

Odnos doživljaja bolesti, stresa i prihvaćanja bolesti kod osoba oboljelih od Hashimoto tireoditisa

Mucić, Sanda

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:948488>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-06**



Repository / Repozitorij:

[FFOS-repository - Repository of the Faculty of Humanities and Social Sciences Osijek](#)



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**ODNOS DOŽIVLJAJA BOLESTI, STRESA I PRIHVAĆANJA
BOLESTI KOD OSOBA OBOLJELIH OD HASHIMOTO
TIREOIDITISA**

Diplomski rad

Sanda Mucić

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2020.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**ODNOS DOŽIVLJAJA BOLESTI, STRESA I PRIHVAĆANJA
BOLESTI KOD OSOBA OBOLJELIH OD HASHIMOTO
TIREOIDITISA**

Diplomski rad

Sanda Mucić

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2020.

IZJAVA

Izjavljujem s punom materijalnom i moralnom odgovornošću da sam ovaj rad samostalno napravio te da u njemu nema kopiranih ili prepisanih dijelova teksta tuđih radova, a da nisu označeni kao citati s napisanim izvorom odakle su preneseni.

Svojim vlastoručnim potpisom potvrđujem da sam suglasan da Filozofski fakultet Osijek trajno pohrani i javno objavi ovaj moj rad u internetskoj bazi završnih i diplomskih radova knjižnice Filozofskog fakulteta Osijek, knjižnice Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku i Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu.

U Osijeku, datum 15.10.2020.

Sanda Jucic, 0010065182
ime i prezime studenta, JMBAG

Sadržaj

1. Uvod	1
1.1. Doživljaj bolesti.....	2
1.2. Stres	4
1.3. Prihvaćanje bolesti.....	6
2. Cilj.....	9
3. Problemi	9
4. Hipoteze	9
5. Metoda.....	10
5.1. Sudionici	10
5.2. Instrumenti	11
5.3. Postupak.....	13
6. Rezultati	13
7. Rasprava	20
7.1. Povezanost ispitivanih varijabli	21
7.2. Doprinos dimenzija doživljaja bolesti prihvaćanju bolesti	21
7.3. Moderatorska uloga stresa u odnosu između dimenzija doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti.....	24
8. Nedostaci i implikacije za buduća istraživanja	25
9. Zaključak.....	26
10. Literatura	27

Odnos doživljaja bolesti, stresa i prihvaćanja bolesti kod osoba oboljelih od Hashimoto tireoiditisa

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati odnos dimenzija doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti kod osoba oboljelih od hashimoto tireoiditisa kao i moderatorsku ulogu stresa u tom odnosu. U istraživanju su sudjelovale ukupno 432 sudionice u dobi između 20 i 70 godina. Za ispitivanje doživljaja bolesti koristio se Skraćeni upitnik percepcije bolesti, za mjerenje razine stresa vezane uz životne događaje koristila se Revidirana skala životnih događaja, a za mjerenje prihvaćanja bolesti koristio se Upitnik prihvaćanja kronične bolesti. Provedenim hijerarhijskim regresijskim analizama utvrđeno je kako visoka razina *kognitivne i emotivne reprezentacije* doprinose niskom prihvaćanju bolesti s tim da *emotivna reprezentacija* pokazuje veći doprinos kritrijskoj varijabli. Također, *razumijevanje bolesti* nije statistički značajno povezano s prihvaćanjem bolesti. Utvrđeno je kako stres nije moderator odnosa između doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti.

Ključne riječi: doživljaj bolesti, stres, prihvaćanje bolesti, hashimoto tireoiditis

The relationship between the illness perception, stress and disease acceptance in persons with Hashimoto Thyroiditis

The aim of the present study was to investigate the relationship between the dimensions of illness perception and acceptance of illness in patients with Hashimoto Thyroiditis, as well as a moderating role of stress in that relationship. The study included the total number of 432 female participants between 20 and 70 years of age. Illness perception was measured with Brief Illness Perception Questionnaire, the stress level related to life events was assessed using the Social Readjustment Rating Scale – Revised, while the acceptance of illness was assessed using the Chronic Illness Acceptance Questionnaire. The conducted hierarchical regression analyses have shown that *cognitive and emotional representations* contribute to low level of acceptance of illness, whereby the *emotional representation* has proven to be a stronger contributor to the criterion variable. Furthermore, the *understanding of illness* has no statistically significant correlation with acceptance of illness. It has been established that stress does not moderate the relationship between illness perception and acceptance of illness.

Keywords: illness perception, stress, acceptance of illness, Hashimoto Thyroiditis

1. Uvod

Štitnjača je najveća endokrina žlijezda smještena u sredini vrata (Santisteban, 2005), a građom podsjeća na leptira (De Felice i Di Lauro, 2016). Luči hormone tiroksin (T4) i trijodtironin (T3), a na stvaranje hormona ju potiče hipofiza putem hormona tireotropina (TSH) (Visser, 2011). Za normalan rad štitnjače neophodan je adekvatan unos joda (Carrasco, 2005). Hormoni štitnjače održavaju homeostazu organizma (Jameson, 2017) i utječu na rad gotovo svih organa (Hulbert, 2000). Reguliraju bazalni metabolizam, tjelesnu temperaturu, disanje, utječu na mozak i središnji živčani sustav, srčanožilini, reproduktivni i probavni sustav, kosti i mišiće, spavanje i rad drugih žlijezda (Wondisford, 2016; Cooper i Ladenson, 2011). Štitnjača je izrazito važna i podložna imunološkim promjenama, a najčešća patologija su autoimune bolesti (Baretić, 2011).

Hashimoto tireoiditis (HT) odnosno, autoimuni tireoiditis kronična je autoimuna upala štitnjače koja dovodi do infiltracije štitnjače limfocitima koji uništavaju tkivo i uzrokuju poremećaj rada štitnjače (Zaletel i Gaberšček, 2011) te stvaranja antitijela na tireoidnu peroksidazu (TPOAt) i tireoglobulin (TGAt) (Davies i Amino, 1993). Antitijela, TPOAt ima > 90%, a TGAt 80% pacijenata (Zaletel, 2007). Ona pridonose razvoju bolesti i njezinoj kroničnosti (Salvatore, Davies, Schlumberg, Hay i Larsen, 2016).

HT nastaje kombinacijom genetske predispozicije (Brix, Kyvik i Hegedüs, 2000) i okolinskih faktora (Duntas, 2008). Jedna je od najčešćih autoimunih i endokrinoloških bolesti (Baretić, 2011) i sve je učestalija (Lerner, Jeremias i Matthias, 2015). Zahvaća 2-15% populacije (Staii, Mirocha, Todorova-Koteva, Glinberg, Jaume, 2010; Simmonds, 2013), a antitijela ima 2-20% žena i 0-6% muškaraca (Vrhovac, Jakšić, Reiner i Vucelić, 2008). Bolesti štitnjače posebno pogađaju žene pa je HT 10 puta češći kod žena (Merrill i Mu, 2015). Iako se javlja u svim dobnim skupinama, pacijenti su sve mlađi (Benvenga i Trimarci, 2008). Većina pacijenata postupno razvije subkliničku hipotireozu ili hipotireozu (Huber i sur., 2002). HT se razvija neprimjetno i polako, što dokazuju antitijela prisutna i do 7 godina prije kliničke manifestacije bolesti (Hutfless, Matos, Talor, Caturegli i Rose, 2011). Simptomi su slični simptomima hipotireoze poput umora, opstipacije, suhe kože i porasta težine (Lee, Nagelberg i Odeke, 2020) i preklapaju se s drugim stanjima (Brent i Weetman, 2016). Pacijenti dolaze liječniku zbog guše, hipotireoze ili rjeđe hipertireoze (Vrhovac i sur., 2008).

Subklinička (blaga) hipotireoza je rani stadij bolesti štitnjače, uz povišenu vrijednost TSH i normalne razine hormona, te ukazuje na smanjivanje funkcije štitnjače (McDermot i Ridgway, 2001). Prevalencija je 1-10%, povećava se s dobi (Cooper, 2001) i 14 puta je češća

od hipotireoze (Brent i Weetman, 2016). Progresija u hipotireozu se događa kod 2-5% pacijenata godišnje (Surks, 2004). Simptomi su lošije pamćenje, kognitivna disfunkcija, mišićna slabost, oticanje, umor, porast težine, grčevi, opstipacija, depresija, anksioznost (Papi i sur., 2007), nesanica i pojačana razdražljivost (Vrhovac i sur., 2008). Mišljenja oko terapije su podijeljena no, istraživanja pokazuju da terapija dovodi do smanjivanja simptoma (umora, suhe kože i kose, koncentracije) (Kong i sur., 2002), poboljšava profil lipida i smanjuje rizik od srčanožilnih bolesti (Razvi i sur., 2007; Monzani i sur., 2004). Neliječena može imati dugoročne štetne posljedice na mentalno i fizičko zdravlje (Joffe, Pearce, Hennessey, Ryan i Stern, 2013).

Hipotireoza je stanje hipofunkcije štitnjače koja ne izlučuje dovoljnu količinu hormona (Petretić Majnarić i sur., 2016), a kako je najčešći uzrok HT (Almandoz i Gharib, 2012), predstavlja fazu u razvoju bolesti (Pearce, Farwell i Braverman, 2003). Hipotireoza utječe na cijelo tijelo, a simptomi poput porasta težine, opstipacije, slabosti, iznemoglosti, pospanosti, opadanja kose i anemije posljedica su usporenog metabolizma (Kusić i sur. 2009). Kako bolest napreduje, raste vrijednost TSH, a razine hormona FT4 i FT3 su niske (Brent i Weetman, 2016). Zajednička klinička obilježja hipotireoze i poremećaja raspoloženja poput depresije, umora, anksioznosti, hipersomnije, slabijeg interesa, pamćenja i koncentracije te nižeg zadovoljstva često dovode do pogrešne početne dijagnoze (Hennessey i Jackson, 1996; prema Feldman, Shrestha i Hennessey, 2013).

Spoznajom da ima kroničnu bolest pacijent stvara osobni kognitivni model bolesti kojim pokušava razumjeti i pridati smisao onome što se događa (Baiardini i sur., 2012), a način na koji percipira bolest temelj je koji određuje emocionalne reakcije i zdravstvena ponašanja (Jokić-Begić, Bagarić i Jurman, 2015).

1. 1. Doživljaj bolesti

Doživljaj bolesti su organizirane kognitivne reprezentacije (odnosno, percepcije ili predodžbe) ili vjerovanja koje pacijenti imaju o svojoj bolesti (Petrie, Jago i Devcic, 2007). Drugim riječima, to su zdravorazumske definicije pacijenata o zdravstvenim prijetnjama (Leventhal, Meyer i Nerenz, 1980). Reprezentacije su važne odrednice ponašanja i načina suočavanja (Petrie i sur., 2007), zdravstvenih ishoda (pridržavanje liječenja, oporavka) te psihološke prilagodbe (Evans i Norman, 2009). Proizlaze iz postojećeg znanja, informacija i osobnih iskustava (Hale, Treharne i Kitas, 2007), mogu biti nejasne, netočne, opsežne ili detaljne (Morrison i Bennett, 2006) i nisu nužno u skladu s medicinskim činjenicama (Diefenbach i Leventhal, 1996). Na promjenu postojećih reprezentacija utječu promjene

zdravstvenog stanja, nove informacije i interpersonalni faktori (Leventhal, Wienman, Leventhal i Philips, 2008). Pacijenti s istom bolešću, uslijed različitih reprezentacija bolesti, skloni su sasvim drugačije doživljavati bolest jer je taj proces individualiziran i osoban (Petrie i Weinman, 2006).

Istraživanja doživljaja bolesti temelje se na Leventhalovom modelu samoregulacije, prema kojem ljudi paralelno razvijaju kognitivne i emocionalne reprezentacije bolesti (Leventhal, Brissette i Leventhal, 2003). Prema modelu ljudi aktivno rješavaju probleme pa tako pristupaju i zdravstvenim prijetnjama. Dakle, interpretiraju iskustva (npr. simptom) i informacije (npr. dijagnozu bolesti) i aktivno ih pokušavaju riješiti, a odabrani način suočavanja odgovor je na vlastitu kognitivnu i emocionalnu reprezentaciju tih iskustava i informacija (Horne i Weinman, 2002). Iako se prema modelu suočavanje s bolešću smatra medijatorom odnosa doživljaja bolesti i ishoda, Hagger, Koch, Chatzisarantis i Orbell (2017) utvrdili su indirektan i direktan odnos reprezentacija i ishoda bolesti. To znači da kognitivne i emocionalne reprezentacije imaju jedinstveni utjecaj na ishode neovisno o strategijama suočavanja.

Kognitivna reprezentacija uključuje pet dimenzija: *identitet* (značenje koje se pridaje simptomima), *uzrok* (ideje o uzroku bolesti), *trajanje* (vjerovanje o trajanju bolesti), *kontrola* (percepcija mogućnosti kontrole i liječenja bolesti) i *posljedice* (vjerovanje o težini bolesti i ishodima, odnosno u kojoj će mjeri bolest kratkoročno i/ili dugoročno utjecati na posao, obitelj i stil života te fizičko, socijalno, financijsko i psihološko funkcioniranje) (Petrie i Weinman, 2006). Konkretno iskustvo i apstraktno rezoniranje svake navedene dimenzije stvaraju kognitivnu reprezentaciju bolesti odnosno, ove dimenzije se fizički doživljavaju (bol se osjeća) i mentalno konceptualiziraju (uvjerenje da bol ukazuje na bolest) (Leventhal, Phillips i Burns, 2016).

Emocionalna reprezentacija odražava afektivne reakcije na bolest poput straha, ljutnje, zabrinutosti, anksioznosti i depresivnosti te neovisno o kognitivnoj reprezentaciji utječe na način suočavanja (Hagger i sur., 2017). Povezana je s višim stupnjem afektivnog doživljavanja i kad se aktivira obično nadjača kognitivne reprezentacije (Petriček, 2012). *Razumijevanje* se odnosi na shvaćanje bolesti, procjenu korisnosti vlastitih reprezentacija i općenito značenje bolesti za pojedinca (Moss-Morris i sur., 2002). Emocionalne i kognitivne reprezentacije mogu, ali ne moraju biti kompatibilne. Na primjer, čovjek zbog straha od loše dijagnoze ne odlazi liječniku iako shvaća da je neliječeni simptom opasan (Martin, Rothrock, Leventhal i Leventhal, 2003).

