

Kvaliteta života kod osoba oboljelih od psorijaze

Štuc, Marija

Undergraduate thesis / Završni rad

2014

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:142:457671>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2025-04-03**



FILOZOFSKI FAKULTET
SVEUČILIŠTE JOSIPA JURJA STROSSMAYERA U OSIJEKU

Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku
Filozofski fakultet
Preddiplomski studij psihologije

Marija Štuc

Kvaliteta života kod osoba oboljelih od psorijaze

Završni rad

Mentor: izv.prof.dr.sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2014.

SADRŽAJ

I. SAŽETAK.....	1
1. UVOD.....	2
2. ŠTO JE PSORIJAZA?	3
2. 1. Epidemiologija i etiologija.....	3
2. 2. Znakovi i simptomi psorijaze.....	5
3. KLINIČKI OBLICI PSORIJAZE.....	5
4. DRUGI ZDRAVSTVENI PROBLEMI POVEZANI SA PSORIJAZOM	6
4. 1. Faktori rizika.....	6
4. 2. Psihičko stanje bolesnika sa psorijazom	6
5. MJERENJE KVALITETE ŽIVOTA OBOLJELIH OD PSORIJAZE	7
5. 1. Upitnici koji mjere opću kvalitetu života.....	8
5. 2. Upitnici vezani uz određenu skupinu bolesti	8
5. 3. Upitnici koji mjere kvalitetu života kod osoba oboljelih od psorijaze.....	8
6. PROCJENA TEŽINE BOLESTI.....	9
6. 1. Psoriasis Area and Severity Index	10
6. 2. Body Surface Area.....	10
6. 3. Dermatological Quality of Life Index.....	10
7. LIJEČENJE PSORIJAZE	11
7. 1. Lokalno liječenje psorijaze	11
7. 1. 1. Fototerapija (liječenje ultraljubičastim svjetlom) i fotokemoterapija (PUVA).....	11
7. 2. Sustavna terapija	12
7. 2. 1. Naftalanoterapija i heliotalasoterapija.....	12
7. 3. Psihološka pomoć i psihološko savjetovanje	13
8. ZDRAVA PREHRANA I TJELESNA AKTIVNOST	14
9. ŽIVOT SA PSORIJAZOM.....	15
9. 1. Svjetski dan borbe protiv psorijaze, 29. listopada	17
10. ZAKLJUČAK.....	18
LITERATURA	19

KVALITETA ŽIVOTA KOD OSOBA OBOLJELIH OD PSORIJAZE

I. SAŽETAK

Psorijaza je kronična kožna bolest i ima jako negativan utjecaj na život oboljelog. Konkretni uzrok psorijaze još uvijek nije poznat, ali se zna da nastaje kao produkt kombinacije gena i okolinskih čimbenika. Iako ljudi često smatraju kako kožne bolesti nisu izvor velikih zdravstvenih poteškoća, psorijaza pokazuje upravo suprotno. Ljudi navode veće nezadovoljstvo kvalitetom života ukoliko boluju od neke teške kožne bolesti, nego ako boluju od bolesti koje se ne vide golim okom. Glavno obilježje psorijaze je to što su oboljeli izloženi pogledima drugih ljudi, koji često zbog neznanja stigmatiziraju oboljele. Budući da se osobe oboljele od psorijaze gotovo svakodnevno susreću s negativnim situacijama, kod njih se javljaju i psihijatrijski poremećaji poput depresije i anksioznosti, a nerijetko se javljaju i suicidalne misli. Zato će se ovaj rad baviti kvalitetom života osoba oboljelih od psorijaze, nošenjem sa svakodnevnim problemima koje uzrokuje ova bolest, čimbenicima koji potiču nastanak psorijaze i sl. Osim toga, bit će navedene i različite vrste terapija koje mogu poboljšati tijek bolesti. Također je vrlo važno kako se osobe oboljele od psorijaze nose sa svojom bolesti, budući da stres izaziva pogoršanje bolesti. Stoga je u cijelom procesu liječenja i nošenja sa problemima vrlo važna podrška bližnjih, ali i osobine ličnosti oboljelog. Kako bi se podigla svijest javnosti o psorijazi, 29. listopada obilježava se kao dan psorijaze. Cilj je osvijestiti ljude o tome da psorijaza nije zarazna bolest, te ih potaknuti da daju podršku onima za koje znaju da boluju od nje.

Ključne riječi: psorijaza, kvaliteta života, kožna bolest

1. UVOD

Psorijaza (ljuskavica) je kronična kožna bolest i ima veliki negativan utjecaj na kvalitetu života oboljelih. Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, kvaliteta života podrazumijeva opažanje pojedinaca o vlastitom položaju u životu u kontekstu kulturnog i vrijednosnog sustava u kojem žive, kao i u odnosu na njihove ciljeve, očekivanja i standarde koje važu u tim sustavima (Ražnatović, Bojanić i Janković, 2012). Iako se konkretan uzrok bolesti još uvijek ne zna, rezultati pokazuju da se radi o kompleksnom poremećaju zdravlja nastalom kao rezultat interakcije genetike, imunološkog sustava, ali i okoline. Kako psorijaza negativno utječe na zdravstveno stanje bolesnika, tako utječe i na svakodnevne aktivnosti, posao, seksualni život, socijalni život, ali i financijsko stanje oboljelog. Psorijaza ima utjecaj na aktivnosti kao što su oblačenje, kupanje, izlaganje kože pogledima, a rekreativne aktivnosti mogu biti svedene na minimum ili biti sasvim onemogućene. Svakodnevna terapija i njega zahtijevaju dosta vremena, pa zbog toga oboljeli imaju manje vremena od zdravih ljudi (Šitum i sur., 2011).

Psorijaza može uzrokovati psihijatrijske poremećaje poput depresije i anksioznosti, može uzrokovati osjećaje srama i sniženog samopoštovanja, a pokušaji samoubojstva nisu rijetki među ovim pacijentima (Ražnatović, Bojanić i Janković, 2012). Neka istraživanja pokazuju da najmanje 20% oboljelih od psorijaze razmišlja o samoubojstvu (Bhosle, Kulkarni, Feldman i Balkrishnan, 2006). Neki od bolesnika posežu i za psihoaktivnim tvarima što dodatno pogoršava njihovo zdravlje. Dob, spol, potpora okoline, ali i težina bolesti utječu na kvalitetu života oboljelih od psorijaze. Oboljeli od psorijaze stalno moraju prilagođavati svoje ponašanje trenutačnoj situaciji, moraju se psihološki adaptirati, a sve to uzrokuje stres i dodatno opterećenje. Važnu ulogu u tijeku psorijaze ima stres; osobe koje izrazito stresno reagiraju imaju teži oblik bolesti. Slično tome, karakteristike ličnosti kao što su introvertiranost-ekstravertiranost, strah od negativne procjene drugih ljudi, socijalna anksioznost i zbunjenost mogu biti značajne. Ukoliko se osobe mogu izboriti sa neugodnim situacijama koje nameće sama bolest, ali i društvo, lakše će podnijeti tegobe. Osobe koje imaju snažnu potporu od strane partnera, obitelji i društva, kvalitetu života procjenjivat će boljom od oboljelih koji nemaju tako značajnu podršku. Bolesnici sa većim financijskim prihodima moći će si priuštiti bolju terapiju i time omogućiti bolji tip zdravstvene zaštite (Šitum i sur., 2011). Da bi se dobila ukupna slika zdravstvenog stanja oboljelih, uz uobičajena klinička mjerenja, potrebno je provesti i mjerenje

