

Sveučilište u Zagrebu

Hrvatski studiji

Maja Anđelinović, Sara Bestulić i Gabrijela Karamatić

**Kvaliteta života, percepcija bolesti i percepcija liječenja kod  
osoba oboljelih od psorijaze**

Zagreb, 2014.

Ovaj rad izrađen je na Odjelu za psihologiju Hrvatskih studija Sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc. dr. sc. Maje Vurnek Živković i predan je na natječaj za dodjelu Rektorove nagrade u akademskoj godini 2013/2014.

# SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
2. HIPOTEZA I CILJEVI RADA.....	7
3. METODA .....	8
3.1. Sudionici.....	8
3.2. Postupak.....	8
3.3. Instrumenti (materijali).....	8
4. REZULTATI.....	13
4.1. Distribucija sudionika po sociodemografskim podacima.....	13
4.2. Distribucija rezultata na mjerama percepcije bolesti, kvalitete života i percepcije liječenja .....	13
4.3. Usporedba sudionika prema sociodemografskim varijablama i komorbiditetu na percepciji bolesti, percepciji liječenja, kvaliteti života i PASI.....	17
4.4. Percepcija bolesti, kvaliteta života i PASI kod osoba sa psorijazom .....	19
4.5. Povezanost percepcije bolesti i PASI kod osoba sa psorijazom.....	20
4.6. Povezanost među skalama na percepciji bolesti (IPQ).....	21
4.7. Povezanost percepcije liječenja i percepcije bolesti kod osoba sa psorijazom .....	22
5. RASPRAVA .....	23
5.1. Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja.....	28
6. ZAKLJUČCI.....	30
7. LITERATURA .....	32
SAŽETAK.....	38
SUMMARY .....	39

## 1. UVOD

Psorijaza je trenutno neizlječiva upalna bolest kože (Richards, Fortune, Griffiths i Main, 2001). Bolest se očituje kao crvene mrlje prekrivene bijelim ljuskicama, koje se najčešće pojavljuju na trupu, laktovima, koljenima i tjemenu, te kao mnoštvo malih crvenih točkica koje se najčešće nalaze pod pazuhom, na ženskim spolnim organima, na preponama, šakama, stopalima i noktima. Kao upalna bolest, pored kože može zahvatiti i zglobove i druge organske sustave razvijajući tako komorbiditete kao što su hipertenzija, dijabetes, hiperlipidemija i kardiovaskularne bolesti. Zahvaća 2-3 % svjetske populacije i jednako je raspoređena u oba spola te u svim dobnim skupinama (Richards i sur., 2001; Pereira, Brito i Smith, 2012). U Hrvatskoj od psorijaze boluje 1,6 % stanovnika, što ovu bolest čini važnim javnozdravstvenim problemom (Barišić-Druško, Paljan, Kansky i Vujasonović, 1989). Riječ je o jednoj od najčešćih kroničnih kožnih bolesti kod nas i u svijetu. Psorijaza nastaje kao posljedica međusobnog djelovanja genetskih i okolišnih čimbenika, a danas se zna da i psihički stres može potaknuti pojavu prvih kožnih promjena ili pogoršati postojeću psorijazu (Picardi i sur., 2003).

Postoji uvriježeno mišljenje da su kožne bolesti, pa tako i psorijaza, manje ozbiljne nego bolesti ostalih organa. One su često kronične, ali nisu životno ugrožavajuće pa su zdravstveni djelatnici skloni podcjenjivati psihološki i socijalni utjecaj povezan s ovim bolestima. Suprotno očekivanjima, utjecaj kožnih bolesti, a posebice psorijaze, na psihološki status bolesnika je iznimno izražen. Mnoga istraživanja potvrđuju da oboljeli od psorijaze više pate od depresije (Gupta i Gupta, 1998; Devrimci-Ozguven, Kundakci, Kumbasar i Boyvat, 2000; Akay, Pekcanlar, Bozdog, Altintas, i Karaman, 2002), anksioznosti (Gupta i Gupta, 1998; Wahl, Loge, Wiklund i Hanestad, 2000; Kilic, Gulec, Gul, i Gulec, 2008; Kulkarni, Balkrishnan, Camacho, Anderson, i Feldman, 2004), više iskazuju suicidalne misli i želje (Gupta i Gupta 1998), imaju problema s poslom i dnevnim aktivnostima (Wahl i sur., 2000), konzumacijom alkohola, cigareta, antidepresiva, tableta za spavanje i smirenje te iskazuju patološku razinu brige (Fortune, Richards, Main i Griffiths, 1998). Pacijenti kao najčešći uzrok psiholoških posljedica bolesti navode narušen fizički izgled i brojne predrasude koje se vežu uz bolesti kože. Također, dodatni stres kod oboljelih izaziva medijski prikaz poželjnog izgleda koji ističe ideal savršene kože, što oboljeli ne mogu dosegnuti (Magin, Adams, Heading, Pond i Smith, 2009). Upravo zbog njihovog fizičkog izgleda, oboljeli mogu biti izloženi socijalnom odbijanju jer okolina često misli da su zarazni ili prljavi. Pacijenti se

osjećaju stigmatizirano zbog njihovog stanja (Richards i sur., 2001), što ostavlja fizičke i socijalne posljedice na pacijente te rezultira nelagodnom, izbjegavanjem socijalnih situacija i stvaranja novih poznanstava (Schmid-Ott, Burchard, Niederauer, Lamprecht i Künsebeck, 2003).

Opterećenje psorijazom znatno negativno djeluje na kvalitetu života, a to opterećenje se može usporediti s onim koji imaju druge kronične i životno ugrožavajuće bolesti poput raka, artritisa, srčanog udara ili pulmoloških bolesti. Samo pacijenti koji imaju dekompenzirani rad srca lošije procjenjuju kvalitetu života, a lošije mentalno zdravlje od pacijenata sa psorijazom vidljivo je samo kod pacijenata s depresijom (Rapp, Feldman, Exum, Fleischer i Reboussin, 1999). Također, psorijaza se od drugih kožnih bolesti izdvaja po tome što oboljeli izražavaju značajno veću anksioznost, depresiju i osjećaj neadekvatnosti od osoba koje imaju vitiligo ili gljivičnu infekciju kože (Fava, Perini, Santonastaso i Fornasa, 1980; Porter, Beuf i Lerner, 1986, svi prema Fortune i sur., 2004). Dodatno, osobe oboljele od psorijaze iskazuju veće nezadovoljstvo sa fizičkim, socijalnim i psihičkim aspektima života (Gowda, Goldblum, McCall i Feldman, 2010).

Psihološka reakcija na bolest razlikuje se od osobe do osobe – neki se iznimno teško nose sa relativno blagim oblikom psorijaze, dok se drugi i sa teškim oblikom bolesti uspješno suočavaju. Način suočavanja s bolešću ovisi o percepciji bolesti, konstrukt koji se u novije vrijeme proučava u području zdravstvene psihologije. Percepcija bolesti oslanja se na kognitivne modele o zdravlju, koje razvijaju Leventhal, Diefenbach, i Leventhal (1992) vođeni činjenicom da naša kognicija snažno upravlja ponašanjem. Naime, iako se pacijentima može pomoći u prevladavanju stresa tako da ih se poučava vještinama suočavanja sa stresom, ove vještine pokazale su se nedjelotvorne ako se ne uzmu u obzir pacijentova vjerovanja i atribucije o bolesti (Scharloo i sur., 1998). Prema kognitivnom modelu ponašanja povezanog sa zdravljem, pacijenti su aktivni procesori informacija o svojoj bolesti te stvaraju kompleksne kognitivne reprezentacije svoje bolesti. Ove reprezentacije stvaraju se temeljem prijašnjih iskustava pojedinca u pogledu zdravlja i bolesti i vode pojedinca u generiranje novih informacija koje on onda organizira i akumulira u skladu sa postojećim znanjem. Kognitivne reprezentacije upravljaju strategijama suočavanja s bolešću i putem strategija suočavanja utječu na psihološke ishode poput stresa, nelagode i teškoća. Ukratko, kognicija koju osoba ima o svojoj bolesti, utjecat će na to kako se će se ona prilagoditi na svoju bolest.

Kad im se dijagnosticira neka bolest, ljudi su skloni stvoriti određeni obrazac vjerovanja o tom novonastalom stanju. Ideje i pogledi na bolest koje osoba ima određuju

načine kako će ona postupati prema svojoj bolesti. Petrie i Weinman (2006) ističu kako kognitivne reprezentacije ili percepcija bolesti izravno utječe na to kakva će biti emocionalna reakcija pojedinca na bolest te kakve će imati strategije upravljanja bolešću, kao što je pridržavanje uputama liječnika. Pacijentovi zdravorazumski modeli pomažu im da objasne njihovo stanje, a temeljeni su na informacijama dobivenim iz različitih izvora uključujući liječnike, obitelj, prijatelje te socijalne i kulturalne informacije o bolesti i zdravlju. Naime, kad ljudi osjete određene simptome, javlja se snažna potreba da te simptome na određeni način opišu, odnosno smjeste u kategoriju određene bolesti. Obrnuto, kad se osobi dijagnosticira neka bolest, ona će tražiti simptome koje smatra odgovarajućima za tu bolest, čak i kad je bolest asimptomatska, kao što je slučaj kod hipertenzije. Sve ovo ljudi čine kako bi u određenoj mjeri kontrolirali svoju bolest, odnosno upravljali svojim liječenjem. Pacijenti su skloni stvarati svoje mentalne reprezentacije bez obzira na opseg znanja koji imaju o medicini, bolestima općenito te specifičnoj bolesti od koje su oboljeli. Zanimljiva činjenica u pogledu percepcije bolesti jest to da pacijenti koji boluju od iste bolesti ili ozljede mogu imati bitno različite percepcije svoga stanja i te percepcije kod istih pacijenta mogu dovesti do različitih zdravstvenih ishoda.

Pacijenti svoje mentalne reprezentacije o bolesti stvaraju prema određenom konzistentnom obrascu. Tako se vjerovanja o bolesti mogu opisati pomoću pet dimenzija: identitet bolesti (simptomi), uzrok, trajanje, utjecaj bolesti na život te kontrola i liječenje. Identitet bolesti podrazumijeva opisivanje dijagnosticirane bolesti i pridavanje odgovarajućih simptoma istoj. Međutim, simptomi koje ljudi vežu uz svoju bolest ponekad se mogu potpuno razlikovati od simptoma koje tretiraju liječnici. Ubrzo nakon što im se postavi dijagnoza, pacijenti oblikuju vjerovanja o uzrocima njihove bolesti. Uzročna vjerovanja važna su u nekim bolestima s obzirom da ona određuju kakav će tretman osoba potražiti i koje će promjene učiniti kako bi se adekvatno odnosila prema svojoj bolesti. Tako je moguće primjerice, da osoba koja smatra da je njenu bolest uzrokovalo stresno okruženje na poslu odustane od svog posla, dok je za osobu koja smatra da je uzrok bolesti masna hrana i manjak fizičke aktivnosti izgledno da će promijeniti prehrabene navike i način života (Weinman, Petrie, Sharp i Walker, 2000). Osim toga, pacijenti imaju određenu percepciju trajanja bolesti na temelju koje se može predvidjeti kako će se oni ponašati u pogledu pridržavanja terapije. Tako će pacijenti sa akutnim stanjima u manjoj mjeri biti savjesniji u uzimanju lijekova, od pacijenata koji znaju da je njihova bolest kronična i ovisna o terapiji (Petrie i Weinman, 2006). Ovisno o tome za što smatraju da je uzrokovalo njihovu bolest i koliko bi mogla trajati, pacijenti razvijaju određenu percepciju kontrole nad bolešću. Kao što je i za očekivati,

pacijenti koji znaju da imaju bolest koja nije kronična, vjerojatnije će imati i veći osjećaj kontrole nad njom. Posljednja od navedenih dimenzija percepcije bolesti je utjecaj bolesti na život, u što se ubraja utjecaj na obitelj, posao, životni stil i financije. Percepcijom utjecaja bolesti na život, pacijent razvija subjektivne ideje o težini svoje bolesti koje ne moraju nužno biti bliske objektivnoj težini bolesti.