Interes za istraživanje doživljaja bolesti porastao je razvojem upitnika. Upitnikom percepcije bolesti obuhvaćene su samo kognitivne dimenzije (IPQ; Weinman, Petrie, Moss-

Morris i Horne, 1996) dok su emocionalna reprezentacija i razumijevanje bolesti obuhvaćene revidiranim upitnikom (IPQ-R; Moss-Morris i sur., 2002). Weinman i sur. (1996) utvrdili su snažne i značajne interkorelacije dimenzija koje ne ukazuju na konceptualno preklapanje.

Istraživanjima su utvrđene povezanosti doživljaja bolesti i ishoda bolesti kod pacijenata s raznim dijagnozama te da su dimenzije doživljaja bolesti prediktori psihološke i fizičke prilagodbe (Bijsterbosch i sur., 2009; Broadbent, Donkin i Stroh, 2011; Edwards i sur., 2001; Knowles, Cook i Tribbick, 2013; Moss-Morris, Petrie i Weinman, 1996). Prema istraživanjima, negativni doživljaj bolesti to jest, percipirane veće posljedice i veća emocionalna pogođenost, te duže trajanje, povezano je s lošijim psihološkim ishodima (Botha-Scheepers i sur., 2006; Hagger i Orbell, 2003; Sharloo, Kaptein, Weinman, Bergman, Vermeer i Rooijmans, 2000). Postoje i velike varijabilnosti u povezanosti pojedinih dimenzija doživljaja bolesti i lošijeg psihološkog funkcioniranja kod različitih bolesti (Westbrook, 2014). Tako je metaanalitičkim istraživanjem utvrđena najveća dosljedna povezanost *emocionalne* dimenzije i dimenzije *posljedice* iz kognitivne reprezentacije s nižom kvalitetom života i distresom (Dempster, McCorry i Howell, 2015).

Pregledom literature pronađena su dva istraživanja koja su ispitivala doživljaj bolesti kod osoba s HT-om. Dickson, Toft i O'Carroll (2009) uspoređivali su pacijente s HT-om i sindromom kroničnog umora. Navode da pacijenti s HT-om vjeruju kako će njihova bolest duže trajati, percipiraju veliku kontrolu bolesti lijekovima i manje su zabrinuti zbog bolesti. Drugo istraživanje odnosi se na validaciju Skraćenog upitnika percepcije bolesti u Poljskoj kojim je utvrđeno da pacijentice s HT-om imaju umjereni doživljaj bolesti (Kossakowska i Stefaniak, 2017). Kossakowska i Stefaniak (2017) navode kako pacijentice s HT-om percipiraju da će bolest trajati zauvijek, odnosno da je bolest neizlječiva, umjereni doživljavaju simptome bolesti, percipiraju kako one same imaju umjerenu kontrolu nad bolešću kao i da će propisana terapija umjereni kontrolirati bolest. Također su utvrdile da pacijentice percipiraju umjerene posljedice bolesti, umjereni su emotivno pogođene bolešću, manje su zabrinute zbog bolesti te izjavljuju da dobro i jasno razumiju bolest (Kossakowska i Stefaniak, 2017).

1.2. Stres

Stres se odnosi na doživljaj tjelesne, mentalne i emocionalne napetosti koja nastaje kada su zahtjevi koji se postavljaju pred osobu prijeteći ili kada se pojave događaji koji su izvan granica onoga što je za osobu uobičajeno (Kardum, Gračanin, Dankić i Perhat, 2008). Stresori ili stresni podražaji koji dovode do stresnog odgovora događaji su ili stanja koji su zahtjevni, izazovni ili ograničavajući (Contrada i Gyll, 2001). Definiranjem stresa kao objektivnog

podražaja pretpostavljamo da stres određuju uvjeti okoline (Monroe, 2008) odnosno, prema teoriji životnih zbivanja, stres je odgovor na sva zbivanja koja svojom jačinom premašuju sposobnost prilagodbe pojedinca (Havelka, 2011). Holmes i Rahe (1967) navode kako životni događaji izazivaju neravnotežu i diskontinuitet u odnosu na postojeće stanje i naglašavaju da zahtijevaju promjene i prilagodbu. Prilagodbu su definirali kao intenzitet i vrijeme potrebno da se osoba prilagodi na životni događaj bez obzira na poželjnost tog događaja (Holmes i Masuda, 1974; prema Morrison i Bennett, 2006).

Životni događaji ili zbivanja definiraju se kao bilo koja velika promjena u okolnostima pojedinca (npr. razvod ili financijski problemi) koja utječe na međuljudske odnose, posao i slobodno vrijeme (Kumar, 2013). Wells (2017) navodi kako životni događaji mogu biti očekivani (npr. umirovljenje) ili neočekivani (npr. prometna nesreća) i pojedinac ih može doživjeti negativno odnosno, kao prijetnju ili pozitivno odnosno, kao korisne i poželjne (Moloney, Weston, Qu i Hayes, 2012). Dakle, pozitivni događaji kao što su sklapanje braka, rođenje novog člana obitelji ili započinjanje novog posla, kao i negativni događaji poput gubitka posla, smrti člana obitelji, problema na poslu ili nevjere partnera mijenjaju život i zahtijevaju od ljudi da naprave određene promjene ili prilagodbe, što im izaziva stres (Brannon, Updegraff i Feist, 2018).

Veliki životni stresovi ne događaju se svakodnevno, već iznimno i doživjet će ih gotovo svaki čovjek tijekom života (Havelka, 2011). Za sami doživljaj stresa važna je predvidljivost događaja, mogućnost kontroliranja događaja (Levesque, 2011), ozbiljnost, utjecaj i trajanje događaja (Schwarzer i Schutz, 2003). Učinak događaja je aditivan (Echee i Eze, 2018), a Moloney i suradnici (2012) navode da sami životni događaji imaju tendenciju generiranja drugih unutarnjih ili vanjskih događaja (npr. gubitak posla mijenja financijske mogućnosti, smanjuje pristup nizu dobara i usluga i posljedično narušava kvalitetu odnosa unutar obitelji). Nemaju svi stresori jednak utjecaj na život pojedinca (Sali i sur., 2013). Posljedice na fizičko i psihološko blagostanje ovise o individualnim razlikama (Imkome, Yunibhand i Chaiyawat, 2017).

Istraživanja pokazuju kako dugotrajno suočavanje sa životnim događajima dovodi do tjelesnog iscrpljenja i veće vjerojatnosti pojavljivanja raznih organskih bolesti (Havelka, 2011), a neočekivani i višestruki životni događaji nadvladavaju sposobnosti pojedinca i pospješuju nastanak mentalnih problema (Sadock, Alcott Sadock i Ruiz, 2015). Schwarzer i Schutz (2003) navode tri glavna puta koja povezuju stresne životne događaje s bolešću: fiziološke promjene (imunološke promjene, endokrini i kardiovaskularna reaktivnost), zdravstveno ugrožavajuća ponašanja (pušenje, konzumiranje alkohola, neuravnotežena prehrana, nedostatak sna) i

negativan afekt (ruminacije, zabrinutost, anksioznost, pesimizam, depresivnost, ljutnja) medijator su odnosa životnih događaja i bolesti. Veliki životni stresovi većinom izazivaju značajne i dugotrajne negativne promjene, a prema istraživanju utječu na život pojedinca otprilike dvije godine (Monroe i Simons, 1991; prema Armstrong, Galligan i Critchley, 2011). Stariji ljudi izvještavaju o manje životnih stresora i bolje se s njima suočavaju od mlađih osoba, a žene više navode da su događaji stresni i treba im više vremena da prevladaju njihove učinke (Wells, 2017).

Za razliku od Gravesove bolesti, teško je utvrditi imaju li stresni životni događaji ulogu u nastanku HT-a jer su početak i tijek bolesti vrlo podmukli i pacijenti kasno postanu simptomatski (Mizokami, Wu Li, El-Kaissi i Wall, 2004). Međutim, stres može pogoršati simptome uzrokovane bolešću štinjače i dovesti do njihove dugotrajnije prisutnosti (British thyroid foundation, 2018). Bilo bi dobro ispitivati stres kod osoba s HT-om i upućivati ih na važnost upravljanja stresom jer su Markomanolaki i suradnici (2019) utvrdili da program upravljanja stresom, u trajanju od osam tjedana, smanjuje antitijela, razinu anksioznosti i depresije i dovodi do usvajanja zdravijeg načina života.

1.3. Prihvaćanje bolesti

Kronične bolesti dugotrajne su i prijeteće situacije koje na razne načine ograničavaju svakodnevno funkcioniranje, a prihvaćanje bolesti doprinosi fizičkom i psihološkom zdravlju pacijenata (Evers i sur., 2001). Istraživanja pokazuju kako je prihvaćanje korisno i u liječenju psiholoških problema i poremećaja te da poboljšava psihološku dobrobit (Herbert i Brandsma, 2015).

Prihvaćanje bolesti pacijentima daje osjećaj sigurnosti i ublažava negativne reakcije i neugodne emocije povezane s bolešću i liječenjem (Jankowska-Polanska, Kaczan, Lomper, Nowakowski i Dudek, 2017). To je složen proces koji je pod utjecajem niza faktora poput manifestacije bolesti, dostupnosti i kvalitete liječenja, individualnih predispozicija, podrške obitelji te socioekonomskog statusa (Obieglo, Uchmanowicz, Wleklík, Jankowska-Polanska i Kusmierz, 2015). Postoje različite definicije prihvaćanja te se ono može odnositi na ishod procesa prilagodbe ili na proces promjena koje vode boljoj prilagodbi (Stalker i sur., 2018).

U kontekstu strategije suočavanja prihvaćanje se odnosi na prihvaćanje realnosti, iako ona ne odgovara našim očekivanjima ili željama, te spremnost da se s njom suočimo (Nakamura i Orth, 2005). Carver i suradnici (1989; prema Nakamura i Orth, 2005) istraživanjem su utvrdili kako je prihvaćanje bolesti važan prediktor psihološke prilagodbe i dobrobiti kod pacijentica s karcinomom dojke, dok je poricanje bolesti, koje je suprotno prihvaćanju bolesti, povezano s

višim razinama stresa i lošijom psihološkom dobrobiti. Wright i Kirby (1999) utvrdili su kako je prihvaćanje ključno u procesu prilagodbe na bolest te da uključuje emotivnu, kognitivnu i bihevioralnu komponentu. Ono može poprimiti dva različita oblika, ovisno o tome kako pacijenti interpretiraju i integriraju bolest u svoj identitet. Aktivno prihvaćanje adaptivni je odgovor na nepromjenjive okolnosti koji vodi do boljeg mentalnog zdravlja, dok je pasivno prihvaćanje neprilagođeno suočavanje povezano s negativnim psihološkim ishodima (Wright i Kirby, 1999).

Evers i suradnici (2001) prilikom konstrukcije upitnika *Kognicije o bolesti* (eng. Illness Cognition Questionnaire - ICQ) definiraju prihvaćanje bolesti kao prepoznavanje potrebe za prilagodbom na bolest uz istovremeno percipiranje mogućnosti da se živi s bolešću i da se savladaju njene averzivne posljedice. Istraživanjem na pacijentima s reumatoidnim artritisom i multiplom sklerozom utvrdili su kako je prihvaćanje bolesti snažno povezano s pozitivnim ishodima i raspoloženjem, optimizmom i aktivnim suočavanjem, a ponovljenim ispitivanjem nakon godinu dana utvrdili su da je prihvaćanje povezano sa smanjenim tjelesnim tegobama i aktivnošću bolesti, smanjenim negativnim i povećanim pozitivnim raspoloženjem (Evers i sur., 2001). Evers i suradnici (2005) utvrdili su na pacijentima s atopijskim dermatitisom i psorijazom da je prihvaćanje značajno negativno povezano sa psihološkim distresom, fizičkim simptomima i utjecajem bolesti na život, a pozitivno povezano s percipiranom socijalnom podrškom. Također, kod pacijenata s atopijskim dermatitisom utvrdili su kako oni koji bolje prihvaćaju svoju bolest i koji percipiraju da mogu savladati posljedice bolesti doživljavaju manje anksioznosti i depresije (Evers i sur., 2005)

Prihvaćanje bolesti psihološki je pokazatelj kvalitete prilagodbe na život s bolešću (Janowski, Kurpas, Kusz, Mroczek i Jedynek, 2014), a neprihvaćanje uzrokuje veliki osjećaj mentalne nelagode i ometa prilagodbu na bolest (Kowalska, Mazurek i Rymaszewska, 2019). Istraživanja u kojima je prihvaćanje bolesti mjereno *Skalom prihvaćanja bolesti* (eng. Acceptance of Illness Scale - AIS; Felton, Revenson i Hinrichsen, 1984) pokazuju povezanost prihvaćanja s kvalitetom života vezanom za zdravlje kod pacijenata s različitim bolestima odnosno, veće prihvaćanje bolesti povezano je s boljom kvalitetom života (Jankowska-Polanska i sur., 2017; Lewko i sur., 2007; Obieglo i sur., 2015; Zalewska, Miniszewska, Chodkiewicz i Narbutt, 2006). Basinska i Andruszkiewicz (2012) utvrdile su da je lokus kontrole indikator prihvaćanja bolesti kod pacijentica s HT-om te da u odnosu na pacijentice s Graves-Basedowljevom bolešću imaju unutarnji lokus kontrole i bolje prihvaćaju bolest. Rode i Rode (2018) utvrdile su kako pacijenti s HT-om bolje prihvaćaju bolest i više koriste

zdravstvena ponašanja u vidu pozitivnih psiholoških stavova od pacijentica s dijabetesom tipa II.