kvalitete života u vezi sa zdravljem, budući da klinička mjerenja rijetko ukazuju na funkcionalne poremećaje do kojih bolest dovodi. Danas se ovakva mjerenja intenzivno provode, naročito kod bolesnika oboljelih od psorijaze i sličnih dermatoloških bolesti kod kojih je bolest izložena pogledima drugih ljudi (Ražnatović, Bojanić i Janković, 2012).

2. ŠTO JE PSORIJAZA?

Psorijaza je kronična upalna bolest kože obilježena pojavom oštro ograničenih crvenkastih ploča prekrivenih srebrno bijelim, mekinjastim i suhim ljuskama, različitog oblika i veličine. Bolest može zahvatiti vlasište i nokte, a kod pojedinih bolesnika i zglobove u obliku psorijatičnog artritisa. Bolest nije zarazna i može se kontrolirati lijekovima. Vrlo je česta, a pojavljuje se kod ljudi čiji imunološki sustav dobiva pogrešne signale koji uzrokuju prebrzo obnavljanje stanica kože (Šitum i sur., 2011). Kod zdravog organizma, stanice kože sazrijevaju i otpadaju u ciklusu od 28 do 30 dana, dok je kod osoba oboljelih od psorijaze ovaj proces ubrzan. Za 3 do 4 dana stanice kože sazrijevaju i dopijevaju na površinu, te umjesto da otpadnu, nagomilavaju se i stvaraju zadebljanja kože i ljuskice. Osim što može zahvatiti cijelu površinu kože, psorijaza pogađa i cijeli organizam. U težem obliku može dovesti do invalidnosti, psihičkih poremećaja i metaboličkih bolesti koje oštećuju brojne organe i samim time skraćuju život oboljelih. Zbog nedostatne upućenosti o samoj bolesti, psorijaza nerijetko izaziva strah od zaraze i gađenje zbog nagrđujućih promjena na koži što dodatno stigmatizira oboljele (Radojković, 2013).

2. 1. Epidemiologija i etiologija

Oko 1-3% svjetske populacije boluje od psorijaze, pri čemu je učestalost najveća u skandinavskim zemljama (oko 3%), a najniža u Indijanaca Sjeverne Amerike (samo oko 0,5%). U Hrvatskoj od psorijaze boluje oko 1,7% stanovništva. Nema razlike u pojavi bolesti prema spolu, a može se javiti u bilo kojoj životnoj dobi, iako vrlo rijetko u ranom djetinjstvu. Ipak, kod 50% bolesnika, psorijaza se javlja prije 25. godine života (Šitum i sur., 2011). Psorijazu karakteriziraju česte epizode recidiva (pogoršanja) i remisija (poboljšanja).

Pretpostavlja se da bolest nastaje međudjelovanjem nasljeđa i različitih čimbenika okoliša, pri čemu specifični uzrok psorijaze nije u potpunosti poznat. Svaki deseti čovjek nosi u sebi gen za psorijazu, ali to ne znači da će nužno i oboljeti. Smatra se da je nasljeđivanje psorijaze kombinacija više gena smještenih na različitim kromosomima. Među njima ključnu ulogu imaju geni smješteni na kraku 6. kromosoma, a njegova temeljna uloga je regulacija imunološkog odgovora. Imunološki čimbenici i stanice poput T-limfocita koje sudjeluju u imunološkom odgovoru jesu pokretači upalnog procesa u psorijazi. Upravo T-limfociti potiču stanice površinskog sloja kože na ubrzano dijeljenje i rast, koje je u odnosu na zdravu kožu veće 4-6 puta. U genetski podložne osobe, za očitovanje kliničke slike bolesti, potrebni su različiti vanjski (trauma, virusne i bakterijske infekcije) ili unutarnji čimbenici (stres, trudnoća, metabolički ili endokrini poremećaji). Ti čimbenici pokreću prvi nastup bolesti ili svako sljedeće pogoršanje. Kod nastajanja nekih bolesti, uloga stresa može biti ključna, dok je kod drugih stres samo jedan od mnogih čimbenika koji djeluju na nastanak bolesti (Šitum i sur., 2011). U dječjoj dobi i adolescenciji, najznačajniji okidači za razvoj psorijaze su psihički stres i respiratorne infekcije (Simonić, 2010).

Često se kaže da je koža zrcalo duše, jer se na koži mogu uočiti brojne promjene nastale zbog psihičkog uzbuđenja, što se očituje crvenilom ili bljedilom kože, znojenjem, povećanom nadražljivošću kože i sličnim promjenama. Promjene u koži koje nastaju za vrijeme emotivne uzbuđenosti mogu biti vezane uz brojne bolesti. Utjecajem psihičkih stanja na nastanak kožnih bolesti bavi se psihodermatologija (Havelka, 2002). Psihički stres vrlo često prethodi prvom nastupu psorijaze i kod čak 30-40% bolesnika uzrokuje pogoršanje kliničkog tijeka bolesti (Šitum i sur., 2011). Stres se u određenoj mjeri može spriječiti tako što se nastoji uspostaviti samokontrola autonomnih tjelesnih funkcija. Suvremena istraživanja pokazuju da ljudi imaju znatne mogućnosti kontroliranja vlastitih tjelesnih funkcija što može vrlo dobro poslužiti u suzbijanju negativnih učinaka stresa na organizam (Havelka, 2002). I klimatski čimbenici imaju utjecaj na pojavu bolesti. Sunčeva svjetlost poboljšava kliničku sliku psorijaze i većina bolesnika ljeti nema psorijatične promjene na koži. Loše navike poput pušenja i konzumiranja alkohola mogu pogoršati tijek bolesti (Šitum i sur., 2011).

