

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**KVALITETA ŽIVOTA I DOŽIVLJAJ STRESA KOD  
BOLESNIKA S DERMATOLOŠKIM BOLESTIMA**

Diplomski rad

Tatjana Ćorković

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2017.

Sveučilište J. J. Strossmayera u Osijeku

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

Studij: Diplomski studij Psihologije

Tatjana Ćorković

**KVALITETA ŽIVOTA I DOŽIVLJAJ STRESA KOD  
BOLESNIKA S DERMATOLOŠKIM BOLESTIMA**

Diplomski rad

Društvene znanosti, polje psihologija, grana klinička i zdravstvena psihologija

Mentorica: izv. prof. dr. sc. Gorka Vuletić

Osijek, 2017.

## Sadržaj

<b>Uvod</b> .....	1
Seboroički dermatitis.....	1
Rosacea .....	2
Akne .....	2
Kvaliteta života osoba s dermatološkim oboljenjem.....	3
Doživljaj stresa osoba s dermatološkim oboljenjem.....	4
Prediktori kvalitete života osoba s dermatološkim oboljenjem.....	5
<b>Cilj istraživanja</b> .....	7
<b>Problemi i hipoteze</b> .....	7
<b>Metoda</b> .....	8
Sudionici .....	8
Instrumenti .....	8
Upitnik općih podataka o ispitaniku.....	8
Dermatološki klinički upitnik.....	8
Indeks osobne kvalitete života .....	8
Dermatološki indeks kvalitete života.....	9
Upitnik percepcije stresa .....	9
Postupak .....	10
<b>Rezultati</b> .....	10
Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka .....	10
Deskriptivna analiza .....	11
Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života i doživljajem stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti.....	13
Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti.....	15
<b>Rasprava</b> .....	18
Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života i doživljajem stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti.....	20
Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti.....	22
Nedostaci i smjernice za buduća istraživanja.....	25
<b>Zaključak</b> .....	26
<b>Literatura</b> .....	27

## **Kvaliteta života i doživljaj stresa kod osoba s dermatološkim bolestima**

Cilj ovoga istraživanja bio je ispitati odnos sociodemografskih karakteristika i kliničkih karakteristika bolesti s kvalitetom života i doživljajem stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti te ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri sociodemografske karakteristike, kliničke karakteristike bolesti te doživljaj stresa i dermatološka kvaliteta života opću kvalitetu života osoba s dermatološkim oboljenjima. Sudionici istraživanja bili su pacijenti oboljeli od rosaceje, akni i seboroičkog dermatitisa koji dolaze na pregled u Kliniku za kožne i spolne bolesti KBC „Sestre milosrdnice“ u Zagrebu. Uzorak je činilo ukupno 182 sudionika, od toga 126 ispitanika ženskog spola te 56 muškog spola, raspona dobi od 15 do 80 godina. U istraživanju su korišteni sljedeći upitnici: Upitnik općih podataka o ispitaniku, Dermatološki klinički upitnik za dobivanje podataka o kliničkim karakteristikama bolesti, Indeks osobne kvalitete života (PWI) kao opća mjera kvalitete života, Dermatološki indeks kvalitete života (DLQI) za procjenu dermatološke kvalitete života te Upitnik percepcije stresa (PSS) za procjenu doživljaja stresa ispitanika. Rezultati su pokazali da postoji statistički značajna povezanost ženskog spola s nižom dermatološkom kvalitetom života i većim doživljajem stresa, dok se dob pokazala negativno povezanom s ukupnom kvalitetom života. Nadalje, klinička procjena težine bolesti pozitivno je povezana s dermatološkom kvalitetom života, ali ne i s ukupnom kvalitetom života. Rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize pokazali su da su dob, dermatološka kvaliteta života te doživljaj stresa važni prediktori opće kvalitete života. Ovi rezultati nude praktične implikacije za poboljšanje kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti djelovanjem na doživljaj stresa bolesnika.

*Ključne riječi:* kvaliteta života, percepcija stresa, rosacea, akne, seboroički dermatitis

## **Quality of life and stress perception in dermatological patients**

The aim of this study was to examine the relationship between socio-demographic characteristics, clinical characteristics of skin disease, quality of life and stress perception in dermatological patients and to determine whether socio-demographic characteristics, clinical characteristics of skin disease, dermatology-specific quality of life and stress perception predict quality of life. Participants of the study were patients with rosacea (N=60), acne (N=70) and seborrheic dermatitis (N=52) who completed a survey during a patient visit in Department of Dermatology and Venereology at University Hospital Centre "Sestre milosrdnice" in Zagreb. The sample consisted of 182 participants in total, 126 female and 56 male, aged between 15 and 80. The following instruments were used: General questionnaire, Dermatological clinical questionnaire to identify clinical characteristics of skin disease, Personal Wellbeing Index (PWI) as a general measure of quality of life, Dermatological Quality of Life Index (DLQI) as a measure of dermatologic-specific quality of life and Percieved Stress Scale (PSS) to assess perceived stress. The results indicate a significant relation between female gender and lower dermatologic-specific quality of life and higher stress perception, while negative correlation between age and overall quality of life was found. In addition, clinical severity was positively correlated with dermatologic-specific quality of life, but no significant correlations with overall quality of life were found. Multiple regression analysis revealed that age, dermatology-specific quality of life and percieved stress were significant predictors of quality of life. These results offer practical implications in improving quality of life in dermatological patients by acting on the patient's stress perception.

*Key words:* quality of life, stress perception, rosacea, acne, seborrheic dermatitis

## Uvod

Za kožu se može reći da je organ komunikacije s vanjskim svijetom, a ne samo najveći organ osjetilnog sustava. Koža zauzima posebno mjesto u psihosomatskoj medicini jer je najviše izložena pogledu drugih ljudi, ali i samom pojedincu koji je vizualno suočen sa njezinim stanjem. Sve to dovodi do potrebe za boljim razumijevanjem povezanosti zdravlja kože i psihičkog zdravlja pojedinca.

Neosporno je da zadovoljstvo tjelesnim izgledom ima značajan utjecaj na psihosocijalno zdravlje (Papadopulos, 1999; prema Šitum i sur., 2008). To posebice dolazi do izražaja kada su u pitanju dermatološke bolesti. Dermatološke bolesti spadaju u skupinu bolesti koje su marginalizirane uslijed općeprihvaćenog mišljenja da predstavljaju manji medicinski problem u odnosu na somatske bolesti jer uglavnom nisu opasne po život. Međutim, za razliku od većine somatskih bolesti, bolesti kože najčešće su smještene na vidljivim predjelima kože, i samim time, mogu utjecati na psihičko zdravlje u puno većoj mjeri nego ozbiljnija, somatska bolest koja nije vidljiva (Šitum i sur., 2008). Nadalje, bolesti kože često se povezuju i s lošom higijenom, zarazom i infekcijama, što se posebno odnosi na bolesti smještene na licu (Kleinman, 1988; prema Šitum i sur., 2008). Potreba za svakodnevnom provedbom terapije, njihov kroničan tijek i sklonost recidivima predstavljaju dodatan stres za bolesnika. Stoga osobe koje boluju od dermatoloških bolesti, osim medicinskih, mogu imati značajne psihološke i socijalne posljedice (Šitum i sur., 2008).

### Seboroički dermatitis

Seboroički dermatitis predstavlja kroničnu dermatološku bolest karakteriziranu upalnom reakcijom, crvenilom i pretjeranim ljuštenjem kože na zahvaćenim područjima. Promjene se pojavljuju na tzv. "seboroičkim područjima" (kao što su vlasište, obrve, koža lica, osobito između nosa i usta), po čemu je bolest i dobila ime. Uporaba različitih naziva kao što su seboreja, seboroični ekscem, perut i sl. najbolje oslikava širinu spektra seboroičkog dermatitisa i neslaganja vezana uz etiologiju ove bolesti (Dessinioti i Katsambas, 2013). Tako se primjerice, prema težini kliničke slike perut smatra blažim oblikom seboreje izražene na vlasištu i može biti vezana uz stres (Ostlere, Taylor i Harris, 1996; prema Dessinioti i Katsambas, 2013). Međutim, i tu postoje neslaganja pa tako neki istraživači koriste taj pojam kako bi opisali bilo koji oblik perutanja vlasišta (Bulmer i Bulmer, 1999; prema Schwartz, DeAngelis i Dawson, 2012). Osim na vlasištu, seboroički dermatitis može biti izražen ujedno na licu i vlasištu u blažem ili težem obliku.