U okviru trećeg vala bihevioralnih terapija Hayes, Luoma, Bond, Masuda i Lillis (2006) navode kako je prihvaćanje kao metoda suočavanja suprotna iskustvenom izbjegavanju te uključuje aktivno i svjesno prihvaćanje neugodnih misli, emocija i tjelesnih osjeta bez nepotrebnih pokušaja da se promijeni njihova učestalost ili oblik, posebno ako bi to prouzročilo psihološke teškoće pojedincu. Dakle, prihvaćanje nije samo sebi svrha već djeluje kao metoda koja pomaže osobi da prihvati ono što ne može promijeniti i što je izvan njezine kontrole, da ostane u kontaktu s tim iskustvima iako narušavaju kvalitetu života pojedinca i da se uključi u vrijedne aktivnosti kojima unaprijeđuje i obogaćuje život i ostvaruje osobne ciljeve (Hayes, Luoma, Bond, Masuda i Lillis, 2006). McCracken (2005) navodi kako prihvaćanje bolesti nije odluka ili uvjerenje već proces kojim pacijenti počinju donositi odluke o načinu života kojima će povećati njegovu kvalitetu. Iz ovog pristupa nastali su upitnici za mjerenje prihvaćanja kronične boli (eng. The Chronic Pain Acceptance Questionnaire – CPAQ; McCracken, Vowles i Eccleston, 2004) i upitnik za mjerenje prihvaćanja kronične bolesti (eng. The Chronic Illness Acceptance Questionnaire – CIAQ; Beacham, Linfield, Kinman i Payne-Murphy, 2015) čije komponente mjere uključivanje pojedinca u svakodnevne aktivnosti na normalan način uz prisutnost boli/bolesti te spremnost pojedinca da prepozna kako izbjegavanje i kontroliranje boli/bolesti nisu učinkovite strategije.

Bolje mentalno i fizičko funkcioniranje utvrđeno je kod pacijenata koji bolje prihvaćaju svoju bolest (Guck, Goodman, Dobleman, Fasanya i Tadros, 2010; Guck, Kinney, Anazia i Williams, 2012), kao i da je prihvaćanje bolesti snažan prediktor niza ključnih funkcionalnih ishoda u populaciji osoba oboljelih od različitih bolesti (Beacham i sur., 2015). Verhoof, Maurice-Stam, Heymans, Evers i Grootenhuis (2014) su na pacijentima s različitim kroničnim bolestima utvrdili kako je prihvaćanje bolesti povezano s kvalitetom života te nižom depresijom i anksioznošću, a Van Damme, Crombez, Van Houdenhove, Mariman i Michielsen (2006) navode da prihvaćanje ograničenja koje pacijentima nameće bolest psihološki štiti osobu od narušavanja različitih aspekata kvalitete života što dovodi do niže zastupljenosti depresije i anksioznosti te veće emocionalne stabilnosti.

LaChapelle, Lavoie i Boudreau (2008) su u fokus grupama utvrdili da pacijentice definiraju prihvaćanje bolesti kao kontinuirani proces u kojem se isprepliću trenutci uvida u kojima su osobe suočene s izborom da slijede put ljutnje, depresije i samosažaljenja ili put koji maksimizira kvalitetu života. Također, navode kako taj proces zahtijeva vrijeme, da varira ovisno o okolnostima, te da se puno lakše postiže na kognitivnoj nego emocionalnoj razini

(LaChapelle i sur., 2008). Pacijentice također navode kako je za prihvaćanje bolesti jako važno učiti o vlastitom zdravstvenom stanju te imati socijalnu podršku obitelji, prijatelja i grupa za podršku koje pružaju informacije i ohrabrenje, ali su i mjesto gdje se mogu izbaciti ljutnja i izraziti frustracije (LaChapelle i sur., 2008).

Prihvaćanje postaje cilj prvenstveno u kontekstu neugodnih događaja koji su uglavnom bolni ili prijeteći i koje se ne može izbjeći, promijeniti ili ukloniti (Cordova, 2001). Iako mnogi povezuju prihvaćanje s odustajanjem, nedavna istraživanja izričito odbacuju takvo negativno stajalište (Van Damme i sur., 2006). Ono nikako nije znak osobne slabosti ili neuspjeha (Risdon, Eccleston, Crombez i McCracken, 2003) niti rezigniranosti ili odustajanja (McCracken, Carson, Eccleston i Keefe, 2004). Suprotno je poricanju koje je često povezano s iskrivljenim ili netočnim doživljajem bolesti (Sperry, 2009).

Chan (2013) navodi da se unatoč različitim konceptualizacijama psihološko prihvaćanje može sažeti u dvije komponente. Prva komponenta je priznavanje iskustva bolesti (unutarnjeg i vanjskog) bez korištenja nefunkcionalnih načina kontrole, a druga je ponovni pronalazak osjećaja življenja integriranjem bolesti u život i posvećivanjem pažnje važnim ciljevima ili vrijednostima (Chan, 2013).

2. Cilj istraživanja

Ispitati odnos dimenzija doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti kod osoba oboljelih od Hashimoto tireoiditisa te moderatorsku ulogu stresa u tom odnosu.

3. Problemi

1. Ispitati povezanost između dimenzija doživljaja bolesti (*kognitivne reprezentacije bolesti, emotivne reprezentacije bolesti i razumijevanja bolesti*) i prihvaćanja bolesti uz kontrolu efekata neuroticizma.
2. Provjeriti moderatorsku ulogu stresa u odnosu između dimenzija doživljaja bolesti (*kognitivne reprezentacije bolesti, emotivne reprezentacije bolesti i razumijevanja bolesti*) i prihvaćanja bolesti.

4. Hipoteze

H1a: Očekuje se da će visoka *kognitivna reprezentacija bolesti* doprinijeti niskom prihvaćanju bolesti.

H1b: Očekuje se da će visoka razina *emotivne reprezentacije bolesti* doprinijeti niskom prihvaćanju bolesti.

H1c: Očekuje se da će visoka razina *razumijevanja bolesti* doprinijeti visokom prihvaćanju bolesti.

H2a: Očekuje se moderatorski učinak stresa na odnos između *kognitivne reprezentacije bolesti* i prihvaćanja bolesti. Pri tome očekujemo da će interakcija visoke *kognitivne reprezentacije bolesti* na pojedinca s visokom izloženosti stresu doprinijeti vrlo niskom prihvaćanju bolesti.

H2b: Očekuje se moderatorski učinak stresa na odnos između *emotivne reprezentacije bolesti* pojedinca i prihvaćanja bolesti. Očekuje se da će interakcija visoke negativne emotivne pogođenosti bolešću pojedinca s visokom izloženosti stresu doprinijeti iznimno niskom prihvaćanju bolesti.

H2c: Očekuje se moderatorski učinak stresa na odnos između *razumijevanja bolesti* i prihvaćanja bolesti. Očekujemo da će interakcija visokog *razumijevanja bolesti* s visokom izloženosti stresu također pridonijeti niskom prihvaćanju bolesti oboljelih.

5. Metoda

5.1. Sudionici

Istraživanje je obuhvatilo ukupno 525 sudionika, s tim da 89 već u samom početku nisu udovoljavali kriterijima za sudjelovanje u istraživanju (imali su tumor ili operaciju štitnjače, primili su radioaktivni jod, imaju drugu dijagnozu uz HT ili nemaju dijagnozu HT-a), a od preostalih sudionika je samo četiri bilo muškog spola. Kako bi se postigla bolja homogenost uzorka podaci muških sudionika te onih koji nisu udovoljavali kriterijima za sudjelovanje u istraživanju isključeni su iz daljnje obrade rezultata. Dakle, u konačnu obradu su ušli rezultati 432 sudionice. Raspon dobi sudionica kretao se od 20 do 70 godina pri čemu je prosječna dob bila $M = 39.28$ ($SD = 9.97$). Ovaj uzorak bio je prigodan. Prema završenom stupnju obrazovanja 2 (0.5%) sudionice imaju osnovnu školu, 151 (35%) srednju školu, 83 (19.2%) preddiplomski ili stručni studij, 164 (38%) diplomski studij, a 32 sudionice (7.4%) imaju završen poslijediplomski ili doktorski studij. Ukupno 342 (79.2%) sudionice su zaposlene, a 90 sudionica (20.8%) je nezaposleno. Ukupno 352 (81.5%) sudionice su u vezi, a 80 (18.5%) sudionica nije u vezi. Od ukupnog broja sudionica 345 (79.9%) živi u Hrvatskoj, a 87 (20.1%) živi izvan Hrvatske (13.7% sudionica je iz zemalja Istočne Europe, a 6.5% sudionica je iz zapadnih zemalja). Prema kliničkoj manifestaciji bolesti ili stupnju oštećenja 338 (78.2%) sudionica ima hipotireozu, a 94 (21.8%) subkliničku hipotireozu. Duljina trajanja bolesti kreće se u rasponu od 1 do 40 godina, s tim da kod 191 (44.2%) sudionice bolest traje do 5 godina,

kod 141 (32.6%) od 6 do 10 godina, kod 67 (15.5%) od 11 do 15 godina, kod 23 (5.3%) od 16 do 20 godina te kod 10 (2.3%) sudionica duže od 20 godina. Ukupno 311 (72%) sudionica uzima terapiju, dok 121 (28%) sudionica nije podvrgnuta nikakvoj terapiji za hipotireozu ili subkliničku hipotireozu.

5. 2. Instrumenti

Upitnik demografskih karakteristika konstruiran je za potrebe istraživanja i njime su prikupljeni podaci o spolu, dobi, završenom stupnju obrazovanja, radnom statusu, bračnom statusu, državi u kojoj žive, duljini trajanja bolesti, terapiji koju koriste i kliničkoj manifestaciji bolesti odnosno, o stupnju funkcijskog oštećenja štitnjače. Osim toga, sadržavao je i pitanja koja se odnose na kliničku sliku pacijentica (jesu imale tumor ili operaciju štitnjače, jesu primile radioaktivni jod, imaju li drugu dijagnozu uz HT ili uopće nemaju dijagnozu HT-a), a čija je svrha bila isključivanje osoba s takvom anamnezom radi dobivanja veće homogenosti uzorka pacijenata oboljelih od HT-a.

Za mjerenje doživljaja bolesti koristit će se *Skraćeni upitnik percepcije bolesti* (eng. Brief Illness Perception Questionnaire - IPQ-B; Broadbent, Petrie, Main i Weinman, 2006). Upitnik je namijenjen brzom procjeni kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti i razumijevanja bolesti. Za svrhe ovog istraživanja iz tog su upitnika preuzete tri čestice kojima su mjerene ove dimenzije doživljaja bolesti. *Kognitivna reprezentacija* bolesti ispituje stupanj negativnih posljedica koje bolest ima na pojedinca. Česticom *emotivne reprezentacije* bolesti utvrđeno je u kojoj mjeri je pojedinac emotivno pogođen bolešću odnosno, koliko neugodnih emocija doživljava vezanih uz bolest, dok se česticom *razumijevanje* ispituje koliko dobro i jasno pojedinac razumije svoju bolest. Odgovori na ovim česticama procjenjuju se na skali Likertovog tipa i to od 0 do 10 (0 = uopće ne/najviše pozitivno, 10 = jako/najviše negativno). Za čestice kojima se ispituju kognitivne i emotivne reprezentacije rezultat 0 je pokazatelj dobrog doživljaja bolesti, a za česticu koja ispituje razumijevanje bolesti rezultat 0 ukazuje na lošiji doživljaj bolesti. Rezultati na pojedinim dimenzijama analizirat će se zasebno u odnosu na ostale varijable. Koeficijent test-retest pouzdanosti na stranim uzorcima za *kognitivnu reprezentaciju* kreće se .70 - .71, za *razumijevanje* bolesti .48 - .61 i za emocionalnu pogođenost bolešću .65 - .72 (Broadbent i sur., 2006). U ovom istraživanju je korištena verzija upitnika prevedena na hrvatski jezik te upotrebljena u radu Goranke Petriček (Petriček, 2012).

Za mjerenje razine stresa vezane uz životne događaje kojima su ispitanici bili izloženi tijekom proteklih godinu dana koristila se *Revidirana skala životnih događaja* (eng. The Social

Readjustment Rating Scale Revised - SRRS-R; Hobson, Kamen, Szostek, Nethercut, Tiedmann i Wojnarowicz, 1998). Ova skala sastoji se od 51 stresnog životnog događaja (npr. smrt supružnika, rastava, podizanje kredita, trudnoća) koji se razlikuju prema veličini prilagodbe koju zahtijevaju od pojedinca, bez obzira na to radi li se o negativnim ili pozitivnim događajima. Zadatak ispitanika je označiti sve događaje koji su u njegovu životu bili prisutni tijekom proteklih 12 mjeseci. Konačni rezultat na skali izražava se kao zbroj procjena za događaje koje je ispitanik doživio i teoretski može varirati u rasponu od 0 do 2577 gdje veći rezultat odražava veći stupanj doživljenog stresa. Hobson i suradnici (1998) validirali su upitnik na velikom nacionalnom uzorku te su kod žena i muškaraca različitih dobnih skupina i ekonomskog statusa utvrdili koeficijent korelacije $r > .90$ u procjenama stresnosti događaja. Instrument do sada nije korišten u istraživanjima na hrvatskim uzorcima te je u svrhu pripreme za ovo istraživanje preveden od strane dva neovisna prevoditelja. Koeficijent pouzdanosti dobiven u ovom istraživanju iznosi .74.

Za procjenu neuroticizma koristila se *Skala neuroticizma* preuzeta iz *Petofaktorskog upitnika ličnosti* (eng. Big Five Inventory – BFI; Benet-Martinez i John, 1998) koja se sastoji od izjava kojima se opisuju ponašanja karakteristična za neuroticizam. Zadatak sudionika je da na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva (1 - uopće se ne slažem do 5 - u potpunosti se slažem) označe u kojoj se mjeri tvrdnja odnosi na njih. Ukupni rezultat na subskali formira se kao aritmetička sredina sudionikovih odgovora na odgovarajućim česticama, pri čemu niži rezultat ukazuje na manje izraženu crtu ličnosti. Koeficijenti pouzdanosti (Cronbach alpha) ove subskale u istraživanju na američkim uzorcima kreću se od .75 do .84 (Benet-Martinez i John, 1998). Kardum, Gračanin i Hudek-Knežević (2006) su na našim uzorcima utvrdili koeficijent pouzdanosti .81, te je isti koeficijent pouzdanosti dobiven i u ovom istraživanju.