Pacijenti sa psorijazom u najvećoj mjeri kao uzrok bolesti navode stres, psihološke uzroke i naslijeđe (O'Leary, Creamer, Higgins, i Weinman, 2004). Pod psihološkim uzrocima podrazumijevaju zabrinutost, negativni psihološki stav prema životu, obiteljske probleme i brige, neugodna emocionalna stanja (potištenost, usamljenost, anksioznost, praznina) te vlastitu osobnost. S druge strane, najrijeđe navođeni uzroci bolesti su lošija medicinska briga u prošlosti i zagađenje okoliša. Pacijenti koji imaju snažnija vjerovanja o kroničnosti psorijaze, negativnim posljedicama te jače emocionalno proživljavaju svoju bolest ujedno iskazuju i otežano svakodnevno funkcioniranje i sniženu kvalitetu života (Wahl i sur., 2013). Pritom, u navođenju područja njihovog života koje najviše pati zbog psorijaze, pacijenti navode narušen fizički izgled, promjenu životnog stila, lošiju financijsku situaciju, izbjegavanje kontakta s drugima, te ugroženo seksualno funkcioniranje i partnerske odnose.

S druge strane, traženje pomoći od drugih i vjerovanje da se bolest može kontrolirati i liječiti, značajno je povezano sa boljim funkcioniranjem (Scharloo i sur., 1998). Percepcija uzroka, utjecaja na život, liječenja, trajanja ili kontrole bolesti ne mora korelirati s objektivnim pokazateljima ozbiljnosti bolesti koje odrede liječnici. Štoviše, čak i nakon značajnog ili potpunog povlačenja psorijaze nakon fototerapije, pacijenti su i dalje pokazivali psihičku nestabilnost (Choi i Koo, 2003; Fortune i sur., 2004).

Petrie i Weinman (2006) ističu kako se u kliničkoj praksi pacijente rijetko pita o tome kakve poglede imaju na svoju bolest, međutim kad ih se pita, oni znaju biti sretni kad raspravljaju o tome kako percipiraju bolest koju imaju. Tako se pacijentova percepcija bolesti može ispitati time da mu se objasni kako mnogi ljudi razvijaju određene ideje o svojoj bolesti i da se osobu pita kako ona gleda na svoju bolest. Osim toga, percepcija bolesti može se ispitati upitnikom (Broadbent, Petrie, Main i Weinman, 2005) i pacijentovim crtežima oboljelih organa ili dijelova tijela (Broadbent, Petrie, Ellis, Ying i Gamble, 2004). Neke studije su tako pokazale da su pacijenti koji su crtali veću površinu srca s manjim oštećenjima, doživljavali manje psihološkog stresa zbog bolesti i brže se vratili na posao, a ponekad se iz samih crteža mogao bolje predvidjeti oporavak nego iz objektivnih medicinskih mjera.

Da je percepcija bolesti povezana sa time u kojem će se smjeru bolest razvijati, svjedoči nam i činjenica da će se kod osoba koje već prije posjeta liječniku stvore negativnu percepciju bolesti, vjerojatnije i pronaći određena patologija (Donkin i sur., 2006). Također, negativna percepcija bolesti, to jest percipiranje bolesti kao dugotrajne i sa ozbiljnim posljedicama, povezana je sa sporijom oporavkom i većim poteškoćama, bez obzira na početnu težinu bolesti. Upotrebom kognitivnih intervencija moguće je promijeniti negativnu percepciju u pozitivniju što dovodi do značajno boljeg oporavka pacijenta i bržeg povratka na posao u usporedbi sa pacijentima iz kontrolne skupine (Petrie, Cameron, Ellis, Buick i Weinman, 2002). Budući da je i relativno kratkim intervencijama moguće promijeniti pacijentovu percepciju bolesti, nameće se potreba za razvijanjem takvih metoda i intervencija kako bi se pacijentu pomoglo u prilagodbi na bolest i svakodnevnom funkcioniranju.

Osim percepcije bolesti, u posljednje se vrijeme ispituje i percepcija liječenja. Naime, adekvatna i redovita upotreba lijekova ključna je u tretmanu kroničnih bolesti, a prema istraživanjima oko 30 % lijekova koje se pripiše nikada nije uzeto se od strane oboljelih (Sackett i Snow, 1979, prema Horne i Weinman, 1999). Posljednjih se godina pokazalo kako je istraživanje percepcije liječenja od velike važnosti (Menckeberg i sur., 2008), posebice kod osoba koje pate od neke kronične bolesti i koje svoju bolest drže pod kontrolom zahvaljujući lijekovima. Naime, način na koji osoba percipira liječenje, odnosno njena vjerovanja o uzimanju lijekova, utjecat će na to hoće li se ona pridržavati propisane terapije. U korištenju određene propisane terapije, oboljele osobe uzimaju u obzir sve pozitivne strane terapije te će se ovisno o zastupljenosti prednosti i koristi koje dobivaju terapijom, one i pridržavati uzimanja iste. Kako bi se ispitalo u kojoj se mjeri osobe oboljele od neke bolesti pridržavaju u uzimanju neophodnih lijekova valja uzeti u obzir neka opća i specifična vjerovanja osobe o uzimanju lijekova. Tako su Horne i Weinman (1999<sup>a</sup>) na temelju brojnih nalaza razvili teorijski okvir u kojem naglašavaju da se sva vjerovanja pacijenata o lijekovima mogu podijeliti u dvije kategorije. Shodno tome, percepcija liječenja sastoji se od uviđanja potreba za lijekom (engl. *necessity*) te zabrinutosti oko uzimanja lijeka (engl. *concern*). Drugim riječima, vjerovanja pacijenata se s jedne strane mogu temeljiti na tome da im je lijek potreban kako bi bili zdravi, a s druge strane pacijenti mogu biti zabrinuti zbog potencijalne ovisnosti i dugoročnih negativnih posljedica koje im lijek može izazvati. Pritom su specifične brige oko uzimanja propisanog lijeka povezane s općim vjerovanjima (socijalnim reprezentacijama) o štetnosti lijekova, kao i sa strahom i/ ili iskustvom s doživljavanjem nuspojava (Horne i Weinman, 1999<sup>a</sup>). Dakle, motivacija pacijenta da počne i nastavi uzimati propisani lijek određena je percepcijom liječenja. Stoga, odluka pacijenta o tome je li mu lijek



potreban predstavlja proces balansiranja pozitivnih i negativnih strana uzimanja lijeka te je između ostalog i pod utjecajem pacijentove percepcije bolesti te ispunjenih očekivanja u pogledu liječenja. Ovisno o tome kako pojedinac percipira svoju bolest, on može biti skloniji imati i određenu percepciju liječenja. Tako osobe koje percipiraju svoju bolest kao nešto što ima velik utjecaj na njihov život u većoj mjeri su sklonije smatrati liječenje potrebitim, ali istovremeno se i više brinu zbog negativnih posljedica liječenja. Također, osobe koje percipiraju svoju bolest kao trajnu značajno se manje brinu o negativnim posljedicama te su značajno više uvjerenе kako im liječenje pomaže (Horne i Weinman, 2002). Percepcija bolesti i percepcija liječenja uzete zajedno značajno predviđaju koliko će oboljeli savjesno uzimati propisani lijek. Kad osobe percipiraju da je psorijaza bolest s ozbiljnim posljedicama, kad snažnije vjeruju u mogućnost osobne kontrole i liječenja te su sklonije jače percipirati simptome, značajno više koriste i liječničke usluge (Scharloo i sur., 2000). Ukratko, pacijenti se više pridržavaju uzimanju lijekova onda kad su više uplašeni od negativnih posljedica u pogledu bolesti, ali smatraju da je terapijom mogu kontrolirati.

Također, Horne i Weinman (1999; 2002) navode da osim što su pacijenti koji uglavnom pozitivno percipiraju liječenje savjesniji u uzimanju lijekova, sama percepcija liječenja općenito bolje predviđa pridržavanje terapiji nego klinički čimbenici poput vrste bolesti i broja propisanih lijekova. Brojne studije (Menckeberg i sur., 2008; Horne i Weinman, 1999; 2002) pokazuju da su upravo vjerovanja pacijenata o liječenju te njihova percepcija prednosti i nedostataka liječenja posrednici između osobe i njenog adekvatnog ponašanja u pogledu zdravlja.

Važnost uzimanja u obzir percepcije liječenja prikazana je u nekim istraživanjima. Naime, iako su oboljeli upoznati s time da je uzimanje lijeka važno i pomaže u kontroli astme, ovu terapiju koristi tek negdje oko polovica oboljelih (Cochrane, Horne i Chanez, 1999; Suissa i Ernst, 2001). Ross, Walker i McLeod (2004) ističu da će savjesnije uzimanje lijekova ovisiti o stupnju emocionalne zabrinutosti kod oboljelih od hipertenzije. Do sada se percepcija liječenja istraživala samo kod osoba oboljelih od astme i hipertenzije, međutim za psorijazu nisu provedene studije.

Prema svemu navedenome, smatramo da je potrebno prikupiti podatke o tome kako oboljele osobe gledaju na svoju bolest i liječenje kako bi im se osiguralo adekvatno liječenje i unaprijedila kvaliteta života. Budući da percepcija bolesti i percepcija liječenja psorijaze još nisu istražene u našoj zemlji, smatramo da je važno istražiti ovo područje kako bi se dobio barem djelomičan uvid u psihološko stanje osoba sa psorijazom.

## 2. HIPOTEZA I CILJEVI RADA

Hipoteza ovog istraživanja bila je da će iskazana percepcija bolesti biti značajno povezana sa subjektivnom procjenom kvalitete života, odnosno različitim aspektima kvalitete života kod osoba oboljelih od psorijaze. Pritom se pošlo od pretpostavke da će osobe oboljele od psorijaze, koje imaju adaptivniju percepciju bolesti, procjenjivati svoju kvalitetu života boljom. Također, očekivalo se i da će percepcija bolesti, kao i objektivne mjere težine i rasprostranjenosti bolesti (PASI) doprinositi objašnjenju kvalitete života kod oboljelih od psorijaze. Predviđa se da će percepcija bolesti biti povezana s percepcijom liječenja, na način da će osobe koje bolest percipiraju pozitivno ujedno i u većoj mjeri liječenje percipirati nužnim.

Ciljevi istraživanja su sljedeći:

1. Prikazati sociodemografske podatke te utvrditi razlike na domenama kvalitete života, dimenzijama percepcije bolesti i skali percepcije liječenja s obzirom na sociodemografske podatke
2. Ispitati percepciju bolesti kod osoba oboljelih od psorijaze
3. Ispitati percepciju liječenja kod osoba oboljelih od psorijaze
4. Ispitati kvalitetu života kod osoba oboljelih od psorijaze
5. Ispitati povezanost percepcije bolesti sa kvalitetom života kod osoba oboljelih od psorijaze
6. Ispitati povezanost objektivne mjere jačine psorijaze (PASI) sa kvalitetom života kod osoba oboljelih od psorijaze
7. Ispitati povezanost percepcije bolesti i percepcije liječenja kod osoba oboljelih od psorijaze

### **3. METODA**

#### **3.1. Sudionici**

U istraživanju je sudjelovalo ukupno 55 sudionika koji se liječe u Klinici za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra Split koji imaju dijagnosticiranu psorijazu od strane liječnika specijalista. Uključeni su sudionici oba spola i to 27 muškaraca i 28 žena u dobi od 18 do 87 godina ( $M = 45,27$ ).

#### **3.2. Postupak**

Istraživanje je provedeno u periodu od prosinca 2013. do ožujka 2014. u Klinici za kožne i spolne bolesti Kliničkog bolničkog centra Split. Prilikom redovne kontrole ili po prijemu na ambulantno liječenje pacijentima koji boluju od psorijaze ponuđeno je sudjelovanje u istraživanju te im je ukratko objašnjen nacrt i cilj istraživanja. Zatim su sudionici putem informiranog pristanka na prvoj strani detaljnije upoznati s istraživanjem te su potpisali informirani pristanak. Sudionicima je objašnjeno da vrijeme ispunjavanja nije ograničeno i da mogu odustati od istraživanju u bilo kojem trenutku te da će se njihovi podaci i rezultati istraživanja koristiti samo u svrhu pisanja znanstvenog rada. Liječnik specijalist je odredio za svakog sudionika težinu bolesti na instrumentu PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Kako bi se sudionicima omogućila što veća anonimnost po završetku istraživanja, sudionici su ispunjene upitnike stavili u kutiju s ostalim ispunjenim upitnicima. Redoslijed popunjavanja upitnika bio je: Upitnik općih podataka, Upitnik percepcije bolesti, Upitnik kvalitete života te Upitnik o percepciji liječenja.

#### **3.3. Instrumenti (materijali)**

##### *Upitnik općih podataka*

Upitnik općih podataka konstruiran je za potrebe ovog istraživanja. Upitnik se sastoji od pitanja o spolu, bračnom stanju, školskoj spremi i drugoj kroničnoj bolesti, ako sudionik takvu ima. Pitanje koje se odnosilo na bračno stanje u originalnoj verziji upitnika sastojalo se od pet ponuđenih odgovora: a) oženjen/udana, b) u ozbiljnoj vezi, c) samac/sama, d) razveden/a i e) udovac/ica, koja su zbog daljnje analize rekodirana u kategorije: a) ima partnera i b) nema partnera.

