Sveučilište u Zagrebu

Hrvatski studiji

Tomislav Pavlović

RAZLIKE U PSIHIČKOJ DOBROBITI ŽENA OBOLJELIH OD ENDOMETRIOZE S OBZIROM NA RELAPS SIMPTOMA BOLESTI

Zagreb, 2017

Ovaj rad izrađen je na Odsjeku za psihologiju Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Miroslava Rajtera i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2016./2017.

**SADRŽAJ**

[1. UVOD 1](#_Toc480533857)

[2. PROBLEMI 4](#_Toc480533858)

[3. HIPOTEZE 4](#_Toc480533859)

[4. METODA 5](#_Toc480533860)

[4.1. Sudionice 5](#_Toc480533861)

[4.2. Instrumenti 5](#_Toc480533862)

[4.3. Postupak 8](#_Toc480533863)

[5. REZULTATI 9](#_Toc480533864)

[6. RASPRAVA 13](#_Toc480533865)

[7. ZAKLJUČAK 16](#_Toc480533866)

[8. ZAHVALE 17](#_Toc480533867)

[9. POPIS LITERATURE 17](#_Toc480533868)

[10. SAŽETAK 21](#_Toc480533869)

[11. SUMMARY 22](#_Toc480533870)

# 1. UVOD

Od davnina je poznato da je zdravlje jedan od temelja ljudske dobrobiti. Argument u prilog navedenoj tezi daju velika ulaganja u zdravstvo i razvoj medicinskih tehnologija širom svijeta, kao i uvrštavanje tjelesnog i psihičkog zdravlja među domene kvalitete života (The WHOQOL Group, 1995) te njegovo uključivanje u novije mjere osobne dobrobiti (Butler i Kern, 2016). Iz navedenog proizlazi i da prisutnost bolesti, tjelesne ili psihičke, oštećuje temelj dobrobiti te može izazvati njezin pad putem neugodnih psihičkih, socijalnih i tjelesnih posljedica (Arnold i sur., 2004). Tu se posebice ističu kronične bolesti, po trajnim gubicima koje nose i teškoćama koje privikavanje na njih izaziva, a njihova je veza sa sniženim zadovoljstvom životom empirijski potvrđena (Strine, Chapman, Balluz, Moriarty i Mokdad, 2008). Budući da je utvrđeno da psihičke posljedice bolesti utječu na kvalitetu života, a time i zadovoljstvo kronično oboljele osobe, značajnije od tjelesnog ili društvenog (ne)funkcioniranja (Arnold i sur., 2004), s ciljem poboljšanja kvalitete života oboljelih važno je utvrditi o kakvim se psihičkim i psihosocijalnim teškoćama radi i iz čega one proizlaze. Navedenom je usmjereno i ovo istraživanje, pri čemu je u žarište pažnje smještena endometrioza, jedan od poremećaja ženskog reproduktivnog sustava.

Procjenjuje se da u svijetu oko 100 milijuna žena boluje od endometrioze, benignog ginekološkog poremećaja kod kojeg se sluznica endometrija umjesto u maternici nalazi izvan nje, najčešće na potrbušnici ili površini trbušnih organa (Bijlani i Sonawane, 2012). Takav, ektopski endometrij, nastavlja funkcionirati poput endometrija unutar maternice te se, suprimirajući djelovanje imunološkog sustava, na novoj lokaciji zadržava godinama, postupno rastući i fluktuirajući ovisno o fazi menstrualnog ciklusa. Neki od glavnih simptoma endometrioze su jaki bolovi, osobito u području zdjelice, poremećeni menstrualni ciklusi, umor te neplodnost (Bozdag, 2015). Bolest obilježavaju i relativno visoke stope relapsa, koje se ovisno o istraživanju, odnosno operacionalizaciji relapsa, kreću između 6 i 67 % (Bozdag i sur., 2015), pri čemu nije rijetkost ni doživjeti relaps više puta. Točan broj žena s endometriozom nije poznat zbog različitosti simptoma, zbog toga što se nekima od njih poput vrlo bolnih menstruacija ponekad ni ne pridaje prevelik značaj, ali i zato što poremećaj može postojati i u asimptomatskom obliku (Bijlani i Sonawane, 2012). Navedeno proizlazi iz pojave da intenzitet izraženosti simptoma endometrioze ne korelira s njezinom prisutnošću (Bozdag i sur., 2015). Stoga dio oboljelih žena kod kojih je prisutna u asimptomatskom obliku ne traži medicinsku pomoć te sustavno ne biva uključen u uzorak, zbog čega postoje izvjesne teškoće u istraživanju ove bolesti (Bozdag i sur., 2015). Sve navedeno samo su neki od razloga zbog kojih se endometrioza rijetko dijagnosticira pravovremeno. Istraživanje provedeno u Austriji i Njemačkoj pokazalo je kako se endometrioza dijagnosticira u prosjeku oko deset godina nakon pojave prvih simptoma (Hudelist i sur., 2012), što je dovoljan pokazatelj količine boli s kojom se oboljele žene uobičajeno nose prije nego se ohrabre i potraže stručnu pomoć.

Dosadašnja istraživanja benignih ginekoloških poremećaja pokazala su da bolovi u zdjelici žene značajno, ali i više od drugih bolova, smanjuju psihološku i socioekonomsku dobrobit, a posljedično i kvalitetu života (Rannestad, Eikeland, Helland i Qvarnström, 2000). Budući da je bol u zdjelici jedan od glavnih simptoma same bolesti, iz navedenog se nazire i pretpostavka o sniženoj kvaliteti života žena koje su oboljele od endometrioze, odnosno doživjele relaps njezinih simptoma. U prilog navedenom govore rezultati istraživanja De Graaffa i suradnika (2013), koji ukazuju na sniženu kvalitetu života (prema dimenzijama tjelesnog funkcioniranja, tjelesnih uloga, boli, općeg zdravlja, vitalnosti, društvenog funkcioniranja, ograničenosti psihičkih uloga i psihičkog zdravlja) kod žena oboljelih od endometrioze, iako su u navedenom istraživanju njihovi rezultati uspoređivani s normama za opću američku populaciju, što je moglo umanjiti njihovu valjanost. Ipak, moguće je pronaći mnogo objašnjenja sniženoj kvaliteti života, a samim time i dobrobiti žena oboljelih od endometrioze. Ona može narušiti kvalitetu seksualnih (Giuliani i sur., 2015), a samim time i romantičnih odnosa jer može doći do partnerovog nerazumijevanja ili ženinog osjećaja krivnje zbog smanjene učestalosti i kvalitete seksualnih odnosa. S navedenim se slažu i nalazi De Graaffa i suradnika (2013), koji pokazuju da 50% žena primjećuje negativan utjecaj simptoma endometrioze na odnose s bliskim osobama, posebice s partnerima. Navedeno može dovesti i do osjećaja gubitka vlastite ženstvenosti, što sve zajedno za posljedicu ima povećanje distresa u svakodnevnom životu (Fritzer i sur., 2013). Ne treba zaboraviti ni socioekonomske stresore koje ova bolest može intenzivirati. Svojim su kvalitativnim istraživanjem Gilmour, Huntington i Wilson (2008) opisali tegobe osamnaest žena oboljelih od endometrioze, koje su istaknule različite teškoće u pogledu uobičajenih društvenih odnosa i aktivnosti poput stjecanja obrazovanja i boravka na radnom mjestu te obavljanja radnih zadataka. Drugim je istraživanjem utvrđeno da žene oboljele od endometrioze češće odlaze na bolovanje, umornije su i manje radno sposobne (Hansen, Kesmodel, Baldursson, Schultz i Forman, 2013), a prema podacima Nnoahama i suradnika (2011) žena oboljela od endometrioze u prosjeku zbog teškoća povezanih s bolešću izgubi oko 11 sati tjedno. Osim toga, tu je i problem stigmatizacije oboljele, odnosno njezinog straha od stigmatizacije (Gilmour i sur., 2008). Uz navedene psihosocioekonomske stresore, ne čudi da žene oboljele od endometrioze u preko 80% slučajeva pokazuju simptome depresije ili anksioznosti (Sepulcri i Amaral, 2009). S njima je povezana i pojava osjećaja bespomoćnosti i gubitka kontrole nad vlastitim životom te narušenog tjelesnog izgleda (Jones, Jenkinson i Kennedy, 2004), što može ukazivati i na nepovoljan stav o sebi, odnosno gubitak samopoštovanja kako ga je definirao Rosenberg (1965). Još u starijoj literaturi s područja zdravstvene psihologije kronična bolest povezuje se sa „gubitkom sebe“, kako zbog ranije spomenutih ograničenih životnih mogućnosti i društvenih odnosa, tako i zbog osjećaja smanjenih sposobnosti i bivanja tuđim teretom (Charmaz, 1983). Budući da je navedeni opis „gubitka sebe“ primjenjiv i na posljedice endometrioze, razvidno je da samopoštovanje žena može biti ugroženo simptomima bolesti.

