

# Uloga percepcije bolesti i katastrofiziranja u patnji osoba oboljelih od sindroma iritabilnog crijeva

---

Ivančić, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Rijeci, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:186:627961>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-06**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Humanities and Social Sciences - FHSSRI Repository](#)



Sveučilište u Rijeci  
Filozofski fakultet u Rijeci  
Diplomski studij psihologije

Ivana Ivančić

**Uloga percepcije bolesti i katastrofiziranja u patnji osoba  
oboljelih od sindroma iritabilnog crijeva**

Diplomski rad

Rijeka, 2021.

Sveučilište u Rijeci  
Filozofski fakultet u Rijeci  
Diplomski studij psihologije

Ivana Ivančić

**Uloga percepcije bolesti i katastrofiziranja u patnji osoba  
oboljelih od sindroma iritabilnog crijeva**

Diplomski rad

Mentor: doc.dr.sc. Sanda Pletikosić Tončić

Rijeka, 2021.

## IZJAVA

Izjavljujem pod punom moralnom odgovornošću da sam diplomski rad izradila samostalno, znanjem stečenim na Odsjeku za psihologiju Filozofskoga fakulteta Sveučilišta u Rijeci, služeći se navedenim izvorima podataka i uz stručno vodstvo mentorice doc.dr.sc. Sande Pletikosić Tončić.

Rijeka, rujan, 2021.

## SAŽETAK

Istraživanje je provedeno s ciljem ispitivanja uloge percepcije bolesti i katastrofiziranja u patnji osoba oboljelih od sindroma iritabilnog crijeva. Željelo se opisati obrasce uzroka bolesti koje oboljeli pripisuju razvoju IBS-a, ispitati povezanost dimenzija percepcije bolesti (posljedice, emocionalna reprezentacija, osobna kontrola, medicinska kontrola, koherentnost, vremenski tijek, cikličnost, psihološke atribucije i rizični faktori), katastrofiziranja i aspekata patnje (veličina i odvojenost bolesti) te ispitati posredovanje katastrofiziranja u odnosu dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje. U istraživanju je sudjelovalo ukupno 111 pacijenta iz KBC Rijeka i KB „Sveti Duh“ u Zagrebu, dijagnosticiranih sa sindromom iritabilnog crijeva. Istraživanje je provedeno u nekoliko dijelova, a ispitanici su ispunjavali niz upitnika, između kojih *Upitnik percepcije bolesti*, *Ljestvicu katastrofiziranja* te *Slikovnu reprezentaciju bolesti i samopoimanja*, važne za potrebe ovog istraživanja. Rezultati su pokazali kako osobe oboljele od IBS-a ponajviše vjeruju da do razvoja bolesti dovode psihološki (npr. stres ili brige) i rizični čimbenici (npr. nasljeđe ili navike hranjenja), a uzrok bolesti češće atribuiraju psihološkim čimbenicima, u odnosu na druge skupine uzročnih čimbenika. Ispitivanje povezanosti varijabli pokazalo je da je veća odvojenost bolesti od pojma o sebi povezana s manjom veličinom bolesti. Odvojenost bolesti negativno je povezana s emocionalnom reprezentacijom i posljedicama te pozitivno povezana s osobnom kontrolom, dok je veličina bolesti pozitivno korelirana s vremenskim tijekom, emocionalnom reprezentacijom i posljedicama te negativno korelirana s medicinskom kontrolom. Pozitivna povezanost dobivena je između katastrofiziranja i emocionalne reprezentacije, posljedica, psiholoških atribucija te veličine bolesti, dok je negativna povezanost dobivena između katastrofiziranja i osobne kontrole, medicinske kontrole, koherentnosti te udaljenosti bolesti. Naposljetku, dobiveno je kako katastrofiziranje potpuno posreduje u odnosu posljedica i odvojenosti bolesti, u odnosu između posljedica i veličine bolesti te odnosu između medicinske kontrole i veličine bolesti, sukladno očekivanjima. Hipoteze istraživanja djelomično su potvrđene, a istraživanje doprinosi razumijevanju IBS-a, identificiranju dimenzija percepcije bolesti i katastrofiziranja kao relevantnih čimbenika u zdravstvenim ishodima oboljelih, razumijevanju njihove povezanosti i njihovog doprinosa u objašnjenju patnje oboljelih od IBS-a.

Ključne riječi: sindrom iritabilnog crijeva, percepcija bolesti, katastrofiziranje, patnja, zdravorazumski model reprezentacije bolesti

## **The role of illness perception and catastrophizing in the suffering of irritable bowel syndrome patients**

### **ABSTRACT**

This research was conducted with the aim of examining the role of illness perception and catastrophizing in the suffering of irritable bowel syndrome patients. The aim was to describe the patterns of illness causes that patients attribute to the development of IBS, to examine the relationship between illness perception dimensions (consequences, emotional representation, personal control, treatment control, coherence, timeline acute/chronic, timeline cyclical, psychological attributions and risk factors), catastrophizing and aspects of suffering (illness perception measure and self-illness separation), and to examine the mediation of catastrophizing in the relationship between illness perception dimensions and aspects of suffering. A total of 111 patients from KBC Rijeka and KB "Sveti Duh" in Zagreb, diagnosed with irritable bowel syndrome, participated in the study. The research was conducted in several parts, and the participants filled out a series of questionnaires, including the Illness Perception Questionnaire, Catastrophizing Scale and The Pictorial Representation of Illness and Self Measure, important for the needs of this research. The results showed that people with IBS mostly believe that psychological (e.g. stress or worries) and risk factors (e.g. heredity or eating habits) lead to the development of the illness, and that they attribute the cause of the illness more often to psychological factors, compared to other groups of causal factors. An examination of the relationship between variables showed that a greater self-illness separation was associated with the perception of the illness as smaller. Self-illness separation is negatively associated with emotional representation and consequences and positively associated with personal control, while illness perception is positively correlated with timeline acute/chronic, emotional representation and consequences, and negatively correlated with medical control. A positive association was obtained between catastrophizing and emotional representation, consequences, psychological attributions and illness size, while a negative association was obtained between catastrophizing and personal control, medical control, coherence, and illness separation. Finally, it was obtained that catastrophizing completely mediates the relationship between consequences and self-illness separation, the relationship between consequences and illness perception, and the relationship between medical control and illness perception, as expected. The research hypotheses are partially

confirmed, while the research contributes to the understanding of IBS, identifying illness perception dimensions and catastrophizing as relevant factors in patients' health outcomes, understanding their connection and their contribution to explaining the suffering of IBS patients.

Key words: irritable bowel syndrome, illness perception, catastrophizing, suffering, common-sense model of illness representation

## Sadržaj

1. UVOD .....	1
1.1. Sindrom iritabilnog crijeva.....	1
1.1.1. Dijagnostički kriteriji .....	2
1.1.2. Etiologija.....	3
1.1.2.1. Biopsihosocijalni model.....	4
1.1.2.2. Kognitivno-bihevioralni model.....	5
1.2. Percepcija bolesti osoba oboljelih od IBS-a.....	6
1.3. Katastrofiziranje kod osoba oboljelih od IBS-a .....	8
1.4. Patnja osoba oboljelih od IBS-a .....	10
2. PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....	12
3. METODA.....	14
3.1. Ispitanici.....	14
3.2. Mjerni postupci .....	14
3.3. Postupak istraživanja.....	17
4. REZULTATI.....	19
4.1. Obrasci odabira i samostalnog navođenja uzroka bolesti.....	21
4.2. Povezanost dimenzija percepcije bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje .....	25
4.3. Medijacijski efekt katastrofiziranja na odnos dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje.....	28
4.3.1. Medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu emocionalne reprezentacije, osobne kontrole i posljedica te odvojenosti bolesti .....	30
4.3.2. Medijacijski efekt u odnosu emocionalne reprezentacije, posljedica, vremenskog tijeka i medicinske kontrole te veličine bolesti .....	32
5. RASPRAVA .....	35
5.1. Obrasci odabira i samostalnog navođenja uzroka bolesti.....	35
5.2. Povezanost dimenzija percepcije bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje .....	37
5.3. Medijacijski efekt katastrofiziranja na odnos dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje.....	40
5.4. Prednosti i nedostaci istraživanja .....	43
6. ZAKLJUČAK .....	46
7. POPIS LITERATURE .....	47



## 1. UVOD

### 1.1. Sindrom iritabilnog crijeva

Funkcionalni gastrointestinalni poremećaji predstavljaju kombinaciju gastrointestinalnih simptoma koji su kronični i ponavljajući, a koji se ne povezuju uz određene strukturne ili biokemijske abnormalnosti ili oštećenja (Blanchard, 2001). Sindrom iritabilnog crijeva (IBS, prema engl. *Irritable Bowel Syndrome*) je najčešći funkcionalni poremećaj crijeva s kojim se pacijenti javljaju liječniku (Corsetti i Whorwell, 2017). Radi se o funkcionalnom poremećaju donjeg gastrointestinalnog trakta, karakteriziranom primarno abdominalnom boli i drugim gastrointestinalnim simptomima (Blanchard, 2001). Četiri glavna simptoma IBS-a su: abdominalna bol ili bolovi u truhu, nadutost, dijareja i konstipacija. Za većinu osoba grčevi te oštra i teška bol u abdomenu predstavljaju najneugodnije i najteže simptome. Bol je ujedno i najčešće navođen simptom, pored nelagode u truhu, nadutosti i glavobolje, što potvrđuje činjenica da 91% pacijenata izjavljuje o javljanju boli u posljednjih sedam dana (Sherwin i sur., 2016). Pored abdominalne boli, jedan od najčešćih simptoma zbog kojeg pacijenti traže medicinsku pomoć te koji izaziva neugodu i sram je nadutost. Pokazuje se kako nadutost za oboljele izaziva gotovo jednaku nelagodu kao i simptomi dijareje ili konstipacije (Blanchard, 2001). Pored navedenih, mogu se javiti i simptomi poput mučnine, pojačanih vjetrova, primjetnih zvukova crijeva, osjećaja sitosti već nakon manjeg obroka, umora ili problema s uriniranjem. Simptomi mogu varirati u intenzitetu i frekvenciji od osobe do osobe te kroz vrijeme. Takva nestabilnost i promjenjivost simptoma može biti uznemirujuća za oboljelu osobu (Blanchard, 2001; Darnley i Millar, 2003).

Procjenjuje se da oko 7 do 10% ljudi u svijetu boluje od IBS-a (Spiegel, 2009), dok prevalencija IBS-a u općoj populaciji u Hrvatskoj varira između 9 i 22% (Grubić i sur., 2014). Pokazalo se da se IBS češće javlja kod osoba nižeg socioekonomskog statusa, kao i osoba mlađih od 50 godina, čak pet puta češće u pripadnika bijele, u odnosu na pripadnike crne rase, iako se ti podaci mijenjaju s vremenom, moguće uslijed ekonomskih i socijalnih promjena. Podaci isto tako pokazuju kako čak 75% populacije oboljelih od ovog sindroma čine žene, a kod većine oboljelih se simptomi počinju javljati prije dobi od 30 godina te se vjerojatnost javljanja simptoma smanjuje s dobi (Darnley i Millar, 2003; Spiegel, 2009).

IBS znatno utječe na kvalitetu života oboljelih, kako fizički, psihički i socijalno, tako i ekonomski. Osobe oboljele od IBS-a češće odlaze liječniku, prolaze dugotrajne i naporne pretrage, više izostaju s posla, imaju narušeno radno funkcioniranje i manju radnu efikasnost, nego osobe bez IBS-a (Spiegel, 2009). Također, socijalno funkcioniranje oboljelih i uključivanje u socijalne aktivnosti je ograničeno, a IBS se odražava i na njihovu vitalnost, opći zdravstveni status, romantične i obiteljske odnose (Darnley i Millar, 2003). Neki od najčešćih problema o kojima oboljeli izjavljuju tiču se manjka spontanosti, socijalnih kontakata i izbjegavanja socijalnih situacija, osjećaja srama, nelagode ili straha (Corsetti i Whorwell, 2017). U cjelini, može se reći kako IBS utječe na različite aspekte kvalitete života oboljelih te potiče velik interes liječnika i znanstvenika za razumijevanjem bolesti, čimbenika koji na nju utječu te ishoda bolesti.

### **1.1.1. Dijagnostički kriteriji**

Kako se IBS ne veže uz strukturalne abnormalnosti te ne postoje biološki dijagnostički markeri, javila se potreba za razvojem dijagnostičkih kriterija temeljenih na simptomima, koji bi omogućili prepoznavanje i klasificiranje funkcionalnih bolesti gastrointestinalnog sustava, kao što je IBS. Tako su 1992. godine publicirani Rimski kriteriji, kasnije poznati i kao Rimski kriteriji I. Prema kriterijima, za dijagnozu IBS-a potrebno je utvrditi postojanje nelagode ili bolova u trbuhu, koja je olakšana defekacijom, povezana s promjenom učestalosti te povezana s promjenom u formi stolice, a koja se javlja uz dva ili više drugih simptoma, poput promijenjene učestalosti, forme ili prolaza stolice, prolaska sluzi kroz rektum i nadutosti ili osjećaja distenzije trbuha, koji se javljaju kontinuirano tijekom 12 tjedana u posljednjih 12 mjeseci (Darnley i Millar, 2003; Lacy i Patel, 2017). Rimski kriteriji su kasnije prošireni i izmijenjeni te su postavljeni drugi Rimski kriteriji, koji su manje restriktivni od prvih kriterija. Prema Rimskim kriterijima II osoba je barem 12 tjedana uzastopno unazad 12 mjeseci morala doživljavati dva simptoma, simptome abdominalne nelagode i promjene u stolici, odnosno frekvenciji i/ili konzistenciji te formi stolice. Uključeni su i dodatni simptomi IBS-a, poput manje od tri pražnjenja crijeva tjedno, više od tri pražnjenja crijeva na dan, osjećaja trbušne punoće, naprezanja tijekom nužde, osjećaja hitnoće, nadutosti, osjećaja nepotpunog pražnjenja crijeva ili prolaska sluzi, od kojih su neki bili nužni simptomi u prvim kriterijima (Blanchard, 2001). Prema predominantnim navikama crijeva, odnosno prema

proporciji forme stolice ili fekalnog tipa tijekom onih dana kada se javljaju abnormalni pokreti crijeva, mogu se izdvojiti podtipovi IBS-a, što je ujedno i specifičnost Rimskih kriterija III (Mearin i sur., 2016). Tako se unutar IBS-a mogu izdvojiti sljedeće podkategorije: IBS kod kojeg prevladava dijareja (IBS-D), IBS kod kojeg prevladava zatvor (IBS-C), IBS miješanog tipa, ukoliko se konstipacija i dijareja izmjenjuju (IBS-M), te IBS kod kojeg su crijevne navike neklasificirane, zbog toga što stolicu ne obilježavaju ni konstipacija ni dijareja te se time ne zadovoljavaju uvjeti ni za jednu od ostalih opisanih kategorija (IBS-I). Ipak, u većini se slučajeva stanja dijareje i zatvora izmjenjuju kod pacijenata te ih je teško svrstati isključivo u samo jednu od kategorija (Darnley i Millar, 2003; Mearin i sur., 2016). Kako se može primijetiti, kriteriji su prošli nekoliko revizija, a najnoviji su četvrti kriteriji. Prema njima, dijagnoza IBS-a postavlja se ukoliko osoba ima simptome ponovljene boli, barem jednom tjedno tijekom posljednja tri mjeseca, povezanu s dva ili više sljedećih kriterija: bol povezana s defekacijom, povezana s promjenom u frekvenciji stolice te povezana s promjenom u formi ili izgledu stolice, uz zabilježen početak simptoma barem šest mjeseci prije dijagnoze (Mearin i sur., 2016).

### 1.1.2. Etiologija

Kao uzroci javljanja IBS-a navode se brojni čimbenici, od kojih su neki fiziološki, poput pokretljivosti crijeva, dok su drugi psihološke prirode, poput posljedica stresa. Primjerice, sam čin jedenja može potaknuti simptome, kao rezultat brzog hranjenja, velikih obroka, prejedanja ili nepravilnih obroka. Mogući uzrok predstavlja i abnormalnost kretanja stolice kroz crijeva, zbog čega neki liječnici IBS nazivaju *poremećajem pokretljivosti*, što objašnjava i javljanje simptoma tekuće stolice ili zatvora. Većina osoba oboljelih od IBS-a također pokazuje visceralnu preosjetljivost, odnosno njihova su crijeva osjetljivija nego u osoba bez IBS-a, što je povezano s javljanjem boli i nelagode vezanima uz rad crijeva. Sve se veći naglasak stavlja na rad enteričkog živčanog sustava (eng. *enteric nervous system*), koji se nalazi u stjenkama crijeva i koji povezuje crijeva i središnji živčani sustav, zbog čega se često naziva „mozgom crijeva“. Na taj način mozak može utjecati na promjene rada crijeva, što je vidljivo u utjecaju koji emocije i raspoloženja osobe, kao i brojni drugi psihološki faktori, imaju na simptome bolesti (Darnley i Millar, 2003). Povezanost rada mozga i crijeva potvrđuju i podaci prema kojima se neki od psihičkih poremećaja, poput anksioznosti,

depresije ili somatizacije, povezuju s javljanjem i održavanjem IBS-a, težinom simptoma te ishoda bolesti (Sherwin i sur., 2016). Navedenim se pokazuje kako postoje brojni čimbenici koji utječu na razvoj IBS-a, zbog čega se javila i potreba za sagledavanjem interakcije različitih čimbenika, a ne samo njihovih izoliranih utjecaja. Neki od pokušaja razumijevanja i identifikacije uzroka bolesti, poput modela opisanih u nastavku, usmjerili su se na interakciju bioloških, psiholoških i socijalnih čimbenika, a smatraju se posebno važnim za razumijevanje IBS-a.