Učestalost seboroičkog dermatitisa kreće se oko 3-5% u općoj populaciji (Naldi i Rebora, 2009; prema Linder i sur., 2013). Dobne skupine u kojima se najčešće javlja su dojenčad do 3. mjeseca života, ali se javlja i kod odraslih, najčešće u dobi od 30 do 60 godina, s tim da je prevalencija nešto češća u muškaraca (Janniger, 1993; prema Schwartz, Janusz i Janniger, 2006).

## **Rosacea**

Rosacea (rozaceja) predstavlja kroničnu upalu kože karakteriziranu crvenilom koje nastaje proširenjem kapilara lica, dok u rjeđim slučajevima mogu biti zahvaćeni drugi dijelovi tijela. Prema težini kliničke slike, rosaceu možemo podijeliti na nekoliko podtipova ili stupnjeva bolesti. Tu je važno napomenuti da između stupnjeva postoje preklapanja, stoga navedeni stupnjevi imaju i neka zajednička obilježja. Tako blaži oblik bolesti obilježava izraženo crvenilo i trajno proširene kapilare vidljive na površini kože. Nadalje, drugi stupanj bolesti, uz crvenilo, obilježavaju i brojne papule (upalne lezije kože karakterizirane malim čvorićima) i pustule (gnojni čvorići). Uz sve navedeno, kod ove bolesti u najtežem slučaju može se javiti izražajno zadebljanje nosa, poznatije pod nazivom rinofima. Rinofima predstavlja značajan kozmetički problem, pa se teži slučajevi liječe isključivo kirurški.

Rosacea se najčešće javlja kod osoba u starosnoj dobi između 30 i 60 godina, a uobičajeno je mišljenje da je rosacea češća kod ženskog spola svijetle puti (Strauss, 1987; prema Đaković i sur., 2004). Štoviše, rosacea se vrlo rijetko javlja u osoba afričkog porijekla (Rosen, 1987; prema Jansen i Plewig, 1997). Procjenjuje se da učestalost u općoj populaciji urazličitim istraživanjima varira od 0.09% do 10% (Beikert i sur., 2013).

Po pitanju etiologije, često se stres navodi kao okidač bolesti, premda postoje mnoge teorije o uzrocima ove bolesti (Abram i sur., 2010; prema Vemuri i sur., 2015). Rosacea u nekim slučajevima može izgledati slično kao kad je riječ o aknama, iako se radi o dvije sasvim različite dermatološke bolesti. Međutim, u nekim slučajevima oboljeli u svojoj povijesti bolesti mogu imati akne (Jansen i Plewig, 1997).

## **Akne**

Akne (*Acne vulgaris*) su kronična dermatološka bolest koja se najčešće javlja u doba adolescencije. No akne se mogu pojaviti kod svih dobnih skupina, i samim time, ujedno predstavljaju najčešću dermatološku bolest. Naime, procjenjuje se da se 90% populacije u nekom razdoblju života susretne s nekim oblikom akni (Buxton and Morris-Jones, 2009; prema Lavers, 2014). Zbog velike učestalosti među općom populacijom često su shvaćene

samo kao kozmetički problem pa neka istraživanja pokazuju da čak 50% adolescenata smatra da je “normalno imati prištiće” (Koo, 1985; prema Oremović i Kotrulja 2003).

Slično kao kad je u pitanju rosacea, akne se mogu klasificirati u 3 klinička stupnja prema vrsti dermatoloških promjena i težini kliničke slike (Juzubašić, 2010). Tako najblaži oblik bolesti obilježava prisutnost vrlo male upale. Prevladavaju otvoreni i zatvoreni komedoni (miteseri). Nadalje, umjerene akne, osim komedona, karakteriziraju papule i pustule s gnojnom upalom. Naposljetku, najteži oblik bolesti javlja se češće kod muškog spola u adolescentnoj dobi (Schafer i sur., 2001; prema Kotrulja, 2011). Ovdje uz komedone, papule i pustule upalni proces zahvaća dublje dijelove folikula pa nastaju tvrdi, bolni upalni čvorovi koji nakon cijeljenja u većini slučajeva ostavljaju trajne i vidljive ožiljke.

Premda akne ne predstavljaju medicinsko stanje koje ima značajne fizičke posljedice po zdravlje, one ipak mogu predstavljati ozbiljan medicinski problem zbog negativnog utjecaja na psihičko zdravlje, psihološku dobrobit i kvalitetu života oboljelih (Kurtalić i Hadžigrahić, 2010).

### **Kvaliteta života osoba s dermatološkim oboljenjem**

Kvaliteta života predstavlja iznimno složen koncept kojim se bave različite znanstvene discipline i gotovo ga je nemoguće jednoznačno definirati. Ipak, u literaturi o kvaliteti života nalazimo nekoliko općeprihvaćenih definicija. Tako je jedna od najprihvaćenijih definicija ona od strane Svjetske zdravstvene organizacije (SZO). Prema ovoj definiciji, kvaliteta života definirana je kao pojedinačna percepcija pozicije u specifičnom kulturološkom, društvenom i okolišnom kontekstu (World Health Organization 1999; prema Vuletić i Misajon, 2011).

Nadalje, Petz (2005) pod pojmom kvalitete života podrazumijeva kompleksan proces evaluacije zadovoljstva životom unutar okruženja u kojem pojedinac živi. Slično tome, Krizmanić i Kolesarić (1989; prema Vuletić i Stapić, 2013) temelj kvalitete života nalaze u subjektivnoj procjeni. Prema ovoj definiciji, kvaliteta života je prvenstveno psihološka kategorija koja ne proizlazi iz zadovoljavanja osnovnih potreba, već iz ukupne psihološke strukture pojedinca u interakciji s njegovom fizičkom i socijalnom okolinom.

S obzirom na spomenuto neslaganje autora oko samog pojma i definicije kvalitete života, danas se za procjenu kvalitete života koriste brojni opći upitnici i upitnici specifični za određena oboljenja. Za razliku od općih instrumenata koji imaju nisku senzitivnost za određene bolesti, upitnici specifični za određena oboljenja konstruirani su tako da omogućavaju ne samo bolji uvid u specifičnosti zdravstvenih i drugih tegoba koje prate

određene bolesti, nego omogućavaju i planiranje terapijskih procedura i unaprjeđenje kvalitete usluge liječenja.

Mjerenje kvalitete života u dermatologiji predstavlja relativno novo područje. Suvremeni način života i nepovoljno djelovanje okolišnih čimbenika sustavno smanjuju kvalitetu života ljudi, posebno onih koji boluju od neke vrste kožne bolesti. Naime, većina istraživanja upućuje na to da mnoge dermatološke bolesti imaju negativan utjecaj na kvalitetu života oboljelog (Hong i sur., 2008; prema Van Cranenburgh i sur., 2015). Dosadašnja istraživanja ukazuju na povezanost dermatoloških bolesti s depresijom, anksioznošću i sniženim samopoštovanjem (Engles, 1982: prema Šitum i sur., 2008). Osim toga, dermatološke promjene utječu i na odnose bolesnika s drugim ljudima, što najčešće rezultira povlačenjem u sebe, smanjenjem samopouzdanja i društvenom izolacijom (Papadopulos, 1999; prema Kotrulja, 2011). Sve to u konačnici negativno djeluje na kvalitetu života oboljelih. Štoviše, neka istraživanja upućuju na to da bolesnici s dermatološkim oboljenjima, imaju nižu kvalitetu života u odnosu na brojne druge, po život opasne bolesti, poput dijabetesa, epilepsije i artritisa (Chamlin i Chren, 2000; Mallon i sur., 1999; Rapp i sur., 2004; prema Loney, Standage i Lewis, 2015).

Kada su u pitanju kronične kožne bolesti koje se manifestiraju na licu, njihov negativni utjecaj na kvalitetu života još je izraženiji. Tako prijašnja istraživanja pokazuju da pacijenti s aknama na licu imaju sniženo samopoštovanje (Koo, 1995; Krowchuk i sur., 1991; Smithard, Glazebrook i Williams, 2001; prema Loney, Standage i Lewis), u većoj mjeri imaju suicidalna razmišljanja u odnosu na opću populaciju (Cotterill & Cunliffe, 1997; prema Loney, Standage i Lewis) te smanjenu dermatološku kvalitetu života (Lasek i Chren, 1998; Mallon i sur., 1999; prema Loney, Standage i Lewis, 2015). Utjecaj rosaceje na kvalitetu života oboljelih također je značajan, ali je on često podcijenjen (Beikert i sur., 2013). Istraživanja pokazuju da dermatološke promjene na licu uzrokovane rosaceom dovode do socijalne izolacije i osjećaja srama (Schuster i sur. 1978; prema Beikert i sur. 2013). Osim toga, pacijenti s rosaceom u većoj mjeri su skloni depresiji (Gupta i sur., 2005, prema Beikert i sur., 2013) i imaju sniženu dermatološku kvalitetu života (Böhm i sur., 2014).