Za procjenu prihvaćanja bolesti koristio se *Upitnik prihvaćanja kronične bolesti* (eng. Chronic Illness Acceptance Questionnaire – CIAQ; Beacham, Kinman i Herbst, 2012). Upitnik sadrži 20 čestica podijeljenih u dvije subskale: 1) angažman/aktivnosti (uključivanje i sudjelovanje u svim životnim aktivnostima bez obzira na bolest; primjer čestice: „Unatoč svojoj bolesti sada se držim određenog smjera u svom životu“) i 2) voljnost (spoznaja da su izbjegavanje i kontrola često nedjelotvorne metode prilagodbe na kroničnu bolest; primjer čestice „Rado bih žrtvovao važne stvari u svom životu da imam veću kontrolu nad bolešću“). Zadatak sudionika je da na skali Likertovog tipa (od 0 - nikada do 6 - uvijek) procijene u kojoj se mjeri pojedina tvrdnja odnosi na njih. U ovom istraživanju koristit će se ukupan rezultat koji se formira kao suma odgovora na svim česticama, pri čemu viši rezultat ukazuje na veće

prihvaćanje bolesti. Instrument do sada nije korišten u istraživanjima na hrvatskim uzorcima te je u svrhu pripreme za ovo istraživanje preveden od strane dva neovisna prevoditelja.

5. 3. Postupak

Istraživanje je provedeno *online* tako što je poveznica za istraživanje s uputama, pristankom na istraživanje i upitnicima, postavljena u grupe za osobe oboljele od raznih poremećaja štitnjače na društvenoj mreži *Facebook* (Štitnjača – tihi neprijatelj, Štitnjača – prirodni hormoni i alternativa, To nisam ja – to je moja Štitnjača!). U uputi je bilo navedeno kojoj populaciji je ispitivanje namijenjeno odnosno, da sudjeluju osobe oboljele samo od HT-a starije od 18 godina. U skladu s tim, prvih pet pitanja namijenjeni su dodatnoj provjeri je li istraživanjem stvarno obuhvaćena ciljana populacija. Također je bilo navedeno kako je sudjelovanje u istraživanju dobrovoljno, anonimno i da je u bilo kojem trenutku moguće odustati te da će se prikupljeni podaci koristiti isključivo u istraživačke svrhe i biti analizirani na grupnoj razini. Svaki sudionik je dobio uvid u e-mail adresu istraživača na koju se mogao obratiti ukoliko je imao pitanja. Istraživanje je u prosjeku trajalo 10-tak minuta.

6. Rezultati

Na početku obrade rezultata testirani su preduvjeti za korištenje parametrijskih postupaka, odnosno provjeren je normalitet distribucija svih varijabli korištenih u istraživanju Kolmogorov-Smirnovljevim testom (K-S). Vrijednostima K-S testa je utvrđeno da niti jedna varijabla nije normalno distribuirana. Kako se K-S test često smatra prestrogim, Field (2005) je predložio da se uz njega kao pokazatelj normaliteta distribucije koriste indeksi asimetričnosti i zakrivljenosti. Kline (2011) navodi kako je opravdano koristiti parametrijske testove ako je indeks asimetričnosti manji od 3, a indeks spljoštenosti manji od 10. Budući da sve varijable udovoljavaju tim kriterijima u daljnjoj obradi koristili su se parametrijski postupci.

Zatim je provedena deskriptivna analiza podataka čiji su rezultati prikazani u Tablici 1.

Tablica 1

Deskriptivni podaci varijabli uključenih u istraživanje (N=432)

	Varijabla	M	SD	T_{min}	T_{max}	P_{min}	P_{max}
Doživljaj bolesti	Kognitivna reprezentacija bolesti	6.24	2.58	0	10	0	10
	Emotivna reprezentacija bolesti	5.51	2.78	0	10	0	10

Razumijevanje bolesti	6.53	2.33	0	10	0	10
Neuroticizam	2.95	0.76	1	5	1	5
Stres vezan uz životne događaje	233.26	195.64	0	2577	0	951
Prihvaćanje bolesti	69.17	15.88	0	120	25	110

Napomena. *M*-aritmetička sredina; *SD*-standardna devijacija; *Tmin*-teorijski minimum; *Tmax*-teorijski maksimum; *Pmin*-postignuti minimum; *Pmax*-postignuti maksimum

Iz prikazanih podataka možemo vidjeti kako su na svim dimenzijama doživljaja bolesti postignuti minimalni i maksimalni rezultati što pokazuje da postoje velike varijacije u doživljaju bolesti odnosno, neke sudionice doživljavaju bolest pozitivno, dok ju druge doživljavaju negativno. Srednje vrijednosti na sve tri dimenzije bolesti ukazuju na umjereno dobar doživljaj bolesti. Srednje vrijednosti na dimenziji *kognitivna reprezentacija bolesti* su iznad prosječne što govori da sudionice osjećaju negativne posljedice bolesti odnosno, da bolest u određenoj mjeri utječe na njihov život. Što se tiče *emotivne reprezentacije bolesti* sudionice su izvještavale o prosječnim vrijednostima odnosno, sudionice bolest umjereno emotivno pogađa. Na skali *razumijevanja bolesti* prosječne vrijednosti rezultata su iznad prosjeka. Dakle, sudionice su pokazale dobro poznavanje i razumijevanje bolesti.

Kod sudionica je neuroticizam prosječno izražen, a usporedbom teorijskih i ostvarenih rezultata vidimo da kod nekih sudionica uopće nije izražena, dok je kod nekih jako izražena ta crta ličnosti.

Sudionice doživljavaju niže razine stresa vezanog uz životne događaje, iako pregledom raspona rezultata vidimo da neke ispitanice nisu uopće doživjele stres u proteklih godinu dana, a neke su doživjele puno stresnih životnih događaja.

Vidimo i to da ispitanice prosječno prihvaćaju bolest. Postignuti minimalni i maksimalni rezultati blizu su teorijskog raspona i pokazuju kako postoje velike razlike u prihvaćanju bolesti kod ispitanica, od niskih rezultata koji ukazuju na neprihvaćanje bolesti do visokih rezultata koji ukazuju na prihvaćanje bolesti.

U sljedećem koraku ispitivala se povezanost između dimenzija doživljaja bolesti (kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti te razumijevanja bolesti) i prihvaćanja bolesti uz kontrolu efekata neuroticizma. Kao prvi korak ove obrade prvo se ispitala povezanost svih ispitivanih varijabli putem korelacijske matrice. Prije ove provjere sljedeće varijable dihotomno su kodirane: radni status (0=zaposlene, 1=nezaposlene), status veze (0=u vezi, 1=nisu u vezi),

država (0=u Hrvatskoj, 1=izvan Hrvatske), funkcije štitnjače (0=hipotireoza, 1=subklinička hipotireoza) i terapija (0=uzimaju terapiju, 1=ne uzimaju terapiju). Utvrđeni rezultati nalaze se u tablici 2.

Tablica 2*Interkorelacije svih ispitivanih varijabli (N=432)*

Varijable	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.
1. Dob	-													
2. Stupanj obrazovanja	-.04	-												
3. Radni status	-.13**	-.26**	-											
4. Status veze	.08	-.03	.05	-										
5. Država	.14**	-.03	.01	-.13**	-									
6. Klinička manifestacija bolesti	.02	.04	-.07	-.03	-.01	-								
7. Duljina trajanja bolesti	.25**	.02	-.01	.11*	-.09	-.08	-							
8. Terapija	-.08	.04	.06	.03	.01	.27**	-.20**	-						
9. Neuroticizam	-.13**	-.11*	.05	-.05	.01	.01	-.01	-.07	-					
10. Stres	.03	-.19**	-.00	.10*	.10*	-.04	-.01	-.05	.22**	-				
11. Kognitivna reprezentacija bolesti	.04	-.09	.00	.00	-.02	-.02	.12*	-.05	.42**	.20**	-			
12. Emotivna reprezentacija bolesti	-.03	-.15**	.03	-.08	.04	-.01	-.05	.02	.44**	.15**	.64**	-		
13. Razumijevanje bolesti	.08	.08	-.04	.11*	.10*	.05	.15**	.02	-.12*	-.01	.05	-.05	-	
14. Prihvatanje bolesti	-.04	.16**	.02	.04	-.12**	.10*	.03	.07	-.49**	-.31**	-.44**	-.51**	.05	-

*p<.05, **p<.01

Prema podacima iz Tablice 2 vidimo da se koeficijenti korelacije kreću od niskih do umjerenih. Što se tiče sociodemografskih varijabli *stupanj obrazovanja* i *klinička manifestacija bolesti* pokazuju nisku pozitivnu povezanost s *prihvatanjem bolesti* što pokazuje da sudionice s višom razinom obrazovanja bolje prihvaćaju bolest, kao i sudionice koje imaju subkliničku hipotireozu. *Država* u kojoj sudionice žive pokazuje nisku negativnu povezanost s *prihvatanjem bolesti* što nam pokazuje da sudionice koje žive u Hrvatskoj bolje prihvaćaju bolest. *Trajanje bolesti* pokazuje nisku pozitivnu povezanost s *posljedicama bolesti* što upućuje kako sudionice koje duže vremena žive s bolešću izjavljuju o većem utjecaju bolesti na njihov život. *Stupanj obrazovanja* pokazuje nisku negativnu povezanost s *emotivnom reprezentacijom bolesti* što pokazuje da sudionice s nižom razinom obrazovanja izjavljuju o jačoj emotivnoj pogođenosti bolešću. *Status veze, trajanje bolesti* i *država* u kojoj sudionice žive pokazuju nisku pozitivnu povezanost s *razumijevanjem bolesti*. Dakle sudionice koje nisu u vezi i kod kojih bolest duže traje pokazuju bolje razumijevanje bolesti, kao i sudionice koje žive izvan Hrvatske.

Što se tiče *kognitivne* i *emotivne reprezentacije bolesti*, utvrđeno je kako obje dimenzije doživljaja bolesti imaju umjereno negativnu povezanost s *prihvatanjem bolesti*. To pokazuje da sudionice koje izvještavaju o većem utjecaju bolesti na njihov život te koje su jače emotivno pogođene bolešću slabije prihvaćaju bolest.

Stres pokazuje nisku negativnu povezanost s *prihvatanjem bolesti* što nam govori da sudionice koje su doživjele više stresa vezanog uz životne događaje slabije prihvaćaju bolest. *Stres* pokazuje i nisku pozitivnu povezanost s kognitivnom i emotivnom reprezentacijom bolešću što upućuje da sudionice koje su doživjele visoke razine stresa izvještavaju o jačim posljedicama bolesti na njihov život te su jače emocionalno pogođene bolešću.

Neuroticizam pokazuje umjerenu negativnu povezanost s *prihvatanjem bolesti* što pokazuje da sudionice kod kojih je izraženiji neuroticizam slabije prihvaćaju bolest. *Neuroticizam* pokazuje i umjerenu pozitivnu povezanost s kognitivnom i emotivnom reprezentacijom bolesti što upućuje da sudionice kod kojih je izraženiji neuroticizam izvještavaju o jačim posljedicama i većoj emotivnoj pogođenosti bolešću. *Neuroticizam* pokazuje nisku negativnu povezanost s *razumijevanjem bolesti* što nam govori da sudionice kod kojih je jače izražen neuroticizam izvještavaju o slabijem razumijevanju bolesti.

Kako bi se ispitaio doprinos pojedinih dimenzija doživljaja bolesti objašnjenju prihvatanja bolesti provedena je hijerarhijska regresijska analiza. Kako neuroticizam pridonosi sklonosti doživljavanja neugodnih emocija poput anksioznosti, depresije ili ljutnje (Trninić,

Barančić i Nator, 2008) te oblikuje reakcije na bolest (Caspi, Roberts i Shiner, 2005) efekti ove crte ličnosti su u analizi kontrolirani. Stoga je od svih prediktorskih varijabli u prvom koraku hijerarhijske regresijske analize uvršten neuroticizam, u drugom sociodemografske varijable koje su značajno povezane s kriterijem (to jest stupanj obrazovanja, klinička manifestacija bolesti i država u kojoj sudionice žive), a u trećem koraku uvrštene su dimenzije doživljaja bolesti odnosno kognitivna i emotivna pogođenost bolešću. Budući da korelacijska matrica ukazuje kako varijabla razumijevanje bolesti nije značajno povezana s kriterijem te nije uvrštena u analizu. Kriterijska varijabla u ovoj obradi bila je prihvaćanje bolesti. Rezultati ove analize su prikazani u Tablici 3.

Tablica 3

Rezultati hijerarhijske regresijske analize kod ispitivanja doprinosa kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti prihvaćanju bolesti, uz kontrolu efekata neuroticizma i sociodemografskih varijabli (N=432)

Prihvatanje bolesti	Model	Varijable	β	R^2	ΔR^2	ΔF
	1. korak			.244	-	138.55**
		Neuroticizam	-.49**			
	2. korak			.280	.036	7.15**
		Neuroticizam	-.48**			
		Država	-.12**			
		Stupanj obrazovanja	.10*			
		Klinička manifestacija bolesti	.10*			
	3. korak			.385	.105	24.08**
		Neuroticizam	-.31**			
		Država	-.11**			
		Stupanj obrazovanja	.07			
		Klinička manifestacija bolesti	.09*			
		Kognitivna reprezentacija bolesti	-.13**			
		Emotivna reprezentacija bolesti	-.27**			

Napomena. R^2 = ukupni doprinos objašnjenjenu varijanci; ΔR^2 = doprinos pojedine grupe prediktora objašnjenjenu varijanci; ΔF = vrijednost F-omjera za dodanu grupu prediktora; β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta

* $p < .05$. ** $p < .01$

Rezultati prvog koraka regresijske analize pokazuju da visoki *neuroticizam* doprinosi niskom *prihvatanju bolesti*. Ovaj korak objašnjava 24.4% varijance prihvatanja bolesti. U drugom koraku uključene su socio-demografske varijable. *Država* u kojoj sudionice žive pokazala se značajnim prediktorom prihvatanja bolesti odnosno, sudionice koje žive u Hrvatskoj bolje prihvaćaju bolest. Također, viši *stupanj obrazovanja* i *klinička manifestacija bolesti* odnosno, blaži oblik bolesti značajno doprinose višem *prihvatanju bolesti*. Tim korakom objašnjeno je dodatno 3.6% ukupne varijance prihvatanja bolesti. U trećem koraku su uvedene dimenzije doživljaja bolesti za koje se pokazalo da su značajni su negativni prediktori prihvatanja bolesti i objašnjavaju dodatnih 10.5% varijance kriterija. Visoka kognitivna reprezentacija bolesti i visoka emotivna reprezentacija bolesti doprinose niskom prihvaćanju bolesti s tim da je emotivna pobuđenost snažniji prediktor. Uvođenjem ovih varijabli u posljednjem koraku, varijabla *stupanj obrazovanja* prestaje biti prediktor što upućuje na moguće postojanje medijacije.