### *Kratki upitnik percepcije bolesti*

Za mjerenje percepcije bolesti korišten je upitnik *The Brief Illness Perception Questionnaire* (IPQ – Brief) (Broadbent i sur., 2006) koji se sastoji od 9 čestica. Osam pitanja kvantitativnog je tipa pri čemu se šest čestica odnose na kognitivnu percepciju bolesti, jedno se odnosi na razumijevanje bolesti, a jedno na emocionalnu komponentu bolesti. Zadatak sudionika je da označi na skali od 0 do 10 koliko se tvrdnja odnosi baš na njega. Svaka čestica predstavlja zasebni rezultat, a čestice mjere percepciju sljedećih konstrukata bolesti: utjecaj bolesti na život, trajanje bolesti, kontrolu, liječenje, simptome, zabrinutost zbog liječenja, razumijevanje bolesti te utjecaj bolesti na emocionalno stanje. Posljednje pitanje otvorenog tipa mjeri percepciju o uzrocima bolesti, a zadatak sudionika je da prema svom mišljenju navede tri uzroka bolesti počevši od najvažnijeg. Odgovori se pritom mogu grupirati u kvalitativne kategorije ovisno o sadržaju sudionikova odgovora. Za osam čestica kvantitativnog tipa pouzdanost mjerena test-retestom iznosila je 0,71 za utjecaj bolesti na život, 0,73 za trajanje bolesti, 0,42 za kontrolu, 0,70 za liječenje, 0,75 za simptome, 0,66 za zabrinutost zbog bolesti, 0,61 za razumijevanje bolesti te 0,72 za utjecaj bolesti na emocionalno stanje (Broadbent i sur., 2005).

### *Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije*

Za procjenu kvalitete života korištena je verzija *World Health Organisation Quality of Life-Bref* (The WHOQOL Group, 1998). Upitnik se sastoji od ukupno 26 čestica. Točnije, sastoji se od 24 čestice koje su odabrane iz originalnog upitnika WHOQOL-100 i to po jedna iz svake od 24 faceta koje se odnose na kvalitetu života te od čestice koja opisuje kvalitetu života u cjelini i kvalitetu općeg zdravlja. Čestice kojim se mjeri kvaliteta života u cjelini i kvaliteta općeg zdravlja mjerene su na skali od 1 do 5 pri čemu 1 označava vrlo lošu procjenu, a 5 vrlo dobru procjenu kvalitete života, odnosno kvalitete općeg zdravlja. Također, upitnik mjeri 4 domene kvalitete života: fizičko zdravlje, psihološko stanje, društvenu interakciju te okoliš. Neke od čestica u domeni fizičkog zdravlja bile su: *Koliko vam je u svakidašnjem životu nužan medicinski tretman?*, *Imate li dovoljno energije za svakidašnji život?* i *Imate li prilike za rekreaciju?* Psihološko stanje ispitano je česticama poput *Koliko uživate u životu?*, *Koliko osjećate da vaš život ima smisla?*, *Možete li prihvatiti svoj tjelesni izgled?* i *Koliko ste zadovoljni sobom?* Društvena interakcija ili socijalni aspekt života mjerena je česticama o zadovoljstvu bliskim odnosima, socijalnom podrškom i seksualnom aktivnosti, dok se zadovoljstvo okolišem odnosilo na čestice o zadovoljstvu financijama, zdravstvenim uslugama,

stambenih pitanjem i čistoćom okoliša. Zadatak sudionika je procijeniti kvalitetu određenog aspekta života na skali od 1 do 5 pri čemu 1 označava najlošiju procjenu, a 5 najbolju procjenu kvalitete života. Prije analize određene čestice na četiri domene kvalitete života su rekodirane te su rezultati za sve domene transformirani na skali od 0 do 100 pri čemu veći rezultat znači i bolju procjenu određenog aspekta kvalitete života. Koeficijent unutarnje konzistencije za domenu fizičkog zdravlja iznosi 0,82, psihološkog stanja 0,81, okoliša 0,80 i za društvenu interakciju iznosi 0,68 (Skevington, Lotfy i O'Connell, 2004).

### *Upitnik o percepciji liječenja*

Upitnik kojim se mjeri percepcija liječenja *Beliefs about Medicines Questionnaire* (BMQ) (Horne, Weinman i Hankins 1999) sastoji se od 10 čestica. Zadatak sudionika je odrediti stupanj slaganja s ponuđenim tvrdnjama u pogledu stavova u lijeku/lijekovima koje koristi. Tvrdnje se procjenjuju na skali od 1 do 5 pri čemu 1 označava da se sudionik u potpunosti ne slaže s tvrdnjom, a 5 označava da se u potpunosti slaže s tvrdnjom. Upitnik pokazuje dvofaktorsku strukturu (Horne i sur., 1999). Prvi faktor sačinjava pet čestica kojima se ispituje percepcija prednosti liječenja (uviđanje nužnosti za liječenjem), a drugi faktor čine drugih pet čestica koje se odnose na percepciju negativne strane liječenja psorijaze (zabrinutost oko negativnih posljedica uzimanja lijeka). Ukupan rezultat računa se kao zbroj svih čestica koje se odnose na pojedini faktor te se za svaki faktor kreće u rasponu od 5 do 25. Pritom, veći rezultat na percepciji prednosti liječenja znači i bolje uviđanje nužnosti za liječenjem, a veći rezultat na dimenziji negativnih strana liječenja znači i veću zabrinutost oko negativnih posljedica liječenja. Upotreba ovog upitnika za mjerenje percepcije liječenja pacijenata s različitim kroničnim bolestima pokazala je da se koeficijenti unutarnje konzistencije za prvi faktor kreću od 0,55 do 0,86, a za drugi faktor od 0,63 do 0,80 (Horne i sur., 1999).

Upitnik o percepciji liječenja nije dosad primjenjivan na hrvatskom uzroku, stoga smo ga za potrebe ovog istraživanja preveli prema proceduri dvostrukog prijevoda (Van de Vijver i Hambleton, 1996). Također, na ovoj hrvatskoj verziji upitnika proveli smo faktorsku analizu kako bi ispitali i potvrdili njegovu dvofaktorsku strukturu. Analizom glavnih komponenata dobivena su dva faktora uvažavanjem Kaiser-Guttmanovog kriterija i Scree-test kriterija. Karakteristični korijeni iznosili su 3,561 i 2,024 te su zajedno objasnili 55,85 % ukupne varijance. Dvofaktorska struktura potvrđena je i paralelnom analizom. Prema paralelnoj analizi, valja zadržati samo one faktore čiji su karakteristični korijeni veći od prosječnih

slučajnih korijena dobivenih na uzroku slučajnih podataka u intervalu od 95 % sigurnosti, a u našoj analizi dobivena su dva takva karakteristična korijena ( $\lambda = 3,561$ , prosječni  $\lambda = 1,739$ ,  $\lambda = 2,024$ , prosječni  $\lambda = 1,491$ ). Za dobivanje interpretabilnije faktorske strukture, provedena je i ortogonalna Varimax rotacija faktorskih osi. Zasićenja na dva faktora nakon rotacije prikazana su u *Tablici 1*. Faktorska zasićenja čestica nakon rotacije pokazuju zasićenost samo na jednom faktoru uz iznimku čestice „Vjerujem da će mi ovaj lijek pomoći“ koja je pokazala zasićenja na oba faktora. Čestice koje ispituju percepciju prednosti liječenja i uzimanja lijekova predstavljene su faktorom *pozitivna percepcija liječenja*, dok su čestice koje ispituju percepciju negativne strane liječenja i zabrinutost oko negativnih posljedica predstavljene faktorom *negativna percepcija liječenja*.

*Tablica 1. Zasićenja čestica percepcije liječenja na pojedinim komponentama nakon Varimax rotacije*

	Komponente	
	Negativna percepcija liječenja	Pozitivna percepcija liječenja
1. Moje zdravlje ovisi o mom liječenju	0,118	<b>0,706</b>
2. Brine me što moram uzimati ovaj lijek	<b>0,807</b>	0,184
3.Vjerujem da će mi ovaj lijek pomoći	-0,582	<b>0,557</b>
4.Brinu me moguće nuspojave ovog lijeka	<b>0,698</b>	0,145
5. Bez ovog lijeka bio bi jako bolestan	0,453	<b>0,514</b>
6. Ne razumijem ovaj lijek	<b>0,745</b>	-0,175
7. Moje zdravlje u budućnosti ovisit će o ovom lijeku	0,069	<b>0,683</b>
8. Korištenje ovog lijeka komplicira mi život	<b>0,803</b>	0,161
9.Ponekad brinem da ću postati ovisan o lijeku	<b>0,624</b>	0,419
10. Ovaj lijek mi pomaže da se psorijaza ne pogorša	0,051	<b>0,683</b>

Dobivena je niska korelacija među faktorima *pozitivna percepcija liječenja* i *negativna percepcija liječenja* ( $r = 0,23$ ). Pouzdanost unutarnje konzistencije za skalu *pozitivna percepcija liječenja* je  $\alpha = 0,635$ , dok je za skalu *negativna percepcija liječenja* nešto viša i iznosi  $\alpha = 0,823$ .

Isto tako, u ovoj verziji upitnika dodano je još jedno pitanje kvalitativnog tipa kojem se ispituju problemi kod uzimanja propisanog lijeka pri čemu je odgovore sudionika moguće grupirati u određene kvalitativne kategorije ovisno o sadržaju sudionikova odgovora.

*Razlike između pozitivnih i negativnih stavova prema liječenju.* Kako bi utvrdili kakav je odnos između pozitivnih i negativnih stavova prema liječenju, to jest koliko sudionici liječenje percipiraju kao potrebno u odnosu na to koliko su zabrinuti zbog negativnih posljedica liječenja, računali smo razliku između skala pozitivne i negativne percepcije liječenja. Razliku između rezultata na ovim skalama dobili smo oduzimanjem rezultata sudionika na skali pozitivna percepcija od korespondentnog rezultata na skali negativna percepcija (*pozitivna percepcija – negativna percepcija*) gdje se mogući raspon rezultata kretao od -20 do 20. Razlika između pozitivne i negativne percepcije liječenja može se analizirati kao svojevrsan prikaz relativne važnosti koju pojedini sudionik daje prednostima pred nedostacima liječenja i obrnuto (Horne i Weinman, 1999; Menckeberg i sur., 2008). Pritom, negativna razlika znači veću zabrinutost zbog lijekova, odnosno veću negativnu percepciju liječenja, dok pozitivna razlika znači veću percepciju korisnosti lijekova, odnosno veću pozitivnu percepciju liječenja.

### *Težina kliničke slike psorijaze*

Težina kliničke slike psorijaze određena je skalom za procjenu zahvaćenosti kože i težine psorijaze Psoriasis Area and Severity Index PASI (Frederiksson i Pettersson, 1978). Težinu stanja bolesti za svakog pojedinog sudionika odredio je liječnik dermatolog, a ona se određuje se s obzirom na površinu zahvaćene kože psorijatičnim lezijama i stupanj tih lezija unutar kojih se određuje zastupljenost crvenila, debljina psorijatičkog plaka te ljuškanje. Stupanj psorijaze se određuje za određene dijelove kože tijela (glavu, trup, ruke i noge), a ukupni rezultat predstavlja zbroj tih stupnjeva pri čemu minimalna vrijednost iznosi 0 koja označava stanje bez bolesti, a maksimalna vrijednost iznosi 72 koja označava maksimalnu težinu bolesti.

## 4. REZULTATI

### 4.1. Distribucija sudionika po sociodemografskim podacima

U istraživanju je sudjelovao gotovo podjednak broj muškaraca i žena (49 % i 51 %) u dobi od 18 do 87 godina ( $M = 43,35$ ,  $sd = 17,64$ ). Distribucija sudionika iz *Tablice 1.* prikazuje da većina sudionika ima srednju stručnu spremu (65,50 %) te da velik broj sudionika ima partnera (u braku je ili u ozbiljnoj vezi) (74,5 %). Također, sudionici su u većoj mjeri izjavljivali da osim psorijaze nemaju još neku drugu kroničnu bolest (60 %), dok su oni s komorbiditetom navodili psorijatični artritis, hipertenziju, hiperlipidemiju i dijabetes.