### **Doživljaj stresa osoba s dermatološkim oboljenjem**

Među najčešćim psihološkim reakcijama na kronične bolesti jesu depresivnost, anksioznost, frustracija i stres. U najširem smislu, stres predstavlja tjelesnu i psihološku reakciju na vanjske i unutarnje stresore (Havelka, 2002). Novija psihološka konceptualizacija stresa naglašava ulogu interakcije između pojedinca i okoline i kognitivne procjene pojedinca,



pa stres podrazumijeva procjenu značenja, opasnosti, prijete i izazova koji dolaze iz okoline (Lazarus, 1976; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006).

Doživljaj stresa ima veliki utjecaj na endokrini, neurotransmitterski i imunološki sustav što se često očituje dermatološkim bolestima (Šitum i sur., 2008). Općenito, možemo reći da doživljaj stresa može imati značajnu ulogu kod bolesnika s dermatološkim bolestima na dva načina. Naime, jednako kao što stres može biti značajan okidač različitih dermatoloških bolesti, tako pojava i pogoršanje bolesti može dovesti do većeg subjektivnog doživljaja stresa (Oremović i Kotrulja, 2003). To potvrđuju i istraživanja koja ukazuju na to da se psihološki stres javlja kao jedan od čimbenika koji izaziva i pogoršava akne (Gupta i Gupta, 2003; prema Yosipovitch i sur., 2007). S druge strane, kronične dermatološke bolesti same po sebi mogu biti značajan izvor stresa i povećane anksioznosti (Koo i Smith, 1991; prema Chiu i sur., 2003).

Jednu od važnih dimenzija koja djeluje na načine suočavanja sa stresom predstavlja mogućnost kontrole stresnog događaja (Lazarus, 1976; prema Hudek-Knežević i Kardum, 2006). Prvenstveno, dermatološke promjene na koži, posebice one izražene na licu uočljive su i privlače pažnju okoline, zbog čega bolesnik gubi osjećaj privatnosti i osjećaj kontrole nad informacijama o vlastitoj bolesti. Drugim riječima, s obzirom na vanjske znakove bolesti, osoba s dermatološkom bolešću je neprestano podsjećana na činjenicu da je bolesna, što onemogućuje negaciju kao mehanizam obrane. Suprotno tome, oboljeli od tjelesnih bolesti ne moraju neprestano biti svjesni bolesti. Sama ta činjenica dopušta im povremenu negaciju bolesti, a samim time i kvalitetnije sudjelovanje u svakodnevnim životnim aktivnostima (Šitum i sur., 2008).

### **Prediktori kvalitete života osoba s dermatološkim oboljenjem**

Istraživanja prediktora kvalitete života bolesnika s dermatološkim bolestima usmjerila su se većinom na one čimbenike koji su se smatrali važnima i kod drugih oboljenja, s tim da dermatološke bolesti imaju i neke specifičnosti, kao što je primjerice, vidljivost bolesti. Tako su Niemeir i sur. (1998; prema Lipozenčić i Pašić, 2000) istraživali na skupini od 50 sudionika kako se bolesnici oboljeli od akni nose sa svojom bolešću. Rezultati su pokazali da bolesnici s aknama pate od emocionalne tjeskobe, stresa i imaju psihosocijalne probleme uzrokovane bolešću. Sve to dovodi se u vezu s narušavanjem kvalitete života. Nadalje, pokazalo se da neadekvatno suočavanje sa bolešću dovodi do niskog samopoštovanja, nelagodnosti, anksioznosti te lošijeg psihosocijalnog prilagođavanja, što u konačnici stvara začaran krug koji kontinuirano narušava kvalitetu života oboljelih (Stojković, 2006).

Kada su u pitanju sociodemografske varijable poput dobi, spola ili stupnja obrazovanja, dermatološka istraživanja kvalitete života i doživljaja stresa uglavnom daju nekonzistentne rezultate. Ipak, rezultati pokazuju tendenciju u smjeru da su žene i starije osobe općenito ugoženije (Rakhesh, D'Souza i Sahai, 2008; prema Sarkar, Chugh i Bansal, 2016). Tako Jones-Caballero i sur. (2007; prema Kurtalić i Hadžigrahić, 2010) nalaze da žene oboljele od akni doživljavaju veće oštećenje kvalitete života u usporedbi s muškarcima, iako su u istraživanju kod muškaraca bili zastupljeniji teži klinički oblici akni. Slično tome, u već spomenutom istraživanju Kurtalić i Hadžigrahić (2010) dobiveno je da žene generalno proživljavaju više psiholoških posljedica dermatoloških bolesti od muškaraca, a to navode i još neka istraživanja koja su se bavila ovim problemom (Walker i Lewis-Jones, 2006, prema Kurtalić i Hadžigrahić, 2010). Konačno, što se tiče obrazovanja, prema većini nalaza iz literature stupanj obrazovanja pozitivno je povezan sa zadovoljstvom životom i srećom (Ryff i sur., 1999; Wahl i sur., 2004; prema Lučev i Tadinac, 2008), što je razumljivo s obzirom na to da viši stupanj obrazovanja pojedincu pruža veći raspon mogućnosti i resursa, bolje razumijevanje bolesti i sl. Dakle, smatra se da obrazovanje omogućava bolje prihvaćanje dijagnoze, bolju usklađenost svakodnevnih obveza i obveza vezanih uz liječenje, što u konačnici rezultira i racionalnijim korištenjem resursa za prevladavanje stresa uzrokovanog bolešću i poboljšanjem kvalitete života (Stojković, 2015). Tome u prilog idu i rezultati studije Cohena i sur. (1998) u kojoj osobe s nižim razinama obrazovanja postižu više prosječne rezultate na Skali percipiranog stresa u odnosu na obrazovanije osobe.

Što se tiče samih karakteristika bolesti, kao što su primjerice, trajanje bolesti i njihov odnos s psihičkim zdravljem pojedinca, taj odnos također nije jednostavan. S jedne strane neki od autora zaključuju da kumulativni učinci dugotrajne dermatološke bolesti mogu znatno utjecati na kvalitetu života (Kotrulja, 2011). S druge strane pak, postoje i istraživanja u kojima nije pronađena poveznost između trajanja dermatološke bolesti i kvalitete života. To je primjerice, dobiveno u istraživanju kvalitete života bolesnika s psorijazom (Gelfand i sur., 2004; prema Sarkar, Chugh i Bansal, 2016). U istraživanju Kurtalić i Hadžigrahić (2010) utjecaj akni vulgaris na kvalitetu života adolescenata bio je povezan sa stupnjem kliničke slike bolesti. Drugim riječima, adolescenti svrstani u skupinu težeg oblika bolesti imali su statistički značajno nižu kvalitetu života u odnosu na ispitanike svrstane u skupinu lakših oblika bolesti. Slično je dobiveno u istraživanju Laseka i sur. (1988; prema Kurtalić i Hadžigrahić, 2010), gdje je utjecaj akni vulgaris na kvalitetu života izraženiji kod težih kliničkih oblika, sa sličnim efektom kod oba spola.

Jedan od važnih čimbenika po pitanju dermatoloških bolesti predstavlja i njena vidljivost okolini. Općenito, Šitum i sur. (2008) navode da kronična i okolini vidljiva bolest kao što je psorijaza može imati značajno veći utjecaj na kvalitetu života u odnosu na neku drugu bolest koja nije vidljiva. To potvrđuju i istraživanja bolesnika oboljelih od drugih dermatoloških bolesti, kao što je, primjerice, istraživanje koje su proveli Dessinioti i Katsambas (2013) na uzorku od 3000 pacijenata oboljelih od seboroičnog dermatitisa. Pacijenti koji su bili svrstani u skupinu ispitanika kojima se seboroički dermatitis očitovao na vlasištu (perut) imali su statistički značajno veću kvalitetu života u odnosu na ispitanike koji su bili svrstani u skupine seboroičkog dermatitisa na licu ili seboroičkog dermatitisa na licu koji uključuje i perut. Isto tako, pacijenti kojima je seboroički dermatitis bio izražen na vidljivim dijelovima lica postigli su više rezultate na Beckovoj skali depresije, u odnosu na ispitanike kojima seboroički dermatitis ne zahvaća lice (Misery i sur., 2007).

