

Odnos temperamenta, strategija suočavanja sa stresom i težine bolesti kod oboljelih od psorijaze

Babli, Karolina

Master's thesis / Diplomski rad

2016

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:142:166337>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-27**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**ODNOS TEMPERAMENTA, STRATEGIJA SUOČAVANJA SA
STRESOM I TEŽINE BOLESTI KOD OBOLJELIH OD
PSORIJAZE**

Diplomski rad

Karolina Babli

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2016.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Diplomski studij psihologije

Karolina Babli

**ODNOS TEMPERAMENTA, STRATEGIJA SUOČAVANJA SA
STRESOM I TEŽINE BOLESTI KOD OBOLJELIH OD
PSORIJAZE**

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentor: doc. dr. sc. Ivana Marčinko

Osijek, 2016.

SADRŽAJ

1. Uvod	1
1.1 Psorijaza.....	2
1.2. Odnos psorijaze i stresa	4
1. 2. 1. Suočavanje sa stresom	4
1.3. Odnos ličnosti i psorijaze	6
1.3.1. Temperament i psorijaza.....	6
1.4. Odnos temperamenta i suočavanja sa stresom	7
2. Cilj istraživanja	8
3. Problemi	9
4. Hipoteze	9
5. Metodologija	9
5.1 Sudionici.....	9
5.2 Instrumenti.....	10
5.3 Postupak.....	12
6. Rezultati	13
7. Rasprava	19
8. Zaključak.....	25
9. Literatura	25

Odnos temperamenta, strategija suočavanja sa stresom i težine bolesti kod oboljelih od psorijaze

Cilj ovog istraživanja bio je istražiti odnos temperamenta, strategija suočavanja sa stresom i težine bolesti kod oboljelih od psorijaze. Ispitano je doprinose li dimenzije temperamenta procijenjenoj težini bolesti izravno, ali i neizravno, putem strategija suočavanja sa stresom. Istraživanje je provedeno na uzorku od 126 oboljelih od psorijaze vulgaris. Temperament je ispitan putem Skala temperamenta iz Temperament and Character Inventory-a (Cloninger, Przybeck, Svrakic i Wetzel, 1994), suočavanje sa stresom Upitnikom suočavanja sa stresnim situacijama (Endler i Parker, 1994), a težina bolesti kroz Indeks zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze (Fredriksson i Pettersson, 1978). Regresijskim analizama je utvrđeno da temperament pridonosi težini bolesti pri čemu visoka *ovisnost o nagradi* doprinosi visokoj procijenjenoj težini bolesti, dok ostale dimenzije temperamenta nemaju značajan doprinos procijenjenoj težini bolesti. Također, u ovom istraživanju nije utvrđen neizravan doprinos dimenzija temperamentu težini bolesti kod oboljelih od psorijaze putem strategija suočavanja sa stresom.

Ključne riječi: psorijaza, temperament, suočavanje sa stresom, težina bolesti

Relationship between temperament, coping strategies and severity of disease among psoriasis patients

The aim of this research was to find relationship between temperament, coping strategies and severity of disease in people suffering from psoriasis. It questioned do the temperament dimensions contribute directly, or indirectly through coping strategies, to the assessed severity of disease. Research was made on 126 psoriasis vulgaris patients. Temperament was questioned using Temperament Scales from Temperament and Character Inventory (Cloninger, Przybeck, Svrakic and Wetzel, 1994), coping strategies using Coping Inventory for Stressful Situation (Endler and Parker, 1994) and severity of disease using Psoriasis Area and Severity Index (Fredriksson and Pettersson, 1978). Using regression analysis it was determined that temperament contributes to disease severity in a way that high reward dependence contributes to high assessed disease severity, while other temperament dimensions do not have a relevant impact. Also, non-direct contribution of temperament dimensions, through coping strategies, to disease severity of psoriasis patients was not determined.

Keywords: psoriasis, temperament, coping strategies, severity of disease

1.Uvod

Koža se smatra našim organom komunikacije- može odražavati naše emocije, kao što su na primjer ljutnja, strah ili uzbuđenje. Uzročna i reaktivna povezanost kože i emocionalnih i psihičkih stanja pojedinca može dovesti do razvoja psihodermatoloških bolesti. Budući da su promjene na koži vidljive i drugim ljudima, osobe oboljele od kožnih bolesti mogu imati i psihološke i socijalne posljedice. Najčešći primjer takve bolesti je psorijaza, koja utječe na sve aspekte života oboljelog i njegove obitelji. Oboljeli od psorijaze često se susreću s negativnim reakcijama okoline, doživljavaju različite neugodnosti, stigmatizaciju, nerazumijevanje, pribojavanjem da je psorijaza zarazna bolest, što često dovodi do izbjegavanja socijalnih situacija i otežava suočavanje sa samom bolesti. Uz to, prisutni su fizički simptomi, čije liječenje može biti dugotrajno, zahtjevno, a rezultati nisu uvijek vidljivi, što oboljele može obeshrabriti i dodatno narušiti njihovo samopouzdanje i kvalitetu života.

Sam uzrok psorijaze nije u potpunosti poznat, no prisutan je utjecaj različitih čimbenika, a stres ima važan utjecaj u pojavi i pogoršanju psorijaze (Heller, Lee i Koo, 2011). Pri tome je bitno naglasiti da je i sama bolest izvor stresa, što također ima utjecaj na psihofizičko stanje oboljele osobe. Uz to, pretpostavlja se da oboljele određene psihološke karakteristike, kao na primjer temperament, čine podložnijima stresu. No, do sada se manji broj istraživanja usmjerio na ispitivanje doprinosa temperamenta psorijazi. Dostupni podaci ukazuju da su kod oboljelih od psorijaze određene dimenzije temperamenta izraženije, no rezultati još uvijek nisu u potpunosti konzistentni. Samim tim, nije u potpunosti utvrđeno u kojoj mjeri temperament doprinosi simptomima ove bolesti.

Uz povezanost temperamenta i stresa, prisutna je i povezanost temperamenta i strategija suočavanja sa stresom (Strelau, 2001). Odnosno, pojedine dimenzije temperamenta dovode do veće zastupljenosti određene strategije suočavanja sa stresom. Zbog toga, temperament osobe, tim putem može i neizravno utjecati na tijek i kliničke simptome bolesti.

Upravo zbog toga što sama psorijaza i njezini simptomi proizlaze iz međudjelovanja različitih čimbenika, čiji utjecaj do danas nije u potpunosti potvrđen, odnosno, nije poznato u kojoj mjeri i na koji način određeni čimbenici doprinose razvoju i pogoršanju ove bolesti potrebno je detaljnije istražiti ovo područje. Stoga, ovim istraživanjem želi se utvrditi je li i u kojoj mjeri temperament važan za kliničke simptome psorijaze, te utvrditi neke mehanizme njegova djelovanja.

1.1 Psorijaza

Psorijaza se smatra jednom od najčešćih kroničnih upalnih bolesti kože koja uzrokuje ubrzan razvoj stanica na površini kože, a uz kožu zahvaća i vlasište i nokte. Uobičajeno se stanice kože obnavljaju otprilike svakih 28 dana, dok je kod psorijaze proces ubrzan i stanice kože sazrijevaju kroz tri do četiri dana i ne otpadaju već se stvara zadebljanje. Uz zadebljanje kože javlja se i svrbež, suhoća kože, osjećaj žarenja te bolovi.

Od psorijaze boluje 1-3% svjetske populacije, dok je u Hrvatskoj zastupljenost bolesti 1.7%. Istraživanja pokazuju kako nema razlike u pojavnosti bolesti s obzirom na spol. No, pokazuje se razlika u subjektivnom doživljaju na koji način simptomi utječu na socijalne interakcije, emocionalna stanja i kvalitetu života (Colombo i Perego, 2013), te je kod žena prisutan negativniji učinak (Perrott, Murray, Lowe i Ruggiero, 2000). Može se javiti u bilo kojoj životnoj dobi, no kod 50% oboljelih javlja se prije 25. godine života (Šitum i sur., 2011).

Klinički oblici psorijaze su: a) psorijaza vulgaris, b) pustularna, c) kapljičasta, d) inverzna, e) eritrodermijska psorijaza (Meier i Sheth, 2009). Za potrebe ovog rada detaljno će se opisati psorijaza vulgaris. Psorijaza vulgaris najčešći je oblik psorijaze i uključuje 90% populacije oboljele od psorijaze. Može se manifestirati u bilo kojoj dobi, ali najčešće se javlja u dobi između 15. i 30. godine i nakon 40. godine života. Karakteriziraju ju oštro ograničene crvenkaste ploče prekrivene srebrno bijelim ljuskama. Najčešće zahvaćena područja često su simetrična i uključuju vlasište, laktove, koljena, dlanove i stopala, no može zahvatiti bilo koji dio kože, a kod 40% oboljelih zahvaća i nokte, dok se kod 30% javlja psorijatični artritis (Gupta, Simpson i Gupta, 2016; Griffiths i Barker, 2007). Psorijatične promjene mogu trajati od nekoliko mjeseci do nekoliko godina, te su moguća i razdoblja remisije. Površina tijela koja je zahvaćena psorijazom može varirati, od iznimno male površine, do velikih površina tijela.

S obzirom na početak bolesti, moguće je razlikovati dva oblika psorijaze. Tip 1 započinje u mlađoj životnoj dobi, odnosno do 40. godine života. On se smatra nasljednim oblikom, te obuhvaća 75% oboljelih. Navodi se kako tip 1 ima veći negativan psihološki učinak na oboljele (Ferrandiz, Pujol, Garcia-Patos i Smandia, 2002; Gupta, Gupta i Watteel, 1996). Tip 2 se javlja u kasnijoj životnoj dobi, to jest, nakon 40. godine života i tijekom bolesti je lakši u usporedbi s tipom 1 (Menter i Stoff, 2010; Henseler i Christophers, 1985; Ginsburg i Link, 1989; Kossakowska, Ciescinska, Jaszewska i Placek, 2010).

Uz psorijazu se javljaju različiti komorbiditeti, kao na primjer kardiovaskularne bolesti, dijabetes, ali i pretilost, ovisnost o cigaretama, depresija, anksioznost te maligne bolesti koje su ujedno i češće prisutna stanja (Armstrong, Harskamp, Dhillon i Armstrong, 2014; Gottlieb,

Chao i Dann, 2008; Kimball i sur., 2008). Navedeni komorbiditeti mogu se javiti istovremeno sa psorijazom ili godinama nakon utvrđivanja dijagnoze. Teži klinički simptomi psorijaze doprinose riziku povećanog mortaliteta, te je životni vijek kraći tri do pet godina.

Točan uzrok psorijaze još uvijek nije poznat, danas se pretpostavlja da je uzrokovana međudjelovanjem imunoloških, genetskih i okolinskih čimbenika. Smatra se kako je nasljeđivanje psorijaze uzrokovano kombinacijom više gena, koji su smješteni na različitim kromosomima, pri čemu važnu ulogu ima šesti kromosom čija uloga je reguliranje imunoloških reakcija. Ovi podaci doprinose teoriji prema kojoj su imunološke reakcije pokretači upalnog procesa u psorijazi, odnosno potiču ubrzano dijeljenje i rast stanica površinskog sloja kože, koje je u usporedbi sa zdravom kožom veće 4-6 puta. Različiti okolinski čimbenici, kao što su infekcije, lijekovi, tjelesne ozljede (Koebnerov fenomen) mogu uzrokovati ili dovesti do pogoršanja psorijaze. Utjecaj na psorijazu ima i način života (pušenje, konzumiranje alkohola), vremenske promjene (hladnoća, vlaga), hormonalne promjene, lijekovi i stres (Šitum i sur., 2011; Chandran i Raychaudhuri, 2010; Elder i sur., 2010; Raychaudhuri i Gross, 2000). Danas se prihvaća da su i psihički čimbenici važni u razvoju psorijaze, te da pridonose pogoršanju simptoma, ali i da produžuju sam oporavak.