### **1.1.2.1. Biopsihosocijalni model**

Bolest dovodi do poremećenog funkcioniranja i različitih ishoda međusobno povezanih i zavisnih sustava, ali i do ishoda na razini čitavog organizma, u čemu se može prepoznati važnost interakcije bioloških i psiholoških čimbenika (Bolton i Gillett, 2019). Takvo razumijevanje poremećaja u skladu je s biopsihosocijalnim modelom, koji bolest definira kao rezultat kompleksne interakcije socijalnih, bioloških te psiholoških čimbenika. Biološki faktori poput upala, genetske predispozicije, disfunkcije imuniteta, pokretljivosti crijeva, crijevne mikrobiote ili interakcije mozga i crijeva predstavljaju biološku podlogu razvoja bolesti. S druge strane, neki od psiholoških faktora odnose se na psihološko stanje u kojem se osoba nalazi ili načina na koje se suočava sa simptomima i bolesti općenito, kao i ponašanja povezana sa zdravljem te vjerovanja osobe. Promjene u gastrointestinalnom sustavu i simptomi IBS-a mogu se javiti kao odgovor na neke od navedenih faktora i disfunkcija putem osi mozak-crijeva. Os povezuje funkcioniranje gastrointestinalnog trakta s mozgovnim središtima za emocije i kognicije (Sherwin i sur., 2016; Tanaka i sur., 2011). Rani utjecaji urođenih i okolinskih čimbenika na psihološki razvoj tako se mogu odraziti i na razvoj disfunkcije crijeva, koja posljedično može dovesti do razvoja IBS-a (Surdea-Blaga i sur., 2012). Ova se veza mozga i crijeva temelji na neuralnim, endokrinim i neuroimunskim putovima i dvosmjerna je, što znači da, jednako kako osjećaji, percepcije, misli i stres mogu utjecati na promjene u gastrointestinalnom traktu, pokretljivost crijeva ili imunosne funkcije, disbalans i disfunkcije u gastrointestinalnom traktu mogu povratno utjecati na odgovore živčanog sustava, psihološko stanje osobe, njeno ponašanje, raspoloženje, ali i socijalno, radno i emocionalno funkcioniranje te njenu dobrobit općenito (Fichna i Storr, 2012; Sherwin i sur., 2016). Uloga psiholoških čimbenika u kontekstu IBS-a, očituje se i u činjenici da osobe

oboljele od IBS-a pokazuju povišene razine psihološkog stresa u odnosu na zdravu populaciju i pacijente oboljele od nekih drugih gastrointestinalnih bolesti (Blanchard, 2001). Također, na tu povezanost ukazuje i činjenica da je IBS često praćen komorbiditetima psihijatrijskih poremećaja, koji su u većini slučajeva nedijagnosticirani (Sherwin i sur., 2016).

### **1.1.2.2. Kognitivno-bihevioralni model**

Kognitivno-bihevioralni model omogućuje razumijevanje razvoja i održavanja simptoma različitih bolesti, uključujući i simptome IBS-a. Model podrazumijeva tri temeljna koncepta. Prvo, model razlikuje precipitirajuće i predisponirajuće čimbenike te čimbenike koji održavaju emocionalni stres, a koji mogu biti ponašajni, fiziološki, emocionalni i kognitivni. Predisponirajući faktori odnose se na faktore koji povećavaju vjerojatnost osobe za razvoj određenog poremećaja, a uključuju genetski utjecaj, rana iskustva, poput zlostavljanja, te osobine ličnosti, u prvom planu neuroticizam (Hauser i sur., 2014). Primjerice, iskustva zlostavljanja mogu značajno utjecati na psihološki stres i funkcioniranje osobe te se pokazuju pozitivno povezanima s razvojem simptoma, težinom simptoma bolesti i doživljajem boli (Tanaka i sur., 2011). Precipitirajući faktori su faktori koji prethode i javljaju se neposredno prije početka bolesti, dok održavajući čimbenici održavaju simptome jednom kada se oni jave. Neki od tih čimbenika odnose se na: stres i povezane promjene u osi hipotalamus-hipofiza-nadbubrežna žlijezda (HPA) te promjene u hormonima, podršku okoline, razine anksioznosti i depresije, percepciju i kognicije, poput katastrofičnog mišljenja ili kognitivne interpretacije bolesti, upalu crijeva i promjene u mikrobioti. Način na koji se osoba nosi sa stresom i mjera u kojoj doživljava stres mogu se povezati sa simptomima IBS-a. Javljanje simptoma poput nadutosti i dijareje povezuje se s dnevnim razinama doživljenog stresa kod osoba sa i bez IBS-a, a veliki postotak osoba, njih 65%, koje imaju dijagnosticiran IBS izjavljuje da je razvoju bolesti prethodio neki teži stresni događaj (npr. smrt člana obitelji ili prelazak na rad na novo radno mjesto) (Darnley i Millar, 2003; Tanaka i sur., 2011). Jednako kao i kod biopsihosocijalnog modela, smatra se kako biološki, socijalni i psihološki faktori imaju ključnu i podjednaku važnost u razumijevanju bolesti, što se smatra drugim temeljnim konceptom modela. Treći koncept se odnosi na mogućnost da mijenjanjem kognicija i ponašanja pojedinac može kontrolirati utjecaj koji bolest ima na njegov život (Hauser i sur., 2014).

Kako je vidljivo iz opisanih modela te dosadašnjih rezultata istraživanja, psihološki čimbenici imaju važan utjecaj na javljanje simptoma IBS-a, ali i njihov tijek te ishoda. Nadalje će biti riječ o psihološki faktorima, konkretno procesiranju informacija o bolesti, stvaranju reprezentacije bolesti i načinu suočavanja s istom, koji se smatraju važnim prediktorima ishoda bolesti.

## **1.2. Percepcija bolesti osoba oboljelih od IBS-a**

Razumijevanje kako oboljele osobe doživljavaju vlastitu bolest i simptome bolesti od velike je važnosti za razumijevanje zdravstvenih ishoda i posljedica koje bolest može imati na njihovu kvalitetu života i cjelokupno funkcioniranje. Percepcija i razumijevanje, odnosno reprezentacija koju pacijent ima o vlastitoj bolesti, te način svakodnevnog nošenja s bolesti, pokazali su se povezanim s težinom simptoma, prirodnom, tijekom i ishodima bolesti (Sherwin i sur., 2016).

Zdravorazumski model reprezentacije bolesti, koji su postavili Leventhal i suradnici (1980; prema Hagger i Orbell, 2003), teorijski je model koji povezuje kognitivne faktore, uključene u procesiranje informacija i stvaranje reprezentacija bolesti, i strategije suočavanja s ishodima bolesti. Ključna pretpostavka modela je da pojedinci, kako bi stvorili razumijevanje i upravljali bolesti, stvaraju mentalnu reprezentaciju bolesti na temelju dostupnih informacija o njoj (Hagger i Orbell, 2003). Reprezentacije se stvaraju elaboracijom somatskih senzacija, koje se javljaju u kontekstu određene bolesti, i predstavljaju način na koji oboljela osoba vidi vlastitu bolest (Leventhal i sur., 1992). Proces stvaranja reprezentacija bolesti odvija se na dvije razine, pri čemu se uspostavlja veza između apstraktnih i konkretnih informacija. Konkretno informacije odnose se na iskustvo simptoma ili somatske informacije, koje se povezuju s pohranjenim oznakama i dijagnozama, odnosno apstraktnim informacijama, čineći shematsku reprezentaciju bolesti. Prema modelu, procesiranje informacija odvija se paralelno te se pritom stvaraju kognitivne reprezentacije, koje čine dimenzije važne za razumijevanje i viđenje bolesti, kao i emocionalne reprezentacije bolesti, koje mogu predstavljati važne odrednice emocionalnih ishoda. S obzirom na sadržaj reprezentacija, one se mogu podijeliti u nekoliko logičkih tema ili dimenzija, koje odražavaju vjerovanja osobe o karakteristikama bolesti od koje boluje. Autori u okviru zdravorazumskog modela razlikuju dimenzije uzroka,

posljedica, kontrole, identiteta i vremenskog tijeka, kao dio kognitivne reprezentacije bolesti, te emocionalnu reprezentaciju koja čini odvojenu dimenziju reprezentacije bolesti. Dimenzije se pokazuju međusobno povezanima, a njihova povezanost upućuje na to da oboljele osobe stvaraju reprezentacije vlastite bolesti kombinirajući različite dimenzije te imaju tendenciju organizirati svoja vjerovanja na karakterističan način (Hagger i Orbell, 2003). Pokazuje se kako pacijenti oboljeli od funkcionalnih bolesti procjenjuju da imaju manje kontrole nad svojim simptomima, a time i manju vjerojatnost uspješnog upravljanja simptomima i smanjenja njihove težine, kada se uspoređuju s pacijentima oboljelima od organskih bolesti (Surdea-Blaga i sur., 2012). IBS se percipira kroničnom, cikličnom bolesti, koju je teško predvidjeti i kontrolirati osobno i medicinski te koja ostavlja negativne posljedice na život oboljelih. Oni pojedinci koji su izjavili o većem broju simptoma, također su ukazali na postojanje ozbiljnijih negativnih posljedica, doživljaj manje kontrole, slabije razumijevanje prirode bolesti te veći negativni emocionalni utjecaj simptoma na funkcioniranje (Sherwin i sur., 2016). Istraživanja su pokazala kako percepcija bolesti (konkretno percipirane posljedice IBS-a, emocionalne reprezentacije i identitet bolesti) može predstavljati i posredujući faktor u odnosu ozbiljnosti simptoma i kvalitete života povezane sa zdravljem kod osoba oboljelih od IBS-a (De Gucht, 2015). Reprezentacije bolesti, pored organizacije informacija i znanja koje osoba ima o bolesti, služe i u vođenju ponašanja oboljele osobe (Leventhal i sur., 1992). Strategije suočavanja ili ponašanja usmjerena na suočavanje s bolesti čine ponašanja koja pojedinci poduzimaju kao odgovor na vlastitu bolest i način na koji se nose sa simptomima i ishodima bolesti. Ta se ponašanja konzistentno povezuju s reprezentacijom bolesti, na što upućuju i Leventhal i suradnici u svom zdravorazumskom modelu dovodeći ih u direktnu vezu. Prema modelu, ta je veza kauzalna, pri čemu kognicije povezane s bolesti utječu na ponašanje i odabir strategije suočavanja. Te kognicije, konkretno reprezentacija bolesti, imaju funkciju filtriranja, organiziranja i interpretiranja informacija koje osoba dobiva o vlastitoj bolesti, na temelju čega se oblikuje i odabire ponašanje kao odgovor na dobivene informacije. Taj je utjecaj na ponašanje proporcionalan težini bolesti, percipiranoj na temelju prethodno stvorene reprezentacije (Hagger i Orbell, 2003). Primjerice, nekontrolabilnost se, pored kroničnosti, većeg broja simptoma i percepcije ozbiljnih posljedica, pokazuje važnim obilježjem bolesti, koja se percipira kao prijetnja, a koja posljedično izaziva stresne reakcije kod osobe. Nemogućnost nošenja sa zahtjevima kojima je osoba izložena i osjećaj bespomoćnosti po pitanju vlastitog stanja, mogu rezultirati depresijom, stresom i osjećajem

panike te maladaptivnim strategijama suočavanja (Bolton i Gillett, 2019). Ispitujući odabir strategija suočavanja s obzirom na percipiran uzrok bolesti, istraživanja su pokazala da su vjerovanja oboljele osobe o vanjskim uzrocima bolesti pozitivno povezana s adaptivnim strategijama suočavanja, koje se temelje na pozitivnoj reinterpetaciji, dok su vjerovanja kako je uzrok bolesti psihološke prirode pozitivno povezana s anksioznosti i depresijom te maladaptivnim strategijama suočavanja, poput konzumacije alkohola, ponašajnog izbjegavanja ili ventiliranja emocija (Rutter i Rutter, 2002).

Prema zdravorazumskom modelu bolesti, ishodi bolesti, poput kvalitete života oboljele osobe, patnje ili razine njenog funkcioniranja, mogu se predvidjeti na temelju kognitivne reprezentacije koju osobe stvaraju o svojoj bolesti, o njenom trajanju, simptomima, uzrocima, mogućnosti kontrole i ozbiljnosti posljedica koje prate bolest (Knowles i sur., 2017). Odnos aspekata percepcije i ishoda bolesti potvrdila su i istraživanja (Rutter i Rutter, 2002), koja su pokazala da osobe oboljele od IBS-a koje izjavljuju o većoj kvaliteti života ujedno imaju i snažna vjerovanja o mogućnosti kontroliranja bolesti i njenih ishoda, dok su oni sa snažnim vjerovanjima o ozbiljnim posljedicama bolesti imali i sniženu kvalitetu života. Trajanje bolesti, identitet bolesti i vjerovanja o posljedicama negativno su povezani sa zadovoljstvom vlastitim zdravljem, dok je vjerovanje u mogućnost kontrole bolesti pozitivno povezano sa zadovoljstvom zdravljem (Rutter i Rutter, 2002). Kako percepcija bolesti utječe na odabir adaptivnih, odnosno maladaptivnih strategija suočavanja, koje potom također utječu na ishode bolesti, odnos ishoda i percepcije bolesti može se objasniti i posredovanjem strategija suočavanja, što pokazuju i istraživanja (Knowles i sur., 2017).

### **1.3.Katastrofiziranje kod osoba oboljelih od IBS-a**

Prema kognitivnom modelu panike, katastrofično mišljenje podrazumijeva vjerovanja o postojanju katastrofičnih posljedica tjelesnih senzacija, odnosno pogrešnu interpretaciju situacija, senzacija ili događaja kao da predstavljaju veću opasnost po osobu, nego što zaista predstavljaju (Clark, 1986). Takve negativne procjene mogu dodatno pojačati proživljavano iskustvo te se katastrofično razmišljanje pokazalo dobrim prediktorom bolesti koje su popraćene promjenama u tjelesnim senzacijama i tjelesnim simptomima (Hunt i sur., 2009). Povezano s katastrofičnim mišljenjem, kada je riječ o strategijama suočavanja, osobe oboljele od IBS-a općenito su sklonije oslanjati se na maladaptivne strategije suočavanja u odnosu na



adaptivne strategije suočavanja, poput pozitivne ponovne procjene ili planskog rješavanja problema, koje znatno rjeđe koriste. Odabir pasivnih strategija suočavanja i strategija koje odražavaju katastrofično mišljenje i pesimističan pogled na zdravstveno stanje i ishode, a koje se pronalaze i kod osoba oboljelih od upalne bolesti crijeva i sindroma iritabilnog crijeva, može se odraziti na smanjen stupanj traženja zdravstvene pomoći te lošije zdravstvene ishode (Jones i sur., 2006). Katastrofiziranje je jedna od kognitivnih strategija suočavanja s bolesti, koja rezultira iz negativnih percepcija koje pacijenti stvaraju o vlastitoj bolesti (De Gucht, 2015). Ono se definira kao tendencija precjenjivanja prijetnje koja se javlja uslijed bolnog podražaja i negativna procjena sposobnosti osobe da se suoči s boli (Lackner i sur., 2004). Katastrofiziranje se, pored izbjegavanja ili negiranja, pokazalo povezanim sa svim aspektima pacijentove reprezentacije bolesti, a čini se da je ta veza najsnažnija za percepciju ozbiljnih posljedica bolesti i emocionalnog utjecaja koji ona ima na pojedinca. Navedene su domene, uz katastrofiziranje, imale i snažan odnos s kvalitetom života povezanom sa zdravljem. Također se pokazalo kako su više razine katastrofiziranja povezane i s percepcijom manje kontrole i manjim razumijevanjem bolesti (Sherwin i sur., 2016).

Osobe oboljele od IBS-a katastrofiziraju o posljedicama simptoma svoje bolesti, ne samo posljedicama tjelesnih senzacija i boli, nego i posljedicama simptoma na radno i socijalno funkcioniranje (često praćeno negativnim emocionalnim reakcijama, poput intenzivnog osjećaja srama te vjerovanjima da će ih drugi odbaciti ili da će osobe oko njih osjetiti gađenje prema njima). Činjenica da se pacijenti oboljeli od IBS-a u velikoj mjeri uključuju u katastrofiziranje moguće povećava rizik za javljanje psiholoških, ali i socijalnih poteškoća, te pojačavanje težine i trajanja simptoma bolesti (Hunt i sur., 2009). Katastrofiziranje djelomično posreduje u odnosu između depresije i doživljaja boli kod pacijenata oboljelih od IBS-a, čime se depresivnije osobe češće upuštaju u katastrofična razmišljanja te djelomično uslijed toga doživljavaju bol intenzivnije i ozbiljnije (Lackner i sur., 2004). Drossman i suradnici (2000) navode kako viši rezultati na mjerama strategija suočavanja, posebice katastrofiziranja, predviđaju lošije zdravstvene ishode, pored dijagnoze funkcionalne gastrointestinalne bolesti, nižeg obrazovanja, povišenog neuroticizma te zlostavljanja. Time se pokazalo kako maladaptivne strategije suočavanja i percepcija niske mogućnosti smanjenja simptoma mogu utjecati na zdravstvene ishode i promijeniti utjecaj funkcionalne gastrointestinalne bolesti ili neuroticizma na zdravstveno stanje.

