



INSAN

Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental

<http://e-journal.unair.ac.id/index.php/IPKM>

p-ISSN 2528-0104 | e-ISSN 2528-5181



RESEARCH ARTICLE / ARTIKEL PENELITIAN

Quality of Life of Individuals with Thyroid Disorders in Indonesia

KEZIA RARASETA DJAWA & YULIANA HANAMI

Fakultas Psikologi, Universitas Padjadjaran

ABSTRACT

This study aims to explore the differences in quality of life (QoL) between hyperthyroidism and hypothyroidism in Indonesia. This study is a qualitative comparison, with the goal of identifying variations and similarities in the interpretation of QoL in each participants' experiences. Each group was interviewed based on QoL dimension in WHOQOL-BREF. Furthermore, interview transcript was analyzed by deductive thematic analysis. The results were compared across dimension, between the participant in each group, and it was found that there was predisposition to the same physical symptoms. Nevertheless, the causes of the disturbance in physical quality of the two groups were different, as well as the psychological symptoms. Positive social, environmental, and financial support play important roles in the QoL of both groups. Comorbidity became a differentiating factor in the physiological and psychological dynamics of participants in each group.

Keywords: *hyperthyroidism, hypothyroidism, qualitative comparative study, quality of life, WHOQOL-BREF*

ABSTRAK

Penelitian ini berguna untuk mengetahui gambaran perbedaan kualitas hidup pada orang dengan hipertiroid maupun hipotiroid di Indonesia. Tipe penelitian ini termasuk studi komparasi kualitatif, sehingga peneliti ingin mencari perbedaan dan persamaan dari kedalaman makna pengalaman berkaitan dengan kualitas hidup dari setiap kelompok penelitian. Wawancara dilakukan terhadap dua kelompok orang dengan gangguan tiroid, yakni hipertiroid dan hipotiroid, dengan panduan pertanyaan mengacu kepada dimensi kualitas hidup WHOQOL-BREF. Transkrip wawancara dianalisis menggunakan pendekatan analisis tematik deduktif. Hasil dibandingkan di setiap dimensinya antar partisipan di kedua kelompok, kemudian ditemukan adanya kecenderungan gejala fisik yang sama pada kedua kelompok. Meski demikian, penyebab dari terganggunya kualitas fisik kedua kelompok berbeda, begitu pula gejala psikologis yang ditemukan juga berbeda. Dukungan sosial dan lingkungan (finansial) yang baik berperan penting dalam kualitas hidup kedua kelompok hingga saat ini. Faktor komorbid menjadi faktor pembeda dinamika fisiologis dan psikologis yang dimiliki masing-masing partisipan di tiap kelompok gangguan tiroid.

Kata kunci: *hipertiroid, hipotiroid, kualitas hidup, studi komparasi kualitatif, WHOQOL-BREF*

INSAN Jurnal Psikologi dan Kesehatan Mental, 2024, Vol. 9(1), 35-58, doi: 10.20473/jpkm.v9i12024.35-58

Submitted: 25/10/2023 Accepted: 04/03/2024 Published: 28/06/2024

Editor: Rahkman Ardi

*Corresponding Author's Email: kezia22007@mail.unpad.ac.id



This manuscript is under the open access policies and the Creative Common Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>); therefore, any use, distribution, and reproduction of this article, in any media, is not restricted as long as its original source is properly cited.

INTRODUCTION

Thyroid disorders are one of the major concerns in Indonesia, related to public health. Indonesia has the highest cases of thyroid disorders in Southeast Asian countries according to the IMS Health survey in 2015, 17% of them are women and 8% are men (Pitaloka, 2020). In line with this, the American Thyroid Association also states that 60% of people with thyroid disorders are unaware of their condition, with women having a higher risk factor, which is 5 - 8 times higher than men (Pitaloka, 2020). Based on IQVIA Thyroid Data in 2022, the prevalence of hypothyroid cases reached 12.4 million cases with only 1.9% treatment and the prevalence of hyperthyroid cases reached 13.2 million with only 6.2% treatment (Merck, 2023).

The thyroid gland has two lobes, one on each side of the trachea (Mahrous, Gendy, & Abd-Elaziz, 2021), and is shaped like a butterfly. The gland is located at the bottom of the front neck, it regulates the body's metabolic rate as well as growth and development (Mahrous, Gendy, & Abd-Elaziz, 2021). It functions by producing thyroid hormones that are secreted into the blood, then carried to every tissue in the body (American Thyroid Association, 2019). The main hormone secreted is the hormone thyroxine, also known as tetraiodothyronine (T4) because it contains 4 iodine atoms (American Thyroid Association, 2019). The other two hormones produced by the thyroid gland are triiodothyronine (T3) and thyroid-stimulating-hormone (TSH). Clinically, individuals with hyperthyroidism usually show high levels of T4 and/or T3 hormones, and low levels of TSH (American Thyroid Association, 2023). In contrast, clinically hypothyroid people have abnormally high TSH levels because the thyroid gland is commanded to produce more T4 gland due to the absence of T4 gland in blood cells (American Thyroid Association, 2017). When the thyroid gland is not functioning as it should, it can lead to thyroid disorders that can impact both the physical and psychological well-being of the individual. A thyroid gland that produces too much thyroid hormone is called hyperthyroid (American Thyroid Association, 2023), whereas hypothyroid is a condition of an underactive thyroid gland (American Thyroid Association, 2019). In Indonesia, people with thyroid disorders have an association called Pita Tosca, they agreed to refer to people with thyroid disorders as thyroid fighters (Pita Tosca, 2018).

The physiological and psychological dynamics that occur in individuals with hyperthyroid and hypothyroid are quite different. Individuals with hyperthyroid have physical symptoms such as excessive sweating, low heat tolerance, weight loss accompanied by increased in appetite, psychological effects such as irritability, the presence of sympathetic nerves that work more, shown by anxiety and hyperactivity among younger people, whereas in older people are tend to be related to cardiovascular symptoms and weight loss (The Indonesian Society of Endocrinology, 2012). In contrast, individuals with hypothyroid experience lack of energy, weight gain accompanied by difficulties to lose weight, dry and itchy skin, and resistance to cold (American Thyroid Association, 2019). Decreased energy, activity, and appetite are also accompanied by psychological symptoms such as irritability, depression, and memory issues and slow thinking process (American Thyroid Association, 2019).

According to a study conducted on a population in Bandung, Indonesia, quality of life especially in physical, psychological, and environmental aspects can predict happiness and life satisfaction, while social aspects cannot (Novianti, Wungu, & Purba, 2020). The study also mentioned that optimal physical and psychological functioning is an important requirement in the sustainability of the social environment itself. Therefore, individuals who have obstacles in certain physical aspects will also affect

their quality of life, and individuals with thyroid disorder are no exception. Previous research states that those with hypothyroidism and hyperthyroidism have relatively low QoL scores. However, those with hyperthyroidism have lower scores on almost all subscales, especially on the physical aspect, while mental aspects are in those with hypothyroidism (Fanaei et al., 2022).

There are many studies on thyroid disorders in Indonesia with a focus on quality of life, especially with quantitative modeling. Due to the high cases of thyroid disorders in Indonesia, the physiological and psychological impacts contribute to lower quality of life level compared to the euthyroid population, it is necessary to capture a more comprehensive picture of what quality of life is like for individuals with hyperthyroid and hypothyroid. Thyroid disorders are closely related to one's state of mind, such as depression and anxiety that can increase due to low T3 hormones (Lekurwale, Acharya, & Shukla et al., 2023), and have an impact on their quality of life. The different dynamics experienced by these two groups are also an important factor to explore the general comparative overview related to quality of life between the two, with the cultural and environmental background in Indonesia. It is hoped that this overview can help to provide more appropriate treatment by adjusting the psychological dynamics of each research population group, which contributes to QoL promotions. In addition, there has been no in-depth exploration of individuals with thyroid disorder's experiences of quality of life to date. Getting a sense of the experience of quality of life in individuals with thyroid disorder is important to understand more about the patterns and dynamics between the two groups and identify what the characteristics of quality of life are in each group.

This study aims to compare how hyperthyroid and hypothyroid interpret their quality of life. The expected result is a more comprehensive picture of the dynamics of quality of life between the two groups. The following is the formulation of this research question.

1. How do individuals with thyroid disorder between the groups interpret their quality of life?
2. What are the similarities and differences in the interpretation of quality of life as individuals with thyroid disorder between the two groups?

METHOD

Research Design: Qualitative Comparative Analysis

This study used a comparative qualitative research design, namely QCA (Qualitative Comparative Analysis) to understand how different factors might combine to influence how individuals with hyperthyroid and hypothyroid see their quality of life. QCA aims to evaluate various combinations of explanatory factors of a condition that explain the presence, or otherwise the absence of the results of a particular phenomenon (Smela, 2021). The function of QCA in the health sector is to identify, develop, and provide specific services to patients and caregivers (Lindsay, 2018), as well as to identify high-risk groups so that the treatment provided is appropriate. QCA helps us to understand the experiences and processes that vary between groups (Lindsay, 2018). The QCA design helps to see a more comprehensive overview of whether there are differences in each group's quality of life interpretation.

Participants

The age range of the study participants was 18 - 60 years who had been diagnosed with hypothyroid or hyperthyroid. Adult participants were selected because thyroid disorders make it hard for them to achieve the expected quality of life due to changes in physical and psychological aspects, which instinctively occur during adulthood. According to Santrock (2014), during adulthood, new life events (such as marriage, divorce, new job, birth of children, etc.) can affect adult development. Not only life

events, but also adult development is interrelated with mediating factors such as physical health, personality, and social support from the family leading to a process of adaptation in the face of change. Thus, adult participants with a history of hyperthyroidism and hypothyroidism were chosen due to their progressively complex developmental characteristics, especially in the presence of hyperthyroid or hypothyroid symptoms that can affect their adult development. A total of four participants agreed to participate in this study. Three participants were interviewed via Zoom Meeting, one participant via WhatsApp Video Call and we recorded the interviews with participants' consent. The question guide for the interview was developed from the Indonesian version of the WHOQOL-BREF instrument, including the dimensions of physical, psychological, social relations, and environmental health. Participant demographics are further described in Table 1.