Poput navedenih istraživanja, i ovim se radom nastoji opisati kako izgleda psihički život žena oboljelih od endometrioze, a relevantnost njegove provedbe izvire iz činjenice da je ovo prvo takvo istraživanje koje se provodi na ženama iz Slovenije, Hrvatske, Srbije, Bosne i Hercegovine i Crne Gore. Dodatno, ovo je istraživanje usmjereno na žene koje su doživjele relaps simptoma endometrioze (odnosno, u trenutku istraživanja su trpjele simptome endometrioze) te se njihova dobrobit uspoređuje s dobrobiti žena koje su bolovale od endometrioze i nisu doživjele relaps njezinih simptoma (odnosno, potpuno su zdrave). Time ovo istraživanje predstavlja svojevrstan iskorak u odnosu na prethodna budući da s jedne strane također omogućava usporedbu psihičke dobrobiti zavisno od simptoma endometrioze kao i prethodna istraživanja, a s druge provjerava pojavljuje li se sličan obrazac razlika u dobrobiti u slučaju ponovne pojave simptoma ili dolazi do svojevrsne adaptacije zbog kronificiranih simptoma koja bi hipotetski mogla umanjiti razlike u dobrobiti. Nadalje, u operacionalizaciji psihičke dobrobiti korišten je PERMA model (Seligman, 2011), koji definira pet temeljnih odrednica osobne dobrobiti. Odrednica pozitivnih emocija opisuje koliko često osoba doživljava ugodne emocije, poput zadovoljstva i radosti (Seligman, 2011). Budući da empirijski podaci ukazuju da je istovremeno moguće osjećati ugodne i neugodne emocije (Watson, Clark i Tellegen, 1988), Butler i Kern (2016) su s ciljem potpunijeg opisivanja emocionalne komponente dobrobiti uveli i dimenziju negativnih emocija, kojom se mjeri intenzitet tuge, ljutnje i tjeskobe, a nije definirana izvornim Seligmanovim modelom. Odrednica uključenosti odražava koliko je osoba uključena i motivirana za različite životne aktivnosti, u rasponu od slobodnog vremena do akademskih i poslovnih zadataka, a odrednica odnosa stupanj u kojem se osoba osjeća voljenom, podržavanom i cijenjenom (Seligman, 2011). Odrednica smislenosti opisuje koliko smisla osoba vidi u vlastitom životu i smjeru u kojem se on razvija, koliko ga vrijednim smatra te koliko je usmjeren prema ciljevima „većim od sebe“, dok odrednica postignuća mjeri koliko osoba vjeruje da je spremna nositi se s različitim zadacima i biti uspješna u njima (Seligman, 2011). Kako bi se dobrobit što potpunije opisala i sagledala ne samo iz konteksta pozitivne i zdravstvene, već i kliničke psihologije, u istraživanje su uključene i ljestvice depresivnosti i stresa iz upitnika DASS-21 (Lovibond i Lovibond, 1995). Cilj ovog istraživanja bio je navedenim internacionalno i kros-kulturalno provjerenim instrumentima opisati razlike u dobrobiti žena koje su doživjele relaps endometrioze i onih koje nisu (zbog čega u trenutku istraživanja predstavljaju zdravu populaciju) te provjeriti jesu li one tek odraz razlika u samopoštovanju i boli.

# 2. PROBLEMI

1. Ispitati razlike u mjerama psihičke dobrobiti (pozitivne emocije, uključenost, odnosi, smislenost, postignuće, negativne emocije, depresivnost, stres, bol i samopoštovanje) kod žena oboljelih od endometrioze s obzirom na to jesu li ili nisu doživjele relaps njezinih simptoma.

2. Provjeriti jesu li eventualne razlike u psihičkoj dobrobiti odraz razlika u samopoštovanju i količini boli između sudionica koje su doživjele relaps simptoma endometrioze i onih koje nisu.

# 3. HIPOTEZE

1. Sukladno postojećoj literaturi (npr. De Graaff i sur., 2013; Rannestad i sur., 2000), očekuje se utvrditi da žene koje su doživjele relaps simptoma endometrioze imaju slabiju psihičku dobrobit od žena koje nisu doživjele isto.

2. S obzirom na rezultate dostupnih istraživanja (npr. Gilmour i sur, 2008; Jones i sur., 2004, Rannestad i sur., 2000), očekuje se utvrditi da navedene razlike odražavaju razlike u intenzitetu boli i samopoštovanju između skupina sudionica, odnosno da nakon što se statističkim putem skupine izjednače s obzirom na bol i samopoštovanje, razlike u psihičkoj dobrobiti prestaju biti značajne.

# 4. METODA

## 4.1. Sudionice

Prigodni uzorak korišten u ovom istraživanju, odabran prvenstveno zbog teškoća prikupljanja dovoljno velikog uzorka, činile su punoljetne žene s područja Hrvatske, Slovenije, Srbije, Crne Gore i Bosne i Hercegovine, koji su obaviještene o istraživanju i pozvane na sudjelovanje putem društvenih mreža. Pritom su u obradu podataka uključene samo žene koje su (1) punoljetne, (2) do trenutka istraživanja nisu stupile u menopauzu, (3) nemaju drugih ozbiljnijih zdravstvenih problema (primjerice, kronične bolesti, maligni ili benigni tumori,...) niti su u prethodnih godinu dana pretrpjele teže ozljede, koje bi bitnije ometale kvalitetu njihovog socijalnog života ili radnog angažmana i time bitnije ometale normalnu svakodnevicu i izazvale pristranosti pri procjeni tjelesne aktivnosti ili stresa (primjerice, prijelom ruke ili noge), (4) dijagnosticirana im je, a zatim i kirurški tretirana endometrioza, (5) od kirurškog tretmana prošlo je barem godinu dana, a u tom periodu nisu zatrudnjele te (6) udovoljavaju ili svima ili nijednom kriteriju relapsa (bol tijekom seksualnih odnosa i bol na području zdjelice). Tako je od početne 171 sudionice uzorak smanjen na njih 56, prosječne dobi 32,38 godina (*SD* = 6,24), dok im je endometrioza dijagnosticirana u prosjeku s 29,15 (*SD* = 6,41) godina. Od toga je njih 43 (80,4%) operiralo endometriozu jednom, 12 (21,4%) dvaput, a samo jedna sudionica triput (1,8%), pri čemu je njih ukupno 45 (80,4%) bilo podvrgnuto laparoskopskom kirurškom zahvatu. Njih 25 (44,6%) nije propisana terapija oralnim kontraceptivima kao nastavak terapije endometrioze, 12 (21,4%) je propisana ciklički, a 17 (30,4%) kontinuirano, dok su dvije sudionice (3,6%) izjavile da se ne pridržavaju propisane farmakoterapije. Od sudionica koje su doživjele relaps simptoma endometrioze, njih 20 (71,4%) ga je doživjelo unutar prethodnih godinu dana, dok ga je preostalih 8 (28,6%) doživjelo prije više od godinu dana.

## 4.2. Instrumenti

Za potrebe ovog istraživanja korišteno je više upitnika, a pri njihovoj primjeni uvažili smo naputke o optimalnom vremenu dosjećanja za pojedine psihičke fenomene (Stull, Leidy, Parasuraman i Chassany, 2009). Svaki od primijenjenih upitnika u ovom istraživanju je slobodan za uporabu u istraživačke svrhe, a većina ih je validirana diljem svijeta i korištena u internacionalnim istraživanjima, što omogućava usporedbu dobivenih rezultata s rezultatima iz drugih država. Pritom su svi navedeni upitnici prevedeni na hrvatski i slovenski jezik kako bi se sudionicama iz Slovenije olakšalo sudjelovanje u istraživanju.

