

# Odnos kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije

---

Navratil, Anja

Master's thesis / Diplomski rad

2023

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:328316>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-02-16**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet Osijek

Diplomski studij psihologije

Anja Navratil

**Odnos kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije**

Diplomski rad

Mentor: prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2023.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Diplomski studij psihologije

Anja Navratil

**Odnos kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije**

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2023.

## IZJAVA

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

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

U Osijeku,



Anja Navratil, 0122227332

## SADRŽAJ

|   |    |
|---|----|
| UVOD .....  | 1  |
| Kvaliteta života .....  | 1  |
| Zdravstvena anksioznost .....   | 3  |
| Kiberohondrija.....   | 5  |
| Spolne razlike kod kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.....                             | 7  |
| Povezanost kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.....                                     | 8  |
| Povezanost kvalitete života i zdravstvene anksioznosti .....  | 8  |
| Povezanost zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije .....  | 9  |
| Povezanost kvalitete života i kiberohondrije.....   | 10 |
| Povezanost kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.....                                     | 10 |
| CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA .....  | 11 |
| Cilj.....   | 11 |
| Problemi .....  | 11 |
| Hipoteze .....  | 11 |
| METODA.....   | 12 |
| Sudionici.....  | 12 |
| Instrumenti .....   | 12 |
| Postupak .....  | 15 |
| REZULTATI.....  | 15 |
| Testiranje preduvjeta za provođenje statističkih postupaka .....  | 15 |
| Deskriptivni podaci .....   | 17 |
| Povezanost varijabli u istraživanju.....  | 17 |
| Razlika rezultata na skalama zdravstvene anksioznosti, kiberohondrije i kvalitete života s obzirom na spol..... | 18 |
| Medijacijska regresijska analiza.....   | 20 |
| Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i samoprocjena zdravlja.....  | 20 |
| Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i kvaliteta života .....  | 21 |
| Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena fizičkog zdravlja.....   | 21 |
| Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena psihičkog zdravlja.....  | 22 |
| Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena socijalnih odnosa .....  | 23 |
| Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena okoline .....  | 23 |
| RASPRAVA .....  | 24 |
| Implikacije, ograničenja i smjernice za buduća istraživanja .....   | 29 |
| ZAKLJUČAK .....   | 30 |
| LITERATURA.....   | 32 |

## **Odnos kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije**

Mali broj istraživanja bavi se objašnjavanjem odnosa kiberohondrije, zdravstvene anksioznosti i kvalitete života, stoga je cilj ovog istraživanja bio ispitati taj odnos. Uzorak se sastojao od 262 punoljetna sudionika. Istraživanje je provedeno internetom, putem Google obrasca, koji je sadržavao Upitnik o sociodemografskim podacima, Upitnik o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije, Kratki Inventar zdravstvene anksioznosti te Kratku skalu kiberohondrije. Rezultati istraživanja upućuju na statistički značajnu pozitivnu povezanost kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti te statistički značajnu negativnu povezanost kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti s domenama kvalitete života. Rezultati t-testa za nezavisne uzorke upućuju na statistički značajnu razliku spolova na skali kiberohondrije i domene fizičkog zdravlja na instrumentu kvalitete života. Medijacijski učinak kiberohondrije pronađen je samo u slučajevima međuodnosa zdravstvene anksioznosti i samoprocjene općeg zdravlja, domene psihičkog zdravlja te domene okoline.

*Ključne riječi:* kiberohondrija, zdravstvena anksioznost, kvaliteta života, zdravlje

## **Relationship between quality of life, health anxiety and cyberchondria**

A small number of studies focus on explaining the relationship between cyberchondria, health anxiety, and quality of life, so the aim of this study was to investigate that connection. The sample consisted of 262 adult participants. The research was conducted through a Google form, which included a Questionnaire on sociodemographic data, World Health Organization Quality of Life Questionnaire, Brief Health Anxiety Inventory, and Brief Cyberchondria Scale. The results indicate a statistically significant positive correlation between cyberchondria and health anxiety. There was also a statistically significant negative correlation between cyberchondria and health anxiety with domains of quality of life. The independent samples t-test results indicate statistically significant gender difference in the cyberchondria scale and the physical health domain on the quality-of-life instrument. The mediating effect of cyberchondria was found to be statistically significant only in cases of relationship between health anxiety and self-rated general health, the domain of mental health, and the environmental domain.

*Keywords:* cyberchondria, health anxiety, quality of life, health

## UVOD

Tijekom godina, istraživanja u području zdravstvene psihologije većinom su se usmjerila na pojam kvalitete života te utjecaje koje razne bolesti ili stanja imaju na pojedincevu percepciju kvalitete života. Međutim, nedavne globalne zdravstvene neprilike (pandemija korona virusa) rezultirale su otvaranjem ponovnog diskursa o zdravstvenoj anksioznosti i pojavi kiberohondrije, pretjeranog i opetovanog pretraživanje zdravstvenih informacija na Internetu (Starčević i Berle, 2013), te mogućim utjecajem kojeg ove pojave imaju na kvalitetu života.

### **Kvaliteta života**

Pojam kvalitete života sve je popularniji u današnjem svijetu, gdje ga mnogi znanstvenici ispituju u kontekstu njihovih područja zanimanja. Međutim, zbog popularizacije terminologije, postao je dijelom vokabulara mnogih laika. Kao takav, pojam se koristi u različitim kontekstima i često se, uz pojam kvalitete života, spominju i riječi koje se smatraju sinonimima, poput zadovoljstvo životom, subjektivna dobrobit te subjektivna kvaliteta života (Vuletić i Misajon, 2011). Opća zbunjenost upotrebom točne terminologije, ali i definicije, nije zaobišla ni znanstvenike, stoga ne čudi što i danas mnogi koriste različite definicije pojma kvalitete života.

Kako i mnogi istraživači imaju poteškoća u definiranju ovog pojma, pokazali su Gill i Feinstein (1994; prema Hunt, 1997) pregledom literature. Došli su do zaključka da je mali broj istraživača uopće pokušao definirati ovaj pojam u svojim člancima. Posljedica manjka konsenzusa je u tome što se, kako Hunt (1997) navodi, dovodi u pitanje kompatibilnost samih definicija s mjernim instrumentima za koje se onda ne može u potpunosti reći da mjere pojam kvalitete života. Stoga je, u ovakvim slučajevima, važno istaknuti one definicije koje su najčešće citirane (Vuletić i Misajon, 2011). Jedna takva je definicija Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) koja kvalitetu života objašnjava kao percipirano zadovoljstvo vlastitim životom te ulogom pojedinca koju ima u specifičnom društvenom, okolišnom i kulturološkom kontekstu (The WHOQOL Group, 1998). Dakle, to je subjektivna procjena života koju pojedinac radi ovisno o njegovom kulturološkom, socijalnom i okolišnom konceptu (The WHOQOL Group, 1998). Nadalje, definicija koju predlažu Felce i Perry (1995) smatra se jednako sveobuhvatnom kao i prethodna. Ističu da je pojam kvalitete života opće blagostanje koje se bazira na objektivnim deskriptorima i subjektivnoj evaluaciji psihičkog, materijalnog, socijalnog i emocionalnog blagostanja te da uvelike ovisi o pojedincevim vrijednostima te

osobnom razvoju. Domaći autori Krizmanić i Kolesarić (1989; prema Vuletić, 2022) definiraju kvalitetu života kao subjektivno doživljavanje života koje je pod utjecajem objektivnih okolnosti u kojima pojedinac živi, karakteristikama ličnosti i njegovim jedinstvenim životnim iskustvom. Zaključak izveden iz ovih, ali i mnogih drugih definicija je taj da je kvaliteta života dobar pokazatelj u kojoj mjeri okolina uspijeva zadovoljiti potrebe pojedinca (Kahn i Juster, 2002; prema Chao i Ospina, 2013), a Cummins (1996) ističe kako većina istraživača dijeli kvalitetu života u sedam domena: fizičko zdravlje, emocionalna dobrobit, materijalno blagostanje, zajednica i intimnost, produktivnost te sigurnost.

Većinski općeprihvaćene glavne pretpostavke kvalitete života, s obzirom na mjerenje, su multidimenzionalnost, koja se proučava kroz različite domene te subjektivnost. Holmes (2005; prema Barcaccia i sur., 2013) napominje kako je kvaliteta života prvenstveno subjektivna, odnosno da se jedino može razumjeti iz pojedinčeve perspektive, a onda i multidimenzionalna te da je kao takva sačinjena od pozitivnih i negativnih aspekata, a ovisi o mjeri u kojoj okolina uspijeva zadovoljiti potrebe pojedinca. Jedan od prvih i vodećih znanstvenika u području istraživanja kvalitete života, Cummins (2000; prema Vuletić i Misajon, 2011), sagledava pojam kroz subjektivne i objektivne komponente. Smatra da subjektivna komponenta sadrži sedam domena: materijalno i emocionalno blagostanje, zdravlje, intimnost, sigurnost, produktivnost i zajednica, dok objektivnu komponentu čine mjere objektivnog blagostanja, ovisno o kulturi pojedinca. Prema ovome, na kvalitetu života, koja se temelji na subjektivnim i objektivnim komponentama, također mogu i utjecati subjektivni i objektivni faktori. Društveni i politički faktori su samo jedni od mnogih objektivnih faktora, dok se subjektivna percepcija blagostanja i osobnog razvoja smatraju subjektivnim faktorima koji mogu rezultirati promjenom percepcije kvalitete života na pojedinca. Stoga, se na kvalitetu života može promatrati kao na entitet koji se sastoji od objektivnih i subjektivnih varijabli (Vuletić i Misajon, 2011). Odnos između ovih varijabli nije linearan, već povezanost varira o stupnju zadovoljenja osnovnih potreba pojedinca, gdje će povezanost biti veća ako ove potrebe nisu zadovoljene (Cummins 2000; prema Vuletić i Misajon, 2011).

Iako i dalje ne postoji konsenzus kada se govori o definiranju pojma kvalitete života, pozitivan ishod postojanja velikog broja istraživanja je široki opus literature koji omogućuje istraživanje odnosa kvalitete života i mnogih drugih pojmova, a u novije vrijeme sve je veći broj istraživanja koji se baziraju na ispitivanju odnosa kvalitete života s varijablama u području zdravstva.



## **Zdravstvena anksioznost**

Briga za zdravlje normalna je pojava kod ljudi. Ona omogućava pojedincu da na vrijeme primijeti promjene unutar organizma i pravovremeno prevenira ili umanju mogući zdravstveni problem. Iako ovakvo ponašanje može biti adaptivno (Jones i sur., 2013), u ekstremnim slučajevima radi se o patologiji. Takvo ponašanje naziva se zdravstvenom anksioznošću, a javlja se kao posljedica pretjerane, krive i preuveličane interpretacije fizičkih simptoma (Jones, Hadjistavropoulos i Gullickson, 2013; prema Lagoe i Atkin, 2015). Nadalje, briga i strah mogu se javiti tijekom dijagnosticiranja bolesti te kao posljedica razmišljanja da će se zdravstveno stanje oboljelog pogoršati (Asmundson i sur., 2020). Rezultat ovakvog intenzivnog zamjećivanja fizičkih simptoma te stanje straha i tjeskobe narušava svakodnevno funkcioniranje pojedinca, a može rezultirati i emocionalnom nestabilnošću (Jakovljević, 2019). Istraživanje, koje su proveli Tyrer i suradnici (2015), na sudionicima koji pate od zdravstvene anksioznosti ukazuje na povećanje broja bolovanja koja uzimaju tijekom godina, prijevremenog odlaska u mirovinu, povećanje troškova za zdravstvenu skrb te traženja drugog mišljenja u slučaju kada se ne liječi zdravstvena anksioznost. Hadjistavropoulos i suradnici (2000) proveli su istraživanje na osobama s kroničnom bolesti, gdje navode kako visoko zdravstveno anksiozni pojedinci, u odnosu na one koji su imali niske rezultate na upitnicima zdravstvene anksioznosti, iskazuju o povećanoj brizi od mogućih ozljeda, strahu od pogoršanja bolesti te katastrofiziranju tjelesnih osjeta. Moguće objašnjenje ovakvih rezultata donosi istraživanje Hadjistavropoulos i suradnika (1998; prema Hadjistavropoulos i sur., 2000) u kojem su izazivali bolni podražaj kod sudionika te uvidjeli kako visoko anksiozni sudionici nemaju kapacitet objektivnog sagledavanja tjelesnih promjena što doprinosi povišenoj zdravstvenoj anksioznosti. Ovo istraživanje, ali i mnoga druga, ukazuju na ozbiljne posljedice zdravstvene anksioznosti na život pojedinca.

Nadalje, zdravstvenu anksioznost moguće je sagledavati kao na jednodimenzionalni konstrukt koji ima svoj kontinuum (Ferguson, 2009; prema Alberts i sur., 2013), gdje se s jedne strane nalazi slaba zabrinutost za zdravlje i bolesti, a nasuprot tome nalazi se pretjerana briga za zdravlje i strah od oboljenja (Alberts i sur., 2013). Ozbiljno oboljenje pojedinca, gubitak bliske osobe ili dugotrajna izloženost stresnim situacijama uvelike mogu utjecati na povišenje razina zdravstvene anksioznosti (Asmundson i sur, 2010). Fink i suradnici (2004) ističu kako je glavno obilježje zdravstvene anksioznosti ruminiranje o postojanju bolesti koje pojedinca lako može dovesti do pogoršanja stanja zdravstvene anksioznosti. Beck i suradnici (1988; prema Salkovskis i Warwick, 2001) objašnjavaju ovakav obrazac ponašanja pomoću

kognitivno-bihevioralne hipoteze, koja kaže da je razlog održavanja zdravstvene anksioznosti tendencija pojedinca da krivo percipira tjelesne simptome i tjelesne promjene (npr. ubrzanje otkucaja srca) kao znakove teškog tjelesnog oboljenja. Nasuprot ovom gledištu je ono koje sagledava zdravstvenu anksioznost kao dihotomnu, odnosno pojedinci pripadaju ili nisko ili visoko zdravstveno anksioznoj skupini ljudi (Asmundson i sur, 2010). Ovakvo gledište ograđuje i isključuje dimenzionalnost zdravstvene anksioznosti koju mnogi istraživači zagovaraju te zanemaruje pojedince čija zdravstvena anksioznost nije ekstremno visoka niti niska (Hedman i sur., 2015).