S obzirom na sve navedeno, može se zaključiti da su rezultati većine istraživanja koja su se usmjerila na sociodemografske karakteristike, trajanje, vidljivost i smještaj dermatoloških promjena i njihov odnos s kvalitetom života i doživljajem stresa, uglavnom nekonzistentni. Ovo istraživanje usmjerilo se na navedene karakteristike triju kroničnih dermatoloških bolesti koje se manifestiraju na licu: rosaceu, akne te seboroični dermatitis, kao i na utvrđivanje prediktora kvalitete života oboljelih osoba.

### **Cilj istraživanja**

Ispitati odnos sociodemografskih karakteristika i karakteristika bolesti s kvalitetom života i doživljajem stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti (rosacea, akne, seboroični dermatitis) te ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri sociodemografske karakteristike, kliničke karakteristike bolesti te doživljaj stresa i dermatološka kvaliteta života opću kvalitetu života osoba s dermatološkim oboljenjima

### **Problemi i hipoteze**

P1: Ispitati povezanost sociodemografskih varijabli (spol, dob, stupanj obrazovanja) te varijabli vezanih uz bolest (klinička procjena težine bolesti, trajanje bolesti, lokalizacija dermatoloških promjena) s općom i dermatološkom kvalitetom života te doživljajem stresa bolesnika s dermatološkim oboljenjem

P2: Ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri sociodemografske karakteristike, varijable vezane uz bolest, doživljaj stresa te dermatološka kvaliteta života opću kvalitetu života bolesnika s dermatološkim bolestima

H1a: opća i dermatološka kvaliteta života bolesnika pozitivno su povezane sa stupnjem obrazovanja, a negativno povezane sa spolom (ženski), dobi, kliničkom procjenom teže bolesti, trajanjem bolesti i lokalizacijom dermatoloških promjena (cijelo lice).

H1b: doživljaj stresa bolesnika je negativno povezan sa stupnjem obrazovanja, a pozitivno povezan sa spolom (ženski), dobi, kliničkom procjenom teže bolesti, trajanjem bolesti i lokalizacijom dermatoloških promjena (cijelo lice).

H2: ženski spol, starija dob, niži stupanj obrazovanja, klinička procjena teže bolesti, dulje trajanje bolesti, lokalizacija promjena na cijelom licu, veći doživljaj stresa te niža dermatološka kvaliteta života predviđaju nižu opću kvalitetu života bolesnika s dermatološkim bolestima.

## **Metoda**

### **Sudionici**

U istraživanju je sudjelovalo 182 sudionika, pacijenata oboljelih od dermatoloških bolesti: rosaceje, akni i seboroičnog dermatitisa koji dolaze na pregled u Kliniku za kožne i spolne bolesti KBC Sestre milosrdnice u Zagrebu. Od toga je njih 60 imalo dijagnozu rosaceje, 70 dijagnozu akni te 52 sudionika imalo je dijagnozu seboroičnog dermatitisa. 56 ispitanika bilo je muškog (30.8%) te 126 ispitanika ženskog spola (69.2%), raspona dobi od 15 do 80 godina, s prosječnom dobi  $M=38.62$  ( $SD=20.18$ ).

### **Instrumenti**

**Upitnik općih podataka o ispitaniku.** Ovaj upitnik konstruiran je za potrebe istraživanja. Sadržava podatke o spolu, dobi, obrazovanju, povijesti bolesti te postojanju drugih kroničnih bolesti

**Dermatološki klinički upitnik.** Dermatološki klinički upitnik korišten je za procjenu specifičnih karakteristika bolesti, a sastoji se od pitanja vezanih uz lokalizaciju dermatoloških promjena, tip kože, trajanje bolesti i kliničku procjenu težine bolesti te terapiju.

**Indeks osobne kvalitete života** (Personal Wellbeing Index (PWI), International Wellbeing Group, 2013). Korišten je za procjenu opće kvalitete života. Skala se sastoji od sedam čestica kojima se procjenjuje zadovoljstvo životom na svakoj od sedam domena

kvalitete života (životni standard, zdravlje, životno postignuće, odnosi s bližnjima, osjećaj sigurnosti, prihvaćanje od strane okoline i sigurnost u budućnost). Sudionici za svaku domenu odgovaraju na skali od 11 točaka od 0 do 10 (pri čemu je 0 “sasvim nezadovoljan”, a 10 “u potpunosti zadovoljan”). Radi jednostavnije usporedbe, rezultati se izražavaju na skali od 0-100. Svaka od domena može se interpretirati kao zasebna varijabla, dok prosječan rezultat na svim domenama predstavlja vrijednost indeksa osobne kvalitete života. Pouzdanost upitnika je dobra, Cronbach alpha nalazi se između vrijednosti od 0,70 do 0,85.

**Dermatološki indeks kvalitete života** (Dermatology Life Quality Index (DLQI), Finlay i Khan, 1992). Ova skala korištena je pri procjeni specifične, dermatološke kvalitete života. Sastoji od 6 subskala (ukupno 10 čestica) za procjenu ograničavajućeg djelovanja dermatološke bolesti u svakodnevnom životu bolesnika po pojedinim domenama tijekom proteklog tjedna (simptomi i osjećaji, dnevne aktivnosti, slobodno vrijeme, posao/škola, osobni odnosi, tretman). Za svako pojedinačno pitanje ponuđene su višestruke mogućnosti odgovora (“vrlo mnogo”, “mnogo”, “malo”, “nimalo”, “ne odnosi se na moj slučaj”). Ukupni DLQI rezultat formira se kao suma rezultata za svako pojedinačno pitanje, a viši rezultat upućuje na veći utjecaj bolesti na kvalitetu života. Drugim riječima, ukupni rezultat kreće se u rasponu od 0 - odsustvo utjecaja dermatološke bolesti na kvalitetu života, do 30 - maksimalan utjecaj dermatološke bolesti na kvalitetu života (specifičnije, rezultat u rasponu 0-1 upućuje na to da nema utjecaja dermatološke bolesti na kvalitetu života, rezultat 2-5 upućuje na mali utjecaj, 6-10 na umjereni utjecaj, 11-20 na veliki utjecaj te u konačnici rezultat u rasponu 21-30 ukazuje na izrazito veliki utjecaj dermatološke bolesti na kvalitetu života oboljelog). Skala DLQI iznimno je važna u procjeni negativnog ograničavajućeg djelovanja dermatološke bolesti, a pouzdanost upitnika je dobra i kreće se u rasponu od 0,70 do 0,90 u različitim istraživanjima.

**Upitnik percipije stresa** (Perceived Stress Scale, PSS, Cohen i sur., 1983). Predstavlja upitnik korišten za procjenu doživljaja stresa osoba s dermatološkim oboljenjima. Skala mjeri stupanj subjektivnog stresa preko procjena pomanjkanja kontrole, osjećaja zasićenosti i nepredvidljivosti života, trima osnovnim komponentama doživljaja stresa (Lazarus i Folkman, 1984; prema Hudek-Knežević I sur., 1999). Sadrži 10 čestica na kojima sudionik odgovara na ljestvici Likertovog tipa od pet stupnjeva (od 0 - nikada do 4 - vrlo često). Ukupan rezultat dobiva se kao suma odgovora gdje veći rezultat upućuje na veću razinu percipiranog stresa. Pouzdanost upitnika je dobra, Cohen i sur. (1983) utvrdili su pouzdanost u rasponu od 0,84 do 0,86.

## **Postupak**

Ovo istraživanje dio je projekta koji je proveden na Klinici za kožne i spolne bolesti KBC Sestre milosrdnice u Zagrebu. Istraživanjem su bili obuhvaćeni sudionici kojima je dijagnosticirana jedna od sljedećih dermatoloških bolesti koje se manifestiraju na licu: rosacea, akne ili seboroični dermatitis. Na prvom dermatološkom pregledu u trajanju od 20 minuta, pacijentu je, nakon anamneze, općeg i dermatološkog statusa postavljena dijagnoza te procijenjena težina bolesti od strane liječnika. Nakon postavljene dijagnoze, pacijenti su od liječnika dobili preporuke za potrebnu obradu i upute za liječenje. Također im je tijekom pregleda objašnjena preporučena njega kože, moguće neželjene reakcije lokalne terapije te potreba izbjegavanja čimbenika pogoršanja. Na kraju pregleda, pacijenti su bili upoznati s istraživanjem koje se provodi na Klinici te im je ponuđeno sudjelovanje u istraživanju. Usmeno im je objašnjen cilj i svrha istraživanja, te im je naglašeno da je istraživanje u potpunosti anonimno i dobrovoljno. Također, rečeno im je da mogu odustati od sudjelovanja u bilo kojem trenutku, bez ikakvog dodatnog objašnjenja. Isto tako, objašnjeno im je da odustajanje u tijeku istraživanja neće imati nikakvog utjecaja na njihovo daljnje liječenje. Prije početka ispunjavanja upitnika sudionici su zamoljeni da potpišu informirani pristanak za sudjelovanje u istraživanju. Vrijeme ispunjavanja upitnika nije bilo ograničeno, a u prosjeku je trajalo oko 15 minuta. Za to vrijeme liječnik je ispunjavao dermatološki klinički upitnik koji se sastojao od pitanja vezanih uz lokalizaciju dermatoloških promjena, tip kože, trajanje bolesti i kliničku procjenu težine bolesti te terapiju. Nakon ispunjavanja upitnika, sudionici su mogli razgovarati s liječnikom o svemu što ih zanima o istraživanju ukoliko su imali potrebu.