*Tablica 1. Distribucija sudionika u broju i postotcima prema stručnoj spremi, bračnom statusu i komorbiditetu*

Varijabla	Broj	Postotak (%)
<b>Stručna sprema</b>		
niska	10	18,20
srednja	36	65,50
visoka	9	16,40
<b>Bračni status</b>		
Ima partnera	41	74,5
Nema partnera	14	25,5
<b>Komorbiditet</b>		
Da	22	40,00
Ne	33	60,00

### 4.2. Distribucija rezultata na mjerama percepcije bolesti, kvalitete života i percepcije liječenja

Dimenzije percepcije bolesti psorijaze prikazane u *Tablici 2.* pokazuju da sudionici smatraju da psorijaza ima osrednje snažan utjecaj na njihov život ( $M = 5,45$ ), da je njihova bolest trajna ( $M = 7,80$ ), da u manjoj mjeri imaju kontrolu nad njom ( $M = 4,96$ ), no da se ona može liječiti ( $M = 7,24$ ). Također, navode da u većoj mjeri doživljavaju simptome bolesti ( $M = 5,60$ ), da dobro razumiju bolest ( $M = 7,13$ ), ali i da su zabrinuti za svoju bolest ( $M = 6,35$ ) te da bolest osrednje utječe na njihovo emocionalno stanje ( $M = 5,55$ ).

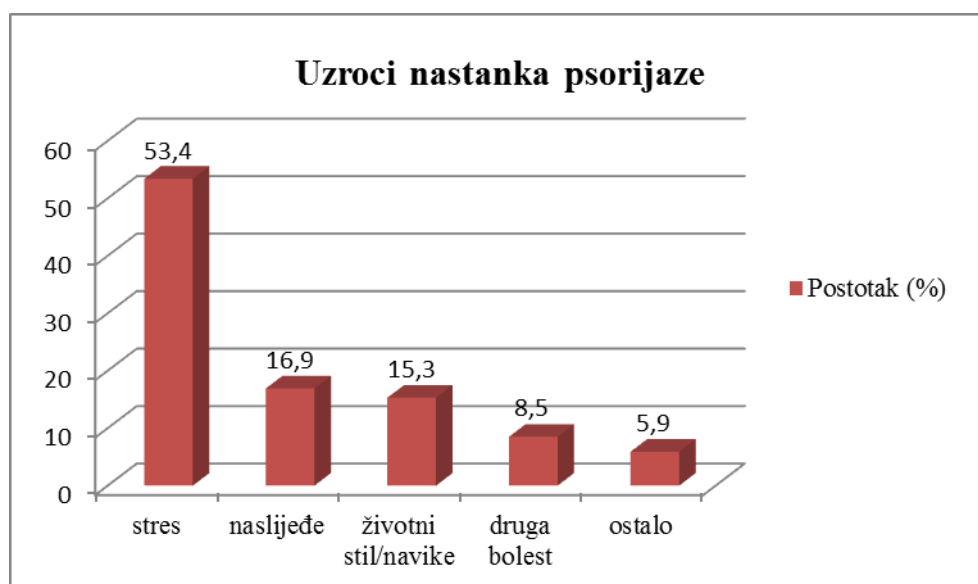


Tablica 2. Deskriptivni podatci (minimum, maksimum, aritmetičke sredine i standardne devijacije) dimenzija percepcije bolesti kod oboljelih od psorijaze

<b>Dimenzije percepcije bolesti</b>	<b>N</b>	<b>Min</b>	<b>Maks</b>	<b>M</b>	<b>Sd</b>
<b>Utjecaj psorijaze na život</b>	55	0	10	5,45	2,89
<b>Trajanje psorijaze</b>	55	1	10	7,80	2,68
<b>Kontrola</b>	55	0	10	4,96	2,55
<b>Liječenje</b>	55	0	10	7,24	2,29
<b>Simptomi</b>	55	0	10	5,60	2,66
<b>Zabrinutost</b>	55	0	10	6,35	2,81
<b>Razumijevanje</b>	55	0	10	7,13	2,60
<b>Emocionalno stanje</b>	55	0	10	5,55	3,14

Sudionici su najčešće navodili stres kao uzrok nastanka psorijaze (53,4 %). Pritom se u kategoriju *stres* ubrojilo sljedeće uzroke koje su sudionici naveli: stres/emocionalni stres, ratno stanje, prometna nesreća, financijski problemi, dolazak u popravni dom, svakodnevna tjeskoba i napetost, trauma iz djetinjstva, uvjeti života i rada, stanje u državi. Određen broj sudionika smatra da je njihova bolest produkt genetskog nasljeđa (16,9 %) i životnog stila i/ili životnih navika (15,3 %). Pritom se u kategoriju *životni stil/navike* ubrojilo sljedeće uzroke koje su sudionici navodili: pušenje, alkohol, nepravilna prehrana, masna hrana, sportski napori, brz životni ritam, loše životne navike. Da je mogući uzrok nastanka psorijaze druga bolest koju imaju smatra 8,5 % sudionika. U kategoriju *druga bolest* svrstali su se sljedeći uzroci koje su sudionici navodili: dijabetes, upale grla, povišen tlak, problemi s plućima, alergeni, druge bolesti. Naposljetku, 5,9 % sudionika navodilo je sljedeće uzroke koji su svrstani u kategoriju *ostalo*: pogrešno liječenje, nedovoljno uzimanje terapije, korištenje antibiotika, godišnje doba (*Slika 1*).

Sudionici kvalitetu života u cjelini procjenjuju dobrom ( $M = 3,62$ ). Isto tako, iskazuju da su osrednje zadovoljni zdravljem ( $M = 3,44$ ). Na domenama kvalitete života sudionici najniže procjenjuju fizički ( $M = 65,58$ ) i psihički aspekt života ( $M = 65,82$ ). S druge strane, najviše je procijenjena domena socijalnih odnosa ( $M = 73,84$ ), a zatim domena okolinskih uvjeta ( $M = 67,89$ ). U cjelini, sudionici sve domene kvalitete života uglavnom procjenjuju dobrima (*Tablica 4*).



Slika 1. Kategorije percepcije uzroka psorijaze prikazane u postocima

Tablica 4. Deskriptivni podatci (minimum, maksimum, aritmetičke sredine i standardne devijacije) na različitim aspektima kvalitete života kod oboljelih od psorijaze

	N	Min	Maks	M	Sd
<b>Kvaliteta života</b>	55	2	5,00	3,62	0,83
<b>Zadovoljstvo sa zdravljem</b>	55	1	5,00	3,44	1,08
<b>Fizički aspekt</b>	55	35,71	100,00	65,58	15,59
<b>Psihički aspekt</b>	54	8,33	100,00	65,82	17,59
<b>Socijalni aspekt</b>	55	25,00	100,00	73,64	17,91
<b>Okolinski aspekt</b>	55	37,50	96,88	67,89	13,04

Na upitniku o percepciji liječenja sudionici iskazuju u većoj mjeri pozitivne stavove prema liječenju nego negativne. Drugim riječima, u većoj mjeri percipiraju liječenje kao prednost i potrebu ( $M = 18,00$ ), a manje su zabrinuti zbog negativnih posljedica lijekova ( $M = 12,58$ ) (Tablica 5). Također, u pogledu razlika između pozitivne i negativne percepcije liječenja, sudionici imaju dominantno pozitivan stav prema liječenju ( $M = 5,42$ ), odnosno samo je tek 5 sudionika (9,1 %) na razlici pozitivne i negativne percepcije postiglo negativnu vrijednost - u korist negativne percepcije liječenja.

Tablica 5. Deskriptivni podatci (minimum, maksimum, aritmetičke sredine i standardne devijacije) percepcije liječenja

Percepcija liječenja	N	Min	Max	M	sd
<b>Pozitivna percepcija</b>	55	11	25	18,00	2,83
<b>Negativna percepcija</b>	55	5	25	12,58	4,69
<b>Razlika pozitivne i negativne percepcije</b>	55	-8	17	5,42	4,89

Podaci o problemima kod uzimanja lijeka i oblika propisane terapije nalaze se u Tablici 6. U pogledu navođenja problema kod uzimanja propisanog lijeka, sudionici su najčešće navodili probleme vezane za vremenski zahtjevnu upotrebu lijeka (30 %). Naime, prema navodima sudionika najveći problem predstavlja im to što mnogo vremena trebaju posvetiti upotrebi propisanog oblika liječenja (pr. „Dosta se vremena utroši na njegu kože i to svakodnevno.“, „Traje dugo dok se namažu sva oboljela mjesta. Trebam čekati dok se krema upije u kožu da ne ostavi mrlje na odjeći.“). Također, puno vremena trebaju izdvojiti i za redovite kontrole i odlazak na fototerapiju što sudionicima predstavlja veliki problem koji im remeti svakodnevne obaveze (pr. „Učestali dolazak na fototerapije i velike gužve“, „Najveći problem je dolaziti iz Šibenika na fototerapiju u Split 3 puta tjedno“). Navedene teškoće u liječenju slijede problemi uzrokovani zbog kompliciranog korištenja lijeka (27,5 %). Prema navodima sudionika, veliki problem kod liječenja psorijaze predstavlja im to što svakodnevno moraju biti posvećeni liječenju, premazivati žarišna mjesta te nakon premazivanja kortikosteroidnim mastima prekrivati kožu plastičnom folijom (pr. „Svakodnevno mazanje kremom te zamatanje prozirnom folijom cijelog tijela“, „Komplicirana procedura tuširanja pa nanošenja kreme, teška aplikacija na manje dostupne dijelove (leđa)“). Nadalje, sudionicima velik problem predstavljaju loše strane korištenja krema (20 %) zbog toga jer se one slabo upijaju, imaju neugodan miris i ostavljaju mrlje na odjeći (pr. „Problem mi predstavlja nelagodan osjećaj zbog zamašćene kose i pokazivanja u društvu“, „Nezgodno se mazati zbog odlaska na posao. Čuje se miris i masti odjeću“). Isto tako, sudionici su izjavljivali da im kod korištenja lijekova problem predstavljaju i neželjene popratne pojave (12,5 %) poput crvenila i svrbeži te drugih nuspojava zbog uzimanja kortikosteroida (pr. „Nuspojave kortikosteroidnih pripravaka.“, „Kad uzimam neki lijek bojim se da mi se zdravstveno stanje ne pogorša.“). Oko 7,5 % sudionika navodilo je da im problem predstavlja

mala količina kreme u pakiranju, odnosno brza potrošnja kreme („*Smeta mi što je lijek pakiran u malim količinama, pa ga moram često nabavljati te nedostupnost salicitnog ulja u ljekarnama.*“). Naposljetku, u manjoj mjeri sudionici kao problem navode i cijenu proizvoda i tretmana liječenja psorijaze (2,5 %) zbog koje nemaju adekvatan pristup liječenju i lijekovima.

Tablica 6. Kategorije problema kod uzimanja propisanog lijeka prikazane u postocima

<b>Uzrok</b>	<b>Postotak</b>
<b>Vremenski zahtjevno liječenje</b>	30,0
<b>Komplicirano korištenje lijeka</b>	27,5
<b>Loše strane korištenja krema</b>	20,0
<b>Neželjene popratne pojave</b>	12,5
<b>Malo pakiranje krema</b>	7,5
<b>Cijena</b>	2,5

### **4.3. Usporedba sudionika prema sociodemografskim varijablama i komorbiditetu na percepciji bolesti, percepciji liječenja, kvaliteti života i PASI**

#### **4.3.1. Dob**

Pearsonovim koeficijentom korelacije dobivena je značajna povezanost varijable dobi i jedne čestice iz Upitnika o percepciji bolesti – *Koliku kontrolu imate nad vašom bolesti?* ( $r = 0,375$ ), što upućuje da su stariji sudionici skloniji percipirati veću kontrolu nad svojom bolesti. Također, dob se pokazala značajno povezanom i sa skalom *pozitivna percepcije liječenja* iz Upitnika o percepciji liječenja ( $r = 0,292$ ). Međutim, dobiveno je da varijabla dobi nije statistički značajno povezana ni s jednom drugom česticom na percepciji bolesti, percepciji liječenja, skalom kvalitete života i PASI.

#### **4.3.2. Obrazovanje**

Provedbom ANOVE dobiveno je da nema statistički značajne razlike među sudionicima u pogledu obrazovanja na percepciji bolesti, percepciji liječenja, kvaliteti života i PASI.

### **4.3.3. Bračni status**

Provedbom t-testa dobiveno je da nema statistički značajne razlike među sudionicima u pogledu bračnog statusa na percepciji bolesti, percepciji liječenja, kvaliteti života i PASI.