Psorijaza utječe na socijalni, privatni i profesionalni život osoba, pri čemu na uobičajene dnevne aktivnosti utječe kod gotovo 60% oboljelih. To je osobito prisutno kod žena, mlađih osoba i onih sa umjerenom i teškom psorijazom (Stern, Nijsten, Feldman, Margolis i Rolstad, 2004). Negativan utjecaj pokazao se i kod obitelji osoba oboljelih od psorijaze koji se odražava u psihološkom i socijalnom aspektu života. Dolazi do promjena u životnim navikama i obiteljskim aktivnostima, socijalnim odnosima, a često su prisutni i financijski problemi (Colombo i Perego, 2013).

Za procjenu težine bolesti, odnosno kliničkih simptoma psorijaze najčešće se primjenjuju mjere Indeks zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze (Psoriasis Area and Severity Index; PASI) i Zahvaćenost površine kože (Body Surface Area; BSA), ali i indeks kvalitete života. Prilikom primjene PASI mjere u obzir se uzima površina zahvaćene kože, te se za psorijatične lezije određuje zastupljenost crvenila, debljina psorijatičkog plaka i ljuškanje. Prema europskom konsenzusu blaga psorijaza definira se s PASI vrijednosti do 10, dok se srednje teška ili teška psorijaza definira s vrijednosti većom od 10 (Mrowietz i sur., 2011). Procjena težine bolesti iznimno je važna, zbog odabira prikladnog oblika liječenja, ali i prilikom praćenja učinkovitosti liječenja. U liječenju psorijaze primjenjuju se različiti oblici terapija: a) lokalna terapija, b) fototerapija, c) konvencionalna sustavna terapija, d) biološka terapija, e) psihosocijalna terapija, f) prirodni činitelji (Kaštelan i sur., 2013).

1.2. Odnos psorijaze i stresa

Stres se definira kao odnos između osobe i njezinog okruženja, odnosno, stresna reakcija ovisi o interakciji karakteristika osobe i prirode događaja (Lazarus i Folkman, 2004). Smatra se kako je stres kod osoba oboljelih od psorijaze jedan od glavnih predisponirajućih čimbenika vezanih uz početak javljanja ove bolesti, ali i pogoršanja njihovog zdravstvenog stanja (Heller, Lee i Koo, 2011; Griffiths i Richards, 2001), što oboljeli i navode (Krueger i sur., 2001). Naime, pokazalo se da su doživjeli više stresnih događaja šest mjeseci prije postavljanja dijagnoze (Naldi, Peli, Parazzini i Carrel, 2001), dok je više od 60% oboljelih od psorijaze doživjelo stresan životni događaj prije pogoršanja bolesti (Pacan, Szepietowski i Kiejna, 2003). Dnevni stresovi također doprinose težini bolesti (Verhoeven i sur., 2009), a prema istraživanju Fortune i sur. (2003) kod osoba koje su doživljavale veći intenzitet stresa učinak terapije bio je manji. S obzirom na dob u kojoj se razvila psorijaza rezultati ukazuju da se uz tip 1 psorijaze povezuje viša razina doživljenog stresa (Ginsburg i Link, 1989; Kossakowska, Ciescinska, Jaszewska i Placek, 2010). Također, prilikom ispitivanja razlika s obzirom na spol pokazalo se kako žene oboljele od psorijaze doživljavaju višu razinu stresa od muškaraca (Finzi i sur., 2007).

1. 2. 1. Suočavanje sa stresom

Iako karakteristične kožne promjene prisutne kod ove bolesti izazivaju prisutnost kroničnog stresa, tijekom bolesti ovisi o strategijama suočavanja koje pojedinac koristi (Tadinac, Hromatko i Jokić-Begić, 2009). Prema Lazarusu i Folkmanovoj (2004) osoba prilikom suočavanja sa stresom konstantno mijenja kognitivne i ponašajne napore kako bi svladala vanjske ili unutarnje zahtjeve za koje procjenjuje da su prezahtjevni za njezine adaptivne resurse ili kapacitete, odnosno ugrožavajući za njezinu dobrobit. Rezultat usklađenosti visoke kontrolabilnosti događaja i strategije suočavanja jest uspješno suočavanje sa stresom, što zauzvrat umanjuje negativne ishode stresa. Za razliku od uspješnog suočavanja, neučinkovito suočavanje sa stresom povećava negativne efekte stresnih događaja. Samim tim, strategije suočavanja često bivaju medijator između stresnih događaja i depresije, anksioznosti, psihološkog distresa te somatskih poteškoća (Endler i Parker, 1994).

Prema funkciji suočavanje se dijeli na a) suočavanje usmjereno na problem, b) suočavanje usmjereno na emocije, c) suočavanje putem izbjegavanja (Endler i Parker, 1994). *Suočavanje usmjereno na problem* uključuje definiranje problema, traženje alternativnih

rješenja, te odabir rješenja i djelovanje, a funkcija mu je promjena stresne situacije. Kod *suočavanja usmjerenog na emocije* funkcija je smanjenje emocionalne napetosti, te se pojedinac usmjerava na emocije pri čemu dolazi do promjene u načinu na koji se interpretira određeni događaj ili situacija. *Suočavanje putem izbjegavanja* je karakterizirano ponašanjima i kognitivnim promjenama usmjerenim na izbjegavanje stresne situacije te negiranje postojanja problema pri čemu se izbjegavanje može definirati kao fizičko, ali i psihološko.

Prema istraživanju Tausk i Nousaria (2001) strategija suočavanja sa stresom bitno utječe na težinu i tijek kronične kožne bolesti. Općenito se pokazalo kako su oboljeli od psorijaze u odnosu na zdravu populaciju skloni procjenjivati događaje stresnijima te ih karakterizira slabija sposobnost suočavanja sa stresom (Pietrzak, Janowski, Lechowska-Mazur i Krasowska, 2006). Suočeni s negativnim životnim događajima ili stresnom situacijom pokazuju poteškoće u upravljanju stresom na odgovarajući način, manje primjenjuju strategije usmjerene na problem, a teže izbjegavanju negativnih ishoda (Bahmer i Bahmer, 2011). Osobe oboljele od psorijaze koriste izbjegavajuće ili pasivne strategije suočavanja sa stresom, što se smatra dijelom njihovih individualnih odgovora u suočavanju s bolesti (Da Silva, Müller i Bonamigo, 2006). Prema nekim istraživanjima češće koriste strategiju poricanja, a mnogo manje prihvaćanje (Zaher, Amin i Rakhawy, 2009). Ukoliko dugoročno primjenjuju neučinkovite strategije suočavanja sa stresom, to može uzrokovati, ubrzati i pogoršati simptome psorijaze (Vladut i Kallay, 2010). S druge strane, ne treba negirati ni nekolicinu ispitivanja gdje se pokazalo kako populacija oboljelih od psorijaze koristi aktivno suočavanje, traženje socijalne potpore, prihvaćanje, planiranje i pozitivnu reinterpetaciju (Cvitanović i Jančić, 2014; Fortune, Richards, Main i Griffiths, 2002).

Niža razina prihvaćanja psorijaze povezuje se sa suočavanjem putem izbjegavanja. To može dovesti do nepridržavanja medicinske terapije, što dalje pridonosi pogoršanju kliničkih simptoma. S druge strane, visoka razina prihvaćanja povezuje se s visokom razinom optimizma, manje zastupljenim vjerovanjem o utjecaju drugih ljudi na zdravlje, što dovodi do manje zastupljenosti suočavanja usmjerenog na emocije (Zalewska, Miniszewska, Chodkiewicz i Narbutt, 2007). Istraživanje Scharloo i sur. (2000) pokazalo je da su nakon godinu dana od postavljanja dijagnoze, oboljeli od psorijaze koji su izražavali svoje emocije češće, tražili socijalnu podršku, koristili više distrakcija i manje primjenjivali pasivne strategije suočavanja ujedno bili i manje anksiozni i depresivni, prepisivala im se manje agresivna terapija te su bili boljeg fizičkog zdravlja.

1.3. Odnos ličnosti i psorijaze

Smatra se da oboljeli od kožnih bolesti imaju određene psihološke karakteristike koje ih čine podložnijima stresu (Kim i sur., 2006; Papadopoulos i Walker, 2003). Povezanost između psihološke ranjivosti i stresnih događaja može imati važnu ulogu u razvoju kožnih bolesti. Kao jedan od čimbenika koji mogu utjecati na početak i razvoj psorijaze, odnosno na njezine simptome smatraju se karakteristike ličnosti (Ak i sur., 2012; Bahmer, Kuhl i Bahmer, 2007) budući da ličnost utječe na stupanj izloženosti stresorima, njihovoj interpretaciji, ali i reaktivnosti na njih (Vollrath, 2001). Različita istraživanja ispitivala su postoje li razlike u ličnosti između osoba oboljelih od psorijaze i zdrave populacije, no dobiveni rezultati nisu konzistentni (Dooley i Finlay, 1990; Ginsburg i Link, 1989; Matussek, Agerer i Seibt, 1985; Brufau, Berná, Brufau Redondo, Ramirez Andreo i Liminana Gras, 2010; Kılıç, Güleç, Gül i Güleç, 2008). Prilikom ispitivanja odnosa petofaktorskog modela ličnosti i psorijaze, pokazalo se da su dvije osobine ličnosti povezane sa simptomima psorijaze. Utvrđeno je kako osobe oboljele od psorijaze imaju visoki neuroticizam i nisku ekstraverziju (Magin, Pond, Smith, Watson i Goode, 2008; Lyketsos, Stratigos, Tawil, Psaras i Lyketsos, 1985). S druge strane, u nekim istraživanjima se pokazalo kako nema razlike u ličnosti uspoređujući oboljele sa zdravom populacijom (Antuña-Bernardo, 2000; prema Brufau, Berná, Brufau Redondo, Ramirez Andreo i Liminana Gras, 2010).

1.3.1. Temperament i psorijaza

Temperament utječe na prilagodbu pojedinca u okolini. Smatra se da temperament, kao genetski determinirana komponenta ličnosti, utječe na način percipiranja i reagiranja na osnovne podražaje u okolini (nagrada, kazna, nepoznata situacija), što dovodi do javljanja osnovnih emocija kao što su uroda, strah ili srdžba (Cloninger, 1987). Zbog svoje biološke osnove i načina na koji usmjerava pojedinca da reagira na svoju okolinu temperament predstavlja podlogu za kasnije prisutno psihičko i fizičko zdravlje. U svjetlu ispitivanja uzroka psorijaze postoje neki radovi koji su provjeravali utjecaj temperamenta na zastupljenost simptoma ove bolesti te se pokazalo kako postoji povezanost temperamenta i javljanja psorijaze (El Kefi i sur., 2013).