Pojam hipohondrije često je korišten pojam u svakodnevnom životu, a dijagnoza i značenje ovog pojma mijenjalo se tijekom vremena (Fink, 2019). Većina starijih istraživanja poistovjećuje ekstremni oblik zdravstvene anksioznosti s hipohondrijom (Salkovskis i sur., 2002). Međutim, tijekom godina, oko pojma hipohondrije skupilo se dosta kontroverze te su ljudi s dobivenom dijagnozom osjećali stigmatu od strane liječnika i drugih zdravstvenih radnika (Jakovljević, 2019). Jakovljević (2019) navodi kako postoji opravdanost u korištenju pojmova zajedno i sinonimno, međutim specifična je za situaciju kada se želi napraviti distinkcija između različitih „stupnjeva“ zdravstvene anksioznosti. U tom slučaju na hipohondriju se gleda kao na ekstremni oblik zdravstvene anksioznosti uz prisutnost simptoma bolesti, odnosno kada je reakcija na tjelesni simptom toliko disproporcionalna ozbiljnosti da rezultira hitnim odlaskom kod liječnika. Lebel i suradnici (2020) napominju kada se zdravstvenu anksioznost izjednačava s hipohondrijom ona postaje psihički poremećaj kojeg je moguće dijagnosticirati. S druge strane, može se smatrati normativnim odgovorom na kroničnu bolest u kojoj postoji stvarna prijetnja zdravlju i dobrobiti pojedinca (Lebel i sur., 2020). Uzevši u obzir kontekst korištenja pojmova, uvele su se promjene u klasifikaciji. Najnovije izdanje Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-V) značajnu zdravstvenu anksioznost stavlja unutar dijagnoze anksioznih poremećaja, dok je hipohondrija raspoređena unutar dvije dijagnoze poremećaja: anksiozni poremećaj zbog bolesti te poremećaj sa somatskim simptomima (Asmundson i Fergus, 2019). Drugi klasifikacijski priručnici, poput Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11; engl. International Classification Of Diseases- ICD-11), zdravstvenu anksioznost svrstava kao samo još jedan od simptoma hipohondrije, dijagnoze koja se i dalje koristi u priručniku neovisno o stigmi koju nosi sa sobom (Fink, 2019). Ovakvo, različito, klasificiranje zdravstvene anksioznosti buni mnoge budući da se ipak radi o pojavi koja je, prvenstveno, u svojoj prirodi motivirana strahom koji može rezultirati obrascima ponašanja opsesivne prirode, poput opsežnog i pretjeranog pretraživanja interneta, ruminiranja

o tjelesnoj simptomatologiji te pojavi iznenadne bolesti (Tyrer, 2020). Zbunjujuća i ponekad kontradiktorna definicija, kao i sama klasifikacija navedenih pojmova, često rezultira neslaganjem među znanstvenicima treba li se zdravstvena anksioznost promatrati kao zasebna dijagnoza ili kroz dijagnozu somatoformnih ili funkcionalnih poremećaja (Fink, 2019).

### **Kiberohondrija**

Industrijalizacija, pa tako i globalno umrežavanje, u velikoj je mjeri doprinijela načinu na koji evaluiramo zdravlje i obrascima zdravstvenih ponašanja. Stoga ne čudi što je posljednje desetljeće obilježila popularizacija različitih zdravstvenih portala i foruma. Ovakva globalna senzacija dijeljenja informacija, omogućila je velikom broju ljudi da pronalaze različite informacije o simptomatologiji bolesti koje misle da imaju. Privlačnost korištenja ovakvih portala proizlazi iz toga što su informacije besplatne i lako dostupne te je sama priroda ovakvih foruma i portala interaktivna, što ih čini još privlačnijima za korisnike koji, ako imaju nedoumica ili pitanja, ista mogu odmah i postaviti. Brzo dobivanje odgovora na pitanja koja se odnose na pojedinačno zdravlje mogu smanjiti tjeskobu koju pojedinac osjeća (Aurora i sur., 2002; prema Asgher i sur., 2003), a samo traženje informacija može pozitivno utjecati na pojedinačnu percepciju samoeфикаsnosti te bolje razumijevanje zdravstvenog statusa (Baker i sur., 2003; prema Asgher i sur., 2003).

Međutim, iako je pretraživanje Interneta postalo sasvim normalna pojava u svakodnevici modernog čovjeka, kada se govori o domeni zdravstva postoje nedostaci. Naime, zbog velike količine informacija koje se nalaze na forumima i stranicama zdravstvenog sadržaja, često je gotovo nemoguće odrediti točnost takvih izvora. Svjetska zdravstvena organizacija ovu pojavu ogromne količine informacija, kako točnih tako i krivih, koja otežava pronalaženje vjerodostojnih i točnih izvora, naziva „infodemijom“ (World Health Organization, 2020). Problem, međutim, nije samo količina informacija s kojom se ljudi susreću, već lijenost i nedostatak kritičkog razmišljanja za potvrđivanje relevantnosti i točnosti informacija s kojima su došli u kontakt, što rezultira povećanjem broja netočnih informacija (Khan i Idris, 2019). Uz navedeno, čest motiv pretraživanja zdravstvenih informacija na Internetu je i u svrhu postavljanja dijagnoze. Problem je u tome što većina ljudi ne provjerava izvore iz kojih informacije pristižu. Ne čudi kako je, upravo iz ovih razloga, nastala potreba za imenovanjem ovakvog rizičnog ponašanja pretraživanja zdravstvenih informacija putem Interneta. U znanstvenim krugovima još uvijek nije došlo do konsenzusa definicije kiberohondrije, ali kako Starčević i Berle (2013) navode, većini definicija su zajedničke dvije komponente; (a) kiberohondrija se odnosi na pretjerano i ekscesivno pretraživanje simptoma

bolesti na Internetu i (b) pretraživanje Interneta popraćeno je neugodnim emocionalnim stanjem. Iz toga proizlazi definicija Starčević i Berle (2013) gdje navode kako kiberohondriju očituje pretjerano i opetovano pretraživanje zdravstvenih informacija putem Interneta, u svrhu otklanjanja ili smanjenja tjeskobe koja se odnosi na zdravstveno stanje pojedinca. Ovako pretraživanje zdravstvenih informacija uvijek završava pogoršanjem tjeskobe koja je pojedinca motivirala na traženje informacija (Starčević, 2017).

Kiberohondrija nazivom upućuje na zaključak da se radi o modernoj ili online verziji dijagnoze hipohondrije (Starčević, 2020), međutim o odnosu između ove dvije pojave se i dalje raspravlja. Iako se neki ponašajni obrasci preklapaju, nije moguće s potpunom sigurnošću reći da pojedinci koji pokazuju obrasce ponašanja koji upućuju na kiberohondriju nužno pate i od poremećaja hipohondrije (Starčević, 2020). Nadalje, McElroy i Shevelin (2014) navode kako postoji mogućnost da je kiberohondrija multidimenzionalni konstrukt koji se sastoji i od tjeskobe, ali i od kompulzivnosti. Očituje se komponentama kao što su ponavljajuće pretraživanje zdravstvenih informacija, negativno emocionalno stanje kao rezultat pretraživanja te smanjenje vjerojatnosti odlaska liječniku kao posljedica povišenja razine tjeskobe (McElroy i Shevelin, 2014).

Nadalje, Brown i suradnici (2020) navode kako postoje dva različita oblika kiberohondrije. Promatrajući ju kroz pojmove pretraživanja zdravstvenih informacija putem Interneta te ovisnosti o Internetu, jedan od oblika koji predlaže Brown sa suradnicima (2020) je onaj koji se odnosi na kompulzivnost prilikom pretraživanja zdravstvenih informacija, dok se drugi odnosi na problematično pretraživanje zdravstvenih informacija na Internetu. Međutim, čini se kako su ova dva oblika pretraživanja zdravstvenih informacija putem Interneta povezana, budući da se kompulzivno pretraživanje Interneta povezuje s povećanjem osjećaja tjeskobe koje posljedično dovodi do problematičnog pretraživanja Interneta (Starčević, 2017). Iako su pojmovi slični, McMullan i suradnici (2019) tvrde kako se razlikuju u svrsi. Dok se pretraživanje Interneta samo po sebi ne smatra ugrožavajućim i maladaptivnim ponašanjem, kiberohondrija itekako jest jer narušava svakodnevno funkcioniranje pojedinca, motivirajući ga na ekscesivno pregledavanje zdravstvenih informacija koje rezultira povišenjem razine tjeskobe.

Budući da se i dalje radi o relativno novoj terminologiji u znanstvenom svijetu i u području zdravstva, nemoguće je sa sigurnošću tvrditi radi li se o novoj pojavi štetnog zdravstvenog ponašanja ili je dio već postojećeg. Međutim, može se zaključiti kako je

kiberohondrija značajna u današnjem svijetu, te je nemoguće ignorirati štetne posljedice koje ima na pojedinačnu kvalitetu života i mentalno zdravlje.

### **Spolne razlike kod kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije**

Mnogi istraživači bave se ispitivanjem spolnih razlika pa tako i u području kvalitete života postoje istraživanja koja ispituju ovu razliku. Jedno takvo istraživanje (Louzado i sur., 2021), na populaciji radnika, ukazuje na statistički značajnu spolnu razliku u domenama kvalitete života. Muškarci su imali statistički značajno više rezultate na domeni fizičkog i psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa te globalnoj domeni kvalitete života. Autori (Louzado i sur., 2021) navode kako važnu ulogu u samoprocjeni fizičko zdravlja ima procjena količine energije za bavljenje različitim hobijima te opuštanje, što nije često slučaj kod žena koje često obavljaju kućanske poslove uz brigu o obitelji (npr. briga o djeci, školske obaveze djeteta..), posljedično dovodeći do niže samoprocjene fizičkog zdravlja kod žena. Nadalje, društvene i kulturološke norme koje ženama nameću određene zadaće koje trebaju imati unutar poslovnog i privatnog života može narušiti osjećaj vrijednosti i samopoštovanja kod istih, rezultirajući pri tome sniženom percepcijom i zadovoljstvom psihološkom domenom, ali i domenom okoline. Dakle, kada se radi o procjeni kvalitete života, u vidu treba imati kulturu i ulogu koju pojedinac ima unutar društva.

Spolne razlike često su istraživane u području anksioznih poremećaja, gdje žene imaju veći rizik od oboljenja od anksioznih poremećaja. Međutim, ispitivanje spolnih razlika u kontekstu zdravstvene anksioznosti nije toliko često. Ipak, istraživači navode kako razlike postoje. Žene, u odnosu na muškarce, iskazuju o većoj brizi u vezi zdravlja, ali i općenito iskazuju o višem stupnju brige u odnosu na muškarce (MacSwain i sur., 2009). MacSwain sa suradnicima (2009) ističe kako bi upravo navedeno moglo doprinijeti češćem iskazivanju simptoma zdravstvene anksioznosti kod žena, budući da pojedinci koji su zdravstveno anksiozni imaju tendenciju krivog ili iskrivljenog interpretiranja tjelesnih promjena (Lagoe i Atkin, 2015). Ujedno, neki istraživači (Goodwin i sur., 2012) ističu kako žene iskazuju češće o izraženijim tjelesnim simptomima i promjenama unutar organizma. Morales i suradnici (2013) potvrdili su pretpostavku o spolnim razlikama svojim istraživanjem, gdje su žene imale više rezultate na inventaru zdravstvene anksioznosti.

S obzirom na kiberohondriju, spolne razlike su u maloj mjeri istraživane. Međutim, istraživanja upućuju na spolne razlike u kontekstu traženja pomoći. Žene imaju tendenciju tražiti pomoć od drugih ljudi češće u odnosu na muškarce te su često pohvaljene zbog toga što

može biti motivator za pretraživanje zdravstvenih informacija na Internetu (MacSwain i sur., 2009). Neki istraživači napominju kako veliku važnost imaju sami izvori informacija, budući da dio stranica i foruma sadržava informacije o specifičnim bolestima i stanjima jedino mogućima kod žena (npr. trudnoća, endometrioza, rak dojke...) te je za očekivati kako će onda i korisnici takvih stranica biti isključivo žene (Boursier i Gioia, 2020). Ujedno, važno je napomenuti kako žene, u odnosu na muškarce, iskazuju o višoj razini zdravstvene anksioznosti, što posljedično može biti motivacija za pretjerano pretraživanje zdravstvenih informacija na Internetu (Muse i sur., 2012).

### **Povezanost kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije**

**Povezanost kvalitete života i zdravstvene anksioznosti.** Područje kvalitete života dobro je istraženo te nije čudno što postoje mnoga istraživanja koja ispituju utjecaj raznih dijagnoza i pojava na ukupnu kvalitetu života. Jedna od pojava koja je istraživana u kontekstu utjecaja na kvalitetu života je i zdravstvena anksioznost. Istraživanje Diamond i suradnika (2023), na osobama koje su imale srčani udar, sugerira postojanje negativne povezanosti između zdravstvene anksioznosti i kvalitete života. Nadalje, Martin i Jacobi (2004) su u svom istraživanju, gdje su uspoređivali grupe sudionika s obzirom na postojanje dijagnoze hipohondrije, pronašli povezanost između postavljene dijagnoze i simptoma hipohondrije na smanjenje kvalitete života, posebice u domenama fizičkog zdravlja, općeg zdravlja, emocionalnog te psihičkog zdravlja. Slično su zaključili Bleichhardt i Hiller (2007), gdje su pojedinci koji su iskazivali o visokoj razini zdravstvene anksioznosti ujedno imali niže rezultate na instrumentu kvalitete života. Istraživanje provedeno na populaciji kronično umornih (Manu i sur., 1996) upućuje na drugačije razumijevanje pojma dobrog zdravlja kod pojedinca koji pate od kroničnog umora. Pojedinci koji su visoko zdravstveno anksiozni smatraju da odsustvo simptoma i bilo kakve fizičke nelagode ukazuje na dobro fizičko zdravlje pojedinca, kojeg posljedično povezuju s dobrom kvalitetom života, a postojanje većeg broja simptoma pokazatelj je ozbiljnosti bolesti što, posljedično, utječe na kvalitetu života ovih pojedinaca. Pregledom literature, Lebel i suradnici (2020) dolaze do zaključka da intenzivna briga i strah za zdravlje, kao posljedica života s kroničnom bolešću, narušavaju kvalitetu života pojedinca, a Vuletić (2022) navodi kako je razlika u kvaliteti života kod ovih pojedinaca rezultat doživljaja kronične bolesti i posljedica iste. Kako je navedeno, najveći dio istraživanja na ovu temu ipak je usmjeren na specifičnu grupu ljudi, onih koji imaju neku vrstu kronične bolesti, stoga nedostaje informacija u kojoj mjeri zdravstvena anksioznost utječe na kvalitetu života kod onih pojedinaca koji nemaju dijagnozu kronične bolesti. Ipak neka istraživanja

napominju kako je kvaliteta života umanjena i kod onih pojedinaca kojima nije dijagnosticirana nikakva kronična bolest, a koji svejedno imaju povišenu razinu zdravstvene anksioznosti.