*Upitnici i čestice korišteni u operacionalizaciji psihičke dobrobiti*

Upitnik PERMA Profiler (Butler i Kern, 2016) koristio se za procjenu 5 temeljnih odrednica dobrobiti prema Seligmanovom modelu (2011): pozitivnih emocija, uključenosti, (međuljudskih) odnosa, smislenosti i postignuća. U originalu, upitnik zahvaća i 3 dodatna čimbenika dobrobiti: negativne emocije, usamljenost i samoprocjenu zdravstvenog statusa, od kojih su samo čestice negativnih emocija uz navedenih pet temeljnih odrednica dobrobiti uključene u ovo istraživanje. U pogledu metrijskih karakteristika, faktorska struktura upitnika potvrđena je analizom različitih uzoraka koju su proveli Butler i Kern (2016), pri čemu su se pouzdanosti unutarnje konzistencije ljestvica, uz manje razlike od uzorka do uzorka, uglavnom kretale u rasponu α = ,80 i α = ,90. Pritom manju iznimku predstavlja ljestvica uključenosti, čije su se pouzdanosti kretale između α = ,65 i α = ,75. Svaka od temeljnih odrednica uključenih u ovo istraživanje operacionalizirana je pomoću triju tvrdnji (primjerice, „*Koliko se često u potpunosti zadubite u ono što radite?*“) na koje sudionice odgovaraju u kojoj se mjeri odnose na njih, u rasponu od 0 (nikad) do 10 (uvijek). Prosječni rezultat pripadnih triju čestica uzima se kao stupanj zadovoljenosti pojedine odrednice, a viši rezultat označava veću razinu njezine zadovoljenosti.

Kao mjeru depresivnosti i subjektivne procjene stresa tijekom proteklih tjedan dana, zbog sažetosti, primijenjene su ljestvice depresivnosti i stresa iz skraćene verzije Ljestvice depresivnosti, anksioznosti i stresa (*Depression, Anxiety and Stress Scale,* DASS-21; Henry i Crawford, 2005; Lovibond i Lovibond, 1995), koji svaku od navedenih pojava mjeri pomoću 7 čestica, a može se primjenjivati i na kliničkoj i na općoj populaciji. Metrijske karakteristike instrumenta provjeravane su brojnim istraživanjima, pri čemu se pouzdanost njegovih ljestvica uglavnom kretala između α = ,80 i α = ,95 (Crawford, Cayley, Lovibond, Wilson i Hartley, 2011; Henry i Crawford, 2005), a poznati su i brojni argumenti njegove kriterijske valjanosti (Antony, Bieling, Cox, Enns i Swinson, 1998). Svaka čestica sadrži jednu tvrdnju (primjerice, *„Osjećala sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.“*), a predviđeno je da na njih sudionice odgovaraju u rasponu od „uopće se nije odnosilo na mene“ (0) do „gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene“ (3), pri čemu bi se ukupni rezultat svake ljestvice formirao kao zbroj vrijednosti odgovora pripadnih čestica. No, zbog tehničkih problema u slovenskoj verziji upitnika, dio sudionica nije mogao odgovoriti na dvije čestice iz ljestvice stresa („*Bilo mi je teško opustiti se*“ i „*Nisam podnosila da me išta ometa u onome što radim*“). Stoga su konačni rezultati obiju ljestvica prikazani kao prosjeci svih pripadnih čestica na koje su sudionice dale odgovore, pri čemu viši rezultat označava izraženije simptome stresa, odnosno depresije.

Budući da je empirijski potvrđena valjanost Jednočestične ljestvice samopoštovanja (*Single-Item Self-esteem Scale,* SISE; Robins, Hendin i Trzesniewski, 2001), u ovom je istraživanju samopoštovanje mjereno pomoću jedne čestice. No, iako u psihologijskoj literaturi prijevod pojma „self-esteem“ glasi samopoštovanje, u hrvatskoj javnosti često se pogrešno koristi pojam „samopouzdanje“, a prijevod može dodatno zakomplicirati situaciju s obzirom na materinje jezike sudionica. Zbog toga je u ovom upitniku uz česticu kojom se u ovom istraživanju mjeri samopoštovanje dodana kratka definicija pojma koju su sudionice trebale pročitati („*Samopoštovanje se obično definira kao stupanj u kojem osoba vrednuje, cijeni, odobrava i poštuje sebe, odnosno sviđa se sama sebi*“) i zatim procijeniti na 7-stupanjskoj skali Likertovog tipa svoje samopoštovanje u rasponu od izrazito ispodprosječno (1) do izrazito iznadprosječno (7).

*Upitnici i čestice kojima su operacionalizirani kontrolni faktori*

S ciljem dobivanja što valjanijih zaključaka, u nacrt su uključene i sljedeće mjere kontrolnih čimbenika. Kao mjeru opće tjelesne boli, sukladno preporuci temeljenoj na preglednom radu Bourdela i suradnika (2014), korišten je upitnik Brojčana ljestvica procjene boli (*Numeric Pain Rating Scale*; NPRS; Krebs, Carey i Weinberger, 2007), čest u medicinskim istraživanjima, na način na koji su ga i navedeni autori koristili. Sudionice su procjenjivale intenzitet boli u periodu od početka trećeg mjeseca nakon kirurškog uklanjanja endometrija do njegovog povrata ili dana kad sudjeluju u istraživanju, ukoliko do povrata nije došlo, na skali u rasponu od „ne boli“ (0) do „najgora moguća bol“ (10).

S ciljem kontroliranja čimbenika koji su se u prethodnim istraživanjima pokazivali značajnim prediktorima povrata endometrioze (Bodzag, 2015), formiran je kratki upitnik pomoću kojeg su sudionice ukratko opisale svoja tjelesna obilježja i vlastitu povijest endometrioze i njezinog liječenja (dob, dob u kojoj je endometrioza dijagnosticirana, broj i vrsta kirurških tretmana endometrioze, način uzimanja kontracepcije, te vremensko i simptomatsko određenje posljednjeg relapsa).

## 4.3. Postupak

Istraživanje je provedeno *online*, pomoću Googleovih formulara, pri čemu je samo dio prikupljenih podataka korišten za pisanje ovog rada. Sudionice su klikom na poveznicu izravno pristupile početnoj stranici upitnika, na kojoj su se nalazile relevantne informacije o sudjelovanju (uvjeti sudjelovanja, anonimnost, pravo odustajanja,...). Klikom na oznaku za „dalje“ sudionice su označile da razumiju uvjete i prava sudjelovanja u istraživanju te dale pristanak na iste, nakon čega su mogle započeti s ispunjavanjem upitnika. Redoslijed ispunjavanja upitnika bio je identičan za sve sudionice. Budući da su odgovori prikupljani i regulirani putem Googleovih formulara, zabilježeni rezultati predstavljaju odgovore isključivo onih sudionica koje su ispunile cijeli upitnik. Od upitnika relevantnih za ovaj rad, sudionice su prvo ispunjavale upitnik PERMA, zatim su procjenjivale vlastito samopoštovanje i odgovarale na čestice iz „D“ i „S“ ljestvica upitnika DASS-21, dok su nakon svega navedenog odgovarale na pitanja vezana uz svoja obilježja te osobnu povijest endometrioze i njezinog liječenja.