## **Rezultati**

### **Testiranje preduvjeta za korištenje parametrijskih postupaka**

S ciljem odabira adekvatnih metoda za obradu rezultata, provjereno je zadovoljavaju li varijable korištene u istraživanju (Indeks osobne kvalitete života - PWI, Dermatološki indeks kvalitete života - DLQI i njegove subskale te Skala percipiranog stresa - PSS) pretpostavku o normalnosti distribucije. U tu svrhu, proveden je Kolmogorov – Smirnovljev test, a rezultati su prikazani u Tablici 1.

Tablica 1. Vrijednosti Kolmogorov – Smirnovljeva testa te indeksi asimetričnosti i spljoštenosti upitnika PWI, DLQI i pripadajućih subskala te upitnika PSS

Varijabla	K – S test	Indeks asimetričnosti	Indeks spljoštenosti
PWI	.108**	-.999	.886
PSS	.091**	-.344	.564
DLQI:	.179**	1.583	2.626
Ukupan rezultat	.163**	.479	.377
Simptomi i osjećaji	.275**	1.519	2.078
Dnevne aktivnosti	.287**	2.084	4.850
Slobodno vrijeme	.424**	2.210	3.893
Posao/škola	.328**	2.128	5.285
Osobni odnosi	.365**	1.496	1.921

\*\* p < .01

*PWI – Indeks osobne kvalitete života, PSS – upitnik percepcije stresa, DLQI – Dermatološki indeks kvalitete života*

Iz tablice je vidljivo da sve distribucije rezultata pokazuju statistički značajno odstupanje od normalne distribucije. Ipak, neki od autora smatraju da je Kolmogorov-Smirnovljev test prestroga mjera normaliteta distribucije koja u nekim slučajevima može postati značajna čak i u slučaju manjih odstupanja (Field, 2013). Iz tog razloga, u obzir se mogu uzeti i druge mjere koje također služe kao indikatori normalnosti distribucije. Jednu od tih mjera predstavlja i utvrđivanje koliko se podaci razlikuju od normalne raspodjele po pitanju asimetrije i oblika. Tako Kline (2005) navodi da se distribucija može smatrati normalnom ukoliko se koeficijent asimetričnosti distribucije (*skewness*) kreće u prihvatljivom rasponu od +/-3, a koeficijent spljoštenosti oblika distribucije (*kurtosis*) u rasponu od +/-10. Budući da sve varijable imaju asimetričnost i spljoštenost u navedenom rasponu, smatra se da ova odstupanja od normalne distribucije neće narušiti točnost rezultata ukoliko se u daljnoj analizi koriste parametrijski postupci.

### **Deskriptivna analiza**

U Tablici 2 prikazane su deskriptivne karakteristike upitnika korištenih u istraživanju: vrijednosti aritmetičkih sredina (M), pripadajuće standardne devijacije (SD), najmanji (min) i najveći (maks) postignuti rezultat, te teorijski raspon rezultata.

Tablica 2. Deskriptivni podaci za skale upitnika PWI, PSS i DLQI te pripadajuće subskele (N=182)

Varijabla	M	SD	Min	Maks	Teorijski raspon rezultata
PWI	74.41	17.21	11.43	100	0 – 100
PSS	20.06	6.75	1	39	0 – 40
DLQI:					
Ukupan rezultat	6.06	5.59	0	28	0 – 30
Simptomi i osjećaji	2.46	1.645	0	6	0 – 6
Dnevne aktivnosti	1.07	1.410	0	6	0 – 6
Slobodno vrijeme	.89	1.327	0	6	0 – 6
Posao/škola	.42	.859	0	3	0 – 3
Osobni odnosi	.70	1.139	0	6	0 – 6
Tretman	.53	.764	0	3	0 – 3

*PWI – Indeks osobne kvalitete života, PSS – upitnik percepcije stresa, DLQI – Dermatološki indeks kvalitete života*

U usporedbi s teorijskim podacima, uočeno je da ispitanici postižu prosječne rezultate po pitanju opće, subjektivne kvalitete života. Naime, prosječna vrijednost indeksa osobne kvalitete nalazi se unutar raspona 70-80, koji je ujedno i prosječan rezultat za zdravu populaciju nekliničkog uzorka za Zapadne zemlje. S druge strane, kada je u pitanju specifična mjera dermatološke kvalitete života, dobiveni prosječan rezultat ukazuju na to da ispitanici spadaju u skupinu umjerenog utjecaja dermatološke bolesti na kvalitetu života. Pri usporedbi ispitanika na osnovi ukupnog DLQI rezultata utvrđeno je da kod 32 ispitanika (18%) nema utjecaja dermatološke bolesti na kvalitetu života dok se kod 74 ispitanika (41.6%) očituje se mali utjecaj dermatološke bolesti na kvalitetu života. Nadalje, kod 43 ispitanika (24.1%) dermatološka bolest ima umjereni utjecaj, kod njih 21 (11.8%) bolest ima veliki utjecaj, dok je kod 8 ispitanika (4.5%) dobiven izrazito veliki utjecaj dermatološke bolesti na kvalitetu života. Najviši rezultati postignuti su na skali Simptomi i osjećaji što se dovodi u vezu s emocionalnim problemima i percepcijom o stigmatizaciji, a u skladu je s nalazima prijašnjih istraživanja (Schmid-Ott, 2007; prema Stojković, 2015)

Konačno, što se tiče percipiranog doživljaja stresa ispitanika, Cohen i sur (1983) navode da normativna vrijednost aritmetičke sredine za zdravu populaciju iznosi  $M=13$ . Iz tablice je vidljivo da se aritmetička sredina iznosi  $M=20.06$  ( $SD=6.75$ ), što ukazuje na to da većina ispitanika doživljava visoku razinu stresa.

Sociodemografske karakteristike i neke karakteristike bolesti (osim varijable trajanja bolesti i dobi) u ovom istraživanju predstavljaju kategorijalne varijable, stoga su deskriptivni podaci prikazani u obliku frekvencija, što je prikazano u Tablici 3.



Tablica 3. Frekvencije ispitivanih varijabli na uzorku N = 182

Varijabla		N (%)
Spol	Muški	56 (30.8)
	Ženski	126 (69.2)
Obrazovanje	NSS	12 (6.6)
	SSS	89 (48.8)
	VŠS	23 (12.6)
	VSS	49 (26.9)
Dermatološko oboljenje	Rosacea	60 (32.97 %)
	Akne	70 (38.46 %)
	Seboroični dermatitis	52 (28.57 %)
Klinička procjena težine bolesti	I. stupanj	85 (47.22%)
	II. stupanj	75 (41.66 %)
	III. stupanj	20 (11.11%)
Lokalizacija dermatoloških promjena	Vlasište	8 (4.4 %)
	Lateralno	8 (4.4 %)
	Medijalno	75 (41.2 %)
	Cijelo lice	90 (49.5 %)

Važno je napomenuti da uzorak nije izjednačen po spolu. Naime, dvostruko je veći udio ženskih ispitanika, što je vidljivo u tablici. Isto tako, najveći dio ispitanika ima izražene dermatološke promjene na cijelom licu, dok s druge strane većina ispitanika po kliničkoj procjeni spada u kliničku skupinu I. stupnja. Kada je u pitanju trajanje bolesti izraženo u godinama, dobiveno je da prosječno trajanje bolesti iznosi  $M=3.42$  ( $SD=3.33$ ). Najkraće trajanje dermatološke bolesti u ovom istraživanju iznosi 1 godinu, dok najduže trajanje dermatološke bolesti iznosi 20 godina. Konačno, što se tiče dobi, prosječna dob svih ispitanika iznosi  $M=38,62$  ( $SD=20,18$ ).

### **Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života i doživljajem stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti**

Prvi problem ovoga istraživanja bio je ispitati povezanost sociodemografskih varijabli i varijabli vezanih uz bolest s općom i dermatološkom kvalitetom života te doživljajem stresa bolesnika s dermatološkim oboljenjem. U tu svrhu, izračunati su koeficijenti korelacije između navedenih varijabli. S obzirom na to da su većina ispitivanih varijabli izražene na ordinalnoj skali, izračunati su Spearmanovi koeficijent korelacije, a rezultati su prikazani u Tablici 4.