Table 1. Participant Demographics

Thyroid History	Sex	Age	Marriage Status	Latest Education & Occupation	Notes
P1. Hyperthyroid	Female	28	Married	Undergraduate, Elementary Teacher	Suicidal ideation was present when diagnosed with hyperthyroidism.
P2. Hyperthyroid Symptoms (normal range/euthyroid but tends to be hyperthyroid)	Female	30	Not Married	Undergraduate, Civil Servant	Diagnosed with Disease/Illness Anxiety Disorder by a psychiatrist.
P3. Hypothyroid	Female	38	Married	High school, Housewife	Intensive treatment for hypocalcemia resulting from hypothyroidism.
P4. Hypothyroid	Female	26	Not Married	Undergraduate, Employed	Diagnosed with bipolar and OCD by a psychiatrist, with a history of suicide attempts.

Data Collection Strategy

We recruited and contacted participants through Twitter by inputting hyperthyroid and hypothyroid keywords, as well as recruiting participants via comment sections on hypothyroid-themed posts on pitatosca's Instagram account (a community of thyroid fighters in Indonesia) by distributing flyers to the intended population regarding information on recruiting research participants and a brief explanation of the study. We made sure for them to read and fill out the informed consent. Matters listed in the informed consent are in accordance with ethical research principles, i.e. an explanation of the procedures, objectives, participant rights, risks, confidentiality, and our contact. Once they signed the informed consent, we conducted interviews based on the agreed schedule.

P1 was interviewed on May 26, 2023, P2 on May 29, 2023, and P3 and P4 on May 30, 2023 at different times with a duration of approximately 60 minutes. The validity of this study was carried out by triangulating data between theories regarding the symptoms experienced by people with thyroid disorders, the results of previous quantitative studies regarding QoL in individuals with thyroid disorder. The interview results obtained were then discussed with the supervisor to ensure that the data were in accordance with the research objectives, theoretical studies, and the interview guide used.

Data Analysis

Data were collected using semi-structured interviews with a thematic analysis approach. Thematic analysis is a method for identifying, analyzing, and forming patterns (themes) in data (Braun & Clarke, 2006). This analysis is conducted with a deductive (top-down) approach, and the literature review conducted for the research design questions becomes the starting point for analyzing data associated with themes (Dawadi, 2020). The process of thematic analysis in this study refers to Braun & Clarke (2006) with deductive thematic analysis in the form of QCA. Initial codes were compiled from verbatim transcripts between the two groups of participants referring to the four dimensions of the WHOQOL-BREF. Unique codes outside the four dimensions were then coded "QoL". The next process was the search and analysis of themes, looking at the dynamics of differences and similarities between participants until compiling the final report.

RESULTS

Based on the results of this study, five themes were obtained. The following is a detailed description of the interpretation of QoL experience within the two groups.

Physical health: The Struggle to Wake Up and Fall Asleep

Energy capacity to perform daily activities and also the quality of sleep is one of the physical health aspects. Both individuals with hyperthyroid and hypothyroid struggle to get quality sleep and wake up energized. One of the physical symptoms that affect the energy of individuals with hyperthyroid is get fatigue easily, as mentioned by P1:

The impact on energy is that you get tired easily. A little bit of movement makes you tired, and you end up being lazy. People used to perceive me as dormant, which wasn't true. Seeing an uphill road makes me feel like crying, out of breath and exhausted. (P103, 2023)

In contrast, the second hyperthyroid participant had sufficient energy, but psychological symptoms actually helped her to be productive. P2 said that "activities are normal, but when I overthink, I can't stand still. I always have something to do in my house. Organizing, cleaning the fridge, tidying up unused documents. Thank God I have enough energy to do chores" (P204C, 2023).

Everyone wants enough energy to function and be productive. For individuals with hypothyroid, it seems to require more effort. The history of the diagnosis more or less affects their energy. Third participant mentioned that the excessive intensity of activity caused physical symptoms, as mentioned:

There are no differences in my daily activities. It's just that I need more time to finish something. It feels like I'm always in a daze, my body feels heavy and I'm scared to faint. Even peeling an onion feels like a heavy task. I have muscle cramps and numbness to the point where I broke something in pieces. (P304C, 2023)

The most apparent change on the fourth participant with a history of hypothyroid diagnosis is her cognitive process.

For me it's a bit difficult to concentrate. Maybe it has something to do with low energy. I also forget easily. Sometimes it's like, what am I listening to? What am I doing? What am I going to do? Since I was diagnosed with hypothyroidism in my first year of college, it affected how I study, and so on. (P404C, 2023)

Not only during their activities, they also struggled when they were about to sleep. Regardless of whether the quality of sleep is actually affected by thyroid's presence, all participants have something in common: their quality of sleep is more or less disturbed. P1 with a history of hyperthyroidism stated:

I didn't keep track of my sleep quality. Even then I didn't understand the importance of sleep quality. I did it as I pleased. Back then, I used to have trouble falling asleep, I seemed to notice that my legs aching woke me up, but now it stopped. (P104B, 2023)

P2 with a history of hyperthyroid symptoms reported that her low tolerance of heat, as it is common on hyperthyroid patients, made it hard for her to sleep.

Well, maybe I should tell my doctor since it feels like when it (hyperthyroidism) was untreated. Every 1 a.m. I woke up and slept on the floor, due to the low heat tolerance. Apart from that, my sleeping pattern also became irregular. I could only sleep starting at 11 p.m. but I woke up at 1. Almost one or two weeks I woke up at midnight and went to sleep on the floor, then at 4 a.m. I went back to bed. (P204B, 2023)

The struggle to fall asleep takes effort, especially when she has just given birth to a child as mentioned by P3, "it's hard to even fall asleep. I felt anxious for no reason. They said it's not good to sleep in the morning after giving birth, didn't they? My mom didn't agree. She told me to sleep while I could" (P304B, 2023).

Medication and vitamins have been found to play an important role in making her sleep comfortably in individuals with hypothyroid, P3 stated that "my sleep quality is 7 out of 10. I could sleep well when I got IV injection, it's from the vitamins" (P304B, 2023).

Humans sleep to restore their energy, yet it made P4 felt tired instead. Medication from a psychiatrist related to her psychiatric history helped her to get better quality of sleep.

I used to not be able to sleep well. I was tired, but couldn't sleep. I would wake up several times a night. I slept for a dozen hours, but woke up tired. It was like sleeping in a car, it didn't feel like sleeping, you know? But not anymore since I have taken medicine from my psychiatrist. (P404B, 2023)

Psychological: Mental Turmoil as Individuals with Thyroid Disorder

One of the psychological aspects in the WHOQOL-BREF includes self-image as well as positive and negative feelings. Various turmoil occurred in the participants. For P1, psychological symptoms were the most dominant impact of hyperthyroidism. As in hyperthyroidism characteristics, P1 stated that mood-swing was a prominent aspect.

My mood changed, I got angry, cried, I was too enthusiastic talking to my friends and laughed too much. I had no self control when I was angry and crying. I cried and threw pillows. When it was over, I still didn't understand my emotions. When it comes to someone close to me, I'm afraid of hurting them. So I told my husband to forgive me when I suddenly got angry. Because I might not realize it either. (P105C, 2023)

For P2, she tends to overthink and become anxious. "I am more often anxious. Negative feelings still tend to dominate. Whenever something happened, my family told me when it was over so I didn't keep thinking about it" (P205C, 2023).

Individuals with hypothyroid have their say about psychological symptoms that generally affected them. The low characteristic is not only about energy, but also their psychological dynamics. Their emotions affect thyroid size. P3, with hypothyroidism, became more sensitive, as mentioned:

Regarding sadness, to be honest, this hypothyroidism affected me a lot. I got so sensitive over small things. I wonder why, perhaps it really took a toll on me, and I have no idea when it will end.

Sometimes I took what people say too deeply, I wonder why they said what they said. I had no control over my anger and couldn't stop. When my emotions are unstable, my thyroid looks enlarged. But I bottled up my emotions when I got offended. I'm too emotional. (P305C, 2023)

On one hand, she also mentioned that being sensitive may still be within context about being easily moved.

When people close to me support me, encourage me, I feel touched. I'm a crybaby. Seeing things that I don't need to cry about, like I love cats, if I see a disabled cat on the street, I could cry. I got sad easily. (P305C, 2023)

P4 experienced mood complexity. P4 did not know whether her psychological symptoms were caused by thyroid or her bipolar history, she said that she was dominant with depressive episodes. The psychological symptoms of hypothyroidism and bipolar are similar and can intersect.

I don't know what the psychological effect (of hypothyroidism) is, because as I said, I have depression. I don't know if it's the thyroid or depression. I often got anxious, sad and even panic attacks. You know how it feels to suddenly dissociate. My body is here, but not the mind. So it's not really here right now. Like I can hear and see, but I'm not really here. There is also a sense of low self-esteem, more or less. (P405C, 2023)

Social Relationship: Quality Support for a Quality Life

In general, all participants were moderately to very satisfied with the social support they received, whether from family, friends or work. All four participants mentioned social support as the factor that most influenced their current quality of life and played a positive role, despite the presence of other factors that were also mentioned.

P1 mentioned that she was very satisfied with the social support she received, although she did not like the style of friendship.

I was very satisfied with the support from people around me because it helped motivate me to get out of the lowest point in my life. Despite their delinquency during high school years, it was their support that helped me to get out of it. That's why we still hang out. (P106, 2023)

P2 agreed that in general she was satisfied with the support she received, and the support also had an impact on understanding his condition. Nevertheless, there are still negative thoughts sometimes. According to her, these feelings arose when the medicine dose was lowered.

I am grateful to feel comfortable with my family, but yesterday I had a negative thought. How come my mom acted the way she did. I tried to understand and thought why would I think negatively of my mother, she has given me everything. When I think back, that feeling arose when I tried five doses of the medicine the day before. (P206, 2023)

My friends are a bit more understanding. When I did yoga, they knew I'm autoimmune so I'm not forced to do complex movements. My family is also understanding, like they would tell me to just leave the dishes. They are more understanding. (P206,2023)

P3 received support that made life more vibrant. Social support is vital for individuals with hypothyroid, who are typically "low mood, low energy". She received a lot of support from her friends and family. However, P3 heard something unpleasant coming from her extended family.