Strategija obrade podataka zasnivala se na multivarijatnoj analizi varijance (MANOVA), koja predstavlja statistički postupak kojim se utvrđuje postojanje razlika između dviju ili više skupina s obzirom na set zavisnih (i međusobno povezanih) varijabli, odnosno njihovu linearnu kombinaciju koja se za potrebe ovog statističkog postupka formirala (Field, 2013). Budući da su u ovom istraživanju mjereni različiti ishodi koji zapravo predstavljaju mjere psihičke dobrobiti (pozitivne emocije, uključenost, odnosi, smislenost, postignuće, negativne emocije, depresivnost, stres i bol), ovim je postupkom moguće provjeriti postoji li razlika u psihičkoj dobrobiti, kada se sve navedene mjere uzmu zajedno, između žena koje su doživjele relaps endometrioze i onih koje nisu. Pritom je naknadno moguće univarijatnim analizama varijance (ANOVA) provjeriti u kojim se točno pojedinačnim mjerama sudionice razlikuju (Field, 2013), što ovaj postupak čini primjerenim za odgovaranje na istraživačka pitanja. Dodatno, kako bi se provjerilo jesu li navedene razlike tek artefakt razlika u samopoštovanju, provedena je multivarijatna analiza kovarijance (MANCOVA), statistički postupak kojim je moguće utvrditi razlikuju li se skupine s obzirom na set zavisnih varijabli kada se statističkim putem iz rezultata svih skupina uklone razlike u drugim varijablama - kovarijatima (Field, 2013). U kontekstu ovog istraživanja, takvim je nacrtom moguće provjeriti jesu li razlike u psihičkoj dobrobiti između žena koje su doživjele relaps endometrioze i onih koje nisu tek posljedica razlika u samopoštovanju. Podaci su obrađeni pomoću IBM-ovog SPSS-a (v. 23), a provedbu cjelokupnog istraživanja odobrilo je Etičko povjerenstvo Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu.

# 5. REZULTATI

Prikaz rezultata istraživanja organiziran je na način da su nakon prikaza deskriptivnih podataka izračunatih na uzorku (*N* = 56) provjeravane pretpostavke nužne za provedbu pojedinih statističkih testova (MANOVA, MANCOVA) kako bi se osigurala valjanost statističkog zaključka. U slučajevima kad su multivarijatnim testovima utvrđene razlike u psihičkoj dobrobiti među sudionicama, pristupilo se univarijatnim testovima kako bi se provjerilo s obzirom na koje točno sastavnice psihičke dobrobiti se žene koje su doživjele relaps razlikuju od žena koje ga nisu doživjele.

|  |
| --- |
| Tablica 1. *Deskriptivni podaci varijabli psihičke dobrobiti i boli kod žena oboljelih od endometrioze nakon kirurškog zahvata (N = 56)* |
|   | *M* | *SD* | *min* | *max* | *zasim* | *pasim* | Kolmogorov-Smirnov |
| Statistik | *p* |
| Depresivnost | 0,90 | 0,71 | 0 | 2,43 |  1,51 | ,131 | ,11 | ,095 |
| Stres | 1,08 | 0,65 | 0 | 2,29 |  0,31 | ,756 | ,11 | ,158 |
| Pozitivne emocije | 6,74 | 1,78 | 3 | 9,67 | -1,45 | ,147 | ,16 | ,001 |
| Uključenost | 7,48 | 1,40 | 4 | 9,67 | -1,90 | ,057 | ,14 | ,008 |
| Odnosi | 7,39 | 2,08 | 1,67 | 10 | -3,22 | ,001 | ,12 | ,045 |
| Smislenost | 7,35 | 1,83 | 2,67 | 10 | -2,25 | ,024 | ,09 | ,200 |
| Postignuće | 7,32 | 1,35 | 3 | 9,67 | -2,44 | ,015 | ,13 | ,015 |
| Negativne emocije | 5,07 | 1,95 | 1,33 | 8,33 | -0,56 | ,576 | ,10 | ,200 |
| Samopoštovanje | 4,71 | 1,34 | 2 | 7 |  0,11 | ,912 | ,11 | ,068 |
| Bol | 4,93 | 3,01 | 0 | 10 | -0,37 | ,711 | ,18 | <,001 |

U tablici 1. prikazani su deskriptivni podaci izračunati na obje grupe sudionica uključenih u istraživanje. U prvi plan upadaju relativno visoki prosječni rezultati na ljestvicama depresivnosti i stresa u usporedbi s rezultatima opće populacije, prema kojima bi prosječnoj sudionici bio potreban barem neki oblik ambulantne psihičke pomoći (Lovibond i Lovibond, 1995; prema Ronk, Korman, Hooke i Page, 2013), dok su prosjeci temeljnih odrednica dobrobiti u velikoj mjeri slični onim dobivenim u ranijim istraživanjima (Butler i Kern, 2016). Ističe se i relativno velik varijabilitet boli, koji nije iznenađujuć s obzirom na to da uzorak sačinjavaju žene koje su doživjele relaps simptoma i one koje nisu. Iz navedene se tablice nazire efekt poda za ljestvice depresivnosti i stresa, koji se nerijetko pojavljuje u primjeni ljestvica upitnika DASS (primjerice, Henry i Crawford, 2005) te efekt stropa kod ljestvica odnosa i smislenosti, također očekivan (Butler i Kern, 2016).

Prije provedbe MANOVA-e, provjereno je jesu li preduvjeti za istu zadovoljeni kako bi se osigurala valjanost dobivenih rezultata (Howell, 2010). Uz metodološke, koji su zadovoljeni odabirom i postavljanjem nacrta, za provedbu MANOVA-e potrebno je osigurati odsutnost aberantnih rezultata i linearan odnos između varijabli, što je učinjeno vizualnom inspekcijom podataka i dijagrama raspršenja, provjeriti normalnost raspodjela zavisnih varijabli te homogenost matrice njihovih kovarijanci. S ciljem provjere preduvjeta normalnosti, izračunati su rezultati Kolmogorov-Smirnov testa normalnosti (s Lilliefors korekcijom) i z-vrijednost koeficijenta asimetrije, prikazani u tablici 1. Primjećuje se da pet varijabli zadovoljava kriterij normalnosti (depresivnost, stres, smislenost, negativne emocije i samopoštovanje, svi Kolmogorov-Smirnov *p* > ,05). Ublaženu verziju tog kriterija, izračunatu preko z-vrijednosti koeficijenta asimetrije, zadovoljavaju pozitivne emocije (*z* = -1,45, *p* = ,147), uključenost (*z* = -1,90, *p* = ,057) i bol (*z* = -0,37, *p* = ,711), dok odnosi (*z* = -3,22, *p* = ,001) i postignuće (*z* = -2,44, *p* = ,015) imaju negativno simetrične raspodjele, što za posljedicu može imati nešto veću vjerojatnost pogreške tipa I, iako se pokazalo da su tehnike analize varijance robusne s obzirom na kršenje ovog preduvjeta (Howell, 2010).

|  |
| --- |
| Tablica 2. *Matrica korelacija varijabli psihičke dobrobiti i boli kod žena oboljelih od endometrioze nakon kirurškog zahvata (N = 56)* |
|   | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) |
| (1) Depresivnost | (,89) | ,80\*\* | -,53\*\* | -,12 | -,43\*\* | -,40\*\* | -,21 |  ,49\*\* | -,36\*\* | ,35\*\* |
| (2) Stres |  | (,88) | -,49\*\* | -,11 | -,30\* | -,40\*\* | -,23 |  ,45\*\* | -,24 |  ,29\* |
| (3) Pozitivne emocije |  |  | (,90) | ,51\*\* | ,79\*\* | ,71\*\* |  ,54\*\* | -,47\*\* |  ,54\*\* | ,00 |
| (4) Uključenost |  |  |  | (,53) | ,48\*\* | ,56\*\* |  ,54\*\* | -,09 |  ,45\*\* | ,22 |
| (5) Odnosi |  |  |  |  | (,84) | ,60\*\* | ,34\* | -,33\* |  ,49\*\* | ,10 |
| (6) Smislenost |  |  |  |  |  | (,84) |  ,61\*\* | -,33\* |  ,44\*\* | ,05 |
| (7) Postignuće |  |  |  |  |  |  | (,70) | -,32\* |  ,40\*\* | -,01 |
| (8) Negativne emocije |  |  |  |  |  |  |  | (,76) | -,37\*\* |  ,30\* |
| (9) Samopoštovanje |  |  |  |  |  |  |  |  | - | -,06 |
| (10) Bol |  |  |  |  |  |  |  |  |  | - |
| *Napomena.* Pouzdanost za ljestvicu stresa izračunata je temeljem pet, a ne sedam čestica, budući da dijelu uzorka (*N* = 17) dvije čestice nisu prikazane. \* *p* < ,05, \*\* *p* < ,01 |
|
|
|