#### **1.4. Patnja osoba oboljelih od IBS-a**

Iako se ne radi o životno ugrožavajućoj bolesti, IBS ima važne implikacije na svakodnevno funkcioniranje i kvalitetu života oboljelih. Pokazuje se kako oko 40% pacijenata izjavljuje o blagim simptomima IBS-a, oko 35% izjavljuje o umjerenim, a 25% o teškim simptomima, što ima značajne implikacije za kvalitetu života povezanu s bolesti, kliničkim donošenjem odluka i zdravstvenim ponašanjima (Drossman i sur., 2011). Smanjena kvaliteta života vidljiva je u ograničenjima u izvođenju svakodnevnih aktivnosti, restrikcijama u prehrani i emocionalnom stresu, kao i visokim razinama anksioznosti (Drossman i sur., 2009). Stupanj patnje koji osobe oboljele od određene bolesti doživljavaju smatra se, pored kvalitete života, važnim ishodom bolesti. Podaci pokazuju da bi oboljeli od IBS-a, posebice oni s teškim simptomima, bili spremni prihvatiti lijek koji bi im osigurao savršeno zdravstveno stanje, čak i kada bi taj lijek predstavljao rizik za trajne i ozbiljne posljedice ili čak smrt (iako je postotak prihvaćenosti za taj uvjet mali), što ukazuje na negativan utjecaj IBS-a na oboljele te na povećanu patnju koju oboljeli doživljavaju (Corsetti i Whorwell, 2017). Patnja se može definirati kao stanje izrazite nelagode koja se javlja uslijed percepcije prijetnje bolesti od koje osoba boluje. Time se implicira kako je za doživljaj i stupanj patnje važno kako osoba percipira potencijalne posljedice bolesti po sebe (Klis i sur., 2008). Kada osoba percipira da nema dovoljne i adekvatne strategije za suočavanje sa potencijalno prijetećom situacijom, osoba doživljava patnju (Pletikosić Tončić i Tkalčić, 2017). Pletikosić Tončić i Tkalčić (2017) provele su istraživanje u kojem se pokazalo kako osobe oboljele od IBS-a koje iskazuju o višim razinama patnje (odnosno vlastitu bolest percipiraju većom ili bližom vlastitom pojmu o sebi) ujedno pokazuju nižu kvalitetu života povezanu s fizičkim zdravljem te više razine anksioznosti i ozbiljnosti simptoma. Također, pacijenti koji se češće uključuju u izbjegavajuća ponašanja i više brinu o simptomima, vide svoju bolest centralnim aspektom vlastitog života. Dosadašnja su istraživanja (Rutter i Rutter, 2002) potvrdila posredovanje strategija suočavanja u odnosu percepcije bolesti i ishoda bolesti. Primjerice, prihvaćanje se, kao jedna od strategija suočavanja, pokazala posrednikom u odnosu posljedica bolesti i percipirane kvalitete života, pri čemu su oni pacijenti koji su izjavljivali o manje ozbiljnih posljedica imali veću vjerojatnost prihvatiti bolest te su percipirali i višu kvalitetu života. Isto tako, aktivno suočavanje pokazalo se posrednikom u odnosu kontrole tretmana i zadovoljstva zdravljem, bihevioralni dezangažman u odnosu kontrole i depresije, a emocionalne strategije

suočavanja u odnosu ozbiljnosti posljedica i psiholoških uzroka te anksioznosti (Rutter i Rutter, 2002).

Oboljeli od IBS-a koji nekontrolirano brinu doživljavaju i veće razine patnje od onih koji ne brinu, a katastrofiziranje može posredovati u odnosu brige i patnje. Iz toga slijedi da pacijenti koji više brinu doživljavaju veću patnju djelomično i zbog toga što briga uz sebe vezuje katastrofično mišljenje. Time se pokazalo kako katastrofiziranje može posredovati u odnosu između negativnih kognicija i misli povezanih s bolesti te zdravstvenih ishoda (Lackner i Quigley, 2005). Povezujući faktore percepcije bolesti i strategija suočavanja te ishoda bolesti, istraživanja su također pokazala kako negativna percepcija bolesti direktno i posredno preko maladaptivnih strategija suočavanja, vodi povećanom psihološkom stresu i sniženoj kvaliteti života povezanoj s bolesti (Knowles i sur., 2017).

Kako se velik broj istraživanja usmjerava na kvalitetu života kao ishod bolesti, potrebna su daljnja istraživanja koja će se usmjeriti na ispitivanje patnje kao ishoda te povezanosti percepcije bolesti i njenih dimenzija s patnjom, kao i posredovanje katastrofiziranja u tom odnosu. Katastrofiziranje se prepoznaje potencijalno relevantnom varijablom u tom odnosu, s obzirom da se općenito pokazuje važnom strategijom suočavanja za oboljele od IBS-a te s obzirom na važnost utjecaja maladaptivnih strategija suočavanja na druge zdravstvene ishode. Stoga je cilj ovog istraživanja ispitati ulogu percepcije bolesti i katastrofiziranja u patnji osoba oboljelih od sindroma iritabilnog crijeva. To bi doprinijelo dodatnom razumijevanju IBS-a, kao i mogućnosti primjene zdravorazumskog modela reprezentacije bolesti u kontekstu ovog sindroma. Također, Slikovna reprezentacija bolesti i samopoimanja (PRISM-RII) je rijetko korištena mjera patnje, posebice u kontekstu IBS-a, a zbog njezinih prednosti, poput brzine i jednostavne primjene, prepoznata je važnost primjene upravo ove mjere za procjenu patnje oboljelih od IBS-a.

## 2. PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA

### *Problemi*

1. Opisati obrasce odabira i samostalnog navođenja uzroka bolesti i usporediti broj ispitanika koji navode određene skupine uzroka kao uzrok IBS-a.
2. Ispitati postoji li povezanost dimenzija percepcije bolesti (posljedice, emocionalna reprezentacija, osobna kontrola, medicinska kontrola, koherentnost, vremenski tijek, cikličnost, psihološke atribucije i rizični faktori), katastrofiziranja i aspekata patnje (veličina i odvojenost bolesti).
3. Ispitati posredovanje katastrofiziranja u odnosu dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje.

### *Hipoteze*

1. Ispitanici u visokom postotku odabiru psihološke čimbenike i rizične faktore kao uzrok IBS-a. Postoji statistički značajna razlika u broju ispitanika koji samostalno navode određene skupine uzroka kao uzrok svoje bolesti, pri čemu statistički značajno veći broj ispitanika navodi psihološke čimbenike kao uzrok svoje bolesti u odnosu na rizične faktore, faktore imunosnog sustava i faktore slučaja.
2.
  - a) Postoji statistički značajna pozitivna povezanost između posljedica, emocionalne reprezentacije, vremenskog tijeka, cikličnosti, psiholoških atribucija i rizičnih faktora te statistički značajna negativna povezanost između osobne kontrole, medicinske kontrole, koherentnosti i veličine bolesti.
  - b) Postoji statistički značajna negativna povezanost između posljedica, emocionalne reprezentacije, vremenskog tijeka, cikličnosti, psiholoških atribucija i rizičnih faktora te statistički značajna pozitivna povezanost osobne kontrole, medicinske kontrole, koherentnosti i odvojenosti bolesti.
  - c) Postoji statistički značajna negativna povezanost između odvojenosti i veličine bolesti, pri čemu je veća odvojenost bolesti od pojma o sebi povezana s manjom veličinom bolesti.

- d) Postoji statistički značajna pozitivna povezanost između posljedica, emocionalne reprezentacije, vremenskog tijeka, cikličnosti, psiholoških atribucija i rizičnih faktora te statistički značajna negativna povezanost između osobne kontrole, medicinske kontrole, koherentnosti i katastrofiziranja.
  - e) Postoji statistički značajna pozitivna povezanost između katastrofiziranja i veličine bolesti te statistički značajna negativna povezanost između odvojenosti bolesti i katastrofiziranja.
3. Katastrofiziranje posreduje u odnosu između posljedica, emocionalne reprezentacije, vremenskog tijeka, cikličnosti, osobne kontrole, medicinske kontrole, koherentnosti, psiholoških atribucija i rizičnih faktora te odvojenosti i veličine bolesti.

### 3. METODA

#### 3.1. Ispitanici

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 111 ispitanika. Uzorak su činili pacijenti Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu, dijagnosticirani sa sindromom iritabilnog crijeva. 23 ispitanika bilo je muškog (20.7%), a 87 ženskog spola (78.4%), dok se jedna osoba nije izjasnila. Dob ispitanika u uzorku varirala je u rasponu od 19 do 80 godina, s prosjekom od 46.94 godine ( $SD=14.08$ ). 55.9% ispitanika u uzorku navodi kako su u braku, 12.6% njih navodi kako su u vanbračnoj zajednici, 21.6% njih su samci, 6.3% je razvedeno, a 2.7% udovci. Što se tiče profesionalnog statusa, najveći postotak njih (62.2%) navodi kako su zaposleni, 20.7% njih je umirovljeno, 10.8% nezaposleno, a najmanji postotak čine studenti (5.4%). Većina je ispitanika završila srednju školu (49.5%), potom fakultet (34.2%), a znatno manji broj ispitanika ima završenu višu školu (9%) te u najmanjem postotku završenu osnovnu (2.7%) i zanatsku školu (2.7%).

#### 3.2. Mjerni postupci

##### 3.2.1. Ljestvica katastrofiziranja iz Upitnika o strategijama suočavanja - 24 (CSQ-24, Harland i Georgieff, 2003)

Jedan od upitnika korištenih u istraživanju je Upitnik strategija suočavanja-24 (CSQ-24, prema engl. *Coping Strategies Questionnaire*, Harland i Georgieff, 2003), konstruiran za mjerenje strategija suočavanja s boli. Upitnik je preveden na hrvatski jezik u sklopu istraživačkog projekta, prateći standardni postupak za prijevod i prilagodbu skala i upitnika. Upitnik se sastoji od ukupno 23 čestice te četiri podljestvice: *katastrofiziranje*, *reinterpretacija*, *odvrćanje pažnje* i *kognitivno suočavanje*. U ovom je istraživanju korištena podljestvica katastrofiziranja. Podljestvica katastrofiziranja uključuje negativne tvrdnje o sebi i misli o budućnosti, kojima se pretpostavlja najgori mogući ishod koji se može javiti. Primjer čestice za podljestvicu katastrofiziranja glasi: „Užasno je i osjećam da nikada neće biti bolje.“ Od ispitanika se zahtijeva da za svaku od šest čestica na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva (pri čemu 0 označava „*nikad*“, a 4 označava „*uvijek*“) procijeni koliko mu se često javljaju navedene misli prilikom doživljavanja boli, zaokružujući odgovarajući broj na skali. Ukupan rezultat na podljestvici dobiva se zbrajanjem odabranih vrijednosti za svaku od čestica, a viši

rezultat ukazuje na češće korištenje katastrofiziranja kao strategije suočavanja. Ljestvica općenito pokazuje zadovoljavajuću pouzdanost ( $\alpha=.85$ ; prema Harland i Georgieff, 2003), a koeficijent unutarnje konzistencije skale u ovom istraživanju iznosi .91.

### **3.2.2. Slikovna reprezentacija bolesti i samopoimanja (PRISM-RII, Klis i sur., 2008)**

PRISM-RII (prema engl. *Pictorial Representation of Illness and Self Measure Revised II*) je jedna od mjera koje se koriste pri procjeni značajnosti patnje i predstavlja vizualnu reprezentaciju odnosa bolesti i oboljele osobe. Mjerni instrument se sastoji od slikovnog prikaza na listu papira. Prikaz sadrži veliki bijeli krug koji predstavlja život osobe, a unutar bijelog kruga nalazi se manji žuti krug koji predstavlja samu osobu (pojam o sebi ili „self“). Lijevo od navedenih krugova, nalaze se tri crvena kruga vertikalno poredana od najmanjeg prema najvećem, koji predstavljaju bolest oboljele osobe (u ovom istraživanju, sindrom iritabilnog crijeva). Zadatak ispitanika je da odabere onaj od tri kruga koji prema njegovom mišljenju točno predstavlja važnost ili veličinu njegove bolesti te ga ucrtava u krug koji predstavlja njegov život, s obzirom na to koje mjesto procjenjuje da bolest zauzima u njegovom životu. Mjerenjem se dobivaju dva rezultata. Jedan se rezultat odnosi na veličinu bolesti (*illness perception measure, IPM*), izraženu u rasponu od jedan do tri, ovisno o krugu koji osoba odabire prilikom procjene veličine ili važnosti vlastite bolesti (pri čemu 1 označava najmanji, a 3 najveći krug). Drugi se rezultat odnosi na odvojenost bolesti od pojma o sebi (*self-illness separation, SIS*), koji označava identifikaciju osobe s bolesti, a izražen je u milimetrima udaljenosti između centra kruga koji predstavlja osobu (žuti krug) i kruga koji predstavlja njenu bolest (crveni krug).

### **3.2.3. Upitnik percepcije bolesti (IPQ-R, Moss-Morris i sur., 2002)**

Revidirani Upitnik percepcije bolesti (IPQ-R, prema engl. *The Revised Illness Perception Questionnaire*, Moss-Morris i sur., 2002) kreiran je u svrhu procjene komponenti identiteta, vremenskog tijeka, posljedica, emocionalne reprezentacije, cikličnosti, koherentnosti, medicinske kontrole, osobne kontrole i uzroka bolesti, koje čine reprezentaciju bolesti prema modelu samoregulacije. U ovom je istraživanju korištena adaptirana verzija upitnika

prevedena na hrvatski jezik (Pokrajac-Bulian i sur., 2018; Velkova, 2016). Upitnik se sastoji od ukupno 70 čestica i devet podljestvica, podijeljenih u tri dijela. Prva je prezentirana ljestvica identiteta koja je izdvojena od ostalih podljestvica, od kojih se razlikuje po skali mjerenja. Ljestvica identiteta odnosi se na znanja o simptomima bolesti i vjerovanjima osobe o oznakama koje se pridaju njenoj bolesti, a sastoji se od 14 uobičajeno doživljenih simptoma. Od ispitanika se traži da odabirom odgovora „*da*” ili „*ne*” procijene jesu li doživjeli svaki od navedenih simptoma te je li svaki od navedenih simptoma povezan uz njihovu bolest. Ukupan rezultat na ljestvici identiteta dobiva se zbrojem odgovora „*da*” na drugom pitanju.

Drugi dio upitnika uključuje podljestvice posljedica, emocionalne reprezentacije, cikličnog trajanja bolesti, vremenskog tijeka, medicinske kontrole, osobne kontrole i koherentnosti. Podljestvica posljedica odnosi se na vjerovanja o potencijalnom utjecaju i posljedicama koje bolest ostavlja po život osobe, dok podljestvica emocionalne reprezentacije opisuje vjerovanja oboljele osobe o tome da bolest ima negativan emocionalni utjecaj na nju. Dimenzija cikličnog trajanja bolesti podrazumijeva percepciju bolesti kao više ili manje ciklične, dok dimenzija vremenskog tijeka obuhvaća vjerovanja o kroničnosti ili akutnosti bolesti. Dimenzija medicinske kontrole odnosi na vjerovanja o efikasnosti medicinskog tretmana i mogućnosti liječenja, a osobne kontrole o mogućnostima uključivanja u strategije suočavanja kako bi se osobno kontrolirala bolest. Na poslijetku, dimenzija koherentnosti usmjerava se na pacijentovo razumijevanje bolesti. Navedene su podljestvice, kao i ljestvica uzroka mjerene na skali Likertovog tipa s pet stupnjeva, pri čemu 1 označava „*U potpunosti se ne slažem*“, a 5 „*U potpunosti se slažem*“. Od ispitanika se zahtijeva da za svaku tvrdnju o bolesti procijene u kojem se stupnju slažu ili ne slažu s njom. Ukupan rezultat na svakoj od podljestvica dobiva se zbrajanjem odgovora na česticama unutar podljestvice te viši rezultat upućuje na snažnije vjerovanje o određenoj karakteristici bolesti (snažnije vjerovanje o utjecaju bolesti na život osobe, negativnom emocionalnom utjecaju, cikličnoj prirodi bolesti, kroničnosti, većoj efikasnosti medicinskog tretmana, većoj mogućnosti osobne kontrole bolesti i boljem razumijevanju bolesti).

Podljestvica uzroka je, kao i ljestvica identiteta, odvojena od ostalih podljestvica i nalazi se na kraju upitnika. Odnosi se na vjerovanja osobe o čimbenicima koji su doveli do razvoja bolesti. Podljestvica se sastoji od 18 čestica koje navode moguće uzroke bolesti, podijeljene u četiri kategorije: psihološke atribucije (stres ili briga, negativno razmišljanje o životu, obiteljski



problemi ili brige, previše posla, emocionalno stanje, kao što je potištenost ili tjeskoba, i osobnost), rizične faktore (nasljeđe, navike hranjenja, neprimjerena medicinska skrb, vlastito ponašanje, starenje, alkohol i pušenje cigareta), faktore imunosnog sustava (bakterija ili virus, zagađenje okoliša i smetnje imunosnog sustava) i slučajne faktore (nesreće ili ozljede i slučaj ili loša sreća). Ispitanik procjenjuje koliko se slaže da je svaki od navedenih uzroka uzrok njegove bolesti, a viši rezultat upućuje na snažnije vjerovanje kako je određeni uzrok, uzrok njegove bolesti. Na kraju upitnika nalazi se i pitanje otvorenog tipa na koje ispitanici odgovaraju navođenjem tri uzroka, od najviše do najmanje važnog, za koje smatraju kako su glavni uzroci njihove bolesti (bilo da se radi o uzrocima navedenima u upitniku ili uzrocima koji nisu navedeni, a koje smatraju da je važno navesti). Upitnik je dosad pokazao zadovoljavajuću unutarnju pouzdanost (koeficijenti pouzdanosti za podljestvice variraju od .75 do .89; prema Moss-Morris i sur., 2002), a pouzdanosti njegovih podljestvica korištenih u ovom istraživanju iznosile su od .61 do .84.

Koeficijenti pouzdanosti podljestvica uzroka koje se odnose na faktore imunosnog sustava i faktore slučaja nisu se pokazali zadovoljavajućima (.47 za faktore imunosnog sustava, .29 za faktore slučaja), stoga su ove podljestvice korištene samo u frekvencijskoj analizi.

