i Hoven, 2003). Panični napad i napad astme imaju slične simptome, kao što su hiperventilacija te osjećaj gušenja, stoga ne čudi da upravo panični poremećaj prati dijagnozu astme (Feldman, Giardino i Lehrer, 2000). Pretpostavlja se da osoba s visokom anksioznom osjetljivošću ima predispoziciju reagirati na blage simptome astme paničnim strahom koji se iskazuje u vidu simptoma respiratornog napada, bili oni simptomi paničnog poremećaja ili astme. Prema pretpostavljenom recipročno dinamičnom odnosu anksiozne osjetljivosti i paničnih napada, moguće je i da takvi doživljeni simptomi kasnije povećaju pojedinčevu anksioznu osjetljivost (Jurin, 2013). Istraživanje koje je pokušalo ispitati koje su dimenzije anksiozne osjetljivosti povezane s astmom, očekivano je pokazalo značajnu pozitivnu povezanost isključivo dimenzije tjelesnih briga s lošom remisijom astme, što otvara mogućnost utjecanja na produljenje remisije bolesti djelovanjem na brige povezane s tjelesnim senzacijama tijekom astmatskih napada (McLeish, Zvolensky i Luberto, 2011). Rezultati istraživanja provedenog na uzorku djece s dijagnozom astme ukazuju na to da visoke razine anksiozne osjetljivosti mogu identificirati djecu s rizikom za nepovoljan tijek ove bolesti (Rose, 1996), što je u skladu s nalazima prethodnog istraživanja o mogućnosti djelovanja na trajanje remisije bolesti preko mehanizma anksiozne osjetljivosti.

Što se tiče dugotrajnih tjelesnih stanja koja nisu sama po sebi kronična bolest, ali dovode do brojnih tjelesnih i psiholoških promjena, poput trudnoće, istraživanje iz 2015. pokazalo je da je strah od poroda povezan s anksioznom osjetljivošću i prije i poslije poroda. Anksiozna osjetljivost, strah od poroda prije samog poroda, način i iskustvo poroda glavni su prediktori straha od poroda nakon poroda (Handelzalts i sur., 2015).



Na uzorku pacijenata s dijagnozom dijabetesa tipa I, provedeno istraživanje je pokazalo kako anksiozne mjere poput anksiozne osjetljivosti i straha od komplikacija bolesti, zajedno s kliničkim čimbenicima kao što je ozbiljnost hipoglikemije<sup>10</sup> i učestalost noćne hipoglikemije, objašnjavaju gotovo 40% varijance straha od hipoglikemije (Anderbro, 2015).

Istraživanje na kliničkom uzorku pacijenata s migrenama pokazala su da anksiozna osjetljivost pouzdano razlikuje pojedince s glavoboljama od skupina onih koji ne pate od njih. Najviša razina ove mjere nađena je kod osoba s kroničnom migrenom i epizodičkim migrenama s aurom. Uz to, najsnažnije je povezana s prototipskim simptomima migrene i dobro predviđa onesposobljenost povezanu s glavoboljom te varijable koje djeluju kao okidači migrene (Smitherman, 2015).

Relativno je malen broj istraživanja koja pokrivaju odnos anksiozne osjetljivosti i somatskih bolesti, a još je manje onih usmjerenih na odnos somatskih bolesti i specifičnih dimenzija anksiozne osjetljivosti. Već je ponešto rečeno o odnosu tjelesnih briga i intenziteta boli, ponašanjima izbjegavanja povezanim s boli kao i straha od boli. Također, pretpostavlja se i da određenu ulogu u doživljaju boli imaju i psihičke brige, dok socijalne brige nisu povezane ni s jednim aspektom doživljaja boli (Thompson i sur., 2008). Manje je istraživanja o ostalim tjelesnim stanjima i njihovom odnosu s dimenzijama anksiozne osjetljivosti, ali ona koja postoje pokazuju vezu samo s tjelesnim brigama. Takvi su nalazi kada je riječ o respiratornim problemima, odnosno predikciji loše remisije kod astme (McLeish, Zvolensky i Luberto, 2011). Anksiozna osjetljivost kroz niz istraživanja pokazuje se povezanom i sa strahom od poroda i strahom od porođajne boli (npr. Čuržik i Jokić-Begić, 2011; Handelzalts i sur., 2015), ali jedina njena dimenzija koja predviđa doživljaj porođajne boli je ona tjelesnih briga (Čuržik i Jokić-Begić, 2011). Jurin (2013) u preglednom radu zaključuje kako istraživanja koja su ispitivala odnos dimenzija anksiozne osjetljivosti i bolesti, pokazuju povezanost tjelesnih briga sa zdravstvenim stanjima, dok su psihičke brige povezane s psihičkim poremećajima, izuzev hipohondrije. Ovakvi nalazi su logični; budući da su somatske bolesti uglavnom karakterizirane tjelesnim simptomima, oni su ono što je pojedincu istaknutije za usmjeravanje. Slično tome, kod psihičkih bolesti, ponašajne, kognitivne i emocionalne teškoće su ono na što će osobe biti usmjerene, a obuhvaćat će ih dimenzija psihičkih briga. Neistraženost ovih tema ostavlja prostor za brojne pretpostavke i moguća istraživanja koja bi dala bolji uvid u ovu problematiku i objasnila moguće mehanizme u podlozi razvoja kroničnih somatskih bolesti.

---

<sup>10</sup> stanje u kojem je razina šećera (glukoze) u krvi nenormalno niska

Nažalost, još je slabije istražen odnos anksiozne osjetljivosti i uzimanja lijekova kako za psihičke, tako i za somatske bolesti. Budući da većina odstupajućih zdravstvenih stanja zahtijeva nekakav oblik terapije, a dosadašnja istraživanja već su pokazala određenu povezanost anksiozne osjetljivosti i tih zdravstvenih stanja, bilo bi logično zaključiti da će anksiozna osjetljivost, ako je povezana s egzacerbacijom simptoma tjelesnih bolesti, na neki način biti povezana i s primjenom pripadajuće terapije. Ovoj pretpostavci u prilog bi trebala ići Reissova Teorija osjetljivosti, budući da je prema njoj ponašanje motivirano, između ostalog, osjetljivošću na određene podražaje, odnosno izbjegavanjem averzivnih podražaja. Jedan od načina izbjegavanja neugodnih osjeta koje prate tjelesne bolesti jest primjena odgovarajuće terapije koja u cilju ima smanjiti simptome zdravstvenog stanja.

Među malom količinom istraživanja ove vrste, najviše je onih koja ispituju odnos anksiozne osjetljivosti i uzimanja lijekova protiv bolova. Dominantnost analgetika u istraživanjima ove tematike je očekivana obzirom da je najčešći zajednički simptom većine kroničnih tjelesnih deficita upravo bol. Za ovaj osjet nije moguća habituacija, uz dobar razlog, budući da je bol signal da s organizmom nešto nije u redu i da mu prijete određena opasnost. Ona je averzivan osjet koji su, prema Teoriji osjetljivosti, svi pojedinci u određenoj mjeri motivirani izbjeći. Jedan od načina izbjegavanja boli svakako je uporaba upravo analgetika, odnosno lijekova protiv bolova. Istraživanje Asmundsona i Nortona (1995) pokazalo je da su pojedinci koji izvještavaju o visokoj razini anksiozne osjetljivosti u većoj mjeri koristili analgetike kako bi ublažili simptome boli u odnosu na pojedince koji izvještavaju o srednjim i niskim razinama anksiozne osjetljivosti. Na dimenzionalnoj razini, logično bi bilo pretpostaviti da će izbjegavanje boli, odnosno uzimanje lijekova protiv bolova biti povezano s dimenzijom tjelesnih briga, budući da su dosadašnja istraživanja ukazala na povezanost dimenzije tjelesnih briga s intenzitetom boli, izbjegavajućim ponašanjima vezanim za bol i strahom od boli (Asmundson, Frombach i Hadjistavropoulos, 1998). Također, Norton i sur. (1995, prema Asmundson, 1999) ukazali su na psihološku podlogu kronične boli pronalazeći da su anksiozna osjetljivost i neuroticizam najbolji prediktori teškoća povezanih s boli. Na temelju ovog nalaza, moguće je pretpostaviti da će korištenje analgetika biti povezano i s dimenzijom psihičkih briga.

Što se drugih vrsta lijekova tiče, a koji bi bili povezani s dimenzijom psihičkih briga, istraživanja su ispitivala odnos uzimanja lijekova za smirenje i razine anksiozne osjetljivosti. Tako je istraživanje Telcha i suradnika (1989) pokazalo kako visoko anksiozni osjetljivi studenti sa željom za smanjenjem stresa češće posežu za benzodijazepinima, od onih koji izvještavaju o nižim razinama anksiozne osjetljivosti. Također, istraživanje Nortona i

suradnika (1997) upućuje na snažnu vezu anksiozne osjetljivosti i izbjegavanja averzivnih podražaja nalazom da osobe s visokim razinama anksiozne osjetljivosti koje konzumiraju psihoaktivne tvari u većoj mjeri odabiru one sedativnog učinka, u odnosu na osobe s niskom razinom anksiozne osjetljivosti koje konzumiraju psihoaktivne tvari. Uzimanje lijekova i psihoaktivnih tvari sedativnog i anksiolitičkog djelovanja ima umirujući efekt i utječe na pojedinčevo emocionalno reagiranje i kognitivne funkcije. Ovi lijekovi koriste se kod različitih psihičkih bolesti, stoga bi bilo logično pretpostaviti da će njihovo korištenje u najvećoj mjeri biti povezano s dimenzijom psihičkih briga anksiozne osjetljivosti. Istraživanje provedeno na konzumentima psihoaktivnih tvari pokazalo je da korisnici *heroina* izvještavaju o većoj razini anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija tjelesnih i socijalnih briga, u odnosu na korisnike drugih psihoaktivnih tvari (Lejuez i sur., 2006). Razlika nije pronađena za dimenziju psihičkih briga, ali ovaj nalaz ne isključuje nužno mogućnost da i ona ima neku ulogu u korištenju *heroina*, budući da *heroin* istovremeno ima i analgetski i sedativan učinak. Dimenzionalna razina anksiozne osjetljivosti tek treba biti ispitana kada je riječ o uzimanju lijekova različitih vrsta.

Uz nedostatak prospektivnih istraživanja koja ispituju ulogu anksiozne osjetljivosti u razvoju kroničnih bolesti i korištenju pripadajuće im terapije, nema ni istraživanja koja su pokušala ispitati odnos učestalosti uzimanja lijekova i anksiozne osjetljivosti. Neobjašnjenim ostaje posežu li osobe s višim razinama anksiozne osjetljivosti češće ili rjeđe za lijekovima u odnosu na one s prosječnim i niskim razinama anksiozne osjetljivosti. Također, nema ni istraživanja o pojedincima koji istovremeno kombiniraju više vrsta lijekova i njihovoj razini anksiozne osjetljivosti. Drugim riječima, neistraženim ostaje odnos anksiozne osjetljivosti i tijeka i razvoja kroničnih bolesti, uzimanja lijekova te čestine i komorbiditeta uzimanja lijekova.

Uloga anksiozne osjetljivosti u navedenim procesima i ponašanju i dalje ostaje nejasna. Budući da istraživanja na američkom uzorku pokazuju da su anksiozni simptomi jedni od najčešćih i najskupljih zdravstvenih stanja te da 8% Amerikanaca pati od minimalno jednog anksioznog poremećaja, ovaj konstrukt je vrijedan proučavanja i zbog mogućih praktičnih implikacija. Među najnavođenijim uzrocima anksioznosti u ovom istraživanju jest očekivanje tjelesne nelagode (Kessler i sur., 2005, prema Kennedy i sur., 2011). Ako je uloga anksiozne osjetljivosti u procesima razvoja i tijeka bolesti i bihevioralnoj komponenti izbjegavanja simptoma bolesti uistinu značajna, ovaj konstrukt mogao bi imati važnu primjenu u zdravstvenoj psihologiji budući da bi takvi nalazi otvorili mogućnost uspješnog djelovanja na tijek tjelesnih bolesti i načine nošenja s njihovim simptomima, djelovanjem

upravo na anksioznu osjetljivost. Stoga će se ovim istraživanjem provjeriti uloga anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija kod različitih zdravstvenih ishoda i navika. Drugim riječima, istraživanjem će se ispitati postoji li uloga ovog konstrukta u zdravstvenom i različitim aspektima uzimanja lijekova, kao što je učestalost uzimanja i količina istovremeno konzumiranih lijekova.