Tablica 4. Koeficijenti korelacije mjerenih varijabli

Varijabla	Spol	Dob	Obrazovanje	Trajanje bolesti	Klinička procjena težine bolesti	Lokalizacija dermatoloških promjena	PWI	PSS	DLQI	Simptomi i osjećaji	Dnevne aktivnosti	Slobodno vrijeme	Posao /škola	Osobni odnosi	Tretman
Spol	-														
Dob	-.079	-													
Obrazovanje	.004	.024	-												
Trajanje bolesti	-.181*	.221**	-.012	-											
Klinička procjena težine bolesti	-.182**	-.146	.056	.107	-										
Lokalizacija dermatoloških promjena	.026	-.065	.056	-.092	-.191*	-									
PWI	.010	-.394**	.075	-.069	.048	-.040	-								
PSS	.290**	.041	-.100	-.038	.009	-.004	-.429**	-							
DLQI	.287**	.070	-.052	-.063	.129	-.073	-.275**	.361**	-						
Simptomi i osjećaji	.223**	.104	-.035	-.069	.166*	-.067	-.260**	.344**	.799**	-					
Dnevne aktivnosti	.263**	.114	-.068	-.040	.064	-.097	-.250**	.202**	.815**	.561**	-				
Slobodno vrijeme	.249**	.031	.102	-.052	.060	-.116	-.171**	.217**	.809**	.485**	.687**	-			
Posao/škola	.164*	.108	-.096	-.048	.076	-.010	-.249**	.246**	.613**	.366**	.414**	.512**			
Osobni odnosi	.224**	.019	-.038	.004	-.015	-.137	-.234**	.266**	.716**	.432**	.598**	.570**	.510**		
Tretman	.053	-.003	-.084	-.063	.010	.128	-.234**	.273**	.441**	.218**	.177**	.346**	.325**	.290**	-

Napomena: \* $p < .05$ , \*\*  $p < .05$

PWI – Indeks osobne kvalitete života, PSS – upitnik percepcije stresa, DLQI – Dermatološki indeks kvalitete života

U Tablici 4 vidljivo je da se od sociodemografskih karakteristika spol pokazao statistički značajno pozitivno povezan s ukupnom dermatološkom kvalitetom života i gotovo svim subskalama ovog upitnika (osim subskale Tretman), i to u smjeru da je kod žena pristupna niža dermatološka kvaliteta života. Također, rezultati ukazuju na pozitivnu korelaciju spola i doživljaja stresa (kod žena prisutan je veći doživljaj stresa). Nadalje, dobivena je statistički značajna negativna korelacija ukupne subjektivne kvalitete života (PWI) i dobi, dok je s druge strane dobivena statistički značajna negativna povezanost kliničke procjene težine bolesti te subskale upitnika DLQI – simptomi i osjećaji.

### **Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti**

Drugi problem ovog istraživanja bio je spitati predviđaju li i u kojoj mjeri sociodemografske karakteristike, karakteristike vezane uz bolest, doživljaj stresa te dermatološka kvaliteta života opću kvalitetu života bolesnika s dermatološkim bolestima. S ciljem odgovora na problem provedena je hijerarhijska regresijska analiza, gdje je kao kriterij uzeta vrijednost Indeksa osobne kvalitete života. Prije same provedbe, analizirane su korelacije između prediktora i kriterija.

Analiza je provedena u 4 bloka. Pri tome su prvi blok prediktora činile sociodemografske varijable (spol, dob i obrazovanje), dok su drugi blok prediktora činile kliničke varijable, odnosno, varijable vezane uz karakteristike bolesti (trajanje i klinička procjena težine bolesti te lokalizacija dermatoloških promjena). Nadalje, u trećem koraku kao prediktori bile su dodane Dermatološki indeks kvalitete života (DLQI) te naposljetku u četvrtom koraku Skala percipiranog stresa (PSS), iz razloga što se pretpostavlja da navedene varijable, nakon uvođenja sociodemografskih varijabli i varijabli vezanih uz karakteristike bolesti, objašnjavaju dodatnu varijancu kvalitete života. Mjera percipiranog stresa (PSS) u analizu je uključena zadnja zbog najveće povezanosti s kriterijskom varijablom (PWI), na temelju čega se očekivao veći udio zajedničke varijance tog prediktora s kriterijem u odnosu na ostale, ranije uključene prediktore. Također, prethodna korelacijska analiza pokazala je statistički značajnu korelaciju između prediktora PSS i DLQI, zbog čega su navedeni prediktori svrstani u odvojene blokove. Rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize prikazani su u Tablici 5.

Tablica 5. Rezultati hijerarhijske regresijske analize predviđanja opće kvalitete života na temelju sociodemografskih karakteristika, karakteristika bolesti te dermatološke kvalitete života i doživljaja stresa

Prediktor	$\beta$	T	R	R <sup>2</sup>	$\Delta R^2$	F promjena
1. blok						
Spol	-.061	-.794				
Dob	-.319**	-4.113				
Obrazovanje	.052	.673	.327	.107	.107	6.028**
2. blok						
Spol	-.065	-.813				
Dob	-.336*	-2.599				
Obrazovanje	.049	.625				
Trajanje bolesti	.038	.440				
Klinička procjena težine bolesti	-.047	2.159				
Lokalizacija dermatoloških promjena	-.024	-.285	.332	.110	.003	.113
3. blok						
Spol	.038	.447				
Dob	-.372**	-3.004				
Obrazovanje	-.001	-.007				
Trajanje bolesti	.037	.455				
Klinička procjena težine bolesti	.010	.123				
Lokalizacija dermatoloških promjena	-.044	-.539				
DLQI	-.326**	-3.910	.442	.195	.085	15.289**
4. blok						
Spol	.127	1.656				
Dob	-.363**	-3.243				
Obrazovanje	-.023	-.328				
Trajanje bolesti	.052	.719				
Klinička procjena težine bolesti	.046	.622				
Lokalizacija dermatoloških promjena	-.032	-.443				
DLQI	-.245**	-3.200				
PSS	-.416**	-5.777	.589	.347	.151	33.371**

\*p < .05, \*\* p < .01

*DLQI – Dermatološki indeks kvalitete života, PSS – Upitnik percepcije stresa*

Rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize ukazuju na to da je prvi blok prediktora kojeg su činile sociodemografske varijable (spol, dob i obrazovanje) objasnio 10.7% varijance kriterija opće kvalitete života ( $\Delta R = .107$ ,  $p < .01$ ). Pregledom pojedinačnog doprinosa pojedinih varijabli može se primijetiti da se jedino dob pokazala kao značajan prediktor opće kvalitete života, odnosno, dobiveni negativni beta ponder za dob vidljiv u tablici ukazuje na to da viša dob predviđa nižu opću kvalitetu života bolesnika oboljelih od

dermatoloških bolesti. Drugi blok prediktora kojeg su činile kliničke varijable (klinička procjena težine bolesti, vrsta dermatološkog oboljenja, trajanje bolesti te lokalizacija promjena) nije objasnio dodatni, statistički značajan udio varijance. Nijedan beta ponder nije se pokazao značajnim što implicira da se na temelju navedenih kliničkih varijabli ne može predviđati kvaliteta života oboljelih.

S druge strane, u trećem koraku kada je uveden Dermatološki indeks kvalitete života (DLQI) kao prediktor objašnjeno je dodatnih, statistički značajnih 8.5% varijance. Dobiveni negativni beta ponder za DLQI ukazuje na negativnu povezanost upitnika DLQI i kriterija opće kvalitete života. Budući da viši rezultat na upitniku DLQI ukazuje na veće negativno djelovanje bolesti na kvalitetu života oboljelih, može se zaključiti da viša dermatološka kvaliteta života predviđa ujedno i višu opću kvalitetu života. Konačno, kada je u analizu uvrštena Skala percipiranog stresa kao prediktor (PSS) objašnjeno je dodatnih 15.1% varijance kriterija, što je u skladu s očekivanjima ujedno i najveći udio zajedničke varijance s kriterijem. Pri tome beta koeficijent za Skalu percipiranog stresa iznosi  $\beta = -.416$  ( $p < .01$ ), što upućuje na to da percepcija većeg doživljaja stresa predviđa nižu opću kvalitetu života oboljelih. Ukupno, modelom je objašnjeno 34.7% varijance opće kvalitete života.