Cloningerov model ličnosti je model koji se najčešće primjenjivao u ispitivanju odnosa ličnosti i psorijaze. Cloninger je razvio svoj model na temelju istraživanja psihosocijalnih i razvojnih područja, kao i podataka iz područja genetike i psihobiologije, te je predložio podjelu

ličnosti na sedam komponenti. Ličnost obuhvaća automatske emocionalne reakcije, odnosno, temperament i osnovne kognitivne sheme, to jest, karakter. Četiri su dimenzije temperameta zahvaćene ovim modelom: a) *traženje novosti*, b) *izbjegavanje štete*, c) *ovisnost o nagradi*, d) *ustrajnost*. *Traženje novosti* povezuje se s ponašanjima i reagiranjem u nepoznatim situacijama i u situacijama kada je moguće izbjeći kaznu, te ponašanjima u prisutnosti nagrade. Osobe koje postižu visoko *traženje novosti* su impulzivne, entuzijastične i znatiželjne. Osobe koje imaju visoko *izbjegavanje štete* su nesigurne, pesimistične, zabrinute i povučene, te su ove karakteristike posebno kod njih izražene u situacijama koje mogu dovesti do nelagode ili kazne. *Ovisnost o nagradi* karakterizira zastupljenost ponašanja koja su bila, ali više nisu nagrađena. Osobe izrazito visoke *ovisnosti o nagradi* su društvene, privržene, osjetljive na socijalno odobravanje i podršku. *Ustrajnost* se povezuje s perfekcionizmom, ambicioznošću, ustrajanju unatoč umoru, frustracijama ili stresu (Cloninger, Przybeck, Svrakic i Wetzel, 1994).

Kada je riječ o zdravlju pokazalo se kako osobe visokog *izbjegavanja štete* i visokog *traženja novosti* češće iskazuju poteškoće s tjelesnim zdravljem, te veću zastupljenost depresivnog raspoloženja (Gurpegui i sur., 2007). S druge strane, izostanak zdravstvenih poteškoća povezuje se s niskim *izbjegavanjem štete* i visokom *ustrajnošću* (Kim, Lee i Lee, 2013). Oboljele od kroničnih bolesti često karakterizira visoko *izbjegavanje štete* i nisko *traženje novosti* (Ahmadi, 2015), a kada se promatra odnos temperameta i dermatoloških bolesti, rezultati upućuju na visoko *izbjegavanje štete* i nisku *ovisnost o nagradi* kod oboljelih (Kim i sur., 2006).

U istraživanjima odnosa psorijaze s Cloningerovim modelom ličnosti (1987) pokazuje se kako osobe oboljele od psorijaze imaju visoko izraženo *izbjegavanje štete* (Kılıç, Güleç, Gül i Güleç, 2008), *traženje novosti*, a nisko prisutnu *ustrajnost* (Guler i sur., 2007). Istraživanje koje je uključivalo samo muškarce oboljele od psorijaze, pokazalo je kako oni postižu visoke rezultate na skali *traženja novosti* i *ovisnosti o nagradi* (Ak i sur., 2012). Osim toga, kada se uspoređivao temperament osoba s vrlo izraženom kliničkom slikom u odnosu na one čiji su simptomi blažeg karaktera pokazalo se kako oboljeli s težim kliničkim simptomima imaju izraženije *izbjegavanje štete* i *ovisnost o nagradi*, za razliku od onih s blažim simptomima (Offidani, Del Basso, Prignano i Tomba, 2016; Ak i sur., 2012). Unatoč tome, postoje i sugestije kako ne postoje razlike u temperamentu između oboljelih od psorijaze i zdrave populacije (Doruk, Tunca, Koc, Erdem i Uzun, 2009).

1.4. Odnos temperameta i suočavanja sa stresom

Osnovni način na koji temperament utječe na javljanje psihopatoloških stanja i bolesti je putem reakcija pojedinca na stres, točnije moderacijom percepcije stresnih situacija, te odabirom strategija suočavanja (Strelau, 2001; Ak i sur., 2012; Bolger i Zuckerman, 1995). Kada je riječ o strategijama suočavanja, osobe određenog temperamenta imaju sklonost korištenja određene strategije u većini stresnih situacija. Prema podacima iz literature stresori visokog intenziteta omogućavaju više varijabilnosti u suočavanju sa stresom, stoga je kod takvog oblika stresora mnogo lakše prikazati povezanost između ličnosti i strategija suočavanja sa stresom. Kao primjer stresora visokog intenziteta navodi se kronična bolest (Gomez, Bounds, Holmber, Fullarton i Gomez, 1999; Moos i Holahan, 2003; Murberg, Bru i Stephens, 2002).

Istraživanja s Cloningerovim modelom pokazuju da visoko *izbjegavanje štete* najviše doprinosi maladaptivnim ponašanjima i stanjima jer se povezuje s tendencijom doživljavanja visokog psihološkog distresa (Ball, Smolin i Shekhar, 2002). S druge strane, navodi se kako je visoka *ovisnost o nagradi* zaštitni čimbenik kada je u pitanju psihološki distres (Farmer i sur., 2003; Jylhä i Isometsä, 2006). U istraživanju Balla, Smolina i Shekhara (2002) pokazalo se kako je *izbjegavanje štete* pozitivno povezano s izbjegavanjem, a *ovisnost o nagradi* sa strategijama suočavanja usmjerenim na emocije. *Traženje novosti* povezuje se sa izbjegavajućim strategijama suočavanja, što rezultira visokim razinama stresa (An i sur., 2012). Osobe koje postižu visoke rezultate na dimenziji *ovisnost o nagradi* karakterizira društvenost i otvorenost, što ide u prilog korištenja strategije suočavanja usmjerene na emocije, budući da te osobe lakše traže podršku okoline (van Berkel, 2009). Zauzvrat, to se povezuje s procjenom nižih kliničkih simptoma psorijaze (Scharloo i sur., 1998).

2. Cilj istraživanja

Ispitati odnos temperamenta, strategija suočavanja sa stresom i procijenjene težine simptoma psorijaze.

3. Problemi

1. Ispitati mogućnost predviđanja zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze kod oboljelih s obzirom na temperament.
2. Ispitati neizravan odnos temperamenta i zastupljenosti simptoma psorijaze putem strategija suočavanja.
3. Ispitati postoje li razlike u težini bolesti s obzirom na spol.
4. Ispitati postoje li razlike u težini bolesti s obzirom na tip psorijaze.

4. Hipoteze

1. Temperament izravno doprinosi zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze. Očekuje se da visoko *izbjegavanje štete* i visoka *ovisnost o nagradi* izravno predviđaju visoku zastupljenost kliničkih simptoma psorijaze.
2. Temperament neizravno doprinosi simptomima psorijaze i to preko suočavanja sa stresom. Očekuje se da:
 - a) Visoko *izbjegavanje štete*, *traženje novosti* te niska *ustrajnost* preko visokog suočavanja putem izbjegavanja doprinose visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze.
 - b) Visoka *ovisnost o nagradi* i nisko *traženje novosti* preko visokog suočavanja usmjerenog na emocije doprinose niskoj zastupljenosti simptoma psorijaze.
 - c) Visoka *ustrajnost*, nisko *izbjegavanje štete* i *traženje novosti* preko visokog suočavanja usmjerenog na problem doprinose niskoj zastupljenosti simptoma psorijaze.
3. Veća procijenjena težina bolesti očekuje se kod žena oboljelih od psorijaze.
4. Veća procijenjena težina bolesti očekuje se kod osoba s tipom 1 psorijaze.

5. Metodologija

5.1 Sudionici

U istraživanju su sudjelovale punoljetne osobe kojima je dijagnosticirana psorijaza vulgaris, a koje su dobrovoljno pristale na sudjelovanje. Ukupno je ispitano 126 sudionika, od toga je 74 sudionika bilo ženskog spola (58.7%) i 52 sudionika muškog spola (41.3%). Raspon dobi sudionika kretao se od 18 do 84 godine, s prosječnom dobi 47.36 godina ($SD=15.05$). Uzimajući u obzir podatke o mjestu stanovanja, 32 (25.4%) ih živi u selu, 41 (32.5%) u manjem

gradu i 53 (42.1%) u velikom gradu. Sudionici se razlikuju s obzirom na obrazovanje, te njih 4 (3.1%) nema završenu osnovnu školu, 18 (14.3%) ima završenu osnovnu školu, najveći broj njih ima završenu srednju školu, 84 (66.7%), dok je 20 (15.9%) visoko obrazovano. Ukupno 70 (55.6%) sudionika je ili nezaposleno ili u mirovini, dok je 56 (44.4%) zaposleno. Najveći broj sudionika, 79 (62.7%) je u nekom obliku partnerske veze (u braku ili izvanbračnoj zajednici), a 47 (37.3%) nije (samci, razvedeni, udovac/udovica).

Kod sudionika je razdoblje trajanja bolesti od 1 do 56 godina, pri čemu je prosjek 17 godina ($SD=13.18$), dok je prosjek liječenja 16.47 godina ($SD=12.98$). Uzimajući u obzir procijenjenu težinu bolesti 69 (56.8%) sudionika ima blage simptome psorijaze, a srednje teške ili teške njih 57 (43.2%). Što se tiče tipa psorijaze od kojeg osobe boluju 89 (70.6%) sudionika ima tip 1, dok je 37 (29.4%) tip 2. Zbog psorijaze je 73 sudionika (57.9%) u prošlosti bilo hospitalizirano, a 53 (42.1%) nikada nije. Manji broj sudionika i to njih 41 (32.5%) u obitelji ima članove koji su također oboljeli od psorijaze, dok 85 (67.5%) navodi kako nema. Kod sudionika su prisutni i različiti komorbiditeti: 30 (23.8%) ima psorijatični artritis, 7 (5.5%) kardiovaskularne bolesti, 5 (4%) navodi psihičke poremećaje, 19 (15.1%) druge bolesti, dok 65 (51.6%) sudionik nema dijagnosticirane komorbiditete. Veći broj sudionika, njih 97 (77%) ne konzumira alkohol, a 29 (23%) konzumira, dok se 58 (46%) sudionika izjasnilo kao pušač, a 68 (54%) kao nepušač. Uz to, 44 (34.9%) je posjetilo psihologa ili psihijatra, a 82 (65.1%) navodi da nikada nije.

5.2 Instrumenti

Upitnik općih sociodemografskih podataka i kliničkih indikatora konstruiran je za potrebe ovog istraživanja kako bi se prikupile informacije o spolu, dobi, mjestu stanovanja, obrazovanju, zaposlenosti, bračnom statusu, trajanju bolesti i liječenju te tipu psorijaze. Tip psorijaze određuje se na temelju dobi u kojoj se psorijaza javila, dijagnosticiranje bolesti do 40. godine smatra se tipom 1, a nakon 40. godine života tipom 2. Uz to, sudionicima su se postavila pitanja o hospitalizaciji zbog psorijaze, dijagnozi psorijaze kod članova obitelji, komorbiditetima, konzumiranju alkohola i pušenju, te jesu li bili upućeni psihologu ili psihijatru. Također, na temelju PASI vrijednosti zabilježilo se imaju li sudionici a) blagu psorijazu (PASI vrijednost do 10), b) srednje tešku ili tešku psorijazu (PASI vrijednost veća od 10).

Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (Coping Inventory for Stressful Situations; CISS; Endler i Parker, 1994; prema Sorić i Proroković, 2002) procjenjuje

stilove suočavanja kao stabilne karakteristike ličnosti. Upitnik sadrži 48 tvrdnji koje su raspoređene u tri podljestvice: a) suočavanje usmjereno na emocije ("Zaokupljen sam brigama i problemima."), b) suočavanje usmjereno na problem ("Mislim o tome kako sam riješio slične probleme.") i c) suočavanje putem izbjegavanja ("Mislim o dobrim stvarima koje su se dogodile."). Sudionik na skali od pet stupnjeva (od 1 – uopće ne do 5 – potpuno da) treba odrediti u kojoj mjeri u određenoj situaciji primjenjuje određeni tip suočavanja. Ukupan rezultat dobiva se zbrajanjem odgovora svake podljestvice pri čemu veći rezultat upućuje na veću zastupljenost navedene strategije suočavanja.

Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama preveden je na hrvatski jezik i korišten u ranijim istraživanjima na ovim prostorima (Sorić i Proroković, 2002). Unutarnja pouzdanost skala iznosi .86 za skalu suočavanja usmjerelog na problem, .85 za skalu suočavanja usmjerelog na emocije i .85 za skalu izbjegavanja (Kurtović i Živčić-Bećirević, 2011). Koeficijenti unutarnje pouzdanosti na ovom uzorku su .82 za ljestvicu suočavanje usmjereno na problem, .87 za suočavanje usmjereno na emocije i .76 za suočavanje putem izbjegavanja.

Skale temperamenta (Temperament and Character Inventory; TCI; Cloninger, Przybeck, Svrakic i Wetzel, 1994) preuzete su iz Temperament and Character Inventory-a, multidimenzionalnog instrumenta kojim se mjere individualne razlike u temperamentu i karakteru. Temperament and Character Inventory sadrži četiri skale temperamenta i tri skale karaktera. U ovom istraživanju koristile su se samo skale temperamenta. Četiri skale koje mjere četiri dimenzije temperamenta su: a) *traženje novosti* ("Često isprobavam nove stvari radi zabave ili zbog uzbuđenja, čak iako većina ljudi misli da je to gubitak vremena."), b) *izbjegavanje štete* ("Obično sam uvjeren da će sve proći dobro, čak i u onim situacijama koje druge ljude zabrinjavaju."), c) *ovisnost o nagradi* ("Obično stvari radim na svoj način-radije nego da popuštam željama drugih ljudi."), d) *ustrajnost* ("Više volim izazovne nego lagane poslove."). Skale se razlikuju po broju tvrdnji, te skala *traženje novosti* sadrži 35 tvrdnji, *izbjegavanje štete* 33, *ovisnost o nagradi* 30, a *ustrajnost* 35 tvrdnji. Ispitanikov zadatak je da na skali Likertovog tipa od pet stupnjeva zaokruži jedan od ponuđenih odgovora (od 1 -potpuno netočno do 5 -potpuno točno). Ukupan rezultat formira se za svaku skalu zbrajanjem svih odgovora, pri čemu viši rezultat ukazuje na veću zastupljenost pojedine dimenzije temperamenta.

Skale su već ranije prevedene i korištene u istraživanjima na hrvatskim uzorcima. Tada se pokazalo da je pouzdanost skala zadovoljavajuća. Koeficijent unutarnje pouzdanosti za skalu *traženja novosti* iznosi .77, za skalu *izbjegavanja štete* .85, za skalu *ovisnosti o nagradi* .87 i

.92 za skalu *ustrajnosti* (Marčinko i Ajduković, 2013). Na ovom uzorku koeficijent pouzdanosti iznosi .75 za skalu *traženja novosti*, .89 za *izbjegavanje štete*, .73 za skalu *ovisnosti o nagradi* i .90 za skalu *ustrajnosti*.

Indeks zahvaćenosti kože psorijazom i težine psorijaze (Psoriasis Area and Severity Index; PASI; Fredriksson i Pettersson, 1978) koristi se za procjenu težine kliničke slike psorijaze koju određuje dermatolog. Težina kliničke slike određuje se s obzirom na površinu zahvaćene kože psorijatičnim lezijama i njihov stupanj. Unutar lezija procjenjuje se zastupljenost crvenila, debljina psorijatičkog plaka i ljuskanje. Težina kliničke slike određuje se za određene dijelove kože tijela (glava, trup, ruke i noge). Površina zahvaćenosti kože psorijatičnim lezijama boduje se od 0 do 6, prema procijenjenom postotku zahvaćenosti kože (0 = 0%, 1 = <10%, 2 = 10-29%, 3 = 30-49%, 4 = 50-69%, 5 = 70 do 89%, 6=90-100%). Zastupljenost crvenila, debljina psorijatičkog plaka i ljuskanje određuje se na skali od pet stupnjeva (od 0- bez simptoma do 4-vrlo teško). Ukupan rezultat čini zbroj procijenjenih stupnjeva zastupljenosti crvenila, debljine psorijatičnog plaka i ljuskanja za glavu, trup, ruke i noge, pri čemu se u obzir uzima i površina kože koju obuhvaća određeni dio tijela. Minimalan ukupni rezultat iznosi 0 i označava stanje bez bolesti, dok je maksimalan rezultat 72 i označava maksimalnu težinu bolesti.

Ovaj instrument koristi se u kliničkim ispitivanjima psorijaze te se pokazalo kako se postižu dobri rezultati u razlikovanju promjena u težini bolesti između oboljelih. Utvrđena pouzdanost procjenjivača za PASI iznosi .80 (Cabrera, Chinniah, Lock, Cains i Woods, 2015).

5.3 Postupak

Istraživanje se provelo u Kliničkom bolničkom centru Osijek, na Zavodu za hematologiju, kliničku imunologiju, reumatologiju i dermatovenerologiju u Osijeku, te je prije provedbe istraživanja ravnateljstvo i Etičko povjerenstvo bolnice dalo suglasnost. Sudionici su zamoljeni za sudjelovanje u istraživanju prilikom standardne posjete liječniku. Prije ispitivanja sudionicima se pročitala opća uputa, te ih se na taj način uputilo u cilj istraživanja i postupak, nakon čega ih se zamolilo da potpišu suglasnost o sudjelovanju u istraživanju. Naglasilo im se kako je njihovo sudjelovanje dobrovoljno, te da u bilo kojem trenutku mogu odustati. Napomenulo im se da će se dobiveni rezultati koristiti isključivo u znanstvene svrhe, a da su njihovi podaci anonimni. Ispitivanje je proveo istraživač, dok je težinu bolesti procijenio njihov dermatolog.

6. Rezultati

Kako bi se ispitaio normalitet distribucija primijenjen je Kolmogorov-Smirnovljev test, te je utvrđeno kako distribucije varijabli težina bolesti i strategija suočavanja usmjerena na problem odstupaju od normalne distribucije, dok su ostale varijable normalno distribuirane.

S obzirom da neki autori smatraju Kolmogorov-Smirnovljev test robusnim, provjereni su i indeksi asimetričnosti i spljoštenosti. Vrijednosti se smatraju zadovoljavajućima ukoliko su u rasponu +/-2, te se u tom slučaju distribucija smatra normalnom (Lomax i Hahs-Vaughn, 2012). Uzimajući u obzir da se za ispitane varijable vrijednosti navedenih indeksa kreću u zadanom rasponu vrijednosti, u obradi podataka koristile su se parametrijske metode.

Prvo su utvrđeni deskriptivni podaci ispitanih varijabli koji su prikazani u tablici 1., a nakon toga su i izračunati koeficijenti korelacija koji se mogu naći u tablici 2.

Tablica 1. Deskriptivni podaci (prosječne vrijednosti, raspršenja, minimalne i maksimalne vrijednosti, te teorijski rasponi) strategija suočavanja, dimenzija temperamenta i težine bolesti (N=126)

Varijable	M	SD	Ostvareni minimalni rezultat	Ostvareni maksimalni rezultat	Teoretski raspon rezultata
Suočavanje usmjereno na problem	56.53	7.609	34	74	16-80
Suočavanje usmjereno na emocije	47.65	10.616	22	75	16-80
Suočavanje putem izbjegavanja	49.17	7.947	33	69	16-80
Traženje novosti	104.17	9.194	83	129	35-175
Izbjegavanje štete	95.43	17.680	53	138	33-165
Ovisnost o nagradi	100.83	10.883	70	128	30-150
Ustrajnost	118.49	17.181	60	169	35-175
Težina bolesti	12.32	12.039	0	51.4	0-72

Dobivene vrijednosti ukazuju da oboljeli od psorijaze podjednako koriste sva tri oblika suočavanja sa stresom, a najviši rezultati postignuti su na strategijama suočavanja usmjerenim na problem. Zastupljenost dimenzija temperamenta također je podjednaka. Najviša prosječna vrijednost postignuta je na dimenziji *ustrajnosti*, što ukazuje da su sudionici u istraživanju ambiciozni i ustrajni. S druge strane, najmanja prosječna vrijednost postignuta je na dimenziji *izbjegavanje štete*, ali i najveće raspršenje rezultata. Izraženost dimenzije *ustrajnosti* u odnosu na druge bilježi se i u drugim istraživanjima. Također, u ranijim istraživanjima pokazao se sličan odnos rezultata među skalama, kao i dobivene prosječne vrijednosti (Offidani, Del Basso, Prignano i Tomba, 2016).

Varijabla težina bolesti ima najmanju prosječnu vrijednost, iz čega se može vidjeti da je procijenjena težina bolesti kod većine oboljelih bila niska.

Tablica 2. Interkorelacije izmjerenih varijabli (N=126)

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.	21.	22.
1. Spol	-																					
2. Dob	-.07	-																				
3. Mjesto stanovanja	-.05	.20*	-																			
4. Obrazovanje	.15	-.12	.07	-																		
5. Radni status	-.03	.43**	-.03	-.21*	-																	
6. Bračni status	-.27**	.51**	.19*	-.14	.25**	-																
7. Trajanje bolesti	-.05	.33**	-.04	-.22*	.34**	.03	-															
8. Trajanje liječenja	-.05	.32**	-.02	-.21*	.33**	.03	.97**	-														
9. Tip psorijaze	-.08	.60**	.19*	.03	.14	.39	-.39**	-.37**	-													
10. Hospitalizacija	.01	-.22	.02	.19*	-.33**	-.18	-.13	-.11	-.16	-												
11. Članovi obitelji s psorijazom	.20*	.14	.06	.09	.04	.05	-.08	-.07	.19*	-.06	-											
12. Komorbiditet	.12	-.31**	-.01	-.21*	-.32**	.01	-.23**	-.22*	-.10	.20*	-.07	-										
13. Pušenje	.06	.11	.11	.01	.07	.05	.13	.13	.00	-.02	.04	-.03	-									
14. Alkohol	-.23**	.14	-.05	-.29**	.18*	.10	.03	.03	.06	-.18*	-.10	-.04	.10	-								
15. Psihijatar/psiholog	-.03	-.18*	.05	-.07	-.23**	-.09	.09	.06	-.15	.29**	-.19*	.11	.16	-.04	-							
16. Suočavanje usmjereno na problem	.04	.11	.01	.24**	-.04	-.01	-.15	-.14	.21*	-.08	.05	-.06	.05	-.01	-.06	-						
17. Suočavanje usmjereno na emocije	-.14	.06	-.01	.09	.07	.09	-.10	-.12	.15	-.08	.00	-.17	-.06	-.04	-.22*	.10	-					
18. Suočavanje putem izbjegavanja	.13	-.16	-.03	.11	-.05	-.04	-.18*	-.21	-.02	-.06	-.10	.05	-.01	-.14	.03	.45**	-.05	-				
19. Traženje novosti	.05	.11	.12	.03	-.09	.01	-.15	-.14	.25**	-.03	.20*	.14	.05	-.20*	-.01	.23**	.27**	.21*	-			
20. Izbjegavanje štete	-.20*	.03	-.13	-.10	.14	.16	.12	.10	-.03	-.05	.01	-.13	.15	.01	-.02	-.30**	.58**	-.30**	-.11	-		
21. Ovisnost o nagradi	-.20*	-.07	.00	.08	-.06	.12	-.33**	-.29**	.12	.00	-.09	-.05	-.01	.01	-.08	.21*	-.03	.22*	-.26**	-.13	-	
22. Ustrajnost	-.05	.29**	.14	-.03	.14	.11	-.05	-.03	.32**	-.05	.04	.01	.07	.10	-.00	.52**	-.06	.26**	.35**	-.49**	.15	-
23. Težina bolesti	.20	.01	-.09	-.04	-.03	.04	-.08	-.06	.07	-.25**	-.02	.04	-.04	.07	-.11	.11	.14	.19*	-.11	-.01	.21*	.00

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Dobivene korelacije kreću se od vrlo niskih do umjerenih. Može se vidjeti da sociodemografski podaci i klinički indikatori ne koreliraju s težinom bolesti. No, hospitalizacija zbog psorijaze korelira s težinom bolesti, što ukazuje da su na bolničkom liječenju u većoj mjeri bili oboljeli s težim simptomima psorijaze.