### **3.3. Postupak istraživanja**

Istraživanje je provedeno u sklopu projekta o ispitivanju kognitivno-afektivnih i ponašajnih odrednica sindroma iritabilnoga crijeva. Istraživanje se provodilo u nekoliko dijelova na lokalitetima Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Kliničke bolnice „Sveti Duh“ u Zagrebu, a u njemu su sudjelovali pacijenti oboljeli od IBS-a. Prije pristupanja istraživanju, ispitanicima je zajamčena povjerljivost podataka koji će se prikupiti sudjelovanjem u istraživanju. Svaki od ispitanika dao je dobrovoljan pristanak na sudjelovanje, a anonimnost podataka osigurana je korištenjem šifre pod kojom su pristupali zadacima. Sudionici su ispunjavali niz upitnika i rješavali kognitivne zadatke na računalu, što se odvijalo u bolničkim centrima, te ispunjavali dnevnik kojima se pratilo njihovo dnevno raspoloženje i simptomi, što su činili kod kuće. U prvom dijelu istraživanja, ispitanici su istraživanju pristupili u manjim grupama. Svaki od ispitanika je individualno rješavao kognitivne računalne zadatke te ispunjavao prvu skupinu upitnika, između kojih i *Upitnik percepcije bolesti (IPQ-R)*, čiji se podaci koriste u ovom

istraživanju. Nakon toga, tijekom vremenskog razdoblja od 14 dana, između dva stadija istraživanja, ispitanici su kod kuće svakodnevno ispunjavali dodijeljene dnevnike. Dnevnik su potom istraživačima vraćeni na ponovnom susretu. U posljednjem stadiju istraživanja, koje se, kao i početni stadij, odvijalo u bolničkom centru, ispitanici su rješavali dodatne kognitivne zadatke na računalu te drugu skupinu upitnika, između kojih i *Ljestvicu katastrofiziranja* iz *Upitnika o strategijama suočavanja-24* (CSQ-24) te *Slikovnu reprezentaciju bolesti i samopoimanja* (PRISM-RII), važne za ovo istraživanje.

#### 4. REZULTATI

Podaci prikupljeni u istraživanju analizirani su u statističkom programu IBM SPSS Statistics for Windows, verzija 20.0.

Kao početni korak u analizi, provjerena je normalnost distribucije podataka. U skladu s Hair i sur. (2010), normalnost distribucije prikupljenih podataka provjerena je pomoću deskriptivnih analiza simetričnosti (*skewness*) i spljoštenosti (*kurtosis*), koji predstavljaju indikatore normalnosti distribucije. Utvrđeno je kako navedene statističke vrijednosti odgovaraju karakteristikama normalne distribucije, pri čemu se indeksi simetričnosti nalaze u rasponu od -2 do +2, a spljoštenosti u rasponu od -7 do +7, koje predlažu autori. Prema tome, s obzirom da distribucije varijabli ne odstupaju od normalne, provedene su parametrijske analize podataka, a kao mjere centralne tendencije i varijabiliteta izračunate su aritmetičke sredine i standardne devijacije. U nastavku slijedi prikaz deskriptivnih podataka varijabli mjerenih u ovom istraživanju (vremenski tijek, cikličnost, emocionalna reprezentacija, posljedice, osobna i medicinska kontrola, koherentnost i psihološke atribucije, kao podljestvice percepcije bolesti, katastrofiziranje te veličina i odvojenost bolesti, kao aspekti mjere patnje), koji se nalazi u Tablici 1.

Odvojenost bolesti od pojma o sebi (eng. *self-illness separation*, SIS; u daljnjem tekstu odvojenost bolesti) je rezultat koji se odnosi na identifikaciju osobe s bolesti, dok percipirana veličina bolesti (eng. *illness perception measure*, IPM; u daljnjem tekstu veličina bolesti) daje podatak o važnosti ili veličini koju osoba pridaje bolesti u svom životu.

Tablica 1. *Deskriptivni podaci korištenih mjera.*

	<i>N</i>	Teorijski raspon	Dobiveni raspon	<i>M</i>	<i>SD</i>	Indeks simetričnosti	Indeks spljoštenosti	Pouzdanost ( $\alpha$ )
Vremenski tijek	110	6-30	6-29	19.35	4.68	-0.40	0.44	.84
Cikličnost	110	4-20	4-20	13.57	2.68	-0.76	1.04	.63
Emocionalna reprezentacija	110	6-30	5-30	16.76	5.38	-0.13	-0.55	.82
Posljedice	109	6-30	6-28	15.16	4.48	0.33	-0.34	.73
Osobna kontrola	110	6-30	5-30	21.08	3.73	-0.66	2.74	.64

Medicinska kontrola	110	5-25	4-25	16.75	4.06	-0.45	0.41	.81
Koherentnost	110	5-25	2-25	15.38	4.07	-0.24	0.33	.73
Psihološke atribucije	109	6-30	6-30	19.24	5.17	-0.40	-0.43	.84
Rizični faktori	109	7-35	7-27	16.83	4.20	-0.14	-0.29	.61
Katastrofiziranje	82	0-24	0-19	7.06	5.50	0.51	-1.07	.91
Odvojenost bolesti	71	0-99	0-99	40.11	21.41	0.34	-0.33	/
Veličina bolesti	82	1-3	1-3	/	/	/	/	/

*Napomena:* *N* – broj ispitanika u uzorku, *M* – aritmetička sredina rezultata, *SD* – standardna devijacija

Iz Tablice 1. je vidljivo kako koeficijenti pouzdanosti korištenih mjera variraju u vrijednostima od .61 do .91. Iako je uvriježen kriterij prema kojem se koeficijenti pouzdanosti iznad .70 smatraju prihvatljivima, neki autori navode kako se i vrijednosti iznad .60 već mogu smatrati adekvatnima i zadovoljavajućima (George i Mallery, 2003; Taber, 2018), te se zaključuje kako korištene mjere pokazuju zadovoljavajuću pouzdanost i mogu se koristiti u daljnjoj analizi.

Srednje vrijednosti ispitanika u ovom istraživanju na dimenzijama percepcije bolesti u skladu su sa srednjim vrijednostima dobivenima u prethodnim istraživanjima provedenima na drugim kroničnim bolesnicima i oboljelima od IBS-a, a koja su varirala od 12.48 do 23.45 (Moss-Morris i sur., 2002), osim za srednje vrijednosti na podljestvici posljedica, koja se pokazala nešto nižom ( $M=23.45$ ,  $SD=3.89$ , u odnosu na ovo istraživanje  $M=15.16$ ,  $SD=4.48$ ), i podljestvici psiholoških atribucija, koja se pokazala višom u odnosu na prethodna istraživanja ( $M=12.48$ ,  $SD=5.21$ , naspram  $M=19.24$ ,  $SD=5.17$  u ovom istraživanju) (Moss-Morris i sur., 2002). Srednja vrijednost na skali katastrofiziranja u ovom istraživanju nešto je niža u odnosu na srednju vrijednost ispitanika u istraživanju Drossman i sur. (2000), koja je iznosila 10.1 ( $SD=7.7$ ). S obzirom na srednju vrijednost odvojenosti bolesti koju su Pletikosić Tončić i Tkalčić (2017) dobile u svom istraživanju na oboljelima od IBS-a, a koja je iznosila 46.25mm ( $SD=25.57$ ), vidljivo je kako je srednja vrijednost dobivena za istu varijablu u ovom istraživanju podjednaka te u skladu s prethodno dobivenim podacima.

Većina ispitanika, konkretno njih 41.4% ( $n=46$ ), prilikom procjene veličine bolesti odabire najmanji krug, 26.1% ( $n=29$ ) ispitanika odabire srednji, a 6.3% ( $n=7$ ) njih odabire najveći krug kako bi prikazali doživljaj vlastite bolesti. S obzirom da se pokazuje kako mali broj ispitanika odabire najveći krug u procjeni veličine bolesti, navedena skupina ispitanika spojena je s drugom skupinom. Veličina bolesti u daljnjim analizama time čini varijablu s dvije kategorije ispitanika koji su odabrali najmanji i srednji/veliki krug.

#### **4.1. Obrasci odabira i samostalnog navođenja uzroka bolesti**

Kako bi se odredili primarni uzročni faktori koje ispitanici najčešće povezuju uz IBS, deskriptivno su analizirani i u nastavku opisani obrasci odabira i samostalnog navođenja uzroka vlastite bolesti. Deskriptivnom analizom čestica podljestvice uzroka želio se dobiti uvid u to koliki je postotak slaganja ispitanika za svaki od pojedinih potencijalnih uzroka te koliko se svaki od uzroka pripisuje pojavi IBS-a. Na ovaj se način dobiva uvid i u to koje skupine uzročnih čimbenika oboljele osobe najčešće vežu uz IBS.

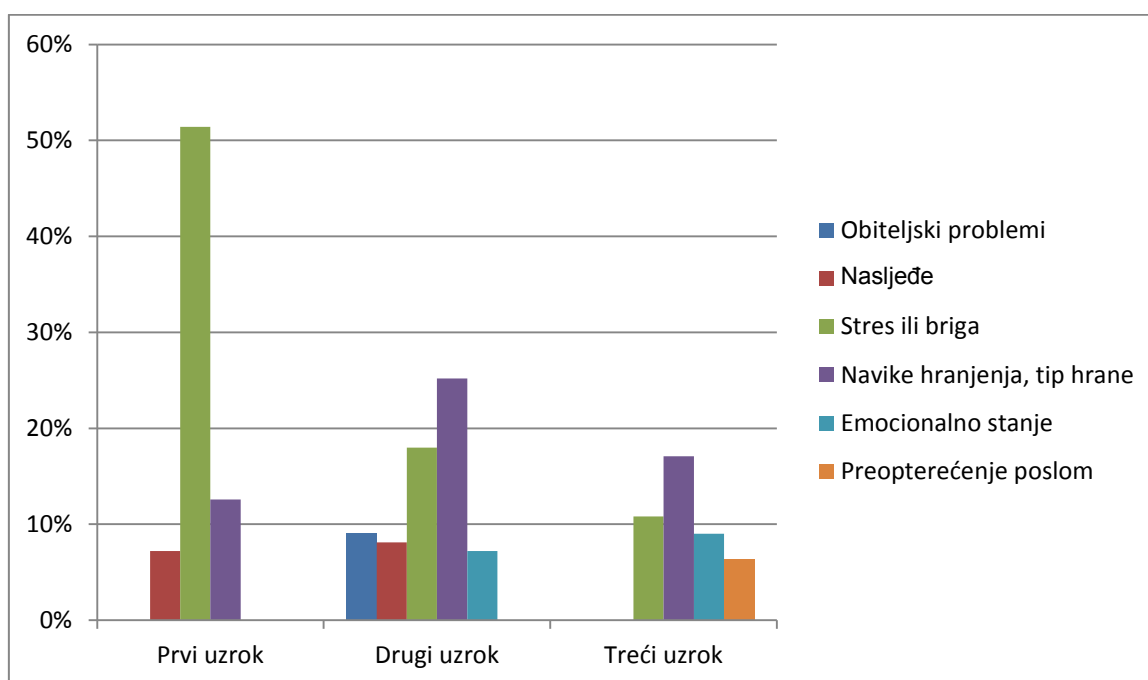
Iz Tablice 1. vidljivo je kako se ispitanici u prosjeku uglavnom slažu kako se psihološki čimbenici mogu smatrati uzrokom IBS-a ( $M=19.24$ ,  $SD=5.17$ ). Za rizične faktore postoji umjereno slaganje u procjeni faktora kao uzroka IBS-a ( $M=16.83$ ,  $SD=4.20$ ).

Podatak o tome koji uzrok ispitanici pripisuju javljanju IBS-a dobiven je na temelju postotka ispitanika koji su označili „slažem se“ (4) i „u potpunosti se slažem“ (5) prilikom procjene pojedinih uzroka bolesti na podljestvici uzroka. Najveći postotak ispitanika prepoznaje i odabire stres ili brigu kao uzrok IBS-a (75.6%), potom navike hranjenja (54%), brigu ili obiteljske probleme (54%) i preveliku zaokupljenost poslom (46.8%).

Prilikom samostalnog navođenja uzroka, od najviše do najmanje važnog, kao najvažniji razlog ispitanici ponovno u najvećem postotku navode stres ili brige (51.4%), dok nešto manji postotak ispitanika navodi i navike hranjenja ili tip hrane (12.6%) te nasljeđe (7.2%). Kao sljedeći najvažniji faktor ističu se navike hranjenja ili tip hrane (25.2%), kao i stres ili brige (18%), nakon čega slijede obiteljski problemi (9%), nasljeđe (8.1%) te emocionalno stanje osobe (7.2%). Na posljednjem mjestu od tri navedena razloga, kao važan faktor pacijenti navode ponovno navike hranjenja (17.1%), samo u manjem postotku nego prethodno, stres ili

brige (10.8%), kao i emocionalno stanje (9%) i preopterećenje poslom (6.3%). Pored uzročnih faktora navedenih u upitniku, ispitanici navode i neke dodatne uzroke, kao što su traumatska iskustva (1.8%) i komorbidna bolest, terapija ili lijek (2.7%). Može se uočiti kako ispitanici percipiraju stres ili brige, navike hranjenja, emocionalno stanje i nasljeđe dominantnim uzročnim faktorima IBS-a. U nastavku slijedi grafički prikaz postotka odgovora ispitanika s obzirom na tri samostalno navedena uzroka IBS-a (Slika 1.).

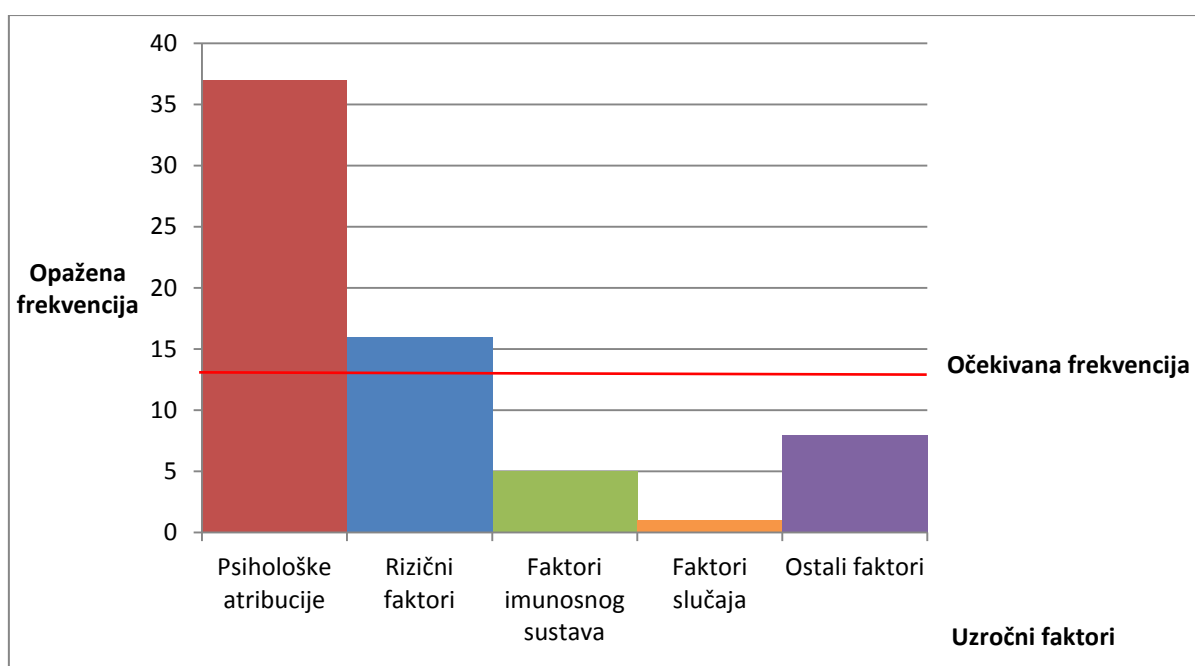
Slika 1. Postotak odgovora ispitanika s obzirom na tri samostalno navedena uzroka IBS-a.



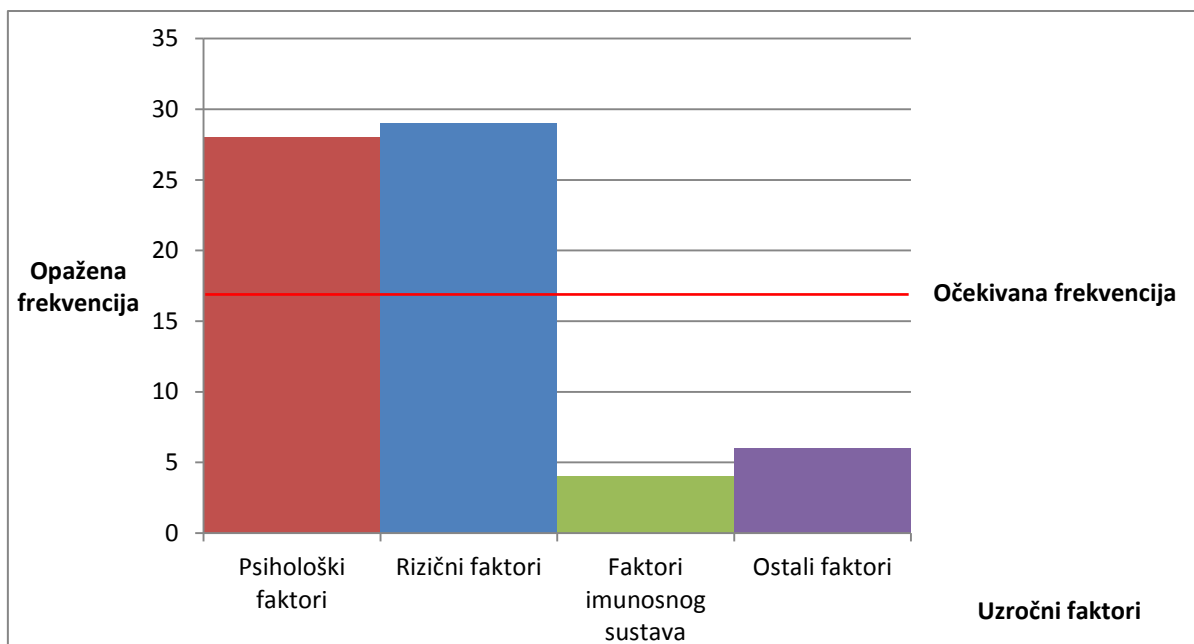
Pored deskriptivne analize samostalno navedenih uzroka vlastite bolesti, u ovom se radu također želio usporediti broj ispitanika koji navode određene skupine uzroka bolesti kao primarne uzroke IBS-a. Kako bi se to ispitalo provedena su tri Hi-kvadrat testa, uspoređujući broj ispitanika koji navodi psihološke atribucije, rizične faktore, faktore imunosnog sustava i slučajne faktore kao najvažniji uzrok IBS-a, odnosno uzrok koji se nalazi na prvom mjestu, a isto je učinjeno i za uzroke navedene i na drugom i trećem mjestu. Sva tri Hi-kvadrat testa pokazala su se značajnima ( $\chi^2_1=60.99$ ,  $df_1=4$ ,  $p<.01$ ;  $\chi^2_2=33.12$ ,  $df_2=3$ ,  $p<.01$ ;  $\chi^2_3=46.06$ ,  $df_3=4$ ,  $p<.01$ ), iz čega se može zaključiti kako nul-hipoteza o jednakoj distribuciji ispitanika u svakoj od skupina uzroka nije potvrđena te da postoji statistički značajna razlika u broju ispitanika koji navode određene skupine uzroka kao tri glavna uzroka svoje bolesti. Sukladno očekivanjima, najveći broj ispitanika kao prvi i najvažniji uzrok navodi psihološke faktore

( $f=37$ ), u odnosu na druge skupine uzročnih faktora, te se za tu skupinu uočava najveće odstupanje od vrijednosti očekivane prema nul-hipotezi, a nakon čega slijede rizični faktori ( $f=16$ ). Kao drugi najvažniji uzrok, ispitanici u najvećoj mjeri navode rizične faktore ( $f=29$ ), iako je broj ispitanika podjednak broju ispitanika koji navode psihološke atribucije ( $f=28$ ), a slično se pokazalo i za treći uzrok, pri čemu najveći broj ispitanika ponovno navodi psihološke atribucije ( $f=30$ ), a potom i rizične faktore ( $f=22$ ). Time je potvrđena prva hipoteza istraživanja prema kojoj se pretpostavljalo kako će veći broj ispitanika navesti psihološke čimbenike kao uzrok svoje bolesti u odnosu na rizične faktore, faktore imunosnog sustava i faktore slučaja. U nastavku slijede grafički prikazi očekivane i opažene distribucije ispitanika s obzirom na svaki od tri samostalno navedena uzroka te s obzirom na svaki od uzročnih čimbenika (Slika 2., Slika 3. i Slika 4.).