U sklopu modela iz praktičnih razloga važno je prepoznati među uključenim prediktorima one prediktore koji u regresijskom modelu imaju medijacijsku ili supresorsku ulogu. Postojanje medijacije manifestira se kroz smanjenje u veličini beta pondera ili pak utvrđivanje neznačajnosti regresijskog koeficijenta za inicijalni prediktor, uz statistički značajan doprinos naknadno uvedenog prediktora (medijatora) za objašnjavanje varijance kriterija. Iz tog razloga, medijacija može biti djelomična ili potpuna, a prethodno je potrebno utvrditi postojanje korelacije između inicijalnog prediktora te naknadno uvedenog prediktora (Shrout i Bolger, 2002; Baron i Kenny, 1986; prema Tadić, 2005). Potvrđivanje medijacije pruža vrijedne informacije o procesima koji se odvijaju između promatranih varijabli, odnosno, ukazuje na to da je odnos među varijablama takav da prediktor utječe na medijatorsku varijablu, koja uslijed toga utječe na kriterij (Shrout i Bolger, 2002; Holmbeck, 1997; prema Tadić, 2005). Već je spomenuto da je pregledom korelacijskih koeficijenata utvrđeno da su prediktor uveden u 3. bloku (DLQI) te prediktor uveden u 4. bloku (PSS) u pozitivnoj korelaciji. Nakon uvođenja 4. bloka prediktora, dobivena je redukcija djelovanja prediktora u 3. bloku. Drugi riječima, iznos beta pondera u 3. bloku za DLQI iznosi  $\beta = -.326$  ( $p < .01$ ), dok naknadnim uvođenjem 4. bloka prediktora dolazi do smanjenja beta pondera koji sada iznosi  $\beta = -.245$  ( $p < .01$ ). Ipak, vidljivo je da beta ponder za DLQI nakon uvođenja skale

PSS u 4. bloku prediktora i dalje ostaje značajan, zbog čega u ovom slučaju možemo govoriti o parcijalnoj medijaciji.

Kako bi se ispitao problem multikolinearnosti, izračunat je faktor inflacije varijance (VIF) i pripadajuća tolerancija (TOL). Multikolinearnost u ovom modelu nije problem, budući da najveća vrijednost VIF iznosi 1.235, a sve vrijednosti za Tolerance veće su od 0.1 i kreću se oko iznosa 1. Nadalje, vrijednost Durbin-Watson testa koji predstavlja koeficijent pogreške prognoze iznosi 2.037 za ove podatke, što je približno iznosu 2 te stoga možemo smatrati da su reziduali u ovom modelu nezavisni, što je i poželjno.

### **Rasprava**

Ovo istraživanje usmjerilo se na kronične dermatološke bolesti koje se manifestiraju na licu: seboroični dermatitis, rosaceju i akne. Cilj je bio ispitati odnos sociodemografskih varijabli, varijabli vezanih uz bolest, kao i odnos dermatološke kvalitete života i doživljaja stresa s kvalitetom života bolesnika s dermatološkim oboljenjem. Pri tome se nastojalo odgovoriti na dva problema: ispitati povezanost sociodemografskih karakteristika i kliničkih karakteristika bolesti s općom i dermatološkom kvalitetom života i doživljajem stresa kod osoba oboljelih od dermatoloških bolesti te ispitati predviđaju li i u kojoj mjeri sociodemografske karakteristike, karakteristike bolesti, dermatološka kvaliteta života te doživljaj stresa opću kvalitetu života osoba s dermatološkim oboljenjima.

U istraživanju je sudjelovalo 182 ispitanika oboljelih od kroničnih dermatoloških bolesti koje se manifestiraju na licu: njih 60 imalo je dijagnozu rosaceje, 70 dijagnozu akni te 52 sudionika dijagnozu seboroičnog dermatitisa. Veliku većinu uzorka u ovom istraživanju činile su upravo žene (69,2%), za što postoji nekoliko mogućih objašnjenja. Naime, žene češće posjećuju liječnike nego muškarci (Bertakis, 2000). Isto tako, uvriježeno je mišljenje da dermatološke bolesti predstavljaju kozmetički problem vezan za ljepotu i njegu kože, što se nadalje, vezuje prvenstveno uz žene pa postoji mogućnost da je to razlog povećanom posjetu žena dermatološkim ordinacijama. (Lubina, 2014). U usporedbi s teorijskim podacima, istraživanjem je utvrđeno da prosječan rezultat pri ispitivanju opće, subjektivne kvalitete života odgovara prosjeku za zdravu populaciju u Zapadnim zemljama (normativni raspon vrijednosti PWI je 70-80% skalnog maksimuma). Ovi rezultati nisu u skladu s većinom prijašnjih istraživanja koja ukazuju na smanjenu kvalitetu života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti koja se može usporediti sa utjecajem kojeg imaju teške kronične bolesti, kao što su dijabetes, reumatoidni artritis, depresija pa i rak (Rapp i sur., 1999; prema

Ražnatović i sur., 2012). Premda kožne bolesti uglavnom nisu opasne po život, one pripadaju u skupinu bolesti koje imaju značajan utjecaj na kvalitetu života upravo zbog njihove vidljivosti okolini. Jedno od mogućih objašnjenja ovakvim rezultatima može biti i to što uzorak nije reprezentativan po nekim važnim kliničkim obilježjima. Tako ispitanici nisu bili izjednačeni po kliničkoj težini bolesti, što je moglo imati utjecaja na same rezultate. Naime, gotovo polovica ispitanika, njih 85 (47.22%) imalo je najblaži oblik bolesti, dok je s druge strane samo 15 ispitanika imalo najteži, 3. stupanj bolesti (8.33%). Isto tako, upitnici opće kvalitete života imaju nisku senzitivnost za određene bolesti, posebice kada se radi o blažim oblicima dermatoloških bolesti, dok su upitnici specifični za određenja oboljenja konstruirani tako da omogućavaju bolji uvid u specifičnosti zdravstvenih i drugih tegoba koje prate određene bolesti. Tako je primjenom upitnika specifičnog za dermatološke bolesti kojim se ispituje direktan utjecaj dermatološke bolesti na kvalitetu života dobiveno da ispitanici spadaju u skupinu u kojoj se očituje umjereni utjecaj dermatološke bolesti na kvalitetu života ( $M=6.06$ ,  $SD=5.59$ ). Slične rezultate dobili su i Szepietowski i suradnici (2008) koji su ispitali dermatološku kvalitetu života na pacijentima oboljelih od seboroičkog dermatitisa gdje je prosječan DLQI rezultat iznosio  $M=6.92$  ( $SD=5.34$ ). Ipak, važno je napomenuti da direktne usporedbe nisu moguće zbog razlika u samom uzorku ispitanika. U usporedbi sa zdravom populacijom, dobiveni prosječni rezultat na ovom upitniku na nekliničkom uzorku ispitanika bez somatskih i psihijatrijskih oboljenja vidljivo je niži u odnosu na spomenute i iznosio je  $M=2,43$ ,  $SD=1,43$  (Stojković, 2015).

Većina istraživanja upućuje na to da osobe s kožnom bolešću proživljavaju visoku razinu stresa i imaju sniženo samopoštovanje (Papadopulos i Bor, 1999; prema Šitum i sur. 2008). Pri tome stres ima dvojaku ulogu: djeluje kao okidač u nastanku ili pogoršanju bolesti, dok istovremeno sama dermatološka bolest može dovesti do većeg doživljaja stresa. Ovim istraživanjem dobiveni su rezultati koji idu u prilog tome, odnosno, dobiveno je da ispitanici spadaju u skupine s visokom razinu percipiranog stresa ( $M=20$ ). Autori testa korištenog u istraživanju (Cohen i sur., 1983) navode da normativna vrijednost aritmetičke sredine za zdravu populaciju iznosi  $M=13$ . Međutim, različitim kasnijim istraživanjima dobiveni viši prosječni rezultati, pa tako u istraživanju provedenom 2009. godine (Price, 2009; Cohen i Janicki-Deverts, 2012) prosječan rezultat na Skali percipiranog stresa kreće se približno rezultatu  $M=16$ , što može upućivati na to da razlike u aritmetičkim sredinama odražavaju različit doživljaj i percepciju stresa danas u odnosu na period iz kojeg autor navodi podatke. To nadalje, može ukazivati i na povećan rizik za razvoj somatskih i psiholoških oboljenja

vezanih uz stres u današnje vrijeme, što je također važno imati na umu i kada su u pitanju dermatološke bolesti.