## **CILJ I PROBLEM ISTRAŽIVANJA**

Cilj ovog istraživanja je ispitati postoji li razlika u izraženosti anksiozne osjetljivosti ovisno o pojedinčevom zdravstvenom stanju i uzimanju različitih vrsta lijekova (analgetika, sedativa, antihistaminika i antipiretika) u funkciji vremena. Obzirom na cilj istraživanja oblikovani su sljedeći problemi i hipoteze:

1. Ispitati postoji li razlika u razini anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija u prvoj točki mjerenja između skupine sudionika koji su u periodu od tri godine razvili neku kroničnu bolest i skupine sudionika koji u tom periodu nisu razvili kroničnu bolest (tj. ostali su zdravi).

H1 - Skupina sudionika koji su u periodu od tri godine razvili kroničnu bolest imat će višu prosječnu razinu anksiozne osjetljivosti u prvoj točki mjerenja u odnosu na skupinu sudionika koji nisu razvili kroničnu bolest nakon tri godine. Na dimenzionalnoj razini očekuje se značajno viša razina tjelesnih briga u prvoj točki mjerenja kod sudionika koji su razvili kroničnu bolest u odnosu na sudionike koji je nisu razvili u periodu od tri godine. Skupine se neće razlikovati u razini psihičkih i socijalnih briga u prvoj vremenskoj točki. Ovakva hipoteza postavljena je u skladu s istraženom literaturom koja potvrđuje recipročni odnos anksiozne osjetljivosti i prisutnosti tjelesnih simptoma.

2. Ispitati postoji li razlika u razini anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija ovisno o korištenju lijekova općenito, korištenju analgetika, sedativa, antihistaminika i antipiretika u funkciji vremena.

H2 – Očekuje se značajan glavni efekt povremenog uzimanja svih lijekova i značajna interakcija glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja svih vrsta lijekova za ukupnu razinu anksiozne osjetljivosti i dimenzije tjelesnih i

psihičkih briga. Isti nalazi očekuju se i za povremeno uzimanje analgetika. Razina anksiozne osjetljivosti i dimenzija tjelesnih i psihičkih briga porast će za skupinu sudionika koji su u periodu od tri godine povremeno uzimali sve vrste lijekova te analgetike, u odnosu na sudionike koji ih u tom razdoblju nisu uzimali. Neće biti razlike u izraženosti dimenzije socijalnih briga kroz dvije točke mjerenja kod skupine sudionika koji su u periodu od tri godine povremeno uzimali lijekove u odnosu na one koji ih nisu povremeno uzimali.

Očekuje se značajan glavni efekt povremenog uzimanja lijekova za smirenje, kao i interakcija glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja lijekova za smirenje, za ukupnu razinu anksiozne osjetljivosti i dimenziju psihičkih briga. Razina ovih mjera porast će za skupinu sudionika koji su u periodu od tri godine povremeno uzimali lijekove za smirenje u odnosu na sudionike koji ih u tom razdoblju nisu uzimali.

S obzirom na nedostatak istraživanja o odnosu anksiozne osjetljivosti i uporabe antihistaminika i antipiretika, o njemu nisu postavljene jasne hipoteze. Problemi za ove dvije vrste lijekova eksploratorne su prirode.

3. Ispitati postoji li razlika u broju istovremeno korištenih lijekova među skupinama visoko i nisko anksiozno osjetljivih sudionika.

H3 - Visoko anksiozno osjetljivi sudionici će u prosjeku statistički značajno u većoj mjeri kombinirati više vrsta lijekova istovremeno u odnosu na nisko anksiozno osjetljive sudionike.

4. Ispitati postoji li razlika u čestini konzumacije lijekova i istovremenoj konzumaciji više vrsta lijekova među skupinama visoko i nisko anksiozno osjetljivih sudionika.

H4 - Visoko anksiozno osjetljivi sudionici u prosjeku će češće koristiti lijekove od nisko anksiozno osjetljivih sudionika.

## **METODOLOGIJA**

### *Sudionici*

Prva točka mjerenja ovog istraživanja održala se 2011. godine. Provedena je na prigodnom uzorku od 1193 studentica i studenata Filozofskog fakulteta u Zagrebu (različitih

studijskih grupa i različitih godina studija). Istraživanje je longitudinalno, a njegova druga točka mjerenja održana je tri godine kasnije, 2014. godine. Za sudionike koji su u drugoj vremenskoj točki već završili ili napustili fakultet za kontakt je upotrijebljena adresa elektronske pošte koju su upitani u prvoj točki mjerenja. Ovo istraživanje također je provedeno na prigodnom uzorku studentica i studenata različitih studijskih grupa i različitih godina studija Filozofskog fakulteta u Zagrebu ( $N=572$ , 48% inicijalnog uzorka). U drugoj točki mjerenja, prosječna dob sudionika bila je  $M=24,28$  godina ( $SD=1,67$ ); raspona od 22 do 38 godina starosti. Raspon godina studija bio je od prve godine preddiplomskog studija do druge godine diplomskog studija, a prosječna godina studija u prvoj točki mjerenja bila je  $M=2,06$  ( $SD=0,860$ ). U uzorku je bilo 81,1% žena i 18,9% muškaraca.

### *Mjerni instrumenti*

*Upitnik demografskih karakteristika* obuhvaćao je samo pitanja o spolu i dobi sudionika te godini studija i studijskoj grupi koju pohađaju na Filozofskom fakultetu u Zagrebu.

*Upitnik o zdravstvenom stanju i navikama uzimanja lijekova* uključivao je čestice koje ispituju zdravstveni status sudionika, odnosno prisutnost kroničnih bolesti i navike korištenja lijekova. Preciznije, upitani su pate li od neke kronične bolesti ili više njih i, ako da, koje/ih. Upitani su i o broju kroničnih bolesti od kojih boluju, uzimaju li redovito kakve lijekove i, ako da, koji su to lijekovi. Upitani su jesu li u posljednje tri godine povremeno uzimali neke lijekove. Također, ako jesu, pitani su i zbog kojih su smetnji te lijekove uzimali. Čestice koje se odnose na naviku uzimanja lijekova u statističkoj analizi poslužile su kao kriterij po kojem su sudionici razvrstani u skupine među kojima se ispitala razlika, odnosno sudionike koji uzimaju lijekove i one koji ih ne uzimaju. Također, pitani su koliko često koriste lijekove što je poslužilo kao varijabla za koju se ispituju razlike u čestini korištenja među skupinama različite anksiozne osjetljivosti. Na temelju čestice o vrsti smetnje zbog koje su pili lijekove formirana je i varijabla o istovremenom uzimanju više različitih vrsta lijekova povremeno i na redovitoj bazi, za koju se također ispituju razlike među skupinama različite anksiozne osjetljivosti.

*Indeks anksiozne osjetljivosti (Anxiety Sensitivity Index – ASI; Reiss i sur., 1986; Peterson i Reiss, 1992; sve prema Peterson i Plehn, 1999)* je upitnik koji se sastoji od 16 čestica koje ispituju mjeru u kojoj osoba za s anksioznošću povezane osjete smatra da će imati zastrašujuće ili katastrofalne posljedice. To je upitnik samoprocjene koji na skali Likertovog tipa od 0, što predstavlja stupanj slaganja *vrlo malo*, do 4, što predstavlja stupanj

slaganja *vrlo jako*, ispituje strah od fizičkih simptoma vezanih uz anksioznost, vjerovanja o vlastitoj mentalnoj kontroli i posljedicama uočavanja pojedinčeve anksioznosti od strane okoline. Ukupan rezultat na skali formira se kao zbroj bodova na pojedinim česticama, a može se kretati od 0 do 64. Prosječni rezultat na općoj populaciji naveden u ASI priručniku iz 1992., a dobiven na uzorcima iz 12 istraživanja jest  $M=19,01$ , uz  $SD=9,11$ . Ovakvi nalazi u skladu su s onima pronađenim na hrvatskom uzorku ( $N=984$ ), a na kojem prosječni rezultat iznosi  $M=19,5$ , uz  $SD=10,1$  (Jurin i sur, 2012). Prosječan rezultat na ASI u ovom istraživanju je  $M=21,79$ , uz  $SD=11,52$ . U kliničkoj upotrebi skale, kao granični rezultat najčešće se uzima ukupni rezultat iznad 24. On sugerira moguće probleme u vezi s anksioznom osjetljivošću, a rezultat iznad 29 upućuje na moguću dijagnozu paničnog poremećaja, agorafobije, PTSP-a i druge ozbiljne psihopatologije (Peterson i Plehn, 1999). Obično se kao donja granica razine anksiozne osjetljivosti, ispod koje se smatra da je osoba nisko anksiozno osjetljiva, uzima rezultat ispod 16. Psihometrijske karakteristike upitnika pokazale su se vrlo dobrima u nizu istraživanja u kojima je ona korištena (Peterson i Plehn, 1999). Cronbachov alfa iznosi  $\alpha=,89$ , a test-retest pouzdanost u razmaku od dva tjedna  $r=,75$ ,  $p<,001$ . Test-retest pouzdanost u razmaku od tri godine iznosi  $r=,71$ ,  $p<,001$ . Rezultat ASI u istraživanju u prva dva problema predstavlja varijablu za koju se ispituju razlike među skupinama sudionika koji su razvili kroničnu bolest i nisu, odnosno zavisnu varijablu u složenoj analizi varijance za ponovljena mjerenja. Za treći problem ljestvica predstavlja kriterij uključivanja na osnovi visokih i niskih rezultata.

### *Postupak*

Trenutno istraživanje nastavak je istraživanja koje je provela dr.sc. Tanja Jurin s Katedre za zdravstvenu i kliničku psihologiju Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu u svrhu doktorske disertacije. Ono je provedeno 2011. godine na prigodnom uzorku studenata Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Upitnik je tada bio ispunjavan metodom papir-olovka, a ispitivao je životne navike, uobičajeno reagiranje na stres te sklonost tjeskobi. Sudionicima je predstavljeno kao predistraživanje kojem je svrha provjeriti povezanost emocionalnih stanja i životnih navika (Prilog 1). Tada su u istraživanju sudjelovala 1193 studenta. Sudionici su zamoljeni da u upitnik upišu svoju e-mail adresu koja je poslužila kako bi ih se moglo kontaktirati u ovom istraživanju, tri godine kasnije. Trinaest sudionika koji su ostavili samo telefonski broj, u istraživanju nisu kontaktirani. Poziv je tako nakon tri godine poslan na 1180 e-mail adresa. Od ukupnog broja poziva, njih 56 vratili su se kao neisporučeni. Razlozi tome mogu biti brojni, a među njima su mogućnost pogreške prilikom

slanja ponovnog poziva, nevažeća ostavljena e-mail adresa ili pak adresa koja više nije u upotrebi (npr. dodijeljene fakultetske adrese koje nakon završetka studija sudionici nisu koristili i sl.). Prema tome, poziv na istraživanje stigao je do 1126 studenata, od kojih su se, prema Survey Monkeyju, web aplikaciji na kojoj je izrađen i postavljen upitnik, 723 studenta odazvala na poziv i ispunila upitnik. Prikupljanje podataka započelo je sredinom lipnja 2014. godine i trajalo je mjesec dana. Poziv za istraživanje sadržavao je poveznicu koja je vodila na on-line upitnik na Survey Monkeyju, uz kratak opis istraživanja. Upitnik je sadržavao čestice koje su se odnosile na demografske podatke, pitanja važna za informaciju o postojanju kronične bolesti i vrsti bolesti kod sudionika, uzimanje lijekova i učestalosti njihovog uzimanja, te skale anksiozne osjetljivosti. Pomoću e-mail adrese koju su sudionici upisivali, potvrđen je dobrovoljni pristanak na sudjelovanje u istraživanju i omogućen je pristup samom on-line upitniku. Ista e-mail adresa poslužila je povezivanju trenutno prikupljenih podataka s upitnicima koje su ispunjavali prije tri godine, odnosno s tadašnjim podacima. Procijenjeno vrijeme potrebno za ispunjavanje ovog upitnika bilo je desetak minuta. Na samom njegovom kraju, prikazana je zahvala istraživačice i njen kontakt u slučaju pitanja ili komentara sudionika. Prikupljanje podataka trajalo je mjesec dana i pritom su sudionici dva puta pozivani na sudjelovanje. Nakon što je poslan prvi poziv, praćena je količina ispunjenih upitnika. Kada se učestalost ispunjavanja smanjila, poslan je i drugi poziv kako bi ih se podsjetilo na istraživanje i na taj način prikupio što veći broj sudionika. Naposljetku, među odgovorima 723 studenta neki od njih bili su zapravo pokušaji ponovnog ispunjavanja upitnika, neki nisu sadržavali potpune odgovore o razini anksiozne osjetljivosti, a 5 odgovora nije bilo spojivo s e-mail adresama. Takvih odgovora sudionika bilo je ukupno 151 te je nakon njihovog uklanjanja iz uzorka ukupan broj sudionika bio 572, što je 47,9% inicijalnog uzorka u prvoj točki mjerenja i 50,8% dostavljenih poziva na istraživanje u drugoj točki mjerenja.