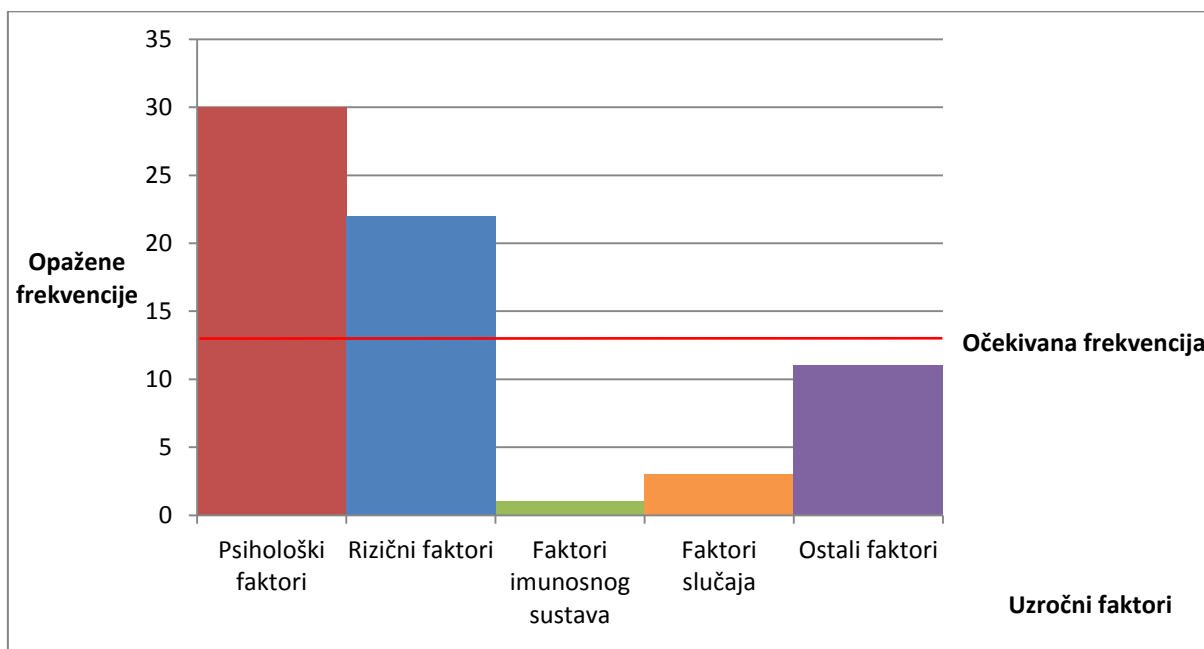
Slika 2. Očekivana i opažena frekvencija ispitanika za svaku od kategorija uzročnih faktora navedenih kao prvi razlog.



Slika 3. Očekivana i opažena frekvencija ispitanika za svaku od kategorija uzročnih faktora navedenih kao drugi razlog.



Slika 4. Očekivana i opažena frekvencija ispitanika za svaku od kategorija uzročnih faktora navedenih kao treći razlog.





#### **4.2. Povezanost dimenzija percepcije bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje**

Kako se istraživanje provodilo u dva dijela, jedno od metodoloških ograničenja koja se mogu javiti u istraživanjima takvog tipa je osipanje ispitanika. Zbog toga se za neke ispitanike u istraživanju ne dobivaju potpuni podaci, odnosno podaci na svim korištenim mjerama, s obzirom da su sudjelovali u jednoj, ali ne i drugoj fazi istraživanja. Navedeno je vidljivo prema podacima o broju ispitanika koji su ispunili svaki od korištenih upitnika (prikazano deskriptivnim podatkom  $N$  u Tablici 1.). Stoga su u daljnjim analizama korišteni podaci onih ispitanika koji su sudjelovali u svim dijelovima istraživanja, odnosno čiji su podaci potpuni, dok su podaci ostalih ispitanika isključeni iz analiza ( $N=67$ ).

Kako bi se ispitala povezanost aspekata percepcije bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje, kao i aspekata patnje međusobno, te kao preduvjet za daljnje provođenje linearne regresijske analize, navedene su varijable uvrštene u korelacijsku analizu. Korelacije varijabli u istraživanju i značajnost korelacija ispitane su računanjem Pearsonovog koeficijenta korelacije. Dobivene interkorelacije aspekata percepcije bolesti (vremenskog tijeka, cikličnosti, emocionalne reprezentacije, posljedica, osobne i medicinske kontrole, koherentnosti, psiholoških atribucija i rizičnih faktora), aspekata patnje (odvojenost i veličina bolesti) te katastrofiziranja prikazane su u Tablici 2.

Tablica 2. Interkorelacije varijabli korištenih u istraživanju (N=67).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Odvojenost bolesti	-										
2. Veličina bolesti	-.30*	-									
3.Vremenski tijek	-.13	.39**	-								
4.Cikličnost	-.05	.14	.31*	-							
5.Emocionalna reprezentacija	-.43**	.51**	.28*	.28*	-						
6.Posljedice	-.25*	.30*	.05	.19	.64**	-					
7.Osobna kontrola	.27*	-.12	-.04	.09	-.26*	-.25	-				
8.Medicinska kontrola	.03	-.27*	-.33**	.02	-.30*	-.14	.24	-			
9.Koherentnost	.15	-.24	-.02	-.09	-.35**	-.45**	.40**	.43**	-		
10.Psihološke atribucije	-.09	.24	.11	.31**	.52**	.16	.26*	-.11	-.17	-	
11.Rizični faktori	.20	.05	-.06	.06	-.02	.01	.43**	.19	.02	.30*	-
12.Katastrofiziranje	-.35**	.50**	.22	.19	.76**	.60**	-.35**	-.42**	-.36**	.35**	-.02

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

Iz matrice korelacija vidljivo je kako su odvojenost i veličina bolesti statistički značajno, umjereno i negativno povezani ( $r=-.30, p<.05$ ), što upućuje na to da ispitanici koji odabiru veći krug kako bi reprezentirali IBS, odnosno percipiraju bolest velikim dijelom vlastitog života, ujedno smatraju bolest bližom vlastitom pojmu o sebi, zbog čega je udaljenost manja, a što je i u skladu s očekivanjima.

Po pitanju povezanosti aspekata patnje i dimenzija percepcije bolesti, iz navedenih se koeficijenta korelacije može vidjeti kako su korelacije između odvojenosti bolesti i emocionalne reprezentacije ( $r=-.43, p<.01$ ) te posljedica ( $r=-.25, p<.05$ ) statistički značajne i negativne, dok je korelacija odvojenosti i osobne kontrole statistički značajna i pozitivna ( $r=.27, p<.05$ ). Veličina bolesti je statistički značajno, umjereno i pozitivno korelirana s vremenskim tijekom ( $r=.39, p<.01$ ), emocionalnom reprezentacijom ( $r=.51, p<.01$ ) i posljedicama ( $r=.30, p<.05$ ) te statistički značajno negativno korelirana s medicinskom kontrolom ( $r=-.27, p<.05$ ). Osobe koje percipiraju da IBS ima negativan emocionalni utjecaj na njih te ozbiljnije posljedice po njihov život, smatraju da bolest čini velik dio njihova života te ju smatraju bližom vlastitom pojmu o sebi. Oboljele osobe koje IBS doživljavaju kroničnom bolesti te u manjoj mjeri vjeruju kako je bolest moguće kontrolirati medicinskim tretmanom, također vide IBS kao velik dio vlastitog života, dok osobe koje percipiraju kako su u manjoj mogućnosti osobno kontrolirati IBS, bolest vide bližom vlastitom pojmu o sebi. Iako statistički značajna povezanost nije dobivena između ostalih dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje, dobivene značajne povezanosti i smjer povezanosti varijabli u skladu su s očekivanjima postavljenima na početku istraživanja.

Katastrofiziranje se pokazalo statistički značajno i umjereno povezano s oba aspekta patnje, pri čemu je dobivena negativna korelacija s odvojenosti bolesti ( $r=-.35, p<.01$ ), a pozitivna i umjerena korelacija s veličinom bolesti ( $r=.50, p<.01$ ), sukladno očekivanjima. Iz toga je vidljivo kako osobe koje se u većoj mjeri oslanjaju na katastrofiziranje, IBS vide bližim vlastitom pojmu o sebi te ga doživljavaju većim dijelom života.

Također, dobivena je statistički značajna pozitivna povezanost između katastrofiziranja i emocionalne reprezentacije ( $r=.76, p<.01$ ), posljedica ( $r=.60, p<.01$ ) i psiholoških atribucija ( $r=.35, p<.01$ ), kao i značajna negativna povezanost između katastrofiziranja i osobne kontrole ( $r=-.35, p<.01$ ), medicinske kontrole ( $r=-.42, p<.01$ ) i koherentnosti ( $r=-.36, p<.01$ ). Oboljele osobe koje percipiraju da IBS ima negativniji emocionalni utjecaj i više negativnih

posljedica po njihov život, imaju manje razumijevanje bolesti, uzrok bolesti pripisuju psihološkim čimbenicima te u manjoj mjeri vjeruju u efikasnost medicinskog tretmana i mogućnost osobnog kontroliranja bolesti, ujedno se češće oslanjaju na katastrofiziranje, kao strategiju suočavanja s bolesti.

### **4.3. Medijacijski efekt katastrofiziranja na odnos dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje**

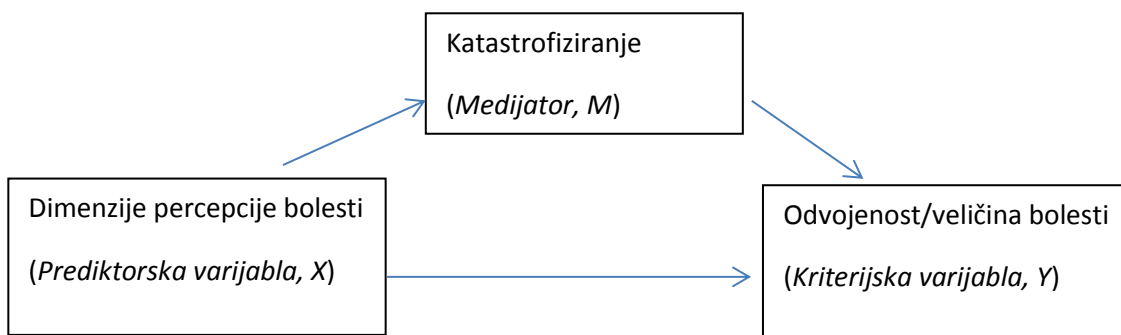
Kako bi se ispitaio medijacijski efekt katastrofiziranja na odnos između dimenzija percepcije bolesti i odvojenosti i veličine bolesti, kao indikatora razine patnje oboljelih, proveden je niz regresijskih analiza. Pretpostavlja se da bi katastrofiziranje, kao strategija suočavanja s bolesti, moglo posredovati u odnosu između reprezentacije vlastite bolesti te patnje kao ishoda bolesti, zbog čega je testiran medijacijski efekt.

Testiranje medijacije zahtijeva zadovoljavanje četiri uvjeta kako bi se moglo tvrditi da katastrofiziranje zaista ima medijacijski efekt u odnosu prediktorskih varijabli (dimenzija percepcije bolesti) i kriterija (aspekata patnje). Slijedeći četiri koraka, koja su postavili Baron i Kenny (1986), prvo se provjerava doprinos prediktorske varijable (dimenzija percepcije bolesti) u objašnjenju varijance kriterija (odvojenosti i veličine bolesti). U tu je svrhu proveden niz jednostavnih regresijskih analiza, kojima se utvrđuje izravan utjecaj percepcije bolesti na patnju. U drugom se koraku pretpostavlja da će prediktorska varijabla (dimenzija percepcije bolesti) imati efekt na medijatorsku varijablu (katastrofiziranje), odnosno ispitan je doprinos dimenzija percepcija bolesti, kao prediktora, u objašnjenju varijance katastrofiziranja, kao kriterija, pomoću jednostavnih regresijskih analiza. U trećem se koraku utvrđuje doprinos prediktorskih varijabli (dimenzije percepcije bolesti) u objašnjenju kriterija (odvojenosti i veličine bolesti), nakon što je u jednostavnu regresijsku analizu uvršten i medijator (katastrofiziranje), pri čemu se očekuje da će medijator imati efekt na kriterijsku varijablu. Na posljetku, želi se ispitati posreduje li medijator u odnosu dimenzija percepcije bolesti i patnje djelomično ili potpuno, pri čemu, ukoliko je efekt prediktora na kriterij neznačajan nakon kontrole medijacijske varijable, medijacija se smatra potpunom, dok ukoliko taj efekt ipak ostaje značajan, no smanjen nakon kontrole medijatora, zaključuje se o

djelomičnoj medijaciji katastrofiziranja u odnosu dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje.

Za jednostavnije razumijevanje odnosa koji se žele ispitati, na Slici 5. u nastavku shematski je prikazan opći model medijacijskog utjecaja prema Baronu i Kennyju (1986) zajedno s modelom medijacijskog utjecaja varijabli korištenih u ovom istraživanju.

Slika 5. Model medijacijskog efekta prema Baronu i Kennyju (1986), uz varijable korištene u ovom istraživanju.



Preostaje testirati indirektan efekt medijatorske varijable. Indirektan efekt daje podatak o značajnosti smanjenja ukupnog efekta, odnosno efekta prediktora na ishodnu varijablu, nakon uključivanja medijatora u model. Značajnost indirektnog efekta prema Sobelu (1982) određuje se pomoću omjera veličine indirektnog efekta i njegove standardne pogreške, a formula za taj izračun glasi:  $z = ab / \sqrt{(b^2 s_a^2) + (a^2 s_b^2)}$ , pri čemu  $a$  označava put od prediktorske varijable do medijatora, odnosno nestandardizirani regresijski koeficijent tog puta, a  $s_a$  predstavlja standardnu pogrešku tog puta, dok  $b$  predstavlja put od medijatora do kriterijske varijable, uz  $s_b$  kao standardnu pogrešku puta. Smatra se da je indirektan efekt značajan, kao i medijacija, ukoliko je izračunat  $z$  veći od vrijednosti 1.96 (Sobel, 1982).

S obzirom na to da su samo neke od dimenzija percepcije bolesti pokazale značajnu korelaciju s aspektima patnje i katastrofiziranjem (vidljivo u Tablici 2.), te su varijable korištene u daljnjim regresijskim analizama, kako je povezanost, prema Baronu i Kennyju (1986), preduvjet za provjeru prediktivnosti. Stoga su u svrhu ispitivanja medijacijskog efekta u odnosu dimenzija percepcije bolesti i patnje te predikcije odvojenosti bolesti korištene varijable emocionalne reprezentacije, osobne kontrole i posljedica, dok su u svrhu ispitivanja predikcije veličine bolesti korištene varijable emocionalne reprezentacije, posljedica,

vremenskog tijeka i medicinske kontrole. Rezultati provedenih regresijskih analiza opisani su u nastavku te prikazani u Tablici 3.1. i Tablici 3.2.

#### 4.3.1. Medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu emocionalne reprezentacije, osobne kontrole i posljedica te odvojenosti bolesti

Proveden je niz standardnih regresijskih analiza u kojima je testirana prediktivna vrijednost emocionalne reprezentacije, osobne kontrole i posljedica u objašnjenju odvojenosti bolesti, kao i medijacijski efekt katastrofiziranja u navedenim odnosima.

Iako su rezultati regresijske analize, vidljivo u Tablici 3.1., pokazali kako je na temelju emocionalne reprezentacije moguće predvidjeti odvojenost bolesti te katastrofiziranje, katastrofiziranje se nije pokazalo značajnim prediktorom odvojenosti bolesti ( $\beta = -.06$ ,  $p > .05$ ). Isto tako, Sobelov test je pokazao kako medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu između emocionalne reprezentacije i odvojenosti bolesti nije značajan ( $z = -0.32$ ,  $p > .05$ ). Time se zaključuje kako katastrofiziranje nema medijacijski efekt na navedeni odnos, suprotno postavljenim očekivanjima.