**Povezanost zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.** Istraživanja u području zdravstvene anksioznosti nisu nikakva novost, međutim popularizacijom termina kiberohondrije i intenzivnim istraživanjem pojma, opus literature koji sagledava mogući odnos između ova dva pojma sve je veći. Naime, budući da im je zajednička motivacija za ponašanjem, odnosno u podlozi ponašanja je strah i anksioznost vezana za zdravlje (Mathes i sur., 2018), ne čudi što većina istraživanja preispituje koliko su ti pojmovi zapravo različiti. Mnoga istraživanja navode kako je pretraživanje zdravstvenih informacija na Internetu pozitivno povezano sa zdravstvenom anksioznošću (Singh i Brown, 2014) što dodatno motivira pojedince na pretraživanje takvih informacija (Muse i sur., 2012). Poel i suradnici (2016) proveli su longitudinalno istraživanje koje je ispitivalo odnos zdravstvene anksioznosti s traženjem zdravstvenih informacija te su došli do zaključka da se razina zdravstvene anksioznosti povisila samo kod onih pojedinaca koji su na početku imali slabije rezultate na upitniku zdravstvene anksioznosti. Zaključak dobiven iz ovog istraživanja upućuje na mogućnost da je ovakvo pretraživanje zapravo rizičan faktor za nastajanje zdravstvene anksioznosti te, posljedično podupire i stajalište da je kiberohondrija zasebna pojava sa specifičnim simptomima, odvojena od zdravstvene anksioznosti. Kao i Poel sa suradnicima (2016) i Starčević (2017) povezuje zdravstvenu anksioznost i kiberohondriju pomoću čimbenika pretraživanja Interneta. Navodi kako, neovisno o tome je li pojava zdravstvene anksioznosti prethodila pretraživanju simptomatologije na Internetu ili obratno, u slučaju pretraživanja Interneta kod kiberohondrije dolazi do povišenja zdravstvene anksioznosti (Starčević, 2017). Dakle, može se reći da kiberohondrija označava opetovana internetska pretraživanja zdravstvenih informacija koja su povezana s povećanjem razine zdravstvene anksioznosti. Starčević (2017) objašnjava kako je mogući razlog ovakvom odnosu selektivna pažnja usmjerena na podatke koji se pretražuju na Internetu, budući da je količina informacija u takvim slučajevima nerijetko preplavljujuća te doprinosi značajnom povišenju razina zdravstvene anksioznosti. Kako je već navedeno, obzirom na definiciju pojmova, postoje neslaganja unutar znanstvenih krugova, a neki čak i navode kako je kiberohondrija dijelom zdravstvene anksioznosti te je se promatra ponašajnom komponentom zdravstvene anksioznosti (Starčević i Berle, 2013). Međutim, Fergus i Russell (2016) potvrdili su stajalište da su ovi pojmovi, iako povezani u nekoj mjeri, zasebni konstrukti. Ovo stajalište dodatno su potvrdili Nadeem sa suradnicima (2022) gdje su pokazali da je zdravstvena anksioznost pozitivan prediktor za razvoj kiberohondrije te da su zdravstveno

anksiozni pojedinci skloniji traženju savjeta vezanih za zdravlje i zdravstvenih informacija. Napoljetku, Vismara i suradnici (2022) navode kako postoje dokazi za postojanje odnosa između klinički značajne kiberohondrije i niske razine zdravstvene anksioznosti kod onih pojedinaca koji nisu iskazivali o zabrinutosti za zdravlje prije pretraživanja Interneta za zdravstvene informacije.

**Povezanost kvalitete života i kiberohondrije.** Mnogi znanstvenici bavili su se pitanjima odnosa između pojmova kvalitete života i zdravstvene anksioznosti te zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije, međutim mali broj istraživanja istražuje odnos kiberohondrije s kvalitetom života. Povećanje broja istraživanja na ovu tematiku rezultat je pojave pandemije korona virusa, gdje Vismara sa suradnicima (2021a) napominju kako, iako ne postoji dovoljno istraživanja na ovu temu, postoje dokazi koji upućuju na direktan i indirektan odnos ova dva pojma. Direktan odnos između kiberohondrije i kvalitete života pronašao je Vismara sa suradnicima (2021a). Oni napominju kako postoji mogućnost da su pojedinci sa slabijom percepcijom zdravlja i dobrobiti skloniji opetovanom pretraživanju Interneta za zdravstvene informacije i, posljedično, ranjiviji na pojavnost kiberohondrije, odnosno da bi kiberohondrija mogla negativno utjecati na kvalitetu života (Vismara i sur., 2021a). Karakaş i suradnici (2022) proveli su istraživanje na učiteljima tijekom pandemije korona virusa. Rezultati upućuju na postojanje negativne povezanosti između kiberohondrije i kvalitete života (Karakaş i sur., 2022). Istraživanje Rahme i suradnika (2021) navodi utjecaj kiberohondrije na smanjenje kvalitete života kroz medijacijski efekt straha od pandemije, opsesivno kompulzivnih obrazaca ponašanja te stresa. Istraživanje Mathes i suradnika (2018) upućuje na moguće narušavanja svakodnevnog funkcioniranja, kada se spominje kiberohondrija, međutim nije pronađena povezanost između kiberohondrije i kvalitete života. Zaključak doveden ovim rezultatima je taj da pojedinci, iako im svakodnevno funkcioniranje može biti narušeno kao posljedica rizičnog pretraživanja interneta i kiberohondrije, ne moraju nužno iskazivati o smanjenju kvalitete života.

**Povezanost kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.** Kada su u pitanju istraživanja međuodnosa ranije navedenih pojmova, opus literature nije opsežan. Naime, samo mali broj autora istraživalo je ovakav međuodnos. Objašnjenje ovako malog broja istraživanja leži u tek nedavnoj popularizaciji terminologije kiberohondrije te razumijevanja mogućnosti postojanja značajnog odnosa između zdravstvene anksioznosti, a posljedično i kvalitete života. Značajno istraživanje u ovom području je ono Mathes i suradnika (2018) gdje su pretpostavili da će i zdravstvena anksioznost i kiberohondrija pokazati povezanost s kvalitetom života.



Međutim rezultati su pokazali kako, kada se uzme u obzir i zdravstvena anksioznost, kiberohondrija nije imala utjecaj na kvalitetu života. Navedeno potvrđuje i istraživanje Ciulakowicz i suradnika (2022) u kojemu nije pronađen medijacijski odnos zdravstvene anksioznosti i kvalitete života u općoj populaciji.

Kao što je prikazano, postoji nekolicina istraživanja koja ispituju spolne razlike navedenih pojmova kao i postojanje njihove međusobne povezanosti. Obzirom na relativno nov pojam kiberohondrije čiji je broj istraživanja počeo rasti tek unazad nekoliko godina, nedostaje informacija o mogućem odnosu kvalitete života sa zdravstvenom anksioznošću i kiberohondrijom. Stoga ovo istraživanje doprinosi dosadašnjim saznanjima o povezanosti ovih pojava u svrhu budućih prevencija u cilju očuvanja i unaprjeđenja kvalitete života i zdravlja.

## **CILJ, PROBLEMI I HIPOTEZE ISTRAŽIVANJA**

### **Cilj**

Cilj ovog istraživanja je ispitati odnos između kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.

### **Problemi**

P1: Ispitati postojanje i smjer povezanosti kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.

P2: Ispitati postojanje spolnih razlika kod kvalitete života, zdravstvene anksioznost te kiberohondrije.

P3: Ispitati medijacijski učinak kiberohondrije u međudnosu između kvalitete života i zdravstvene anksioznosti.

### **Hipoteze**

H1: Očekuje se statistički značajna negativna povezanost zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije s kvalitetom života te statistički značajna pozitivna povezanost zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije.

H2: Očekuje se da će žene, u odnosu na muškarce, imati više rezultate na skalama zdravstvene anksioznosti te kiberohondriji, dok će niže rezultate postizati na skali kvalitete života.

H3: Očekuje se da kiberohondrija posreduje u odnosu kvalitete života i zdravstvene anksioznosti.

## METODA

### Sudionici

Na početku istraživanja ukupan broj sudionika bio je 267. Kako bi se isključili sudionici koji odskaku rezultata od ostatka, korištena je *casewise* dijagnostika. Kriterij za isključivanje je odstupanje reziduala veće od tri standardne devijacije. Konačan broj sudionika u istraživanju je 262, od kojih je 150 (57.25%) žena te 112 (42.75%) muškaraca. Raspon godina sudionika je od 18 do 92, pri čemu je prosječna dob  $M=30.53$  ( $SD=12.016$ ). Najviši stupanj obrazovanja većine bio je diplomski studij (34.73%), dok nešto manji broj sudionika ima završenu srednju školu (39.39%) i preddiplomski studij (25.57%). Najmanji postotak ljudi ima završeni poslijediplomski studij (9.92%) i osnovnu školu (0.38%). S obzirom na radni status, više od polovice sudionika (52.67%) je zaposleno, studentske populacije ima nešto manje (40.08%) dok je broj nezaposlenih (6.46%) i umirovljenika (0.76%) najmanji. Polovica sudionika svoj ekonomski status procjenjuje prosječnim (50.00%), nešto manje njih procjenjuje malo iznad prosjeka (32.44%) te malo ispod prosjeka (11.45%). Najmanji postotak ljudi svoj status procjenjuje puno ispod prosjeka (3.05%) te puno iznad prosjeka (3.05%). S obzirom na dijagnozu kronične bolesti, njih većina nema kroničnu bolest (81.30%), a ostatak sudionika daje iskaz o dijagnozi kronične bolesti (18.70%). Više od polovice sudionika (62.21%) smatra da u istoj mjeri pretražuje Internet u odnosu na vrijeme tijekom pandemije, nešto manji broj (21.76%) procjenjuje rjeđe pretraživanje u odnosu na prije, a najmanji broj (16.03%) procjenjuje češće pretraživanje interneta sada u odnosu na period tijekom pandemije. Uzorak je prikupljen putem oglašavanja na društvenim mrežama (*Facebook*, *Instagram* i *LinkedIn*) postavljena je poveznica Google obrasca te je, kao takav, prigodan.

### Instrumenti

U svrhu prikupljanja podataka za izradu diplomskog rada, korišten je *Upitnik o sociodemografskim podacima*, *Upitnik o kvaliteti života Svjetske organizacije*, *Kratki inventar zdravstvene anksioznosti* te *Kratka skala kiberohondrije*.

Za potrebe istraživanja osmišljen je *upitnik o sociodemografskim podacima* kojim su prikupljeni podaci vezani uz spol, dob, završeni stupanj obrazovanja, trenutni radni status te subjektivnu procjenu ekonomskog statusa sudionika istraživanja. Nadalje, ispitivala se i samoprocjena količine vremena provedenog na Internetu, postojanje kroničnih bolesti kod sudionika te zarazu od korona virusa i postojanje simptoma bolesti korona virusa.

Kako bi se ispitala kvaliteta života korištena je ***Skraćena verzija upitnika o kvaliteti života Svjetske zdravstvene organizacije*** (eng. The World Health Organization Quality of Life Brief Version - WHOQOL-BREF; The WHOQOL Group, 1998). Radi se o instrumentu samoprocjene općeg zdravstvenog stanja i kvalitete života koji sadrži 26 čestica. Dvije čestice su izdvojene na početku instrumenta, a odnose se na subjektivnu procjenu zdravlja i zadovoljstva životom i prikazuju se zasebno. Navedene dvije čestice glase: „*Koliko ste zadovoljni svojim zdravljem?*“ te „*Kakvom biste procijenili kvalitetu svog života (Vašu opću kvalitetu života)?*“. Preostale 24 čestice raspoređuju se na četiri domene: psihičko zdravlje, fizičko zdravlje, socijalni odnosi te okolina.

Domena fizičkog zdravlja odnosi se na pojedinčevu subjektivnu procjenu zadovoljstva vlastitom fizičkom spremom, odnosno mobilnošću, mogućnošću obavljanja svakodnevnih zadataka te radnom sposobnošću, uz drugo. Primjer čestica u ovoj domeni su: „*Koliko Vas bolovi sprječavaju u izvršavanju Vaših obaveza?*“ i „*Koliko se možete kretati uokolo?*“. Druga domena, domena psihičkog zdravlja, odnosi se na doživljavanje pozitivnih i negativnih misli, pojedinčevo samopoštovanje te sposobnost koncentracije. Čestice u ovoj domeni, s obzirom na navedeno, su: „*Koliko uživete u životu?*“, „*Koliko se dobro možete koncentrirati?*“ te „*Koliko ste zadovoljni sobom?*“. Domena socijalnih odnosa ispituje zadovoljstvo odnosima koje pojedinac ima s ljudima u okolini i potpore koju dobiva od njih, kao i zadovoljstvo seksualnim životom. Primjeri čestica u ovoj domeni su: „*Koliko ste zadovoljni svojim odnosima s bliskim osobama?*“, „*Koliko ste zadovoljni podrškom što Vam je daju Vaši prijatelji?*“ te „*Koliko ste zadovoljni seksualnim životom?*“. Posljednja domena se odnosi na okolinu u kojoj pojedinac obitava te uključuje subjektivnu procjenu zadovoljstva uvjetima stanovanja, financijskim statusom i dr. Primjeri čestica su: „*Koliko ste zadovoljni uvjetima svog stambenog prostora?*“, „*Koliko ste zadovoljni svojim prijevoznim sredstvima?*“ te „*Koliko su Vam dostupne informacije koje su Vam potrebne u svakidašnjem životu?*“. Zadatak sudionika bio je procijeniti stupanj zadovoljstva, po domenama, na skali odgovora Likertovog tipa od pet stupnjeva, gdje vrijednost 1 označava potpuno neslaganje („uopće se ne slažem“), a vrijednost 5 predstavlja potpuno slaganje („u potpunosti se slažem“) s navedenom tvrdnjom. Izdvojene dvije početne čestice prikazuju se zasebno, dok se ostali rezultati formiraju po domenama. Rezultati po domenama se nadalje transformiraju na skalu od 1 do 100 kako bi se mogli uspoređivati; domene međusobno ili različite skupine međusobno. Veća vrijednost na domeni upućuje na viši stupanj funkcionalnosti i kvalitete života za tu domenu (The WHOQOL Group, 1998). U velikom istraživanju Svjetske zdravstvene organizacije (The WHOQOL Group, 1998)

koeficijenti unutarnje konzistencije (Cronbach-alfa) na hrvatskom uzorku iznose  $\alpha = .69$  za domenu fizičkog zdravlja,  $\alpha = .81$  za domenu psihičkog zdravlja,  $\alpha = .61$  za domenu socijalnih odnosa te  $\alpha = .75$  za domenu okoline (Skevington i sur., 2004). U ovom istraživanju koeficijenti unutarnje konzistencije iznose  $\alpha = .76$  za domenu fizičkog zdravlja,  $\alpha = .80$  za psihičko zdravlje,  $\alpha = .72$  za domenu socijalnih odnosa te  $\alpha = .77$  za domenu okoline, stoga se može reći da su u skladu s ranije spomenutim istraživanjem.