I felt more supported by my friends instead of family. My family kept asking when I would be free of this illness, it hurt me. My husband is also supportive, as well as my friends from the

neighborhood, from work, and my child's teachers. I can't imagine being happy without them being supportive. (P306, 2023)

I do feel that support is what keeps me energized. It makes me feel like I'm better than this, I can bounce back. (P305D, 2023)

P4 was also satisfied with the support from family and friends. However, she still received unpleasant comments from her other friends. She hoped that she would be treated as normal, not as a sick person and different, in order to prevent comments regarding the physical symptoms of individuals with hypothyroid. She also wanted her siblings to be more understanding of the symptoms of depression that she showed.

I felt supported. My family was willing to take care of me because of my depression, but on the other hand they don't like it when I show symptoms of depression. As if they had a choice on which symptoms they can tolerate and which they cannot. (P406,2023)

Me too. I wish people could watch their mouths, asking why I was fat. Some of them even suggested that I purge. (P406, 2023)

My friends gave me enough support, although I didn't tell all of them about my condition. Sometime my friends who have just found out about my condition are more attentive. I like it when I'm treated normally, so I don't have to be treated like someone who is often sick. It made me feel different from other people. (P406, 2023)

Environment: Freedom of Choice as Individuals with Thyroid Disorder with Adequate Economic Status

There are several environmental factors that affect one's quality of life, as outlined in the WHOQOL-BREF. These include financial resources, freedom-safety, access to and quality of health and social facilities, and home environment. All of these factors become areas where individuals with thyroid disorder grow and provide for a better quality of life.

Financially, all participants had no problem affording thyroid treatment. They are grateful in general regarding their financial condition. Nevertheless, P1 once felt guilty about financially burdening others when she was diagnosed with thyroid.

I was diagnosed at a young age, so I was still dependent financially and I had no idea about our financial condition at that time. But I definitely felt bad, I felt guilty for being a burden. Moreover, I used to live with my grandmother, so I felt guilty, I must have been a burden to her. But now I can afford it by myself. (P107A, 2023)

The neighborhood plays a role in participants' quality of life and satisfaction. It is also related to access to healthcare, transportation, and the culture of the neighborhood itself.

P2 mentioned that she was very grateful about her job placement in West Java. Easy access to health and transportation is a factor in satisfaction with the living environment.

I'm grateful for my job placement in West Java, since it is more developed than Central Java. I used to live in Pati, the access to health facilitation in Semarang was not easy. I don't mean to compare, but when I thought about my friends outside Java, I felt sorry for them. They had to travel longer than me for treatment. (P207B, 2023)

P3 feels comfortable about her current neighborhood, it is a good one and has supportive neighbors. P3's family and neighbors are cooperative to take care of her, especially when the unexpected things happen.

I'm satisfied now that I live here. I couldn't rest when it's a little noisy. I used to live in a place where it was so crowded that if my neighbor had a big fight, I would get scared and tremble. My current neighbors who know about my condition usually understand that I'm afraid of relapsing, so they muffle the sound and keep it quiet. (P307C, 2023)

My neighbors here know what to do, like if I relapse and no one is home, they have been instructed to call and give my meds box to the doctor. (P304A, 2023)

Access to transportation and proximity to family and friends are also factors that determine quality of life, as P4 is currently working out of town. "Not satisfied, Kudus doesn't have good access, there are no train stations and airports. I prefer my hometown, Jakarta, because my family and friends are there" (P407C, 2023).

Acceptance and Interpretation of the Scale in Relation to Quality of Life

The physiological and psychological dynamics, as well as treatments between participants were quite diverse, given that each participant even with the same diagnosis (e.g. hypothyroid group) could also be different. The psychological symptoms that appear in each individual with thyroid disorder also vary and fluctuate, but in general they have self-acceptance of their own conditions and this is supported by other aspects of quality of life that tend to be good.

From a scale of 1 – 10, P2 mentioned that she interpreted her quality of life as currently being at 8.5 – 9, although there is still turmoil of overthinking. "Thank God my quality of life is not bad, 8.5 to 9. The first thing I want to improve is stress management. Second is sleep patterns and lifestyle" (P2QoL, 2023).

In the hypothyroid group, P4 mentioned that her quality of life was at 7. Although her quality of life was 7, she answered 4 – 5 to interpret the extent to which he enjoyed his life. According to P4, a quality life does not necessarily make it enjoyable for her.

I don't really enjoy my life, so it's probably at 5 or 4, but it's getting better. I gave that number because I'm tired of living. Had I given a choice between staying alive or painless death, I probably would have chosen death. But there is no choice so I just keep living. (P4QoL, 2023)

I gave my quality of life a score of 7, which is different from the will to live, right? My quality of life is 7 because on paper, my life looks okay. I do feel that my quality of life is at 7, and I'm okay with that. I dare to say my quality of life is 7, because from the aspect of work I am also quite established and financially stable. So, the quality of life is okay, it's just the motivation of life that needs to be improved. (P4QoL, 2023)

DISCUSSION

The physiological and psychological dynamics, as well as treatment among individuals with thyroid disorder are different. In previous quantitative studies, the quality of life of individuals with hyperthyroid and hypothyroid was lower than the general population (Fanaei et al., 2022). Often hypothyroidism is identified with symptoms of anxiety and depression. Some studies suggest that this may be partly related to the increase in TSH hormones that potentially lead to suicide risk (Nuguru, Rachakonda, & Sripathi et al., 2022), in line with common symptoms in individuals with hypothyroid who have elevated TSH levels. Although anxiety and depression are more commonly associated with individuals with hypothyroid who tend to be in a low mood, a study mentioned that depression and hyperthyroidism have a significant correlation, along with low levels of trust (Gunes, 2020).

In general, the results of this study show that there are no prominent differences in the level of quality of life in both individuals with hyperthyroid and hypothyroid, each participant has their own dynamics

and struggles with various psychological responses. The similarities seen from each participant are self-acceptance responses while struggling with the physiological and psychological dynamics of dealing with a thyroid disorder and quality of life's aspects that want to be improved. The difference seen in this study is the cause or trigger of the disruption of aspects of quality of life, between individuals with hyperthyroid and hypothyroid. For example, in people with hyperthyroid, their sleep is disturbed due to heat intolerance, as for people with hypothyroid, sleep has no effect on recharging their energy.

This study found social and environmental support plays an important role in one's quality of life. The existence of emotional support can help individuals to obtain adaptive coping processes, as well as a sense of importance, that they matter and deserve to recover, despite a major stressor caused by their chronic illness (Kollerits, Zsila, & Matuszka, 2023). The most influential factor on their current quality of life was rooted from social support in all participants, as well as other factors. Quality support improves quality of life. This is also related to the fulfillment of Erikson's developmental task in the age group of this study's participants (21 – 39 years), namely intimacy vs isolation.

Individuals with thyroid disorder's quality of life is also affected by comorbidity (Kollerits, Zsila, & Matuszka, 2023). In people with hypothyroid, these comorbidities include thyroid cancer, anemia, vitamin B12 deficiency, and so on. Meanwhile, those with hyperthyroid are accompanied by mood disorders and decreased quality of life in adults (Kollerits, Zsila, & Matuszka, 2023). In participants with hypothyroidism, bipolar is found, when it is more often associated with hyperthyroidism. However, some case studies have also found manic symptoms in severe hypothyroidism (Lekurwale, Acharya, & Shukla et al., 2023). In participants with hyperthyroidism, history of comorbid diagnoses included illness anxiety disorder and suicidal ideation. This is in line with Paschke et al. (1990), that anxiety tends to appear in hyperthyroid patients with euthyroid (Mandincová, 2012). These comorbid conditions intersect with the psychological symptoms of each group of thyroid disorders. The comorbidities that appear are not necessarily in line with the psychological symptoms' characteristic of the thyroid disorder, due to the potential influence of other factors beyond physical symptoms.

A good quality of life is supported by environmental conditions. Previous research stated that individuals with low HRQoL (health-related quality of life) are those who do not have access to health facilities (Pope et al., 2022). In this case, all participants from each group had easy access to healthcare and financial sufficiency. A participant with hypothyroid had problems with access to transportation in her current domicile. However, she accepted her conditions since her job and finances overcame this problem. Good environment makes them feel more grateful for accessibility to health facilities and housing, as well as sufficient financial conditions.

The interpretation of the level of quality of life can be fairly high, a participant with hyperthyroid answered 8.5 – 9 and a participant with hypothyroid answered 7. Although the assessment of quality of life has a close range, the interpretation is much different. A participant with hyperthyroid thought that 8.5 – 9 was the exact number and there were things that could be improved, while the participant with hypothyroid thought that quality of life was something that was normatively judged by the environment. This is why quality of life does not necessarily make life enjoyable.

Clinical Implications

Recently there have been several studies addressing psychological interventions in the treatment of thyroid disorders, because thyroid disorders are often mistaken for mental disorders (Mandincová, 2012). There is an assumption with either type of thyroid disorder that if the disorder is not accompanied by a mental disorder, then individuals with thyroid disorder are not fully supported or encouraged to receive psychological intervention treatments such as psychotherapy (Mandincová, 2012).

Regardless of the presence of co-occurring mental disorders, thyroid disorders themselves affect one's mood; and there may be other factors that cause them to experience psychological symptoms beyond those characteristic of typical thyroid disorder psychological symptoms. It is important to consider a comprehensive assessment of the physical and psychological conditions of individuals with thyroid disorder, as well as the treatments and side effects that they have received, to get a picture of the psychological dynamics of individuals with thyroid disorder. This can help design interventions for them to improve their psychological and physical health to enhance their quality of life as individuals with thyroid disorder according to their individual characteristics.

CONCLUSION

Good social support was the most influential factor in making the lives of both groups better, including good environmental aspects and financial conditions. The physical and psychological symptoms in both groups tend to be the same despite the causes of these symptoms. Both groups with different dynamic characteristics have the same struggle to achieve a quality life. Comorbidity also makes the physiological and psychological dynamics between participants within the same thyroid disorder group differ. Between the two groups may provide almost the same range of QoL assessment, but not the interpretation. Further research needs to obtain a sample that is more representative in Indonesia and consider the status of remission conditions, so the results of the study can describe hypothyroid and hyperthyroid conditions better.