Matrica korelacija (tablica 2.) ukazuje da je preduvjet izbjegavanja kolinearnosti u potpunosti, a preduvjet o međuovisnosti varijabli u velikoj mjeri zadovoljen, ali ne i u potpunosti zadovoljen. Iako su varijable samopoštovanja, temeljnih odrednica dobrobiti te depresije i stresa međusobno povezane, korelacije navedenih varijabli s osjećajem bola su niže i uglavnom neznačajne. Posljedica navedenog može biti snižena statistička snaga provedenih testova, no s obzirom na to da su ostale korelacije adekvatno visoke, a prosječna korelacija u matrici, izračunata pomoću Fisherove r-u-z formule, iznosi *r* = ,39, pad statističke snage ne bi trebao ugrožavati valjanost provedenog statističkog postupka. U dijagonali matrice navedene su i pouzdanosti unutarnje konzistencije ljestvica, uz iznimku samopoštovanja i boli koje su mjerene svaka po jednom česticom. Pritom se primjećuje da je, unatoč smanjenom broju primijenjenih čestica, pouzdanost ljestvice stresa i dalje ostala zadovoljavajuće visoka (α = ,87), dok je sukladno nekim ranijim nalazima (Butler i Kern, 2016) dobivena nešto niža pouzdanost ljestvice uključenosti (α = ,58) u usporedbi s pouzdanostima ostalih ljestvica temeljnih odrednica dobrobiti.

Boxov test proveden je s ciljem provjere homogenosti matrice kovarijanci, a njegovi su rezultati pokazali da je i taj preduvjet zadovoljen, odnosno da su matrice homogene (*M* = 67,02, *F*(55, 9416,67) = ,977, *p* = ,524). Uzevši sve zajedno, manja odstupanja od preduvjeta normalnosti i povezanosti kriterijskih varijabli nije trebala bitnije utjecati na valjanost rezultata provedenog statističkog postupka.

Rezultati MANOVA-e pokazali su da se sudionice koje su doživjele relaps endometrioze razlikuju od sudionica koje ga nisu doživjele s obzirom na psihičku dobrobit općenito (*F*(8,45) = 2,79, *p* = ,009, Wilks λ = ,618, parcijalni η2 = ,382). Kako bi se provjerilo u kojim sve mjerama dobrobiti se grupe sudionica razlikuju, naknadno su provedene ANOVA-e za svaku od zavisnih varijabli zasebno.

Provedba univarijatnih testova pokazala je da su sudionice koje su doživjele relaps simptoma endometrioze, u usporedbi sa sudionicama koje ga nisu doživjele, depresivnije (*F*(1,54) = 8,52, *p* = ,005, parcijalni η2 = ,136), pod većim stresom (*F*(1,54) = 4,92, *p* = ,031, parcijalni η2 = ,083) te osjećaju intenzivnije bolove (*F*(1,54) = 12,28, *p* = ,001, parcijalni η2 = ,185) i negativne emocije (*F*(1,54) = 8,52, *p* = ,005, parcijalni η2 = ,136). S druge strane, postigle su niže rezultate na ljestvicama postignuća (*F*(1,54) = 4,99, *p* = ,030, parcijalni η2 = ,085), uz sniženo samopoštovanje (*F*(1,54) = 10,41, *p* = ,002, parcijalni η2 = ,162) i gotovo značajno niže rezultate smislenosti (*F*(1,54) = 3,91, *p* = ,053, parcijalni η2 = ,068). Razlike među skupinama sudionica nisu utvrđene za temeljne odrednice odnosa (*F*(1,54) = 0,62, *p* = ,434, parcijalni η2 = ,011), pozitivnih emocija (*F*(1,54) = 2,81, *p* = ,099, parcijalni η2 = ,050) i uključenosti (*F*(1,54) = 1,33, *p* = ,254, parcijalni η2 = ,024). Aritmetičke sredine, medijani i standardne devijacije pojedine skupine sudionika prikazane su u tablici 3., zajedno s konverzijom rezultata ljestvica depresije i stresa kako bi bili usporedivi s internacionalnim normama.

|  |
| --- |
| Tablica 3. *Razlike u varijablama psihičke dobrobiti s obzirom na to jesu li (N = 28) ili nisu (N = 28) sudionice doživjele relaps simptoma endometrioze* |
|   | Bez relapsa |  | Relaps | *Cohen d* | *Cohen U3* |
| *M* | *C* | *SD* | *M* | *C* | *SD* |
| Depresivnost | 0,64 | (9) | 0,50 | 0,67 |  | 1,16 | (16) | 1,15 | 0,66 | 0,78 | 78% |
| Stres | 0,89 | (13) | 0,80 | 0,69 |  | 1,27 | (18) | 1,30 | 0,55 | 0,62 | 73% |
| Pozitivne emocije | 7,13 |  | 7,66 | 1,96 |  | 6,35 |  | 6,67 | 1,52 | -0,45 | 33% |
| Uključenost | 7,69 |  | 8,00 | 1,31 |  | 7,26 |  | 7,33 | 1,46 | -0,31 | 38% |
| Odnosi | 7,61 |  | 8,00 | 2,15 |  | 7,17 |  | 7,67 | 2,03 | -0,21 | 42% |
| Smislenost | 7,82 |  | 8,67 | 1,94 |  | 6,88 |  | 6,83 | 1,61 | -0,53 | 30% |
| Postignuće | 7,71 |  | 8,00 | 1,32 |  | 6,93 |  | 7,00 | 1,29 | -0,60 | 28% |
| Negativne emocije | 4,55 |  | 4,50 | 1,97 |  | 5,60 |  | 5,67 | 1,81 | 0,56 | 71% |
| Bol | 3,64 |  | 4,00 | 3,03 |  | 6,21 |  | 6,00 | 2,43 | 0,95 | 83% |
| Samopoštovanje | 5,25 |  | 5,00 | 1,17 |  | 4,18 |  | 4,00 | 1,31 | -0,86 | 19% |
| *Napomena.* U zagradu su upisane vrijednosti rezultata nakon konverzije na standardne ljestvice upitnika DASS. Pri računanju Cohenovih *d* i *U3* koeficijenata, od rezultata sudionica koje su doživjele relaps su oduzimani rezultati sudionica koje ga nisu doživjele. |

U tablici 3. navedene su i veličine efekta (Cohen *d*) te postoci sudionica iz skupine koja je doživjela relaps čiji su rezultati viši od prosjeka sudionica iz skupine koja nije doživjela relaps (Cohen *U3*). Vidljivo je da se uglavnom radi o srednjim do velikim efektima (*d* > 0,50; Cohen, 1992), a od rezultata se ističu podaci da čak 78% sudionica iz skupine koja je doživjela relaps postiže viši rezultat na ljestvici depresivnosti, 73% na ljestvici stresa te 71% na ljestvici negativnih emocija od prosječnog rezultata žena koje nisu doživjele relaps. Isto postiže samo 19% žena oboljelih od endometrioze na ljestvici samopoštovanja, a njih 83% suočava se s bolovima intenzivnijim od onih koje trpe žene koje relaps nisu doživjele. Budući da su prema kriterijima sudjelovanja grupu žena koje nisu doživjele relaps mogle činiti samo žene koje nisu doživjele teže bolesti, ozlijede ili operativne zahvate, može se pretpostaviti da preko četiri petine žena s endometriozom osjeća bolove jače od onih prosječnih žena.