2. 2. Znakovi i simptomi psorijaze

Promjene se kod bolesnika mogu pojaviti na samo nekoliko mjesta na koži, ali mogu zahvatiti i cijeli organizam. Psorijaza se u većini slučajeva pojavljuje na koljenima, laktovima, trupu i vlasištu. Ne može se proširiti na druge dijelove tijela ili na druge osobe osobnim kontaktom. Za psorijazu je tipično da prolazi kroz cikluse; može trajati tjednima ili mjesecima, a onda se povući tijekom nekog vremena, no gotovo uvijek se vraća. Kod otprilike 5-40% bolesnika javlja se i artritis, a očituje se pojavom boli i ukočenosti u zahvaćenim zglobovima. Artritis može prethoditi psorijazi, javiti se istovremeno sa njom, ili slijediti nakon javljanja psorijaze (Simonić, 2010).

3. KLINIČKI OBLICI PSORIJAZE

Postoji nekoliko oblika psorijaze: Psoriasis vulgaris, Nail psoriasis, Psoriasis gutatta, Psoriasis arthropatica (Psoriatic arthritis), Psoriasis erythrodermica, Pustular psoriasis. Najčešći oblik psorijaze je Psoriasis vulgaris (pločasta vulgarna psorijaza), a naziv joj potječe od grčke riječi „psora“ što znači „mekinjaste ljske koje svrbe“ (Paravina i sur., 2006; prema Radojković, 2013). Postoje dva oblika vulgarne psorijaze, a određuju se na temelju dobi početka bolesti: tip I psorijaze započinje u mlađoj životnoj dobi (do 40. godine), nasljeđuje se i tijekom bolesti je teži; tip II psorijaze javlja se u kasnijoj životnoj dobi i ne nasljeđuje se (Šitum i sur., 2011). Pločasta vulgarna psorijaza pojavljuje se u oko 90% bolesnika s tipičnim ljuskavim crvenim žarištima na pružnim stranama udova, ponajviše na laktovima i koljenima, te na vlasištu. Kod nekih bolesnika promjenama su zahvaćeni samo dlanovi i stopala. Vrlo česte su promjene i na noktima, vide se točkaste udubine, žućkaste mrlje, nokti su zadebljani i lomljivi. U dječjoj i adolescentnoj dobi češća je kapljičasta psorijaza, a psorijatične promjene u tih bolesnika su veličine kapi. Kod inverzne psorijaze (oko 5% bolesnika), psorijatične promjene javljaju se na pregibima udova, te spolnom području. Artropatska psorijaza je poseban oblik psorijaze koji uz kožu zahvaća i zglobove, te se kod većine bolesnika pojavljuje nakon kožnih promjena. Javlja se kod otprilike 30% bolesnika, i to onih s težom kliničkom slikom. Psorijatični artritis najčešće zahvaća male zglobove prstiju ruku i nogu koji su bolni i otečeni, a često se vide i oštećenja noktiju. Najteži oblik bolesti može uzrokovati potpunu destrukciju zahvaćenih zglobova ili u blažem obliku teška oštećenja (Šitum i sur., 2011).

4. DRUGI ZDRAVSTVENI PROBLEMI POVEZANI SA PSORIJAZOM

Izraz „psorijatični marš“ odnosi se na vezu psorijaze i drugih sistemskih upalnih bolesti. Osobe koje boluju od teške psorijaze imaju povećan rizik za razvoj pretilosti, dijabetesa, hipertenzije, kardiovaskularne insuficijencije, infarkta miokarda, povećanog kardiovaskularnog mortaliteta, depresije (5,5% oboljelih ima suicidalne ideje). Životni vijek oboljelih od psorijaze skraćen je 3 do 5 godina, pri čemu je kvaliteta oboljelih narušena istim intenzitetom kao i kod ostalih teških i kroničnih bolesti. Pravodobnom primjenom sustavne terapije može se utjecati na rizik smrtnosti, pri čemu se značajno snižava kardiovaskularni rizik i značajno umanjuje incidencija kardiovaskularne smrti (Šitum i sur., 2011).

4. 1. Faktori rizika

Psorijazu mogu pogoršati ozljede kao što su posjekotine, opekotine, osip ili ugrizi insekata, te može biti ozbiljnija kod ljudi sa smanjenim imunitetom, kao što je kod ljudi koji su na kemoterapiji, ljudi sa AIDS-om ili kod onih koji imaju autoimune poremećaje. Na psorijazu negativno utječu i virusne ili bakterijske infekcije, neki lijekovi, pretjerana konzumacija alkohola, pretilost, nedostatak vitamina, stres, razni organski ili funkcionalni poremećaji, kao i različiti vanjski štetni faktori (Ražnatović i Janković, 2012). Adekvatno prevladavanje stresa jedan je od najvažnijih faktora prevencije bolesti kože.

4. 2. Psihičko stanje bolesnika sa psorijazom

Promjene na koži često su izložene pogledu drugih ljudi, tj. imaju neposredan utjecaj na taktilnu komunikaciju i tjelesnu interakciju što može kod bolesnika uzrokovati socijalne i psihološke posljedice. Unatoč psihosocijalnim problemima koje mogu uzrokovati kožne bolesti, relativno mala pozornost se posvećuje bolesnicima oboljelim od kožnih bolesti budući da se za njih smatra da nisu opasne po život. Promjene na koži privlače pažnju okoline, bolesnik može osjećati da njegovo stanje postaje javno i zbog toga može izgubiti osjećaj kontrole nad vlastitom bolesti (Šitum, Buljan, Buljan i Vurnek Živković, 2008). Psorijaza je kožna bolest koja ima jako negativan utjecaj na psihičko stanje oboljele osobe i gotovo svakodnevno uzrokuje stres i osjećaj neugode. Kako će se osoba nositi sa bolesti ovisi o njezinom psihičkom stanju i osobinama ličnosti, podršci od strane bližnjih, ozbiljnosti bolesti, njezinom trajanju, ali i osobnom viđenju

bolesti. Kod osoba oboljelih od psorijaze javlja se nisko samopoštovanje, tjeskoba, iskrivljenje slike o sebi, seksualni poremećaji, socijalna izolacija, anksioznost, osjećaj manje vrijednosti, depresija, ali i suicidalne misli. Javlja se i osjećaj stida koji s vremenom dovodi do promjena koje su u izravnoj vezi s narušavanjem psihičkog zdravlja. Često se događa da osobe oboljele od psorijaze razvijaju negativne obrasce ponašanja, povlače se u sebe, počinju izbjegavati radne obaveze i pronalaze različite razloge kako bi izbjegli boravak u društvu u kojem su se prije nalazili, što negativno utječe na njihovu kvalitetu života. Dolaze u sukob s obitelji, partnerima, radnim kolegama i prijateljima koji mogu polako razdirati njihove odnose. Svi ti čimbenici uzrokuju smanjenje kreativne i radne sposobnosti i volje za razne društvene aktivnosti.