Kako bi se procijenila razina zdravstvene anksioznosti sudionika, korištena je skraćena verzija Inventara zdravstvene anksioznosti (eng. Health Anxiety Inventory, SHAI; Salkovskis i sur., 2002), **Kratki inventar zdravstvene anksioznosti** u prijevodu Jakovljevića (2019). Inventar sadrži 18 čestica podijeljenih na dvije glavne komponente, od kojih prvoj pripada četrnaest čestica, a drugoj domeni pripadaju ostale četiri čestice. Prva domena se odnosi na osjetljivost pojedinca na podražaje i promjene u tijelu, a primjer čestica ove domene: „*Nisam zabrinut oko svog zdravlja*“, za brigu o zdravlju te „*U pravilu nisam svjestan osjeta i promjena u svom tijelu*“. Druga domena ispituje očekivanu težinu posljedica bolesti od koje pojedinac može oboljeti. Jedna od čestica ove domene je „*Da imam tešku bolest, ne bih osjećao da sam izgubio svoje dostojanstvo*.“ Svaka čestica ima pridružene četiri tvrdnje koje se vrednuju na skali od četiri stupnja, pri čemu 0 označava odsutnost simptoma, a vrijednost 3 jaku izraženost simptoma. U slučaju odabiranja više od jedne tvrdnje unutar čestice, u obzir se uzima ona tvrdnja koja nosi višu vrijednost. Ukupni rezultat formira se kao jednostavna linearna kombinacija, pri čemu maksimalni rezultat na upitniku iznosi 54. Viši rezultati upućuju na višu razinu zdravstvene anksioznosti. U istraživanju Jakovljević (2019) koeficijenti unutarnje konzistencije (Cronbach-alfa) su  $\alpha = .87$  za prvu glavnu komponentu te  $\alpha = .80$  za drugu. U ovom istraživanju koeficijenti unutarnje konzistencije za prvu domenu iznosi  $\alpha = .86$  te za drugu  $\alpha = .76$ .

Posljednji instrument koji je korišten u istraživanju je **Kratka skala kiberohondrije** (eng. Short Cyberchondria Scale- SCS; Jokić-Begić i sur., 2017). Ova skala je jednodimenzionalna te se bazira na samoprocjeni kiberohondrije, a uključuje pitanja koja se odnose na generalnu uznemirenost, ekscesivnost i traženje potvrde (Jokić-Begić i sur., 2017). Skala je izrazito kratka, sadrži samo četiri čestice: „*Nakon pretrage zdravstvenih informacija osjećam se preplašeno*.“, „*Nakon pretrage zdravstvenih informacija osjećam se frustrirano*.“, „*Nakon pretrage zdravstvenih informacija zbunjena sam informacijama koje sam pronašla*.“ i „*Kada jednom počnem tražiti zdravstvene informacije, teško mi je prestati*.“ Zadatak sudionika je procijeniti u kojem se stupnju slažu s navedenim česticama, pri čemu su vrijednosti slaganja od

1 do 5. Vrijednost 1 označava najniži stupanj slaganja s česticom („*uopće se ne slažem*“), a vrijednost 5 označava najviši stupanj slaganja („*u potpunosti se slažem*“). Ukupan rezultat tvori se zbrajanjem vrijednost odgovora na svakoj čestici. Najviši mogući rezultat iznosi 20, pri čemu viši rezultat ukazuje na viši stupanj kiberohondrije (Jokić-Begić i sur., 2017). Pouzdanost skale u prethodnom je istraživanju bila umjereno visoka ( $\alpha=.80$ ) (Jokić-Begić i sur., 2017). Slični koeficijent unutarnje konzistencije dobiven je i u ovom istraživanju te iznos  $\alpha=.81$ .

## **Postupak**

Prije provođenja istraživanja, zatraženo je odobrenje Ekspertne skupine Odsjeka za psihologiju i Etičkog povjerenstva Filozofskog fakulteta u Osijeku. Nakon dobivanja dopuštenja za provođenje istraživanja, od obiju strana, započet je postupak prikupljanja sudionika. Istraživanje je provedeno *online* putem. Na društvene mreže Facebook i Instagram postavljena je poveznica Google obrasca na kojoj su sudionici mogli dati svoje odgovore. Klikom na poveznicu sudionici su, uz pristanak, anonimno davali svoje odgovore na prethodno opisane upitnike. Uputa je sadržavala informacije koje su se odnosile na svrhu provođenja istraživanja, cilj istraživanja te je istaknuto kako je sudjelovanje u istraživanju anonimno i dobrovoljno te da u bilo kojem trenutku, ako to odluče, mogu odustati od sudjelovanja u istraživanju bez posljedica. Na kraju istraživanja, uz zahvalu za sudjelovanje u istraživanju, navedeni su kontakti nekih besplatnih savjetovaništva koje su sudionici mogli kontaktirati ukoliko je sudjelovanje u istraživanju za njih pobudilo osjećaje uznemirenosti i tjeskobe. Također, navedena je i e-mail adresa na koju su se sudionici mogli javiti ako su imali dodatna pitanja ili povratnu informaciju u vezi istraživanja. Ispunjavanje upitnika trajalo je oko 15 minuta, a u svrhu obrade rezultata korišten je IBM SPSS Statistics 27 i Process macro (v3.5) (Hayes, 2018) za medijacijsku analizu.

## **REZULTATI**

### **Testiranje preduvjeta za provođenje statističkih postupaka**

Kako bi se provjerila opravdanost korištenja parametrijskih statističkih podataka provjerena je normalnost distribucije rezultata upitnika korištenih u istraživanju. U tu svrhu, proučavane su vrijednosti indeksa spljoštenosti (eng. *kurtosis*) i asimetričnosti (eng. *skewness*), a vizualna procjena napravljena je pomoću histograma i Q-Q dijagrama. Kormogorov-Smirnov test normalnosti distribucije, u ovom slučaju, nije korišten budući da bi veličina uzorka narušila normalnost distribucije (Field, 2013). Prema Byrne (2013) rezultati indeksa spljoštenosti (eng. *kurtosis*) moraju biti u rasponu od -2 do 2, dok rezultati indeksa asimetričnosti (eng. *skewness*)

moraju u rasponu od -7 do 7 kako bi bili zadovoljeni preduvjeti za korištenje parametrijskih statističkih postupaka. Budući da su podaci prikazani u *Tablici 1.* unutar raspona za svaki od navedenih indeksa, opravdano je zaključiti da se radi o distribucijama koje su unutar normale. Analizom histograma uočeno je odstupanje rezultata od normalne distribucije kod varijable *zdravstvene anksioznosti, subjektivne procjene zdravlja, domene psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa.* Histogrami distribucije rezultata ostalih varijabli nalikuju normalnoj distribuciji. Nadalje, inspekcijom Q-Q dijagrama, uočena je normalna distribucija rezultata varijabli *domena fizičkog zdravlja i domena okoline,* dok se uočava blago odstupanje od normalne distribucije rezultata na ostalim varijablama. S obzirom na broj sudionika u istraživanju (N=262), rezultate indeksa spljoštenosti (eng. *kurtosis*) i asimetričnosti (eng. *skewness*) te vizualnu analizu rezultata varijabli istraživanja, moguće je zaključiti da su preduvjeti za korištenje parametrijskih postupaka zadovoljeni. Prikaz rezultata nalazi se u *Tablici 1.*

**Tablica 1**

*Rezultati normalnosti distribucija istraživačkih varijabli i deskriptivna statistika (N=262)*

|                       | Min   | Max    | Teorijski raspon | M     | SD     | Indeks asimetričnosti | Indeks spljoštenosti |
|-----------------------|-------|--------|------------------|-------|--------|-----------------------|----------------------|
| SCS                   | 1     | 41     | 0-54             | 9.26  | 3.461  | .171                  | -.799                |
| SHAI                  | 4     | 17     | 1-20             | 13.31 | 6.754  | .646                  | .634                 |
| Samoprocjena zdravlja | 2     | 5      | 1-5              | 3.90  | .720   | -.345                 | .063                 |
| Zadovoljstvo životom  | 1     | 5      | 1-5              | 3.82  | .874   | -.503                 | .007                 |
| Fizičko zdravlje      | 28.57 | 100.00 | 1-100            | 71.76 | 14.977 | -.424                 | -.203                |
| Psihičko zdravlje     | 20.83 | 95.83  | 1-100            | 65.76 | 16.572 | -.580                 | .020                 |
| Socijalni odnosi      | .00   | 100.00 | 1-100            | 65.78 | 20.921 | -.371                 | -.246                |
| Okolina               | 28.13 | 100.00 | 1-100            | 70.60 | 14.510 | -.248                 | -.224                |

*Napomena: SCS-* ukupan rezultat Kratke skale kiberohondrije; *SHAI-* ukupan rezultat Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti

## Deskriptivni podaci

Prema deskriptivnim podacima prikazanim u *Tablici 1* vidljivo je da su rasponi varijabli *Zadovoljstvo života* i *Socijalni odnosi* identični teorijskom rasponu ovih varijabli. Nešto niža maksimalna vrijednost ostvarena je u varijabli *SCS*, odnosno na instrumentu kiberohondrije. Ostale vrijednosti varijabli razlikuju se većinom po minimalnoj vrijednosti u odnosu na teorijski raspon. Vrijednosti aritmetičkih sredina u varijablama kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti nižih su vrijednosti, što je u skladu s pretpostavkom da se radi o zdravoj populaciji, dok su vrijednosti aritmetičkih sredina na varijablama domena kvalitete života na razini višeg prosjeka.

## Povezanost varijabli u istraživanju

Prva hipoteza, odnosno pretpostavka da su zdravstvena anksioznost i kiberohondrija značajno negativno povezane s kvalitetom života, dok su značajno pozitivno povezane među sobom, provjerena je Pearsonovim koeficijentom korelacije prikazanim u *Tablici 2*. Kvaliteta života, u ovom je slučaju, ispitana putem četiri domene instrumenta kvalitete života, ali i dvjema česticama, *Samoprocjena zdravlja* i *Zadovoljstvo životom*.

**Tablica 2**

*Koeficijenti korelacije istraživanih varijabli (N=262)*

|                          | 1. | 2.    | 3.     | 4.     | 5.     | 6.     | 7.     | 8.     |
|--------------------------|----|-------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| 1. SCS                   | 1  | .45** | -.29** | -.18** | -.28** | -.32** | -.21** | -.31** |
| 2. SHAI                  |    | 1     | -.31** | -.36** | -.38** | -.48** | -.30** | -.41** |
| 3. Samoprocjena zdravlja |    |       | 1      | .49**  | .49**  | .57**  | .49**  | .59**  |
| 4. Zadovoljstvo životom  |    |       |        | 1      | .49**  | .43**  | .31**  | .47**  |
| 5. Fizičko zdravlje      |    |       |        |        | 1      | .63**  | .46**  | .55**  |
| 6. Psihičko zdravlje     |    |       |        |        |        | 1      | .65**  | .55**  |
| 7. Socijalni odnosi      |    |       |        |        |        |        | 1      | .52**  |
| 8. Okolina               |    |       |        |        |        |        |        | 1      |

*Napomena:* \*\*p<.01; *SCS*- ukupan rezultat Kratke skale kiberohondrije; *SHAI*- ukupan rezultat Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti

Pronađena je statistički značajna umjerena pozitivna povezanost između zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije, odnosno varijabli *SHAI* i *SCS*. Nadalje, s obzirom na zdravstvenu anksioznost i domene kvalitete života, pronađene su statistički značajne slabe do umjerene negativne korelacije između zdravstvene anksioznosti i svih domena i dvije čestice instrumenta kvalitete života, pri čemu je najviši stupanj povezanosti između varijable *SHAI* i domena *Psihičko zdravlje* te *Okolina*. Nadalje, varijabla kiberohondrije statistički je značajno slabo do umjereno negativno povezana sa svim aspektima kvalitete života. Najviša povezanost, i ovdje je, između varijable *SCS* te varijabli *Psihičko zdravlje* i *Okolina*. S obzirom na smjer i značajnost povezanosti navedenih ranije, prva hipoteza je potvrđena.

### **Razlika rezultata na skalama zdravstvene anksioznosti, kiberohondrije i kvalitete života s obzirom na spol**

Kako bi se provjerila druga hipoteza, odnosno ispitala razlika rezultata s obzirom na spol, korišten je t-test za nezavisne uzorke. Deskriptivni podaci t-testa prikazani su u *Tablici 3* te je za domene i čestice instrumenta kvalitete života korištena multivarijatna analiza varijance (*MANOVA*). Rezultati t-testa ( $t(260)=-2.279$ ,  $p<.05$ ) za vrijednosti na skali kiberohondrije upućuju na statistički značajnu razliku između muškaraca ( $M=8.70$ ,  $SD=3.296$ ) i žena ( $M=9.67$ ,  $SD=3.532$ ). Vrijednost veličine učinka određena je pomoću Cohenovog d-indeksa, gdje je uočena mala veličina učinka ( $d=.285$ ). Dakle, žene imaju više rezultate na skali kiberohondrije u odnosu na muškarce, odnosno imaju tendenciju češćeg traženja zdravstvenih informacija na Internetu. Nadalje, t-test ( $t(260)=-.684$ ,  $p>.05$ ) za rezultate na skali zdravstvene anksioznosti nije se pokazao statistički značajnim s obzirom na spol. S obzirom na domene kvalitete života i dvije dodatne čestice, česticu samoprocjene zdravlja i zadovoljstvo životom, rezultati upućuju na statistički značajnu razliku s obzirom na spol (Wilks  $\lambda= .878$ ,  $F(6,255)=5.907$ , parcijalni  $\eta^2=.122$ ,  $p<.001$ ). Nadalje, statistički značajni rezultat je jedino na domeni fizičkog zdravlja ( $F(1,260)=10.067$ , parcijalni  $\eta^2=.037$ ,  $p<.05$ ). Dakle, žene ( $M=69.29$ ,  $SD=15.608$ ) u odnosu na muškarce ( $M=75.1$ ,  $SD=13.444$ ) postižu statistički značajno niže rezultate na domeni fizičkog zdravlja. Budući da se rezultati na svim ostalim domenama kvalitete života i na skali zdravstvene anksioznosti nisu pokazali statistički značajnim, s obzirom na spol, druga hipoteza je djelomično prihvaćena.