### *Statistička obrada podataka*

Nakon prikupljanja podataka, pomoću statističkog programa IBM SPSS Statistics 20.0 provedena je njihova obrada. Kao prvi korak testiran je normalitet distribucija kako bi se provjerilo jesu li zadovoljeni uvjeti za korištenje parametrijskih statističkih postupaka. Normalitet distribucije varijable razine anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija testiran je Kolmogorov-Smirnovljevim testom, a dobivena vrijednost  $D(100)=0,066$ ,  $p<,05$  ukazuje na odstupanje distribucije od normalne. Ipak, indikator nagnutosti koji iznosi 0,492 i indikator šiljatosti od 0,078 te uvid u grafički prikaz distribucije rezultata ove varijable, ukazuje da ona



svojim oblikom u velikoj mjeri nalikuje na normalnu te da je blago pozitivno asimetrična. Stoga je za prva dva problema korištena parametrijska analiza podataka.

Sudionici su među pitanjima o zdravstvenom stanju i navikama česticom „*Patite li od neke kronične bolesti*“ upitani o svom zdravstvenom statusu u obje točke mjerenja. Na temelju odgovora na tu česticu stvorena je varijabla zdravstvenih ishoda sudionika istraživanja kroz razdoblje od tri godine. Sudionici su na taj način podijeljeni u skupinu onih koji su u periodu od tri godine razvili kroničnu bolest ( $n=35$ ) i skupinu sudionika koji u tom istom periodu nisu razvili kroničnu bolest ( $n=35$ ). Budući da je u ukupnom uzorku 35 sudionika razvilo neku kroničnu bolest, po slučaju je iz preostalog uzorka odabrano 35 sudionika koji su ostali zdravi naredne tri godine. Za ispitivanje razlika u prvoj točki mjerenja u razini anksiozne osjetljivosti i rezultatima na njezinim dimenzijama između tih dviju skupina sudionika, proveden je t-test za nezavisne uzorke.

Sudionici su u obje točke mjerenja među česticama o zdravstvenom stanju i navikama pitani i o svojim navikama korištenja lijekova. Česticama „*Jeste li u posljednje tri godine povremeno uzimali neke lijekove?*“ i „*Ako da, koje?*“ dobivena je informacija o povremenom korištenju lijekova i tome koji su to lijekovi bili. Kasnije su uvidom u sadržaj sudionikovih odgovora na drugu česticu odgovori kategorizirani po tipu lijeka. Na temelju njih su stvorene varijable za vrste povremeno korištenih lijekova, a lijekovi su kategorizirani kao „*protiv bolova*“, „*za smirenje*“, „*protiv alergije*“ i „*protiv upala/infekcija*“. Kako bismo ispitali razlike u razini ukupne anksiozne osjetljivosti, kao i razlike među rezultatima na njenim pojedinim dimenzijama u funkciji vremena i ovisno o povremenom uzimanju svih lijekova i pojedinih vrsta lijekova, korištena je složena analiza varijance za zavisna mjerenja s dvije nezavisne varijable na dvije razine ( $2 \times 2$ ). Nezavisne varijable u ovom mješovitom nacrtu su točka mjerenja i povremeno korištenje lijekova. Sudionici su se međusobno razlikovali po tome jesu li u periodu od tri godine povremeno koristili lijekove ili ne. U obje točke mjerenja odgovarali su na jednake čestice, a odgovori na one koje mjere anksioznu osjetljivost i njene dimenzije daju informaciju o razini ovih konstrukata kod sudionika istraživanja. Razina anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija u nacrtu predstavlja zavisnu varijablu. Analize varijance provedene su zasebno za četiri kategorije lijekova kao i za ukupno korištenje lijekova.

Pitanja o zdravstvenom stanju i navikama sadržavalo je i česticu „*Koliko često ste uzimali te lijekove*“ s ponuđenim odgovorima „*2-3 puta tjedno*“, „*jednom tjedno*“, „*2-3 puta*

*mjesečno*“, „*jednom mjesečno*“, „*jednom u nekoliko mjeseci*“, „*2-3 puta godišnje*“. Tako je dobivena informacija o čestini uzimanja lijekova za koje su sudionici izjavili kako ih povremeno koriste. U svrhu provjere karakteristika sudionika koji istovremeno redovito uzimaju više vrsta lijekova, uvidom u sadržaj odgovora sudionika na česticu koja ispituje o kojim je lijekovima riječ, izrađena je varijabla *više lijekova istovremeno* koja opisuje broj lijekova koji sudionici redovito uzimaju. Od ukupnog uzorka, 31 sudionica redovito koristi oralnu kontracepciju, a za takve se sudionice broj ukupnih lijekova koje one uzimaju u novoj varijabli umanjivao za jedan, odnosno, iz analize su isključeni odgovori o kontracepciji. Razlog isključivanja tih informacija leži u činjenici da kontracepcijske pilule mogu služiti i kao sredstvo regulacije ženskih spolnih hormona u terapijske svrhe kod hormonalne neravnoteže. Budući da u upitniku nije ispitana svrha uzimanja kontracepcije, takvi su odgovori u potpunosti isključeni.

Na temelju ukupnog rezultata na ASI sudionici su kategorizirani u dvije skupine: visoko i nisko anksiozno osjetljivi. Sudionici čiji je ukupni rezultat na anksioznoj osjetljivosti viši od 24 svrstani su u skupinu visoko anksiozno osjetljivih, a sudionici čiji je ukupni rezultat na istoj mjeri bio niži od 16 svrstani su u skupinu nisko anksiozno osjetljivih. Ove granične rezultate predlažu na temelju empirijskih podataka različita istraživanja anksiozne osjetljivosti (npr. Peterson i Plehn, 1999).

Kako bismo odgovorili na treći i četvrti istraživački problem o tome razlikuju li se visoko i nisko anksiozno osjetljivi sudionici prema količini istovremeno korištenih lijekova i prema učestalosti uzimanja lijekova, korišten je neparametrijski Mann-Whitney U-test.

## **REZULTATI**

### *Zdravstveni ishodi i anksiozna osjetljivost*

Kako bi ispitali postoji li razlika u razini anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija u prvoj točki mjerenja između skupine sudionika koji su u periodu od tri godine razvili neku kroničnu bolest i skupine sudionika koji u tom periodu nisu razvili kroničnu bolest korišten je t-test. Rezultati pokazuju da nema statistički značajne razlike u prosječnoj razini anksiozne osjetljivosti niti izraženosti pojedinih dimenzija anksiozne osjetljivosti u prvoj vremenskoj točki između skupina sudionika koji su nakon tri godine razvili kroničnu tjelesnu bolest i onih koji je nisu razvili ( $t = -1,584$ ,  $p > ,05$ ,  $d = 0,379$ ). Ipak, kako je moguće vidjeti iz Tablice 1, zamjetan je trend kretanja prosječnih rezultata skupina u smjeru pretpostavljenih razlika.

Sudionici koji su razvili kroničnu tjelesnu bolest kroz tri godine imali su konzistentno više razine anksiozne osjetljivosti, kao i svih njenih dimenzija, od sudionika koji nisu razvili kroničnu tjelesnu bolest u periodu od tri godine, ali ova razlika nije statistički značajna.

*Tablica 1*

Prikaz deskriptivnih podataka i statističkih razlika između razina anksiozne osjetljivosti i njezinih dimenzija za dva poduzorka

	Nisu razvili kroničnu bolest			Razvili kroničnu bolest			<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
AO ukupna	35	20,97	9,74	35	24,69	9,88	-1,584	,118	0,379
AO tjelesne brige	35	9,94	5,57	35	11,8	6,27	-1,310	,195	0,314
AO psihičke brige	35	6,29	4,22	35	7,97	5,29	-1,473	,145	0,352
AO socijalne brige	35	4,74	1,85	35	4,91	1,82	-0,390	,697	0,093

Legenda: *n* – broj sudionika u skupini, *M* – aritmetička sredina, *SD* – standardna devijacija, *t* – t-test za nezavisne uzorke, *p* – razina statističke značajnosti, *d* – veličina učinka

#### *Anksiozna osjetljivost i povremeno uzimanje lijekova u funkciji vremena*

Analizom varijance ispitano je postojanje razlike u razini anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija ovisno o korištenju lijekova općenito, korištenju analgetika, sedativa, antihistaminika i antipiretika u funkciji vremena. Deskriptivni podaci za zavisne varijable ukupne anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija u dvije točke mjerenja za dvije skupine sudionika (onih koji uzimaju lijekove i onih koji ih ne uzimaju) za ukupno korištenje lijekova te uzimanje pojedinih vrsta lijekova nalaze se u Prilogu 3, Tablici A.

Rezultati složene analize varijance za zavisna mjerenja za zavisnu varijablu anksiozne osjetljivosti i njene dimenzije, prikazani u Tablici 2, ukazuju na statistički neznačajan glavni efekt vremena. Rezultati upućuju na postojanje statistički značajnog glavnog efekta povremenog uzimanja lijekova na izraženost anksiozne osjetljivosti i dimenzije tjelesnih i psihičkih briga. Također, rezultati ukazuju i na postojanje statistički značajne interakcije glavnog efekta vremena i glavnog efekta povremenog uzimanja lijekova za anksioznu osjetljivost i tjelesne brige, uz malu veličinu učinka. Ovakav nalaz upućuje na to da se razina anksiozne osjetljivosti i tjelesnih briga nakon perioda od tri godine povremenog uzimanja lijekova promijenila. Promjena se dogodila u smjeru povećanja prosječne razine anksiozne osjetljivosti za skupinu sudionika koji su u ovom periodu povremeno uzimali lijekove,

odnosno smanjenja za sudionike koji ih u ovom periodu nisu uzimali (Prilog 3, Tablica A). Kada je riječ o *socijalnim brigama*, dobivena je statistički značajna interakcija glavnih efekata. Izraženost socijalnih briga povećala se u razdoblju od tri godine tijekom kojih su sudionici povremeno uzimali lijekove, dok se smanjila za sudionike koji lijekove nisu uzimali. Veličina učinka ove promjene je mala.