Kualitas Hidup Individu dengan Gangguan Tiroid di Indonesia

Gangguan tiroid menjadi salah satu perhatian besar pada persoalan kesehatan masyarakat Indonesia. Pasalnya, Indonesia memiliki kasus gangguan tiroid tertinggi di negara Asia Tenggara menurut survei IMS Health di tahun 2015, dengan rincian 17% perempuan dan 8% laki-laki (Pitaloka, 2020). Selaras dengan hal tersebut, American Thyroid Association juga menyebutkan bahwa sebesar 60% orang-orang dengan gangguan tiroid tidak menyadari kondisi mereka dimana perempuan memiliki faktor risiko 5 – 8 kali lebih tinggi daripada laki-laki (Pitaloka, 2020). Kementerian Kesehatan juga sedang gencar melakukan upaya preventif untuk mencegah kelainan tiroid demi menunjang pertumbuhan dan perkembangan anak (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2022).

Kelenjar tiroid memiliki dua lobus/sisi, masing-masing berada di setiap sisi trakea (Mahrous, Gendy, & Abd-Elaziz, 2021) dan berbentuk seperti kupu-kupu. Kelenjar ini terletak di bagian bawah leher depan dan berfungsi untuk mengatur laju metabolisme tubuh, sekaligus pertumbuhan dan perkembangan (Mahrous, Gendy, & Abd-Elaziz, 2021). Peran tiroid pada manusia adalah memproduksi hormon tiroid yang disekresikan ke dalam darah, kemudian dibawa ke setiap jaringan di dalam tubuh (American Thyroid Association, 2019). Hormon utama yang disekresikan adalah hormon tiroksin atau dikenal juga dengan tetraiodotironin (T4) karena mengandung 4 atom iodin (American Thyroid Association, 2019). Dua hormon lainnya yang dihasilkan oleh kelenjar tiroid adalah triiodotironin (T3) dan *thyroid-stimulating-hormone* (TSH). Secara klinis, seseorang dengan hipertiroid biasanya menunjukkan kadar hormon T4 dan/atau T3 yang tinggi dan kadar TSH yang rendah (American Thyroid Association, 2023). Sebaliknya, secara klinis orang dengan hipotiroid justru memiliki kadar TSH yang tinggi secara abnormal karena kelenjar tiroid memproduksi lebih kelenjar T4 akibat tidak adanya kelenjar T4 dalam darah (American Thyroid Association, 2017). Ketika kelenjar tiroid tidak berfungsi sebagaimana mestinya, hal ini dapat menyebabkan gangguan tiroid yang dapat berdampak bagi fisik maupun psikologis individu tersebut. Gangguan tiroid berdampak pada keberfungsian tiroid itu sendiri. Kelenjar tiroid yang memproduksi terlalu banyak hormon tiroid disebut hipertiroid (American Thyroid Association, 2023), sebaliknya hipotiroid adalah kondisi kelenjar tiroid yang kurang aktif (American Thyroid Association, 2019). Di Indonesia, orang-orang dengan gangguan tiroid memiliki perkumpulan yang dinamakan Pita Tosca, mereka sepakat untuk menyebut penderita gangguan tiroid sebagai 'pejuang tiroid' (Pita Tosca, 2018).

Dinamika fisiologis dan psikologis yang terjadi pada individu dengan hipertiroid dengan hipotiroid cukup berbeda. Individu dengan hipertiroid memiliki gejala fisik seperti keringat yang berlebihan, kurangnya toleransi pada rasa panas, penurunan berat badan disertai meningkatnya nafsu makan, efek psikologis seperti sensitif/mudah marah, adanya saraf simpatis yang bekerja lebih, hiperaktivitas pada kelompok usia muda, dan gejala kardiovaskular serta penurunan berat badan pada kelompok usia tua (The Indonesian Society of Endocrinology, 2012). Jika orang dengan hipertiroid digambarkan sebagai orang yang sangat reaktif, orang dengan hipotiroid menunjukkan gejala diantaranya kurang berenergi; penambahan berat badan ringan dan sulit untuk diturunkan; kulit kering dan gatal; serta tidak resisten terhadap rasa dingin (American Thyroid Association, 2019). Penurunan energi, aktivitas, dan nafsu makan juga diikuti dengan gangguan psikologis seperti sensitif/mudah marah, muncul atau bertambahnya gejala depresi, serta masalah pada memori dan proses berpikir yang lambat (American Thyroid Association, 2019).

Menurut studi yang dilakukan pada populasi di Bandung, Indonesia, kualitas hidup seseorang terutama dalam aspek fisik, psikologis, dan lingkungan dapat memprediksi kebahagiaan serta kepuasan hidup, sementara aspek sosial tidak (Novianti, Wungu, & Purba, 2020). Studi tersebut juga menyebutkan bahwa fungsi fisik dan psikologis yang optimal merupakan persyaratan penting dalam keberlangsungan lingkungan sosial. Oleh karena itu, individu yang memiliki hambatan pada aspek fisik tertentu akan

berpengaruh pula pada kualitas hidupnya, tidak terkecuali individu dengan gangguan tiroid. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa seseorang dengan hipotiroid maupun hipertiroid memiliki skor QoL (*Quality of Life*) yang relatif rendah. Namun orang dengan hipertiroid memiliki skor yang lebih rendah pada hampir semua subskala, utamanya pada komponen fisik. Sementara orang dengan hipotiroid memiliki lebih banyak kendala di aspek mental (Fanaei dkk., 2022).

Studi mengenai gangguan tiroid di Indonesia dengan fokus kualitas hidup cukup banyak, terutama dalam bentuk pemodelan kuantitatif. Tingginya kasus gangguan tiroid di Indonesia dan dampaknya yang signifikan terhadap fisiologis serta psikologis, menjadikan tingkat QoL penyandang tiroid lebih rendah jika dibandingkan dengan populasi *euthyroid*. Hal tersebut mendorong perlunya pemahaman yang lebih komprehensif mengenai kualitas hidup individu dengan hipertiroid dan hipotiroid. Gangguan tiroid berkaitan erat dengan suasana hati seseorang, seperti depresi dan kecemasan yang dapat muncul dikarenakan rendahnya hormon T3 (Lekurwale dkk., 2023), serta berdampak pada kualitas hidup mereka. Perbedaan dinamika yang dialami oleh kedua kelompok ini juga menjadi faktor penting untuk menggali gambaran perbandingan secara umum berkaitan dengan kualitas hidup di antara keduanya, dengan latar belakang budaya dan lingkungan di Indonesia. Gambaran ini diharapkan dapat membantu penanganan yang lebih tepat dengan menyesuaikan dinamika psikologis yang dimiliki oleh masing-masing kelompok populasi penelitian sehingga dapat dilakukan juga tindakan promotif terhadap QoL. Adapun eksplorasi secara mendalam terhadap pengalaman individu dengan gangguan tiroid dalam memaknai kualitas hidup belum ada hingga saat ini. Padahal pengalaman pemaknaan terhadap kualitas hidup pada individu dengan gangguan tiroid ini penting sehingga kita dapat lebih memahami pola dan dinamika yang terjadi antara kedua kelompok serta mengidentifikasi seperti apa karakteristik kualitas hidup di masing-masing kelompok.

Berdasarkan pemaparan di atas, penelitian ini bertujuan untuk membandingkan antara kedua kelompok, hipertiroid dan hipotiroid, apakah terdapat perbedaan pemaknaan kualitas hidup antara kedua kelompok tersebut. Hasil yang diharapkan adalah gambaran yang lebih komprehensif mengenai dinamika kualitas hidup antar kedua kelompok tersebut. Berikut rumusan pertanyaan penelitian ini.

1. Bagaimana pemaknaan kualitas hidup individu dengan gangguan tiroid antara kelompok partisipan?
2. Apa saja hal-hal yang menjadi kesamaan maupun perbedaan terhadap pemaknaan kualitas hidup sebagai individu dengan gangguan tiroid antara kedua kelompok partisipan?

METODE

Desain Penelitian

Studi ini menggunakan desain penelitian kualitatif komparatif yaitu QCA (*Qualitative Comparative Analysis*) dengan membandingkan hasil kedua kelompok sampel penelitian, yaitu individu dengan hipertiroid dan hipotiroid. QCA bertujuan untuk mengevaluasi berbagai kombinasi dari faktor penjelas (*explanatory*) dari sebuah kondisi yang menjelaskan suatu keberadaan, atau sebaliknya ketidakhadiran hasil dari fenomena tertentu (Smela, 2021). Fungsi QCA pada bidang kesehatan adalah sebagai pengidentifikasi, pengembangan, dan pemberian pelayanan yang spesifik kepada pasien juga *caregiver* (Lindsay, 2018), serta untuk mengidentifikasi kelompok dengan risiko tinggi supaya penanganan yang diberikan sesuai. QCA bagi peneliti dapat membantu untuk memahami pengalaman serta proses di dalamnya yang bervariasi antar kelompok (Lindsay, 2018). Desain QCA membantu melihat gambaran yang lebih komprehensif apakah ada perbedaan dari pemaknaan masing-masing kelompok penelitian terhadap kualitas hidup.

Partisipan

Rentang usia partisipan penelitian ini 18 – 60 tahun, serta memiliki riwayat diagnosis hipotiroid atau hipertiroid. Partisipan dewasa dipilih karena gangguan tiroid pada kelompok ini membutuhkan usaha lebih dalam mencapai kualitas hidup yang diharapkan. Menurut Santrock (2014), ketika masa dewasa, peristiwa hidup yang baru (seperti pernikahan, perceraian, pekerjaan baru, kelahiran anak, dan lain sebagainya) dapat memengaruhi perkembangan dewasa tersebut. Tidak hanya peristiwa hidup, tetapi perkembangan dewasa juga saling berkaitan dengan faktor-faktor mediasi seperti kesehatan fisik, kepribadian, dan dukungan sosial dari keluarga sehingga terjadi proses adaptasi dalam menghadapi perubahan. Dengan demikian, partisipan dewasa yang memiliki riwayat hipertiroid dan hipotiroid dipilih karena karakteristik perkembangan yang semakin kompleks, terutama dengan adanya gejala hipertiroid ataupun hipotiroid yang dapat memengaruhi perkembangan dewasa tersebut. Sejumlah empat partisipan bersedia untuk ikut serta dalam penelitian ini. Tiga partisipan diwawancarai melalui Zoom Meeting, satu partisipan melalui WhatsApp Video Call dan dilakukan perekaman dengan persetujuan partisipan. Panduan pertanyaan untuk sesi wawancara dikembangkan dari alat ukur WHOQOL-BREF versi Indonesia mencakup dimensi kesehatan fisik, psikologis, relasi sosial, dan lingkungan. Demografi individu dengan gangguan tiroid dijelaskan lebih lanjut pada Tabel 1.