Nerijetko bolesnici sa psorijazom koriste obrambene mehanizme kako bi se bolje nosili sa spoznajom da boluju od ove teške bolesti. Svrha obrambenih mehanizama je zaštita osobe od nagona koji izazivaju anksioznost i neugodu. Koriste se kako bi pojedinac sačuvao samopoštovanje, zaštitio se od čestih neuspjeha i osjećaja manje vrijednosti. Negacija, potiskivanje, projekcija i regresija su najčešći mehanizmi obrane kod osoba oboljelih od psorijaze (Čubrilović i Šargač, 2007). Negaciju karakterizira negiranje postojanja bolesti, dok prilikom potiskivanja (represije) osoba misli i impulse neprihvatljive egu potiskuje u nesvjesno. Ukoliko vlastite nesvjesne konflikte, osjećaje i nagone osoba opaža u drugoj osobi riječ je o projekciji, a regresiju možemo definirati kao vraćanje na ponašanja primjerena na mlađi uzrast. Da se ne dovede u stanje psihološke neravnoteže, vrlo je važno da se osoba prilagodi novim navikama života koje od njih zahtijeva bolest. Psorijaza uzrokuje ozbiljan emocionalni i psihosocijalni trag na oboljelim osobama i zato je bolesnicima potrebno pružiti maksimalnu podršku, te im dati do znanja da ne vrijede manje od drugih ljudi zbog svoje bolesti. U tome ključnu ulogu imaju prijatelji, obitelj, liječnici, psiholozi i medicinske sestre.

5. MJERENJE KVALITETE ŽIVOTA OBOLJELIH OD PSORIJAZE

Koža kao senzorni organ ima važnu ulogu u fizičkom i emocionalnom razvoju u djetinjstvu. Također ima integralnu ulogu kao organ komunikacije tijekom cijelog života i značajno utječe na doživljaj i samoprocjenu vlastitog tijela. Budući da su kožna oboljenja često vidljiva, kvaliteta života oboljelih od takve vrste bolesti može biti narušena, kako zbog vlastitog doživljaja, tako i zbog reakcija drugih ljudi na promjene na koži. Za sveobuhvatan uvid u

kvalitetu života kod oboljelih, važno je uzeti u obzir fizičke, psihičke, interpersonalne i profesionalne aspekte kožne bolesti. Danas postoji velik broj upitnika koji se mogu koristiti za procjenu kvalitete života, kako opće kvalitete života, tako i one koja je vezana uz specifičnu bolest (Šitum i sur., 2011).

5. 1. Upitnici koji mjere opću kvalitetu života

Najčešće korišten upitnik iz skupine koja se odnosi općenito na kvalitetu života je Upitnik kvalitete života Svjetske zdravstvene organizacije (WHO-QOL), kao i SF-36 zdravstvena anketa (Short Form 36 Health survey). SF-36 sastoji se od 36 pitanja od kojih je 35 pitanja grupirano u 8 različitih područja: fizičko funkcioniranje, fizička uloga, tjelesna bol, opće zdravlje, vitalnost, društveno funkcioniranje, emocionalna uloga i mentalno zdravlje, te se odnosi na 4 tjedna koja su prethodila ispitivanju. Jedno pitanje odnosi se na promjenu zdravlja u odnosu na prethodnu godinu, tj. postavlja se pitanje da li je sadašnje zdravlje isto, bolje ili lošije. Odgovori se boduju u rasponu od 0 do 100 i računaju se posebno za svako područje, pri čemu veći rezultat ukazuje na bolje zdravlje (Ražnatović, Bojanić i Janković, 2012). Ovi upitnici omogućuju usporedbu kvalitete života kod bolesnika s različitim bolestima, ali ne mogu otkriti konkretne aspekte bolesti.

5. 2. Upitnici vezani uz određenu skupinu bolesti

Drugu skupinu upitnika čine upitnici vezani uz bolesti određene skupine, npr. za dermatološke bolesti poput Dermatološkog indeksa kvalitete života (DLQI) ili Skindex-29. Unatoč tome što su specifičniji od općenitih, ni ovi upitnici ne mogu zahvatiti sve probleme specifične za određenu bolest (Ražnatović, Bojanić i Janković, 2012).

5. 3. Upitnici koji mjere kvalitetu života kod osoba oboljelih od psorijaze

Kako bi se riješili takvi problemi, razvijeni su upitnici specifično vezani za psorijazu, kao što su Psoriasis Disability Index (PDI) ili Psoriasis Life Stress Inventory (PLSI). Indeks onesposobljenosti kod oboljelih od psorijaze (PDI) sastoji se od 15 pitanja koja se odnose na

onesposobljenost u obavljanju različitih svakodnevnih aktivnosti, zapošljavanje, osobne odnose, aktivnosti u slobodno vrijeme te učinke liječenja. Sva pitanja odnose se na period od proteklih mjesec dana. Odgovori su bodovani od 0 do 3, tako da se ukupan broj bodova može kretati u intervalu od 0 do 45. Broj bodova veći od 10 označava značajan negativan utjecaj psorijaze na kvalitetu života. Upitnik za ispitivanje stresa kod oboljelih od psorijaze (PLSI) jest upitnik koji mjeri psihosocijalni stres u kombinaciji sa naporima da se svladaju svakodnevni životni događaji oboljelih od psorijaze. Također se sastoji od 15 pitanja, a osoba treba odgovoriti da li se u proteklih mjesec dana neka od navedenih situacija dogodila, te ukoliko je, koliko joj je stresa nanijela (niti malo, malo, umjereno, puno). Ukupan broj bodova kreće se od 0 do 45, a isto kao i kod PDI upitnika, broj bodova jednak ili veći od 10 znači da je oboljeli snažno pogođen psihosocijalnim stresom. PLSI omogućuje stvaranje slike o utjecaju psorijaze na kvalitetu života i može biti korišten kao prikaz tijeka psorijaze i/ili mjera učinkovitosti terapije (Ražnatović, Bojanić i Janković, 2012). Navedeni upitnici kratki su i jednostavni za primjenu, a mogu pružiti korisne informacije, te pomoći pri donošenju odluke o terapiji. Također mogu biti vrijedni za praćenje učinkovitosti terapije i, uz liječnikovu procjenu, pružiti dodatne informacije o zadovoljstvu bolesnika. Neki bolesnici dobro prihvaćaju i teži oblik bolesti, dok drugi lošije prihvaćaju i prilično blagi oblik psorijaze.

6. PROCJENA TEŽINE BOLESTI

Težina bolesti se redovito procjenjuje kod svih kroničnih bolesti radi pravovremenog liječenja i točnog odabira terapije. Dakle, procjena težine bolesti kod osoba s psorijazom je nužna i ono je važan smjerokaz u odluci da li bolesnika liječiti samo lokalnom terapijom ili treba uvesti fototerapiju i sistemsku terapiju. Nakon uvođenja terapije ona je nužna u praćenju djelotvornosti liječenja. U procjeni težine bolesti kod oboljelih od psorijaze najčešće se koriste tri instrumenta: PASI (Psoriasis Area and Severity Index), BSA (Body Surface Area) i DQLI (Dermatological Quality of Life Index) (Šitum i sur., 2011).