Baron i Kenny (1986) navode da je potrebno zadovoljiti četiri uvjeta kako bi se utvrdio efekt medijacije. Prvi uvjet je da prediktor značajno doprinosi kriteriju, drugi uvjet je da prediktor značajno doprinosi medijatoru, treći je da medijator značajno doprinosi kriteriju, a četvrti je da prediktor previđa kriterij uz kontrolu efekta medijatora. U slučaju djelomične medijacije uključivanjem medijatora u zadnjem koraku analize efekt prediktora je smanjen, ali i dalje statistički značajan, dok u slučaju potpune medijacije uključivanjem medijatora u zadnjem koraku postupka efekt prediktora prestaje biti statistički značajan (Baron i Kenny, 1986). Da bi se provjerila medijacija između *stupnja obrazovanja* i *prihvatanja bolesti* putem *kognitivne* reprezentacije bolesti i *emotivne* reprezentacije bolesti provedene su dodatne regresijske analize. Utvrđeno je da *stupanj obrazovanja* ima neizravan doprinos objašnjenju ukupne razine *prihvatanja bolesti* putem *emotivne reprezentacije bolesti* te je ovdje riječ o djelomičnoj medijaciji ($\beta=.09$, $p <.05$). Dakle, niži *stupanj obrazovanja* doprinosi višoj *emotivnoj reprezentaciji* bolesti koja onda pridonosi nižem prihvaćanju bolesti. Ukupnim modelom koji objedinjuje sva tri koraka objašnjeno je ukupno 38.5% varijance kriterija.

Kako bi se provjerila druga hipoteza odnosno, kako bi se ispitala moderatorska uloga stresa kod odnosa između pojedinih dimenzija doživljaja bolesti i prihvatanja bolesti provedene su tri dvosmjerne analize varijance. Prethodno ovim analizama iz distribucije rezultata nezavisnih varijabli izdvojilo se 25% najnižih i 25% najviših rezultata kako bi se dobile kategorije niske i visoke zastupljenosti stresa to jest, dimenzija doživljaja bolesti. Zatim, provjereni su preduvjeti za provođenje analiza varijance koji su zadovoljeni (Field, 2005). S

obzirom da su se u ovom dijelu obrade ispitivali samo efekti interakcija stresa i pojedinih dimenzija doživljaja bolesti na prihvaćanje bolesti, ali ne i glavni efekti nezavisnih varijabli, Tablica 4. prikazuje samo te rezultate.

Tablica 4

Rezultati efekata interakcija između pojedinih dimenzija doživljaja bolesti i stresa na prihvaćanje bolesti.

Prihvaćanje bolesti			
Interakcija	ss	F	p
Kognitivna reprezentacija bolesti x Stres (N= 132)	1, 128	.543	.462
Emotivna reprezentacija bolesti x Stres (N= 114)	1, 110	.116	.734
Razumijevanje bolesti x Stres (N= 164)	1, 160	.029	.866

Napomena. ss = stupnjevi slobode; *p<.05. **p<.01

Iz podataka je vidljivo kako niti jedna interakcija pojedinih dimenzija doživljaja bolesti i stresa nije dosegla statističku značajnost pa možemo reći da druga hipoteza ovog istraživanja nije potvrđena. Drugim riječima, stres nije moderator odnosa između dimenzija doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti.

7. Rasprava

Bolesti štitnjače su danas jedan od najraširenijih javnozdravstvenih problema (Škes, 2017), a HT je sve učestaliji te se ubraja u najčešće autoimune bolesti (Baretić, 2011). Prihvaćanje bolesti je konstrukt koji se zadnjih dvadesetak godina počeo sve češće istraživati, a zajedno s doživljajem bolesti važan je za prilagodbu pojedinca na bolest. Pregledom literature utvrđeno je svega par radova na temu prihvaćanja bolesti kod pacijenata s HT-om s tim da niti jedno istraživanje na ovoj populaciji ne obuhvaća oba spomenuta konstrukta. Stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati povezanost između pojedinih dimenzija doživljaja bolesti odnosno, kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti te *razumijevanja* bolesti s prihvaćanjem bolesti te provjeriti moderatorsku ulogu stresa u tom odnosu.

7.1. Povezanost ispitivanih varijabli

Rezultati pokazuju da sudionice s višom razinom obrazovanja pokazuju veću razinu prihvaćanja bolesti. Taj rezultat je u skladu s rezultatima drugih istraživanja (Beacham i sur., 2015; Dima, 2012; Guck i sur., 2010; Guck i sur., 2012; Richardson, Adner i Nordstrom, 2000). To se može objasniti time da osobe s višim stupnjem obrazovanja iskazuju veći interes za svoju bolest, da o njoj sami više istražuju, kako stručnu literaturu tako i putem Interneta ili možda traže dodatna objašnjenja i informacije od liječnika (Kostyla, Tabala i Kocur, 2013).

Dobiveni podaci ukazuju i na to da sudionice iz Hrvatske pokazuju veću razinu prihvaćanja bolesti. Ovaj nalaz bi se mogao objasniti time da su u našem društvu ljudi poprilično povezani s članovima obitelji i prijateljima koji su im velika podrška i pomoć u prilagodbi na bolest. Razumijevanje i podrška bliskih osoba mogu biti oblik zaštite od negativnog utjecaja bolesti te pridonijeti prihvaćanju iste.

Nadalje, pokazalo se da sudionice koje imaju blaži oblik bolesti, odnosno subkliničku hipotireozu, bolje prihvaćaju bolest. To se može objasniti time da sudionice s blažim oblikom bolesti možda imaju manje kliničkih simptoma bolesti te lakše sudjeluju u raznim aktivnostima koje im predstavljaju zadovoljstvo, a što im zauzvrat omogućava da žive normalnim i kvalitetnim životom. S druge strane, otkrivanje bolesti u ranoj fazi i uzimanje terapije te primjena raznih zdravstveno korisnih ponašanja (npr. promjena prehrane, rekreacija) može pridonijeti tome da se umanje percipirane posljedice bolesti odnosno, *kognitivnu reprezentaciju* bolesti i emotivne posljedice zbog bolesti odnosno, *emotivnu reprezentaciju* bolesti i povećanje prihvaćanje tog zdravstvenog stanja.

7.2. Doprinos dimenzija doživljaja bolesti prihvaćanju bolesti

Prvi problem ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između dimenzija doživljaja bolesti (*kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti i razumijevanja bolesti*) s prihvaćanjem bolesti uz kontrolu efekata neuroticizma. Hipoteza 1.a pretpostavljala je negativan doprinos *kognitivne reprezentacije* bolesti prihvaćanju bolesti na način da će visoka kognitivna reprezentacija bolesti doprinijeti niskom prihvaćanju bolesti. Drugim riječima sudionice kod kojih su izraženije negativne posljedice bolesti odnosno, koje doživljavaju veće posljedice bolesti na raznim aspektima funkcioniranja (posao, obitelj, stil života) ujedno imaju niže prihvaćanje bolesti. Stoga se može zaključiti kako je hipoteza 1.a potvrđena. Taj nalaz je sukladan nalazima ranijih istraživanja kojima je pokazano da pacijenti koji pate od kronične boli i imaju izražene negativne posljedice bolesti također pokazuju nižu razinu prihvaćanja bolesti (Bose, 2006; Dima, 2010; Gillanders, Ferreira, Bose i Esrich, 2012; Rankin i Holltum,

2003). Opravdanost za utvrđene odnose može se pronaći u raznoraznim ograničenjima svakodnevnog života koja zahvaćaju oboljelu populaciju. Watt i suradnici (2006) navode kako su kod pacijenata s HT-om prisutna ograničenja u aktivnostima, socijalni i emocionalni problemi, dok otprilike trećina pacijenata ima kognitivne probleme. Sve to se javlja uz stalno prisutne kliničke simptome koji su uobičajeni za ovo zdravstveno stanje. Jedan od razloga prisutnih ograničenja u aktivnostima kod osoba s HT-om je konstantni umor (Ott i sur., 2011; Pocrnić, 2017) koji pacijenticama može otežavati obavljanje posla i svakodnevnih aktivnosti, a može se loše odraziti i na odnose s drugim ljudima. Bianchi i suradnici (2004) su utvrdili kako pacijentice s HT-om i poremećenom funkcijom štitnjače, odnosno hipotireozom izjavljuju da imaju teškoće u svakodnevnom životu odnosno, teškoće u obavljanju poslova u i oko kuće, obiteljskom životu te hobijskim. Nadalje, postoji i ta mogućnost da *kognitivna reprezentacija* bolesti preko reakcija okoline doprinosi prihvaćanju bolesti. Naime, loša socijalna podrška i konstantno razuvjeravanje okoline oko svog zdravstvenog stanja također otežavaju prihvaćanje bolesti (LaChapelle i sur., 2008). HT je uglavnom oku nevidljiva bolest stoga ljudi često percipiraju kako pacijentima nije ništa odnosno, da simuliraju ili preuveličavaju svoje stanje. Pretpostavljamo da takve reakcije okoline također doprinose negativnijem doživljaju bolesti oboljelih te sve navedeno govori u prilog činjenici da lošija *kognitivna reprezentacija bolesti* doprinosi nižem prihvaćanju bolesti.

Hipoteza 1.b pretpostavljala je negativan doprinos *emotivne reprezentacije bolesti* odnosno, emotivne pogodenosti bolešću prihvaćanju bolesti na način da visoka razina emotivne pogodenosti doprinosi niskom prihvaćanju bolesti. Rezultati su pokazali da sudionice koje doživljavaju veći stupanj neugodnih emocija vezanih uz bolest imaju niže prihvaćanje bolesti te je time i 1.b hipoteza potvrđena. Nalaz je također sukladan nalazima ranijih istraživanja (Bose, 2006; Dima, 2010; Gillanders i sur., 2012). Utvrđena povezanost može se interpretirati u kontekstu čestih promjena raspoloženja vezanih uz oscilacije zdravstvenog stanja i intenzitet simptoma koje osobe oboljele od HT-a proživljavaju. U prilog tome govori istraživanje Otta i suradnika (2011) gdje se utvrdilo da je prisutnost visokih antitijela kod oboljelih povezana s povećanom nervozom i razdražljivošću te promjenama raspoloženja. Također, Bianchi i suradnici (2004) su kod oboljelih utvrdili promjene raspoloženja koje su varirale između anksioznosti, depresije i paničnih napada, a Pocrnić (2017) je, slično tome, utvrdila izraženu anksioznost i emocionalnu osjetljivost. Pretpostavljamo kako sve ove promjene raspoloženja, kao posljedica bolesti, doprinose tome da sudionice emotivno negativnije doživljavaju bolest što se posljedično odražava na nižu razinu prihvaćanja bolesti. Jedno od mogućih objašnjenja

je i to da pacijenti pokušavaju napraviti sve kako bi smanjili neugodne emocije odnosno, pokušavaju ih promijeniti ili kontrolirati kako bi bolje živjeli, no takvi pokušaji često znaju pogoršati stanje i zapravo povećati negativnu emotivnu pogođenost što ponovo doprinosi nižem prihvaćanju bolesti. U istraživanju na pacijenticama s HT-om, Pocrnić (2017) je utvrdila kako sudionice najčešće koriste izbjegavajuće suočavanje s bolešću koje može dovesti do poricanja same bolesti, samookrivljavanje ili odustajanje što samim tim može povećati negativni emotivni doživljaj bolesti i smanjiti prihvaćanje bolesti. Sama dijagnoza bolesti štitnjače odnosno, činjenica da je osoba bolesna, čak i uz potpuni izostanak karakterističnih simptoma, predstavlja teret pojedincu i utječe na njegovu psihološku dobrobit (Bianchi i sur., 2004). Pretpostavljamo kako i to doprinosi negativnom emotivnom doživljaju, pogotovo ljutnji, strahu ili anksioznosti zbog neizvjesnosti vezane uz samu bolest i daljnje funkcioniranje. Nadalje, utvrđeno je kako je visoka *emotivna reprezentacija* snažniji negativan prediktor prihvaćanja bolesti od *kognitivne reprezentacije*. To bi se moglo objasniti time da se prihvaćanje lakše postiže na kognitivnoj nego na emocionalnoj razini (LaChapelle i sur., 2008), ali i time da kad se jednom aktivira *emotivna reprezentacija* da obično nadjača *kognitivnu reprezentaciju* (Petriček, 2012). Također je utvrđeno da razina obrazovanja neizravno doprinosi prihvaćanju bolesti putem *emotivne reprezentacije* bolesti. To bi se moglo objasniti time da osobe s višim stupnjem obrazovanja imaju veće znanje o različitim zdravstvenim ponašanjima koja mogu pomoći pojedincu u nošenju s bolešću, a koji smanjuju negativne emocionalne reakcije vezane za bolest ili da imaju veće resurse koje mogu uložiti u privatno liječenje ili kupovinu raznih preparata koji će poboljšati njihovo zdravstveno stanje i umanjiti osjećaje straha ili anksioznosti, a što se sve pozitivno odražava na prihvaćanje bolesti.