Tabel 1. Demografi Partisipan

Riwayat Tiroid	Jenis Kelamin	Usia	Status Pernikahan	Pendidikan Terakhir & Pekerjaan	Catatan Khusus
P1. Hipertiroid	Perempuan	28	Menikah	S1, Guru SD	Ada <i>suicidal ideation</i> ketika terdiagnosis hipertiroid
P2. Gejala Hipertiroid (kategori normal/ <i>euthyroid</i> , namun cenderung hipertiroid)	Perempuan	30	Lajang	S1, PNS	Ada diagnosis " <i>Disease/Illness Anxiety Disorder</i> " dari psikiater
P3. Hipotiroid	Perempuan	38	Menikah	SMU, Ibu rumah tangga	Perawatan intensif untuk hipokalsemia efek dari hipotiroid
P4. Hipotiroid	Perempuan	26	Lajang	S1, Karyawan swasta	Ada diagnosis bipolar dan OCD dari psikiater, ada riwayat <i>suicide attempt</i>

Strategi Pengumpulan Data

Peneliti mencari dan menghubungi partisipan melalui Twitter dengan *keyword* hipertiroid dan hipotiroid di kolom pencarian, serta merekrut partisipan via kolom komentar pada unggahan bertema hipotiroid di Instagram @pitasca (komunitas pejuang tiroid di Indonesia), dengan menyebarkan *flyer* kepada populasi yang dituju mengenai informasi pencarian partisipan penelitian dan penjelasan singkat terkait penelitian. Partisipan yang bersedia, kami pastikan untuk membaca dan mengisi *informed consent*. Hal-hal yang tercantum dalam *informed consent* sesuai dengan kaidah APA, yakni penjelasan mengenai prosedur, tujuan, hak partisipan, risiko partisipan, kerahasiaan data, serta kontak peneliti. Apabila sudah menandatangani *informed consent*, peneliti kemudian melakukan wawancara dengan partisipan sesuai jadwal yang sudah disepakati.

Partisipan pertama diwawancarai pada 26 Mei 2023, partisipan kedua pada 29 Mei 2023, serta partisipan ketiga dan keempat pada 30 Mei 2023 di waktu yang berbeda dengan durasi kurang lebih 60 menit. Keabsahan penelitian ini dilakukan dengan triangulasi data, antara teori tentang gejala yang dialami oleh orang gangguan tiroid dengan hasil studi kuantitatif sebelumnya terkait QoL pada individu dengan gangguan tiroid. Hasil wawancara yang diperoleh selanjutnya dibahas bersama dengan dosen pembimbing untuk memastikan data sesuai dengan tujuan penelitian, kajian teoretis, dan panduan wawancara yang digunakan.

Analisis Data

Pengambilan data dilakukan dengan wawancara semiterstruktur dengan analisis pendekatan tematik. Analisis tematik adalah sebuah metode untuk mengidentifikasi, menganalisis, dan membentuk pola (tema) di dalam sebuah data (Braun & Clarke, 2006). Analisis yang dilakukan dengan pendekatan deduktif (*top-down*) serta tinjauan pustaka yang dilakukan untuk merancang pertanyaan penelitian, menjadi titik awal untuk menganalisis data yang dikaitkan dengan tema (Dawadi, 2020). Proses analisis tematik dalam penelitian ini mengacu kepada Braun dan Clarke (2006) dengan analisis tematik deduktif berbentuk QCA. Kode awal disusun dari transkrip verbatim antara kedua kelompok partisipan mengacu dari empat dimensi WHOQOL-BREF. Kode unik di luar empat dimensi tersebut kemudian diberi kode "QoL". Proses berikutnya adalah pencarian dan analisis tema, dengan melihat dinamika perbedaan serta persamaan antar partisipan hingga menyusun laporan akhir.

HASIL PENELITIAN

Hasil dari penelitian ini terdiri dari lima tema. Berikut penjabaran rincian temuan pengalaman makna kualitas hidup pada kedua kelompok.

Kesehatan fisik: Perjuangan untuk bangun dan tidur

Salah satu aspek pada kesehatan fisik adalah kapasitas energi dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan juga kualitas tidur. Baik individu dengan hipertiroid maupun hipotiroid sama-sama berjuang untuk mendapatkan tidur berkualitas dan bangun dengan penuh energi. Gejala fisik yang memengaruhi energi individu dengan hipertiroid salah satunya adalah mudah lelah, seperti yang disampaikan oleh P1, "Hanya saja, dampaknya pada energi jadi mudah lelah. Sedikit bergerak jadi lelah, dan akhirnya bermalasan-malasan. Dicap pemalas zaman dulu. Padahal, kita bukan malas. Contohnya, lihat jalanan menanjak rasanya sudah menngis, karena nafas tersengal-sengal, lelah sekali" (P103, 2023).

Sebaliknya, pada partisipan hipertiroid yang kedua justru memiliki energi yang cukup. Ketika ia merasa *overthinking*, maka hal tersebut justru membantunya untuk produktif. P2 mengatakan:

Aktivitas kerja biasa saja, hanya saja kalau berpikir terlalu berlebihan, saya orang yang tidak bisa diam (*iplik*). Ada saja yang saya kerjakan selama di kos. Menata, membersihkan kulkas, merapikan dokumen yang tidak terpakai kalau saya sedang berpikir berlebihan. Syukur kepada Tuhan, energi cukup untuk beraktivitas. (P204C, 2023)

Memiliki energi yang cukup agar dapat berfungsi dengan baik dan produktif menjadi dambaan setiap orang. Pada individu dengan hipotiroid, tampaknya hal ini membutuhkan usaha lebih. Riwayat diagnosis sedikit banyak memengaruhi energi mereka. P3 menyebutkan bahwa intensitas aktivitas yang berlebihan menimbulkan gejala fisik, seperti yang disampaikan:

Aktivitas sehari-hari sama Mbak, hanya saja kalau beraktivitas tidak selesai-selesai. Rasanya seperti mengawang. Mengawang itu seperti berbayang, badan jatuh (*drop*), takut pingsan. Pegang

barang yang terlalu kecil seperti mengupas bawang itu terasa, Mbak. Terasa kram, dan yang paling parah memecahkan barang pecah belah, itu lepas tidak terasa. (P304C, 2023)

Perubahan yang paling nyata dirasakan oleh P4 dengan adanya riwayat diagnosis hipotiroid adalah proses kognitifnya.

Kalau yang saya rasakan, jadi agak susah konsentrasi. Mungkin hubungannya dengan energi yang sedikit. Saya juga mudah lupa. Kadang-kadang terlintas seperti aku sedang mendengarkan apa? Aku sedang apa? Aku mau melakukan apa? Konsentrasi juga terasa dampaknya, apalagi saya didiagnosis hipotiroid saat sedang masuk kuliah, jadi dampaknya terasa dari cara belajar, dan lain sebagainya. (P404C, 2023)

Tidak hanya pada saat beraktivitas, ketika hendak tidur pun mereka menemui kesusahan. Terlepas dari apakah kualitas tidur tersebut benar dipengaruhi oleh adanya riwayat tiroid atau tidak, keempat partisipan memiliki kesamaan: kualitas tidur mereka sedikit banyak terganggu. P1 dengan riwayat hipertiroid menceritakan:

Saya tidak melacak kualitas tidur saya seperti apa, karena saat saya sekolah tidak mengerti pentingnya kualitas tidur. Tidur seperti sesukanya kita. Kalau susah tidur, sepertinya saya perhatikan sering sekali saya merasa kaki pegal-pegal saat malam. Akibatnya, saya terbangun dari tidur sepertinya karena pegal-pegal itu. Padahal, saya juga sedang tidak melakukan apa-apa, tapi sekarang hal itu sudah tidak pernah terjadi. (P104B, 2023)

P2 dengan riwayat gejala hipertiroid menyampaikan bahwa kurangnya toleransi pada panas, sama seperti ciri-ciri orang hipertiroid pada umumnya, membuatnya sulit tidur.

Nah, mungkin saya akan cerita lagi ke dokter saya, karena rasanya saya merasakan seperti dulu waktu di rumah belum tertangani. Setiap jam 1 malam, saya bangun dan tidur di bawah karena saya tidak tahan panas. Selain merasa panas, tidur juga jadi tidak teratur. Saya baru bisa tidur jam 11 ke atas, tetapi jam 1 terbangun. Hampir dua minggu, satu minggu ini saya tidur, kalau jam 1 terbangun saya akan tidur ke bawah lalu jam 4 kembali pindah ke atas. (P204B, 2023)

Perjuangan untuk mulai tertidur pulas sungguh membutuhkan usaha, terutama ketika ia baru melahirkan seorang anak seperti yang disebutkan oleh P3:

Tidur memang susah, Mbak. Jadi untuk mengawali tidur susah sekali. Tidur setelahnya pulas. Masa gelisah itu tiba-tiba ada, tidak tahu kenapa. Katanya, kalau habis melahirkan tidak boleh tidur pagi, ya? Kalau almarhum ibu saya tidak masalah dengan hal itu. Beliau berkata mumpung kamu bisa tidur, tidur. Sampai seperti itu. (P304B, 2023)

Obat dan vitamin ternyata berperan penting dalam merasa nyaman saat tidur pada individu dengan hipotiroid (P3). "Kualitas tidur mungkin masih di taraf 7 ya Mbak, belum sampai 10. Tidur nyenyak itu ketika saya sudah diinfus, ditambah dengan vitamin dari infus, itu paling nyaman" (P304B, 2023).

Manusia tidur untuk memulihkan energinya setelah beraktivitas, namun tidur justru tetap membuat P4 lelah. Obat dari psikiater berkaitan dengan riwayat kejiwaan yang dimilikinya, ternyata membantunya untuk mendapatkan tidur yang lebih berkualitas.

"Dulu saya tidak bisa tidur nyenyak. Saya lelah, tapi tidak bisa tidur. Semalam bisa terbangun beberapa kali. Atau sebaliknya, saya tidur belasan jam, tapi tetap merasa lelah. Seperti tidur di mobil, tidur ayam. Tidur, namun rasanya tidak seperti tidur, paham kan? Sekarang tidak merasakan lagi kualitas tidur yang seperti itu karena sudah konsumsi obat dari psikiater." (P404B, 2023).