S druge strane, kada se promatraju povezanosti sociodemografskih varijabli i kliničkih indikatora s temperamentom, uočava se da su *izbjegavanje štete* i *ovisnost o nagradi* zastupljenije kod osoba ženskog spola u odnosu na osobe muškog spola. Dob je pozitivno povezana s *ustrajnosti*, a negativno s *traženjem novosti*, što znači da su starije osobe ustrajnije i perfekcionista, dok su mlađe osobe impulzivnije i entuzijastičnije. Trajanje bolesti negativno korelira s *ovisnosti o nagradi*, što nam upućuje da su osobe koje imaju kraće trajanje bolesti društvene, te veću važnost pridaju odobravanju od strane drugih osoba. Također, tip 1 psorijaze pozitivno korelira s *traženjem novosti* ukazujući da osobe kojima je dijagnosticirana psorijaza do 40. godine života postižu više rezultate na ovoj skali. Tip 2 psorijaze pozitivno korelira s *ustrajnosti*, što znači da je kod osoba kojima je psorijaza dijagnosticirana nakon 40. godine izraženija *ustrajnost*.

Promatrajući pojedinačne odnose između dimenzija temperamenta i strategija suočavanja sa stresom, uočava se kako dimenzija *izbjegavanje štete* jedina korelira sa svim strategijama suočavanja sa stresom. Pri tome, najveća povezanost *izbjegavanja štete* je sa strategijom suočavanja usmjerenom na emocije. Preostale dimenzije temperamenta koreliraju sa suočavanjem usmjerenim na problem i suočavanjem putem izbjegavanja, gdje se ističe pozitivna povezanost dimenzije *ustrajnost* i suočavanja usmjerenog na problem. Nadalje, *ovisnost o nagradi* ostvaruje jednaku pozitivnu povezanost s ove dvije strategije suočavanja.

Od svih dimenzija temperamenta jedina značajna korelacija s težinom bolesti utvrđena je kod dimenzije *ovisnost o nagradi* pri čemu je dobivena pozitivna povezanost između ove dvije varijable, što upućuje da oboljeli kod kojih je izraženija dimenzija *ovisnost o nagradi* imaju teže simptome psorijaze.

Kako bi se provjerila izravna povezanost temperamenta i težine bolesti primijenjena je hijerarhijska regresijska analiza. Budući da se pokazalo da spol, dob, trajanje bolesti i tip psorijaze koreliraju s nekim ispitivanim varijablama, odlučeno je da se njihovi efekti kontroliraju u svim analizama. Stoga su u prvi korak regresijske analize uvršteni spol i dob, u drugi trajanje bolesti i tip psorijaze, a u trećem koraku uvrštene su dimenzije temperamenta kao prediktori, dok je težina bolesti uvrštena kao kriterij. Dobiveni rezultati nalaze se u tablici 3.

Tablica 3. Rezultati hijerarhijske regresijske analize u ispitivanju izravnog doprinosa dimenzija temperamenta objašnjenju težine bolesti (N=126)

Težina bolesti	Model	Varijable	β	R^2	ΔR^2	F
1.Korak		Spol	0.098	0.010	0.010	0.56
		Dob	0.029			
2.Korak		Spol	0.1	0.037	0.026	1
		Dob	-0.037			
		Trajanje bolesti	-0.060			
		Tip psorijaze	0.146			
3.Korak		Spol	0.170	0.119	0.082	1.71
		Dob	-0.076			
		Trajanje bolesti	0.077			
		Tip psorijaze	0.222			
		Traženje novosti	-0.008			
		Izbjegavanje štete	-0.019			
		Ovisnost o nagradi	0.305*			
		Ustrajnost	-0.112			

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Kako je vidljivo iz tablice 3, rezultati hijerarhijske regresijske analize pokazali su kako dob i spol objašnjavaju 1% varijance, no njihov doprinos kriteriju nije statistički značajan. Trajanje bolesti i tip psorijaze objašnjavaju dodatnih 2.6% ukupne varijance kriterija i njihov doprinos također se nije pokazao statistički značajnim. Dimenzije temperamenta objašnjavaju dodatnih 8.2% varijance kriterija, te se provjerom doprinosa pojedinih prediktora iz tog bloka pokazalo kako je *ovisnost o nagradi* jedini značajan prediktor. Dobiveni rezultati pokazuju da visoka *ovisnost o nagradi* doprinosi visokoj zastupljenosti simptoma psorijaze.

U sljedećem koraku obrade provjeravalo se doprinosi li temperament zastupljenosti kliničkih simptoma neizravno, putem strategija suočavanja sa stresom. U tom su dijelu prediktori bile dimenzije temperamenta, a medijatori strategije suočavanja dok je kriterij bila težina bolesti.

Kako bi se ispitao medijacijski odnos korišten je postupak Barona i Kennyja (1986) koji uključuje četiri kriterija, odnosno četiri regresijske analize u kojima: 1. prediktor značajno predviđa kriterij, 2. prediktor značajno predviđa medijator, 3. medijator značajno predviđa kriterij, 4. prediktor i medijator omogućuju predviđanje kriterija, no u posljednjem koraku efekt prediktora treba biti smanjen ukoliko je riječ o medijaciji. Kako je u prethodnoj analizi provjeren prvi kriterij, sljedeće se provjeravalo jesu li ostali kriteriji Baron i Kennyjevog postupka zadovoljeni.

Primjenom Baron Kennyjevog postupka nije se utvrdila niti jedna medijacija, odnosno, nije utvrđeno da dimenzije temperamenta doprinose težini bolesti putem strategija suočavanja sa stresom.

Kako bi se odgovorilo na treći i četvrti problem, provedeni su t-testovi za velike nezavisne uzorke. Rezultati za provjeru spolnih razlika kada je riječ o težini simptoma nalaze se u tablici 5.

Tablica 5. Deskriptivna statistika i vrijednosti t-testa za provjeru razlika između žena i muškaraca u procijenjenoj težini bolesti (N=126)

Varijabla	Žene		Muškarci		<i>t</i> (124)	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
	11.33	10.77	13.66	13.40	-1.083	0.281

p* < 0.05; *p* < 0.01

Rezultati su pokazali kako ne postoji statistički značajna razlika između žena i muškaraca s obzirom na procijenjenu težinu bolesti.

Moguće razlike između tipa 1 i tipa 2 u procijenjenoj težini bolesti ispitane su isto putem t-testa za velike nezavisne uzorke. U provedenom istraživanju sudjelovalo je 89 sudionika s tipom 1 psorijaze i 37 sudionika s tipom 2, što odražava stvarno stanje u populaciji, budući da 75% oboljelih ima tip 1. Značajna razlika u broju sudionika ne zadovoljava kriterije za primjenu t-testa za velike nezavisne uzorke. No, prema nekim autorima, primjena t-testa je prihvatljiva i u tom slučaju, uz napomenu da je statistička snaga tog testa manja (Barton i Peat, 2014). Rezultati provedenog t-testa kod provjere razlike između tipa 1 i tipa 2 psorijaze s obzirom na težinu simptoma nalaze se u tablici 6.

Tablica 6. Deskriptivna statistika i vrijednosti t-testa za ispitivanje razlika između tipa 1 i tipa 2 u procijenjenoj težini bolesti (N=126).

Varijabla	Tip 1		Tip 2		<i>t</i> (124)	<i>P</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		
	11.76	12.50	13,57	10.48	-0.777	0.439

p* < 0.05; *p* < 0.01

Rezultati t-testa nisu pokazali da postoji statistički značajna razlika u težini bolesti između oboljelih s tipom 1 i onima s tipom 2 psorijaze.

7. Rasprava

Unatoč tome što se psorijaza smatra jednom od najčešćih kroničnih kožnih bolesti, još uvijek nisu u potpunosti prepoznati faktori koji doprinose nastajanju psorijaze i pogoršanju kliničkih simptoma. Kao jedan od psiholoških čimbenika koji doprinose psorijazi navodi se temperament, odnosno, pretpostavlja se kako određene dimenzije temperamenta mogu utjecati na veću ili manju zastupljenost simptoma psorijaze. Stoga se ovim istraživanjem željelo provjeriti doprinosi li temperament zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze. Doprinos stresa u razvoju psorijaze, ali i pogoršanju njezinih kliničkih simptoma smatra se iznimno važnim, te je naglasak na uspješnom suočavanju sa stresom. Budući da temperament ima određeni utjecaj na odabir strategija suočavanja sa stresom (Ak i sur., 2012), željelo se provjeriti doprinosi li temperament, putem strategija suočavanja sa stresom, zastupljenosti simptoma psorijaze.

Prvi problem istraživanja bio je ispitati mogućnost predviđanja zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze s obzirom na dimenzije temperamenta iz Cloningerovog modela. Hipoteza je pretpostavljala da će visoko *izbjegavanje štete* i *ovisnost o nagradi* doprinijeti većoj zastupljenosti simptoma. Navedena hipoteza djelomično je potvrđena, pri čemu se pokazalo kako od svih dimenzija temperamenta jedino *ovisnost o nagradi* doprinosi simptomima psorijaze. Pokazalo se da visoka *ovisnost o nagradi* doprinosi visokoj zastupljenosti težine simptoma psorijaze. Dobiveni rezultati mogu se objasniti karakteristikama osobe koja postiže visoke rezultate na *ovisnosti o nagradi*. Takve osobe su društvene, otvorene, potiču socijalnu interakciju, no oboljeli od psorijaze često nisu u mogućnosti ostvariti socijalne kontakte. Naime, pokazalo se kako su oboljeli od psorijaze često stigmatizirani, odbačeni od strane društva,

isključeni iz različitih socijalnih situacija, ali i da zbog fizičkog stanja nisu u mogućnosti sudjelovati u nekim društvenim događanjima. Također, često počnu svjesno izbjegavati situacije i aktivnosti za koje smatraju da bi ih mogli dovesti do osude okoline ili im izazvati neugodu. Sve to dovodi do toga da nisu zadovoljene njihove potrebe za socijalnom potvrdom i podrškom okoline. Uz to, često izjavljuju da se osjećaju usamljeno, izolirano i neprivlačno. U prilog tome idu i podaci istraživanja koje je proučavalo utjecaj psorijaze na različite aspekte života, pri čemu je najveći utjecaj bio na emocionalni život (98% sudionika), socijalni život (94%) i obiteljski život (70%). Dakle, najveći utjecaj je na aspekte života koji omogućavaju socijalnu podršku (Pariser i sur., 2015). Suočeni s nedostatkom socijalnih interakcija, doživljavaju stres, a sam stres izaziva pogoršanje simptoma psorijaze. Naime, podaci pokazuju da se visoka *ovisnost o nagradi* povezuje s većom socijalnom podrškom, dok socijalna podrška regulira odnos stresa i zdravlja (Krebs, Weyers i Janke, 1998; Fleming, Baum, Gisriel i Gatchel, 1982). Izvor stresa mogu predstavljati i sami međuljudski odnosi, njihovo održavanje, zabrinutost zbog negativnog doživljaja od strane drugih ljudi i slično. Također, ono što nerijetko karakterizira odnose s drugim ljudima su povremeni konflikti, što osobama koje postižu više rezultate na *ovisnosti o nagradi* može biti stresnije, a samim time utjecati i na veću zastupljenost simptoma psorijaze.