6. 1. Psoriasis Area and Severity Index

PASI je najčešće korištena skala za evaluaciju zahvaćenosti kože i težine kliničke slike oboljelih. U ovoj metodi za procjenu stanja bolesti vrjednuje se površina zahvaćene kože i stupanj težine psorijatičkih lezija; unutar njega određuje se stupanj crvenila, debljina psorijatičnog plaka te ljuškanje. Ove vrijednosti određuju se posebno za određene dijelove kože tijela: glavu, trup, ruke i noge, te se na posljetku zbrajaju. Minimalna vrijednost PASI-a je 0 i označava stanje bez bolesti, a maksimalna 72. PASI vrijednost iznad 10 obilježava tešku psorijazu, od 7 do 10 umjereno tešku, a ispod 7 blagu psorijazu (Kurilić, Brajac, Prpić-Massari i Kaštelan, 2010). Ovo je napogodnija skala za svakodnevnu kliničku primjenu, precizna je i opisna, te pogodna za praćenje djelotvornosti liječenja.

6. 2. Body Surface Area

BSA je skala koja vrjednuje postotak zahvaćenosti površine kože tijela psorijatičkim promjenama. Poznata je i kao „metoda dlan“ gdje jedan dlan i pet prstiju označava 1% BSA, tj. zahvaćenosti kože. U ovoj skali glava i vrat se vrjednuju kao 10 dlanova, tj. 10%, gornji udovi 20 dlanova, donji udovi 40 dlanova, te trup 30 dlanova. Zahvaćenost do 3% kože psorijazom označava blagu psorijazu, 3 do 10% umjereno tešku psorijazu, a iznad 10% tešku psorijazu (Šitum i sur., 2011)

6. 3. Dermatological Quality of Life Index

DQLI je skala kojom se vrjednuje utjecaj psorijaze na svakodnevni život bolesnika; fizički, socijalni i psihički. Skala se sastoji od 10 pitanja kojima se procjenjuje koliko je problem bolesti utjecao na život bolesnika tijekom proteklog tjedna. Minimalna vrijednost instrumenta je 0, a maksimalna 30 što pokazuje osobito jak utjecaj. Već vrijednost od 10 bodova i više označava tešku psorijazu. Kod bolesnika čiji je PASI, BSA i DQLI veći od 10, preporuka je odmah krenuti sa sistemskom terapijom. Pri praćenju učinkovitosti liječenja, cilj je što niži PASI, BSA i DQLI, kroz što dulje razdoblje. Osim navedenih skala, u procjeni težine bolesti treba uzeti u obzir i individualnu procjenu posebnih područja bolesti kao što su dlanovi, stopala, vlasište, genitalno područje i zahvaćenost noktiju. Iako zahvaćaju malu površinu kože, mogu imati velik

utjecaj na svakodnevni život oboljele osobe, te se i takvi bolesnici mogu liječiti sustavnom terapijom (Šitum i sur., 2011).

7. LIJEČENJE PSORIJAZE

Liječenje psorijaze može biti lokalno i/ili opće. Pri odluci o tome kakvo će liječenje biti, treba voditi računa o bolesnikovoj dobi, kliničkom obliku psorijaze, lokalizaciji i proširenosti bolesti, te o općem stanju oboljele osobe. Kod većine bolesnika, a naročito kod onih s teškim oblicima bolesti, kao i kod onih s udruženim artritismom nužan je timski pristup i suradnja s reumatologom i fizijatrom, te prema potrebi stručnjacima drugih specijalnosti (Šitum i sur., 2011).

7. 1. Lokalno liječenje psorijaze

S obzirom na prirodu psorijaze, lokalna terapija i njega kože emolijensima je sastavni dio svakog liječenja psorijaze. Prije primjene lokalnih antipsorijatičnih lijekova, potrebno je omekšati ljuske, te se savjetuje tzv. kupanje u uljnim kupkama. Za uklanjanje ljusaka koriste se keratolitici. U lokalnoj terapiji psorijaze, danas se najčešće primjenjuju lokalni kortikosteroidi jer imaju brzo protuupalno djelovanje, prihvatljivi su i sigurni ako se primjenjuju uz liječnički nadzor. U liječenju psorijaze mogu se koristiti i analozi vitamina D (kalcijpotriol, takalcitol). Kalcijpotriol nije registriran za liječenje psorijaze u Hrvatskoj, a prikladan je za liječenje psorijaze u dječjoj dobi. Za psorijazu lica primjenjuje se takalcitol. Kod blagih oblika psorijaze vlasništva koriste se šamponi s katranom, te kortikosteroidni losioni, dok se kod težih oblika ljuske uklanjaju salicilnim uljem (Šitum i sur., 2011).

7. 1. 1. Fototerapija (liječenje ultraljubičastim svjetlom) i fotokemoterapija (PUVA)

Indikacija za primjenu fototerapije su psorijatična žarišta koja ne prolaze uz primjenu lokalne terapije, a koja zahvaćaju do 30% površine kože. Fototerapija se provodi u posebno konstruiranim kabinama koje su obložene svjetiljkama koje emitiraju ultraljubičaste zrake određenih željenih valnih duljina. Ovisno o proširenosti psorijaze, može se provesti obasjavanje kože cijelog tijela ili dijelova tijela.

Uz fototerapiju, kod težih oblika psorijaze s jače infiltriranim žarištima i zahvaćenošću kože više od 30% površine koristi se i fotokemoterapija. Nakon ove vrste terapije, oboljeli je pojačano osjetljiv na izlaganje sunčevu svjetlu slijedeći dan, i kožu mora štititi odjećom, a oči tamnim naočalama. Tijekom provođenja PUVA terapije, potrebno je znati koje lijekove oboljeli uzima zbog mogućnosti pojave fototoksičnih i/ili fotoalergijskih reakcija (Šitum i sur., 2011).

7. 2. Sustavna terapija

Sustavna terapija psorijaze uključuje derivate vitamina A (retinoidi), metotreksat, ciklosporin, te biološke lijekove. Tzv. „tradicionalna sustavna terapija“ primjenjuje dobro poznate lijekove i vrlo je učinkovita. Kao posljedica toga, javljaju se potencijalno dugoročni toksični učinci, mnoge kontraindikacije, a određeni broj bolesnika ima otporne oblike bolesti. Ovi lijekovi značajno pridonose poboljšanju simptoma i smetnji, povećavaju kvalitetu života oboljelih, omogućuju dugoročnu kontrolu bolesti, te imaju dobar učinak na srčanožilne bolesti i smrtnost. Biološki lijekovi predviđeni su za liječenje srednje teških do teških oblika bolesti, i to oboljelih koji nisu reagirali (ne podnose ili imaju kontraindikacije) na najmanje dva različita sustavna lijeka, uključujući PUVA terapiju, uskospektralnu UVB terapiju, retinoide, ciklo-sporin i metotreksat (Šitum i sur., 2011). Metotreksat se najčešće koristi za liječenje umjereno teške do teške psorijaze, dok ciklosporin i retinoide koriste bolesnici s najotpornijim oblicima psorijaze (Kurilić i sur., 2010).