Tablica 3.1. *Rezultati regresijskih analiza kojima se testirao medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu emocionalne reprezentacije, osobne kontrole i posljedica (prediktorske varijable) te odvojenosti bolesti (kriterijska varijabla) (N=67).*

Prediktor – kriterij	$\beta$	$R^2$	$F$	$df$
<i>1. Regresijska analiza</i>				
Emocionalna reprezentacija – odvojenost bolesti	-.43**	.18	14.67**	1,65
<i>2. Regresijska analiza</i>				
Emocionalna reprezentacija – katastrofiziranje	.76**	.57	87.25**	1,65
<i>3. Regresijska analiza</i>				
Emocionalna reprezentacija i katastrofiziranje – odvojenost bolesti	-.39*	.19	7.29**	2,64
	-.06			

<i>1.Regresijska analiza</i>		.06	4.14*	1,65
Posljedice – odvojenost bolesti	-.25*			
<i>2.Regresijska analiza</i>		.36	37.23**	1,65
Posljedice – katastrofiziranje	.60**			
<i>3.Regresijska analiza</i>		.12	4.50*	2,64
Posljedice i	-.05			
katastrofiziranje – odvojenost bolesti	-.32*			
<i>1.Regresijska analiza</i>		.07	4.98*	1,65
Osobna kontrola – odvojenost bolesti	.27*			
<i>2.Regresijska analiza</i>		.12	8.92**	1,65
Osobna kontrola – katastrofiziranje	-.55**			
<i>3.Regresijska analiza</i>		.15	5.45**	2,64
Osobna kontrola i	.17			
katastrofiziranje – odvojenost bolesti	-.29*			
* $p < .05$ ; ** $p < .01$				

U okviru odnosa posljedica i odvojenosti bolesti, nakon uvrštavanja medijatora u regresijsku analizu učinak posljedica na odvojenost bolesti više nije bio značajan ( $\beta = -.05$ ,  $p > .05$ ), što upućuje na to da katastrofiziranje potpuno posreduje u odnosu između posljedica i odvojenosti bolesti. Izračunom Sobelovog testa pokazalo se kako se medijacijski efekt katastrofiziranja u tom odnosu može smatrati statistički značajnim ( $z = -2.03$ ,  $p < .05$ ), što je u skladu s očekivanjima. Time se zaključuje kako oboljele osobe koje percipiraju da njihova bolest ima negativne posljedice po njihov život ujedno imaju nisku odvojenost bolesti od pojma o sebi te doživljaju veću patnju, a taj je odnos u potpunosti posredovan katastrofiziranjem.

Iako rezultati upućuju kako osobna kontrola predstavlja značajan prediktor odvojenosti bolesti i katastrofiziranja, te unatoč dobivenoj promjeni u regresijskim koeficijentima osobne kontrole nakon što je u analizu uvršteno katastrofiziranje, medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu između osobne kontrole i odvojenosti bolesti nije se pokazao statistički značajnim

( $z=1.86, p>.05$ ). Stoga se zaključuje kako katastrofiziranje ne posreduje u navedenom odnosu, čime hipoteza istraživanja nije potvrđena.

#### 4.3.2. Medijacijski efekt u odnosu emocionalne reprezentacije, posljedica, vremenskog tijeka i medicinske kontrole te veličine bolesti

Ponovno je proveden niz standardnih regresijskih analiza, no ovoga je puta testirana prediktivna vrijednost emocionalne reprezentacije, posljedica, vremenskog tijeka i medicinske kontrole za veličinu bolesti, kao i medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosima navedenih varijabli.

Emocionalna reprezentacija se, kao i u slučaju odvojenosti bolesti, pokazala značajnim prediktorom katastrofiziranja i veličine bolesti, što je vidljivo iz Tablice 3.2. S obzirom da se katastrofiziranje ne pokazuje prediktorom veličine bolesti ( $\beta=.26, p>.05$ ), a Sobelov test ne pokazuje značajan medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu između emocionalne reprezentacije i veličine bolesti ( $z=1.57, p>.05$ ), zaključuje se kako katastrofiziranje ne posreduje u odnosu između emocionalne reprezentacije i veličine bolesti, čime hipoteza istraživanja nije potvrđena.

Tablica 3.2. *Rezultati regresijskih analiza kojima se testirao medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu emocionalne reprezentacije, posljedica, vremenskog tijeka i medicinske kontrole (prediktorske varijable) te veličine bolesti (kriterijska varijabla) (N=67).*

Prediktor – kriterij	$\beta$	$R^2$	$F$	$df$
<i>1.Regresijska analiza</i>				
Emocionalna reprezentacija – veličina bolesti	.51**	.26	22.45**	1,65
<i>2.Regresijska analiza</i>				
Emocionalna reprezentacija – katastrofiziranje	.76**	.57	87.25**	1,65



<i>3.Regresijska analiza</i>		.29	12.80**	2,64
Emocionalna reprezentacija i katastrofiziranje – veličina bolesti	.31			
	.26			
<hr/>				
<i>1.Regresijska analiza</i>		.09	6.54*	1,65
Posljedice – veličina bolesti	.30*			
<i>2.Regresijska analiza</i>		.36	37.23**	1,65
Posljedice – katastrofiziranje	.60**			
<i>3.Regresijska analiza</i>		.25	10.,37**	2,64
Posljedice i katastrofiziranje – veličina bolesti	.01			
	.49**			
<hr/>				
<i>1.Regresijska analiza</i>		.07	4.98*	1,65
Medicinska kontrola – veličina bolesti	-.27*			
<i>2.Regresijska analiza</i>		.18	13.98**	1,65
Medicinska kontrola – katastrofiziranje	-.42**			
<i>3.Regresijska analiza</i>		.25	10.60**	2,64
Medicinska kontrola i katastrofiziranje – veličina bolesti	-.07			
	.47**			
<hr/>				
<i>1.Regresijska analiza</i>		.15	11.67**	1,65
Vremenski tijek – veličina bolesti	.39**			
<i>2.Regresijska analiza</i>		.05	3.36	1,65
Vremenski tijek – katastrofiziranje	.22			
<i>3.Regresijska analiza</i>		.33	15.58**	2,64
Vremenski tijek i katastrofiziranje – veličina bolesti	.30**			
	.43**			

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$

Pri testiranju medijacijskog efekta u odnosu između posljedica i veličine bolesti, pokazalo se da se katastrofiziranje može smatrati potpunim medijatorom u odnosu. Također, dobiveno je kako je medijacijski efekt katastrofiziranja u navedenom odnosu značajan ( $z=3.62$ ,  $p<.01$ ). Iz toga slijedi da osobe koje vjeruju kako IBS ima negativne posljedice po njihov život ujedno više katastrofiziraju te imaju doživljaj da bolest zauzima velik dio njihova života, odnosno

doživljavaju veću patnju, pri čemu posljedice imaju i indirektan efekt na patnju, putem katastrofiziranja koje potpuno posreduje taj odnos. Time je i potvrđena hipoteza istraživanja.

Slično se pokazalo i u odnosu između medicinske kontrole i veličine bolesti, u kojem je dobivena značajna promjena u regresijskim koeficijentima medicinske kontrole, prije i nakon što je uneseno katastrofiziranje kao medijator, pokazano Sobelovim testom ( $z=-2.71$ ,  $p<.01$ ). Na temelju toga se zaključuje kako katastrofiziranje potpuno posreduje u odnosu između medicinske kontrole i veličine bolesti, sukladno očekivanjima. Osobe koje u manjoj mjeri vjeruju u mogućnost efikasnog kontroliranja IBS-a medicinskim tretmanom, bolest percipiraju velikim ili važnim dijelom vlastitog života te doživljavaju veću patnju, pri čemu katastrofiziranje u potpunosti posreduje navedeni odnos.

Na posljetku, ispitan je medijacijski efekt katastrofiziranja u odnosu između dimenzije vremenskog tijeka i veličine bolesti, a rezultati provedenih regresijskih analiza su pokazali kako se na temelju vremenskog tijeka može predviđati veličina bolesti, no ne i katastrofiziranje. S obzirom na to da Sobelov test nije pokazao značajan medijacijski efekt katastrofiziranja ( $z=1.66$ ,  $p>.05$ ), zaključuje se kako katastrofiziranje ne posreduje u povezanosti između vremenskog tijeka i veličine bolesti, čime početno postavljena hipoteza nije potvrđena.

## **5. RASPRAVA**

Iako je broj istraživanja usmjerenih na ispitivanje psiholoških čimbenika u kontekstu IBS-a u porastu, i dalje postoje brojni aspekti bolesti koje je potrebno dodatno istražiti kako bi se povećalo razumijevanje kompleksne prirode bolesti. Stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati ulogu koju dimenzije percepcije bolesti te katastrofiziranje, kao strategija suočavanja, imaju u doživljavanju patnje osoba oboljelih od sindroma iritabilnog crijeva. Pritom se željelo opisati obrasce uzroka bolesti koje oboljeli pripisuju razvoju IBS-a, ispitati povezanost dimenzija percepcije bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje te ispitati posredovanje katastrofiziranja u odnosu dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje.

### **5.1. Obrasci odabira i samostalnog navođenja uzroka bolesti**

U sklopu istraživanja, analizirane su čestice podljestvice uzroka Upitnika percepcije bolesti kako bi se dobio uvid u to koliko pacijenti svaki od potencijalnih uzroka bolesti pripisuju pojavi IBS-a. Time se ujedno željelo odgovoriti na prvi problem istraživanja. Najveći postotak ispitanika odabrao je stres ili brigu kao dominantan uzrok IBS-a, nakon kojeg slijede navike hranjenja, obiteljski problemi, zaokupljenost poslom, emocionalno stanje i nasljeđe. Može se zaključiti kako ispitanici ponajviše vjeruju da su do razvoja bolesti doveli psihološki čimbenici, u prvom planu stres ili brige, te navike hranjenja. Psihološke atribucije uključuju čimbenike poput stresa ili brige, emocionalnog stanja osobe, obiteljskih problema ili preopterećenosti poslom. Podaci su u skladu s literaturom, prema kojoj su intrapsihički čimbenici i stres od posebne važnosti za pacijente oboljele od IBS-a te ih pacijenti često i prepoznaju kao dominantne uzročne čimbenike, što odražava njihove subjektivne kauzalne pretpostavke o bolesti (Riedl i sur., 2009). Dosad se pokazalo kako je izloženost stresnim događajima povezana s IBS-om, pri čemu stres zaista može utjecati na rad gastrointestinalnog sustava. Osobe oboljele od IBS-a, u odnosu na osobe oboljele od sličnih bolesti ili zdravu populaciju, češće izjavljuju o doživljavanju stresnih događaja (poput teškoća u međuljudskim odnosima, bračnih ili obiteljskih problema ili prekida veze, ali i većih stresnih situacija, poput smrti bliskog člana obitelji) (Surdea-Blaga i sur., 2012), a velik broj osoba doživjelo je neki stresni događaj prije nego što im je dijagnosticiran IBS (Darnley i Millar, 2003). Češće doživljavanje stresnih događaja kod osoba oboljelih od IBS-a pokazalo se i na hrvatskom uzorku (Grubić i sur., 2014), zbog čega ne čudi da ispitanici u ovom uzorku prepoznaju stres

kao dominantan uzrok bolesti. Činjenice i podaci poput ovih, pored kulture, socijalne komunikacije ili osobnih iskustava s bolesti, predstavljaju važne izvore informacija i oblikuju vjerovanja oboljelih o uzroku njihove bolesti. Također, stres se često procjenjuje uzročnim faktorom različitih bolesti, što neki autori objašnjavaju činjenicom da sam termin ima široko značenje te se kao takav može primijeniti za objašnjenje različitih bolesti (Vaughan, 1999). Pojava IBS-a često se, pored stresu, također pripisuje psihološkim faktorima poput emocionalnog stanja. Primjer toga je doživljavanje ljutnje koja povećava aktivnost mišića u kolonu, djelujući time na simptome sindroma (Darnley i Millar, 2003), što ponovno može oblikovati vjerovanja oboljelih o uzroku bolesti i razlogu javljanja simptoma. Zbog samih funkcionalnih obilježja IBS-a te povezanosti rada gastrointestinalnog trakta i mozga, a posljedično i konzistentnog povezivanja simptoma i uzroka IBS-a sa psihološkim čimbenicima, očekivano je da će ispitanici u ovom istraživanju uzrok bolesti češće psihološki atribuirati, u odnosu na druge skupine uzročnih čimbenika, poput faktora imunskog sustava ili faktora slučaja. Navedeno potvrđuju i rezultati usporedbe broja ispitanika koji navode određene skupine uzroka kao uzrok IBS-a, kojima se pokazuje kako najveći broj ispitanika u ovom istraživanju kao prvi i najvažniji uzrok navodi psihološke čimbenike, nakon čega slijede rizični faktori, kao što su nasljeđe, navike hranjenja, ponašanje osobe ili starenje. Podaci da pacijenti prepoznaju navike hranjenja kao važan uzročni čimbenik u skladu su s podacima u literaturi, prema kojima oko 75% oboljelih osoba vjeruje kako su, pored anksioznosti i depresije, čimbenici vezani uz prehranu uzročnici IBS-a (Lacy i sur., 2007). Iako se pokazuje da je netolerancija na hranu vjerojatnije posljedica, a ne uzrok bolesti, vjerovanje kako je netolerancija na određenu hranu čimbenik koji uzrokuje javljanje simptoma IBS-a, uvriježeno je u populaciji. Neki tipovi hrane često mogu pogoršati simptome, zbog čega oboljeli mogu povezivati određenu hranu s boli i ostalim simptomima, te uslijed toga izbjegavati određeni tip hrane. Kao što je već uvedeno spomenuto, sam način jedenja hrane također može potaknuti simptome (Darnley i Millar, 2003), što je ponovno u skladu s vjerovanjima ispitanika o navikama hranjenja ili tipu hrane kao važnim čimbenicima u podlozi javljanja IBS-a.

## **5.2. Povezanost dimenzija percepcije bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje**

Kako bi se odgovorilo na drugi problem postavljen u istraživanju, ispitana je povezanost dimenzija percepcije bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje. Analiza je pokazala negativnu povezanost odvojenosti i veličine bolesti, kao aspekata patnje, pri čemu je veća odvojenost bolesti od pojma o sebi povezana s manjom veličinom bolesti, što je i u skladu s očekivanjima. Niska, no značajna negativna korelacija između aspekata patnje dobivena je i u drugim istraživanjima, u kojima je PRISM također primijenjen na uzroku oboljelih od IBS-a (Pletikosić Tončić i Tkalčić, 2017), kao i na oboljelima od dijabetesa tipa 1 i 2 (Klis i sur., 2008). Oba podatka, koji se odnose na percepciju da bolest zauzima velik dio života oboljele osobe te na visoku identifikaciju osobe s bolesti, odnosno percepciju bolesti bliskom pojmu o sebi, upućuju na doživljavanje više razine subjektivne nelagode i patnje, zbog čega je i očekivana njihova povezanost. Time se zaključuje kako se osobe oboljele od IBS-a koje smatraju kako bolest zauzima velik dio njihovog života i predstavlja velik problem, s njom više i identificiraju.

Nadalje, dobivene su povezanosti između nekih od dimenzija percepcija bolesti i aspekata patnje. Iako su značajnost i smjer dobivenih povezanosti u skladu s postavljenim hipotezama, povezanost se nije pokazala značajnom za sve dimenzije, zbog čega je hipoteza djelomično potvrđena. Konkretno, odvojenost bolesti negativno je povezana s emocionalnom reprezentacijom i posljedicama te pozitivno povezana s osobnom kontrolom, dok je veličina bolesti pozitivno povezana s vremenskim tijekom, emocionalnom reprezentacijom i posljedicama te negativno povezana s medicinskom kontrolom. Oboljeli od IBS-a koji vjeruju u negativan emocionalni utjecaj te ozbiljnije posljedice bolesti, percipiraju bolest velikim dijelom života te se više identificiraju s njom. Isto tako, oni koji IBS percipiraju kao kroničnu bolest te bolest koju je teško liječiti medicinskim tretmanom smatraju ga velikim dijelom života, dok oni koji vjeruju u nisku mogućnost osobnog kontroliranja bolesti, IBS vide bližim vlastitom pojmu o sebi. Time se pokazuje kako je percepcija bolesti povezana s patnjom kao ishodom bolesti, što je u skladu s nalazima prethodnih istraživanja za različite zdravstvene ishode. Meta-analiza istraživanja u ovoj domeni pokazuje kako su vjerovanja o postojanju ozbiljnih posljedica bolesti, negativnih emocionalnih posljedica, percepcija niske mogućnosti kontroliranja i izlječenja bolesti te percepcija većeg broja simptoma bolesti povezani s negativnim ishodima, poput anksioznosti, depresivnosti ili snižene kvalitete života (Broadbent

i sur., 2015), zbog čega ne čudi njihova povezanost i s patnjom oboljelih osoba. Slično se pokazalo u istraživanju Ruttera i Ruttera (2002), kod kojih je anksioznost bila povezana s vjerovanjima o psihološkim uzrocima IBS-a i postojanju ozbiljnih posljedica, isto kao i depresija, koja je također bila povezana s vjerovanjima o niskoj mogućnosti kontrole. Nalazi prethodnih istraživanja mogu se povezati s onima dobivenim u ovom istraživanju s obzirom da se radi o negativnim zdravstvenim ishodima te s obzirom na povezanost viših razina patnje s češćim doživljavanjem depresivnog raspoloženja i višim razinama anksioznosti (Sándor i sur., 2020). Isto tako, osobe oboljele do IBS-a koje percipiraju bolest udaljenom od vlastitog pojma o sebi, ujedno percipiraju bolest manjim dijelom vlastitog života, pokazuju višu kvalitetu života te niže razine anksioznosti i ozbiljnosti simptoma (Pletikosić Tončić i Tkalčić, 2017). Ovakva vjerovanja o ozbiljnijim posljedicama, dugom trajanju te niskoj mogućnosti liječenja bolesti mogu kod oboljele osobe stvoriti doživljaj prijetnje njenom zdravlju i dobrobiti te povećati brigu oko vlastitog zdravstvenog stanja. Osobe tako mogu biti pod stresom zbog nepredvidivosti bolesti, mogućnosti pogoršanja simptoma, potrebe za dugotrajnim nošenjem i suočavanjem sa simptomima ili posljedicama koje će bolest ostaviti po njihov život, funkcioniranje i obnašanje uloga, zbog čega pacijenti često izjavljuju o visokom opterećenju simptomima i visokoj patnji (Sherwin i sur., 2016), što može objasniti dobivene rezultate. Rezultati su isto tako u skladu s pretpostavkama zdravorazumskog modela bolesti, od kojeg istraživanje i polazi, a koji predlaže odnos između kognitivne reprezentacije pacijenata o bolesti i njenim karakteristikama te ishoda bolesti (Knowles i sur., 2017).