Istraživanja su pokazala kako je visoka zastupljenost dimenzije *izbjegavanje štete* povezana s procijenjenom teškom psorijazom (Offidani, Del Basso, Prignano i Tomba, 2016). S obzirom da je u provedenom istraživanju najveći broj sudionika, njih 69 (56.8%), imao blage simptome psorijaze, to može biti razlog za nepotvrđivanje *izbjegavanja štete* u ulozi prediktora simptoma psorijaze. Uz to, osobe koje postižu visoke rezultate na *izbjegavanju štete* opisuju se kao oprezne, bojažljive, zabrinute, nesigurne, sumnjičave, pesimistične, te im je potrebno više potvrđivanja i poticanja u usporedbi s većinom drugih ljudi. Također, osjetljiviji su na kritiku i kaznu (Cloninger, Przybeck, Svrakic i Wetzel, 1994). Navedene karakteristike osoba s izraženom dimenzijom *izbjegavanja štete* mogle su dovesti do toga da su sudionici s tim obilježjima češće odbijali sudjelovanje u istraživanju, stoga je njihova zastupljenost manja.

Drugi problem istraživanja bio je ispitati doprinose li određene dimenzije temperamenta zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze putem strategija suočavanja sa stresom. Hipoteze postavljene u okviru ovog problema nisu potvrđene. Odnosno, određene dimenzije temperamenta ne doprinose putem strategija suočavanja sa stresom višoj ili nižoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze. No, zanimljivim se pokazalo to da je strategija suočavanja putem izbjegavanja značajan prediktor visoke zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze. Dobiveni

rezultati su u skladu s podacima iz literature koji navode kako se suočavanje putem izbjegavanja često povezuje s većim brojem tjelesnih simptoma (Hudek-Knežević i Kardum, 2005). Strategiju suočavanja putem izbjegavanja karakterizira potiskivanje emocija, izbjegavanje razmišljanja o problemu, povlačenje, korištenje distrakcija, kao što su konzumiranje alkohola ili cigareta. Navedeni čimbenici također mogu neizravno utjecati na simptome psorijaze, ali i izravno, kao recimo alkohol i cigarete. Strategije suočavanja usmjerena na problem i usmjerena na emocije ne doprinose značajno većoj ili manjoj zastupljenosti simptoma psorijaze u ovom istraživanju. Manja zastupljenost strategije suočavanja usmjerene na problem može biti uzrokovana pitanjima koja sadrži skala, budući da ispituje nošenje sa svakodnevnim situacijama, dok bi pitanja usmjerena na konkretne probleme s kojima se suočavaju oboljeli od psorijaze dala bolji i realniji prikaz.

Budući da dobiveni rezultati ukazuju da samo dimenzija *ovisnost o nagradi* doprinosi težini simptoma psorijaze, i to u manjoj mjeri, to upućuje na zaključak da je utjecaj temperamenta na težinu simptoma psorijaze manje važan, te da drugi čimbenici imaju puno veći i značajniji doprinos zastupljenosti tih simptoma. Dobiveni rezultati ukazuju da istraživanjem nije prikupljeno dovoljno podataka od sudionika kojima bi mogli objasniti veću ili manju zastupljenost kliničkih simptoma psorijaze. Naime, kod osoba koje su genetski podložne razvoju bolesti, iznimno važan utjecaj imaju okolinski čimbenici, kao što su različite infekcije, metabolički, endokrini poremećaji, način života i slično. Poznato je kako su psorijaza i njezini simptomi uzrokovani međudjelovanjem različitih čimbenika, pri čemu temperament, prema provedenom istraživanju, objašnjava iznimno mali dio. Smatra se da je psorijaza genetski uvjetovana, te da iznimno važnu ulogu imaju geni smješteni na šestom kromosomu čija je osnovna uloga regulacija imunološkog sustava. Upravo se imunološki sustav i stanice smatraju pokretačima upalnog procesa u psorijazi, odnosno dolazi do specifične imunološke reakcije. Naime, stanice imunološkog sustava (T-limfociti) reagiraju na zdrave stanice kože, napadaju ih kao da se radi o infekciji, te potiču stanice površinskog sloja kože na ubrzano dijeljenje i rast. Uz biološke i imunološke čimbenike, stres predstavlja iznimno snažan utjecaj na psorijazu, bez obzira na prirodu stresora. Na sam tijekom bolesti i težinu utječu znanje i stav prema bolesti, te način na koji se oboljeli odnosi prema svojoj bolesti.

Uz to, istraživanja pokazuju kako pušenje doprinosi pojavi psorijaze i njezinom pogoršanju. Podaci pokazuju kako postoji značajna razlika u prisutnosti simptoma psorijaze između pušača i nepušača (Raychaudhuri i Gross, 2000). Također, konzumiranje alkohola dovodi do razvoja i pogoršanja psorijaze. Alkohol ometa tijekom bolesti i ishode liječenja

(Cassano, Vestita, Apruzzi i Vena, 2011). U ovom istraživanju 58 (46%) sudionika je navelo da puši i 29 (23%) da konzumira alkohol. Navedene čimbenike bi bilo potrebno dodatno analizirati i prikupiti podatke o količini i učestalosti konzumiranja. Također, bilo bi korisno prikupiti podatke o načinu života, prehrani, tjelesnoj aktivnosti i pridržavanju liječničkih uputa.

Smatra se kako u više od 90% oboljelih od psorijaze bolest ima kroničan tijek, što zahtijeva redovito i kontinuirano praćenje (Griffiths i sur., 2007). Stoga je moguće pretpostaviti da je dio oboljelih od psorijaze za vrijeme sudjelovanja u istraživanju primao neki od oblika terapije, što je kod njih dovelo do manje zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze. Navedeno je moglo utjecati na rezultate, budući da je temperament stabilan u vremenu, te da je kod nekih sudionika određena dimenzija tempermenta dominantna i da omogućava predviđanje visoke zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze, no da je u trenutku mjerenja, zbog terapije, procijenjena težina bila blaga. Stoga bi bilo potrebno kontrolirati primaju li sudionici neki od oblika terapije, ali i provesti longitudinalno istraživanje kako bi se dobili pouzdaniji podaci o utjecaju temperamenta na zastupljenost simptoma.

Također, ovim istraživanjem pokušalo se ispitati jesu li prisutne razlike u težini kliničkih simptoma između žena i muškaraca. Iako se očekivalo da će žene imati veću procijenjenu težinu bolesti, dobiveni rezultati pokazuju kako nisu prisutne spolne razlike. Dobiveni rezultati su u skladu s longitudinalnim istraživanjem koje je pokazalo kako ne postoje spolne razlike u procijenjenoj težini bolesti, ali da su žene češće doživljavale stigmatizaciju (Schmid-Ott i sur., 2005). Dakle, iako se žene i muškarci ne razlikuju s obzirom na fizičke simptome i težinu bolesti, žene oboljele od psorijaze češće doživljavaju poteškoće u funkcioniranju, postižu više rezultate na anksioznosti i depresiji (Richards, Fortune, Griffiths i Main, 2001). Stoga bi u budućim istraživanjima bilo dobro kontrolirati i te varijable, budući da se težina bolesti ne odnosi samo na fizičke simptome bolesti, već uključuje i druge aspekte procjene.

Jedan od problema istraživanja bilo je ispitati razlikuju li se tip 1 i tip 2 psorijaze s obzirom na težinu kliničkih simptoma. Prema podacima iz literature, pretpostavljalo se kako će oboljeli s tipom 1 imati procijenjenu veću težinu bolesti, no pokazalo se kako ne postoji razlika s obzirom na tip. Oboljeli s tipom 1 doživljavaju emocionalno zanemarivanje, suočeni su s disfunkcionalnim odnosima u obitelji, te to zajedno s negativnim životnim iskustvima, uz manjak pozitivnih iskustava, može dovesti do razvoja psorijaze (Tatalović-Vorkapić, 2010). Budući da se pretpostavlja kako na odabir strategija suočavanja sa stresom utječu i životna iskustva, navedena obilježja mogla su utjecati da dio sudionika s tipom 1 razvije dobre strategije

suočavanja sa stresom, što doprinosi manjoj zastupljenosti kliničkih simptoma psorijaze. Tip 1 psorijaze karakterizira veća zastupljenost simptoma, što dovodi do toga da oboljeli percipiraju psorijazu kao kroničnu bolest, zbog čega se značajno više pridržavaju terapije i liječničkih uputa, osobito ako snažnije vjeruju u mogućnost osobne kontrole (Scharloo i sur., 2000). Navedeni čimbenici mogli su dovesti do toga da u ovom istraživanju sudionici s tipom 1 imaju nižu procijenjenu težinu bolesti, a sudionike s tipom 2 karakterizira niža procijenjena težina bolesti, te je to utjecalo da među njima nema značajne razlike u težini kliničkih simptoma psorijaze.

Bitno je naglasiti metodološke nedostatke istraživanja, zbog kojih je mogućnost generalizacije dobivenih rezultata ograničena. Naime, samo istraživanje je korelacijskog tipa, stoga primijenjene metode ne omogućavaju zaključivanje o uzročno-posljedičnom odnosu ispitivanih varijabli. Također, generalizacija rezultata na cijelu populaciju oboljelih od psorijaze nije u potpunosti moguća jer je uzorak sudionika prigodan. Buduća istraživanja trebala bi uključivati veći uzorak obzirom da se procjenjuje da je broj oboljelih od nekog oblika psorijaze u Republici Hrvatskoj oko 70000. Dakle, bilo bi potrebno uključiti Kliničke bolničke centre s područja cijele Hrvatske, ali i na druge načine prikupiti sudionike, na primjer putem udruga, s obzirom da dio oboljelih od psorijaze primjenjuje alternativne metode liječenja.

Kao nedostatak istraživanja bilo bi potrebno istaknuti da se ispitivanje provelo u bolnici, za vrijeme posjeta liječniku, kada su sudionici mogli biti opterećeni nedostatkom vremena, osobito zato što je broj pitanja na koja su sudionici trebali odgovoriti bio velik, što je moglo dovesti i do smanjene motivacije za sudjelovanje u istraživanju. Uz to, mogli su biti zaokupljeni samim posjetom liječniku i fizičkim stanjem zbog čega su bili manje usredotočeni na davanje odgovora. Iako je sudionicima naglašeno da je sudjelovanje u istraživanju anonimno, dojam sudionika o tome je mogao biti narušen zbog potpisivanja suglasnosti o sudjelovanju. Na taj čimbenik se pokušalo utjecati i odvajanjem upitnika od potpisane suglasnosti, no to nije nužno utjecalo na davanje socijalno poželjnih odgovora. Također, budući da su sudionici različitih razina obrazovanja i različite dobi, kod nekih pitanja je moglo biti poteškoća u razmijevanju, ali zbog osjećaja neugode nisu zatražili dodatno pojašnjenje.

Kao jedan od nedostataka istraživanja je primjena mjere PASI, budući da se radi o subjektivnoj mjeri procjene težine kliničkih simptoma, no s obzirom da trenutno nisu razvijene druge, objektivnije mjere, primjena je opravdana. Također, u provedenom istraživanju različiti dermatolozi su procjenjivali težinu bolesti, što se može smatrati nedostatkom. No, sam postupak

procjene zahtijeva potpuno razodijevanje oboljelih, stoga im je procjena od strane njihovog dermatologa izazivala manju neugodu. Kako bi se utvrdilo da procjena različitih procjenjivača nije utjecala na dobivene rezultate bilo bi dobro utvrditi njihovu međusobnu pouzdanost za primjenu mjere PASI, te utvrditi odstupa li značajno neki od procjenjivača.