7. 2. 1. Naftalanoterapija i heliotalasoterapija

Naftalanoterapija označava primjenu naftalan ulja, a u našoj državi se provodi u specijalnoj bolnici za medicinsku rehabilitaciju u Ivanić Gradu. Naftalan ulje je prirodni ljekoviti činitelj, a dobiva se preradom posebne vrste nafte – naftalanske nafte. Ova vrsta terapije djeluje protuupalno i regulira rast i razvoj stanica epidermisa. Primjena naftalanoterapije rezultira smanjenjem crvenila, infiltrata i ljusaka, te dovodi do regresije promjena.

Heliotalasoterapija je izlaganje blagotvornom utjecaju sunca i mora u liječenju, te spada u terapijsku domenu klimatoterapije (obuhvaća pozitivan utjecaj prirode, uključujući more, svjetlo, zrak, temperaturu zraka). Prednosti ove vrste liječenja su u tome što je potpuno prirodno uz minimalne nuspojave, nema primjene kortikosteroidnih preparata, ne koriste se umjetni izvori

UV svjetla, nema određivanja sistemske terapije, niti bilo kakvih restrikcija u ponašanju pacijenta. Niti jedna bolest ne reagira ovako dobro na heliotalasoterapiju kao psorijaza. Hrvatska je zbog Jadranskog mora izrazito pogodno područje za heliotalasoterapiju, a terapijski postupak sastoji se od postupnog izlaganja suncu (Šitum i sur., 2011).

7. 3. Psihološka pomoć i psihološko savjetovanje

Jedan od ključnih čimbenika pomoći osobama oboljelim od psorijaze je pružanje psihološke podrške i pomoći. Činjenica da osobe znaju da se mogu osloniti na nekoga u najtežim trenucima bolesti od velike je koristi. Unatoč tome, ponekad nije dovoljna samo podrška bližnjih u obliku razgovora i bodrenja, nego bolesnici moraju potražiti stručnu pomoć, pomoć psihologa ili psihijatra. Psihodermatologiju možemo definirati kao dio dermatologije koji se bavi proučavanjem utjecaja psiholoških čimbenika na početak, tijek i liječenje kožnih bolesti. Psihodermatološkim bolesnicima potreban je interdisciplinarni pristup liječenja koji obuhvaća standardno dermatološko liječenje uz psihoterapiju i psihofarmakoterapiju (Šitum i sur., 2008). Također i medicinske sestre na dermatovenerološkim odjelima moraju znati kako pružiti njegu i psihološku pomoć bolesnicima sa psorijazom budući da su one uvijek s njima u kontaktu. Ukoliko je bolesnik jako anksiozan, treba mu pristupiti brižno i strpljivo, te na taj način uspostaviti povjerljiv i topao odnos. Treba ga potaknuti na razgovor, provjeriti što želi znati, saznati kako tumači i doživljava svoju bolest i na njegova pitanja odgovarati točno i iskreno. Na taj će se način potaknuti bolesnika da aktivno sudjeluje u liječenju, a cilj je smanjiti strah od bolesti i prihvatiti njezino postojanje. Cilj koji se želi postići kod bolesnika koji su se socijalno izolirali je smanjiti sram, bijes i frustraciju kao reakciju na bolest, podignuti samopoštovanje i poticati ih da se ponovno uključe u društveni život. Bolesnika treba osvijestiti da nije jedini koji boluje od ove teške bolesti i informirati ga o postojanju Društva psorijatičara. Osim razgovora sa samim bolesnikom, potrebno je educirati, hrabriti i potaknuti obitelj da oboljelome budu podrška. Osobe oboljele od psorijaze često imaju iskrivljenu sliku o sebi koja je produkt psorijatičnih promjena na tijelu. Treba ih se potaknuti da otvoreno komuniciraju o tome, aktivno sudjeluju u liječenju i educirati ih o tome kako uspješno ublažiti tegobe. Medicinske sestre trebaju ohrabrivati bolesnika na redovito provođenje terapije te mu preporučiti posjet psihologu ili psihijatru dajući mu do znanja da je to sastavni dio liječenja (Čubrilović i Šargač, 2007).

Mnogi se ljudi ustručavaju potražiti psihološku pomoć budući da u našem društvu još uvijek vlada predrasuda da je psihološka pomoć potrebna samo duševno oboljelim osobama. Umjesto toga, psiholog potiče proces učenja o sebi i vještinama ophođenja s vlastitom sudbinom. Psihološko savjetovanje je proces psihičkog osnaživanja osobe koja se suočava s poteškoćama s kojima se sama nosi. Provodi se s ciljem postupnog prevladavanja problema i postizanja većeg životnog zadovoljstva. Pruža podršku i pomoć ljudima da bolje upoznaju sebe te se, otkrivajući i prevladavajući ono što ih sputava, mijenjaju i rastu u skladu sa svojim punim potencijalima. Psiholozi trebaju potaknuti osobe da prihvate sebe kao jedinstvena ljudska bića koja posjeduju razne sposobnosti i mogućnosti izlaska iz krugova u kojima se vrte, te ih potaknuti na to da svoje probleme počnu gledati na drugačiji način, kao na izazov i priliku za učenje, rast i razvoj u psihičkom i duhovnom smislu riječi (Šitum i sur., 2008). Rezultat i uspjeh savjetovanja u većoj mjeri ovisi o motivaciji osobe, specifičnom problemu, želji za radom na sebi, očekivanjima i potrebama, te primjeni naučenog i izvršavanju zadataka između susreta.

8. ZDRAVA PREHRANA I TJELESNA AKTIVNOST

Na tijek psorijaze može se utjecati odabirom nekih namirnica, iako ni jedna od njih nije znanstveno dokazana. Uočeno je da pretilost negativno utječe na tijek bolesti, a poboljšanje se postiže ograničenim unosom kalorija. Neki autori preporučuju konzumiranje soje, klica pšenice, orahe, sjemenke suncokreta, bundeve i biljno ulje budući da je lecitin sastavni dio tih namirnica. Također se preporuča konzumiranje jabuka, lubenica, banana, mrkve, celera, špinata, luka, ribe, crvenog mesa, maslinovog ulja, itd. S druge strane, ne preporučuju se začini kao što su papar, cimet, paprika, senf, majoneza, kečap, zatim šećer, masnoće, masni sirevi, krumpir, grah i sl. Kao rezultat dugogodišnjeg praćenja oboljelih od psorijaze, došlo se do zaključka da bi prehrana bolesnika trebala biti jednostavna i uravnotežena, a ne teška i kalorična. Oboljeli od psorijaze bi se svaki dan trebali baviti tjelovježbom i sportom, te održavati idealnu tjelesnu težinu. Također je dokazano da i cigarete imaju nepovoljan učinak na bolest, kao i konzumiranje većih količina alkohola, naročito kod bolesnika koji su podvrgnuti sistemske terapiji (Šitum i sur., 2011).