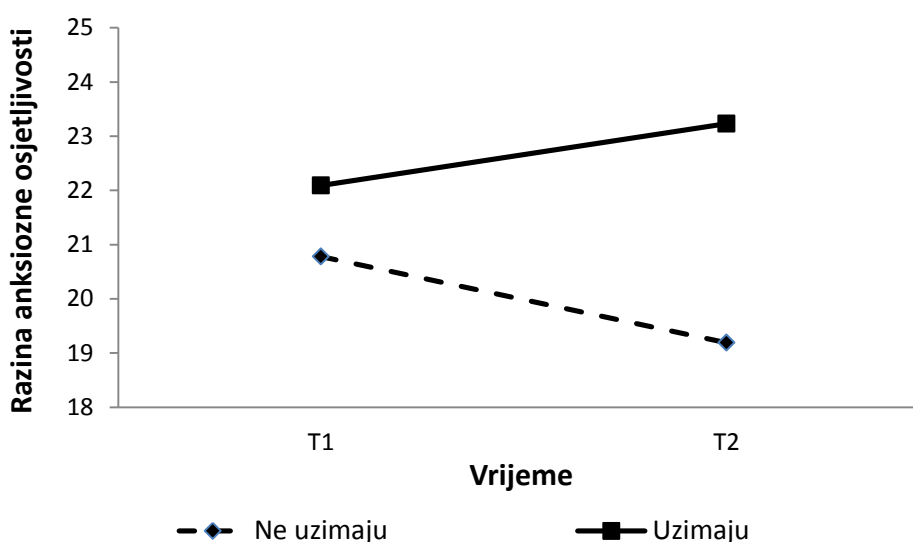
Tablica 2

Prikaz rezultata složene analize varijance za ponovljena mjerenja, glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja lijekova te interakcija vremena i povremenog uzimanja lijekova za ukupan rezultat i rezultat na dimenzijama zavisne varijable anksiozne osjetljivosti

	glavni efekti i interakcije	$F(df)$	$p$	$\eta p^2$
AO ukupna	vrijeme	0,257 (1, 536)	,613	,000
	lijekovi	10,497 (1, 536)	,001*	,002
	vrijeme x lijekovi	10,08 (1, 536)	,002*	,018
AO tjelesne brige	vrijeme	1,684 (1, 536)	,195	,003
	lijekovi	7,266 (1, 536)	,007*	,013
	vrijeme x lijekovi	9,72 (1, 536)	,002*	,018
AO psihičke brige	vrijeme	0,002 (1, 536)	,960	,000
	lijekovi	10,526 (1, 536)	,001*	,019
	vrijeme x lijekovi	3,62 (1, 536)	,058	,007
AO socijalne brige	vrijeme	1,910 (1, 536)	,168	,004
	lijekovi	2,103 (1, 536)	,148	,004
	vrijeme x lijekovi	4,044 (1, 536)	,045*	,007

Legenda:  $F(df)$ - F-omjer s pripadajućim stupnjevima slobode,  $p$  – razina statističke značajnosti,  $\eta p^2$  – parcijalni eta kvadrat (veličina učinka)

Slika 1. Grafički prikaz izraženosti anksiozne osjetljivosti u funkciji povremenog uzimanja lijekova u dvije vremenske točke.



Kada je riječ o analgeticima, isti nalazi dobiveni su za anksioznu osjetljivost, kao i za dimenzije tjelesnih i psihičkih briga. Dobiven statistički značajan glavni efekt analgetika govori o tome da osobe koje su u protekle tri godine koristile analgetike, imaju više razine anksiozne osjetljivosti te tjelesnih i psihičkih briga, a značajne interakcije ukazuju na povećanja razina ukupne anksiozne osjetljivosti i izraženosti ovih njenih dimenzija za sudionike koji su u razdoblju od tri godine uzimali lijekove protiv bolova, odnosno smanjenja razina ovih mjera za sudionike koji ih nisu uzimali u istom razdoblju. Veličine učinka za sve razlike bile su male (Tablica 3).

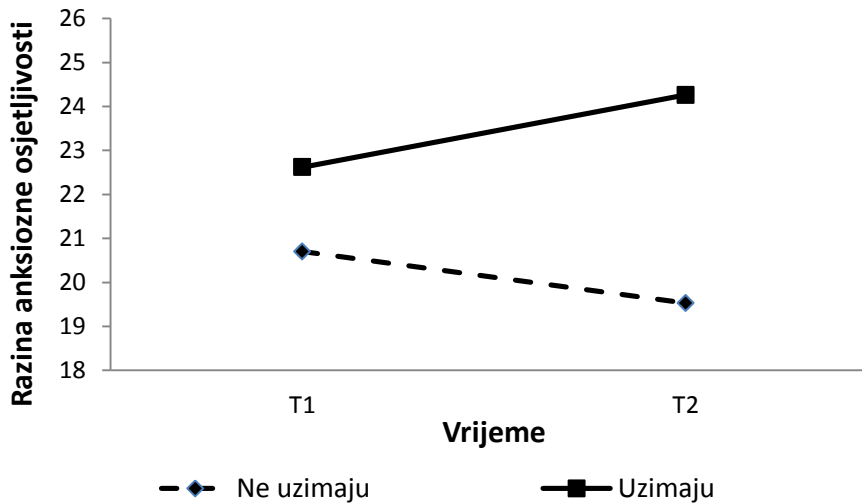
Tablica 3

Prikaz rezultata složene analize varijance za ponovljena mjerenja, glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja analgetika te interakcija vremena i povremenog uzimanja analgetika za ukupan rezultat i rezultat na dimenzijama zavisne varijable anksiozne osjetljivosti

	glavni efekti i interakcije	$F(df)$	$p$	$\eta p^2$
AO ukupna	vrijeme	0,328 (1, 536)	,567	,001
	analgetik	18,073 (1, 536)	,000*	,033
	vrijeme x analgetik	11,669 (1, 536)	,001*	,021
AO tjelesne brige	vrijeme	0,088 (1, 536)	,767	,000
	analgetik	14,829 (1, 536)	,000*	,027
	vrijeme x analgetik	7,762 (1, 536)	,006*	,014
AO psihičke brige	vrijeme	0,569 (1, 536)	,451	,001
	analgetik	14,402 (1, 536)	,000*	,026
	vrijeme x analgetik	9,059 (1, 536)	,003*	,017
AO socijalne brige	vrijeme	4,484 (1, 536)	,035*	,008
	analgetik	3,602 (1, 536)	,058	,007
	vrijeme x analgetik	2,789 (1, 536)	,095	,005

Legenda:  $F(df)$ - F-omjer s pripadajućim stupnjevima slobode,  $p$  – razina statističke značajnosti,  $\eta p^2$  – parcijalni eta kvadrat (veličina učinka)

Slika 2. Grafički prikaz izraženosti anksiozne osjetljivosti u funkciji uzimanja analgetika u dvije vremenske točke.



Za lijekove za smirenje dobiven je značajan glavni efekt vremena kao i značajan glavni efekt povremenog uzimanja lijekova za smirenje na razinu anksiozne osjetljivosti kao i na izraženost njenih dimenzija tjelesnih, psihičkih i socijalnih briga. Interakcija glavnih efekata je statistički značajna za ukupnu razinu anksiozne osjetljivosti i njene dimenzije *tjelesne* i *psihičke brige*. Ovakav rezultat ukazuje na povećanje prosječnih razina ovih mjera kod sudionika koji su u periodu od tri godine uzimali lijekove za smirenje, odnosno smanjenje razine tih mjera kod sudionika koji ih u istom razdoblju nisu uzimali. Sve navedene značajne interakcije glavnih efekata pokazuju malu veličinu učinka, ali uz prosječno povećanje razine anksiozne osjetljivosti i za do četiri boda na ASI-ju (Prilog 3, Tablica A). Što se tiče interakcije glavnih efekata na izraženost *socijalnih briga*, ona se pokazala neznačajnom, što znači da uslijed povremene konzumacije lijekova za smirenje u razdoblju od tri godine nije došlo do promjene u izraženosti ove mjere (Tablica 4).

Tablica 4

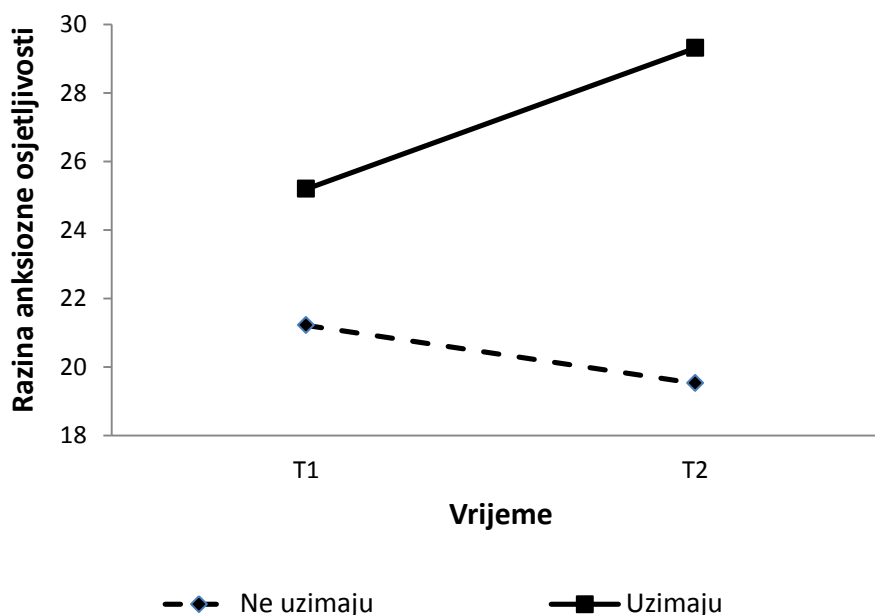
Prikaz rezultata složene analize varijance za ponovljena mjerenja, glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja lijekova za smirenje te interakcija vremena i povremenog uzimanja lijekova za smirenje za ukupan rezultat i rezultat na dimenzijama zavisne varijable anksiozne osjetljivosti

	glavni efekti i interakcije	$F(df)$	$p$	$\eta p^2$
AO ukupna	vrijeme	7,879 (1, 536)	,005*	,014
	lijek smirenje	22,620 (1, 536)	,000*	,040
	vrijeme x lijek smirenje	10,154 (1, 536)	,002*	,019
AO tjelesne brige	vrijeme	4,274 (1, 536)	,039*	,008
	lijek smirenje	13,422 (1, 536)	,000*	,024
	vrijeme x lijek smirenje	8,384 (1, 536)	,004*	,015

AO psihičke brige	vrijeme	6,204 (1, 536)	,013*	,011
	lijek smirenje	24,228 (1, 536)	,000*	,043
	vrijeme x lijek smirenje	6,981 (1, 536)	,008*	,013
AO socijalne brige	vrijeme	4,184 (1, 536)	,041*	,008
	lijek smirenje	7,454 (1, 536)	,007*	,014
	vrijeme x lijek smirenje	1,040 (1, 536)	,308	,002

Legenda:  $F (df)$ - F-omjer s pripadajućim stupnjevima slobode,  $p$  – razina statističke značajnosti,  $\eta p^2$  – parcijalni eta kvadrat (veličina učinka)

Slika 3. Grafički prikaz izraženosti anksiozne osjetljivosti u funkciji konzumacije lijekova za smirenje u dvije vremenske točke.



Rezultati složene analize varijance za ponovljena mjerenja prikazani u Prilozima 4 i 5 (Tablicama B i C), kada je drugi glavni faktor povremeno uzimanje lijekova protiv alergije, odnosno povremeno uzimanje antipiretika, ukazuju na statistički neznačajnu interakciju između glavnog efekta vremena i glavnog efekta nekog od navedenih lijekova. Drugim riječima, razina anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija ne mijenjaju se u funkciji vremena uz povremeno konzumirane antihistaminike i antipiretike.

Treći problem bio je ispitati postoji li razlika u broju istovremeno korištenih lijekova među skupinama visoko i nisko anksiozno osjetljivih sudionika. Rezultati Mann-Whitneyevog U-testa pokazuju statistički značajnu razliku ( $U=16022,00$ ;  $p<0,05$ ). Pojedinci s visokom razinom anksiozne osjetljivosti u prosjeku istovremeno konzumiraju veću količinu različitih lijekova u odnosu na skupinu nisko anksiozno osjetljivih sudionika (Tablica 7).