Kako bi se provjerilo stoje li iza sniženih temeljnih odrednica psihičke dobrobiti, depresije i stresa zapravo nedostatak samopoštovanja i bol, provedena je MANCOVA, koja se od ranije opisane MANOVA-e razlikovala jedino po tome što su dvije varijable koje su u MANOVA-u bile uvrštene kao kriterij, samopoštovanje i bol, u MANCOVA-i uvrštene kao kovarijati. Za njezinu provedbu, bilo je potrebno dodatno provjeriti homogenost regresijskih pravaca, odnosno interakciju kovarijata i razina nezavisne varijable. Budući da nije utvrđen interakcijski efekt relapsa i samopoštovanja (*F*(8, 41) = 1,16, *p* = ,344, Wilks λ = ,815), relapsa i boli (*F*(8, 41) = 1,71, *p* = ,126, Wilks λ = ,750) te relapsa s boli i samopoštovanjem (*F*(16, 82) = 1,04, *p* = ,429, Wilks λ =,692), preduvjet je zadovoljen te se, uz ponovnu provjeru i potvrdu homogenosti kovarijanci (*M* = 49,737, *F*(36, 9811,91) = 1,162, *p* = ,233), pristupilo provedbi MANCOVA-e. Tako provedena analiza potvrdila je da kad se statističkim putem isključe razlike u samopoštovanju (*F*(8,45) = 2,80, *p* = ,013, Wilks λ = ,668, , parcijalni η2 = ,332), ali ne i boli (*F*(8,45) = 1,45, *p* = ,201, Wilks λ = ,794, parcijalni η2 = ,206), razlike u psihičkoj dobrobiti općenito između sudionica s relapsom i sudionica bez relapsa nema (*F*(8,45) = 0,51, *p* = ,841, Wilks λ = ,917, parcijalni η2 = ,086), to jest one proizlaze iz razlika u samopoštovanju. Budući da ovim postupkom nisu utvrđene značajne razlike u psihičkoj dobrobiti s obzirom na relaps endometrioze, u nastavku nisu prikazani rezultati univarijatnih analiza.

# 6. RASPRAVA

Rezultati ovog istraživanja ukazali su na značajne razlike u psihičkoj dobrobiti žena koje su doživjele relaps endometrioze u odnosu na žene kojima se to nije dogodilo, pri čemu su s obzirom na većinu mjera psihičke dobrobiti (depresivnost, stres, bol, samopoštovanje, uključenost i negativne emocije, a marginalno i smislenost) žene koje su doživjele relaps u lošijem položaju od žena koje ga nisu doživjele. Koliko je taj položaj doista loš govori i podatak da prema preporukama koje su u svom priručniku dali Lovibond i Lovibond (1995; prema Ronk i sur., 2013), ne samo da je ženama s relapsom potrebna ambulantna ili barem neka vrsta psihičke pomoći kako bi se lakše nosile s depresijom i stresom koji obilježavaju njihove živote, već se prosječna žena koja je doživjela relaps nalazi na granici između potrebe za ambulantnim liječenjem i hospitalizacijom. Iako prave norme za sudionike iz Središnje i Istočne Europe još uvijek ne postoje, ranijim je istraživanjem pokazano da državljani Istočne Europe, Rusije i Poljske, uobičajeno postižu nešto više rezultate na ljestvicama depresije i stresa u usporedbi sa sudionicima iz Ujedinjenog Kraljevstva i SAD-a (Scholten, Velten, Bieda, Zhang i Margraf, 2017). Unatoč tome, udio žena za čiju je psihičku dobrobit potreban barem neki oblik savjetovanja ili psihičke pomoći kako bi im se olakšalo nošenje sa simptomima endometrioze izrazito je visok.

Navedene nalaze potvrđuju i viši rezultati negativnih emocija kod žena koje su doživjele relaps simptoma, koji ukazuju na veću učestalost tuge, ljutnje i tjeskobe (Butler i Kern, 2016), iako razlika u pogledu uključenosti u aktivnosti i pozitivnih emocija nema. To bi značilo da one doživljavaju podjednako ugodnih emocija kao i zdrave žene, uz povećanu količinu neugodnih. Ljestvica pozitivnih emocija opisuje koliko često osoba doživljava ugodne emocije poput zadovoljstva i radosti, dok ljestvica uključenosti opisuje koliko je osoba zainteresirana u pojave koje ju okružuju te koliko se voljna zadubiti u njih (Butler i Kern, 2016). Stoga, iako nesavršene, moglo bi ih se uzeti kao mjere (an)hedonije (ljestvica pozitivnih emocija) i hipobulije (ljestvica uključenosti). Gledano iz konteksta kliničke psihopatologije, pojava da se sudionice koje su doživjele relaps ne razlikuju u spomenutim područjima od sudionica koje ga nisu doživjele ukazuje da ranije spominjana povišena depresivnost nije odraz kognitivnih iskrivljenja tipičnih za depresiju koja bi sprečavala doživljavanje ugodnih emocija (Begić, 2010), već povećane količine neugodnih emocija. Suprotno prethodnim istraživanjima, nisu utvrđene razlike u zadovoljstvu društvenim odnosima kod žena ovisno o relapsu endometrioze. Potencijalno objašnjenje izostanka takvih razlika mogla bi predstavljati razlika između kultura zapadnih zemalja i zemalja uključenih u ovo istraživanje s obzirom na dimenziju individualizma-kolektivizma, što je utvrđeno u ranijim istraživanjima (Tavakoli, Keenan i Crnjak-Karanović, 2003; Podrug Filipović i Stančić, 2014), a proizlazi iz povijesno gledano nedavne zajedničke prošlosti socijalizma. Slabije izražen individualizam od onog Zapadnih zemalja značio bi više brige o društvenoj dobrobiti, pa i o oboljelim (i starijim) pojedincima (Pyke, 1999), zbog čega je moguće da su njihovi društveni odnosi u manjoj mjeri narušeni nego kod žena iz američkih ili britanskih istraživanja. Nalazi o gotovo značajno sniženoj smislenosti i značajno sniženom osjećaju postignuća idu u prilog ranijim istraživanjima (Gilmour i sur., 2008; Jones i sur., 2004). Prisutnost simptoma endometrioze može djelovati kao barijera normalnom životu i uobičajenim aktivnostima, stoga se smanjenje poželjnih ciljeva, kao i aktivnosti koje bi do njih dovele, može smatrati oblikom prilagodbe na same simptome, koja nažalost ima neugodne posljedice za psihičku dobrobit žene.

Istraživanjem je također utvrđeno da navedene razlike u psihičkoj dobrobiti odražavaju razlike u samopoštovanju, koje je kod žena oboljelih od endometrioze narušeno, ali ne i razlike u intenzitetu bolova. Takvi rezultati donekle oslikavaju one Arnolda i suradnika (2004) koji su utvrdili da je za kvalitetu života važnije psihičko od tjelesnog funkcioniranja. Strah od stigme (Gilmour i sur., 2008), percipiran gubitak vlastite privlačnosti i kompetentnosti (Jones i sur., 2004), potencijalni ekonomski gubici (Hansen i sur., 2013, Nnoaham i sur., 2011) i nezadovoljavajući seksualni odnosi (Giuliani i sur., 2015) samo su neke od posljedica endometrioze koje mogu negativnim emocijama obojiti sliku o sebi, odnosno narušiti sliku o sebi kao privatno i poslovno uspješnoj ženi. Stoga bi, uz tretman bolova, s ciljem umanjivanja psihičkih posljedica endometrioze trebalo poraditi na edukaciji žena o tome kako tijek same bolesti izgleda i razvoju uspješnijih mehanizama suočavanja s njom. Za razliku od zapadnih zemalja, u zemljama obuhvaćenim istraživanjem oblici pružanja psihološkog savjetovanja ženama oboljelim od endometrioze uglavnom se svode na grupe na društvenim mrežama koje vode same žene koje su bolovale ili boluju od endometrioze. Iako takav oblik komunikacije omogućava izravno dijeljenje iskustava između pacijenata, postoje i rizici od dijeljenja netočnih informacija ili njihove pogrešne interpretacije, zbog čega bi ipak valjalo osigurati i neki oblik stručne pomoći.

Unatoč pažljivom metodološkom pristupu, ovo istraživanje obilježeno je i određenim ograničenjima. Prvo od njih predstavlja već spomenuto izostavljanje dviju čestica ljestvice stresa koje bi bilo poželjno izbjeći u budućim istraživanjima, iako nije bitno narušilo metrijska svojstva ljestvice i time smanjilo valjanost dobivenih rezultata. Također, istraživački pristup primijenjen u ovom istraživanju primjeren je za opisivanje trenutnog psihičkog stanja žena, stoga ne omogućuje longitudinalno praćenje promjene psihičke dobrobiti, kao ni provjeru uzročno-posljedičnih veza između stresa i lučenja hormona kortizola, i pojave, odnosno ponovne pojave, endometrioze, na koju su neka istraživanja ukazala (Guo, Zhang i Liu, 2017; Lima, Moura i Silva, 2006; Long, Liu, Qi i Guo, 2016; Vergetaki i sur., 2013). Problem može predstavljati i prigodnost uzorka, no zbog vremenske i ekonomske ograničenosti provedbe istraživanja, kao i teškoća pristupa sudionicama, prikupljanje slučajnog uzorka nije bilo moguće.