9. ŽIVOT SA PSORIJAZOM

Obično postoji netočno mišljenje da su kožne bolesti lakše od drugih, budući da ne ugrožavaju život direktno. No, kožne bolesti upravo zbog svoje prirode i mjesta manifestacije mogu značajno negativno utjecati na psihosocijalni život osoba. Svaka kronična bolest, uključujući i psorijazu, svakodnevni je izvor stresa. Sama činjenica da je čovjek bolestan i da je njegovo zdravlje narušeno stresan je čimbenik, a naročito kod oboljelih od psorijaze, budući da je to bolest koja je vidljiva i koja nagrđuje njihov vanjski izgled. To može značajno utjecati na sliku o sebi i bolesnikovo samopoštovanje. Često se kod bolesnika razvija osjećaj srama, a može doći i do zabrinutosti zbog bolesti i anksioznosti. Kod bolesnika kod kojih psorijaza traje dugo može se javiti osjećaj bespomoćnosti, beznađa i depresija zbog slabog uspjeha liječenja (Šitum i sur., 2011). Istraživanja pokazuju da su osobe oboljele od psorijaze depresivnije u odnosu na populaciju njihove dobi. Gupta i sur. (1993; prema Bhosle i sur., 2006) navode da je u njihovom istraživanju u kojem je sudjelovalo 127 osoba oboljelih od psorijaze čak 9,7% sudionika izjavilo da bi voljeli da su mrtvi, dok je njih čak 5,5% izjavilo da je imalo aktivne suicidalne misli tijekom provođenja istraživanja. Kao čest uzrok psihičkih problema, oboljeli često navode upravo način na koji drugi ljudi reagiraju na njihovu bolest. Navode situacije u svom životu kad su ih drugi čudno gledali, na ružan način komentirali njihovu bolest, postavljali im neugodna pitanja ili se trudili da ne sjednu blizu njih ili da ih ne dotaknu. Često bolesnici imaju neugodnosti pri odlasku na bazene ili u teretanu, pri odabiru odjeće, a i kolege na poslu često negativno reagiraju na bolest. Psorijaza može značajno utjecati i na odnose s osobama u okolini, kao i na uspostavu emocionalnih i seksualnih odnosa s partnerima. Psorijaza može utjecati i na obiteljski život, u smislu da bolesnici ponekad izbjegavaju mjesta na koja idu drugi članovi obitelji, poput bazena ili mora (Bhosle i sur., 2006). Uz same simptome bolesti, izvor stresa mogu biti i česti posjeti liječniku, brojni pregledi i terapijski postupci kroz koje osoba prolazi tijekom liječenja.

Tjelesni simptomi psorijaze mogu se manifestirati u obliku svrbeža, iritacije i pečenja, a kod oboljelih od psorijatičnog artritisa javlja se i bol u zglobovima. Pripravci neugodnog mirisa ili preparati komplicirani za primjenu nisu rijedak slučaj u postupku liječenja. Budući da neki terapijski postupci mogu biti dugotrajni, te zahtijevaju redovite posjete liječniku (fototerapija), ono može značajno utjecati na svakodnevne obveze, školu i posao. Kao što i vrijeme troše na

liječenje, tako troše i financije, što može utjecati na obiteljsku dinamiku. Istraživanja pokazuju da se u SAD-u godišnje potroši u rasponu od 1,6 do 4,3 milijarde dolara za liječenje psorijaze (Bhosle i sur., 2006). Ako dijete u obitelji boluje od psorijaze, osim što bolest utječe na zabrinutost roditelja, vrlo često utječe i na sam kontakt između djeteta i roditelja. Neki roditelji izbjegavaju često dodirivati dijete jer se boje da će mu dodir smetati i boljeti ga, dok drugi smatraju da se sav fizički kontakt svodi na mazanje kremama i primjenu lijekova. Takva su djeca često prezaštićena i teže se osamostaljuju, a nerijetko se susreću i s odbacivanjem od strane vršnjaka i učitelja. Simonić (2010) prikazuje u svom radu kako traumatska iskustva poput emocionalnog zanemarivanja i seksualnog zlostavljanja u djetinjstvu mogu biti okidač psorijaze, a često znaju dovesti i do psorijatičnog artritisa. Takvim osobama često nije dovoljna samo terapija za liječenje bolesti, nego je uz adekvatnu terapiju nužno i psihijatrijsko liječenje.

Budući da je psorijaza kronična bolest koja može trajati čitav život, važno je pokušati razviti metode suočavanja s bolešću i potruditi se što bolje organizirati vlastiti život kako bi se tijek bolesti i njeno liječenje što bezbolnije uklopili u svakodnevni život. Važnu ulogu u nošenju sa ovom bolesti ima socijalna podrška. Socijalna podrška se pokazuje u informacijama od drugih koji nas vole i brinu za nas, poštuju i cijene i dio su naše komunikacijske mreže i odnosa uzajamne obaveze. Istraživanja razlikuju strukturalne i funkcionalne mjere socijalne podrške. Strukturalne mjere socijalne podrške ispituju mrežu socijalnih odnosa pojedinaca (npr. bračni status, broj prijatelja). Funkcionalne mjere socijalne podrške ispituju služe li interpersonalni odnosi određenoj funkciji. Većina razlikuje emocionalnu podršku (pokazivanje empatije, brige i ljubavi), instrumentalnu podršku (opipljiva pomoć), podršku pripadanja (socijalni kontakti) i podršku procjene (povratne informacije korisne za samoprocjenu) (Hewstone i Stroebe, 2001). Od iznimne je važnosti educirati se o vlastitoj bolesti, jer na taj način oboljeli može upoznati vlastitu bolest i svoje tijelo, te se susresti sa različitim mogućnostima terapije, kao i drugim ljudima s kojima ih povezuje ista bolest. Što bolje upoznaju vlastitu bolest, znat će što mogu očekivati, te se lakše pripremiti za nove situacije. Ovo pravilo ne vrijedi samo za psorijazu, nego i za sve ostale bolesti.