Hipoteza proizašla iz četvrtog problema koji ispituje razliku u čestini uzimanja lijekova među skupinama visoko i nisko anksiozno osjetljivih sudionika nije potvrđena. Rezultati Mann-Whitneyevog U-testa ukazuju da razlika u čestini uzimanja lijekova među skupinama visoko i nisko anksiozno osjetljivih sudionika nije statistički značajna ( $U=7514,00$ ;  $p>0,05$ ). Drugim riječima, nije potvrđeno da visoko anksiozno osjetljivi sudionici češće uzimaju lijekove u odnosu na nisko anksiozno osjetljive sudionike (Tablica 7).

Tablica 7

Deskriptivni podaci (raspon, najmanja i najveća vrijednost, centralna vrijednost i prosječni rang) za varijable mjerene u drugoj točki mjerenja za visoko i nisko anksiozno osjetljivu skupinu sudionika.

Skupina	Istovremeno uzimanje više lijekova						Čestina konzumacije lijekova					
	N	C	raspon	min	max	prosječni rang	N	C	raspon	min	max	prosječni rang
NAO	197	1	1	1	2	180,33	108	4	5	1	6	136,93
VAO	209	1	3	1	4	225,34	152	4	5	1	6	125,93

*Legenda:* NAO – nisko anksiozno osjetljivi sudionici, VAO – visoko anksiozno osjetljivi sudionici, N – broj sudionika, C – medijan, raspon – raspon opaženih vrijednosti, min – minimalna opažena vrijednost, max – maksimalna opažena vrijednost

## RASPRAVA

Cilj provedenog istraživanja bio je ispitati ulogu anksiozne osjetljivosti i njezinih dimenzija u kontekstu zdravstvenog stanja, točnije prisutnosti kronične bolesti tijekom razdoblja od tri godine, povremenom korištenju lijekova protiv bolova, alergija i upala te lijekova za smirenje, čestini konzumacije lijekova kao i ukupnoj količini korištenja više vrsta lijekova.

Rezultati su pokazali statistički neznčajnu razliku u anksioznoj osjetljivosti u prvoj vremenskoj točki između onih koji su tijekom razdoblja od tri godine razvili kroničnu bolest i onih koji su ostali zdravi tj. nisu razvili nikakvu kroničnu bolest. Drugim riječima, suprotno našoj hipotezi, i bolesni i zdravi sudionici prije tri godine nisu imali različite razine anksiozne osjetljivosti. Iz toga proizlazi kako anksiozna osjetljivost ne predstavlja značajan čimbenik ili određenu predispoziciju za razvoj kronične bolesti iako su istraživanja pokazala kako anksiozna osjetljivost može biti prediktor za razvoj kronične bolesti ili lošu remisiju određenih kroničnih bolesti, kao što je astma (npr. Rose, 1996; McLeish, Zvolensky i Luberto, 2011). Ipak treba imati u vidu kako su usporedne skupine s malim brojem sudionika ( $n=35$ ) pa je moguće da zbog nedostatne statističke snage postojeća razlika koja je opažena



nije statistički značajna. Naime, prosječne vrijednosti anksiozne osjetljivosti i njezinih dimenzija upućuju na konzistentno više razine ovih mjera kod sudionika koji su razvili kroničnu bolest u odnosu na zdrave sudionike prije nego li su bolest razvili. Ovi rezultati od posebnog su značaja jer, koliko je poznato, nema prospektivnih istraživanja koja su ispitivala ulogu anksiozne osjetljivosti u razvoju kroničnih bolesti. Iz nalaza proizlazi da bi povišene razine anksiozne osjetljivosti ipak mogle biti povezane s načinom na koji pojedinci tumače opažene tjelesne simptome. Moguće je da je primarna neznatno povišena razina anksiozne osjetljivosti dovoljna da pojedinac bude zabrinut simptomima koje zapaža, a koji ne bi zabrinjavali osobe s nižim razinama anksiozne osjetljivosti. Uslijed zabrinutosti, moguće je da se pojedinac sve više usmjerava na opažene tjelesne simptome, da ih stoga primjećuje sve više i tumači kao potencijalno opasne te da ih usmjeravanje na njih dodatno intenzivira, što konačno dovodi do traženja medicinske pomoći i postavljanja dijagnoze odgovarajuće kronične bolesti. Ovakav trend ipak pitanje o mogućnosti predikcije zdravstvenih ishoda na temelju razine anksiozne osjetljivosti ostavlja otvorenim, a svakako bi ga vrijedilo ispitati daljnjim istraživanjima na većim uzorcima. Možda je ono što se u početku čini neznatno povišenom anksioznom osjetljivošću ipak dovoljan čimbenik u razvoju kroničnih bolesti, uz opasnost da se njezine razine dodatno povećaju pod pojedinčevim opterećenjem opaženim simptomima.

Nadalje smo htjeli ispitati promjene u anksioznoj osjetljivosti i njenim dimenzijama u razdoblju od tri godine ovisno o uzimanju lijekova kroz taj period. Rezultati su u skladu s hipotezom, a ukazuju da se razina anksiozne osjetljivosti i dimenzija tjelesnih briga povećava u funkciji vremena kod sudionika koji u razdoblju od tri godine povremeno koriste lijekove dok se kod sudionika koji ne uzimaju lijekove one ne povećavaju. Nalazi su logični u svjetlu pretpostavljenog recipročno dinamičkog odnosa anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija sa zdravstvenim stanjima. Taj odnos pretpostavlja da razina anksiozne osjetljivosti i usmjerenost na simptome bolesti ovise jedna o drugoj, odnosno da anksiozna osjetljivost može biti čimbenik ranjivosti za određena patološka stanja, a usmjerenost na njih može održavati anksioznu osjetljivost (Jurin, 2013). Drugim riječima, određena početna povišena razina anksiozne osjetljivosti može imati ulogu u usmjerenosti pojedinca na simptome koje doživljava (u ovom slučaju tjelesne). Usmjerenost na simptome, razmišljanje o njima i sam njihov doživljaj tada mogu povećati razinu anksiozne osjetljivosti, odnosno tjelesnih briga. Ako pojedinac doista doživljava simptome koji mu predstavljaju određenu razinu nelagode i brige, posezanjem za lijekom koji ih može umanjiti ili ukloniti naizgled se rješava i briga o

njima. Ipak, kao što se pokazalo kod izbjegavanja boli, izbjegavanje i drugih simptoma može povećati usmjerenost na njih, upravo u želji da ih se izbjegne, a time povećati i anksioznu osjetljivost i njenu dimenziju tjelesnih briga. S obzirom da u kategoriji lijekova mogu biti i lijekovi za regulaciju emocionalnog tj. psihičkog stanja, logično je da se za dimenziju psihičkih briga glavni efekt uzimanja lijekova pokazao značajnim. Ovaj nalaz sukladan je i našoj hipotezi. Istražena literatura navodi da su simptomi psihičkih poremećaja popraćeni psihičkim brigama (npr. Naragon-Gainey, 2010) pa je zbog udjela sudionika koji su uzimali lijekove kojima su suzbijali te simptome moguć i ovakav nalaz. Moguće je i da tjelesni simptomi za koje sudionici koriste lijekove utječu na njihovu psihičku dobrobit, zbog čega imaju izraženije psihičke brige. Interakcija povremenog uzimanja lijekova i glavnog efekta vremena za dimenziju socijalnih briga upućuje na promjenu u izraženosti ove mjere kroz razdoblje od tri godine, u smjeru povećanja razine socijalnih briga. Ovakav nalaz govori nam da se razina ove mjere ne mijenja samim protokom vremena, kao ni da se oni koji uzimaju lijekove i oni koji ne uzimaju lijekove razlikuju sustavno u razini socijalnih briga, ali da je interakcija glavnih efekata značajna. Nalaz može biti objašnjen većom zabrinutošću za manifestaciju moguće uznemirenosti koja proizlazi iz usmjerenosti na tjelesne simptome zbog kojih osoba povremeno u razdoblju od tri godine uzima lijekove. Drugim riječima, postoji mogućnost da pojedinci koji povremeno uzimaju lijekove, uzimaju lijekove za smirenje čime često žele da se njihov nemir ne može opaziti od strane drugih.

Što se povremenog uzimanja analgetika tiče, pronađen je glavni efekt povremenog uzimanja analgetika i interakcija glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja analgetika za razinu anksiozne osjetljivosti i njene dimenzije tjelesnih i psihičkih briga. Iako ne potvrđuje našu hipotezu u potpunosti (budući da ona ne pretpostavlja značajan efekt i interakciju za psihičke brige), ovakav nalaz u skladu je s istraživanjem Thompson i suradnika (2008). Ono je pokazalo da su dimenzije tjelesnih i psihičkih briga povezane sa senzornom i afektivnom komponentom kronične boli. Drugim riječima, dimenzija tjelesnih briga povezana je s načinom na koji doživljavamo bol kao osjet, prema intenzitetu, vrsti boli i mjestu osjeta, dok je dimenzija psihičkih briga povezana s emocionalnim odgovorom na bolni podražaj, poput uznemirenosti ili osjećaja bespomoćnosti. Iz navedenog razloga, postoji mogućnost da uzimanjem lijekova protiv bolova, pojedinci pokušavaju odagnati i sam osjet boli, ali i psihološku uznemirenost koju ona izaziva. Izbjegavanjem ovog osjeta zapravo se vremenski udaljavaju od svog posljednjeg bolnog iskustva, što može iskriviti sjećanje na njega i pogoršati strah od sljedećeg bolnog iskustva i vlastite emocionalne reakcije na njega. Nalaz

našeg istraživanja upućuje na ulogu dimenzija tjelesnih i psihičkih briga u konzumaciji analgetika. Isto istraživanje nije pokazalo statistički značajnu povezanost socijalnih briga i sa jednim aspektom boli, što je u skladu s našim nalazima neznačajnih glavnih efekata i njihove interakcije za ovu dimenziju.

Rezultati analize podataka o povremenom uzimanju lijekova za smirenje ukazuju na statistički značajne glavne efekte vremena i povremenog uzimanja lijekova za smirenje, kao i njihovu interakciju za zavisne varijable ukupne anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija tjelesnih i psihičkih briga. Uvidom u deskriptivne podatke analize varijance, primjetan je porast razine anksiozne osjetljivosti i svih njenih dimenzija za skupinu sudionika koji su između dviju točaka mjerenja povremeno konzumirali ovu vrstu lijekova. Podaci ukazuju na mogućnost pogoršanja briga povezanih s anksioznim simptomima, u situaciji trogodišnjeg povremenog uzimanja lijekova za smirenje. Ovakva promjena razine anksiozne osjetljivosti mogla bi se objasniti recipročno dinamičkim odnosom anksiozne osjetljivosti i izbjegavajućih ponašanja povezanih sa simptomima anksioznosti. Drugim riječima, postoji mogućnost da osobe koje uzimaju lijekove za smirenje već jesu zabrinute za simptome povezane s vlastitom anksioznošću, ali se uslijed nastavljanja konzumacije lijekova za smirenje dodatno usmjere na simptome anksioznosti i stoga dobiju dodatan razlog koristiti ovu vrstu lijekova kako bi umirili vlastitu zabrinutost simptomima. Ovaj nalaz ide u prilog pretpostavkama da izbjegavanje simptoma tjelesnih i psihičkih stanja dugoročno nije idealna strategija nošenja s istima, dapače, on ukazuje na to da izbjegavanje simptoma sudjeluje u održavanju straha od njih, ali i pogoršanju tog straha, odnosno povišenju anksiozne osjetljivosti. Na tragu ovog objašnjenja, možda se nudi i ono o potrebi za uspostavljanjem emocionalne kontrole, ali ne samo u svrhu izbjegavanja uznemirenosti. Istraživanje Tulla (2006) pokazalo je da je slaba emocionalna regulacija, koja se manifestira kao nerazumijevanje i neprihvatanje vlastitih emocija i njihovih ponašajnih posljedica, povezana s psihičkim brigama. Ovakav nalaz očekivan je uzevši u obzir i prirodu čestica podljestvice psihičkih briga (npr. „*Kad se ne mogu koncentrirati na zadatak, bojim se da bih mogao/la poludjeti*“; „*Važno mi je da zadržim kontrolu nad svojim osjećajima*“). Logično je pretpostaviti da je korištenje lijekova za smirenje jedan od načina uspostavljanja kontrole nad emocijama. Ovi lijekovi otklanjaju i tjelesne simptome uznemirenosti kojih pojedinci mogu biti svjesni, ako ne i svjesniji od onih psihičkih, budući da su očitiji, što je također privlačan aspekt njihovog korištenja. Nakon jednom uspostavljene kontrole nad emocijama i nakon uklanjanja tjelesnih simptoma anksioznosti, postoji mogućnost da pojedinci razviju strah od vraćanja na „stare“ načine

regulacije emocija i bihevioralne reakcije, budući da nisu naučili kako ih uspješnije regulirati, već su samo pribjegli lijeku za smirenje. Razumno je pretpostaviti da se uslijed svega toga razina tjelesnih i psihičkih briga može povećati, a zanimljivo bi bilo ispitati i bi li se uslijed povećanja razina ovih mjera, još kasnije povećala i količina konzumiranih lijekova za smirenje.