**Tablica 3** Deskriptivna statistika i rezultati na skalama s obzirom na spol ( $N_M=112$ ;  $N_Z=150$ )

|                          | Muškarci |      |       |        | Žene  |      |       |        | Levenov test<br>jednakosti<br>varijanci |       |                     |        |             |
|--------------------------|----------|------|-------|--------|-------|------|-------|--------|---|-------|---------------------|--------|-------------|
|                          | Min      | Maks | M     | SD     | Min   | Maks | M     | SD     | F                                       | p     | test(ss)            | p      | d, $\eta^2$ |
| SCS                      | 4        | 16   | 8.7   | 3.296  | 1     | 17   | 9.67  | 3.532  | 1.81                                    | .18   | t(260)=-2.279       | .024*  | 0.285       |
| SHAI                     | 2        | 41   | 12.98 | 7.079  | 1     | 33   | 13.56 | 6.514  | .001                                    | .98   | t(260)=-.684        | .494   | 0.085       |
| Samoprocjena<br>zdravlja | 2        | 5    | 3.98  | 0.684  | 2     | 5    | 3.84  | 0.743  | 2.374                                   | .125  | F(1,260)=2.511      | .114   | 0.010       |
| Zadovoljstvo<br>životom  | 1        | 5    | 3.78  | 0.846  | 1     | 5    | 3.85  | 0.895  | .382                                    | .537  | F(1,260)=.409       | .523   | 0.002       |
| Fizičko zdravlje         | 35.71    | 100  | 75.1  | 13.444 | 28.57 | 100  | 69.29 | 15.608 | 5.433                                   | .021* | F(1,254.680)=10.511 | .001** | 0.037       |
| Psihičko<br>zdravlje     | 20.83    | 95.8 | 67.52 | 16.027 | 20.83 | 95.8 | 64.44 | 16.9   | .092                                    | .762  | F(1,260)=2.222      | .137   | 0.008       |
| Socijalni odnosi         | 16.67    | 100  | 63.62 | 20.228 | 0     | 100  | 67.39 | 21.348 | .026                                    | .872  | F(1,260)=2.094      | .149   | 0.008       |
| Okolina                  | 37.5     | 100  | 70.51 | 14.279 | 28.13 | 100  | 70.67 | 14.728 | .166                                    | .684  | F(1,260)=.008       | .93    | 0.008       |

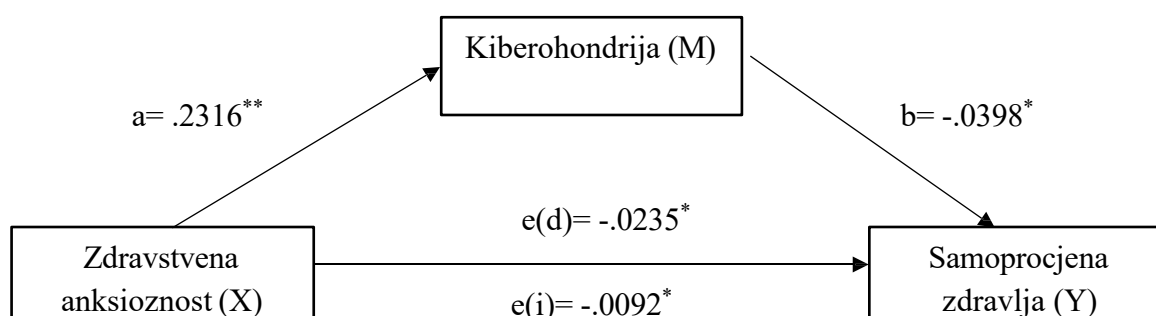
*Napomena:* \*\*p<.01; \*p<.05; M- aritmetička sredina; SD- standardna devijacija; t- t test; ss- stupnjevi slobode; F- F test;  $\eta^2$ = parcijalni eta kvadrat; p- razina značajnosti; d- Cohenov d; SCS- ukupan rezultat Kratke skale kiberohondrije; SHAI- ukupan rezultat Kratkog inventara zdravstvene anksioznosti

## Medijacijska regresijska analiza

U svrhu odgovaranja na problem ispitivanja medijacijskog učinka kiberohondrije u međuodnosu između kvalitete života i zdravstvene anksioznosti, provedena je medijacijska analiza. U tu svrhu korišten je program Process macro (v.4.3.1)(Hayes, 2012). Program automatski izračunava interval pouzdanosti pomoću *bootstrap* analize, koristeći pritom 1000 nasumičnih poduzoraka dobivenih iz cijelog uzorka (Hayes, 2012). Ukoliko interval pouzdanosti dobiven *bootstrap* analizom obuhvaća vrijednost nula, hipoteza o medijacijskom efektu se odbija, odnosno ukoliko interval ne obuhvaća nulu, hipoteza o medijacijskom efektu na međuodnos dviju varijabli je potvrđena, uz stupanj pouzdanosti od 95% (Hayes, 2012). U svrhu istraživanja, provedeno je šest medijacijskih analiza (model 4), s obzirom na domene i zasebne čestice instrumenta kvalitete života.

### Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i samoprocjena zdravlja

**Slika 1** Grafički prikaz medijacijskog učinka kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i samoprocjene zdravlja ( $N=262$ )

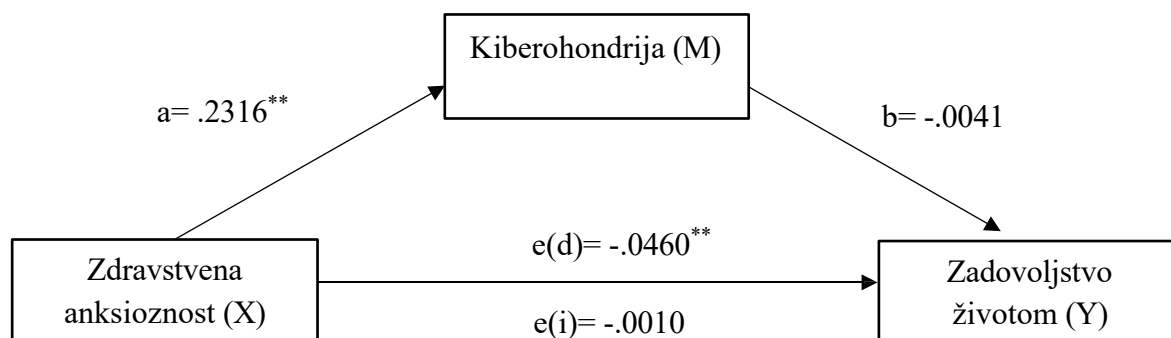


Napomena:  $e(i)$  – indirektni učinak prediktora na kriterij;  $e(d)$  – direktni učinak prediktora na kriterij,  $a$ ,  $b$  – nestandardizirani regresijski koeficijent; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i čestice samoprocjene zdravlja prikazan je na *Slici 1*. Rezultati ukazuju na statistički značajan i negativan direktan odnos varijable kiberohondrije i čestice samoprocjene zdravlja, pri čemu pojedinci koji ostvaruju više rezultate na skali kiberohondrije ujedno imaju lošiju samoprocjenu zdravlja. Indirektan utjecaj zdravstvene anksioznosti na samoprocjenu zdravlja je statistički značajan i negativan, pri čemu je interval pouzdanosti  $[-.0178, -.0028]$ . Dakle, zdravstvena anksioznost negativno je povezana sa samoprocjenom zdravlja preko medijatora kiberohondrije. Direktan učinak zdravstvene anksioznosti na samoprocjenu zdravlja je isto tako statistički značajan i negativan, odnosno pojedinci koji su ostvarili više rezultate na skali zdravstvene anksioznosti ujedno imaju i niže rezultate na samoprocjeni zdravlja. S obzirom na navedene rezultate, medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i samoprocjene zdravlja je djelomičan.

## Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i kvaliteta života

**Slika 2** Grafički prikaz medijacijskog učinka kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i zadovoljstvo životom (N=262)

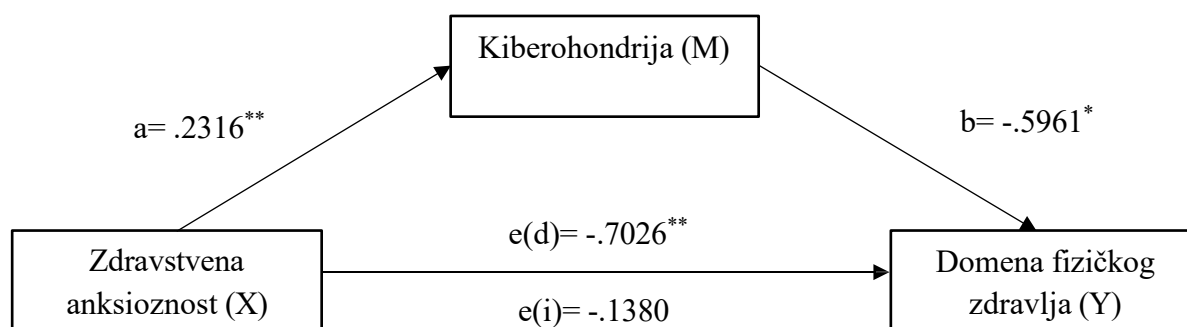


Napomena:  $e(i)$  – indirektni učinak prediktora na kriterij;  $e(d)$  – direktni učinak prediktora na kriterij,  $a$ ,  $b$  – nestandardizirani regresijski koeficijent; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Medijacijski efekt kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i kvalitete života prikazan je na Slici 2. Direktni učinak između kiberohondrije i kvalitete života nije statistički značajan što upućuje na to da ne postoji povezanost između kiberohondrije i čestice zadovoljstvo životom. Ujedno nije pronađen ni statistički značajan indirektni utjecaj zdravstvene anksioznosti na kvalitetu života, pri čemu je interval pouzdanosti [-.0075, .0058]. Odnosno, zdravstvena anksioznost preko medijatora kiberohondrije ne utječe na kvalitetu života pojedinca. Međutim, uočen je statistički značajan i negativan direktni učinak zdravstvene anksioznosti na kvalitetu života. Dakle, pojedinci koji su imali više rezultate na skali zdravstvene anksioznosti su ujedno imali i niže vrijednosti na čestici kvalitete života. S obzirom na rezultate, medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i kvalitetu života nije pronađen.

## Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena fizičkog zdravlja

**Slika 3** Grafički prikaz medijacijskog učinka kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene fizičkog zdravlja (N=262)

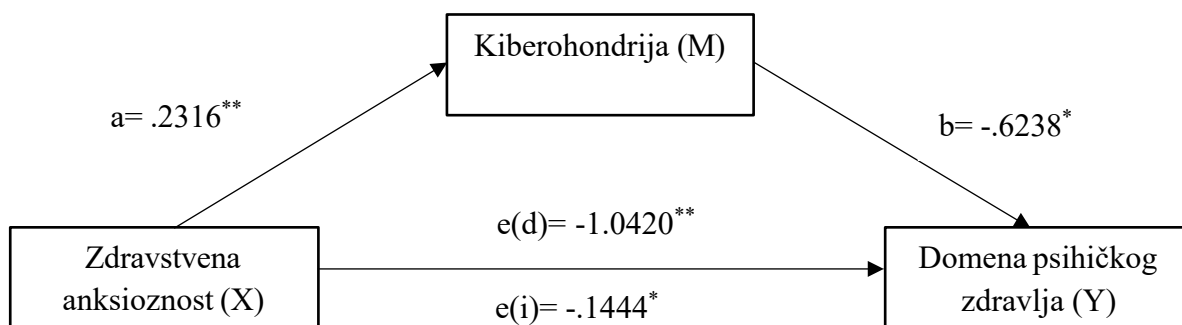


Napomena:  $e(i)$  – indirektni učinak prediktora na kriterij;  $e(d)$  – direktni učinak prediktora na kriterij,  $a$ ,  $b$  – nestandardizirani regresijski koeficijent; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Slika 3 prikazuje medijacijski odnos kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti na domenu fizičkog zdravlja. Direktni učinak kiberohondrije na domenu fizičkog zdravlja je statistički značajan i negativan, odnosno viši rezultati na skali kiberohondrije upućuju na niže vrijednosti rezultata na domeni fizičkog zdravlja. Uz interval pouzdanosti [-.2856, .0101] indirektni efekt zdravstvene anksioznosti na domenu fizičkog zdravlja nije statistički značajan. Nadalje, direktni učinak zdravstvene anksioznosti na domenu fizičkog zdravlja je statistički značajan i negativan. Dakle, pojedinci koji ostvaruju više rezultate na skali zdravstvene anksioznosti imaju će niže rezultate na domeni fizičkog zdravlja. S obzirom na rezultate medijacijske analize, medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene fizičkog zdravlja nije pronađen.

### Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena psihičkog zdravlja

Slika 4 Grafički prikaz medijacijskog učinka kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene psihičkog zdravlja (N=262)

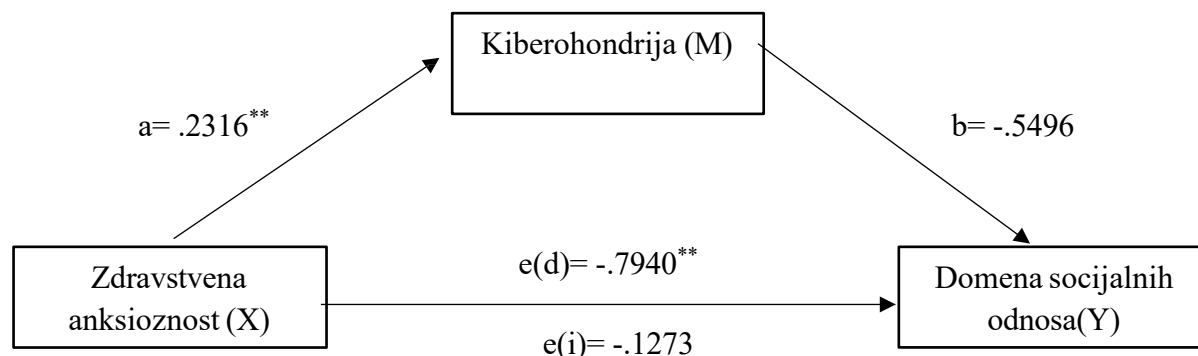


Napomena:  $e(i)$  – indirektni učinak prediktora na kriterij;  $e(d)$  – direktni učinak prediktora na kriterij,  $a, b$  – nestandardizirani regresijski koeficijent; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Slika 4 prikazuje medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene psihičkog zdravlja. Rezultati pokazuju statistički značajan i negativan direktni odnos kiberohondrije i domene psihičkog zdravlja pri čemu pojedinci s višim rezultatima na skali kiberohondrije ostvaruju ujedno i niže rezultate na domeni psihičkog zdravlja. Nadalje, prikazan je i statistički značajan indirektni i negativan učinak zdravstvene anksioznosti na domenu psihičkog zdravlja uz interval pouzdanosti [-.3009, -.0074]. Zatim, direktni efekt zdravstvene anksioznosti na domenu psihičkog zdravlja je statistički značajan, pri čemu pojedinci s višim rezultatima na skali zdravstvene anksioznosti ostvaruju niže rezultate na domeni psihičkog zdravlja. S obzirom na rezultate medijacijske analize, potvrđena je prisutnost djelomičnog medijacijskog učinka kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene psihičkog zdravlja.

## Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena socijalnih odnosa

Slika 5 Grafički prikaz medijacijskog učinka kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene socijalnih odnosa (N=262)

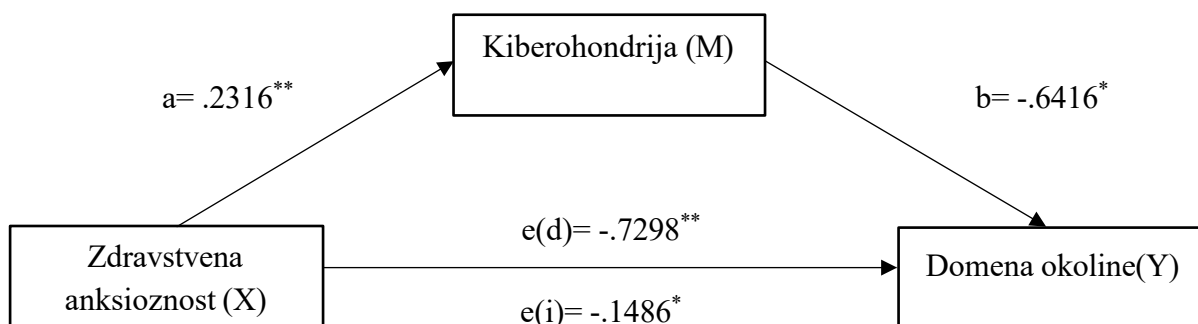


Napomena:  $e(i)$  – indirektni učinak prediktora na kriterij;  $e(d)$  – direktni učinak prediktora na kriterij,  $a$ ,  $b$  – nestandardizirani regresijski koeficijent; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Slika 5 prikazuje odnos između varijabli zdravstvene anksioznosti, kiberohondrije i domene socijalnih odnosa. Direktni učinak kiberohondrije i domene socijalnih odnosa pokazao se statistički neznačajnim. Nadalje, indirektni učinak zdravstvene anksioznosti na domenu socijalnih odnosa preko medijatora statistički je neznačajan, uz interval pouzdanosti  $[-.3431, .0773]$ . S druge strane, direktni efekt zdravstvene anksioznosti na domenu socijalnih odnosa je statistički značajan i negativan. Dakle, pojedinci koji ostvaruju više rezultate na skali zdravstvene anksioznosti, imati će niže rezultate na domeni socijalnih odnosa. Rezultati direktnih i indirektnih učinaka varijabli na domenu socijalnih odnosa upućuju na izostanak medijacijskog efekta kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene socijalnih odnosa.

## Zdravstvena anksioznost, kiberohondrija i domena okoline

Slika 6 Grafički prikaz medijacijskog učinka kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene okoline (N=262)



Napomena:  $e(i)$  – indirektni učinak prediktora na kriterij;  $e(d)$  – direktni učinak prediktora na kriterij,  $a$ ,  $b$  – nestandardizirani regresijski koeficijent; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$

Medijacijski odnos kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene okoline prikazan je *Slikom 6*. Direktni odnos između kiberohondrije i domene okoline statistički je značajan i negativan, što upućuje na to da pojedinci koji ostvaruju više rezultate na skali kiberohondrije imaju i niže rezultate na domeni okoline. Ujedno je pronađen i statistički značajan i negativan indirektni utjecaj zdravstvene anksioznosti na domenu okoline, pri čemu je interval pouzdanosti  $[-.2984, -.0167]$ . Dakle, zdravstvena anksioznost preko medijatora kiberohondrije utječe na pojedinčevu samoprocjenu zadovoljstva okolinom. Uočen je statistički značajan i negativan direktni učinak zdravstvene anksioznosti na domenu okoline. Dakle, pojedinci koji su imali više rezultate na skali zdravstvene anksioznosti su ujedno lošije procjenjivali zadovoljstvo okolinom. S obzirom na rezultate, medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domene okoline je djelomičan.

Zaključno, s obzirom na rezultate šest medijacijskih analiza treća hipoteza o medijacijskom učinku kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i kvalitete života djelomično je potvrđena. Rezultati upućuju da kiberohondrija djeluje kao posrednik u međuodnosu zdravstvene anksioznosti i samoprocjene zdravlja, zdravstvene anksioznosti i domene psihičkog zdravlja te, naposljetku, u međuodnosu zdravstvene anksioznosti i domene okoline.

## RASPRAVA

Budući da je konstrukt kiberohondrije nedovoljno istražen, kao i njegov odnos sa zdravstvenom anksioznosti i kvalitetom života, ovim istraživanjem nastojala su se steći nova saznanja o povezanosti kvalitete života, zdravstvene anksioznosti te kiberohondrije u svrhu budućih prevencija te u cilju očuvanja i unaprijeđena kvalitete života i zdravlja. Stoga je cilj istraživanja bio ispitati odnos kvalitete života, zdravstvene anksioznosti te kiberohondrije. Nadalje, postavljena su tri problema.

Prvi problem istraživanja bio je ispitati postojanje i smjer povezanosti kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije. S obzirom na postojeća istraživanja, očekivalo se da postoji statistički značajna negativna povezanost zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije s kvalitetom života te statistički značajna pozitivna povezanost pojma zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije. Rezultati upućuju na postojanje statistički značajne pozitivne povezanosti između zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije, dok je negativna povezanost između ova dva pojma i kvalitete života. Ovakvi rezultati u skladu s postojećom literaturom. Naime, meta-analiza koju je proveo McMullan sa suradnicima (2019) ukazuje na statistički značajnu

umjerenu pozitivnu povezanost kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti. Kognitivno-bihevioralni model zdravstvene anksioznosti (Salkovskis, Warwick i Deale, 2003) približe objašnjava mehanizme u podlozi koji bi mogli pomoći razumijevanju povezanosti kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti. Kognitivni i bihevioralni aspekti u jednakoj mjeri potpomažu održavanju zdravstvene anksioznosti, međutim naglašavaju kako bihevioralni aspekt ovog modela može pomoći razumijevanju odnosa s kiberohondrijom. Naime, pojedinci, uz izbjegavajuća ponašanja, mogu imati tendenciju traženja informacija i potvrde o bolesti putem Interneta zbog čega provode više vremena od zdrave populacije pretražujući informacije koje mogu rezultirati višom razinom anksioznosti. Sličnu pretpostavku navode Mathes i suradnici (2018), gdje ističu kako moguća povezanost između ova dva pojma je upravo traženje zdravstvenih informacija koje za svrhu ima otklanjanje straha i nedoumica o zdravstvenom stanju pojedinca. Sukladno navedenom, istraživanje posjećenosti jednog kanadskog zdravstvenog portala ukazuje na tendenciju češćeg posjećivanja portala od strane pojedinaca koji su u većoj mjeri zabrinuti za vlastito zdravlje (Lemire i sur., 2008: prema Muse i sur., 2012). Međutim, kauzalnost ovog odnosa nije u potpunosti jasna, budući da istraživači na drugačije načine objašnjavaju ovaj odnos. Nadalje, rezultati istraživanja Soyler i suradnika (2023) upućuju na značajnu pozitivnu povezanost kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti. Dakle, pojedinci koji ostvaruju više rezultate na skali zdravstvene anksioznosti ujedno će ostvarivati i više rezultate na skali kiberohondrije, što se pokazalo istinitim i u ovom slučaju. Često ispitivana dinamika odnosa je ona anksioznih poremećaja te kvalitete života, međutim nešto manji broj istraživanja ispituje specifično povezanost zdravstvene anksioznosti s kvalitetom života. Iako ne postoji veliki broj istraživanja na ovu temu, povezanost ovih dvaju pojmova pokazala se značajna i negativna u nekoliko istraživanja (npr. Hayter i sur., 2016; Manu i sur., 1996; Diamond i sur., 2023). Uzorak koji se najčešće promatra u tom slučaju je populacija ljudi koja ima kroničnu bolest. Jedno takvo istraživanje provedeno je na ljudima s multiplom sklerozom, međutim i ovdje se povezanost pokazala značajnom i negativnom (Hayter i sur., 2016). S obzirom na rezultate istraživanja, moguće je zaključiti da oni pojedinci koji ostvaruju više rezultate na skali zdravstvene anksioznosti, svoju će kvalitetu života procjenjivati lošijom u odnosu na one pojedince koji nisu zdravstveno anksiozni. Diamond sa suradnicima (2023) došao je do istog objašnjenja, uspoređujući pojedince koji su kategorizirali ovisno o tome jesu li imali niske ili visoke rezultate na skali zdravstvene anksioznosti. Naime, pojedinci koji su bili u grupi visoko zdravstveno anksioznih, u odnosu na one u nisko zdravstveno anksioznoj skupini, imali su statistički značajno nižu procjenu kvalitete života. Zaključno, rezultati su pokazali statistički značajnu negativnu povezanost kiberohondrije i

kvalitete života. Ovakvi rezultati u skladu s prethodnim istraživanjima koja su istraživala ovaj odnos (npr. Vismara, i sur., 2021b; Rahme i sur., 2021; Mathes i sur., 2018). Istraživanje provedeno od strane Vismare i suradnika (2021b), ukazuje na negativnu, ali slabu, povezanost između kvalitete života i kiberohondrije. Rahme i suradnici (2021) naglašavaju statistički značajnu negativnu povezanost kiberohondrije i fizičke domene kvalitete života te kiberohondrije i psihičke domene kvalitete života. Moguće objašnjenje ovakve povezanosti daju Vismara sa suradnicima (2021a) gdje navode kako su pojedinci koji imaju lošiju samoprocjenu zdravlja skloniji opetovanom pretraživanju Interneta te posljedično dovode do povećanja kiberohondrije ili obrnuto. Dakle, povišena kiberohondrija narušava svakodnevno funkcioniranje pojedinca te posljedično narušava njegovu kvalitetu života. Međutim, budući da nema dovoljno informacija o samom odnosu, dana objašnjenja su samo nagađanja.

Nadalje, drugi problem bio je ispitati postojanje spolnih razlika kod kvalitete života, zdravstvene anksioznost te kiberohondrije. Dakle, očekivana je razlika između spolova s obzirom na rezultate na instrumentima zdravstvene anksioznosti, kiberohondrije i kvalitete života, pri čemu žene imaju više rezultate na skalama zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije, dok ujedno postižu niže rezultate u domenama kvalitete života. Druga hipoteza o postojanju statistički značajne razlike između spolova na rezultatima skala djelomično je potvrđena. Razlog tome je što nije utvrđena statistički značajna razlika prema spolu u kontekstu zdravstvene anksioznosti te kod samoprocjene zdravlja, kvalitete života te domenama psihičkog zdravlja, socijalnih odnosa i okoline. Rezultati istraživanja koje je proveo Hawthorne sa suradnicima (2006) upućuju na statistički značajnu razliku spolova u fizičkoj i psihičkoj domeni kvalitete života, gdje muškarci ostvaruju više rezultate. S druge strane, na domeni socijalnih odnosa žene ostvaruju više rezultate u odnosu na muškarce. Ovakvi rezultati su donekle u skladu s rezultatima ovog istraživanja, gdje su muškarci iskazivali o boljem fizičkom zdravlju u odnosu na žene. Nadalje, Sirgy (2012) u svojoj knjizi navodi spolne razlike po pitanju shvaćanja pojma kvalitete života i sagledavanja komponenti tog entiteta. Naime, navodi da je razlika upravo u rasponu afekta gdje žene, u odnosu na muškarce, imaju širi raspon i jačinu afekata. Ujedno napominje kako moguće objašnjenje leži u različitim biološkim, društvenim i kulturološkim ulogama koje žene imaju. S obzirom na zdravstvenu anksioznost, neka istraživanja upućuju na statistički značajnu razliku između spolova. Jedno takvo istraživanje (MacSwain i sur., 2009) ispitalo je razlike između spolova primjenjujući jedan od modela zdravstvene anksioznosti. Rezultati upućuju na statistički značajnu razliku između spolova u kontekstu globalne zdravstvene anksioznosti, gdje žene, u odnosu na muškarce,



iskazuju o višoj razini zdravstvene anksioznosti. Objašnjenje ovakvih nalaza temelji se na pretpostavci da žene, zbog određenih spolnih uloga (npr. majčinstvo), imaju tendenciju tražiti podršku okoline te informacije koje će otkloniti brigu, stoga se i češće upuštaju u pretraživanje i dijeljenje zdravstvenih informacija preko Interneta (MacSwain i sur., 2009). Istraživanje Lagoe i Atkina (2015) potvrđuje ovu pretpostavku. Naime, spol se pokazao kao prediktor pretraživanja zdravstvenih informacija na Internetu, pri tome dajući objašnjenje da žene, zbog svoje uloge primarnog skrbnika unutar obitelji, češće pretražuju Internet, kako zbog sebe, tako i zbog ostalih unutar obitelji (Lagoe i Atkina, 2015). Međutim, rezultati istraživanja na monozigotnim i dizigotnim blizancima nisu upućivali na značajnu povezanost između spola i zdravstvene anksioznosti (Taylor i sur., 2006). Rezultati ovog istraživanja, s obzirom na navedeno, u skladu su s literaturom koja navodi kako ne postoji statistički značajna razlika spolova s obzirom rezultate na instrumentu zdravstvene anksioznosti. Naposljetku, utjecaj spola na kiberohondriju nije dovoljno temeljito istražen, međutim u nekim istraživanjima ovaj utjecaj ipak se pokazao značajnim (Turkistani i sur., 2020). Prilikom istraživanja kiberohondrije, Turkistani i suradnici (2020) pronašli su statistički značajnu razliku između spolova za česticu koja se odnosila na pretraživanje Interneta potaknutim neobjašnjivim tjelesnim osjetima, gdje su žene statistički značajno više označavale da u takvim slučajevima traže odgovore na Internetu. Također, istraživanje Barke i suradnika (2016) ukazuje na to da su žene imale više rezultate na skali kiberohondrije, u odnosu na muškarce. Međutim, drugi autori navode kako utjecaj spola na kiberohondriju nije statistički značajan. U kontekstu provedenog istraživanja, rezultati upućuju na statistički značajnu razliku između spolova, pri čemu žene imaju više rezultate, u odnosu na muškarce, na skali kiberohondrije.