Hipotezom 1.c pretpostavljalo se kako će visoka razina *razumijevanja bolesti* doprinijeti visokom prihvaćanju bolesti. U ovom istraživanju dimenzija *razumijevanja bolesti* nije značajno korelirala s kriterijskom varijablom. Pretpostavlja se da bi jedan od razloga mogao biti metodološke prirode. Na primjer, prema nekim istraživanjima čestica *razumijevanje bolesti* se pokazuje nejasnom, vrlo općenitom i dvosmislenom te je za nju utvrđena slabija pouzdanost i valjanost (Kossakowska i Stefaniak, 2017; Lochting, Garratt, Storheim, Werner i Grotle, 2013; van Orth, Schroder i French, 2011) što može objasniti rezultate ovog istraživanja. S obzirom na ove navedene nedostatke, pitanje je što su sve sudionice podrazumijevale prilikom odgovaranja na ovu česticu odnosno, odražava li rezultat dobro razumijevanje bolesti u smislu samog poznavanja bolesti ili znanje o bolesti kojim se implicitno podrazumijeva da su ga sudionice usvojile kako bi promijenile i kontrolirale simptome bolesti. Utvrđena nepovezanost ove

dimenzije i prihvaćanja bolesti može se reći kako je sukladna ranijim istraživanjima na pacijentima koji pate od kronične boli. Dima (2012) je u longitudinalnom istraživanju utvrdila povezanost *razumijevanja bolesti* i prihvaćanja kronične boli tek u trećem mjerenju što objašnjava time da prolaskom vremena *razumijevanje bolesti* postaje sve bolje. Kako ovo nije longitudinalno istraživanje ne možemo isključiti mogućnost da bismo u ponovljenom mjerenju možda dobili drugačije rezultate. Dimenzije doživljaja bolesti važne su odrednice ponašanja i suočavanja s bolešću (Petrie i sur., 2007) pa je moguće da neka druga varijabla utječe na ovakvu nisku povezanost u ovom istraživanju. Isto tako, moguće je da ovaj upitnik prihvaćanja bolesti ne obuhvaća sve aspekte prihvaćanja bolesti koji su bitni pacijenticama koje boluju od HT-a te bi se time mogao objasniti ovakav rezultat.

7. 3. Moderatorska uloga stresa u odnosu između dimenzija doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti

Drugi problem ovog istraživanja bio je provjeriti moderatorsku ulogu stresa u odnosu između dimenzija doživljaja bolesti (*kognitivne i emotivne reprezentacije bolesti* i *razumijevanja bolesti*) i prihvaćanja bolesti. Pri tome se očekivalo da će interakcija visokih negativnih posljedica (*kognitivna reprezentacija bolesti*), visoke negativne emotivne pogodnosti (*emotivna reprezentacija bolesti*) i visokog *razumijevanja bolesti* i stresa pridonijeti niskom prihvaćanju bolesti. Rezultati upućuju da efekti interakcija dimenzija doživljaja bolesti, stresa i prihvaćanja bolesti nisu značajni što nam govori da stres nije moderator ovih odnosa. Iz dobivenih rezultata vidimo da ova hipoteza nije potvrđena.

Pretpostavlja se kako bi razlozi za utvrđene nalaze mogli biti u korištenoj mjeri stresa. Butjosa i suradnici (2017) navode da bilo koji životni događaj može za pojedinca biti stresan što ovisno o procjeni događaja, individualnim karakteristikama osobe i strategijama suočavanja. U istraživanju je korišten mjerni instrument koji nam govori koliko su objektivno stresa sudionice doživjele u proteklih godinu dana, ali nemamo podatak koliko je taj stres subjektivno pogodio sudionice odnosno, kako su percipirale pojedini događaj i koliko su ga procijenile stresnim. S obzirom da se radi o listi životnih događaja teško je za očekivati da su sve sudionice navedene događaje percipirale i doživjele na isti način. Isto tako, svakom stresnom događaju u upitniku pridodana je određena brojčana vrijednost koja ukazuje na stresnost pojedinog događaja. No, te vrijednosti su unaprijed određene i jednake za sve sudionike što nije nužno pokazatelj stvarne jačine nekog stresnog događaja za pojedinca.

Drugi razlog zbog kojeg je potencijalno mjera stresa problematična je taj da ovaj instrument uključuje velike stresne događaje koji su ponekad vrlo rijetki u životu čovjeka. Uvidom u dane odgovore sudionica utvrdilo se kako određeni broj njih nije doživjelo niti jedan životni događaj naveden u upitniku. Ovakav nalaz je u skladu s normama utvrđenim na ovaj upitnik (Hobson i Delunas, 2001). To, međutim, ne znači da sudionice ovog istraživanja nisu bile izložene stresu nego da upitnikom možda nisu obuhvaćeni događaji koji su njima stvorili stres.

Nadalje, odgovori sudionica na ovom upitniku temelje se na sjećanju. U uputi mjernog instrumenta navedeno je da se osvrću na događaje koje su doživjeli u zadnjih 12 mjeseci međutim, moguće je da je došlo do pristranosti u sjećanju odnosno, da su neke sudionice krivo procijenile kada su doživjele neke od navedenih životnih događaja. Moguće je da su neke događaje doživjele ranije od traženog razdoblja na koje se trebaju osvrnuti, a greškom ih imale u vidu prilikom odgovaranja na pitanja. Isto tako je moguće da su neke događaje zaboravile i nisu označile da su ih doživjele što je umanjilo stvarni doživljaj stresa.

Također, moguće je i to da mali, svakodnevni životni stresovi s kojima se svi susrećemo na dnevnoj bazi, poput gužvi u prometu, svađa s članovima obitelji ili pritiska na poslu, utječu na odnos između pojedinih dimenzija doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti radije nego veliki stresni događaji.

8. Nedostaci i implikacije istraživanja

Jedan od nedostataka ovog istraživanja je prigodan uzorak. Kako se ovdje radi o populaciji iz grupa online podrške, ne možemo generalizirati rezultate na cijelu populaciju osoba s HT-om jer su članice grupa nešto mlađe i obrazovanije osobe koje su vrlo dobro informirane o svojoj bolesti. Također, u istraživanju su sudjelovale samo žene. Iako HT dominantno pogađa žene bilo bi dobro provjeriti postoje li razlike u doživljaju i prihvaćanju bolesti između žena i muškaraca. Nadalje, uzorak sudionica nije ravnomjeran po pitanju države u kojoj sudionice žive pa bi u sljedećim istraživanjima trebalo izjednačiti sudionike po tom pitanju. Naposljetku, radi se o korelacijskom istraživanju i podaci su prikupljeni u jednoj točki mjerenja.

Što se tiče mjernih instrumenata, skala za ispitivanje prihvaćanja kronične bolesti kao ni skala stresa vezanog uz životne događaje nisu još korišteni na našim područjima. Prevedene su za potrebe ovog istraživanja, ali nisu validirane. Također je važno napomenuti kako je skala prihvaćanja kronične bolesti prilagođena skala prihvaćanja kronične boli koja je konstruirana

baš za tu populaciju. U ranijim istraživanjima u kojima se ispitivalo prihvaćanje kronične bolesti pokazalo da jedna od subskala upitnika prihvaćanja kronične bolesti odnosno, subskala voljnost da se bez ikakvih pokušaja kontrole dožive misli, osjećaji i tjelesni simptomi, pokazala slabiju pouzdanost. Također, neki istražitelji nisu potvrdili dvofaktorsku strukturu ovog konstrukta (Guck i sur., 2010; Guck i sur., 2012; Nicholas i Asghari, 2006). To sve nam govori da bi trebalo razvijati upitnike za prihvaćanje bolesti prilagođene populaciji osoba oboljelih od HT-a. Zatim, odgovori na svim skalama temelje se na samoiskazima sudionica. Na skali za ispitivanje doživljene razine stresa odgovori se temelje na sjećanju, a retrospektivni podatci često mogu biti iskrivljeni (Coyne i Gottlieb, 1996; prema Hobro, Weinman i Hankins, 2003).

Jedna od prednosti ovog istraživanja je *online* prikupljanje podataka što je omogućilo da brzo dođemo do velikog broja sudionica. Također, korist ovog istraživanja je ispitivanje prihvaćanja bolesti na populaciji s dijagnozom HT-a. Stupanj prihvaćanja bolesti je pokazatelj prilagodbe pojedinca na bolest i funkcioniranja s bolešću (Basinska, 2009) te bi u buduća istraživanja na ovoj populaciji trebalo uključiti i druge konstrukte koji su važni za prilagodbu na bolest poput zadovoljstva životom, razine samoefikasnosti pojedinca, strategije suočavanja i potencijalno zaštitne psihološke faktore poput optimizma, pozitivnog afekta i socijalne podrške. Ovo istraživanje ima i praktične implikacije. Rezultati su pokazali da dimenzije doživljaja bolesti utječu na prihvaćanje bolesti, stoga bi bilo dobro ispitivati doživljaj bolesti kod osoba s HT-om i organizirati edukacije kojima bi se mijenjao negativni doživljaj bolesti i pomoglo pacijentima da prihvate svoju bolest. Također je bitno naglasiti kako je emotivna reprezentacija doživljaja bolesti snažniji prediktor prihvaćanja bolesti tako da bi bilo korisno raditi s pacijentima na njihovim emocionalnim reakcijama vezanima uz bolest jer istraživanja su pokazala da je emotivna reprezentacija jača od kognitivne te možemo pretpostaviti da negativno djeluje na sve aspekte života pacijenta.

9. Zaključak

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost između pojedinih dimenzija doživljaja bolesti, odnosno, *kognitivna reprezentacija*, *emotivna reprezentacija* i *razumijevanja* bolesti s prihvaćanjem bolesti kao i provjeriti moderatorsku ulogu stresa u tom odnosu. Prvom hipotezom se pretpostavljalo da će visoki stupanj posljedica bolesti kao i visoka razina emotivne pogođenosti bolešću doprinijeti niskom prihvaćanju bolesti, te da će visoka razina razumijevanja bolesti doprinijeti visokom prihvaćanju bolesti. Rezultati su pokazali da su *kognitivna* i *emotivna reprezentacija* doživljaja bolesti značajno povezane s prihvaćanjem

bolesti, kao i to da su ove dimenzije doživljaja bolesti negativni prediktori prihvaćanja bolesti. Znači, visoki stupanj posljedica bolesti kao i visoka razina emotivne pogođenosti bolešću doprinose niskom prihvaćanju bolesti. Kako dimenzija razumijevanje nije povezana s prihvaćanjem bolesti, možemo zaključiti kako je prva hipoteza samo djelomično potvrđena.

Drugi problem ovog istraživanja bio je provjeriti moderatorsku ulogu stresa u odnosu između dimenzija doživljaja bolesti (*kognitivne reprezentacije, emotivne reprezentacije* i razumijevanja bolesti) i prihvaćanja bolesti. Očekivalo se kako će interakcija visokih negativnih posljedica bolesti visoke negativne emotivne pogođenosti bolešću i visokog razumijevanja bolesti oboljelih. u interakciji s visokom izloženosti stresu i visokog razumijevanja bolesti pridonijeti niskom prihvaćanju bolesti. Iz dobivenih rezultata zaključuje kako ova hipoteza nije potvrđena. Budući da je ovo prvo istraživanje u kojem se ispitivao odnos dimenzija doživljaja bolesti i prihvaćanja bolesti na našim područjima i na ovoj populaciji oboljelih, daljnja istraživanja bi ponudila dublje razumijevanje ne samo ovih konstrukata već i odnosa na skupinama oboljelih s HT-om.

10. Literatura

- Almandoz, J. P. i Gharib, H. (2012). Hypothyroidism: etiology, diagnosis and management. *The Medical clinics of North America*, 96(2), 203-221.
- Armstrong, A. R., Galligan, R. F. i Critchley, C. R. (2011). Emotional intelligence and psychological resilience to negative life events. *Personality and Individual Differences*, 51, 331-336.
- Baiardini, I., Braido, F., Menoni, S., Bellandi, G., Savi, E., Canonica, G. W. i Macchia, D. (2012). Wellbeing, illness perception and coping strategies in Italian celiac patients. *International journal of immunopathology and pharmacology*, 25(4), 1175-1182.
- Baretić, M. (2011). 100 godina Hashimotova treoiditisa, bolesti koja još uvijek intrigira - prikaz bolesnice. *Acta Medica Croatica*, 65(5), 453-456.
- Baron, R. M., i Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1173-1182.
- Basinska, M. A. i Andruszkiewicz, A. (2012). Health locus of control in patients with Graves-Basedow disease and Hashimoto disease and their acceptance of illness. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10(3), 537–542.

- Basinska, M. A. (2009). Styles of coping with stress an patients with Graves-Basedow disease and acceptance of the illness. U L. Mertens i J. Bogaert (ur.), *Handbook of Hyperthyroidism: Etiology, diagnosis and tretment*, (str. 91-110). Rijeka: Nova Science Publishers, Inc.
- Beacham, A. O., Linfield, K., Kinman, C. R. i Payne-Murphy, J. (2015). The chronic illness acceptance questionnaire: confirmatory factor analysis and prediction of perceived dosability in an online chronic illness support group sample. *Journal of Contextual Behavioral Sceince*, 4(2), 96-102.
- Beacham, A., Kinman, C. R. i Herbst, A. G. (2012). *Correlates among psychosocial predictors of outcome in chronic pain and illness populations: Preliminary findings of a chronic illness acceptance questionnaire*. Poster presentation at the annual meeting of the association for behavioural and cognitive therapies. National Harbor.
- Benet-Martinez, V. i John, O. P. (1998). Los Cinco Grandes across cultures and ethnic groups: Multitrait-multimethod analyses of the Big Five in Spanish and English. *Journal of personality and social psychology*, 75(3), 729-750.
- Benvenga, S. i Trimarchi, F. (2008). Changed presentation of Hashimoto's thyroiditis in North-Eastern Sicily and Calabria (Southern Italy) based on a 31-year experience. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*, 18(4), 429–441.
- Bianchi, G. P., Zaccheroni, V., Solaroli, E., Vescini, F., Cerutti, R., Zoli, M. i Marchesini, G. (2004). Health-related quality of life in patients with thyroid disorders. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 13(1), 45–54.
- Bijsterbosch, J., Scharloo, M., Visser, A. W., Watt, I., Meulenbelt, I., Huizinga, T. W. J., Kaptein, A. A. i Kloppenburg, M. (2017). Illness perception in patients with osteoarthritis: change over time and association with disability. *Arthritis & Rheumatism*, 61(8), 1054-1061.
- Bose, S. (2006). Living successfully with pain: the role of illness representations, catastrophising and acceptance in chronic pain functioning (Doctoral thesis, The University of Edinburgh). Preuzeto s: <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/1961>
- Botha-Scheepers, S., Riyazi, N., Kroon, H. M., Scharloo, M., Houwing-Duistermaat, J. J., Slagboom, E., Rosendaal, F. R., Breedveld, F. C. i Kloppenburg, M. (2006). Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness perceptions and mental health. *Osteoarthritis and cartilage*, 14(11), 1104–1110.