Unatoč navedenim manjim nedostacima, ovim su istraživanjem prvi put opisane razlike u psihičkoj dobrobiti kod žena iz Hrvatske i susjednih zemalja koje su doživjele relaps u odnosu na zdrave žene, iz kojih je jasna potreba za nekim oblikom vanjske podrške njihovom psihičkom zdravlju. Uz navedeno, učinjeno je i nekoliko metodoloških unaprjeđenja postojećih istraživanja. U nacrt su uključene žene oboljele od endometrioze koje su već bile na kirurškom odstranjivanju endometrija, podijeljene u skupine s obzirom na to jesu li doživjele simptome relapsa (odnosno, trpe li u trenutku istraživanja simptome endometrioze) ili nisu (odnosno, potpuno su zdrave). Time se postigla metodoški „čišća“ kontrolna grupa, koja je sačinjavala žene koje nisu nakon odstranjivanja endometrija doživjele nikakve druge bolesti ili zdravstvene probleme (provjereno upitnikom). U budućim bi istraživanjima bilo dobro uključiti partnere ili cijelu obitelj kako bi se provjerilo što se događa s romantičnim odnosom (ili obitelji) nakon pojave endometrioze te koliko o bolesti znaju i kako se s njome nose oboljeloj bliske osobe, budući da bi se odgovorom na ta pitanja vjerojatno moglo preciznije provjeriti kako to da zadovoljstvom odnosima s bliskim osobama žena iz ovog istraživanja nije umanjeno.

Istraživanjem je dan uvid u još jedno područje medicine u kojem bi psihološka podrška pacijenticama olakšala život s bolešću, u vidu individualnih ili grupnih edukacija ili savjetovanja. Stoga bi daljnja istraživanja valjalo usmjeriti prema osmišljavanju intervencijskih programa koji bi mogli olakšati prilagodbu ženama na endometriozu, a samim time i umanjiti s njom povezan pad psihičke dobrobiti. Kako bi se to postiglo, potrebno je povećati senzibilitet za psihičke teškoće koje prate kronične bolesti, kao i bolesti koje se poput endometrioze u takvu bolest mogu pretvoriti, te povećati dostupnost javnozdravstvenih ustanova čija je primarna svrha pružanje psihološke pomoći prilikom adaptacije na bolesti i ostala tjelesna oštećenja. Stoga je, da bi sustav uspješnije funkcionirao, nužno učiniti iskorak prema njegovim korisnicima, upoznati njihove potrebe i prilagoditi ga onima kojima je potreban tako da zaobiđe stigmu psihičkih teškoća te uspješno i pravovremeno ponudi i pruži pomoć u ostvarivanju zadovoljavajuće kvalitete života svakom članu društva.

# 7. ZAKLJUČAK

Rezultati istraživanja u velikoj su mjeri potvrdili očekivanja istraživača. Sukladno očekivanjima, zabilježena je snižena opća psihička dobrobit kod žena koje su doživjele relaps simptoma endometrioze u usporedbi s ženama koje ga nisu doživjele. Pritom su žene koje su doživjele relaps izražavale više negativnih emocija, slabiji osjećaj postignuća te izraženiju depresivnost i stres, dok su se razlike s obzirom na smislenost pokazale marginalno neznačajnima. U pogledu pozitivnih emocija, uključenosti i odnosa, nisu zabilježene značajne razlike. Spomenute skupine žena razlikovale su se i s obzirom na samoprocjenjenu bol i samopoštovanje, a kad su dvije navedene varijable uvrštene u analizu kao kovarijati, pokazalo se da ranije navedene razlike u dobrobiti između dviju skupina sudionica prestaju biti značajne. Pritom je utvrđeno da razlike u psihičkoj dobrobiti odražavaju razlike u samopoštovanju, ali ne i boli.

# 8. ZAHVALE

Zahvaljujem mentoru doc. dr. sc. Miroslavu Rajteru na korisnim savjetima vezanim uz provođenje istraživanja i pisanje rada, kolegicama Aniti Markotić i Tei Širac na inspiraciji u pomoći u pronalaženju sudionica, svim administratoricama grupa na društvenim mrežama i forumima putem kojih su sudionice prikupljane u uzorak te dr. sc. Ljiljani Muslić na informacijama vezanim uz odnos javnog zdravstva i endometrioze.

# 9. POPIS LITERATURE

Antony, M. M., Bieling, P. J., Cox, B. J., Enns, M. W. i Swinson, R. P. (1998). Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. *Psychological assessment*, *10*(2), 176-181. doi: 10.1037/1040-3590.10.2.176

Arnold, R., Ranchor, A. V., Sanderman, R., Kempen, G. I. J. M., Ormel, J., i Suurmeijer, T. P. B. M. (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research, 13*(5), 883–896. doi:10.1023/b:qure.0000025599.74923.f2

Begić, D. (2010). *Psihopatologija.* Zagreb: Medicinska Naklada.

Bijlani, S. i Sonawane, P. (2012). Epidemiology of endometriosis. U P. Desai i P. Patel (Ur.) *Current Practice in Obstetrics and Gynecology Endometriosis* (pp. 1-24). New Delhi: Jaypee Brothers Medical Publishers.

Bourdel, N., Alves, J., Pickering, G., Ramilo, I., Roman, H. i Canis, M. (2015). Systematic review of endometriosis pain assessment: how to choose a scale? *Human reproduction update*, *21*(1), 136-152. doi: 10.1093/humupd/dmu046

Bozdag, G. (2015). Recurrence of endometriosis: risk factors, mechanisms and biomarkers. *Women's Health*, *11*(5), 693-699. doi: 10.2217/whe.15.56

Butler, J. i Kern, M. L. (2016). The PERMA-Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing. *International Journal of Wellbeing*, *6*(3), 1-48. doi: 10.5502/ijw.v6i3.526

Charmaz, K. (1983). Loss of self: a fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness, 5*(2), 168-195. doi: 10.1111/1467-9566.ep10491512

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155–159. doi:10.1037/0033-2909.112.1.155

Crawford, J., Cayley, C., Lovibond, P. F., Wilson, P. H. i Hartley, C. (2011). Percentile norms and accompanying interval estimates from an Australian general adult population sample for self‐report mood scales (BAI, BDI, CRSD, CES‐D, DASS, DASS‐21, STAI‐X, STAI‐Y, SRDS, and SRAS). *Australian Psychologist*, *46*(1), 3-14. doi: 10.1111/j.1742-9544.2010.00003.x

De Graaff, A. A., D'hooghe, T. M., Dunselman, G. A. J., Dirksen, C. D., Hummelshoj, L., Simoens, S., ... i Colombo, G. L. (2013). The significant effect of endometriosis on physical, mental and social wellbeing: results from an international cross-sectional survey. *Human reproduction,* 2677-2685. doi: 10.1093/humrep/det284

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics* (4thedition). London: Sage.

Fritzer, N., Haas, D., Oppelt, P., Renner, S., Hornung, D., Wölfler, M., … i Hudelist, G. (2013). More than just bad sex: sexual dysfunction and distress in patients with endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 169*(2), 392–396. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.04.001

Gilmour, J. A., Huntington, A. i Wilson, H. V. (2008). The impact of endometriosis on work and social participation. *International Journal of Nursing Practice, 14*(6), 443–448. doi:10.1111/j.1440-172x.2008.00718.x

Giuliani, M., Cosmi, V., Pierleoni, L., Recine, A., Pieroni, M., Ticino, A., … i Simonelli, C. (2016). Quality of life and sexual satisfaction in women suffering from endometriosis: An Italian preliminary study. *Sexologies, 25*(1), e12–e19. doi:10.1016/j.sexol.2015.03.004

Guo, S. W., Zhang, Q. i Liu, X. (2017). Social psychogenic stress promotes the development of endometriosis in mouse. *Reproductive BioMedicine Online, 34*(3), 225-239. doi: 10.1016/j.rbmo.2016.11.012

Hansen, K. E., Kesmodel, U. S., Baldursson, E. B., Schultz, R. i Forman, A. (2013). The influence of endometriosis-related symptoms on work life and work ability: a study of Danish endometriosis patients in employment. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 169*(2), 331–339. doi:10.1016/j.ejogrb.2013.03.008

Henry, J. D. i Crawford, J. R. (2005). The short‐form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS‐21): Construct validity and normative data in a large non‐clinical sample. *British journal of clinical psychology*, *44*(2), 227-239. doi: 10.1348/014466505x29657

Howell, D. C. (2010). *Statistical methods for psychology* (7th edition)*.* Belmont, CA: Cengage Learning.