### **4.3.4. Komorbiditet**

Provedbom t-testa dobivena je samo jedna značajna razlika među sudionicima na varijabli komorbiditeta ( $t = -2,079$ ,  $df = 53$ ,  $p < 0,05$ ) na način da su sudionici koji imaju još neku komorbidnu bolest ( $M = 60,38$ ,  $sd = 13,40$ ) u većoj mjeri iskazivali i o lošijoj kvaliteti na domeni fizičkog zdravlja u odnosu na sudionike bez komorbiditeta ( $M = 69,04$ ,  $sd = 16,16$ ). Međutim, dobiveno je da nema statistički značajne razlike među sudionicima na percepciji bolesti, percepciji liječenja, skalom kvalitete života i PASI s obzirom na to imaju li ili nemaju neku drugu bolest u komorbiditetu.

### **4.3.5. Spol**

Usporedbom muškaraca i žena na mjerama percepcije bolesti i percepcije liječenja utvrđeno je da nema statistički značajnih razlika. Međutim, provedbom t-testa dobivene su statistički značajne razlike na određenim domenama kvalitete života i na mjeri PASI s obzirom na spol (*Tablica 7*). Muškarci ( $M = 3,003$ ,  $sd = 1,037$ ) su značajno niže procjenjivali zadovoljstvo zdravljem ( $t = -3,165$ ,  $df = 53$ ,  $p < 0,01$ ) u odnosu na žene ( $M = 3,857$ ,  $sd = 0,970$ ).

Također, muškarci ( $M = 67,592$ ,  $sd = 15,214$ ) su iskazivali manju kvalitetu svog života na domeni socijalnih odnosa ( $t = -2,583$ ,  $df = 53$ ,  $p < 0,01$ ) za razliku od žena ( $M = 79,465$ ,  $sd = 18,631$ ). Nadalje, muškarci i žene se statistički značajno razlikuju prema težini psorijaze mjerenoj na objektivnoj mjeri PASI ( $t = 4,629$ ,  $df = 53$ ,  $p < 0,001$ ) na način da muškarci ( $M = 21,6$ ,  $sd = 2,88$ ) imaju jače izraženu psorijazu i to gotovo tri puta veću težinu i zahvaćenost tijela psorijazom (*Tablica 7*).

Tablica 7. Aritmetičke sredine (M), standardne devijacije (sd) te vrijednosti t-testa (t), uz odgovarajuće stupnjeve slobode (df) i razinu značajnosti (p) između muškaraca i žena oboljelih od psorijaze na aspektima kvalitete života i mjeri PASI

	Muškarci M (Sd)	Žene M (Sd)	t	df	p
<b>Kvaliteta života</b>	3,48 (0,94)	3,75 (0,70)	0,047	53	0,232
<b>Zadovoljstvo sa zdravljem</b>	3,00 (1,04)	3,86 (0,97)	0,806	53	0,003**
<b>Fizički aspekt</b>	63,10 (14,69)	67,98 (16,31)	0,310	53	0,249
<b>Psihički aspekt</b>	61,38 (17,97)	69,94 (16,49)	0,970	53	0,074
<b>Socijalni aspekt</b>	67,59 (15,21)	79,46 (18,63)	0,228	53	0,013*
<b>Okolinski aspekt</b>	64,81 (10,31)	70,87 (14,81)	0,068	53	0,085
<b>PASI</b>	21,60 (2,88)	7,68 (1,02)	4,629	53	<0,001

\*\* Korelacija je značajna na razini značajnosti razlike od 1% ( $p < 0,001$ )

\* Korelacija je značajna na razini značajnosti razlike od 5% ( $p < 0,05$ )

#### 4.4. Percepcija bolesti, kvaliteta života i PASI kod osoba sa psorijazom

Povezanost između percepcije bolesti (subjektivne mjere bolesti) i kvalitete života te objektivne mjere težine i simptoma bolesti (PASI) i kvalitete života prikazan je u *Tablici 8*. Rezultati pokazuju da percepcija većeg utjecaja bolesti na život smanjuje iskazano zadovoljstvo zdravljem ( $r = -0,276$ ) i nepovoljno djeluje na kvalitetu psihičkog aspekta života ( $r = -0,344$ ). Nadalje, više percipiranih simptoma psorijaze negativno je povezano sa zadovoljstvom zdravljem ( $r = -0,381$ ) i procjenom psihičkog aspekta života ( $r = -0,370$ ). Drugim riječima, sudionici koji iskazuju više percipiranih simptoma bolesti manje su zadovoljni zdravljem i manje su zadovoljni psihičkom domenom života. Zabrinutost kao skala na percepciji bolesti negativno je povezana sa fizičkim aspektom kvalitete života ( $r = -0,314$ ), odnosno sudionici koji su više zabrinuti zbog psorijaze manje su zadovoljne fizičkim aspektom života. Također, doživljavanje emocionalnih smetnji značajno korelira sa kvalitetom života ( $r = -0,274$ ), zadovoljstvom zdravljem ( $r = -0,332$ ) i psihičkim aspektom života ( $r = -0,422$ ) na način da su osobe sa psorijazom koje doživljavaju više emocionalnih

smetnji sklonije niže procjenjivati kvalitetu svog života, manje su zadovoljne svojim zdravljem i psihičkim aspektom života. Naposljetku, objektivna mjera bolesti pokazala se značajnom za predviđanje zadovoljstva zdravljem i samo jedne domene kvalitete života. Naime, osobe s većom težinom psorijaze uglavnom su izražavale niže zadovoljstvo zdravljem ( $r = -0,442$ ) i manje zadovoljstva s psihičkim aspektom života ( $r = -0,292$ ).

*Tablica 8. Povezanost (r) dimenzija kvalitete života s dimenzijama percepcije bolesti i PASI*

		<b>Kvaliteta života</b>	<b>Zadovoljstvo zdravljem</b>	<b>Fizički aspekt</b>	<b>Psihički aspekt</b>	<b>Socijalni aspekt</b>	<b>Okolinski aspekt</b>
<b>Utjecaj psorijaze na život</b>	<b>na</b>	-0,088	-0,276*	-0,137	-0,344**	-0,104	-0,195
<b>Trajanje</b>		0,074	-0,033	-0,115	-0,176	0,046	-0,083
<b>Kontrola</b>		0,142	0,013	0,174	0,015	0,154	0,159
<b>Liječenje</b>		0,166	0,077	-0,079	0,244	0,139	0,214
<b>Simptomi</b>		-0,222	-0,381**	-0,205	-0,370**	-0,057	-0,122
<b>Zabrinutost</b>		-0,205	-0,263	-0,314*	-0,190	-0,064	-0,105
<b>Razumijevanje</b>		0,100	-0,053	0,047	-0,090	0,126	0,003
<b>Emocionalno stanje</b>		-0,274*	-0,332*	-0,228	-0,422**	-0,228	-0,264
<b>PASI</b>		-0,057	-0,442**	-0,223	-0,292*	-0,178	-0,128

\*\* Korelacija je značajna na razini značajnosti razlike od 1% ( $p < 0,001$ )

\* Korelacija je značajna na razini značajnosti razlike od 5% ( $p < 0,05$ )

#### **4.5. Povezanost percepcije bolesti i PASI kod osoba sa psorijazom**

U *Tablici 9.* prikazana je povezanost između dimenzija percepcija bolesti i objektivne mjere težine bolesti (PASI). PASI mjera značajno je povezana sa utjecajem bolesti na život ( $r = 0,329$ ) i zabrinutosti ( $r = 0,292$ ), odnosno sudionici sa objektivno većom težinom psorijaze, u većoj mjeri smatraju da im bolest utječe na život te su više zabrinuti zbog bolesti.

Tablica 9. Povezanost ( $r$ ) između dimenzija percepcije bolesti i povezanost percepcije bolesti i PASI

	Utjecaj bolesti na život	Trajanje	Kontrola	Liječenje	Simptomi	Zabrinutost	Razumijevanje	Emocionalno stanje
<b>PASI</b>	0,329*	0,092	0,192	0,011	0,192	0,292*	0,201	0,192
<b>Utjecaj bolesti na život</b>		-0,031	0,140	0,187	0,499**	0,367**	0,014	0,594**
<b>Trajanje</b>			-0,134	-0,400**	0,215	0,204	0,083	0,253
<b>Kontrola</b>				0,356**	0,115	-0,019	0,321*	-0,171
<b>Liječenje</b>					0,046	0,070	0,169	-0,067
<b>Simptomi</b>						0,422**	0,074	0,480**
<b>Zabrinutost</b>							0,363**	0,634**
<b>Razumijevanje</b>								0,150
<b>Emocionalno stanje</b>								

\*\* Korelacija je značajna na razini značajnosti razlike od 1% ( $p < 0,001$ )

\* Korelacija je značajna na razini značajnosti razlike od 5% ( $p < 0,05$ )

#### 4.6. Povezanost među skalama na percepciji bolesti (IPQ)

Pokazalo se da sudionici koji percipiraju veći utjecaj psorijaze na emocionalno stanje smatraju da psorijaza općenito ima veći utjecaj na njihov život ( $r = 0,594$ ), u većoj mjeri percipiraju simptome bolesti ( $r = 0,480$ ) te im ujedno u većoj mjeri bolest predstavlja izvor brige ( $r = 0,634$ ). Nadalje, sudionici koji izražavaju veće razumijevanje bolesti smatraju da imaju veću kontrolu nad bolešću ( $r = 0,321$ ), no isto tako izražavaju i veću zabrinutost zbog psorijaze ( $r = 0,363$ ). Sudionici koji pokazuju veću zabrinutost zbog bolesti smatraju da im bolest više utječe na život ( $r = 0,367$ ) te osjećaju više simptoma bolesti ( $r = 0,422$ ). Također, sudionici koji percipiraju više simptoma bolesti doživljavaju i veći utjecaj iste na njihov život ( $r = 0,499$ ). Naposljetku, sudionici koji smatraju da im liječenje može pomoći smatraju i da će njihova bolest kraće trajati ( $r = -0,400$ ) te da imaju veću kontrolu nad psorijazom ( $r = 0,356$ ) (Tablica 9).



#### 4.7. Povezanost percepcije liječenja i percepcije bolesti kod osoba sa psorijazom

U pogledu odnosa percepcije liječenja i percepcije bolesti, pokazalo se da sudionici koji iskazuju manje percipiranih simptoma bolesti ujedno imaju i pozitivniji stav prema liječenju ( $r = -0,336$ ). Također, razlika između pozitivne i negativne percepcije liječenja pokazala se značajno povezana sa dvije dimenzije percepcije bolesti. Tako sudionici koji u većoj mjeri smatraju da im bolest utječe na život, na liječenje gledaju značajno negativnije ( $r = -0,274$ ) od sudionika koji u manjoj mjeri smatraju da im bolest utječe na život. Naposljetku, kao što se moglo očekivati, sudionici koji su u većoj mjeri smatrali da im liječenje može pomoći, imaju su i značajno pozitivnije stavove prema liječenju ( $r = 0,302$ ).

Tablica 10. Povezanost dimenzija percepcije bolesti i skala percepcije liječenja

	Utjecaj bolesti na život	Trajanje	Kontrola	Liječenje	Simptomi	Razumijevanje	Emocionalno stanje
Pozitivna percepcija	-	-	-	-	-0,336*	-	-
Negativna percepcija	-	-	-	-	-	-	-
Razlika pozitivne i negativne percepcije	-0,27*	-	-	0,302*	-	-	-

\* Prikazane su korelacije značajne na razini značajnosti razlike od 5% ( $p < 0,05$ )

## 5. RASPRAVA

Ciljevi našeg istraživanja bili su ispitati percepciju bolesti, percepciju liječenja i kvalitetu života osoba oboljelih od psorijaze. Ciljevi našeg istraživanja bili su ispitati percepciju bolesti, percepciju liječenja i kvalitetu života osoba oboljelih od psorijaze. Pokazalo se da što je veća percepcija utjecaja psorijaze na život i na emocionalno stanje, veća percepcija simptoma bolesti i zabrinutost kod pacijenata, to su lošije procijenjene neke domene kvalitete života. Također, pokazalo se da težina psorijaze kao objektivna mjera i percepcija bolesti kao subjektivna mjera doprinose objašnjavanju kvalitete života. Sudionici u istraživanju uviđaju nužnost za liječenjem, iako iskazuju i umjerenu zabrinutost zbog posljedica liječenja. Nadalje, pacijenti koji iskazuju manje simptoma bolesti imaju i pozitivniji stav prema liječenju. Također, kada je pozitivna percepcija liječenja veća od zabrinutosti zbog liječenja, tada pacijenti smatraju da im psorijaza manje utječe na život i da će im liječenje pomoći.