Nadalje, prateći pretpostavke zdravorazumskog modela, pretpostavlja se kako su strategije suočavanja u odnosu s percepcijom bolesti te ishodima bolesti, što se pokazalo i u ovom istraživanju. Katastrofiziranje je, kao strategija suočavanja, povezana s oba aspekta patnje, kao i s nekim dimenzijama percepcije bolesti, sukladno očekivanjima. Pozitivna povezanost dobivena je između katastrofiziranja i emocionalne reprezentacije, posljedica i psiholoških atribucija, a negativna povezanost između katastrofiziranja i osobne kontrole, medicinske kontrole i koherentnosti. Oboljele osobe koje vjeruju da IBS ima negativniji emocionalni utjecaj i ostavlja više negativnih posljedica po njihov život, u manjoj mjeri razumiju bolest i vjeruju u mogućnost osobne i medicinske kontrole bolesti, a uzrok bolesti pripisuju psihološkim čimbenicima, ujedno se češće u suočavanju s bolesti oslanjaju na katastrofiziranje. Rezultati su očekivani s obzirom da, između ostalog, reprezentacija bolesti služi vođenju ponašanja oboljele osobe pri nošenju s bolesti, zbog čega se ta ponašanja

konzistentno i povezuju s percepcijom bolesti. Dosad se katastrofiziranje pokazalo povezanim sa svim aspektima reprezentacije koju pacijenti imaju o bolesti, a ta je veza najснаžnija za percepciju posljedica i emocionalnu reprezentaciju bolesti. Isto tako, postojanje negativne povezanosti pokazalo se između katastrofiziranja te percepcije kontrole i razumijevanja bolesti (Sherwin i sur., 2016), što je u skladu s rezultatima ovog istraživanja. Slični su rezultati u prethodnim istraživanjima dobiveni za različite adaptivne i maladaptivne strategije suočavanja. Primjerice, dimenzija posljedica povezana je sa strategijama poput suzdržanosti, ventiliranja emocija ili izbjegavanja, dok je percepcija bolesti kao kontrolabilne pozitivno povezana s pozitivnom reinterpretacijom, aktivnim suočavanjem i planiranjem, ali negativno s izbjegavajućim ponašanjem (Rutter i Rutter, 2002).

U ovom je istraživanju također dobiveno da osobe koje se u većoj mjeri oslanjaju na katastrofiziranje, IBS vide bližim vlastitom pojmu o sebi te ga doživljavaju većim dijelom života, odnosno doživljavaju više razine patnje uslijed bolesti. S obzirom da se katastrofiziranje temelji na negativnoj procjeni posljedica simptoma, zbog čega se precjenjuje postojeća prijetnja te osoba procjenjuje da nema potrebne kapacitete za suočavanje s boli (Lackner i sur., 2004), vjerojatno je da se povećava i subjektivna nelagoda te opterećenje osobe s bolesti. To potvrđuje i činjenica da se maladaptivne strategije suočavanja konzistentno pokazuju povezanim s mjerama poput boli ili negativnog afekta (Harland i Georgieff, 2003), dok se udaljenost bolesti, kao aspekt patnje, kod pacijenata koji boluju od kronične boli pokazala negativno povezanom s katastrofiziranjem boli, posebice s ruminacijom, uvećanjem i bespomoćnosti (Kassardjian i sur., 2008), što je i u skladu s dobivenim nalazima. Prema Pletikosić Tončić i Tkalčić (2017), u čijem je istraživanju također primijenjen PRISM, pacijenti oboljeli od IBS-a koji češće koriste izbjegavajuća ponašanja i više brinu o simptomima, vide bolest središnjim aspektom u vlastitom životu, iz čega je ponovno vidljivo da su maladaptivne strategije suočavanja povezane s višom patnjom. Povezanost adaptivnih strategija suočavanja s pozitivnim ishodima te maladaptivnih strategija s negativnim ishodima bolesti pokazala se u različitim istraživanjima (Fortune i sur., 2002; Moss-Morris i sur., 1996; Rutter i Rutter, 2002), dok se povezanost percepcije bolesti, strategija suočavanja i zdravstvenih ishoda također pokazuje za različite kronične bolesti, pored IBS-a (Heijmans, 1999; Moss-Morris i sur., 1996; Scharloo i sur., 1998), što potvrđuje važnost i konzistentnost odnosa varijabli. Ispitivanje takvih povezanosti odgovara na pitanje kako je pacijentov pogled na vlastitu bolest povezan s njegovim ponašanjem i svakodnevnim

aktivnostima koje poduzima kako bi se suočio s bolesti, te s različitim zdravstvenim ishodima.

### **5.3. Medijacijski efekt katastrofiziranja na odnos dimenzija percepcije bolesti i aspekata patnje**

Naposljetku, kako bi se odgovorilo na treći problem postavljen u ovom istraživanju, proveden je niz regresijskih analiza te izračunat Sobelov test, s ciljem ispitivanja medijacijskog efekta katastrofiziranja na odnos između dimenzija percepcije bolesti te odvojenosti i veličine bolesti, kao indikatora razine patnje oboljelih. Prema modelu kojeg su postavili Leventhal i suradnici (1980; prema Hagger i Orbell, 2003), vjerovanja i reprezentacije o bolesti mogu biti direktno povezane sa zdravstvenim ishodima, no utjecati na njih i indirektno, djelujući pritom na strategije suočavanja koje čine posrednika u tom odnosu i posljedično utječu na ishode. Zbog toga se pretpostavljalo se da će katastrofiziranje posredovati u navedenom odnosu, što se i pokazalo za neke od dimenzija percepcije bolesti. Rezultati provedenih analiza pokazali su kako katastrofiziranje posreduje u odnosu posljedica i odvojenosti bolesti. Dakle, oboljele osobe koje percipiraju da IBS ostavlja negativne posljedice po njihov život snažno se identificiraju s bolesti i doživljavaju veću patnju, pri čemu je taj odnos u potpunosti posredovan katastrofiziranjem, putem kojeg posljedice indirektno utječu na patnju. Također, sukladno očekivanjima, dobiveno je kako katastrofiziranje posreduje u odnosu između posljedica i veličine bolesti te odnosu između medicinske kontrole i veličine bolesti. Iz toga slijedi da osobe koje percipiraju postojanje ozbiljnih posljedica IBS-a te koje u manjoj mjeri smatraju kako je IBS moguće efikasno kontrolirati i liječiti medicinskim tretmanom ujedno više katastrofiziraju te doživljavaju bolest velikim i važnim dijelom njihova života, odnosno doživljavaju veću patnju, a katastrofiziranje u potpunosti posreduje taj odnos. S druge strane, katastrofiziranje ne posreduje u odnosu između emocionalne reprezentacije i veličine bolesti, u odnosu između vremenskog tijeka i veličine bolesti, kao ni u odnosu emocionalne reprezentacije i odvojenosti bolesti te odnosu između osobne kontrole i odvojenosti bolesti, suprotno postavljenim očekivanjima. Dobiveni rezultati o posredovanju katastrofiziranja u skladu su s nalazima prethodno provedenih istraživanja, u kojima se pokazuje kako različite strategije suočavanja mogu posredovati u odnosu vjerovanja o bolesti te različitih zdravstvenih ishoda. Tako se depresija, kao i patnja oboljelih, može predvidjeti vjerovanjima



u ozbiljnost posljedica bolesti te strategijama suočavanja poput suzdržavanja ili ponašajnog izbjegavanja. Pacijenti oboljeli od IBS-a koji imaju slaba vjerovanja o mogućnosti kontrole bolesti češće se oslanjaju na maladaptivne strategije suočavanja, koje posljedično utječu na depresiju. Vjerovanja o bolesti također su direktno predviđala anksioznost, ali i indirektno preko strategije ventiliranja emocija. Autori time zaključuju kako se percepcija bolesti pokazuje važnim prediktorom zdravstvenih ishoda, pri čemu u odnosu reprezentacije bolesti i ishoda posreduju strategije suočavanja (Rutter i Rutter, 2002), što je potvrdilo i ovo istraživanje. U istraživanju Knowlesa i suradnika (2017) pokazalo se kako negativna percepcija bolesti vodi ka češćem odabiru maladaptivnih strategija suočavanja, a zauzvrat i povećanom psihološkom stresu oboljelih od IBS-a. U skladu s tim, maladaptivne strategije suočavanja, kao i visceralna osjetljivost, posredovale su u odnosu između reprezentacije bolesti te kvalitete života povezane s bolesti i psihološkog stresa. Nadalje, Lackner i Quigley (2005) dobili su kako katastrofiziranje potpuno posreduje u odnosu između brige i patnje povezane s boli kod oboljelih od IBS-a, pri čemu pacijenti koji više brinu doživljavaju i veću patnju djelomično zbog katastrofičnog mišljenja i negativnih uvjerenja koje se vežu uz brigu. Briga naglašava vjerovanja o potencijalno prijetećim tjelesnim senzacijama i mogućim ozbiljnim posljedicama bolesti, što vodi ka češćem katastrofiziranju, a dijelom kroz takav kognitivni proces osobe doživljavaju i veću patnju. Negativna vjerovanja i procjenjivanje prijetnje, što je često kod pacijenata oboljelih od kroničnih bolesti, mogu se negativno odraziti na ishode bolesti i doživljenu patnju (Lackner i Quigley, 2005). Slično zaključuju i Drossman i suradnici (2000), koji navode kako pacijenti koji svoju bolest i njene ishode, kao i svoje sposobnosti upravljanja simptomima, percipiraju na negativan i pesimističan način, kao što se to događa pri katastrofiziranju, mogu imati lošije zdravstvene ishode. Time se pokazuje kako vjerovanja o bolesti imaju važnu ulogu u odabiru ponašanja pacijenta pri suočavanju s bolesti, a posljedično i u doživljenim ishodima. Negativna vjerovanja, poput vjerovanja da bolest ostavlja ozbiljne posljedice ili da ju nije moguće kontrolirati i liječiti medicinskim putem, mogu dovesti do toga da oboljele osobe pesimistično gledaju na vlastito zdravstveno stanje i procjenjuju ga više prijetećim nego što ono zaista jest, s obzirom da negativne percepcije mogu rezultirati odabirom katastrofiziranja kao načina suočavanja (De Gucht, 2015). Time se povećava doživljaj prijetnje, a samim time i negativno iskustvo bolesti te patnja oboljele osobe, zbog mogućeg opterećenja koje joj bolest predstavlja i zbog procjene nedostatka kapaciteta i prikladnih načina suočavanja s prijetnjom, čime se mogu objasniti dobiveni

rezultati. Autori koji su se također usmjerili na ispitivanje patnje oboljelih od IBS-a navode kako je patnja osobe uvjetovana percepcijom prijetnje, što se može povezati s potenciranjem prijetnje koja se javlja uslijed katastrofičnog mišljenja, a ne samo težinom bolesti i prirodom simptoma (Pletikosić Tončić i Tkalčić, 2017).

Teškoće u funkcioniranju koje se javljaju kao posljedica IBS-a predstavljaju prijetnju identitetu oboljele osobe te se odražavaju negativno na njenu sliku o sebi, izazivaju brigu oko zdravlja te interferiraju s aktivnošću i socijalnim odnosima, što posljedično može dovesti do povećane depresivnosti i patnje. Narušeno funkcioniranje posebice se može povezati s kroničnosti simptoma i nesigurnosti koja se javlja po pitanju tijeka i ishoda simptoma, zbog čega se dimenzije poput trajanja bolesti, kontrole i posljedica pokazuju važnima za predviđanje ishoda bolesti (De Gucht, 2015; Sherwin i sur., 2016). U prilog tome ide i činjenica da pacijenti oboljeli od funkcionalnih bolesti, u usporedbi s pacijentima oboljelima od organskih bolesti, procjenjuju da imaju manje kontrole i mogućnosti uspješnog upravljanja svojim simptomima (Surdea-Blaga i sur., 2012). Vjerovanja o mogućnosti kontrole i ozbiljnosti posljedica, uz identitet bolesti, već su se u prethodnim istraživanjima pokazali značajnim prediktorima maladaptivnih i adaptivnih strategija suočavanja (Hagger i Orbell, 2003), a s obzirom da je, kako je prethodno navedeno, katastrofiziranje snažno povezano s percepcijom posljedica i percepcijom kontrole bolesti (Sherwin i sur., 2016), ne čudi da se medijacijski efekt javio upravo u odnosu tih dimenzija s patnjom. Navedeno je potvrđeno i u istraživanju Moss-Morris i suradnika (1996), u kojem su pacijenti oboljeli od sindroma kroničnog umora koji vjeruju u mogućnost kontroliranja bolesti izjavljivali o više pozitivnih načina suočavanja, dok se za vjerovanja kako je bolest dugotrajna ili ima ozbiljne posljedice po osobu pokazalo da vode ka većem stresu te odabiru strategija suočavanja usmjerenih na emocije. Vjerovanja u ozbiljne posljedice i manjak kontrole nad bolesti, u skladu s nepredvidivosti dugotrajnih bolesti te periodima poboljšanja i pogoršanja, upućuju na to da je tijekom bolesti teško kontrolirati, a bolest može imati značajan utjecaj na različite domene života osobe i time ostaviti nepovoljne ishode (Vaughan, 1999). Istraživanja koja se temelje na Leventhalovom zdravorazumskom modelu time konzistentno pokazuju da pacijenti stvaraju implicitne teorije o bolesti kako bi razumjeli prijetnju koju ona predstavlja za zdravlje te kako bi regulirali vlastito zdravstveno ponašanje (Scharloo i sur., 1998). Samo suočavanje predstavlja važan korak u prilagodbi na dijagnozu kronične bolesti, kao što je IBS. Takva prilagodba od osobe može zahtijevati prihvaćanje gubitka ili narušenog funkcioniranja, s čime

se pacijenti često teško nose, ili potrebu za promjenom svakodnevnih navika, zbog čega kronična bolest može predstavljati teret za pacijenta te utjecati na kvalitetu života. Činjenica da se pacijenti oboljeli od IBS-a u velikoj mjeri uključuju u katastrofiziranje, ponekad većoj u odnosu na druge gastrointestinalne bolesti (kao što je Crohnova bolest), implicira postojanje maladaptivnog kognitivnog stila suočavanja te povećava rizik za javljanje negativnih ishoda bolesti (Hunt i sur., 2009), zbog čega je važno razumjeti kako je katastrofiziranje u ovoj skupini pacijenata povezano s vjerovanjima osobe te kako se odražava na zdravstvene ishode. Razumijevanje ovih i sličnih psiholoških faktora pokazalo se iznimno važnim u razumijevanju IBS-a, tretiranju bolesti te planiranju tretmana, kao i ostvarivanju pozitivnih psiholoških i funkcionalnih ishoda oboljelih osoba (Sherwin i sur., 2016)

#### **5.4. Prednosti i nedostaci istraživanja**

Istraživanje doprinosi razumijevanju IBS-a te identifikaciji uloge psiholoških čimbenika u zdravstvenim ishodima oboljelih. Nalazi također daju važne implikacije za kliničku praksu i rad s osobama oboljelima od IBS-a. Jedna od mogućih praktičnih prednosti istraživanja percepcije bolesti pacijenata očituje se u identifikaciji onih pacijenata koji bi se mogli suočavati s vlastitom bolesti na loš način, odabirući maladaptivne strategije suočavanja, te uslijed toga imati lošije ishode. Visoko slaganje ispitanika oko stresa ili brige kao potencijalnog uzroka IBS-a te povezanost vjerovanja, kao što su vjerovanja o mogućnosti kontrole bolesti ili ozbiljnosti posljedica, s patnjom, predstavljaju važne implikacije za terapijski rad s pacijentima. Intervencije usmjerene na stvaranje osjećaja kontrole nad tijekom bolesti i na mijenjanje negativnih očekivanja te vjerovanja o mogućnostima tretmana i posljedica bolesti mogu biti važne za ishode oboljelih, poput poboljšanja funkcioniranja i dobrobiti, povećanja uključivanja u tretman te smanjenja negativnih emocija. Iz toga je vidljiva važnost razumijevanja toga kako osoba vidi svoju bolest, kako se osjeća te što poduzima u kontekstu iste, kao i važnost uključivanja bioloških, ali i psiholoških čimbenika u kreiranje tretmana (Bolton i Gillett, 2019; Petrie i Weinman, 2012). Većina istraživanja u ovom području, usmjerena na ispitivanje odnosa percepcije bolesti te emocionalnih i ponašajnih zdravstvenih ishoda, ukazala je na potrebu za razvojem djelotvornih intervencija koje bi se usmjerile na mijenjanje disfunkcionalnih percepcija bolesti, a time i poboljšanja ishoda, zbog njihove povezanosti (Petrie i sur., 2007). Nalazi ovog i sličnih istraživanja

pomažu u razumijevanju sindroma iritabilnog crijeva te ukazuju na to da tretman IBS-a ima prostora za psihološke intervencije. Primjena kognitivno-bihevioralnih intervencija u radu s oboljelima, koje bi bile ciljano usmjerene na rad s njihovim kognitivnim setom i vjerovanjima, promjenu strategija suočavanja te smanjenje tendencije katastrofiziranja o simptomima, moguće bi smanjile intenzitet simptoma i patnju osoba (Chilcot i Moss-Morris, 2013; Hunt i sur., 2009). Kako ne postoji velik broj istraživanja usmjerenih na ispitivanje patnje kao ishoda IBS-a, doprinos ovog istraživanja očituje se i u tome što daje razumijevanje i uvid u to koji čimbenici su i na koji način s njome povezani te koja je njihova uloga u patnji oboljelih od ove bolesti. Kako se radi o kroničnoj bolesti, simptomi se mogu javljati godinama i stvarati ograničenja u svakodnevnom funkcioniranju te se negativno odraziti na brojne domene funkcioniranja osobe. Česte funkcionalne probleme oboljelih čine manjak spontanosti, socijalnih kontakata, nedostatak razumijevanja od strane okoline, narušeni odnosi sa članovima obitelji, partnerima i prijateljima, financijske teškoće i izostanci s posla, izbjegavanje socijalnih situacija, osjećaji srama, nelagode ili straha zbog nesigurnosti i nepredvidljivosti simptoma (Corsetti i Whorwell, 2017; Hulisz, 2004). Navedeno može predstavljati veliko opterećenje za oboljelu osobu, a s obzirom da subjektivna percepcija i patnja koju osoba doživljava uslijed bolesti predstavljaju i važne faktore u oporavku, patnja se prepoznaje kao važan ishod bolesti te se prepoznaje značaj u njenom daljnjem istraživanju. Povezano s tim, patnja oboljelih od IBS-a je procijenjena Slikovnom reprezentacijom bolesti i samopoimanja (PRISM-RII) koja je rijetko korištena u istraživanjima IBS-a. Prednost ove mjere je njena brza i jednostavna primjena te relativna neovisnost o jeziku, što joj omogućuje primjenu u istraživanjima, ali i kliničkom radu. Isto tako, mjera daje ispitanicima slobodu da povezuju vlastita značenja i percepciju s nacrtanim, slikovnim prikazima, čime se dobiva uvid u njihove subjektivne reprezentacije bolesti i doživljaj nelagode (Klis i sur., 2008; Sándor i sur., 2020), a mjera je pokazala korisnom u razumijevanju patnje oboljelih od IBS-a te razumijevanju toga kako oboljeli vide bolest u kontekstu vlastitog života i pojma o sebi i u kojoj mjeri smatraju da bolest utječe na njihov život.