Hudelist, G., Fritzer, N., Thomas, A., Niehues, C., Oppelt, P., Haas, D., … i Salzer, H. (2012). Diagnostic delay for endometriosis in Austria and Germany: causes and possible consequences. *Human Reproduction, 27*(12), 3412–3416. doi:10.1093/humrep/des316

Jones, G., Jenkinson, C. i Kennedy, S. (2004). The impact of endometriosis upon quality of life: a qualitative analysis. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25*(2), 123–133. doi:10.1080/01674820400002279

Krebs, E. E., Carey, T. S. i Weinberger, M. (2007). Accuracy of the pain numeric rating scale as a screening test in primary care. *Journal of General Internal Medicine*, *22*(10), 1453-1458. doi: 10.1007/s11606-007-0321-2

Lima, A. P., Moura, M. D., i Silva, A. A. M. R. (2006). Prolactin and cortisol levels in women with endometriosis. *Brazilian journal of medical and biological research, 39*(8), 1121-1127. doi: 10.1590/s0100-879x2006000800015

Long, Q., Liu, X., Qi, Q. i Guo, S. W. (2016). Chronic stress accelerates the development of endometriosis in mouse through adrenergic receptor β2*. Human Reproduction, 31*(11), 2506-2519. doi: 10.1093/humrep/dew237

Lovibond, P. F. i Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, *33*(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-u

Nnoaham, K. E., Hummelshoj, L., Webster, P., d’ Hooghe, T., de Cicco Nardone, F., de Cicco Nardone, C., … i Zondervan, K. T. (2011). Impact of endometriosis on quality of life and work productivity: a multicenter study across ten countries. *Fertility and Sterility, 96*(2), 366–373.e8. doi:10.1016/j.fertnstert.2011.05.090

Podrug, N., Filipović, D. i Stančić, I. (2014). Analysis of cultural differences between Croatia, Brazil, Germany and Serbia. *Economic Research - Ekonomska Istraživanja, 27*(1), 818-829. Pribavljeno s: <http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2628757>

Pyke, K. (1999). The micropolitics of care in relationships between aging parents and adult children: individualism, collectivism, and power. *Journal of Marriage and the Family, 61*(3), 661. doi: 10.2307/353568

Rannestad, T., Eikeland, O.-J., Helland, H. i Qvarnström, U. (2000). Quality of life, pain, and psychological well-being in women suffering from gynecological disorders. *Journal of Women’s Health & Gender-Based Medicine, 9*(8), 897–903. doi:10.1089/152460900750020937

Robins, R. W., Hendin, H. M. i Trzesniewski, K. H. (2001). Measuring global self-esteem: Construct validation of a single-item measure and the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*, 151-161. doi: 10.1177/0146167201272002

Ronk, F. R., Korman, J. R., Hooke, G. R. i Page, A. C. (2013). Assessing clinical significance of treatment outcomes using the DASS-21. *Psychological assessment*, *25*(4), 1103-1111. doi: 10.1037/a0033100

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Scholten, S., Velten, J., Bieda, A., Zhang, X. C. i Margraf, J. (2017). Testing measurement invariance of the Depression, Anxiety, and Stress Scales (DASS-21) across four countries. *Psychological assessment*. Napredna online publikacija. doi: 10.1037/pas0000440

Seligman, M. E. P. (2011). *Flourish.* New York: Free Press.

Sepulcri, R. de P. i Amaral, V. F. (2009). Depressive symptoms, anxiety, and quality of life in women with pelvic endometriosis. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, 142*(1), 53–56. doi:10.1016/j.ejogrb.2008.09.003

Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G. i Mokdad, A. H. (2007). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. Community-dwelling adults. *Journal of Community Health, 33*(1), 40–50. doi:10.1007/s10900-007-9066-4

Stull, D. E., Leidy, N. K., Parasuraman, B. i Chassany, O. (2009). Optimal recall periods for patient-reported outcomes: challenges and potential solutions. *Current medical research and opinion*, *25*(4), 929-942. doi: 10.1185/03007990902774765

Tavakoli, A. A., Keenan, J. P. i Crnjak-Kranjčević, B. (2003). Culture and whistleblowing: an empirical study of Croatian and United States managers utilizing Hofstede's cultural dimensions. *Journal of business ethics, 43*(1/2), 49-64. doi: 10.1023/A:1022959131133

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine, 41*(10), 1403–1409. doi:10.1016/0277-9536(95)00112-k

Vergetaki, A., Jeschke, U., Vrekoussis, T., Taliouri, E., Sabatini, L., Papakonstanti, E. A. i Makrigiannakis, A. (2013). Differential expression of CRH, UCN, CRHR1 and CRHR2 in eutopic and ectopic endometrium of women with endometriosis. *PloS one, 8*(4), e62313. doi: 10.1371/journal.pone.0062313

Watson, D., Clark, L. A. i Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(6), 1063–1070. doi:10.1037/0022-3514.54.6.1063

# 10. SAŽETAK

Tomislav Pavlović

**Razlike u psihičkoj dobrobiti žena oboljelih od endometrioze s obzirom na relaps simptoma bolesti**

Cilj ovog istraživanja bio je utvrditi razlike u psihičkoj dobrobiti između žena oboljelih od endometrioze koje su doživjele relaps njezinih simptoma i onih koje ga nisu doživjele te provjeriti proizlaze li te razlike iz razlika u samopoštovanju i intenzitetu boli. Istraživanje je provedeno *online*, a prigodni uzorak prikupljen je putem društvenih mreža. Od ukupno 171 sudionice iz Slovenije, Hrvatske, Srbije, Bosne i Hercegovine i Crne Gore, njih 56 je zadovoljilo sve kriterije istraživanja te ih se moglo jednoznačno svrstati u skupinu žena koje jesu (*N =* 28) ili nisu (*N* = 28) doživjele relaps. Rezultati su pokazali da žene koje su doživjele relaps simptoma endometrioze doista imaju nižu psihičku dobrobit od žena koje ga nisu doživjele, pri čemu imaju niži osjećaj postignuća i samopoštovanje, a izraženiji osjećaj boli i negativne emocije te su depresivnije i pod većim stresom. Navedene razlike prestale su biti značajne kad su bol i samopoštovanje u model uvršteni kao kovarijati, pri čemu se bol nije pokazala relevantnom. Time je ukazano da su žene koje su doživjele relaps endometrioze niže psihičke dobrobiti od žena koje ga nisu doživjele, što se poglavito može pripisati razlikama u samopoštovanju.

Ključne riječi: endometrioza, psihička dobrobit, kvaliteta života, bol, samopoštovanje

# 11. SUMMARY

Tomislav Pavlović

**Differences in mental well-being of women affected by endometriosis with respect to relapse of its symptoms**

 Aim of this research was to determine differences in mental well-being between women affected by endometriosis who experienced relapse of its symptoms and those who had not experienced it, as well as to test if those differences are reflecting differences in self-esteem and pain intensity. The research was conducted online and used a convenient sample gathered via social network. Of total 171 participants from Slovenia, Croatia, Serbia, Bosnia and Herzegovina and Montenegro, 56 satisfied all of the research criteria and could be unambiguously classified as women who did (*N* = 28) or did not (*N* = 28) experience relapse. The results have shown that women who experienced relapse of symptoms of endometriosis indeed had lower mental well-being than women who had not experienced it, which was shown by lower sense of achievement and self-esteem, as well as more intensive pain and more negative emotions, depressiveness and stress. Mentioned differences were no longer significant when pain and self-esteem were included as covariates into the model, where pain was not a significant covariate. Such results indicate that women who experienced relapse of endometriosis have lower mental well-being than those who did not experience it, which could be attributed to differences in self-esteem.

Key words: endometriosis, mental well-being, quality of life, pain, self-esteem