Psorijazu treba prihvatiti kao dio sebe, naglašavati svoje pozitivne strane, a ne se potpuno poistovjetiti s njom. Treba se pokušati opustiti na bilo koji način koji osobi odgovara, baviti stvarima koje se vole, ili koristiti neke od tehnika relaksacije. Treba otvoreno ljudima govoriti o svojoj bolesti, upoznati ih s njom i objasniti im o čemu se radi, jer je ponekad potrebno samo

znanje da bi se predrasude razbile. U jednom opsežnom istraživanju provedenom u Skandinavskim zemljama, u kojem je sudjelovalo 6497 sudionika, rezultati su potvrdili da je ozbiljnost bolesti izvještena od strane samih bolesnika glavni prediktor kvalitete života (Zachariae i sur., 2002). Iako i drugi faktori, uključujući dob, državu, bračni status i zaposlenje imaju ulogu u predviđanju kvalitete života, oni objašnjavaju malen postotak varijance. Stariji sudionici i oni koji su vjenčani izvještavaju o manjem pogoršanju bolesti od mlađih i onih koji žive sami. Utjecaj imaju i individualne razlike u osobnosti, te sposobnosti suočavanja sa stresom.

9. 1. Svjetski dan borbe protiv psorijaze, 29. listopada

Globalnom inicijativom udruga pacijenata i liječnika „Psorijaza – globalni zdravstveni izazov“ obilježava se 29. listopada kao Svjetski dan psorijaze. Upravo je bolje informiranje javnosti o psorijazi cilj obilježavanja ovog dana, zatim osiguranje boljeg pristupa liječenju, te omogućavanje da oboljeli otvoreno i bez srama govore o svojoj bolesti i problemima koji se uz nju vežu. Od psorijaze boluje oko 1 do 3% svjetske populacije, dok u Hrvatskoj boluje oko 80 000 osoba. Podizanjem razine znanja javnosti o ovoj kroničnoj progresivnoj bolesti, nastoji se pokazati da je psorijaza zapravo jedan od važnih javnozdravstvenih problema u našoj državi (Škes, 2012).

10. ZAKLJUČAK

Psorijaza je jedna od najčešćih upalnih bolesti kože kod ljudi bijele rase diljem svijeta i negativno utječe na kvalitetu života osoba oboljelih od nje. Najčešće se javlja između 20 i 30 godine života, kronično ponavljajuće prirode je i traje uglavnom cijeli život. Iako konkretan uzrok bolesti nije poznat, pretpostavlja se da se psorijaza javlja kao posljedica interakcije genetskih čimbenika i djelovanja okoline. Ima velik utjecaj na svakodnevni život, a utječe na odnose s društvom, obitelji, odnos s partnerom, profesionalnu karijeru, financijske izdatke pri liječenju, način odijevanja i izlaganja kože pogledima drugih. Upravo se zbog neznanja ljudi o ovoj bolesti osobe sa psorijazom nerijetko nađu u neugodnim situacijama u kojima drugi pokazuju gađenje prema njihovoj bolesti, stigmatiziraju ih, ne žele sjesti blizu njih ili im pružiti ruku.

Osim kliničke procjene u kojoj se utvrđuje težina bolesti, treba izmjeriti kvalitetu života bolesnika, budući da se neke osobe oboljele od lakšeg oblika psorijaze teže nose s bolešću od onih oboljelih od težeg oblika. Kvaliteta života može se mjeriti različitim upitnicima, počevši od općih upitnika koji općenito mjere kvalitetu života, do onih specifičnih koji se odnose na psorijazu. Korištenjem upitnika može se dobiti bolji uvid u stanje oboljelog. Osobe sa psorijazom često imaju i psihijatrijske poremećaje poput anksioznosti, depresivnosti, ali i suicidalnih misli. Kako se osoba nosi sa svojom bolesti ovisi o dobi, spolu, količini podrške koju dobiva od strane svojih bližnjih, o načinima i učincima terapije kojoj je izložena, karakteristikama ličnosti i podložnosti stresu. Stres ima jako negativan utjecaj na tijek ove bolesti i često pogoršava stanje oboljelog. Osim stresa, na tijek psorijaze negativno utječe pretilost, prekomjerne količine alkohola, cigarete, oslabljen imunološki sustav, neki lijekovi i sl., dok pozitivno utječe lagana prehrana i stabilna tjelesna težina, određeni klimatski uvjeti, podrška okoline, te primjerena terapija koja može biti lokalna ili sustavna, a ovisi o težini bolesti. Kao svjetski dan psorijaze obilježava se 29. listopada, a cilj obilježavanja je osvijestiti društvo o ovoj teškoj bolesti, te pomoći oboljelima u nošenju sa stresom i svim ostalim negativnim posljedicama koje psorijaza nosi sa sobom.

LITERATURA

- Bhosle, M.J., Kulkarni, A., Feldman, S.R., Balkrishnan, R. (2006). *Quality of life inpatients with psoriasis*. Health and Quality in Life Outcomes, 4(35); 1-7.
- Čubrilović, Ž., Šargač, M. (2007). *Zdravstvena njega bolesnika oboljelog od psorijaze*, preuzeto 16. lipnja 2014. s <http://www.sem.com.hr/content/view/57/2/>
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Hewstone, W., Stroebe, M. (2001). *Socijalna psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Kurilić, M., Brajac, I., Prpić – Massari, L., Kaštelan, M. (2011). *Tradicionalna sustavna terapija – značenje u liječenju psorijaze*. Medicina Fluminensis, 47 (1); 53-58.
- Radojković, D. (2013). *Kognitivni stil, strategije prevladavanja stresa i kvalitet osoba obolelih od psorijaze*. Master rad, Niš: Filozofski fakultet u Nišu.
- Ražnatović, M., Bojanić, J., Janković, S. (2012). *Kvalitet života obolelih od psorijaze*. Biomedicinska istraživanja, 3(1); 60-67.
- Ražnatović, M., Janković, S. (2012). *Faktori rizika za nastanak psorijaze*. Medical Data, 4(1); 051-055.
- Simonić, E. (2010). *Psihosocijalni čimbenici u bolesnice sa psorijazom i psorijatičnim artritismom*. Medicina Fluminensis, 46(3); 332-336.
- Šitum, M. i sur. (2011). *Psorijaza: Život u mojoj koži*, preuzeto 14. travnja 2014. s <http://www.psorijaza.hr/>
- Šitum, M., Buljan, D., Buljan, M., Vurnek Živković, M. (2008). *Psihodermatologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Škes, M. (2012). *Svjetski dan borbe protiv psorijaze, 29. listopada 2012.*, preuzeto 16. travnja 2014. s <http://www.stampar.hr/SvjetskiDanBorbeProtivPsorijaze2012>
- Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork, C., Sigurgeirsson, B. (2002). *Quality of life in 6497 Nordic patients with psoriasis*. British Journal of Dermatology (146); 1006-1016.