Prije svega, pacijenti oboljeli od psorijaze u ovom istraživanju procjenjuju kvalitetu svog života dobrom te su osrednje zadovoljni zdravljem. Također, iskazuju relativno visoko zadovoljstvo na ostalim aspektima kvalitete života, pri čemu su najmanje zadovoljni psihičkim aspektom. Međutim, u usporedbi s normama za opću populaciju, njihova kvaliteta života je snižena (Hawthorne, Herrman i Murphy, 2005). Valja primijetiti da prijašnja istraživanja pokazuju da oboljeli od psorijaze iskazuju manje zadovoljstvo životom (Gelfand, i sur., 2004; Kimball i sur., 2008) te procjenjuju nižima sve domene kvalitete života u usporedbi s drugim dermatološkim bolesnicima, zdravim ljudima (Lee, Park, Kwon, Kim i Kim, 2010) te bolesnicima s drugim kroničnim i životno ugrožavajućim bolestima (Rapp i sur., 1999; Weiss i sur., 2002). S druge strane, hrvatski pacijenti oboljeli od melanoma procjenjivali su poprilično visokom kvalitetu života (Vurnek Živković, 2011) te je ona bila približno jednako kao i kod uzorka u ovom istraživanju. Moguće je da je jedan od razloga viših procjena kvalitete života hrvatskih pacijenata veća dostupnost usluga zdravstvenog sustava što omogućava kroničnim bolesnicima da idu na redovite kontrole kod specijalista, a samim time i bolju kvalitetu terapije. Također, jedan od mogućih razloga je i kulturološka razlika Hrvatske u samoprocjeni životne kvalitete u odnosu na druge zemlje u kojima su provedena takva istraživanja. Prilikom usporedbe rezultata dobivenih na upitniku kvalitete života nailazi se na problem jer se u istraživanjima koriste različiti upitnici kvalitete života što smanjuje usporedivost podataka.

U ovom istraživanju dobiveno je da osobe koje uz psorijazu imaju i neku drugu kroničnu bolest domenu fizičkog aspekta života procjenjuju slabijom nego osobe koje nemaju komorbiditet. Ovaj nalaz je u skladu s drugim istraživanjima koja pokazuju da osobe s komorbidnim bolestima, a najčešće s reumatoidnim artritismom, iskazuju nižu kvalitetu života (Rapp i sur., 1999). Pacijenti koji uz psorijazu imaju i astmu, dijabetes ili kronični bronhitis navode da je psorijaza najviše doprinijela smanjenju kvalitete života (Finlay i Coles, 1995). Prema svemu ovome, psorijaza je jako ozbiljna bolest koja snižava kvalitetu života više od bolesti koje po svojoj prirodi mijenjaju svakodnevni život oboljelih.

Kada je riječ o sociodemografskim karakteristikama pokazalo se da muškarci u ovoj studiji iskazuju statistički lošiju kvalitetu zdravlja i manje zadovoljstvo domenom socijalnih odnosa nego žene. Ovaj nalaz djelomično je u usklađen sa prethodnim istraživanjima. U studiji Magin i suradnika (2009) pokazano je da muškarci iskazuju određene psihološke posljedice koje se tiču zabrinutosti za socijalne i seksualne odnose što je potvrđeno i u ovoj studiji. Neka istraživanja ne pronalaze razlike između muškaraca i žena na domenama kvalitete života te oba spola iskazuju umjereno zadovoljstvo životom (Jankowiak, Kowalewska, Niczyporuk i Krajewska-Kulak, 2013), dok druga pronalaze da žene iskazuju značajno nižu kvalitetu života od muškaraca (Gelfand i sur., 2004; Wahl, Moum, Hanestad i Wiklund, 1999). Jedan od mogućih razloga niže procijenjenog zadovoljstva zdravljem muškaraca u našem istraživanju može biti značajno veća težina kliničke slike psorijaze (PASI). Također, niže procijenjenja kvaliteta socijalnog aspekta života kod muškarca može biti i posljedica slabijih strategija suočavanja sa bolešću – muškarci značajno rjeđe izražavaju emocije te manje traže emocionalnu i socijalnu podršku od žena (Fortune, Richards, Christopher, Griffiths i Main, 2002). Kako bi potencijalne razlike u kvaliteti života između spolova bile jasnije, smatramo da je u budućim istraživanjima potrebno uzeti u obzir i neke dodatne mjere kao što je psihološki status bolesnika i strategije suočavanja s bolešću.

Muškarci i žene značajno se razlikuju po težini i rasprostranjenosti psorijaze (PASI) na način da su muškarci imali značajno veću rasprostranjenost psorijaze. Ovaj rezultat je konzistentan i s drugim istraživanjima (Zachariae i sur., 2002; Richards i sur., 2001; Fortune, i sur., 1998). Kada sudionici moraju sami procijeniti jakost psorijaze, tada žene procjenjuju da imaju jednako jaku psorijazu kao i muškarci (Gelfand i sur., 2004), iako je konzistentno dokazano da muškarci imaju objektivno težu psorijazu.

U ovom istraživanju nisu pronađene razlike u kvaliteti života s obzirom na dob, obrazovanje i bračni status što odstupa od prijašnjih nalaza. Istraživanje Jankowiak i

suradnika (2013) navodi da je zadovoljstvo životom najveće među osobama između 50 i 60 godina, a najniže kod osoba između 30 i 39 godina. Međutim, u preglednom radu o ovoj problematici (de Korte, Sprangers, Mommers i Bos, 2004) izvještava se da su korelacije između dobi i kvalitete života generalno slabe i u nekim slučajevima nedosljedne. U istraživanju Jankowiak i suradnika (2013) visoko obrazovani imaju nižu kvalitetu života, a pronađena je i povezanost između kvalitete života i obiteljskog statusa, odnosno da partneri olakšavaju život oboljelima i povećavaju stupanj zadovoljstva. S druge strane, u literaturi se uglavnom ne izvještava o kvaliteti života ovisno o obrazovanju i bračnom statusu. Također, nalaz o nepostojanju razlike u kvaliteti života između osoba s psorijazom koje imaju i koje nemaju partnera dobiven u ovoj studiji ne govori o kvaliteti partnerskih odnosa. Drugim riječima, podatak o tome da je osoba u braku ne govori ništa o prirodi odnosa u braku. U budućim istraživanjima preporuča se uzimanje u obzir spomenute varijable.

PASI ili objektivna mjerena izraženost i rasprostranjenost psorijaze u ovom istraživanju je negativno povezana sa zadovoljstvom zdravljem i psihičkim aspektom kvalitete života. Dakle, što je psorijaza jača, to su pacijenti manje zadovoljni zdravljem i kvalitetu psihičkih aspekata života procjenjuju manjom. Dosadašnja literatura pokazuje nekonzistentne nalaze kada je riječ o mjerenju psorijaze objektivnim mjerama kao što je to PASI. Primjerice, Vardy i sur. (2002) dobili su značajnu povezanost između intenziteta oboljenja i kvalitete života, odnosno pacijenti sa psorijazom iskazuju nižu kvalitetu života što je veći intenzitet bolesti (veći PASI rezultat). Ovi autori navode da je ta povezanost značajno veća nego kod pacijenata s drugim kožnim oboljenjima. Druga istraživanja (Wahl i sur., 1999; Zachariae i sur., 2002) navode nižu korelaciju PASI rezultata s mjerama kvalitete života u usporedbi s korelacijama dobivenim samoizvješćem o težini bolesti i o mjerama kvalitete života. Dakle, mjere samoprocjene težine bolesti i simptoma adekvatniji su i bolji prediktori psihičke dobrobiti kvalitete života nego što su to objektivne mjere. Zaključno, rezultati dosadašnjih istraživanja pokazuju da klasične mjere određivanja psorijaze od strane liječnika specijaliste nisu dovoljne da bi se vidio utjecaj psorijaze na stupanj psihičke dobrobiti. Samo PASI rezultat ne može biti dovoljan da bi se procijenila kvaliteta života kod pacijenata. Upravo ovi rezultati ukazuju na važnost ispitivanja subjektivnih mjera bolesti što upućuje i na važnost ispitivanja percepcije bolesti. Prilikom liječenja kroničnih bolesnika, a posebno prilikom liječenja dermatoloških pacijenata, potrebno je ispitati i objektivne i subjektivne mjere bolesti pri čemu je multidisciplinarni pristup pacijentu neophodan.

Nadalje, jedan od ciljeva našeg istraživanja bio je ispitati percepciju bolesti osoba s psorijazom. Ispitivanje percepcije bolesti kod osoba s psorijazom u ovoj studiji pokazuje da psorijaza ima osrednji utjecaj na njihov život, da dugo traje, da nad njom imaju nešto nižu kontrolu i da osjećaju osrednje simptome, što je slično nalazima dobivenim u prijašnjem istraživanju (Fortune i sur., 2002). Ostale dimenzije percepcije bolesti ispitane u ovom istraživanju pokazale su da sudionici iskazuju zabrinutost zbog svoje bolesti, da ona relativno utječe na njihovo emocionalno stanje, no isto tako iskazuju da svoju bolest dobro razumiju. Zanimljivo je primijetiti da u istraživanju percepcije drugih kroničnih bolesti sudionici iskazuju nešto pozitivniju percepciju bolesti. Primjerice, u istraživanju Broadbent i suradnika (2006) osobe s dijabetesom i astmom iskazuju da bolest ima manje utjecaja na njihov život i emocionalno stanje, doživljavaju nešto manje simptoma bolesti te percipiraju veću kontrolu od sudionika u našem istraživanju. Čak i osobe s malignom bolesti iskazuju manju zabrinutost i manje negativnih emocionalnih reakcija te percipiraju manje simptoma (Husson i sur., 2012) od sudionika u našem uzorku. Uz oprez zbog teškoća u usporedbi rezultata, nalazi upućuju da osobe sa psorijazom percipiraju svoju bolest negativnije nego drugi bolesnici, a razlog tome može biti specifična klinička slika.

Zanimljivo je da, kada se ispituje percepcije bolesti, sudionici iskazuju najviši rezultat na dimenziji vjerovanja da im liječenje može pomoći. Takav nalaz može biti rezultat sklonosti pojedinca da opravda svoje ponašanje i poveća naklonost prema nečemu u što ulaže mnogo truda o čemu govori teorija spoznajnog nesklada (Festinger, 1957; Aronson, Wilson i Akert, 2005). Drugim riječima, moguće je da iskazivanjem visokog povjerenja u liječenje sudionici opravdaju trud uložen u liječenje psorijaze, iako su svjesni brojnih nedostataka liječenja poput vremenski zahtjevnog liječenju zbog potrebe za redovitim kontrolama i odlascima na terapije, kompliciranom korištenju lijekova i brojnim neželjenim popratnim pojavama lijekova.

U pogledu percepcije uzroka bolesti, najčešće navođeni uzrok psorijaze bio stres, zatim nasljeđe, što je u skladu s istraživanjem Fortune i suradnika (1998). Osim toga, sudionici smatraju da je uzrok psorijaze stil života ili navike te komorbiditet. Razlika od istraživanja Fortune i suradnika (1998) očituje se u tome da su sudionici u istraživanju u velikoj mjeri navodili kao uzrok psorijaze sudbinu i druge osobe što u našem istraživanju nije navela niti jedna osoba. Neki autori smatraju da pacijenti sa psorijazom navode stres kao najvažniji uzrok jer postoji vjerojatnost da su skloniji pamtiti stresne događaje i pripisivati ih svojoj bolesti zbog toga što bivaju upozoreni od liječnika na povezanost stresa i psorijaze (Al'Abadie, Kent i Gawkrödger, 1994). Povezanost doživljavanja stresa i psorijaze može se

objasniti dvosmjerno; sama psorijaza može inducirati različite stresne događaje s kojima se pacijenti trebaju nositi, ali i stres može djelovati na pogoršanje stanja kod nekih tipova psorijaze (Gupta, Gupta, Ellis i Voorhees, 1990). O'Leary i suradnici (2004) navode kako je vjerovanje da je stres uzrok psorijaze povezano sa nižom psihološkom dobrobiti i percepcijom da psorijaza ostavlja velike emocionalne posljedice.