Psikologis: Gejala Mental sebagai Individu dengan Gangguan Tiroid

Aspek psikologis salah satunya dalam WHOQOL-BREF meliputi citra diri dan juga perasaan positif maupun negatif. Beragam gejala terjadi pada partisipan. Bagi P1, gejala psikologis menjadi dampak hipertiroid yang paling dominan. Seperti ciri-ciri hipertiroid, P1 menyatakan bahwa perubahan suasana hati (*mood-swing*) merupakan aspek yang nyata.

Ya suasana hati berubah, marah-marah, menangis, sedang ngobrol dengan teman-teman, rasanya antusias sekali dan rasanya tertawa saya berlebihan sekali. Kalau lagi marah juga marah sekali, begitu juga kalau menangis. Nangis sampai lempar-lempar bantal. Kalau sudah, rasanya tidak mengerti kenapa emosi saya seperti ini. Apalagi kalau sudah berhubungan dengan orang-orang terdekat. Takut menyakiti orang lain. Saya suka meminta suami untuk memaafkan saya kalau tiba-tiba marah, karena saya sendiri tidak sadar tiba-tiba seperti itu. (P105C, 2023)

Pada P2 lebih didominasi oleh bagaimana ia tumbuh menjadi pribadi yang *overthinking* dan cemas. "Lebih banyak cemasnya, *Teh*. Perasaan negatif masih cenderung dominan. Misalnya, keluarga kalau ada apa-apa cerita ke saya setelah kejadian itu lewat, agar saya tidak terbawa pikiran" (P205C, 2023).

Individu dengan hipotiroid menyebutkan gejala psikologis yang memang secara umum menyertai mereka. Karakteristik rendah tidak hanya ada pada energi, namun juga pada dinamika psikologis mereka. Emosi yang dihadapi juga memengaruhi ukuran tiroid. P3 menjadi individu yang lebih sensitif dengan riwayat hipotiroid, seperti yang disampaikan.

Untuk kesedihan, jujur, efek dari hipotiroid ini, perkataan atau omongan itu membuat saya sensitif. Kok seperti ini ya. Mungkin efek dari sakit ini, yang tidak tahu kapan selesainya. Terkadang omongan orang menjerumus ke hati, mengapa sampai begitu perkataannya. Kalau sudah marah, tidak berhenti-henti. Ketika emosi saya tidak bisa stabil, tiroid saya terlihat membesar kalau dilihat dari leher. Kalau saya tersinggung, saya tidak bisa marah. Tersinggungnya hanya saya pendam. Saya terlalu bawa perasaan, Mbak. (P305C, 2023)

Di satu sisi, ia menyebutkan juga bahwa sensitif tersebut juga termasuk pada konteks bahwa ia mudah terharu.

Jadi saya merasa ketika ada orang-orang di sekeliling yang mendukung, memberi semangat, saya merasa terharu. Memang pada dasarnya cengeng sebenarnya. Lihat hal-hal yang tidak perlu saya tangisi, seperti saya yang suka kucing kalau lihat kucing di jalan yang cacat, pasti nanti saya menangis. Mudah sedih memang. (P305C, 2023)

Suasana hati yang negatif (*low mood*) dan kompleks juga dirasakan oleh P4. Meski demikian, ia tidak tahu apakah gejala psikologisnya karena efek tiroid atau riwayat bipolar, terutama P4 menyampaikan ia dominan dengan episode depresi. Gejala psikologis hipotiroid dan bipolar memiliki kemiripan dan dapat saling bersinggungan.

Saya tidak tahu efek psikologisnya apa, karena seperti yang saya bilang, saya ada depresi. Jadi saya tidak tahu apakah ini karena gangguan tiroid, atau karena depresinya. Saya suka cemas, sedih dan serangan panik juga. Kamu paham kan, rasanya juga tiba-tiba bisa merasa terpisah (*dissociate*). Badan di sini, tetapi pikiran tidak di sini. Jadi tidak benar-benar di sini sekarang rasanya. Seperti saya bisa dengar, saya juga bisa lihat, tapi sebenarnya saya sedang tidak ada di sini. Selain itu, rendah diri juga yang dirasakan, lebih kurang. (P405C, 2023)

Relasi Sosial: Dukungan Berkualitas untuk Hidup yang Berkualitas

Secara umum, seluruh partisipan merasa cukup puas hingga sangat puas dengan dukungan sosial yang didapatkan dengan relasi lingkungan sekitarnya, baik dari keluarga, teman, ataupun lingkungan kerja. Keempat partisipan menyebutkan dukungan sosial sebagai faktor yang paling memengaruhi kualitas hidup mereka saat ini dan berperan positif, terlepas dari adanya faktor-faktor lain yang juga disebutkan.

P1 menyebutkan bahwa ia sangat puas dengan dukungan sosial yang ia dapatkan, meski ia tidak suka dengan gaya pertemanan yang ada.

Saya sangat puas dengan dukungan dari lingkungan sekitar karena membantu memotivasi saya untuk keluar dari posisi terendah dalam hidup saya. Walaupun konotasi pandangan saya terhadap mereka buruk karena kenakalan mereka semasa SMA, sebenarnya dukungan mereka yang membantu saya untuk keluar dari situ. Makanya, sampai sekarang, walaupun pandangan saya terhadap mereka buruk, saya tetap berteman, pergi keluar bersama dengan mereka. (P106, 2023)

P2 setuju bahwa secara umum ia puas dengan dukungan yang didapatkan, dan dukungan tersebut juga berdampak kepada adanya pemahaman terhadap kondisinya. Meski demikian, pikiran negatif ada kalanya menyertai. Perasaan tersebut menurutnya muncul ketika dosis obat diturunkan.

Kalau dengan keluarga, puji syukur (alhamdulillah) nyaman ya Teh, tetapi kemarin saya sempat berpikiran negatif. Kok ibu saya seperti ini. Saya coba pahami, saya kemudian berpikir mengapa saya berpikiran negatif pada ibu saya, padahal ibu saya sudah kasih banyak hal berlimpah tetapi saya begini. Setelah saya cermati lagi, perasaan itu muncul ketika kemarin di hari Minggu saya mencoba obat dosisnya lima. (P206, 2023)

Teman-teman sedikit lebih memahami saya, maksudnya baik-baik saja. Ketika saya yoga, mereka sudah tahu saya autoimun sehingga saya tidak dipaksa gerakan yang susah-susah. Keluarga saya juga memahami, contohnya bilang "Kamu tidak usah capek-capek untuk cuci sendiri". Mereka lebih memahami. (P206,2023)

Dukungan yang membuat hidup lebih bersemangat dirasakan oleh P3. Dukungan sosial menjadi suntikan untuk individu dengan hipotiroid yang diwarnai oleh "*low mood, low energy*". Ia merasa bahwa dukungan dari teman dan juga keluarga inti sangat ia rasakan. Di sisi lain, P3 mendapatkan kata-kata yang kurang menyenangkan dari lingkungan keluarga besarnya.

Saya malah merasa kebanyakan dukungan lebih didapat dari teman, Mbak. Kalau dari keluarga, mungkin malah seperti "Kapan sih sembuhnya?", itu bagi saya menyakitkan hati. Suami juga mendukung. Teman di lingkungan rumah, waktu kerja juga dulu ada, termasuk ibu guru dari anak saya juga mendukung. Saya tidak bisa bahagia kalau tidak ada yang mendukung dari belakang. (P306, 2023)

Saya memang merasakan dukungan itu yang bikin saya semangat. Jadi ketika didukung, saya merasa iya, saya tidak seperti ini, saya bisa bangkit. (P305D, 2023)

P4 juga merasa cukup puas dengan dukungan dari keluarga dan teman. Di sisi lain, ia juga sempat mendapat komentar yang tidak menyenangkan dari salah satu lingkungan pertemanannya. Ia berharap diperlakukan biasa saja sehingga tidak terlihat sakit dan berbeda, sekaligus menjaga komentar mereka berkenaan dengan gejala fisik yang dirasakan individu dengan hipotiroid. Ia juga ingin kakak-kakaknya dapat lebih memahami gejala depresi yang ia tampakkan.

Cukup puas dengan dukungan ada. Keluarga mau merawat saya karena tahu saya depresi, tetapi di sisi lain mereka tidak suka kalau saya memperlihatkan gejala depresi. Seakan-akan bisa memilih, mana gejala yang bisa mereka toleransi, mana yang tidak. (P406,2023)
Sama, saya berharap orang-orang lebih menjaga komentar. "Kamu kenapa sih gendut?". Bahkan pernah ada yang menyarankan saya untuk setelah makan dimuntahkan saja. (P406, 2023)
Dukungan dari teman-teman oke sih, meski saya tidak memberi tahu ke semua teman-teman saya perihal kondisi saya. Biasanya teman yang baru tahu kondisi saya, mereka lebih perhatian sih. Saya suka kalau saya diperlakukan biasa saja, jadi tidak perlu diperlakukan seperti orang yang sering atau banyak sakit. Rasanya saya jadi beda dengan orang lain. (P406, 2023)

Lingkungan: Kebebasan Memilih sebagai Individu dengan Gangguan Tiroid dengan Status Ekonomi Cukup

Ada beberapa faktor dari lingkungan yang memengaruhi kualitas hidup seseorang, seperti yang termuat dalam WHOQOL-BREF. Beberapa faktor tersebut diantaranya adalah sumber finansial, kebebasan—rasa aman, akses dan kualitas terhadap fasilitas kesehatan dan sosial, serta lingkungan rumah. Keseluruhan faktor tersebut menjadi area tempat individu dengan gangguan tiroid bertumbuh dan bekal untuk kualitas hidup yang lebih baik.

Secara finansial, keseluruhan partisipan dapat membiayai perawatan diri mereka sebagai individu dengan gangguan tiroid. Para partisipan merasa cukup dan bersyukur secara umum terkait kondisi finansial mereka. Di satu sisi, P1 sempat merasa bersalah sempat membebani finansial orang lain saat ia terdiagnosis tiroid.