Za glavne efekte vremena i povremenog uzimanja antihistaminika nije pronađena statistička značajnost, kao i za njihovu interakciju. U istraživanju je problem za ovu vrstu lijekova postavljen eksploratorno budući da konkretnih istraživanja koja proučavaju njegov odnos njegovog korištenja s anksioznom osjetljivošću nema. Ovaj nalaz nije u skladu s nekim istraživanjima koja su pokušala ispitati odnos alergije i anksiozne osjetljivosti, a u kojima je pronađena visoka razina anksiozne osjetljivosti kod sudionika s alergijskim reakcijama (npr. Baron, 2008). On upućuje na mogućnost postojanja nekog drugog mehanizma koji bi mogao biti u pozadini konzumacije antihistaminika. Možda se osobe s dijagnozom određene alergije za koju imaju lijek koji povremeno koriste i znaju da će im pomoći, nemaju potrebu strašiti pred simptomima alergijske reakcije, budući da znaju da imaju učinkovito rješenje svog problema. Također, ovdje je riječ o povremenom uzimanju antihistaminika. Pitanje je kakve bismo rezultate dobili na osobama koje redovito uzimaju lijekove protiv alergije, recimo, na dnevnoj bazi. Možda bi njihova uznemirenost npr. tjelesnim simptomima bila puno izraženija, obzirom na učestalost alergijskih reakcija.

Za povremeno uzimanje antipiretika, problem je također eksploratorne prirode. Za glavne efekte vremena i povremeno uzimanje antipiretika također nije pronađena statistička značajnost, kao i za njihovu interakciju. Ovaj nalaz upućuje na mogućnost postojanja nekog drugog mehanizma u pozadini konzumacije lijekova protiv upala. Ovakav nalaz je i očekivan, obzirom da su upalni procesi u najvećoj mjeri pod utjecajem puke izloženosti uzročnicima infekcija, poput virusa i bakterija pa je i potreba za njihovom uporabom većim dijelom pod utjecajem takvih razloga, nego što je možda pod utjecajem anksiozne osjetljivosti pojedinca. Ipak, nalazi o značajnoj povezanosti viših razina anksioznosti i dijagnoze anksioznih poremećaja, s prisutnim markerima indikativnim za upalni proces u organizmu (npr. CRP) bacaju potpuno novo svjetlo na ono što mislimo o upalnim procesima (npr. Pitsavos, 2006; Vogelzangs, 2013). Riječ je o sistemskim upalama niskog stupnja, pronađenim kod osoba s anksioznim poremećajima koji su nastupili kasnije u životu. Ovi nalazi ukazuju na nužnost detaljnijeg ispitivanja odnosa anksiozne osjetljivosti i upalnih procesa. I tema sklonosti posezanju za antipireticima tijekom upalnih procesa ovisno o razini anksiozne osjetljivosti

bila bi zanimljiva za buduća istraživanja. Bilo bi logično pretpostaviti da se pojedinci razlikuju prema uzimanju ovih lijekova i žurnosti kojom posegnu za njima kada se njihov organizam suočava s blažim upalnim procesima, no to tek treba ispitati.

Na temelju rezultata statističkih analiza, možemo zaključiti da je druga hipoteza ovog istraživanja potvrđena, odnosno da za izraženost anksiozne osjetljivosti nije svejedno koriste li pojedinci povremeno lijekove u određenom vremenskom periodu ili ne, kao i to da nije svejedno koje lijekove za to vrijeme koriste. Čini se kako nisu svi tjelesni simptomi povezani s anksioznom osjetljivošću, već oni koji su povezani s boli i psihičkim uznemirenjem, dok oni povezani s alergijama i upalama nisu. Izraženost anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija promijenit će se u razdoblju od tri godine kod sudionika koji povremeno koriste analgetike i lijekove za smirenje, i to u smjeru povišenja ovih mjera. Ovo bi u konačnici moglo voditi ka pogoršanju simptoma, razvoju tolerancije na doze lijeka koje se uzimaju te općem pogoršanju zdravstvenog stanja.

Rezultati ukazuju da se visoko i nisko anksiozno osjetljivi sudionici statistički značajno razlikuju u količini istovremeno korištenih lijekova. Visoko anksiozno osjetljive osobe istovremeno uzimaju više različitih lijekova u odnosu na nisko anksiozno osjetljive pojedince. Ovakav nalaz može naći objašnjenje u činjenici da je veća konzumacija različitih vrsta lijekova uglavnom signal egzacerbacije simptoma bolesti ili pak stjecanja novih tjelesnih ili psihičkih oboljenja. Ako visoko anksiozno osjetljive osobe uzimaju veću količinu različitih lijekova, postoji mogućnost i da proživljavaju izraženije simptome ili da imaju više oboljenja u komorbiditetu, u odnosu na nisko anksiozno osjetljive pojedince. Također, ovaj nalaz može ukazivati na mehanizam izbjegavanja simptoma anksioznosti uzimanjem većih količina različitih vrsta lijekova koji za kratkoročnu posljedicu ima otklanjanje nelagode, ali dugoročno kao strategija razvija još veći strah od tih simptoma i održava mehanizam izbjegavanja. S druge strane, veća količina lijekova donosi i veću količinu mogućih nuspojava, odnosno dodatnih osjeta pred kojima pojedinac strepi. Kada uzmemo u obzir i da je riječ o različitim vrstama lijekova koji u kombinacijama ne moraju funkcionirati najbolje, odnosno, mogu imati štetne posljedice po organizam, možemo zaključiti i da postoji mogućnost za novim porastom razine anksiozne osjetljivosti u vidu zabrinutosti za nove potencijalne simptome.

Nalazi o učestalosti uzimanja lijekova među skupinama visoko i nisko anksiozno osjetljivih sudionika govore nam kako nema statistički značajne razlike između ove dvije

skupine. Visoko i nisko anksiozno osjetljivi pojedinci jednako često uzimaju lijekove. Postoji mogućnost da je tome tako jer je u pozadini češćeg uzimanja lijekova neki drugi mehanizam, nevezan za anksioznu osjetljivost. Iako smo i za treći i za četvrti problem pretpostavili da će postojati razlika, možda su mehanizmi u podlozi kombiniranja različitih vrsta lijekova i čestog uzimanja lijekova različiti. Uzimanje više različitih vrsta lijekova može nam ukazati na pojedinčevu veću usmjerenost na širok spektar različitih simptoma, ali to ne mora značiti da će isti ti pojedinci uzimati češće jednu te istu vrstu lijekova. Sama usmjerenost na određeni simptom ne mora imati ulogu u čestom korištenju lijeka, moguće je da u pozadini tog ponašanja leži neki drugi mehanizam.

Iako je ovo istraživanje prospektivno i provedeno u dvije vremenske točke, što povećava njegovu vanjsku i ekološku valjanost, ono ima svojim metodoloških nedostataka i ograničenja. Ona se prvenstveno odnose na uzorak na kojem je provedeno. On je prigodan, a sastojao se od studenata društveno usmjerenog Filozofskog fakulteta u Zagrebu. Riječ je o mladim ljudima koji dobno odgovaraju zdravijem dijelu populacije pa bi bilo zanimljivo vidjeti odnos anksiozne osjetljivosti i razvoja kroničnih bolesti i uzimanja lijekova kod drugih dobnih skupina. Iako se anksiozna osjetljivost smatra stabilnom osobinom te bi se ovakav uzorak koji zahvaća sudionike rane odrasle dobi mogao smatrati reprezentativnim za odraslu dob, starije osobe u prosjeku s vremenom počinju imati više teškoća sa zdravljem. Iz tog razloga, zbog specifičnosti teme ovog istraživanja, neovisno o stabilnosti osobine, bilo bi dobro daljnjim istraživanjima zahvatiti i osobe starije od 38 godina. Postoji mogućnost da nešto što je u mlađoj dobi djelovalo kao prosječna razina anksiozne osjetljivosti, najednom kada zdravstvene teškoće u starijoj životnoj dobi uzmu maha, postane izraženije. Također, pitanje je kakvu će tada ulogu potencijalno izraženija anksiozna osjetljivost imati u uzimanju lijekova kojim će se vjerojatno trebati tretirati sve brojnija objektivna zdravstvena stanja, ali možda i izbjegavati strah od simptoma anksioznosti.

Dodatan problem pri poopćavanju nalaza ovog istraživanja predstavlja i nesrazmjernost proporcija žena i muškaraca unutar uzorka, gdje je 81,1% žena, a 18,9% muškaraca. U istraženoj literaturi pronađen je nalaz o višim razinama anksiozne osjetljivosti kod djevojčica u odnosu na dječake (van Widenfelt i sur., 2002; Walsh i sur., 2004), a na uzorku odraslih sudionika isti nalaz dobivaju i Peterson i Reiss (1992; prema Peterson i Plehn, 1999). Moguće je pretpostaviti i postojanje rodni razlika u mehanizmima koji leže u podlozi razvoja i tijeka kroničnih bolesti, kao i sklonosti izbjegavanja averzivnih simptoma, a koji su u međuodnosu s pojedinčevom razinom anksiozne osjetljivosti.

Za neka od istraživačkih pitanja, primjerice ono o razlikama u anksioznoj osjetljivosti ovisno o zdravstvenim ishodima, poduzorci sudionika bili su mali, što proizlazi i iz veličine ukupnog uzorka. U istraživanju je 35 sudionika u razdoblju od tri godine razvilo neku kroničnu bolest, što nije tako mala brojka obzirom na dob sudionika i veličinu ukupnog uzorka. Ipak, zbog nedostatne statističke snage postojeća razlika koja je opažena nije statistički značajna. Kada bi ukupan uzorak bio veći, tada bi i ovaj poduzorak vjerojatno bio veći, na čemu bi svakako bilo korisno ponovno ispitati hipoteze.

Dodatan nedostatak istraživanja je i povećana vjerojatnost davanja socijalno poželjnih odgovora, budući da su sudionici davali svoju mail adresu koja često sadrži ime i prezime sudionika. Iako je ostavljanje e-mail adrese bilo nužno kako bi se povezali podaci sudionika u dvije točke mjerenja i iako je nove ispunjene upitnike vidjela samo jedna osoba, ista ona koja ih je vidjela prije tri godine, ovakav zahtjev istraživanja mogao je potaknuti sudionike na iskrivljavanje odgovora u smjeru socijalne poželjnosti. Vjerojatnost takvih odgovora povećava i činjenica da su informacije koje zahtijevaju čestice u upitniku osobne, prvenstveno one ASI-ja.