Navodi se kako procijenjena težina bolesti ne bi trebala uključivati samo kliničke indikatore, stoga bi u budućim istraživanjima bilo potrebno uključiti i Dermatološki indeks kvalitete života (Dermatology Life Quality Index; Finlay i Khan, 1994), kako bi procjena bila potpunija. Također, bilo bi zanimljivo primijeniti upitnik strategija suočavanja sa stresom kod oboljelih od dermatoloških bolesti, na primjer Skala suočavanja s dermatološkom bolesti (Coping with skin disease scale; Miniszewska, 2007) ili specifičnije, Upitnik za ispitivanje stresa kod oboljelih od psorijaze (The Psoriasis Life Stress Inventory; Gupta i Gupta, 1995), te s dobivenim podacima provjeriti ove odnose. Naime, upitnik korišten u ovom istraživanju ispituje suočavanje sa svakodnevnim stresnim situacijama, te možda nije dovoljno specifičan za ovu populaciju ispitanika, te bi se dobili konkretniji podaci o stresu izazvanim psorijazom.

Također, upitnik kojim su se prikupljali sociodemografski podaci i klinički indikatori oslanjao se na samoiskaze sudionika, te bi podaci bili pouzdaniji da su se podaci, koji su dostupni, prikupili iz medicinskih kartona i povijesti bolesti oboljelih od psorijaze. Na primjer, trajanje bolesti, s obzirom da se neki sudionici možda nisu mogli sjetiti kada im je točno dijagnosticirana psorijaza, što je moglo utjecati i na procjenu tipa psorijaze s obzirom da je osnovni kriterij za podjelu dob razvoja psorijaze. Zatim komorbiditeti, sudionici su možda izostavili neke bolesti, nisu ih povezivali uz psorijazu ili su smatrali taj podatak privatnim. Uz to, bilo bi dobro provjeriti primjenjuju li sudionici i neke druge oblike liječenja, koji su mogli imati utjecaj na njihove kliničke simptome psorijaze.

Dio sudionika u istraživanju uključen je u udrugu oboljelih od psorijaze, što doprinosi boljoj informiranosti o samoj bolesti, tretiranju i njezi kože, omogućava razmjenu iskustava i pružanje podrške, što se može smatrati čimbenicima koji su mogli utjecati na dobivene rezultate. Naime, u udruzi se često održavaju predavanja liječnika i medicinskih sestara, gdje se iznose takve informacije. Stoga bi trebalo kontrolirati jesu li oboljeli uključeni u rad udruge i koliko im ondje pružene informacije pomažu u suočavanju s bolesti. Uz to, bio bi zanimljiv podatak o tome koliko oboljeli od psorijaze zapravo znaju o samoj psorijazi, rizičnim i zaštitnim čimbenicima, kao i o njezi kože i drugim životnim navikama koje mogu doprinijeti simptomima.

Prilikom ispitivanja doprinosa psiholoških aspekata težini psorijaze, u provedenom istraživanju provjeravao se samo utjecaj temperamenta, što se može smatrati nedostatnim, budući da na ljudsko ponašanje utječu i biološki, ali i psihosocijalni procesi. Stoga bi prilikom provjere ovog odnosa, uz temperament, trebalo uključiti i karakter, dio ličnosti koji je izgrađen na procesima socijalizacije (Cloninger, 1987). Naime, pokazalo se kako osobe istog temperamenta, a različitog karaktera, u istim okolnostima izražavaju drugačije reakcije (Cloninger, Przybeck, Svrakic i Wetzel, 1994).

8. Zaključak

U ovom istraživanju nastojao se provjeriti odnos Cloningerovih dimenzija temperamenta, strategija suočavanja sa stresom i procijenjene težine bolesti kod oboljelih od psorijaze. Pokušalo se odgovoriti na problem predviđanja težine bolesti kod oboljelih od psorijaze na temelju dimenzija temperamenta, odnosno provjeravao se izravan utjecaj temperamenta na težinu psorijaze, te neizravan utjecaj, putem strategija suočavanja sa stresom. Dobiveni rezultati djelomično su potvrdili prvu hipotezu, pri čemu veća izraženost dimenzije temperamenta *ovisnost o nagradi* doprinosi većoj procijenjenoj težini bolesti, dok se dimenzija *izbjegavanje štete* nije pokazala značajnim prediktorom, što nije u skladu s postavljenom hipotezom. Suprotno očekivanom, neizravan utjecaj dimenzija temperamenta na težinu bolesti, putem strategija suočavanja sa stresom, nije bio prisutan. Odnosno, dimenzije temperamenta *traženje novosti*, *izbjegavanje štete*, *ovisnost o nagradi* i *ustrajnost* ne doprinose većoj ili manjoj procijenjenoj težini psorijaze putem strategija suočavanja sa stresom. Također, ovim istraživanjem nije se potvrdila razlika u težini psorijaze s obzirom na spol sudionika, niti s obzirom na tip psorijaze. Dakle, dobiveni rezultati ukazuju da temperament značajno doprinosi težini psorijaze, no utvrđeni doprinos je mali, te se dimenzija *ovisnost o nagradi* pokazala kao jedini značajan prediktor težine simptoma psorijaze.

9. Literatura

Ahmadi, N. (2015). Comparison of Temperament and character pattern in patients with type 2 diabetes and acute myocardial infarction and healthy individuals. *Scholars Journal of Applied Medical Sciences*, 3(2F), 932-939.

- Ak, M., Hacıomeroglu, B., Turan, Y., Lapse, N., Doruk, A., Bozkurt, A. i Akar, A. (2012). Temperament and character properties of male psoriasis patients. *Journal of Health Psychology, 17*(5), 774-781. doi: 10.1177/1359105311423863.
- Armstrong, A. W., Harskamp, C. T., Dhillon, J. S. i Armstrong, E .J. (2014). Psoriasis and smoking: a systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Dermatology, 170*(2), 304–314.
- An, H., Chung, S., Park, J., Kim, S. Y., Kim, K. M.i Kim, K.S. (2012). Novelty-seeking and avoidant coping strategies are associated with academic stress in Korean medical students. *Psychiatry Research, 200*(2-3), 464-468.doi:10.1016/j.psychres.2012.07.048.
- Ball, S., Smolin, J. i Shekhar, A. (2002). A psychobiological approach to personality: examination within anxious outpatients. *Journal of Psychiatric Research, 36*(2), 97-103.
- Bahmer, J. A., Kuhl, J. i Bahmer, F. A. (2007). How do personality systems interact in patients with psoriasis, atopic dermatitis and urticaria? *Acta Dermato-Venereologica, 87*(4), 317-324.
- Bahmer, J. A. i Bahmer, F. A. (2011). Psoriasis, addiction, and personality. *Archives of dermatology, 147*(8), 988.
- Baron, R. M. i Kenny, D. A. (1986). The Moderator- Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*(6), 1173-1182.
- Barton, B. i Peat, J. (2014). *Medical Statistics: A Guide to SPSS, Data Analysis and Critical Appraisal (2nd ed.)*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Bolger, N. i Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in stress process. *Journal of Personality and Social Psychology, 69*(5), 890-902.
- Brufau, R. M., Berná, C. J., Brufau Redondo, C., Ramirez Andreo, A. i Liminana Gras, R. M. (2010). Personality styles in patients with psoriasis. *Annals of Psychology, 26*(2), 335-340.
- Cabrera S., Chinniah, N., Lock, N., Cains, G. D. i Woods J. (2015). Inter-observer reliability of the PASI in a clinical setting. *The Australasian Journal of Dermatology, 56*(2), 100-102.
- Cassano, N., Vestita, M., Apruzzi, D. i Vena, G. A. (2011). Alcohol, psoriasis, liver disease, and anti-psoriasis drugs. *International Journal of Dermatology, 50*(11), 1323-1331.
- Chandran, V. i Raychaudhuri, S. F. (2010). Geoepidemiology and environmental factors of psoriasis and psoriatic arthritis. *Journal of autoimmunity, 34*(3), 314-321.

- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573-585.
- Cloninger, C. R., Przybeck, T. R., Svrakic, D. M. i Wetzel, R. D. (1994). *The temperament and character inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis, Missouri: Washington University, Center for Psychobiology of Personality.
- Colombo, D. i Perego, R. (2013). *Quality of life in psoriasis, Psoriasis - Types, Causes and Medication*. <http://www.intechopen.com/books/psoriasis-types-causes-and-medication/qualityoflife-in-psoriasis>.
- Cvitanović, H. i Jančić E. (2014). Influence of stressful life events on coping in psoriasis. *Collegium antropologicum*, 38(4), 1237-1240.
- Da Silva, J. D. T., Müller, M. C. i Bonamigo, R. R. (2006). Coping strategies and stress levels in patients with psoriasis. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 81(2), 143-149.
- Dooley, G. i Finlay, A. (1990). Personal construct systems of psoriatic patients. *Clinical and Experimental Dermatology*, 15(6), 401-405.
- Doruk, A., Tunca, M., Koc, E., Erdem, M. i Uzun, O. (2009). Alexythymia, anger-anger management style and temperament-character profiles in males with alopecia areata and psoriasis. *Journal of Medical Sciences*, 29(6), 1503-1509.
- Elder, J. T., Bruce, A. T., Gudjonsson, J. E., Johnston, A., Stuart, P. E., Tejasvi, T., Voorhees, J. J., Abecasis, G. R. i Nair, R. P. (2010). Molecular dissection of psoriasis: integrating genetics and biology. *The Journal of investigative dermatology*, 130(5), 1213-1226.
- El Kefi, H., Youssef Zaara, S., Souissi, S., Jouini, F., Edhif, S., Oumaya, A., Lakhal, N. i Gallali, S. (2013). Affective temperament and psoriasis: a report of 65 adult cases. *European Psychiatry*, 28(1), 10-12.
- Endler, N. S. i Parker, J. D. A. (1994). Assessment of Multidimensional Coping: Task, Emotions, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*, 6(1), 50-60.
- Farmer, A., Mahmood, A., Redman, K., Harris, T., Sadler, S., i McGuffin, P. (2003). A sib-pair study of the Temperament and Character Inventory scales in major depression. *Archives of General Psychiatry*, 60(5), 490-496.
- Ferrandiz, C., Pujol, R. M., Garcia-Patos, V. i Smandia, J. A. (2002). Psoriasis of early and late onset: a clinical and epidemiologic study from Spain. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 46(6), 867-873.
- Finlay, A. Y. i Khan, G. K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI)--a simple practical measure for routine clinical use. *Clinical and experimental dermatology*, 19(3), 210-216.