Kalau dari segi finansial, kebetulan saya terdiagnosis sakit waktu masih muda, artinya masih tanggungan orang lain dan saya tidak tahu apakah finansial sulit saat itu atau tidak. Hanya saja, yang pasti saya merasa tidak enak, merasa bersalah karena menambah beban hidup. Apalagi kan, saya tinggal dengan nenek, jadi merasa bersalah, pasti membebani. Saat ini saya membiayai dengan dana sendiri. (P107A, 2023)

Lingkungan tempat tinggal berperan terhadap kualitas hidup dan kepuasan partisipan. Hal ini juga berkaitan dengan akses kesehatan, transportasi, dan juga budaya lingkungan sekitar.

P2 menyebutkan bahwa ia sangat bersyukur karena mendapatkan penempatan kerja di Jawa Barat. Kemudahan akses kesehatan dan transportasi menjadi faktor kepuasan terhadap lingkungan tempat tinggal.

Puji syukur (alhamdulillah) puas. Saya bersyukur sekali dengan penempatan PNS di Jawa Barat, karena di sini lebih maju dari Jawa Tengah. Contoh, saya di Pati, kalau mau berobat ke Semarang, transportasi juga sulit. Saya bukan bermaksud membandingkan atau adu nasib, tapi kalau melihat teman-teman yang di luar Jawa itu kasihan. Mereka harus menempuh perjalanan yang lebih lama dari saya untuk berobat. (P207B, 2023)

P3 juga merasakan kenyamanan tinggal di lingkungan saat ini, terutama area lingkungan rumah saat ini terbilang bagus dan tetangga juga memberikan dukungan sosial. Pasangan dan anak dari P3 juga bekerja sama dengan tetangga untuk merawatnya, terutama ketika terjadi hal yang tidak terduga.

Sudah puas tinggal disini. Waktu sebelum tinggal disini memang mengganggu sih. Jadi saya kalau suasana ramai sedikit sudah tidak bisa istirahat. Kebetulan tempat tinggal saya yang dulu ramai, misal ada tetangga bertengkar hebat, saya ikut takut dan gemetar (tremor). Kalau sekarang, tetangga yang sudah tahu kondisi saya biasanya memahami takut saya kumat, jadi bisa lebih meredam suara dan menjaga suasana lebih tenang. (P307C, 2023)

Tetangga disini juga sudah tidak bingung. Kalau saya sedang kumat dan tidak ada orang di rumah, tetangga sudah diinstruksikan untuk menelepon dan memberikan kotak kesehatan saya ke dokter. (P304A, 2023)

Akses transportasi dan kedekatan dengan keluarga dan teman juga menjadi faktor penentu kualitas hidup, seperti yang terjadi pada P4 yang saat ini bekerja merantau. "Tidak puas, karena Kudus aksesnya sulit, tidak ada stasiun dan bandara. Itu saja sebenarnya. Saya lebih pilih tinggal di daerah asal saya, Jakarta, karena keluarga dan teman-teman disana" (P407C, 2023).

Penerimaan dan Pemaknaan Skala Berkaitan dengan Kualitas Hidup

Dinamika fisiologis dan psikologis serta penanganan antar partisipan cukup beragam, mengingat setiap partisipan bahkan dengan diagnosis yang sama (mis. kelompok hipotiroid) pun juga dapat berbeda. Gejala psikologis yang muncul pada setiap individu dengan gangguan tiroid juga beragam dan naik-turun, namun secara umum mereka memiliki penerimaan diri terhadap kondisi diri yang ada dan hal tersebut didukung oleh aspek lainnya dari kualitas hidup yang cenderung baik.

Dari skala 1 – 10, P2 menyebutkan bahwa ia memaknai kualitas hidupnya pada angka 8,5 – 9, meskipun hingga saat ini gejala *overthinking* masih mewarnai. "Puji syukur (alhamdulillah) kualitas hidup lumayan. Kalau dikasih jangkauan (*range*), lumayan lah, dari 8,5 sampai 9. Hal yang ingin saya tingkatkan pertama adalah manajemen stres agar lebih terkontrol. Kedua adalah pola tidur, pola hidup" (P2QoL, 2023).

Pada kelompok hipotiroid, P4 menyebutkan bahwa kualitas hidupnya berada di angka 7. Meski kualitas hidupnya 7, ia memberi jawaban 4 – 5 untuk memaknai sejauh mana ia menikmati hidupnya. Hidup yang berkualitas menurut P4 belum tentu membuatnya menikmati hidup.

Saya tidak menikmati hidup sejujurnya. Kalau diberi jangkauan, mungkin tingkat menikmati hidup saya ada di skor 5 atau 4, namun sekarang sudah lebih baik. Saya kasih angka tersebut karena merasa capek hidup. Kalau ada pilihan dimana melanjutkan hidup dan mati tanpa rasa sakit, sepertinya saya akan memilih mati. Namun, karena tidak ada pilihan jadi saya menjalani saja hidup ini. (P4QoL, 2023)

Kalau kualitas hidup saya beri skor 7, berbeda dengan tadi lebih ke kemauan hidup (*will do to live*) kan? Kualitas hidup saya 7 karena sebenarnya di atas kertas (*on paper*), hidup saya oke-oke saja dari luar. Saya sendiri memang merasa kualitas hidup saya di angka 7, dan saya merasa oke dengan hal tersebut. Saya berani mengatakan kualitas hidup saya 7, karena dari aspek pekerjaan saya juga lumayan mapan dan stabil secara finansial. Jadi, kualitas hidup sudah oke hanya saja motivasi hidup yang perlu ditingkatkan. (P4QoL, 2023)

DISKUSI

Dinamika fisiologis, psikologis, dan perawatan pada individu dengan hipertiroid serta hipotiroid berbeda. Pada penelitian kuantitatif sebelumnya, kualitas hidup orang dengan hipertiroid dan hipotiroid lebih rendah daripada populasi umum (Fanaei dkk., 2022). Hipotiroid seringkali diidentifikasi dengan gejala kecemasan dan depresi. Beberapa studi menyebutkan bahwa hal ini kemungkinan terjadi karena kenaikan hormon TSH yang berpotensi memunculkan risiko bunuh diri (Nuguru dkk., 2022), selaras dengan gejala umum pada individu dengan hipotiroid yang memiliki kadar TSH meningkat. Meski kecemasan dan depresi lebih sering dikaitkan pada individu dengan hipotiroid yang cenderung *low mood*, sebuah studi menyebutkan bahwa depresi dan hipertiroid memiliki hubungan yang signifikan, disertai tingkat kepercayaan yang rendah (Gunes, 2020).

Secara umum, hasil penelitian ini menunjukkan tidak ada perbedaan yang menonjol terhadap tingkat kualitas hidup baik pada individu dengan hipertiroid maupun hipotiroid. Masing-masing partisipan memiliki dinamika dan perjuangannya sendiri dengan respons psikologis yang beragam. Kesamaan yang terlihat dari tiap partisipan ini adalah adanya respons penerimaan diri setelah berjuang dalam menghadapi dinamika fisiologis dan psikologis ketika menghadapi gangguan tiroid dan adanya aspek-aspek dalam kualitas hidup yang ingin ditingkatkan lagi. Perbedaan yang terlihat dalam penelitian ini adalah penyebab atau pemicu dari terganggunya aspek dalam kualitas hidup, antara individu dengan hipertiroid dan hipotiroid. Misalnya, pada individu dengan hipertiroid tidur terganggu disebabkan karena intoleransi terhadap rasa panas, sementara pada individu dengan hipotiroid tidur tidak dapat menghilangkan rasa lelah ketika bangun tidur.

Dukungan sosial dan lingkungan berperan penting pada kualitas hidup seseorang. Adanya dukungan emosional dapat membantu seseorang untuk mendapatkan proses coping yang adaptif, menumbuhkan *sense of importance*, membuat mereka merasa berarti bagi orang lain dan berhak sembuh, meskipun penyakit kronis yang dialami menjadi sumber utama stres (Kollerits, Zsila, & Matuszka, 2023). Hal inilah yang kemudian meningkatkan kualitas hidup terutama pada individu dengan gangguan tiroid. Keempat partisipan penelitian juga memiliki kesamaan bahwa faktor yang paling berpengaruh terhadap kualitas hidup mereka saat ini adalah adanya dukungan sosial, dengan faktor-faktor lain yang juga menyertai. Dukungan yang berkualitas meningkatkan kualitas hidup. Hal ini juga berkaitan dengan pemenuhan tugas perkembangan Erikson pada kelompok usia partisipan penelitian ini (21 – 39 tahun), yakni *intimacy vs isolation*.

Kualitas hidup individu dengan gangguan tiroid juga dipengaruhi dengan kondisi komorbid (Kollerits, Zsila, & Matuszka, 2023). Pada individu dengan gangguan hipotiroid, kondisi komorbid dapat berupa kanker tiroid, anemia, defisit vitamin B12, dan lain sebagainya. Sementara pada individu dengan hipertiroid disertai dengan gangguan *mood* dan penurunan kualitas hidup pada dewasa (Kollerits, Zsila, & Matuszka, 2023). Pada partisipan dengan hipotiroid juga ditemukan bipolar, yang mana bipolar justru lebih sering diasosiasikan dengan hipertiroid. Meski demikian, beberapa kasus penelitian juga menemukan adanya kondisi mania pada hipotiroid kategori berat (Lekurwale dkk., 2023). Pada partisipan dengan gejala hipertiroid (remisi normal), riwayat diagnosis komorbid antara lain *illness anxiety disorder* dan *suicidal ideation*. Hal ini sejalan dengan penelitian Paschke dkk. (1990), bahwa kecemasan cenderung muncul pada pasien hipertiroid dengan status *euthyroid*/tiroid normal (Mandincová, 2012). Kondisi komorbid tersebut bersinggungan dengan gejala psikologis dari masing-masing kelompok gangguan tiroid. Komorbid yang muncul belum tentu sejalan dengan karakteristik gejala psikologis dari gangguan tiroid yang dimilikikarena adanya potensi faktor-faktor lain di luar gejala fisik yang memengaruhi.

Kualitas hidup yang baik juga didukung oleh kondisi lingkungan. Penelitian menyebutkan individu dengan HRQoL (*Health-related Quality of Life*) yang buruk adalah individu yang tidak dapat memiliki akses ke fasilitas kesehatan (Pope dkk., 2022). Terkait hal ini, seluruh partisipan dari masing-masing kelompok memiliki akses memadai terhadap kesehatan dan kondisi finansial yang cukup. Salah satu partisipan hipotiroid memiliki kendala terhadap akses sarana transportasi di domisilinya saat ini. Namun masalah tersebut teratasi karena kondisi pekerjaan dan finansialnya cukup, sehingga membuatnya menerima kondisi yang ada. Aspek lingkungan yang baik membuat individu dengan gangguan tiroid merasa lebih bersyukur dan menerima, terutama dalam penelitian ini adalah adanya peluang kebebasan untuk memilih (akses kesehatan, tempat tinggal) serta kondisi finansial yang cukup.