Kao što je već navedeno, anksioznost i s anksioznošću vezani simptomi jedni su od najčešćih i najskupljih zdravstvenih stanja, s očekivanjem tjelesne nelagode kao jednim od glavnih uzroka anksioznosti. Prema White i suradnicima (2011) anksiozna osjetljivost povezana je s povećanom upotrebom resursa zdravstvene skrbi (konzumacijom lijekova, podvrgavanjem pretragama), kako u pokušaju suzbijanja anksioznih simptoma, tako i u svrhu saniranja drugih zdravstvenih stanja. Nalazi o povišenoj anksioznoj osjetljivosti kod pojedinaca koji razvijaju kronične bolesti ukazuju na anksioznu osjetljivost kao čimbenik ranjivosti za razvoj kronične bolesti. Osim toga, zdravstvena ponašanja kao što je izraženija povremena konzumacija lijekova mogu utjecati na razinu anksiozne osjetljivosti u funkciji vremena. Također, rezultati istraživanja ukazuju na ovu mjeru kao čimbenik ranjivosti za uzimanje više različitih vrsta lijekova istovremeno. Djelovanjem na usmjerenost na anksiozne simptome, a samim time i na anksioznu osjetljivost, možda bi bilo moguće djelovati i na razvoj i tijek kroničnih bolesti kod pojedinaca identificiranih kao visoko anksiozno osjetljivih te na njihovo upuštanje u izbjegavajuća ponašanja. Prema Fordyceu (1976), ovakva ponašanja dugoročno su štetna te bi neki drugi oblik nošenja s anksioznim simptomima bio učinkovitiji. Istraživanje Watt i suradnika (2008) pokazalo je da kratko uključivanje visoko anksioznih pojedinaca s psihičkim poremećajima u komorbiditetu u program kognitivno-bihevioralne terapije statistički značajno smanjuje razine anksiozne osjetljivosti u odnosu na kontrolnu

skupinu i skupinu nisko anksiozno osjetljivih sudionika. Ovakav nalaz otvara mogućnost primjene iste metode na visoko anksiozno osjetljive pojedince koji pate od kroničnih tjelesnih bolesti.

Ovo istraživanje otkriva važnost uloge anksiozne osjetljivosti i njezinih dimenzija kod različitih zdravstvenih ishoda i nužnost detaljnijeg istraživačkog pristupa ovom području. Mehanizmi u podlozi proučavanih odnosa u ovom istraživanju još uvijek ostaju nejasni, iako su neki od njih ovim istraživanjem pretpostavljeni. Daljnja istraživanja svakako bi se trebala usmjeriti na specifične kronične bolesti i proširiti raspon vrsta lijekova za koje se pokušava utvrditi odnos s ovim konstruktom.

## **ZAKLJUČAK**

Ovim prospektivnim istraživanjem cilj je bio ispitati razlike u izraženosti anksiozne osjetljivosti ovisno o zdravstvenom stanju, uzimanju različitih vrsta lijekova u funkciji vremena, kao i ispitati razlike u količini i učestalosti uzimanja lijekova ovisno o izraženosti anksiozne osjetljivosti. Rezultati ukazuju kako nema razlike u prosječnoj razini anksiozne osjetljivosti niti izraženosti pojedinih dimenzija anksiozne osjetljivosti u prvoj vremenskoj točki između skupina sudionika koji su nakon tri godine razvili kroničnu tjelesnu bolest i onih koji je nisu razvili. Također, rezultati analize varijance za ponovljena mjerenja ukazuju da za promjenu u izraženosti anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija nije svejedno uzimaju li pojedinci povremeno lijekove u određenom vremenskom periodu ili ne, kao i to da nije svejedno koje lijekove za to vrijeme uzimaju. Izraženost anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija tjelesnih i psihičkih briga promijenila se u razdoblju od tri godine kod sudionika koji povremeno uzimaju analgetike i lijekove za smirenje, i to u smjeru povećanja razina ovih mjera. Konačno, visoko anksiozno osjetljive osobe istovremeno uzimaju više različitih lijekova u odnosu na nisko anksiozno osjetljive pojedince, dok se ove dvije skupine sudionika ne razlikuju po pitanju učestalosti uzimanja lijekova. Dobiveni nalazi ukazuju na nekoliko mogućih mehanizama u podlozi odnosa anksiozne osjetljivosti i uzimanja lijekova. Moguće je da pojedinci koji uzimaju lijekove imaju početnu povišenu razinu anksiozne osjetljivosti zbog koje izbjegavaju uznemirujuće simptome, uklanjajući ih uzimanjem lijekova. Izbjegavanje simptoma može produbiti strah od istih i time omogućiti daljnje održavanje ove strategije. Također, moguće je, a pogotovo u situaciji uzimanja lijekova za smirenje, da pojedinci uzimanjem ove vrste lijekova pokušavaju održati emocionalnu kontrolu, ne oslanjajući se na neke druge strategije. Poučeni iskustvom, mogu zazirati od prestanka uzimanja lijekova za



smirenje, budući da kratkoročno ipak rješavaju njihov problem. No, isto kao i s izbjegavanjem anksioznih simptoma, pitanje je koliko je ta strategija očuvanja emocionalne kontrole održiva, budući da ovakvo uspostavljanje mira može produbiti strah od ponovnog gubitka kontrole i pojačati izraženost psihičkih briga.

Provedeno istraživanje ukazuje na važnost daljnjeg proučavanja ove teme, obzirom da njeno razumijevanje sa sobom nosi brojne praktične implikacije u zdravstvenoj psihologiji. Ako postoji mogućnost da djelovanjem na anksiozne simptome, a time i razinu anksiozne osjetljivosti i njezinih dimenzija, možemo djelovati na zdravstvene ishode pojedinaca i njihovo korištenje zdravstvenih resursa u vidu lijekova, barem za neke kronične bolesti, onda je ovo svakako odnos vrijedan proučavanja.

## REFERENCE

- Anderbro, T., Gonder-Frederick, L., Bolinder, J., Lins, P. E., Wredling, R., Moberg, E., Lispers, J. i Johansson, U. B. (2015). Fear of hypoglycemia: relationship to hypoglycemic risk and psychological factors. *Acta diabetologica*, 52(3), 581-589.
- Asmundson, G. J. G. (1999). Anxiety sensitivity and chronic pain: Empirical findings, clinical implications, and future directions. U: S. Taylor (Ur.), *Anxiety Sensitivity: Theory, Research and Treatment of the Fear of Anxiety* (str. 269–285). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Asmundson, G. J. G., Frombach, I. K., & Hadjistavropoulos, H. D. (1998). Anxiety Sensitivity: Assessing Factor Structure and Relationship to Multidimensional Aspects of Pain in Injured Workers. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 8(3), 223-234.
- Asmundson, G. J. G. i Norton, G. R. (1995). Anxiety sensitivity in patients with physically unexplained chronic back pain: a preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 771–777.
- Barone, S., Bacon, S. L., Campbell, T. S., Labrecque, M., Ditto, B., & Lavoie, K. L. (2008). The association between anxiety sensitivity and atopy in adult asthmatics. *Journal of Behavioral Medicine*, 31(4), 331-339.
- Carr, R. E., Lehrer, P. M., i Hochron, S. M. (1995). Predictors of panic-fear in asthma. *Health Psychology*, 14, 421–426.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological bulletin*, 112(1), 155.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louise, MO: Mosby.
- Goodwin, R. D., Pine, D. S. i Hoven, C. W. (2003). Asthma and panic attacks among youth in the community. *Journal of Asthma*, 40(2), 139-145.
- Gros, D. F., Antony, M. M., McCabe, R. E. i Swinson, R. P. (2009). Frequency and severity of the symptoms of irritable bowel syndrome across the anxiety disorders and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 290–296.
- Handelzalts, J. E., Becker, G., Ahren, M. P., Lurie, S., Raz, N., Tamir, Z., i Sadan, O. (2015). Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Archives of gynecology and obstetrics*, 291(5), 1055-1062.
- Jurin, T. (2013). *Anksiozna osjetljivost kao čimbenik ranjivosti za razvoj i održavanje tjelesnih i psihičkih poremećaja*. Neobjavljen specijalistički poslijediplomski završni rad. Zagreb: Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Jurin, T., Jokić-Begić, N., i Lauri Korajlija, A. (2012). Factor structure and psychometric properties of the Anxiety Sensitivity Index in a sample of Croatian adults. *Assessment*, 19(1), 31-41.
- Kennedy, C. E., Moore, P. J., Peterson, R. A., Katzman, M. A., Vermani, M., i Charmak, W. D. (2011). What makes people anxious about pain? How personality and perception combine to determine pain anxiety responses in clinical and non-clinical populations. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 179-200.
- Lejuez, C. W., Paulson, A., Dauhters, S. B., Bornovalova, M. A., i Zvolensky, M. J. (2006). The association between heroin use and anxiety sensitivity among inner-city individuals in residential drug use treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 44(5), 667-677.
- Lipsitz, J. D., Masia-Warner, C., Apfel, H., Marans, Z., Hellstern, B., Forand, N., Levenbraun, Y., i Fyer, A. J. (2004). Anxiety and depressive symptoms and anxiety sensitivity in youngsters with noncardiac chest pain and benign heart murmurs. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 607-612.

- Maller, R. G., i Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 241-247.
- McCracken, L. M., Zayfert, C., & Gross, R. T. (1992). The Pain Anxiety Symptoms Scale: development and validation of a scale to measure fear of pain, *Pain*, 50, 67-73.
- McLeish, A. C., Zvolensky, M. J., i Lumberto, C. M. (2011). The role of anxiety sensitivity in terms of asthma control: A pilot test among young adult asthmatics. *Journal of Health Psychology*, 16(3), 439-444.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Naragon-Gainey, K. (2010). Meta-Analysis of relations od anxiety sensitivity to the depressive and anxiety disorders. *Psychological Bulletin*, 136(1), 128-150.
- Norman, S. B., i Lang, A. J. (2005). The functional impact of anxiety sensitivity in the chronically physically ill. *Depression and Anxiety*, 21, 154-160.
- Norton, G. R., Norton, P. J., Asmundson, G. J. G., Thompson, L. A., i Larsen, D. K. (1999). Neurotic butterflies in my stomach: The role of anxiety, anxiety sensitivity and depression in functional gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(3), 233-240.
- Peterson, R. A., i Plehn, K. (1999). Measuring anxiety sensitivity. U: S. Taylor (Ur.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (str. 3-16). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Peterson, R. A., i Reiss, R. J. (1992). *Anxiety Sensitivity Index Manual*. (Drugo izdanje). Worthington, OH: International Diagnostic Systems.
- Pitsavos, C., Panagiotakos, D. B., Papageorgiou, C., Tsetsekou, E., Soldatos, C., i Stefanadis, C. (2006). Anxiety in relation to inflammation and coagulation markers, among healthy adults: the ATTICA study. *Atherosclerosis*, 185(2), 320-326.
- Reiss, S. (1991). Expectancy model of fear, anxiety, and panic. *Clinical Psychology Review*, 11, 141-153.
- Reiss, S., i McNally, R. J. (1985). The expectancy model of fear. U: S. Reiss & R. R. Bootzin (Ur.), *Theoretical issues in behavior therapy* (str. 107-121). London, England: Academic Press.
- Reiss, S., Peterson, R. A., Gursky, D. M., i McNally, R. J. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24(1), 1-8.
- Rose, L. M. (1996). Anxiety sensitivity and panic-fear in pediatric asthma. (Doktorska disertacija, University of Calgary.
- Silverman, W. K., Fleisig, W., Rabian, B., i Peterson, R. A. (1990). Childhood Anxiety Sensitivity Index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(2), 162-168.
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J., i Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: Prospective prediction of panic attacks and axis I psychopathology. *Journal of Psychiatric Research*, 40, 691-699.
- Smitherman, T. A., Davis, R. E., Walters, A. B., Young, J., i Houle, T. T. (2015). Anxiety sensitivity and headache: diagnostic differences, impact, and relations with perceived headache triggers. *Cephalalgia*, 35(8), 710-721.
- Taylor, S., i Fedoroff, I. C. (1999). The expectancy theory of fear, anxiety, and panic: A conceptual and empirical analysis. U: S. Taylor (Ur.), *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety* (str. 17-34). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Telch, M. J., Lucas, J. A., i Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(3), 300-306.
- Telch, M. J., Shermis, M. D., i Lucas, J. A. (1989). Anxiety sensitivity: Unitary peronality trait or domain specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders*, 3(1), 25-32.
- Thompson, T., Keogh, E., French, C. C., i Davis, R. (2008). Anxiety sensitivity and pain: generalisability across noxious stimuli. *Pain*, 134(1-2), 187-196.
- Tull, M. T. (2006). Extending the anxiety sensitivity model of uncued panic attack frequency and symptom severity: The role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 177-184.
- van Widenfelt, B. M., Siebelink, B. M., Goedhart, A. W., i Treffers, P. D. A. (2002). The Dutch Childhood Anxiety Sensitivity Index: Psychometric Properties and Factor Structure. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(1), 90-100.
- Vogelzangs, N., Beekman, A. T. F., De Jonge, P., i Penninx, B. W. J. H. (2013). Anxiety disorders and inflammation in a large adult cohort. *Translational psychiatry*, 3(4), e249.
- Walsh, T. M., Stewart, S. H., McLaughlin, E., i Comeau, N. (2004). Gender differences in Childhood Anxiety Sensitivity Index (CASI) dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(5), 695-706.
- Watt, M. C., Stewart, S. H., Conrod, P. J., i Schmidt, N. B. (2008). Personality-based approaches to treatment of co-morbid anxiety and substance use disorder. U: *Anxiety and substance use disorders* (str. 201-219). Springer US.
- White, K. S., McDonnell, C. J., i Gervino, E. V. (2011). Alexithymia and anxiety sensitivity in patients with non-cardiac chest pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(4), 432-439.
- Zinbarg, R. E., i Schmidt, N. B. (2002). Evaluating the Invariance of the Structure of Anxiety Sensitivity Over Five Weeks of Basic Cadet Training in a Large Sample of Air Force Cadets. *Personality and Individual Differences*, 33(5), 815-832.