- British Thyroid Foundation. (2018). *Your guide to psychological symptoms and thyroid disorders*. <https://www.btf-thyroid.org/psychological-symptoms-and-thyroid-disorders>
- Brannon, L., Updegraff, J. A. i Feist, J. (2018). *Health Psychology: an introduction to behavior and health, 9th edition*. Boston: Cengage Learning.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J. i Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Brent, G. A. i Weetman, A. P. (2016). Hypothyroidism and thyroiditis. U S. Melmed, K. S. Polonsky, P. R. Larsen i H. M. Kronenberg (ur.), *Williams textbook of endocrinology*, (13th edition) (str. 416-448). Philadelphia: Elsevier.
- Brix, T. H., Kyvik, K. O. i Hegedüs (2000). A population-based study of chronic autoimmune hypothyroidism in danish twins. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(2), 536-539.
- Broadbent, E., Donkin, L. i Stroh, J. C. (2011). Illness and treatment perceptions are associated with adherence to medications, diet, and exercise in diabetic patients. *Diabetes care*, 34(2), 338–340.
- Butjosa, A., Gómez-Benito, J., Myin-Germeys, I., Barajas, A., Baños, I., Usall, J., Grau, N., Granell, L., Sola, A., Carlson, J., Dolz, M., Sánchez, B., Haro, J. M., GENIPE group i Ochoa, S. (2017). Development and validation of the Questionnaire of Stressful Life Events (QSLE). *Journal of psychiatric research*, 95, 213–223.
- Carrasco, N. (2005). Thyroid iodine transport. U L. E. Braverman i R. D. Utiger (ur.), *Werner & Ingbar's the thyroid: a fundamental & clinical text* (9th edition) (str. 37-51). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Caspi, A., Roberts, B. W. i Shiner, R. L. (2005). Personality development: stability and change. *Annual review of psychology*, 56, 453–484.
- Chan R. (2013). The effect of acceptance on health outcomes in patients with chronic kidney disease. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*, 28(1), 11–14.
- Cooper, D. S. i Ladenson, P. W. (2011). The thyroid gland. U D. G. Gardner i D. Shoback (ur.), *Greenspan's basic & clinical endocrinology* (9th edition) (str. 163-226). China: The McGraw-Hill Companies, Inc.
- Contrada, J. R. i Gyll, M. (2000). On who gets sick and why: the role of personality and stress. U A. Baum, A. T. Reverson i E.J. Singer (ur.), *Handbook of health psychology* (str. 59-84). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Cooper D. S. (2001). Clinical practice. Subclinical hypothyroidism. *The New England journal of medicine*, 345(4), 260–265.
- Cordova J. V. (2001). Acceptance in behavior therapy: understanding the process of change. *The Behavior analyst*, 24(2), 213–226.
- Davies, T. F. i Amino, N. (1993). A new classification for human autoimmune thyroid disease. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*, 3(4), 331–333.
- De Felice, M. i Di Lauro, R. (2016). Anatomy and development of the thyroid. U J. L. Jameson, L. J. De Groot, D. M. de Kretser, L. C. Giudice, A. B. Grossman, S. Melmed, J. T. Potts, i G. C. Weir (ur.), *Endocrinology: Adult & pediatric* (7th edition) (str. 1257-1277). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Dempster, M., McCorry, N. K. I Howell, D. (2015). Illness perceptions and coping in physical health conditions: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 79(6), 506–513.
- Dickson, A., Toft, A. i O'Carroll, R. E. (2009). Neuropsychological functioning, illness perception, mood and quality of life in chronic fatigue syndrome, autoimmune thyroid disease and healthy participants. *Psychological medicine*, 39(9), 1567–1576.
- Diefenbach, M. A. i Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representations: theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and Homelessness*, 5(1), 11-38.
- Dima, A. L. (2010). Living with chronic pain – a longitudinal study of the interrelations between acceptance, emotions, illness perceptions and health status (Doctoral thesis, The University of Edinburgh).
Preuzeto s: <https://era.ed.ac.uk/bitstream/handle/1842/5624/Dima2010.pdf?sequence=2>
- Duntas L. H. (2008). Environmental factors and autoimmune thyroiditis. *Nature clinical practice: endocrinology & metabolism*, 4(8), 454–460.
- Echee, S. A. i Eze, J. E. (2018). Assessing stressful life events in a Nigerian context: adaptation of Holmes and Rahe Stress Scale. *Journal of Psychology & Sociological Studies*, 2(1), 1-14.
- Edwards, R., Suresh, R., Lynch, S., Clarkson, P. i Stanley, P. (2001). Illness perceptions and mood in chronic fatigue syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 50(2), 65–68.
- Evans, D. i Norman, P. (2009). Illness representations, coping and psychological adjustment to Parkinson's disease. *Psychology and Health*, 24(10), 1181–1196.
- Evers, A. W. M., Lu, Y., Duller, P., van der Valk, P. G. M., Kraaijaat, F. W. i van de Kerkhof, P. C. M. (2005). Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological

- distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *The British journal of dermatology*, 152(6), 1275–1281.
- Evers, A. W. M., Kraaimaat, F. W., van Lankveld, W., Jongen, P. J. H., Jacobs, J. W. G. i Bijlsma, J. W. J. (2001). Beyond unfavorable thinking: the illness cognition questionnaire for chronic diseases. *Journal of consulting and clinical psychology*, 69(6), 1026–1036.
- Feldman, A. Z., Shrestha, R. T. i Hennessey, J. V. (2013). Neuropsychiatric Manifestations of Thyroid Disease. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, 42(3), 453-476.
- Felton, B. J., Revenson, T.A. i Hinrichsen, G.A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18, 889–898.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2nd edition). London: Sage Publications, Ltd.
- Gillanders, D. T., Ferreira, N. B., Bose, S. i Esrich, T. (2013). The relationship between acceptance, catastrophizing and illness representations in chronic pain. *European journal of pain*, 17(6), 893–902.
- Guck, T. P., Kinney, M., Anazia, G. i Williams, M. A. (2012). Relationship between acceptance of illness and functional outcomes following cardiac rehabilitation. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 32(4), 187–191.
- Guck, T. P., Goodman, M. D., Dobleman, C. J., Fasanya, H. O. i Tadros, M. B. (2010). Relationship between acceptance of HIV/AIDS and functional outcomes assessed in a primary care setting. *AIDS care*, 22(1), 89–95.
- Hagger, M. S., Koch, S., Chatzisarantis, N. L. D. i Orbell, S. (2017). The common sense model of self-regulation: meta-analysis and test of a process model. *Psychological Bulletin*, 143(11), 1117–1154.
- Hagger, M. S. i Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and health*, 18(2), 141-184.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. i Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1–25.
- Hale, E. D., Treharne, G. J. i Kitas, G. D. (2007). The common-sense model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology*, 46(6), 904–906.
- Havelka, M. (2011). *Zdravstvena psihologija: psihosocijalni pristup zdravlju*. Zagreb:

Zdravstveno veleučilište.

- Herbert, J. D. i Brandsma, L. L. (2015). Understanding and enhancing psychological acceptance. U S. J. Lynn, W. T. O'Donohue i S. O. Lilienfeld (ur.), *Health, happiness and well-being: Better living through psychological science*, (str. 62-88). California: Sage Publications, Inc.
- Hobro, N., Weinman, J. i Hankins, M. (2004). Using the self-regulatory model to cluster chronic pain patients: the first step towards identifying relevant treatments? *Pain*, 108(3), 276–283.
- Hobson, C. J., & Delunas, L. (2001). National norms and life-event frequencies for the revised Social Readjustment Rating Scale. *International Journal of Stress Management*, 8(4), 299–314.
- Hobson, C. J., Kamen, J., Szostek, J., Nethercut, C. M., Tiedmann, J. W. i Wojnarowicz, S. (1998). Stressful life events: A revision and update of the Social Readjustment Rating Scale. *International Journal of Stress Management*, 5(1), 1–23.
- Holmes, T. H. i Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Horne, R. i Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17-32.
- Huber, G., Staub, J. J., Meier, C., Mittrache, C., Guglielmetti, M., Huber, P. i Braverman, L. E. (2002). Prospective study of the spontaneous course of subclinical hypothyroidism: prognostic value of thyrotropin, thyroid reserve and thyroid antibodies. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 87(7), 3221-3226.
- Hulbert, A. J. (2000). Thyroid hormones and their effects: a new perspective. *Biological reviews*, 75(4), 519-631.
- Hutfless, S., Matos, P., Talor, M. V., Caturegli, P. i Rose, N. R. (2011). Significance of prediagnostic thyroid antibodies in women with autoimmune thyroid disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 96(9), 1466-1471.
- Imkome, E., Yunibhand, J. i Chaiyawat, W. (2017). Development and validation of a Thai stressful life events rating scale for patients with a diagnosis of schizophrenic methamphetamine abuse. *Songklanakarin Journal of Science and Technology*, 39(2), 205-214.
- Jameson, J. L. (2017). Mechanisms of hormone action. U J. L. Jameson (ur.), *Harrisons's endocrinology* (4th edition) (str. 8-16). McGraw-Hill Education eBook.

- Jankowska-Polańska, B., Kaczan, A., Lomper, K., Nowakowski, D. i Dudek, K. (2018). Symptoms, acceptance of illness and health-related quality of life in patients with atrial fibrillation. *European journal of cardiovascular nursing*, 17(3), 262–272.
- Janowski, K., Kurpas, D., Kusz, J., Mroczek, B. i Jedynak, T. (2014). Emotional control, styles of coping with stress and acceptance of illness among patients suffering from chronic somatic diseases. *Stress and health: journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 30(1), 34–42.
- Joffe, R. T., Pearce, E. N., Hennessey, J. V., Ryan, J. J. i Stern, R. A. (2013). Subclinical hypothyroidism, mood and cognition in the elderly: a review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(2), 111-118.
- Jokić-Begić, N., Bagarić, B. i Jurman, J. (2015). www.depresija/anksioznost.hr... - Informacije o depresiji i anksioznosti na internetskim stranicama. *Socijalna psihijatrija*, 43(4), 209-218.
- Kardum, I., Gračanin, A., Dankić, K. i Perhat, A. (2008). *Mentalno zdravlje Riječana*. Rijeka: Grad Rijeka, Odjel gradske uprave za zdravstvo i socijalnu skrb.
- Kardum, I., Gračanin, A. i Hudek-Knežević, J. (2006). Odnos crta ličnosti i stilova privrženosti s različitim aspektima seksualnosti kod žena i muškaraca. *Psihologijske teme*, 15(1), 101-128.
- Kline, P. (2011). *The handbook of psychological testing, 2nd edition*. London: Routledge.
- Knowles, S. R., Cook, S. I. i Tribbick, D. (2013). Relationship between health status, illness perceptions, coping strategies and psychological morbidity: a preliminary study with IBD stoma patients. *Journal of Crohn's and colitis*, 7(10), 471–478.
- Kong, W. M., Sheikh, M. H., Lumb, P. J., Freedman, D. B., Crook, M., Doré, C. J. i Finer, N. (2002). A 6-month randomized trial of thyroxine treatment in women with mild subclinical hypothyroidism. *The American journal of medicine*, 112(5), 348–354.
- Kossakowska, M. M. i Stefaniak, T. J. (2017). Psychometric properties for the Polish version of the Brief Illness Perception Questionnaire (Brief IPQ). *Health Psychology Report*, 5(1), 67–83.
- Kostyła, M., Tabała, K., & Kocur, J. (2013). Illness acceptance degree versus intensity of psychopathological symptoms in patients with psoriasis. *Postepy dermatologii i alergologii*, 30(3), 134–139.
- Kowalska, J., Mazurek, J. i Rymaszewska, J. (2019). Analysis of the degree of acceptance of illness among older adults living in a nursing home undergoing rehabilitation - an observational study. *Clinical interventions in aging*, 14, 925–933.