Ispitivanje objektivne težine bolesti i percepcije bolesti kao subjektivne mjere predstavlja važan nalaz u našem istraživanju jer pokazuje da osobe koje imaju veću težinu bolesti izražavaju i veću zabrinutost zbog bolesti te smatraju da im bolest više utječe na život. Međutim, istraživanja o povezanosti percepcije bolesti i objektivne težine bolesti mjerene na PASI pokazuju nekonzistentne rezultate. U istraživanjima (Fortune i sur., 1998; Fortune i sur., 2002) objektivna mjera težine bolesti nije se pokazala značajnom za predviđanje percepcije bolesti što se objasnilo time da osobe nisu pasivni objekti na koje bolest utječe, već da vjerovanja o bolesti djeluju na njihovu percepciju. S druge strane, u novijem istraživanju Wahl i suradnika (2013) pokazalo se da je težina bolesti značajno povezana s percepcijom kroničnosti bolesti, negativnim utjecajem psorijaze na život i negativnim utjecajem bolesti na emocionalno stanje. Također, studije drugih kroničnih bolesti potvrđuju povezanost percepcije bolesti i težine bolesti (Aalto, Heijmans, Weinman i Aro, 2005; Howard, Hallas, Wray i Carby 2009). Navedeni rezultati upućuju da se povezanost između objektivne težine i subjektivne percepcije psorijaze ne može u potpunosti isključiti te da je važno uzeti u obzir obje mjere bolesti prilikom određivanja tretmana.

Na uzorku oboljelih od psorijaze iz ove studije pokazalo se da što je veća percepcija utjecaja psorijaze na život i više percepcipiranih simptoma psorijaze kod pacijenata, to su oni nezadovoljniji zdravljem i psihičkim aspektom kvalitete života. Nadalje, pokazalo se da oni koji su u većoj mjeri zabrinuti zbog bolesti manje su zadovoljni fizičkim aspektom života, a oni koji su više emocionalno opterećeni bolešću izvještavaju o sniženoj kvaliteti na čak tri domene života. Također, i Scharloo i suradnici (1998) pronašli su povezanost između određenih dimenzija percepcije bolesti i kvalitete života. Prema tome, percepcija bolesti važna je za pacijentovu kvalitetu života i psihološku dobrobit (Fortune i sur., 2002).

Nadalje, što se tiče usporedbe percepcije bolesti i sociodemografskih podataka, pokazalo se da osobe starije dobi izjavljuju veću percepciju kontrole nad psorijazom. Moguće je da navedeni rezultat odražava razliku u iskustvu i kompetenciji između sudionika (Aalto i sur., 2005) te da se s godinama poboljšava učinkovitost strategija suočavanja i razvija osjećaj kontrole. Veći osjećaj kontrole nad bolešću kod starijih sudionika ujedno može objasniti

rezultat o pozitivnijoj percepciji liječenja kod istih. Na drugim dimenzijama percepcije bolesti nema razlike prema sociodemografskim karakteristikama sudionika, što je u skladu s nalazima Fortune i suradnici (2002).

U pogledu percepcije liječenja, iako sudionici iskazuju umjerenu zabrinutost zbog posljedica liječenja, u većoj mjeri smatraju liječenje potrebnim. Psorijaza je kronična bolest, a oboljeli od kronične bolesti značajno se više pridržavaju terapije jer uviđaju potrebu za liječenjem (Petrie i Weinman, 2006). No, malo toga se zna o tome što djeluje na percepciju liječenja te se sve više ističe važnost ispitivanja konstrukata koji su ključni za objašnjenje percepcije liječenja. Naime, istraživanja su pokazala da osobe razvijaju vjerovanja o prednostima i nedostacima liječenja što može biti važno u donošenju odluke o tome hoće li se pridržavati propisane terapije (Horne i Weinman, 1999). U tom pogledu, Figueiras i suradnici (2010) navode da je moguće je da je percepcija liječenja određena percepcijom težine bolesti. Na tragu toga, u našem se istraživanju pokazalo da sudionici koji percipiraju manje simptoma, iskazuju pozitivniji stav prema liječenju. Kada je pozitivna percepcija liječenja veća od zabrinutosti zbog liječenja, tada pacijenti smatraju da im psorijaza manje utječe na život i da će im liječenje pomoći, što je u skladu s drugim studijama (Figueiras i sur., 2010; Horne i Weinman, 2002). Iz svega toga, može se vidjeti da percepcija bolesti doprinosi izgradnji stava prema korisnosti, odnosno štetnosti liječenja.

Zanimljivo je primijetiti da se nije pokazala značajna povezanost između mjera objektivne težine bolesti i uviđanja nužnosti za liječenjem. Navedeni rezultati upućuju na važnost uključivanja percepcije bolesti u određivanje tretmana liječenja, posebice zbog toga jer se pokazalo da percepcija bolesti može doprinositi pridržavanju tretmana liječenja, a sukladno tome i bržem oporavku od bolesti (Petrie i Weinman, 2006).

### **5.1. Prednosti i nedostaci provedenog istraživanja**

Generalizacija rezultata na cijelu populaciju oboljelih od psorijaze nije u potpunosti moguća jer je uzorak sudionika relativno mali i prigodan. Također, moguće je da su sudionici davali društveno poželjne odgovore i umanjivali simptome bolesti zbog prisutnosti liječnika, iako se to pokušalo kontrolirati na način da su sudionici ispunjene upitnike stavljali u kutiju čime im se zajamčila anonimnost podataka.

Psihološko praćenje bolesnika predstavlja suvremen način evaluacije kvalitete liječenja kao i dublji ulazak u problematiku poimanja kroničnih upalnih bolesti na psihičkoj razini te njihovu važnost u cjelokupnoj kvaliteti života bolesnika. Radovi iz ovog područja predstavljaju novi aspekt sagledavanja problematike osoba oboljelih od psorijaze te

predstavljaju dublji multidisciplinarni doprinos. Iako postoji veći broj studija u svijetu, ova problematika kod nas nije znanstveno obrađivana. U Hrvatskoj su započela istraživanja koje ispituju kvalitetu života kod pacijenata od psorijaze, ali prema našim saznanjima još uvijek nema istraživanja koja ispituju percepciju bolesti i liječenja. Koncept ispitivanja percepcije bolesti je nov na našim područjima i provedene su neke studije, ali nijedna nije provedena na oboljelima od psorijaze. Choi i Koo (2003) navode da se jedino ispitivanjem pacijentove percepcije bolesti može provesti optimalna terapija. Čak i pacijente s blažim oblikom psorijaze mora se ozbiljno liječiti, ako procjenjuju kvalitetu života sniženom.

Dakle, naše istraživanje daje veliki doprinos u razumijevanju psorijaze jer ispituje percepciju bolesti i liječenja te kvalitetu života što omogućava sveobuhvatniji pristup u liječenju pacijenata. Također, važnost našeg rada očituje se u mjerenju i objektivne jakosti psorijaze od strane liječnika (PASI) i ispitivanju subjektivne percepcije bolesti samog pacijenta. Mnogi vrijedni podatci dobiveni su i analizom kvalitativnih podataka koji se odnose na probleme pacijenta vezanim za lijek. Teškoće koje pacijenti iskazuju mogu se uzeti u obzir prilikom planiranja načina liječenja pacijenata. Također, mnoga istraživanja su pokazala da pacijenti sa psorijazom imaju i mnoge psihološke poteškoće koje se vežu za njihovu bolest. Upravo zbog toga je važno da se pacijentima pruži i adekvatna psihološka pomoć, savjetovanje ili psihoterapijske intervencije, a time bi se smanjio psihološki stres i interpersonalne poteškoće (Schmid-Ott, Schallmayer i Calliess, 2007).

Za postavljanje konačnih zaključaka trebat će provesti multicentrične kohortne studije s provođenjem istraživanja na većem broju sudionika. Dakle, u daljnjim istraživanjima preporuča se povećati uzorak i ispitati pacijente koji se liječe u drugim bolnicama u Hrvatskoj kao i u drugim zemljama. Uz to, u budućim istraživanjima percepcije liječenja psorijaze, trebalo bi uključiti ispitivanje koliko se pacijenti pridržavaju propisanog liječenja.



## 6. ZAKLJUČCI

Psorijaza je upalna kožna bolest koja je kronična te utječe na kvalitetu života i psihofizičko stanje oboljele osobe. Psorijaza je upalna kožna bolest koja je kronična te utječe na kvalitetu života i psihofizičko stanje oboljele osobe. Osim objektivne mjere težine kliničke slike psorijaze, za obuhvatniju procjenu zdravstvenog stanja oboljele osobe, valja uzeti u obzir i subjektivne mjere kao što su bolesnikova percepcija bolesti i percepcija liječenja. Naime, osoba o svojoj bolesti stvara određene kognitivne reprezentacije koje utječu na njeno suočavanje s bolešću, savjesnost u liječenju te na kvalitetu života u cijelosti. Tako je za osobe koje svoju bolest percipiraju pozitivnije, vjerojatnije da će biti zadovoljnije u različitim domenama svog života, a na svoje će liječenje gledati kao na nešto potrebno.

U ovom je istraživanju dobivena povezanost između percepcije bolesti i kvalitete života. Tako osobe koje percipiraju da bolest snažno utječe na njihov život i da ima mnogo simptoma, procjenjuju znatno nižim psihički aspekt svog života te su manje generalno zadovoljne svojim zdravljem. Nadalje, pacijenti koji su više zabrinuti zbog svoje bolesti manje su zadovoljni fizičkim aspektom svog života, dok oni koji bolest percipiraju emocionalno opterećujućom iskazuju sniženu kvalitetu života u cijelosti, lošiji psihički aspekt života te manje zadovoljstvo zdravljem. Težina kliničke slike psorijaze (PASI mjera) pokazala se značajno povezanom sa percepcijom bolesti i kvalitetom života. Tako su osobe s težim oblikom psorijaze više zabrinute zbog svoje bolesti te joj pripisuju snažan utjecaj na život, a sniženo im je i zadovoljstvo zdravljem i psihički aspekt života. Muškarci su manje zadovoljni zdravljem i socijalnim aspektom kvalitete života od žena, ali pokazuju i težu kliničku sliku psorijaze.

U pogledu percepcije liječenja, bolesnici iskazuju dominantno pozitivne stavove prema liječenju, odnosno liječenje smatraju potrebnim, dok su tek u manjoj mjeri zabrinuti u pogledu negativnih posljedica uzimanja lijekova. Percepcija liječenja pokazala se povezanom sa percepcijom bolesti. Kada pozitivna percepcija liječenja prevladava zabrinutost zbog liječenja, tada pacijenti iskazuju da im psorijaza manje utječe na život i da će im liječenje pomoći. Zaključno, u kliničkom promatranju osoba sa psorijazom potrebno je uzeti u obzir objektivne mjere bolesti, ali i pacijentova vjerovanja o bolesti i liječenju – percepciju bolesti i percepciju liječenja. Kako bi adekvatno pomogli osobama u prilagodbi na bolest i unaprijeđenju kvalitete života, pri liječenju psorijaze valja koristiti multidisciplinarni pristup.

## **ZAHVALE**

Zahvaljujemo se našoj mentorici doc. dr. sc. Maji Vurnek Živković na stručnom vođenju i potpori tijekom našeg istraživanja. Posebno zahvaljujemo dr. sc. Deny Anđelinović i liječničkom timu KBC Split na pomoći pri provedbi istraživanja i dijagnosticiranju psorijaze. Zahvaljujemo se još i našim obiteljima na strpljenju tijekom pisanja ovog rada.

## 7. LITERATURA

1. Aalto, A.M., Heijmans, M., Weinman, J. i Aro, A.R. (2005). *Illness perceptions in coronary heart disease. Sociodemographic, illness-related, and psychosocial correlates. Journal of Psychosomatic Research*, 58, 393–402.
2. Akay, A., Pekcanlar, A., Bozdag, K.E., Altintas, L., i Karaman, A. (2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 16, 347–352.
3. Al'Abadie, M.S., Kent, G.G. i Gawkrödger, D.J. (1994). The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *British Journal of Dermatology*, 130, 199-203.
4. Aronson, E., Wilson, T.D. i Akert, R. M. (2005). *Socijalna psihologija*. Zagreb: MATE.
5. Barišić-Druško V., Paljan, D., Kansky, A. i Vujasonović, S. (1989). Prevalence of psoriasis in Croatia. *Acta Dermato-Venereologica. Supplement (Stockholm)*, 146, 178-179.
6. Broadbent, E., Petrie, K.J., Ellis, C.J., Ying J. i Gamble, G. (2004). A picture of health – myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 583–587.
7. Broadbent, E., Petrie, K., Main, J. i Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perceptions Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
8. Choi, J. i Koo, J.Y.M. (2003). Quality of life issues in psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 49, 2, 57-61.
9. Cochrane, G.M., Horne, R. i Chanez, P. (1999). Compliance in asthma. *Respiratory Medicine*, 93, 763-769.
10. de Korte, J., Sprangers, A.G., Mombers, F.M.C. i Bos, J.D. (2004). Quality of life in patients with psoriasis: a sistematic literature review. *Journal of Investigative Dermatology Symposium Proceedings*, 9, 140-117.
11. Devrimci-Ozguven, H., Kundakci, T.N., Kumbasar, H. i Boyvat, A. (2000). The depression, anxiety, life satisfaction and affective expression levels in psoriasis patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venerology*, 14, 241-242.
12. Donkin, L., Ellis, C.J., Powell, R., Broadbent, E., Gamble, G. i Petrire, K.J. (2006). Illness perceptions predict reassurance following negative exercise testing result. *Psycholgy and Health*, 21, 421–30.

13. Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
14. Figueiras, M., Marcelino, D.S., Claudino, A., Cortes, M. A., Maroco, J. i Weinman, J. (2010). Patients' illness schemata of hypertension: the role of beliefs for the choice of treatment. *Psychology and Health*, 25, 4, 507- 517.
15. Finlay, A.Y. i Coles, E.C. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132, 236-244.
16. Fortune, D. G., Richards, H. L., Christopher, E.M., Griffiths, C. E. M. i Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: Consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157–174.
17. Fortune, D.G., Richards, H.L., Kirby, B., McElhone, K., Main, C.J. i Griffiths, C.E.M. (2004). Successful treatment of psoriasis improves psoriasis-specific but not more general aspects of patients' well-being. *British Journal of Dermatology*, 151,1219-1226.
18. Fortune, D.F., Richards, H.L., Main C.J. i Griffiths, C.E.M. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 39, 196-201.
19. Frederiksson, T. i Pettersson U. (1978). Severe psoriasis: oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, 157, 238–44.
20. Gelfand, J.M., Feldman, S.R., Stern, R.S., Thomas, J., Rolstad, T. i Margolis, D.J. (2004). Determinants of quality of life in a patients with psoriasis: a study from the US population. *Journal American Academy Dermatology*, 51, 704-708.
21. Ginsburg, I.H. i Link, B.G. (1989). Feeling of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal American Academy Dermatology*, 20, 53-63.
22. Gowda, S., Goldblum O.M., McCall W.V. i Feldman S.R. (2010). Factors affecting sleep quality of life with psoriasis. *Journal American Academy Dermatology*, 63,114-123.
23. Gupta, M.A. i Gupta, A.K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 139, 846-850.
24. Gupta, M.A., Gupta, A.K., Ellis, C.N. i Voorhees, J.J. (1990). Some psychosomatic aspects of psoriasis. *Advances in Dermatology*, 5, 21–30.

25. Hawthorne, G., Herman, H. i Murphy, B. (2006). Interpreting the WHOQOL-Bref: Preliminary population norms and effect sizes. *Social Indicators Research*, 77, 37 – 59.
26. Horne, R. i Wienman, J. (1999). Patients beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 47, 6, 555-567.
27. Horne, R. i Weinman, J. (1999)<sup>a</sup>. The beliefs about medicines questionnaire: the development of evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1, 1-24.
28. Horne, R. i Weinman, J. (2002). Self-regulation and self-management in asthma: Exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17, 1, 17-32.
29. Horne, R., Weinman, J. i Hankins, M. (1999). The Beliefs about medicines questionnaire: the development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychology and Health*, 14, 1-24.
30. Howard, C., Hallas, C.N, Wray, J. i Carby, M. (2009). The relationship between illness perceptions and panic in chronic obstructive pulmonary disease. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 71-76.
31. Husson, O., Thong, S.Y.M., Mols, F., Smilde, T. J. Creemers, G. i van de Poll-Franse, L.V. (2013). Information provision and patient reported outcomes in patients with metastasized colorectal cancer: results from the PROFILES registry. *Journal of Palliative Medicine*, 16, 281- 289.
32. Jankowiak, B., Kowalewska, B., Niczyporuk, W. i Krajewska-Kulak, E. (2013). Satisfaction with life in a group of psoriasis patients. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 2, 85-90.
33. Kilic, A., Gulec, M., Gul, U. i Gulec, H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22, 537–542.
34. Kimball, A.B., Gladman, J.M., Gelfand, J.M., Gordon, K., Horn, E.J., Korman, N.J., Korver, G., Krueger, G.G., Strober, B.E. i Lebwohl, M.G. (2008). National psoriasis foundation clinical consensus on psoriasis-associated morbidities and recommendations for screening. *Journal American Academy Dermatology*, 58, 1031-1042.

35. Kulkarni, A.S., Balkrishnan, R., Camacho, F.T., Anderson, R.T., i Feldman, S.R. (2004). Medication and health care service utilization related to depressive symptoms in older adults with psoriasis. *Journal of Drugs in Dermatology*, 3, 6, 661–666.
36. Lee, Y.W., Park, E.J., Kwon, I.H., Kim, K.H. i Kim, K.J. (2010). Impact of psoriasis on quality of life: relationship between clinical response to therapy and change in health-related quality of life, *Annals of Dermatology*, 22, 389-396.
37. Leventhal, H., Diefenbach, M. i Leventhal, E. (1992). Illness cognition: Using common-sense to understand treatment adherence and affect–cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143–163.
38. Magin, P., Adams, J., Heading, G., Pond, D. i Smith, W. (2009). The psychological sequelae of psoriasis: Resultsof a qualitative study. *Psychology, Health & Medicine*, 14 (2), 150-161.
39. Menckeberg, T.T., Bouvy, M.L., Bracke, M., Kaptein, A.A., Leufkens, H.G., Raaijmakers, J.A.M. i Horne, R. (2008). Beliefs about medicines predict refill adherence to inhaled corticosteroids. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 47-54.
40. O'Leary, C.J., Creamer, D., Higgins, E. i Weinman, J. (2004). Perceived stress, stress attributions and psychological distress in psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 57, 465-471.
41. Pereira, M., G., Brito, L. i Smith, T. (2012). Dyadic Adjustment, Family Coping, Body Image, Quality of Life and Psychological Morbidity in Patients with Psoriasis and Their Partners. *International Journal of Behavioral Medicine*. 19, 260–269.
42. Petrie, K.J., Cameron, L.D., Ellis, C.J., Buick, D. Weinman, J. (2002). Changing illness perceptions after myocardial infarction: an early intervention randomized controlled trial. *Psychosomatic Medicine*, 64, 4, 580-586.
43. Petrie, K.J. i Weinman, J. (2006). Why illness perceptions matter? *Clinical Medicine*, 6, 536-539.
44. Picardi, A., Pasquinia, P., Cattaruzzaa, M.S., Gaetanoa, P., Balivac, G., Melchid, C.F., Tiagoa, A., Camaionif, D., Abenia, D. i Biondig, M. (2003). Only limited support for a role of psychosomatic factors in psoriasis: Results from a case-control study. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, 189-196.

45. Rapp S.R., Feldman, S.R, Exum, M.L., Fleischer, A.B. i Reboussin, D.M. (1999). Psoriasis causes sa much disability as other major medical diseases. *Journal American Academy Dermatology*, 3, 401-407.
46. Richards, H.L., Fortune, D.G., Griffiths, C.E.M. i Main, C.J. (2001). The contribution of perception of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50, 11-15.
47. Ross, S., Walker, A. i McLeod, M.J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18, 607-613.
48. Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Bergman W., Vermeer B.J. i Rooijmans H.G.M. (2000). Patient´s illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1 year follow-up. *British Journal of Dermatology*, 142, 899–907.
49. Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.N.A., Bergman, W. i Rooijmans, H.G.M. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in apatients with reumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44, 573-585.
50. Schmid-Ott, G., Burchard, R., Niederauer, H.H., Lamprecht, F. i Künsebeck, H.W. (2003). Stigmatization and quality of life of patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Hautarzt*, 54, 9, 852-857.
51. Schmid-Ott, G., Schallmayer S. i Calliess I.T. (2007). Quality of life in patients with psoriasis and psoriasis arthritis with a special focus on stigmatization experience. *Clinics in Dermatology*, 25, 547-54.
52. Skevington, S.M., Lotfy, M. i O’Connell, K.A. (2004). The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric propertie and results of the international field trial A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13, 299–310.
53. Suissa, S. i Ernts, P. (2001). Inhaled corticosteroids: Impact on asthma morbidity and mortality. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 107, 6, 937-944.
54. The WHOQOL Group. (1998). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
55. Van de Vijver, F., i Hambleton, R. (1996). Translating tests: Some practical guidelines. *European Psychologist*, 1, 89-99.

56. Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A. i Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *British Journal of Dermatology*, 147, 736-42.
57. Vurnek Živković, M. (2011). *Psihološki status i percepcija bolesti kod bolesnika s melanomom*. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet u Zagrebu.
58. Wahl, A., Loge, J.H., Wiklund, I. i Hanestad, B.R. (2000). The burden of psoriasis: a study concerning health-related quality of life among Norwegian adult patients with psoriasis compared with general population norms. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 43, 803-808.
59. Wahl, A., Moum, T., Hanestad, B.R. i Wiklund, I. (1999). The relationship between demographic and clinical variables, and quality of life aspects in patients with psoriasis. *Quality of Life Research*, 8, 319-326.
60. Wahl, A.K., Robinson, H.S., Langeland, E., Larsen, H.M., Krogstad, A. i Moum, T. (2013). Clinical characteristics associated with illness perception in psoriasis. *Acta Dermato-Venereologica*, 93, 1-7.
61. Weinman, J., Petrie, K.J., Sharpe, N. i Walker, S. (2000). Causal attributions in patients and spouses following a heart attack and subsequent lifestyle changes. *British Journal of Health Psychology*, 5, 263-273.
62. Weiss, S.C., Kimball, A.B., Lewehr, D.J., Blauvelt, A., Turner, M. i Emanuel, E.J. (2002). Quantifying the harmful effect of psoriasis on health-related quality of life. *Journal American Academy Dermatology*, 47, 512-518.
63. Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mørk, A. i Sigurgeirsson, B. (2002). Epidemiology and Health Services Research Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*. 146, 1006–1016.



Maja Anđelinović, Sara Bestulić, Gabrijela Karamatić

**NASLOV: Kvaliteta života, percepcija bolesti i percepcija liječenja kod osoba oboljelih od psorijaze**

**SAŽETAK**

Psorijaza je kronična, autoimuna upalna bolest koja zahtijeva doživotno liječenje s diferentnom terapijom te utječe na kvalitetu života bolesnika. U ovom istraživanju ispitivana je kvaliteta života, percepcija bolesti i percepcija liječenja kod osoba oboljelih od psorijaze, pri čemu je uzeta u obzir i objektivna težina i rasprostranjenost psorijaze (PASI). Utvrđeno je da objektivna mjera težine bolesti, kao i subjektivna percepcija utjecaja bolesti na život, simptoma, zabrinutosti i emocionalnog stanja doprinose sniženoj kvaliteti života. Percepcija liječenja na pacijentima oboljelim od psorijaze do sada nije istraživana, a dobiveni rezultati ukazuju da pacijenti uviđaju nužnost liječenja iako iskazuju i zabrinutost zbog negativnih posljedica lijekova. Pacijenti kod kojih pozitivna percepcija liječenja prevladava zabrinutost zbog liječenja, više su skloni percipirati svoju bolest kao onu sa manje ozbiljnim posljedicama kojoj liječenje pomaže. Rezultati ovog istraživanja pokazuju da je prilikom liječenja psorijaze važno uzeti u obzir ne samo objektivne mjere težine bolesti, već i subjektivne mjere, kao što su percepcija bolesti i liječenja. Ovo je naročito važno kako bi se smanjio negativan utjecaj ove kronične bolesti na pojedinca i poboljšala kvaliteta života, a što zahtjeva multidisciplinarni pristup.

**Ključne riječi:** *psorijaza, percepcija bolesti, percepcija liječenja, kvaliteta života, PASI.*

Maja Anđelinović, Sara Bestulić, Gabrijela Karamatić

**TITLE: Quality of life, illness perception and treatment beliefs in psoriasis patients**

## **SUMMARY**

Psoriasis is a chronic, autoimmune inflammatory disease with proven significant impact on patient's quality of life. In this study quality of life, illness perceptions, treatment beliefs and objective measure of illness severity (PASI) in patients with psoriasis were investigated. It was shown that objective measure of psoriasis severity and subjective perceptions of consequences, symptoms, worry and emotional representations contribute to lower quality of life. Treatment beliefs among psoriasis patients have not been investigated yet but our findings suggest that psoriasis patients think that their medicines are necessary despite their concern about negative side effects. When psoriasis patients perceive more necessity than concern about medications they perceive their illness with less consequences and more treatment control. These findings suggest that both objective and subjective measures need to be considered in patients' medical treatment. Taking subjective measures into account can help reduce negative impact of this chronic disease and to improve life quality, for which multidisciplinary approach is necessary.

**Key words:** *psoriasis, illness perception, treatment beliefs, quality of life, PASI.*