Pemaknaan terhadap tingkat kualitas hidup dapat terbilang tinggi, yang mana salah satu partisipan hipertiroid menjawab di angka 8,5 – 9, dan satu partisipan hipotiroid menjawab 7. Meski penilaian terhadap kualitas hidup memiliki rentang yang dekat, pemaknaannya jauh berbeda. Partisipan

hipertiroid tersebut menilai bahwa 8,5 – 9 adalah angka yang sudah baik dan ada hal-hal yang bisa ditingkatkan, sementara partisipan hipotiroid cenderung menilai kualitas hidup sebagai sesuatu yang normatif dan dinilai oleh lingkungan. Hal tersebut yang menyebabkan kualitas hidup belum tentu membuat seseorang menikmati hidup.

Implikasi Klinis

Beberapa waktu terakhir, sejumlah penelitian menyuarakan pentingnya intervensi psikologis dalam pengobatan gangguan tiroid. Terutama pengenalan metode psikologis dan psikososial terhadap sistem kesehatan pada pasien tiroid, mengingat gangguan tiroid sering disalahartikan dengan gangguan mental (Mandincová, 2012). Terdapat asumsi jika salah satu jenis gangguan tiroid tidak disertai dengan gangguan mental, maka individu dengan gangguan tiroid tersebut tidak sepenuhnya didukung atau dihargai untuk mendapatkan penanganan intervensi psikologis seperti psikoterapi (Mandincová, 2012).

Terlepas dari ada atau tidaknya gangguan mental yang menyertai, gangguan tiroid dapat memengaruhi suasana hati seseorang. Selain itu terdapat kemungkinan mereka merasakan gejala psikologis di luar karakteristik dari gejala psikologis gangguan tiroid yang umumnya muncul. Perlu dipertimbangkan asesmen yang komprehensif mengenai kondisi fisik dan psikologis yang muncul pada individu dengan gangguan tiroid, penanganan, sekaligus efek samping yang selama ini didapatkan. Hal ini untuk mendapatkan gambaran dinamika psikologis dari individu dengan gangguan tiroid. Gambaran ini dapat membantu perancangan intervensi sesuai dengan karakteristik masing-masing individu, sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan psikologis, fisik, dan kualitas hidup mereka sebagai seseorang dengan gangguan tiroid.

SIMPULAN

Dukungan sosial yang baik menjadi faktor paling berpengaruh dalam membuat hidup individu dengan gangguan tiroid menjadi lebih berkualitas, termasuk aspek lingkungan yang baik dan kondisi finansial yang cukup. Gejala fisik dan psikologis pada kedua kelompok ini memiliki kecenderungan yang sama, namun penyebab dari gejala tersebut berbeda. Kedua kelompok memiliki perjuangan yang sama untuk mencapai hidup berkualitas namun dengan karakteristik dinamika yang berbeda. Faktor komorbid juga membuat perbedaan dinamika fisiologis dan psikologis antar partisipan dalam kelompok gangguan tiroid yang sama. Antar kelompok gangguan tiroid bisa jadi memberikan penilaian dengan jangkauan yang hampir sama terhadap QoL, namun dengan pemaknaan yang berbeda. Penelitian lanjutan perlu mendapatkan sampel yang lebih representatif menggambarkan Indonesia dan memperhatikan status kondisi remisi sehingga hasil penelitian dapat lebih menggambarkan kondisi hipotiroid dan hipertiroid.

ACKNOWLEDGEMENTS / UCAPAN TERIMA KASIH

The author would like to thank Dr. Zainal Abidin. M.Si for providing guidance and advice for this research. Also Pita Tosca as a place to grow as fellow thyroid fighters. Thank you and best wishes to the participants who are willing to participate in this study. Lastly, thank you to Faculty of Psychology, Universitas Airlangga for the support in the publication of this research. / *Terimakasih penulis haturkan kepada bapak Dr. Zainal Abidin. M.Si atas bimbingan dan arahan untuk metodologi penelitian kualitatif. Terima kasih kepada Pita Tosca sebagai wadah untuk bertumbuh sebagai sesama pejuang tiroid. Terima kasih dan salam sehat kepada partisipan yang berkenan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Terakhir, terima kasih tak terhingga kepada Fakultas Psikologi Universitas Airlangga untuk dukungan dalam wadah publikasi penelitian ini.*

**DECLARATION OF POTENTIAL CONFLICTS OF INTEREST / DEKLARASI POTENSI TERJADINYA
KONFLIK KEPENTINGAN**

Kezia Raraseta Djawa and Yuliana Hanami do not work for, consult, own shares in, or receive funding from any company or organization that might profit from the publication of this manuscript. Kezia Raraseta Djawa as the researcher is also a hypothyroid survivor. / *Kezia Raraseta Djawa dan Yuliana Hanami tidak bekerja, menjadi konsultan, memiliki saham, atau menerima dana dari perusahaan atau organisasi manapun yang mungkin akan mengambil untung dari diterbitkannya naskah ini. Kezia Raraseta Djawa selaku peneliti juga merupakan hypothyroid survivor.*

REFERENCES / PUSTAKA ACUAN

- American Thyroid Association. (2019). *Thyroid Basics - Thyroid Function Tests* [Brochure]. https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/FunctionTests_brochure.pdf
- American Thyroid Association. (2017). *Hypothyroidism* [Brochure]. https://www.thyroid.org/wpcontent/uploads/patients/brochures/Hypo_brochure.pdf
- American Thyroid Association. (2019). *Hypothyroidism: A Booklet for Patients and Their Families* [Brochure] https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/Hypothyroidism_web_booklet.pdf
- American Thyroid Association. (2023). *Hyperthyroidism* [Brochure] <https://www.thyroid.org/wp-content/uploads/patients/brochures/hyperthyroidism.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Dawadi, S. (2020). Thematic Analysis Approach: A Step by Step Guide for ELT Research Practitioners. *NELTA Journal*, 62-71. <https://doi.org/10.3126/nelta.v25i1-2.49731>
- Fanaei, S. M., Amouzegar, A., Cheraghi, L., Mehrabi, F., & Amiri, P. (2022). The Emotional States and Health-Related Quality of Life in Patients with Thyroid Dysfunction: A CrossSectional Study. *Research Square*, 1-17. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1371783/v1>
- Gunes, N. A. (2020). Evaluation of Anxiety and Depression in Patients with Thyroid Function Disorder. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 979-985. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.7.979>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2022, Agustus 31). Gencarkan Deteksi Dini Gangguan Tiroid, Kemenkes Tambah 7 Laboratorium SHK. *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*. <https://www.kemkes.go.id/id/rilis-kesehatan/gencarkan-deteksi-dini-gangguan-tiroid-kemenkes-tambah-7-laboratorium-shk>
- Kollerits, E., Zsila, A., & Matuszka, B. (2023). Quality of Life, Social Support, and Adherence in Female Patients with Thyroid Disorders. *BMC Women's Health*, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12905-023-02718-0>
- Lekurwale, V., Acharya, S., Shukla, S., & Kumar, S. (2023). Neuropsychiatric Manifestations of Thyroid Diseases. *Cureus*, 1-7. <https://doi.org/10.7759/cureus.33987>
- Lindsay, S. (2018). Five Approaches to Qualitative Comparison Groups in Health Research: A Scoping Review. *Qualitative Health Research*, 1-14. <https://doi.org/10.1177/1049732318807208>

- Mahrous, F. M., Gendy, J. F., & Abd-Elaziz, M. (2021). Biopsychosocial Needs among Patients Receiving Radioactive Iodine Therapy for Thyroid Disorders: Suggested Guidelines. *Egyptian Journal of Health Care*, 1825-1839. <https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.232860>
- Mandincová, P. (2012). Psychosocial Factors in Patients with Thyroid Disease. In L. S. Ward, *Thyroid and Parathyroid Diseases - New Insights into Some Old and Some New Issues* (pp. 279-318). InTech. <https://doi.org/10.5772/36477>
- Merck. (2023, Mei 25). *Merck Umumkan Kolaborasi dengan IDI dan InaTA untuk Tingkatkan Skrining dan Diagnosis Gangguan Tiroid di Indonesia*. Retrieved from Merck: Retrieved from Merck: <https://www.merckgroup.com/id-id/company/press-release/merck-umumkan-kolaborasi-dengan-idi-dan-inata-.html>
- Novianti, L. E., Wungu, E., & Purba, F. D. (2020). Quality of Life as A Predictor of Happiness and Life Satisfaction. *Jurnal Psikologi*, 93-103. <https://doi.org/10.22146/jpsi.47634>
- Nuguru, S. P., Rachakonda, S., Sripathi, S., Khan, M. I., Patel, N., & Meda, R. T. (2022). Hypothyroidism and Depression: A Narrative Review. *Cureus*, 1-8. <https://doi.org/10.7759/cureus.28201>
- Pitaloka, D. (2020, Januari 29). Necks on the line: Women's lives and the challenges of thyroid disease. *The Jakarta Post*. <https://www.thejakartapost.com/life/2020/01/29/necks-on-the-line-womens-lives-and-the-challenges-of-thyroid-disease.html>
- Pope, C. N., Stavrinos, D., Fazeli, P. L., & Vance, D. E. (2022). Transportation Barriers and Health-Related Quality of Life in a Sample of Middle-Aged and Older Adults Living with HIV in the Deep South. *AIDS and Behavior*, 2148-2158. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03560-x>
- Santrock, J. W. (2014). *A Topical Approach to Life-Span Development (7th ed.)*. McGraw-Hill Education.
- Smela, M. (2021). The Qualitative Comparative Analysis: An Overview of a Causal Complexity Approach. *Globalization and its Socio-Economic Consequences 2020*, 1-7. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20219208020>
- The Indonesian Society of Endocrinology. (2012). Indonesian Clinical Practice Guidelines for Hyperthyroidism. *Journal of the ASEAN Federation of Endocrine Societies*, 34-39. <https://doi.org/10.15605/jafes.027.01.05>