- Kumar, D. (2013). The relation of stressful life events and a happy life. *International Journal of Social Science & Interdisciplinary Research*, 2(2), 213-219.
- Kusić, Z., Jukić, T., Franceschi, M., Dabelić, N., Rončević, S., Lukinac, Lj., Labar, Ž., Mateša, N., Solter, M., Dodig, D., Koršić, M. i Bence-Žigman, Z. (2009). Smjernice Hrvatskog društva za štitnjaču za racionalnu dijagnostiku poremećaja funkcije štitnjače. *Liječnički vijesnik*, 131(11-12), 328-338.
- LaChapelle, D. L., Lavoie, S. i Boudreau, A. (2008). The meaning and process of pain acceptance. Perceptions of women living with arthritis and fibromyalgia. *Pain research & management*, 13(3), 201–210.
- Lee, S. L., Nagelberg, S. B. i Odeke, S. (25. 3. 2020). Hashimoto thyroiditis. Dohvaćeno s: <https://emedicine.medscape.com/article/120937-overview>
- Lerner, A., Jeremias, P. i Matthias, T. (2015). The world incidence and prevalence of autoimmune diseases is increasing. *International Journal of Celiac Disease*, 3(4), 151-155.
- Leventhal, H., Phillips, L. A. i Burns, E. (2016). Modelling management of chronic illness in everyday life: a common-sense approach. *Psychological Topics* 25(1), 1-18.
- Leventhal, H., Weinman, J., Leventhal, E. A. i Phillips, L. A. (2008). Health psychology: the search for pathways between behavior and health. *The Annual Review of Psychology*, 59, 477-505.
- Leventhal, H., Brissette, I. i Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. U L. D. Cameron i H. Leventhal (ur.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (str. 42-65). New York, NY: Routledge.
- Leventhal, H., Meyer, D. i Nerenz, D. (1980). The common sense representation of illness danger. U S. Rachman (ur.), *Contributions to medical psychology* (str. 7–30). New York: Pergamon Press.
- Levesque, R. J. R. (2011). Life events. U R. J. R. Levesque (ur.), *Encyclopedia of Adolescence* (str. 1594-1596). New York: Springer.
- Lewko, J., Polityńska, B., Kochanowicz, J., Zarzycki, W., Okruszko, A., Sierakowska, M., Jankowiak, B., Górska, M., Krajewska-Kułak, E. i Kowalczyk, K. (2007). Quality of life and its relationship to the degree of illness acceptance in patients with diabetes and peripheral diabetic neuropathy. *Advances in medical sciences*, 52(1), 144–146.
- Lochting, I., Garratt, A. M., Storheim, K., Werner, E. L. i Grotle, M. (2013). Evaluation of the Brief Illness Perception Questionnaire in sub-acute and chronic low back pain patients: data quality, reliability and validity. *Journal of Pain & Relief*, 2(3), 1-6.

- Markomanolaki, Z. S., Tigani, X., Siamatras, T., Bacopoulou, F., Tsartsalis, A., Artemiadis, A., Megalooikonomou, V., Vlachakis, D., Chrousos, G. P. i Darviri, C. (2019). Stress management in women with Hashimoto's thyroiditis: a randomized controlled trial. *Journal of molecular biochemistry*, 8(1), 3–12.
- Martin, R., Rothrock, N., Leventhal, H. i Leventhal, E. (2003). Common sense models of illness: Implications for symptom perception and health-related behaviors. U J. Suls i K. A. Wallston (ur.), *Social psychological foundations of health and illness* (str. 199–225). Malden: Blackwell Publishing Ltd.
- McCracken L. M. (2005). Social context and acceptance of chronic pain: the role of solicitous and punishing responses. *Pain*, 113(1-2), 155–159.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E. i Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159–166.
- McCracken, L. M., Carson, J. W., Eccleston, C. i Keefe, F. J. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109(1-2), 4–7.
- McDermott, M. T. i Ridgway, E. C. (2001). Subclinical hypothyroidism is mild thyroid failure and should be treated. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 86(10), 4585-4590.
- McGrogan, A., Seaman, H. E., Wright, J. W. i de Vries, C. S. (2008). The incidence of autoimmune thyroid disease: a systematic review of the literature. *Clinical endocrinology*, 69(5), 687–696.
- Merrill, S. J., & Mu, Y. (2015). Thyroid autoimmunity as a window to autoimmunity: An explanation for sex differences in the prevalence of thyroid autoimmunity. *Journal of theoretical biology*, 375, 95–100.
- Mizokami, T., Wu Li, A., El-Kaissi, S. i Wall, J. R. (2004). Stress and thyroid autoimmunity. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association*, 14(12), 1047–1055.
- Moloney, L, Weston, R. Qu, L. i Hayes, A. (2012). *Families, life events and family service delivery*. Melbourne: Australian Institute of Family Studies.
- Monroe, S. M. (2008). Modern approaches to conceptualizing and measuring human life stress. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 4(1), 33-52.
- Monzani, F., Caraccio, N., Kozàkowà, M., Dardano, A., Vittone, F., Viridis, A., Taddei, S., Palombo, C. i Ferrannini, E. (2004). Effect of levothyroxine replacement on lipid profile and intima-media thickness in subclinical hypothyroidism: a double-blind, placebo-controlled study. *The Journal Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(5), 2099–2106.

- Morrison, V. i Bennett, P. (2006). *An introduction to health psychology*. Essex: Pearson education limited.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R. Cameron, L. i Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology & Health, 17*(1), 1-16.
- Moss-Morris, R., Petrie, K. J., Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology, 1*, 15-25.
- Nakamura, Y. M. i Orth, U. (2005). Acceptance as a coping reaction: adaptive or not? *Swiss Journal of Psychology, 64*(4), 281-292.
- Nicholas, M. K. i Asghari, A. (2006). Investigating acceptance in adjustment to chronic pain: is acceptance broader than we thought? *Pain, 124*(3), 269-279.
- Obiegło, M., Uchmanowicz, I., Wleklik, M., Jankowska-Polańska, B. i Kuśmierz, M. (2015). The effect of acceptance of illness on the quality of life in patients with chronic heart failure. *European journal of cardiovascular nursing, 15*(4), 241–247.
- Ott, J., Promberger, R., Kober, F., Neuhold, N., Tea, M., Huber, J. C. i Hermann, M. (2011). Hashimoto's thyroiditis affects symptom load and quality of life unrelated to hypothyroidism: a prospective case-control study in women undergoing thyroidectomy for benign goiter. *Thyroid: official journal of the American Thyroid Association, 21*(2), 161–167.
- Papi, G., Uberti, E. D., Betterle, C., Carani, C., Pearce, E. N., Braverman, L. E. i Roti, E. (2007). Subclinical hypothyroidism. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity, 14*(3), 197–208.
- Pearce, E. N., Farwell, A. P. i Braverman, L. E. (2003). Thyroiditis. *The New England journal of medicine, 348*, 2646-2655.
- Petretić Majnarić, S., Smiljan Severinski, N., Grbac-Ivanković, S., Mrakovčić Šutić, I., Burić, M., Bogović Crnčić, T. i Majnarić, T. (2016). Hormoni štitnjače i antitireoidna protutijela utječu na liječenje neplodnosti, reproduksijski ishod i potrebu za liječenjem postupcima medicinski pomognute oplodnje. *Medicina Fluminensis, 52*(1), 95-101.
- Petriček, G. (2012). Iskustvo bolesnika oboljelih od šećerne bolesti tip 2 i infarkta miokarda u kontekstu svakodnevnog rada obiteljskog liječnika (Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu). Preuzeto s: <http://medlib.mef.hr/2120/>
- Petrie, K. J., Jago, L. A. i Devcich, D. A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current opinion in psychiatry, 20*(2), 163–167.

- Petrie, K. J. i Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter. *Clinical medicine*, 6(6), 536–539.
- Pocrnić, M. (2017). Kvaliteta života žena s hashimotovim tireoiditisom: uloga simptoma bolesti, osobina ličnosti i strategija suočavanja (Diplomski rad, Sveučilište u Zagrebu). Preuzeto s: <http://darhiv.ffzg.unizg.hr/id/eprint/11469/1/mpocrni2017.pdf>
- Rankin, H. i Holttum, S. E. (2003) The relationship between acceptance and cognitive representations of pain in participants of a pain management programme. *Psychology, Health & Medicine*, 8(3), 329-334.
- Razvi, S., Ingoe, L., Keeka, G., Oates, C., McMillan, C. i Weaver, J. U. (2007). The beneficial effect of L-thyroxine on cardiovascular risk factors, endothelial function, and quality of life in subclinical hypothyroidism: randomized, crossover trial. *The Journal Clinical Endocrinology & Metabolism*, 92(5), 1715–1723.
- Richardson, A., Adner, N., & Nordström, G. (2001). Persons with insulin-dependent diabetes mellitus: acceptance and coping ability. *Journal of advanced nursing*, 33(6), 758–763.
- Risdon, A., Eccleston, C., Crombez, G. i McCracken, L. (2003). How can we learn to live with pain? A Q-methodological analysis of the diverse understandings of acceptance of chronic pain. *Social science & medicine*, 56(2), 375–386.
- Rode, D. i Rode, M. M. (2018). The relationship between self-esteem, sense of self-efficacy and level of illness acceptance, and healthful behaviours in patients with long-term illnesses (type II diabetes, Hashimoto's disease). *Health Psychology Report*, 6(2), 158–170.
- Sadock, B. J., Alcott Sadock, V. i Ruiz, P. (2015). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (11th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Sali, R., Roohafza, H., Sadeghi, M., Andalib, E., Shavandi, H. i Sarrafzadegan, N. (2013). Validation of the revised stressful life event questionnaire using a hybrid model of genetic algorithm and artificial neural networks. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2013, 1-7.
- Salvatore, D., Davies, T. F., Schlumberger, M.J., Hay, I. D. i Larsen, P. R. (2016). Thyroid physiology and diagnostic evaluation of patients with thyroid disorders. U S. Melmed, K. S. Polonsky, P.R. Larsen i H. M. Kronenberg (ur.), *Williams textbook of endocrinology* (13th edition) (str. 334-360). Philadelphia: Elsevier.
- Santisteban, P. (2005). Development and anatomy of the hypothalamic-pituitary-thyroid axis. U L. E. Braverman i R. D. Utiger (ur.), *Werner & Ingbar's the thyroid: a fundamental & clinical text* (9th edition) (str. 8-25). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B. J. i Rooijmans, H. G. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *The British journal of dermatology*, 142(5), 899–907.
- Schwarzer, R. i Schulz, U. (2003). Stressful life events. U A. M. Nezu, C. M. Nezu i P. A. Geller (ur.), *Handbook of Psychology: Vol. 9 Health Psychology* (str. 27-49). Hoboken: John Wiley & Sons, Inc.
- Simmonds, M. J. (2013). GWAS in autoimmune thyroid disease: redefining our understanding of pathogenesis. *Nature reviews Endocrinology*, 9(5), 277–287.
- Sperry, L. (2009). *Treatment of chronic medical conditions: cognitive-behavioral therapy strategies and integrative treatment protocols*. Washington: American Psychological Association.
- Staii, A., Mirocha, S., Todorova-Koteva, K., Glinberg, S. i Jaume, J. C. (2010). Hashimoto thyroiditis is more frequent than expected when diagnosed by cytology which uncovers a pre-clinical state. *Thyroid research*, 3(1), 11.
- Stalker, C., Elander, J., Mitchell, K., Taal, M.W., Selby, N. i Stewart, P. (2018). What is acceptance, and how could it affect health outcomes for people receiving renal dialysis? *Health Psychology Update*, 27(2), 17-23.
- Surks, M. I., Ortiz, E., Daniels, G. H., Sawin, C. T., Col, N. F., Cobin, R. H., Franklyn, J. A., Hershman, J. M., Burman, K. D., Denke, M. A., Gorman, C., Cooper, R. S. i Weissman, N. J. (2004). Subclinical thyroid disease: scientific review and guidelines for diagnosis and management. *JAMA*, 291(2), 228–238.
- Škes, M. (18.05.2017). Svjetski dan bolesti štitnjače, 5. svibnja 2017. i Međunarodni tjedan svjesnosti o štitnjači, 20. do 25. svibnja 2017. NZZJZ „Dr. Andrija Štampar“. <http://www.stampar.hr/en/node/2216>
- Trninić, V., Barančić, M. i Nazor, M. (2008). The five-factor model of personality and aggressiveness in prisoners and athletes. *Kinesiology*, 40(2), 170-181.
- Van Damme, S., Crombez, G., Van Houdenhove, B., Mariman, A. i Michielsen, W. (2006). Well-being in patients with chronic fatigue syndrome: the role of acceptance. *Journal of psychosomatic research*, 61(5), 595–599.
- van Oort, L., Schröder, C. i French, D. P. (2011). What do people think about when they answer the Brief Illness Perception Questionnaire? A „think-aloud“ study. *British journal of health psychology*, 16(2), 231–245.
- Verhoof, E. J. A., Maurice-Stam, H., Heymans, H. S. A., Evers, A. W. M. i Grootenhuis, M. A. (2014). Psychosocial well-being in young adults with chronic illness since childhood: the

- role of illness cognitions. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 8(12), 1-10.
- Visser, T. J. (2011). Biosynthesis, transport, metabolism and actions of thyroid hormones. U J. A. H. Wass i P. M. Stewart (ur.), *Oxford textbook of endocrinology and diabetes* (2nd edition) (str. 582-605). New York: Oxford University Press Inc.
- Vrhovac B., Jakšić B., Reiner Ž. i Vucelić B. (2008). *Interna Medicina*. Zagreb: Naklada Ljevak.
- Watt, T., Groenvold, M., Rasmussen, A. K., Bonnema, S. J., Hegedüs, L., Bjorner, J. B. i Feldt-Rasmussen, U. (2006). Quality of life in patients with benign thyroid disorders. A review. *European journal of endocrinology*, 154(4), 501–510.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morriss, R. i Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11(3), 431-445.
- Wells, Y. (2017). Life events and older people. U N. A. Pachana (ur.), *Encyclopedia of Geropsychology* (str. 1381-1389). Singapore: Springer Nature Singapore Pte Ltd.
- Westbrook, T. D. (2014). *The Relation of Illness Perception to Psychological Distress and Physical Symptom Burden in Relapsed/Refractory Chronic Lymphocytic Leukemia*. Thesis. Ohio: The Ohio State University.
- Wondisford, F. E. (2016). Thyroid hormone action. U J. L. Jameson, L. J. De Groot, D. M. de Kretser, L. C. Giudice, A. B. Grossman, S. Melmed, J. T. Potts i G. C. Weir (ur.), *Endocrinology: Adult & pediatric* (7th edition) (str. 1257-1277). Philadelphia: Elsevier Saunders.
- Wright, S. J. i Kirby, A. (1999). Deconstructing conceptualizations of „adjustment“ to chronic illness: a proposed integrative framework. *Journal of health psychology*, 4(2), 259–272.
- Zaletel, K. i Gaberšček, S. (2011). Hashimoto's Thyroiditis: From Genes to the Disease. *Current Genomics*, 12, 576 - 588.
- Zaletel K. (2007). Determinants of thyroid autoantibody production in Hashimoto's thyroiditis. *Expert review of clinical immunology*, 3(2), 217–223.
- Zalewska, A., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J. i Narbutt, J. (2007). Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21(2), 235–242.