Naposljetku, ispitaio se medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos između kvalitete života i zdravstvene anksioznosti gdje se očekivalo da će kiberohondrija posredovati u odnosu kvalitete života i zdravstvene anksioznosti. Budući da se radio o problemu koji u istraživanjima nije dovoljno istražen, medijacijskim učincima u ovom istraživanju pristupilo se eksplorativno. Pronađen je djelomičan medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnose zdravstvene anksioznosti i samoprocjene života, domene psihičkog zdravlja te domene okoline, stoga je hipoteza djelomično prihvaćena. Dakle, u tom slučaju, zdravstvena anksioznost, preko kiberohondrije, nije imala utjecaj na sve domene kvalitete života pojedinca. Međutim, rezultati jednog istraživanja medijacijskog učinka kiberohondrije na odnos između zdravstvene anksioznosti i kvalitete života upućuju na direktan učinak zdravstvene anksioznosti na kvalitetu života, no medijacijski učinak kiberohondrije nije pronađen (Ciułkowicz i sur., 2022). Značajan

statistički pozitivan odnos kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti već je objašnjen u prijašnjem tekstu, međutim, odnos kiberohondrije i samoprocjene zdravlja, psihičkog zdravlja te okoline nije. Naime, u kontekstu odnosa kiberohondrije sa samoprocjenom zdravlja, neka istraživanja upućuju na to da pojedinci koji ostvaruju visoke rezultate na skali kiberohondrije provode više vremena pretražujući informacije o bolesti i simptomatologiji jer su zdravstveno anksiozniji i kao takvi, njihova percepcija tjelesnih promjena u tijelu je ozbiljnija u odnosu na stvarnost (Akhtar i Fatima, 2020). Stoga, pojedinci koji više i češće traže zdravstvene informacije na Internetu, osjećaju se preplavljeno i anksiozno što, posljedično, rezultira i uvjerenjem da boluju od bolesti koju su pretraživali na Internetu (Akhtar i Fatima, 2020). S druge strane, bitno je naglasiti da dijagnoza kronične bolesti kod pojedinaca ne rezultira samo višim rezultatima na skali kiberohondrije, već i lošijom samoprocjenom zdravlja (Gibler i sur., 2019). Istraživanja su pokazala kako kiberohondrija negativno utječe na psihičko zdravlje (Zheng i Jiang, 2022; Bajcar i Babiak, 2019), budući da je takvo opetovano pretraživanje zdravstvenih informacija potaknuto te rezultira povećanom brigom i anksioznošću (Starčević i sur., 2020). Istraživanje provedeno tijekom pandemije koronavirusa navodi kako kontradiktorne informacije pronađene na Internetu kod ljudi izaziva dva različita obrasca ponašanja (Zheng i Jiang, 2022). Naime, dok su jedni odlučili u potpunosti izbjegavati svaku vrstu informacije na temu pandemije, drugi su počeli intenzivno pretraživati Internet, pritom si povećavajući razinu tjeskobe i brige, pogotovo u slučaju kontradiktornih informacija (Zheng i Jiang, 2022). Ne čudi stoga, da ovakvo konstantno korištenje Interneta u svrhu pronalaženja informacija o bolesti i drugim zdravstvenim temama, može rezultirati narušavanjem pojedinčevog psihičkog zdravlja. S druge strane, manji broj istraživanja bavi se zadovoljstvom pojedinca okolinom. Najčešće se spominje u kontekstu pandemije, gdje je okolina mogla itekako utjecati na zdravlje, ali i pojedinčevu kvalitetu života. Budući da domena okoline ne obuhvaća samo fizičku okolinu pojedinca, već i financijsku stabilnost, sigurnost te dostupnost i kvalitetu u kontekstu zdravstva, ne čudi da se utjecaj kiberohondrije uočen i na ovoj domeni kvalitete života. U kontekstu zdravstva, istraživanja su pokazala kako pojedinci koji pretražuju Internet za zdravstvene informacije imaju manje povjerenja u zdravstveni sustav te u doktore općenito (Tanis i sur., 2016; prema Varma i Singh, 2023). Nepovjerenje koje pojedinci u tom slučaju imaju, rezultira zloupotrebom zdravstvenog sustava. Posljedično, takvi pojedinci mogu onda svoju kvalitetu domene okoline, percipirati kao lošijom u odnosu na druge. S obzirom na to da domena okoline nije izolirano istraživana u kontekstu kiberohondrije, već je najčešće sagedavana unutar globalnog pojma kvalitete života, informacije o ovoj domeni i utjecaju koji kiberohondrija ima na nju nije dovoljno istraživana. Međutim, s obzirom na već, nedovoljno,

istražen odnos kiberohondrije i kvalitete života, može se zaključiti kako kiberohondrija negativno utječe i na jednu od domena kvalitete života.

### **Implikacije, ograničenja i smjernice za buduća istraživanja**

Provedeno istraživanje omogućilo je bolji uvid u relativno nov konstrukt kiberohondrije na hrvatskoj populaciji te dobivanju novih saznanja o odnosu kiberohondrije, zdravstvene anksioznosti i kvalitete života. Naime, budući da ne postoji mnogo istraživanja koja ispituju odnos svih triju konstrukata, ovo istraživanje doprinosi stručno i znanstveno postojećoj literaturi. Stručnjaci koji se u radu susreću s pojedincima koji su visoko zdravstveno anksiozni te iskazuju o postojanju kiberohondrije, a posljedično i narušenoj kvaliteti života, svoj pristup trebaju prilagoditi tako da se ne usmjeravaju samo na otklanjanje anksioznosti vezane uz zdravlje, već se trebaju usmjeriti i na razloge pojave kiberohondrije te poboljšanu kvalitetu života. Pristup koji se pokazao primjerenim u slučaju kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti, bila je kognitivno-bihevioralna terapija te terapija usmjerene svjesnosti (eng. *mindfulness*) (Menon i sur., 2020). Starčević i Berle (2015) navode kako je kiberohondriju potrebno sagledavati u kontekstu te nikako ju ne izolirati od ostalih poteškoća s kojima se pojedinac susreće. Stoga, kako bi korištenje Interneta i pretraživanje postalo bezopasno, potrebno je otkriti činitelje koji održavaju ponašanje, stoga je potrebno prilagoditi plan terapije pojedincu (Menon i sur., 2020). Nadalje, kognitivno-bihevioralna terapija kod visoko zdravstvenih pojedinaca s dijagnozom multiple skleroze pokazala se kao dobar tretman, gdje su, uz smanjenje zdravstvene anksioznosti, pojedinci iskazivali u poboljšanju raspoloženja i kvalitete života (Carrigan i sur., 2017).

Ovo istraživanje, uz doprinose, ima i svoje nedostatke i ograničenja. Prvenstveno, uzorak je prigodan te su sudionici sudjelovali u istraživanju putem online Google obrasca. Iako je u ovom slučaju sudionicima zagarantirana anonimnost te je istraživanje privuklo veliki broj ljudi, ipak je najveći broj sudionika bilo mlađe životne dobi, što bi, prema literaturi, moglo utjecati na rezultate, pogotovo u kontekstu kiberohondrije. Naime, istraživanja su pokazala kako mlađi ljudi imaju statistički značajno više rezultate u odnosu na stariju populaciju. Moguće objašnjenje daju Bajcar i Babiak (2019). Smatraju da je razlog češće i intenzivnije korištenje društvenih mreža, ali i Interneta općenito, u odnosu na starije generacije. Nadalje, ne samo da je uzorak istraživanja prigodan, već je i omjer sudionika, iako očekivan, neravnomjeran. Naime, mnoga istraživanja (npr. Turkistani i sur., 2020; Taylor i sur., 2006) upućuju na statistički značajnu razliku između spolova, gdje žene imaju više rezultate na skalama zdravstvene anksioznosti te skali kiberohondrije. Isti rezultati dobiveni su u ovom

istraživanju, a jedan od razloga može biti veći broj žena uključenih u istraživanje, koje su pritom i mlađe životne dobi. Ovakav mlađi uzorak, u kojemu prevladavaju žene, onemogućuje generalizaciju rezultata na cjelokupnu populaciju. Osim toga, korištenje instrumenata koji se temelje na samoprocjeni i u, slučaju instrumenta kvalitete života, retrospekciji, smatra se još jednim nedostatkom istraživanja. Dakako, postoji mogućnost da su pojedinci davali socijalno prihvatljive odgovore ili su bili pristrani u samoprocjeni, s obzirom na to koliko su zdravstveno anksiozni. Isto tako, postoji mogućnost krivog prisjećanja ili lažnog sjećanja u kontekstu retrospekcije. Ujedno, ovo istraživanje je koristilo novi instrument kiberohondrije u kontekstu medijacijskog efekta na međuodnos zdravstvene anksioznosti i kvalitete života. Stoga, rezultate istraživanja treba proučavati i tumačiti s oprezom.

Naposljetku, smjernice za buduća istraživanja temelje se na nedostacima ovoga. Uzorak ovog istraživanja nije bio reprezentativan općoj populaciji, stoga bi bilo korisno replicirati istraživanje na većem broju sudionika pri čemu je omjer spolova podjednak. U ovom istraživanju korišten je relativno nov instrument kiberohondrije, stoga se predlaže napraviti još neko istraživanje koristeći ovaj instrument u svrhu doprinosa literaturi. Budući da se neka pitanja u istraživanju zahtijevaju retrospekciju od ispitanika, ne bilo loše koristiti i instrument opće kvalitete života koji ne zahtjeva retrospekciju od sudionika. Spolne razlike u instrumentima kiberohondrije, zdravstvene anksioznosti i kvalitete života, kao i medijacijski efekt kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i kvalitete života mogao bi biti istražen i u kontekstu longitudinalnog istraživanja, doprinoseći tako literaturi.

## ZAKLJUČAK

Cilj istraživanja bio je ispitati odnos između kvalitete života, zdravstvene anksioznosti i kiberohondrije, budući da mali broj istražuje odnos svih triju varijabli u ovom omjeru. Korelacijskom analizom potvrđena je prva hipoteza. Odnosno, pronađena je statistički značajna pozitivna povezanost kiberohondrije i zdravstvene anksioznosti te statistički značajna negativna povezanost ovih dviju varijabli s domenama kvalitete života. Spolne razlike uočene su kod kiberohondrije i na domeni fizičkog zdravlja, pri čemu žene iskazuju o većoj potrebi pretraživanja Interneta za zdravstvene informacije te su manje zadovoljne, u odnosu na muškarce, svojim fizičkim zdravljem. Naposljetku, ispitan je medijacijski učinak kiberohondrije na međuodnos zdravstvene anksioznosti i domena kvalitete života, pri čemu rezultati upućuju na djelomičnu medijaciju kiberohondrije na odnos zdravstvene anksioznosti i samoprocjenu zdravlja, domene psihičkog zdravlja te domene okoline. Provedeno istraživanje donosi saznanja o povezanosti kvalitete života, zdravstvene anksioznosti te kiberohondrije u

cilju očuvanja i unaprijeđena kvalitete života i zdravlja, a buduća istraživanja mogla bi doprinijeti saznanjima u području zdravstva i prevencije.