Važno je istaknuti i nedostatke ovog istraživanja. Jedno od ograničenja istraživanja je nejednak broj muških i ženskih ispitanika. Istraživanje je provedeno na uzorku osoba oboljelih od IBS-a u kojem je gotovo 80% ispitanika bilo ženskog spola, što, iako odgovara podacima prema kojima većinu populacije oboljelih od IBS-a čine žene (Darnley i Millar, 2003), ograničava generalizaciju rezultata istraživanja. Isto tako, zbog pronađenih spolnih

razlika u doživljavanju simptoma, nelagode te anksioznosti i depresije kod oboljelih od IBS-a (Chang, 2004; Tang i sur., 2012), moguće je da su neki od dobivenih rezultata odraz dominacije ženskog spola u uzorku te da bi se drugačiji rezultati pokazali na uzorku s podjednakim brojem muškaraca i žena. Sljedeće ograničenje predstavlja osipanje ispitanika u istraživanju. Naime, ispitanici su upitnike ispunjavali u dva navrata, zbog čega dio ispitanika, koji je sudjelovao u prvom dijelu istraživanja i ispunio prvi set upitnika, nije sudjelovao u drugom dijelu istraživanja. To je rezultiralo nepotpunim podacima te je dio ispitanika isključen iz analize, čime je smanjena veličina uzorka. Pored toga, ispitanici su ispunjavali niz upitnika, kao i kognitivne zadatke na računalo, te se mogao javiti umor tijekom ispunjavanja i odraziti se na odgovore ispitanika i prikupljene podatke. Na odgovore je moglo utjecati i socijalno poželjno odgovaranje ispitanika, zbog čega bi se ono trebalo kontrolirati u budućim istraživanjima. Nadalje, koeficijenti pouzdanosti nekih od podljestvica Upitnika percepcije bolesti pokazali su se nižima od .70, što se smatra zadovoljavajućim kriterijem. S obzirom da se u literaturi navodi kako se vrijednosti već iznad .60 mogu smatrati adekvatnim indikatorima pouzdanosti (George i Mallery, 2003; Taber, 2018) podljestvice su korištene u daljnjoj analizi, no rezultate je potrebno uzeti s oprezom zbog povećane pogreške mjerenja (Tavakol i Dennick, 2011). Valja istaknuti i kako je potreban oprez u donošenju zaključaka na temelju rezultata veličine bolesti, s obzirom da se radi o ordinalnoj varijabli s dvije razine. Nedostatak analize provedene s ordinalnom varijablom je što zahtijeva pretpostavku da su intervali između razina diskretnih odgovora jednaki, a što može voditi pogrešnoj interpretaciji rezultata te sistematskim pogreškama (Liddell i Kruschke, 2018). O navedenim bi ograničenjima trebalo voditi računa i ispraviti ih u budućim istraživanjima. Također, buduća bi istraživanja mogla uključiti dodatne varijable kojima bi se proširile dobivene spoznaje. Pored katastrofiziranja, različite strategije suočavanja, primjerice izbjegavanje ili negiranje, pokazale su se važnima za oboljele od IBS-a te snažno povezane sa zdravstvenim ishodima (Sherwin i sur., 2016). Kasnija bi istraživanja stoga mogla uključiti i druge načine suočavanja, kako bi se utvrdio njihov odnos s patnjom te potencijalno dodatno objasnili odnosi između vjerovanja o bolesti i patnje.

## 6. ZAKLJUČAK

Provedeno istraživanje i dobiveni rezultati doprinose razumijevanju IBS-a, identificiranju dimenzija percepcije bolesti i katastrofiziranja kao relevantnih čimbenika ishoda bolesti, razumijevanju njihove povezanosti i doprinosa u objašnjenju patnje oboljelih od IBS-a. Hipoteze istraživanja djelomično su potvrđene, a na temelju rezultata istraživanja može se izvesti nekoliko ključnih zaključaka.

Osobe oboljele od IBS-a ponajviše vjeruju da do razvoja bolesti dovode psihološki, u prvom planu stres ili brige, i rizični čimbenici, poput nasljeđa ili navike hranjenja. Oboljeli uzrok bolesti češće atribuiraju psihološkim čimbenicima, u odnosu na druge skupine uzročnih čimbenika.

Nadalje, dobivene su povezanosti između nekih od dimenzija percepcija bolesti, katastrofiziranja i aspekata patnje. Odvojenost bolesti negativno je povezana s veličinom bolesti, pri čemu je veća odvojenost bolesti od pojma o sebi povezana s manjom veličinom bolesti. Odvojenost bolesti negativno je povezana s emocionalnom reprezentacijom i posljedicama te pozitivno povezana s osobnom kontrolom, dok je veličina bolesti pozitivno povezana s vremenskim tijekom, emocionalnom reprezentacijom i posljedicama te negativno povezana s medicinskom kontrolom. Pozitivna povezanost dobivena je između katastrofiziranja i emocionalne reprezentacije, posljedica, psiholoških atribucija te veličine bolesti, dok je negativna povezanost dobivena između katastrofiziranja i osobne kontrole, medicinske kontrole, koherentnosti te udaljenosti bolesti.

Naposljetku, rezultati provedenih analiza pokazali su kako katastrofiziranje potpuno posreduje u odnosu posljedica i odvojenosti bolesti, u odnosu između posljedica i veličine bolesti te odnosu između medicinske kontrole i veličine bolesti, sukladno očekivanjima. S druge strane, dobiveno je kako katastrofiziranje ne posreduje u odnosu između emocionalne reprezentacije i veličine bolesti, u odnosu između vremenskog tijeka i veličine bolesti, kao ni u odnosu emocionalne reprezentacije i odvojenosti bolesti te odnosu između osobne kontrole i odvojenosti bolesti.

## 7. POPIS LITERATURE

1. Blanchard, E. B. (2001). *Irritable bowel syndrome: Psychosocial assessment and treatment*. Washington: American Psychological Association.
2. Bolton, D. i Gillett, G. (2019). *The biopsychosocial model of health and disease: New philosophical and scientific developments*. Cham: Springer Nature.
3. Broadbent, E., Wilkes, C., Koschwanez, H., Weinman, J., Norton, S. i Petrie, K. J. (2015). A systematic review and meta-analysis of the Brief Illness Perception Questionnaire. *Psychology & health*, 30(11), 1361-1385.
4. Chang, L. (2004). Epidemiology and quality of life in functional gastrointestinal disorders. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 20, 31-39.
5. Chilcot, J. i Moss-Morris, R. (2013). Changes in illness-related cognitions rather than distress mediate improvements in irritable bowel syndrome (IBS) symptoms and disability following a brief cognitive behavioural therapy intervention. *Behaviour research and therapy*, 51(10), 690-695.
6. Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour research and therapy*, 24(4), 461-470.
7. Corsetti, M. i Whorwell, P. (2017). The global impact of IBS: time to think about IBS-specific models of care?. *Therapeutic advances in gastroenterology*, 10(9), 727-736.
8. Darnley, S. i Millar, B. (2003). *Understanding irritable bowel syndrome*. San Francisco: John Wiley & Sons.
9. De Gucht, V. (2015). Illness perceptions mediate the relationship between bowel symptom severity and health-related quality of life in IBS patients. *Quality of Life Research*, 24(8), 1845-1856.
10. Drossman, D. A., Chang, L., Bellamy, N., Gallo-Torres, H. E., Lembo, A., Mearin, F., Norton, N. J. i Whorwell, P. (2011). Severity in irritable bowel syndrome: a Rome Foundation Working Team report. *American Journal of Gastroenterology*, 106(10), 1749-1759.
11. Drossman, D. A., Leserman, J., Li, Z., Keefe, F., Hu, Y. J. i Toomey, T. C. (2000). Effects of coping on health outcome among women with gastrointestinal disorders. *Psychosomatic medicine*, 62(3), 309-317.
12. Fichna, J. i Storr, M. (2012). Brain-gut interactions in IBS. *Frontiers in Pharmacology*, 3, 1 - 12.

13. Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E. i Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 157-174.
14. George, D. i Mallery, P. (2003). Reliability analysis. SPSS for Windows, step by step: a simple guide and reference, 14th edn. Boston: Allyn & Bacon.
15. Grubić, P., Jurčić, D., Ebling, B., Gmajnić, R., Nikolić, B., Pribić, S., Bilić, A. i Tolušić Levak, M. (2014). Irritable bowel syndrome in Croatia. *Collegium antropologicum*, 38(2), 565-570.
16. 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.
17. Hair, J., Black, W. C., Babin, B. J. i Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis* (7th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Educational International.
18. Harland, N. J. i Georgieff, K. (2003). Development of the Coping Strategies Questionnaire 24, a Clinically Utilitarian Version of the Coping Strategies Questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 48, 296-300.
19. Hauser, G., Pletikosić, S. i Tkalčić, M. (2014). Cognitive behavioral approach to understanding irritable bowel syndrome. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 20(22), 6744-6758.
20. Heijmans, M. (1999). The role of patients' illness representations in coping and functioning with Addison's disease. *British Journal of Health Psychology*, 4(2), 137-149.
21. Hulisz, D. (2004). The burden of illness of irritable bowel syndrome: current challenges and hope for the future. *Journal of managed care pharmacy*, 10(4), 299-309.
22. Hunt, M. G., Milonova, M. i Moshier, S. (2009). Catastrophizing the consequences of gastrointestinal symptoms in irritable bowel syndrome. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(2), 160-173.
23. Jones, M. P., Wessinger, S. i Crowell, M. D. (2006). Coping strategies and interpersonal support in patients with irritable bowel syndrome and inflammatory bowel disease. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 4(4), 474-481.
24. Kassardjian, C. D., Gardner-Nix, J., Dupak, K., Barbati, J. i Lam-McCulloch, J. (2008). Validating PRISM (pictorial representation of illness and self-measure) as a measure of suffering in chronic non-cancer pain patients. *Journal of Pain*, 9(12), 1135-1143.



25. Klis, S., Vingerhoets, A. J., De Wit, M., Zandbelt, N. i Snoek, F. J. (2008). Pictorial Representation of Illness and Self Measure Revised II (PRISM-RII)—a novel method to assess perceived burden of illness in diabetes patients. *Health and Quality of Life Outcomes*, 6(1), 1-7.
26. Knowles, S. R., Austin, D. W., Sivanesan, S., Tye-Din, J., Leung, C., Wilson, J., Castle, D., Kamm, M. A., Macrae, F. i Hebbard, G. (2017). Relations between symptom severity, illness perceptions, visceral sensitivity, coping strategies and well-being in irritable bowel syndrome guided by the common sense model of illness. *Psychology, health & medicine*, 22(5), 524-534.
27. Lackner, J. M. i Quigley, B. M. (2005). Pain catastrophizing mediates the relationship between worry and pain suffering in patients with irritable bowel syndrome. *Behaviour research and therapy*, 43(7), 943-957.
28. Lackner, J. M., Quigley, B. M. i Blanchard, E. B. (2004). Depression and abdominal pain in IBS patients: the mediating role of catastrophizing. *Psychosomatic medicine*, 66(3), 435-441.
29. Lacy, B. E. i Patel, N. K. (2017). Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *Journal of clinical medicine*, 6(11), 1–8.
30. Lacy, B. E., Weiser, K., Noddin, L., Robertson, D. J., Crowell, M. D., Parratt-Engstrom, C. i Grau, M. V. (2007). Irritable bowel syndrome: patients' attitudes, concerns and level of knowledge. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 25(11), 1329-1341.
31. Leventhal, H., Diefenbach, M. i Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive therapy and research*, 16(2), 143-163.
32. Liddell, T. M. i Kruschke, J. K. (2018). Analyzing ordinal data with metric models: What could possibly go wrong?. *Journal of Experimental Social Psychology*, 79, 328-348.
33. Mearin, F., Ciriza, C., Mínguez, M., Rey, E., Mascort, J. J., Peña, E., Cañones, P. i Júdez, J. (2016). Clinical Practice Guideline: Irritable bowel syndrome with constipation and functional constipation in the adult. *Rev Esp Enferm Dig*, 108(6), 332-363.
34. Moss-Morris, R., Petrie, K. J. i Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role?. *British Journal of Health Psychology*, 1(1), 15-25.

35. Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L. i Buick, D. (2002). The revised illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and health*, 17(1), 1-16.
36. Petrie, K. J. i Weinman, J. (2012). Patients' perceptions of their illness: The dynamo of volition in health care. *Current directions in psychological science*, 21(1), 60-65.
37. 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.
38. Pletikosić Tončić, S. i Tkalčić, M. (2017). A measure of suffering in relation to anxiety and quality of life in IBS patients: preliminary results. *BioMed research international*, 2017, 1-7.
39. Pokrajac-Bulian, A., Kukić, M., Klobučar Majanović, S. i Tkalčić, M. (2018). Body Weight and Psychological Functioning in Type 2 Diabetes Mellitus Patients: A Preliminary Study. *Psychological Topics*, 27, 55–72.
40. Riedl, A., Maass, J., Fliege, H., Stengel, A., Schmidtman, M., Klapp, B. F. i Mönnikes, H. (2009). Subjective theories of illness and clinical and psychological outcomes in patients with irritable bowel syndrome. *Journal of psychosomatic research*, 67(5), 449-455.
41. Rutter, C. L. i Rutter, D. R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British journal of health psychology*, 7(4), 377-391.
42. Sándor, Z., Látos, M., Pócza-Véger, P., Havancsák, R. i Csabai, M. (2020). The drawing version of the pictorial representation of illness and self measure. *Psychology & health*, 35(9), 1033-1048.
43. Scharloo, M. K. A. A., Kaptein, A. A., Weinman, J., Hazes, J. M., Willems, L. N. A., Bergman, W. i Rooijmans, H. G. M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of psychosomatic research*, 44(5), 573-585.
44. Sherwin, L. B., Leary, E. i Henderson, W. A. (2016). Effect of illness representations and catastrophizing on quality of life in adults with irritable bowel syndrome. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 54(9), 44-53.
45. Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological methodology*, 13, 290-312.
46. Spiegel, B. M. (2009). The burden of IBS: looking at metrics. *Current gastroenterology reports*, 11(4), 265-269.

47. Surdea-Blaga, T., Băban, A. i Dumitrascu, D. L. (2012). Psychosocial determinants of irritable bowel syndrome. *World journal of gastroenterology: WJG*, 18(7), 616–626.
48. Taber, K. S. (2018). The use of Cronbach's alpha when developing and reporting research instruments in science education. *Research in Science Education*, 48(6), 1273-1296.
49. Tanaka, Y., Kanazawa, M., Fukudo, S. i Drossman, D. A. (2011). Biopsychosocial model of irritable bowel syndrome. *Journal of neurogastroenterology and motility*, 17(2), 131-139.
50. Tang, Y. R., Yang, W. W., Wang, Y. L. i Lin, L. (2012). Sex differences in the symptoms and psychological factors that influence quality of life in patients with irritable bowel syndrome. *European journal of gastroenterology & hepatology*, 24(6), 702-707.
51. Tavakol, M. i Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53-55.
52. Vaughan, R. (1999). *The illness representations of multiple sclerosis and their relations to outcome*. Leicester: University of Leicester (United Kingdom).
53. Velkova, M. (2016). *Percepcija bolesti i tjeskoba zbog srčanih problema kod pacijenata s koronarnom bolesti srca* [Diplomski rad, Sveučilište u Rijeci]. Repozitorij Filozofskog fakulteta Rijeka. <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:186:244136>