## **PRILOZI**

### *Prilog 1.*

#### **PRISTANAK NA SUDJELOVANJE U ISTRAŽIVANJU**

Ovim putem želimo Vas zamoliti da sudjelujete u istraživanju koje provodi Tanja Jurin, znanstvena novakinja s Odsjeka za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu pod mentorstvom prof.dr.sc. Nataše Jokić-Begić. Ovim istraživanjem ispituje se povezanost fizioloških karakteristika tijekom zadatka pažnje, a ovo je prvi dio (predistraživanje) kojim se želi provjeriti povezanost emocionalnih stanja i životnih navika. Vaš je zadatak ispuniti nekoliko upitnika na stranicama koje slijede. Detaljne upute o ispunjavanju nalaze se u upitniku. Molim Vas da na pitanja odgovarate što spontanije i što iskrenije možete. Lijepo Vas molim da ne izostavite niti jedno pitanje. Međutim, ako odlučite da na neka pitanja ne želite odgovoriti, to ne morate učiniti i za to nećete snositi nikakve posljedice.

Nakon predistraživanja dio Vas (odabranih po slučaju) će biti uključen u drugi dio istraživanja koji će se provoditi individualno. Kako bih Vas mogla obavijestiti o daljnjim istraživačkim postupcima, molim Vas da na predviđeno mjesto stavite svoje ime i prezime te kontakt broj/e-mail koji će biti korišten isključivo u svrhu kontaktiranja. Vaše podatke vidjet ću isključivo ja te će biti čuvani prema etičkim standardima znanstvenih istraživanja i naše struke.

Sudjelovanje u istraživanju je potpuno dobrovoljno i možete u svakom trenutku odustati. Vaši rezultati će se koristiti samo zajedno s rezultatima drugih sudionika, tj. u skupnom obliku i isključivo u istraživačke svrhe. Sudjelovanje u drugom dijelu istraživanja biti će honorirano.

Razina stresa i/ili neugode u ovom istraživanju nije veća od one koju doživljavate u vrlo uobičajenim svakodnevnim situacijama. U ovom istraživanju nećete biti izloženi nikakvom specifičnom riziku.

Naglašavam da je sudjelovanje u ovom istraživanju dobrovoljno i da imate pravo bez ikakvih posljedica odustati od sudjelovanja ili se iz njega povući. Ako imate neke pritužbe na provedeni postupak ili ste zabrinuti zbog nečega što ste tijekom istraživačkog postupka doživjeli, molimo Vas, obratite se na [etikapsi@ffzg.hr](mailto:etikapsi@ffzg.hr)

Svojim potpisom potvrđujete da ste upoznati s gore navedenim informacijama i da ste odlučili sudjelovati u istraživanju.

Unaprijed hvala na suradnji!

Potpis sudionika:

---

Datum:

---

**Prilog 2.**

*Zdravstveni problemi i teškoće*

1. Patite li od neke kronične bolesti (psihičke ili fizičke)? DA NE  
(zaokružite Vaš odgovor)

2. Ako da, koje? \_\_\_\_\_

3. Uzimate li redovito neke lijekove? (zaokružite Vaš odgovor) DA NE

4. Ako da, koje? \_\_\_\_\_

5. Uzimate li povremeno neke lijekove? (Zaokružite Vaš odgovor) DA NE

6. Ako da, koje? \_\_\_\_\_

7. Koliko često uzimate te lijekove?

1	2	3	4	5	6
2-3 puta tjedno	jednom tjedno	2-3 puta mjesečno	jednom mjesečno	jednom u nekoliko mjeseci	2-3 puta godišnje

**Prilog 3.**

Tablica A. Prikaz deskriptivnih podataka (aritmetička sredina i standardna devijacija) za zavisne varijable ukupne anksiozne osjetljivosti i njenih dimenzija u dvije točke mjerenja za dvije skupine sudionika (onih koji uzimaju lijekove i onih koji ih ne uzimaju) za ukupno korištenje lijekova te uzimanje pojedinih vrsta lijekova.

Točka mjerenja	vrsta lijeka	skupina	AO ukupna			AO tjelesne brige			AO psihičke brige			AO socijalne brige		
			N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD
prva	svi	ne uzima	191	20,78	9,29	191	9,93	5,9	191	6,07	3,85	191	4,79	1,61
	lijekovi	uzima	347	22,09	9,05	347	10,44	5,76	347	6,82	4,17	347	4,81	1,64
		ukupno	538	21,62	9,15	538	10,26	5,81	538	6,56	4,07	538	4,8	1,63
		alergije	ne uzima	447	21,43	9,16	447	10,14	5,19	447	6,45	4,02	447	4,84
	uzima		91	22,54	9,09	91	10,84	5,26	91	7,08	4,34	91	4,63	1,52
	ukupno		538	21,62	9,15	538	10,26	5,81	538	6,56	4,08	538	4,8	1,63
	bolovi	ne uzima	280	20,7	9,13	280	9,73	5,72	280	6,22	4	280	4,75	1,64
		uzima	258	22,62	9,08	258	10,84	5,85	258	6,92	4,13	258	4,86	1,61
		ukupno	538	21,62	9,15	538	10,26	5,81	538	6,56	4,08	538	4,8	1,63
	smirenje	ne uzima	484	21,22	8,81	484	10,09	5,67	484	6,37	3,91	484	4,76	1,61
		uzima	54	25,2	11,25	54	11,76	6,78	54	8,24	5,08	54	5,2	1,76
		ukupno	538	21,62	9,15	538	10,26	5,81	538	6,56	4,08	538	4,8	1,63
	upala	ne uzima	357	21,63	9,23	357	10,29	5,82	357	6,56	4,08	357	4,78	1,66
		uzima	181	21,59	9,01	181	10,2	5,8	181	6,55	4,07	181	4,85	1,57
		ukupno	538	21,62	9,15	538	10,26	5,81	538	6,56	4,08	538	4,8	1,63
	svi	ne uzima	191	19,19	10,66	191	8,76	6,4	191	5,7	4,35	191	4,73	2,02



druga	lijekovi	uzima	347	23,23	11,75	347	10,93	6,82	347	7,21	5,05	347	5,1	1,78
		ukupno	538	21,8	11,53	538	10,16	6,75	538	6,67	4,86	538	4,97	1,88
	alergija	ne uzima	447	21,59	11,68	447	10,07	6,85	447	6,55	4,9	447	4,96	1,87
		uzima	91	22,82	10,78	91	10,57	6,25	91	7,27	4,62	91	4,98	1,93
		ukupno	538	21,8	11,53	538	10,16	6,75	538	6,67	4,86	538	4,97	1,88
	bolovi	ne uzima	280	19,53	10,69	280	8,94	6,47	280	5,8	4,28	280	4,79	1,95
		uzima	258	24,26	11,92	258	11,47	6,81	258	7,63	5,26	258	5,16	1,77
		ukupno	538	21,8	11,53	538	10,16	6,75	538	6,67	4,86	538	4,97	1,88
	smirenje	ne uzima	484	20,96	10,94	484	9,74	6,49	484	6,32	4,58	484	4,89	1,86
		uzima	54	29,31	13,88	54	13,85	7,88	54	9,85	6,08	54	5,61	1,9
		ukupno	538	21,8	11,53	538	10,16	6,75	538	6,67	4,86	538	4,97	1,88
	upala	ne uzima	357	21,33	11,61	357	9,89	6,83	357	6,54	4,81	357	4,9	1,98
		uzima	181	22,71	11,35	181	10,67	6,57	181	6,94	4,96	181	5,09	1,66
		ukupno	538	21,8	11,53	538	10,16	6,75	538	6,67	4,86	538	4,97	1,86
	Legenda:	<i>N</i>	– broj	sudionika,	<i>M</i>	– aritmetička	sredina,	<i>SD</i>	– standardna	devijacija				

#### Prilog 4.

Tablica B. Prikaz rezultata složene analize varijance za ponovljena mjerenja, glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja antihistaminika te interakcija vremena i povremenog uzimanja antihistaminika za ukupan rezultat i rezultat na dimenzijama zavisne varijable anksiozne osjetljivosti

	glavni efekti i interakcije	$F(df)$	$p$	$\eta p^2$
AO ukupna	vrijeme	0,159 (1, 536)	,690	,000
	antihistaminik	1,220 (1, 536)	,270	,002
	vrijeme x antihistaminik	0,014 (1, 536)	,907	,000
AO tjelesne brige	vrijeme	0,242 (1, 536)	,623	,000
	antihistaminik	0,870 (1, 536)	,351	,002
	vrijeme x antihistaminik	0,080 (1, 536)	,778	,000
AO psihičke brige	vrijeme	0,353 (1, 536)	,553	,001
	antihistaminik	2,259 (1, 536)	,133	,004
	vrijeme x antihistaminik	0,350 (1, 536)	,851	,000
AO socijalne brige	vrijeme	5,011 (1, 536)	,026*	,090
	antihistaminik	0,335 (1, 536)	,563	,001
	vrijeme x antihistaminik	1,129 (1, 536)	,289	,002

Legenda:  $F(df)$ - F-omjer s pripadajućim stupnjevima slobode,  $p$  – razina statističke značajnosti,  $\eta p^2$  – parcijalni eta kvadrat (veličina učinka)

#### Prilog 5.

Tablica C. Prikaz rezultata složene analize varijance za ponovljena mjerenja, glavnih efekata vremena i povremenog uzimanja antipiretika te interakcija vremena i povremenog uzimanja antipiretika za ukupan rezultat i rezultat na dimenzijama zavisne varijable anksiozne osjetljivosti

	glavni efekti i interakcije	$F(df)$	$p$	$\eta p^2$
AO ukupna	vrijeme	0,875 (1, 536)	,350	,002
	antipiretik	0,631 (1, 536)	,427	,001
	vrijeme x antipiretik	2,617 (1, 536)	,106	,005
AO tjelesne brige	vrijeme	0,021 (1, 536)	,886	,000
	antipiretik	0,460 (1, 536)	,498	,001
	vrijeme x antipiretik	2,621 (1, 536)	,106	,005
AO psihičke brige	vrijeme	0,875 (1, 536)	,350	,002
	antipiretik	0,304 (1, 536)	,581	,001
	vrijeme x antipiretik	1,096 (1, 536)	,296	,002
AO socijalne brige	vrijeme	4,761 (1, 536)	,030*	,009
	antipiretik	0,882 (1, 536)	,348	,002
	vrijeme x antipiretik	0,574 (1, 536)	,449	,001

Legenda:  $F(df)$ - F-omjer s pripadajućim stupnjevima slobode,  $p$  – razina statističke značajnosti,  $\eta p^2$  – parcijalni eta kvadrat (veličina učinka)