## LITERATURA

- Akhtar, M. i Fatima, T. (2019). Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. *Journal of Pakistan Medical Association*, 0, 1. <https://doi.org/10.5455/jpma.8682>
- Alberts, N. M., Hadjistavropoulos, H. D., Jones, S. i Sharpe, D. (2013). The Short Health Anxiety Inventory: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(1), 68–78. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.10.009>
- Asgher, S., Latif, F. i Ajam, D. (2022). “A man who was a hospital” CYBERCHONDRIA: ONLINE HEALTH INFORMATION AND ESCALATION OF HEALTH ANXIETY. *Pakistan Journal of Social Research*, 04(01), 646–656. <https://doi.org/10.52567/pjsr.v4i1.931>
- Asmundson, G. J. G. i Fergus, T. A. (2019). *The Concept of Health Anxiety*. U Hedman-Lagerlöf, E. (ur.) *The Clinician’s Guide to Treating Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment*. Academic Press, 1–18.
- Asmundson, G. J. G., Abramowitz, J., Richter, A. A. i Whedon, M. (2010). Health anxiety: current perspectives and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 12(4), 306–312. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0123-9>
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D. i Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress & Coping*, 29(2), 219–239. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Bajcar, B. i Babiak, J. (2019). Self-esteem and cyberchondria: The mediation effects of health anxiety and obsessive–compulsive symptoms in a community sample. *Current Psychology*, 40(6), 2820–2831. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00216-x>
- Barcaccia, B., Esposito, G., Matarese, M., Bertolaso, M., Elvira, M. M. i De Marinis, M. G. (2013). Defining quality of life: A Wild-Goose chase? *Europe’s Journal of Psychology*, 9(1), 185–203. <https://doi.org/10.5964/ejop.v9i1.484>
- Barke, A., Bleichhardt, G., Rief, W. i Doering, B. K. (2016). The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *International Journal of Behavioral Medicine*, 23(5), 595–605. <https://doi.org/10.1007/s12529-016-9549-8>
- Bleichhardt, G. i Hiller, W. (2007). Hypochondriasis and health anxiety in the German population. *British Journal of Health Psychology*, 12(4), 511–523. <https://doi.org/10.1348/135910706x146034>
- Boursier, V. i Gioia, F. (2020). What Does Predict Cyberchondria? Evidence from a Sample of Women. *Journal of Psychology and Psychotherapy Research*, 7(1), 68–75. <https://doi.org/10.12974/2313-1047.2020.07.6>
- Brown, R. J., Skelly, N. i Chew-Graham, C. (2020). Online health research and health anxiety: A systematic review and conceptual integration. *Clinical Psychology-Science and Practice*, 27(2). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12299>
- Byrne, B. M. (2013). *Structural Equation Modeling with Mplus*. In *Routledge eBooks*. <https://doi.org/10.4324/9780203807644>
- Carrigan, N., Dysch, L. i Salkovskis, P. M. (2017). The Impact of health anxiety in Multiple sclerosis: A replication and treatment case series. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 46(2), 148–167. <https://doi.org/10.1017/s135246581700056x>

- Chao, R. C. i Ospina, F. (2013). Quality of life. *The Encyclopedia of Cross-Cultural Psychology*, 1070–1072. <https://doi.org/10.1002/9781118339893.wbeccp445>
- Ciułkiewicz, M., Misiak, B., Szcześniak, D., Grzebieluch, J., Maciaszek, J. i Rymaszewska, J. (2022). Social Support Mediates the Association between Health Anxiety and Quality of Life: Findings from a Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19). <https://doi.org/10.3390/ijerph191912962>
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*, 38(3), 303–328. <https://doi.org/10.1007/bf00292050>
- Diamond, P. R., Dysch, L. i Daniels, J. (2022). Health anxiety in stroke survivors: a cross-sectional study on the prevalence of health anxiety in stroke survivors and its impact on quality of life. *Disability and Rehabilitation*, 45(1), 27–33. <https://doi.org/10.1080/09638288.2021.2022778>
- Felce, D. i Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16(1), 51–74. [https://doi.org/10.1016/0891-4222\(94\)00028-8](https://doi.org/10.1016/0891-4222(94)00028-8)
- Fergus, T. A. i Russell, L. H. (2016). Does cyberchondria overlap with health anxiety and obsessive–compulsive symptoms? An examination of latent structure and scale interrelations. *Journal of Anxiety Disorders*, 38, 88–94. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.01.009>
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics*. London: Sage publications.
- Fink, P. (2019). A Diagnostic Perspective on Health Anxiety. U Hedman-Lagerlöf, E. (Ur.) *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment* (str. 19–34). Academic Press.
- Gibler, R. C., Mano, K. E. J., O'Bryan, E. M., Beadel, J. R. i McLeish, A. C. (2019). The role of pain catastrophizing in cyberchondria among emerging adults. *Psychology Health & Medicine*, 24(10), 1267–1276. <https://doi.org/10.1080/13548506.2019.1605087>
- Goodwin, L., Fairclough, S. H. i Poole, H. (2012). A cognitive–perceptual model of symptom perception in males and females: The roles of negative affect, selective attention, health anxiety and psychological job demands. *Journal of Health Psychology*, 18(6), 848–857. <https://doi.org/10.1177/1359105312456321>
- Group, W. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569–1585. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(98\)00009-4](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(98)00009-4)
- Hadjistavropoulos, H. D., Hadjistavropoulos, T. i Quine, A. (2000). Health anxiety moderates the effects of distraction versus attention to pain. *Behaviour Research and Therapy*, 38(5), 425–438. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(99\)00044-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00044-3)
- Hawthorne, G., Herrman, H. i Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-Brèf: Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, 77(1), 37–59. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-5552-1>
- Hayter, A. L., Salkovskis, P. M., Silber, E. i Morris, R. G. (2016). The impact of health anxiety in patients with relapsing remitting multiple sclerosis: Misperception, misattribution and quality of life. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(4), 371–386. <https://doi.org/10.1111/bjc.12106>

- Hedman, E., Ljótsson, B., Andersson, E., Andersson, G., Lindefors, N., Rück, C., Axelsson, E. i Lekander, M. (2015). Psychometric properties of Internet-administered measures of health anxiety: An investigation of the Health Anxiety Inventory, the Illness Attitude Scales, and the Whiteley Index. *Journal of Anxiety Disorders*, 31, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.01.008>
- Hunt, S. M. (1997). The problem of quality of life. *Quality of life Research* 6(3), 205–212. <https://doi.org/10.1023/A:1026402519847>
- Jakovljević, I. (2019). Psihometrijska svojstva kratkog inventara zdravstvene anksioznosti. Diplomski rad, Zagreb: Sveučilište u Zagrebu.
- Jokić-Begić, N., Mikac, U., Čuržik, D. i Jokić, C. S. (2019). The development and validation of the Short Cyberchondria Scale (SCS). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(4), 662–676. <https://doi.org/10.1007/s10862-019-09744-z>
- Jones, S., Hadjistavropoulos, H. D. i Gullickson, K. M. (2013). Understanding health anxiety following breast cancer diagnosis. *Psychology Health & Medicine*, 19(5), 525–535. <https://doi.org/10.1080/13548506.2013.845300>
- Karakaş, N., Tekin, Ç., Bentli, R. i Demir, E. (2022). Cyberchondria, Covid-19 phobia, and well-being: a relational study on teachers. *PubMed*, 113(3). <https://doi.org/10.23749/mdl.v113i3.12661>
- Khan, M. L. i Idris, I. K. (2019). Recognise misinformation and verify before sharing: a reasoned action and information literacy perspective. *Behaviour & Information Technology*, 38(12), 1194–1212. <https://doi.org/10.1080/0144929x.2019.1578828>
- Lagoë, C. i Atkin, D. (2015). Health anxiety in the digital age: An exploration of psychological determinants of online health information seeking. *Computers in Human Behavior*, 52, 484–491. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2015.06.003>
- Lebel, S., Mutsaers, B., Tomei, C., Leclair, C. S., Jones, G., Petricone-Westwood, D., Rutkowski, N., Ta, V., Trudel, G., Laflamme, S. Z., Lavigne, A. i Dinkel, A. (2020). Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *PLOS ONE*, 15(7), e0234124. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234124>
- Louzado, J. A., Cortes, M. L., Oliveira, M. G., Bezerra, V. M., Mistro, S., De Medeiros, D. S., Soares, D. A., Silva, K. O., Kochergin, C. N., De Carvalho, V. C. H. D. S., Amorim, W. W. i Mengue, S. S. (2021). Gender differences in the quality of life of formal workers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5951. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115951>
- MacSwain, K. L. H., Sherry, S., Stewart, S. H., Watt, M. C., Hadjistavropoulos, H. D. i Graham, A. R. (2009). Gender differences in health anxiety: An investigation of the interpersonal model of health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 938–943. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2009.07.020>
- Manu, P., Affleck, G., Tennen, H., Morse, P. i Escobar, J. I. (1996). Hypochondriasis Influences Quality-of-Life Outcomes in Patients with Chronic Fatigue. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65(2), 76–81. <https://doi.org/10.1159/000289050>
- Martin, A. i Jacobi, F. (2006). Features of hypochondriasis and illness worry in the general population in Germany. *Psychosomatic Medicine*, 68(5), 770–777. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238213.04984.b0>



- Mathes, B. M., Norr, A. M., Allan, N. P., Albanese, B. J. i Schmidt, N. B. (2018). Cyberchondria: Overlap with health anxiety and unique relations with impairment, quality of life, and service utilization. *Psychiatry Research-neuroimaging*, 261, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.002>
- McElroy, E. i Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28(2), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>
- McMullan, R., Berle, D., Arnáez, S. i Starčević, V. (2019). The relationships between health anxiety, online health information seeking, and cyberchondria: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 245, 270–278. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.037>
- Menon, V., Kar, S. K., Tripathi, A., Nebhinani, N. i Varadharajan, N. (2020). Cyberchondria: conceptual relation with health anxiety, assessment, management and prevention. *Asian Journal of Psychiatry*, 53, 102225. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102225>
- Morales, A., Espada, J. P., Crespo, J. L. C., Rodríguez, J. a. P. i Orgilés, M. (2013). Short Health Anxiety Inventory: Factor structure and psychometric properties in Spanish adolescents. *Journal of Health Psychology*, 20(2), 123–131. <https://doi.org/10.1177/1359105313500095>
- Muse, K., McManus, F., Leung, C. S., Meghreblian, B. i Williams, J. (2012). Cyberchondriasis: Fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 189–196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.11.005>
- Nadeem, F., Malik, N. I., Atta, M., Ullah, I., Martinotti, G., Pettorruso, M., Vellante, F., Di Giannantonio, M. i De Berardis, D. (2022). Relationship between Health-Anxiety and Cyberchondria: Role of Metacognitive Beliefs. *Journal of Clinical Medicine*, 11(9), 2590. <https://doi.org/10.3390/jcm11092590>
- Poel, F. T., Baumgartner, S. E., Hartmann, T. i Tanis, M. (2016). The curious case of cyberchondria: A longitudinal study on the reciprocal relationship between health anxiety and online health information seeking. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.009>
- Rahme, C., Akel, M., Obeid, S. i Hallit, S. (2021). Cyberchondria severity and quality of life among Lebanese adults: the mediating role of fear of COVID-19, depression, anxiety, stress and obsessive–compulsive behavior—a structural equation model approach. *BMC Psychology*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00674-8>
- Salkovskis, P. M. i Warwick, H. M. C. (2001). Meaning, misinterpretations, and medicine: A cognitive-behavioral approach to understanding health anxiety and hypochondriasis. U V. Starčević i D. R. Lipsitt (Ur.), *Hypochondriasis: Modern perspectives on an ancient malady* (str. 202–222). Oxford University Press.
- Salkovskis, P. M., Rimes, K. A., Warwick, H. M. C. i Clark, D. M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(05). <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Salkovskis, P. M., Warwick, H. M. C. i Deale, A. C. (2003). Cognitive-Behavioral Treatment for Severe and Persistent Health Anxiety (Hypochondriasis). *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 353-367.

- Sarma, S. i Byrne, G. (2013). Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients. *Australasian Journal on Ageing*, 33(3), 201–204. <https://doi.org/10.1111/ajag.12102>
- Singh, K. i Brown, R. J. (2014). Health-related Internet habits and health anxiety in university students. *Anxiety Stress and Coping*, 27(5), 542–554. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.888061>
- Sirgy, M. J. (2012). *The Psychology of Quality of Life: Hedonic Well-Being, Life Satisfaction, and Eudaimonia*. Dordrecht: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-94-007-4405-9>
- Skevington, S. M., Lotfy, M. i O’Connell, K. A. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310. <https://doi.org/10.1023/b:qure.0000018486.91360.00>
- Starčević, V. (2017). Cyberchondria: Challenges of problematic online searches for Health-Related Information. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 86(3), 129–133. <https://doi.org/10.1159/000465525>
- Starčević, V. (2020). Problematic and compulsive online health research: The two faces of cyberchondria. *Clinical Psychology-science and Practice*, 27(2). <https://doi.org/10.1111/cpsp.12320>
- Starčević, V. i Berle, D. (2013). Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 13(2), 205–213. <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
- Starčević, V. i Berle, D. (2015). Cyberchondria: An old phenomenon in a new guise? U E. Aboujaoude i V. Starčević (Ur.), *Mental health in the digital age: Grave dangers, great promise* (str. 106–117). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780199380183.003.0006>
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Jang, K. L. i Asmundson, G. J. (2006). Genetic and environmental origins of health anxiety: a twin study. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 5(1), 47–50
- Turkistani, A., Mashaikhi, A., Bajaber, A., Alghamdi, W., Althobaity, B., Alharthi, N. i Alhomaiani, S. (2020). The prevalence of cyberchondria and the impact of social media among the students in Taif University. *International Journal of Medicine in Developing Countries*, 1759–1765. <https://doi.org/10.24911/ijmdc.51-1598363146>
- Tyrer, P. (2020). Why health anxiety needs to be recognised in hospital practice. *Clinical Medicine*, 20(3), 339–342. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-0346>
- Tyrer, P. i Tyrer, H. (2019). Etiology and Epidemiology of Health Anxiety. U Hedman-Lagerlöf, E. (Ur.), *The Clinician’s Guide to Treating Health Anxiety: Diagnosis, Mechanisms, and Effective Treatment* (str. 35–42). Academic Press.
- Varma, R. i Singh, T. (2023). Cyberchondria and health: Exploring the linkages. *Mind and Society*, 12(02), 29–34. <https://doi.org/10.56011/mind-mri-122-20233>
- Vismara, M., Benatti, B., Ferrara, L., Colombo, A., Bosi, M., Varinelli, A., Pellegrini, L., Viganò, C., Fineberg, N. i Dell’Osso, B. (2021a). A preliminary investigation of Cyberchondria and its correlates in a clinical sample of patients with obsessive–compulsive disorder, anxiety and depressive disorders attending a tertiary psychiatric

- clinic. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(2), 111–122. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1927107>
- Vismara, M., Caricasole, V., Starčević, V., Cinosi, E., Dell’Osso, B., Martinotti, G. i Fineberg, N. (2020). Is cyberchondria a new transdiagnostic digital compulsive syndrome? A systematic review of the evidence. *Comprehensive Psychiatry*, 99, 152167. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152167>
- Vismara, M., Vitella, D., Biolcati, R., Ambrosini, F., Pirola, V., Dell’Osso, B. i Truzoli, R. (2021b). The impact of COVID-19 pandemic on searching for Health-Related Information and cyberchondria on the general population in Italy. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.754870>
- Vuletić, G. (2022). Odnos subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja. *Journal of Applied Health Sciences= Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti*, 8(2), 226–234. <https://doi.org/10.24141/1/8/2/9>
- Vuletić, G. i Misajon, RG (2011). Subjektivna kvaliteta života: povijesni pregled. U Vuletić, G.(Ur.), *Kvaliteta života i zdravlje* (str. 9-16). Osijek: Filozofski fakultet u Osijeku.
- World Health Organization. (2020). World health statistics 2020.
- Zheng, H. i Jiang, S. (2022). Linking the Pathway from Exposure to Online Vaccine Information to Cyberchondria During the COVID-19 Pandemic: A Moderated Mediation Model. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 25(10), 625–633. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0045>