- Finzi, A., Colombo, D., Caputo, A., Andreassi, L., Chimenti, S., Vena, G., Simoni, L., Sgarbi, S. i Giannetti A. (2007). Psychological distress and coping strategies in patients with psoriasis: the PSYCHAE Study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 21(9), 1161-1169.
- Fleming, R., Baum, A., Gisriel, M. M. i Gatchel, R. J. (1982). Mediating influences of social support on stress at Three Mile Island. *Journal of human stress*, 8(3), 14-22.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J. i Griffiths, C. E. (2002). Patient's strategies for coping with psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 27(3), 177-184.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., Main, C. J. i Griffiths, C. E. (2003). Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology*, 139(6), 752-756.
- Fredriksson, T. i Pettersson, U. (1978). Severe psoriasis--oral therapy with a new retinoid. *Dermatologica*, 157(4), 238-244.
- Ginsburg, I. H. i Link, B. G. (1989). Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology* 20(1), 53-63.
- Gottlieb, A., Chao, C. i Dann, F. (2008). Psoriasis comorbidities. *Journal of Dermatological Treatment*, 19(1), 5-21. doi: 10.1080/09546630701364768.
- Gomez, R., Bounds, J., Holmberg, K., Fullarton, C. i Gomez, A. (1999). Effects of neuroticism and avoidant coping style on maladjustment during early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 26(2), 305-319.
- Griffiths, C. E. i Richards, H. L. (2001). Psychological influences in psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology*, 26(4), 338-342.
- Griffiths, C. E. i Barker, J. N. (2007). Pathogenesis and clinical features of psoriasis. *The Lancet*, 370(9583), 263-271.
- Griffiths, C. E. M., Christophers, E., Barker, J. N. W. N., Chalmers, R. J. G., Chimenti, S., Krueger, G. G., Leonardi, C., Menter, A., Ortonne, J. P. i Fry, L. (2007). A classification of psoriasis vulgaris according to phenotype. *British Journal of Dermatology*, 156(2), 258-262.
- Guler, O., Emul, M., Ozbulut, O., Gecici, O., Kulac, M. i Karaca, S. (2007). A temperament and character profile in patients with psoriasis, vitiligo and neurodermatitis. *Archives of Neuropsychiatry* 44(4), 139-144.
- Gupta, M. A. i Gupta, A. K. (1995). The Psoriasis Life Stress Inventory: a preliminary index of psoriasis-related stress. *Acta Dermato-Venereologica*, 75(3), 240-243.

- Gupta, M. A., Gupta, A. K. i Watteel, G. N. (1996). Early onset (<40 years age) psoriasis is comorbid with greater psychopathology than late onset psoriasis: A study of 137 patients. *Acta Dermato-Venereologica*, 76(6), 464–466.
- Gupta, M. A., Simpson, F. C. i Gupta, A. K. (2016). Psoriasis and sleep disorders: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 29(2016), 63-75.
- Gurpegui, M., Jurado, D., Luna, J. D., Fernandez-Molina, C., Moreno-Abril, O. i Galvez, R. (2007). Personality traits associated with caffeine intake and smoking. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 31(5), 997-1005.
- Heller, M. M., Lee, E. i S., Koo, J. Y. (2011). Stress as an influencing factor in psoriasis. *Skin Therapy Letter*, 16(5), 1-4.
- Henseler, T. i Christophers, E. (1985). Psoriasis of early and late onset: Characterization of two types of psoriasis vulgaris. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 13 (3), 450-456.
- Hudek- Knežević, J. i Kardum, I. (2005). *Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Jylhä, P. i Isometsä, E. (2006). Temperament, character and symptoms of anxiety and depression in the general population. *European Psychiatry*, 21(6), 389-395.
- Kaštelan, M., Puizina-Ivić, N., Čeović, R., Jukić, Z., Bulat, V., Simonić, E., Prpić Massari, L., Brajac, I. i Krnjević Pezić, G. (2013). Smjernice za dijagnostiku i liječenje vulgarne psorijaze. *Liječnički vjesnik*, 135(7-8), 195-200.
- Kim, T. S., Pae, C. U., Jeong, J. T., Kim, S. D., Chung, K. I. i Lee, C. (2006). Temperament and character dimensions in patients with atopic dermatitis. *The Journal of Dermatology*, 33(1), 10-15.
- Kim, J. W., Lee, H. K. i Lee K (2013). Influence of temperament and character on resilience. *Comprehensive Psychiatry*, 54(7), 1105-1110.
- Kimball, A. B., Gladman, D., 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 comorbidities and recommendations for screening. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 58(6), 1031–1042.
- Kılıç, A., Güleç, M, Y., Gül, Ü. i Güleç H. (2008). Temperament and character profile of patients with psoriasis. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 22(5), 537-542.
- Kossakowska, M., Ciescinska, C., Jaszewska, J. i Placek, W. J. (2010). Control of negative emotions and its implication for illness perception among psoriasis and vitiligo

- patients. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology* 24(4),429-433.
- Krebs, H., Weyers, P. i Janke, W. (1998). Validation of the German version of Cloninger's TPQ: replication and correlations with stress coping, mood measures and drug use. *Personality and Individual Differences*, 24(6), 805–814.
- Krueger, G., Koo, J., Lebwohl, M., Menter, A., Stern, R. S. i Rolstad, T. (2001). The impact of psoriasis on quality of life: results of a 1998 National Psoriasis Foundation patient membership survey. *Archives of Dermatology*, 137(3), 280-284.
- Kurtović, A. i Živčić-Bećirević, I. (2001). Uloga svakodnevnih negativnih događaja u depresivnosti adolescenata. *Društvena istraživanja*, 21(3), 671-691.
- Lazarus, R. S. i Folkman, S. (2004). *Stres, procjena i suočavanje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Lomax, R. G. i Hahs-Vaughn, D. L. (2012). *An introduction to statistical concepts (3rd ed.)*. New York: Routledge/Taylor & Francis.
- Lyketsos, G. C., Stratigos, J., Tawil, G., Psaras, M. i Lyketsos, C. G. (1985). Hostile personality characteristics, dysthymic states and neurotic symptoms in urticaria, psoriasis and alopecia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 44(3), 122-131.
- Magin, P., Pond, C., Smith, W., Watson, A. i Goode, S. (2008). A cross-sectional study of psychological morbidity in patients with acne, psoriasis and atopic dermatitis in specialist dermatology and general practices. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. 22(12), 1435-1444.
- Marčinko, I. i Ajduković, D. (2013). Povezanost temperamenta, percepcije stresa i uspješne prilagodbe adolescenata. *Ljetopis socijalnog rada*, 20(3), 363-386.
- Matussek, P., Agerer, D. i Seibt, G. (1985). Aggression in depressives and psoriatics. *Psychotherapy and psychosomatics*, 43(3), 120-125.
- Meier, M. i Sheth, P.B.(2009).Clinical spectrum and severity of psoriasis. *Current Problems in Dermatology*, 28(38), 1–20.
- Menter, A. i Stoff, B. (2010). *Psoriasis*. London: Manson Publishing.
- Miniszewska J. (2007). *Personal resources as determinants of quality of life in psoriasis patients*. PhD dissertation. The John Paul II Catholic University of Lublin.
- Moos, R. H. i Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387–1403.
- Mrowietz, U., Kragballe, K., Reich, K., Spuls, P., Griffiths, C. E. M., Nast, A. ... Yawalkar, N. (2011). Definition of treatment goals for moderate to severe psoriasis: a European consensus. *Archives of Dermatological Research*, 303(1), 1-10.

- Murberg, T. A., Bru, E. i Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences* 32(5), 775–784.
- Naldi, L., Peli, L., Parazzini, F. i Carrel, C.F. (2001). Family history of psoriasis, stressful life events, and recent infections are risk factors for a first episode of acute guttate psoriasis: results of a case-control study. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 44(3), 433–438.
- Offidani, E., Del Basso, D., Prignano, F. i Tomba, E. (2016). Discriminating the presence of psychological distress in patients suffering from psoriasis: An application of the clinimetric approach in dermatology. *Acta Dermato-Venereologica*, 96(217), 69-73.
- Pacan, P., Szepietowski, J. C. i Kiejna, A. (2003). Stressful life events and depression in patients suffering from psoriasis vulgaris. *Dermatology and Psychosomatics*, 4(3), 142–145.
- Papadopoulos, L. i Walker, C. (2003). Personality, coping and sex as psychological aspects of psoriatic arthropathy. *Dermatology and Psychosomatics*, 4(1), 27-32.
- Pariser, D., Schenkel, B., Carter, C., Farahi, K., Brown, T. M. i Ellis, C. N. (2015). A multicenter, non-interventional study to evaluate patient-reported experiences of living with psoriasis. *Journal of Dermatological Treatment*, 27(1), 19–26.
- Perrott, S. B., Murray A. H., Lowe, J. i Ruggiero, K. M. (2000). The personal-group discrimination discrepancy in persons living with psoriasis. *Basic and Applied Social Psychology*, 22(1), 57–67.
- Pietrzak, A., Janowski, A., Lechowska-Mazur, I. i Krasowska, D. (2006). Psoriasis as a chronic skin disease in psychological context. *Nowa Medycyna* 13(1), 14–19.
- Raychaudhuri, S. P. i Gross, J. (2000). Psoriasis risk factors: role of lifestyle practices. *Cutis*, 66(5), 348-352.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E. i Main, C. J. (2001). The contribution of perception of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50(1), 11-15.
- 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 patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(5), 573-585.
- Scharloo, M., Kaptein, A. A., Weinman, J., Bergman, W., Vermeer, B.J. i Rooijmans, H.G. (2000). Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: A 1-year follow-up. *The British Journal of Dermatology* 142(5), 899-907.

- Schmid-Ott, G., Künsebeck, H. W., Jäger, B., Sittig, U., Hofste, N., Ott, R., Malewski, P. i Lamprecht, F. (2005). Significance of the stigmatization experience of psoriasis patients: a 1-year follow-up of the illness and its psychosocial consequences in men and women. *Acta Dermato-Venereologica*, 85(1), 27-32.
- Sorić, I. i Proroković, A. (2002). Upitnik suočavanja sa stresnim situacijama Endlera i Parkera (CISS). *Zbirka psihologijskih skala i upitnika*, Svezak 1. Zadar: Sveučilište u Zadru.
- Stern, R. S., Nijsten, T., Feldman, S. R., Margolis, D. J. i Rolstad, T. (2004). Psoriasis is common, carries a substantial burden even when not extensive and is associated with widespread treatment dissatisfaction. *Journal of Investigative Dermatology*, 9(2), 136-139.
- Strelau, J. (2001). The role of temperament as a moderator of stress. U Wachs, T.D. i Kohnstamm, G. A. (Ur.), *Temperament in context* (str. 153-172) Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates
- Tatalović Vorkapić, S. (2010). *Odnos između temperamenta, temeljnih dimenzija ličnosti i evociranih mozgovnih potencijala*. Doktorska disertacija. Filozofski fakultet u Zagrebu.
- Tausk, F. A. i Nousari, H. (2001). Stress and the skin. *Archives of Dermatology*, 137(1), 78-82.
- Šitum, M., Kaštelan, M., Brajac, I., Stanimirović, A., Čeović, R., Krnjević Pezić, G., Jukić, Z. i Vurnek Živković, M. (2011). *U mojoj koži*. www.psorijaza.hr.
- Tadinac, M., Hromatko, I., Jokić-Begić, N. (2009). Jastrebovi i grlice: provjera hipoteze darvinovske medicine na modelu psorijaze. *Društvena istraživanja*, 18(1-2), 25-45.
- Van Berkel, H. (2009). *The Relationship between Personality, Coping Styles and Stress, Anxiety and Depression*. Master of Science. University of Canterbury.
- Verhoeven, E. W., Kraaimaat, F. W., de Jong, E. M., Schalkwijk, J., van de Kerkhof, P. C. i Evers, A. W. (2009) Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: a prospective study. *The British Journal of Dermatology* 161(2), 295–299.
- Vladut, C. I. i Kallay, È. (2010). Psychosocial implications of psoriasis - theoretical review. *Cognition, Brain, Behavior An Interdisciplinary Journal*, 14(1), 23–35.
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(4), 335-347.
- Zaher, H. A. E. M., Amin, M. E. i Rakhawy, M. Y. (2009). Coping with depression and anxiety in patients with psoriasis. *Egyptian journal of psychiatry*, 31(2), 57-63.

Zalewska, A., Miniszewska, J., Chodkiewicz, J. i Narbutt, J. (2007). Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *Journal of the European academy of dermatology and venerology*, 21(2), 235-242.