### **Povezanost različitih čimbenika s kvalitetom života i doživljajem stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti**

Uzevši u obzir nalaze prijašnjih istraživanja koja su se bavila povezanošću kvalitete života i doživljaja stresa s nekim sociodemografskim karakteristikama i karakteristikama bolesti, očekivano je da će opća i dermatološka kvaliteta života bolesnika s dermatološkim oboljenjima biti pozitivno povezane sa stupnjem obrazovanja, a negativno povezane sa spolom (ženski), dobi, kliničkom procjenom teže bolesti, trajanjem bolesti, lokalizacijom promjene (cijelo lice) i doživljajem stresa. Suprotno tome, očekivano je da će doživljaj stresa bolesnika biti negativno povezan sa stupnjem obrazovanja, a pozitivno povezan sa spolom (ženski), dobi, kliničkom procjenom teže bolesti, trajanjem bolesti i lokalizacijom promjene (cijelo lice).

Kada su u pitanju sociodemografske karakteristike, obrazovanje se nije pokazalo povezanim niti s općom i dermatološkom kvalitetom života, kao ni sa stresom. Međutim, dobiveni rezultati pokazali su da opća kvaliteta života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti opada s dobi, što je u skladu s većinom studija koja su bavila istraživanjem kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti, ali i opće populacije (Lučev i Tadinac, 2008). Premda različita dermatološka istraživanja upućuju na to da mlade osobe u pravila imaju mnogo poteškoća zbog stanja svoje kože kada su u pitanju bliske veze, i često se susreću sa zadirkivanjem (Halvorsen i sur., 2011; prema Pärna i sur., 2015), u obzir treba uzeti i mogućnost da se dobne skupine razlikuju na pojedinim domenama kvalitete života čime se održava teorija o kompenzaciji pojedine domene nekom drugom u različitim životnim razdobljima (Vuletić i Misajon, 2011). Drugim riječima, postoji mogućnost da zadovoljstvo ostalim domenama kod mlađih osoba kompenzira smanjeno zadovoljstvo drugom domenom kvalitete života uzrokovano postojanjem dermatološke bolesti, i to u toj mjeri da kod osoba oboljelih od dermatoloških bolesti postoji tendencija opadanja kvalitete s dobi, kao što je to slučaj i s općom populacijom. Ipak, jedna od karakteristika koja u ovom istraživanju nije bila ispitana i kontrolirana je postojanje neke druge kronične bolesti, što je vrlo važno s obzirom na to da se obolijevanje od više bolesti, i to najčešće kroničnih bolesti, kardiovaskularnih bolesti, karcinoma, reumatskih bolesti te nekih psihičkih bolesti, više vezuje uz starije osobe. To je posebice važno budući da te bolesti mogu značajno narušavati kvalitetu života osoba (Brajković, 2010). Daljnja istraživanja kvalitete života osoba s dermatološkim bolestima



trebala bi ove pretpostavke uzeti u obzir, s ciljem boljeg razumijevanja odnosa opće kvalitete života i dobi osoba oboljelih od dermatoloških bolesti.

Kada je u pitanju sama percepcija stresa, u ovom istraživanju u skladu s očekivanjima dobiveno je da je doživljaj stresa osoba s dermatološkim bolestima veći kada su u pitanju žene, kao i to da se porastom dermatološke kvalitete života doživljaj stresa smanjuje. Ovi nalazi u skladu s rezultatima nekih od prethodnih istraživanja koje govore o češćem psihološkom morbiditetu kod žena u odnosu na muškarce, odnosno da žene generalno proživljavaju više psiholoških posljedica i doživljavaju veći stres u odnosu na muškarce kada su u pitanju dermatološke bolesti (Cotterill i Cunliffe; prema Kurtalić i Hadžigrahić, 2010). Ono što se može uočiti je to da se u ovom istraživanju teža bolest procijenjena od strane dermatologa vezuje upravo za muškarce, kao i to da je kod muškaraca trajanje bolesti dulje, dok s druge strane žene oboljele od dermatoloških bolesti proživljavaju više stresa i imaju nižu dermatološku kvalitetu života. No ovakvi rezultati pojavljuju se i u drugim dermatološkim istraživanjima pa tako u već spomenutom istraživanju Jones-Caballero i sur. (2007; prema Kurtalić i Hadžigrahić, 2010) žene sa aknama doživljavaju više psiholoških posljedica i veće oštećenje kvalitete života u odnosu na muškarce, unatoč činjenici da su kod muškaraca bili zastupljeniji teži klinički oblici akni.

Vidljivost bolesti predstavlja jednu od vrlo važnih varijabli vezanih uz kvalitetu života i doživljaj stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti (Šitum i sur., 2008). Ovim istraživanjem nije utvrđena povezanost lokalizacije dermatoloških promjena i kvalitete života, kao ni povezanost lokalizacije dermatoloških promjena i doživljaja stresa osoba oboljelih od dermatoloških bolesti. Jedno od mogućih objašnjenja neutvrđivanja ove povezanosti moglo bi biti samo metodološko oblikovanje kategorija vezanih uz lokalizaciju promjena (vlasite, lateralno, medijalno, cijelo lice). Naime, moguće je da između kategorija postoje preklapanja, kao i to da su razlike između pojedinih kategorija vrlo male da bi se mogle detektirati razlike u vidljivosti dermatološkog oboljenja. To je primjerice, razlika između dermatoloških promjena smještenih prema sredini lica (medijalno) i dermatoloških promjena na cijelom licu. Isto tako, sve kategorije podrazumijevaju lokalizaciju promjena na licu. Ukoliko bi se ispitivao odnos lokalizacije dermatoloških promjena gdje je razlika u vidljivosti dermatoloških promjena veća (npr. dermatološke bolesti smještene na licu i one prekrivene odjećom) s kvalitetom života i doživljajem stresa, moguće je da bi te razlike bile utvrđene. Osim lokalizacije dermatoloških promjena, neka istraživanja pronalaze da je u slučaju kožnih bolesti smanjenje kvalitete života proporcionalno trajanju bolesti (Ejaz i sur., 2015). Ipak, ovim istraživanjem ni ta povezanost nije dobivena. S obzirom na to da su samo u slučaju

nekim varijabli dobivene značajne korelacije, prva istraživačka hipoteza samo je djelomično potvrđena.

### **Doprinos različitih čimbenika u objašnjavanju kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti**

Drugom istraživačkom hipotezom očekivano je da ženski spol, starija dob, niži stupanj obrazovanja, klinička procjena teže bolesti, dulje trajanje bolesti, lokalizacija promjena na cijelom licu, veći doživljaj stresa te niža dermatološka kvaliteta života predviđaju nižu opću kvalitetu života bolesnika s dermatološkim bolestima. U tu svrhu, provedena je hijerarhijska regresijska analiza u 4 koraka. Rezultati provedene regresijske analize pokazali su da se od sociodemografskih karakteristika uvrštenih u analizu u prvom koraku jedino dob pokazala statistički značajnim prediktorom opće kvalitete života, i to u smjeru da starija dob predviđa nižu opću kvalitetu života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti, što je u skladu s većinom istraživanja koja su se bavila odnosom kvalitete života i dobi (Lučev i Tadinac, 2008).

U drugom bloku kao prediktori uvedene su kliničke karakteristike bolesti. Jedna od karakteristika bolesti za koju se očekivalo da će biti značajan prediktor opće kvalitete predstavlja klinička procjena težine bolesti. Međutim, ovim istraživanjem ni to nije potvrđeno. Jedno od objašnjenja ovakvim nalazima nude Finzi i sur. (2007; prema Stojković, 2015) koji napominju da težina oboljenja nije odlučujući faktor koji definira način suočavanja s bolesti. Naime, većina autora smatra da su subjektivne procjene težine bolesti bolji prediktori opće kvalitete života, nego objektivna klinička procjena (Abram, Silm, Maaros i Oona, 2009; prema Bohm i sur., 2014). Zapravo je način na koji bolesnik percipira bolest ključan čimbenik za vrstu i intenzitet njegove psihičke reakcije na bolest, a posljedično i za kasnije ponašanje i odnos prema bolesti (Weinman i Petrie, 1997; prema Živković, 2011). To je primjerice, dobiveno u istraživanju na oboljelima od akni pri čemu je presudni utjecaj na kvalitetu života imala pacijentova procjena vlastitog stanja, a ne objektivna procjena kliničara (Oremović i Kotrulja, 2001). Iako se klinička procjena težine bolesti nije pokazala povezana s općom kvalitetom života, u ovom istraživanju dobivena je pozitivna povezanost sa subskalom Dermatološkog indeksa kvalitete života - simptomi i osjećaji, što upućuje na povezanost kliničke procjene i subjektivnih simptoma (peckanje, svrbež), ali i osjećaja neugode. Ovo je u skladu s nekim istraživanjima koja dovode u vezu kliničku procjenu i dermatološku kvalitetu života (Rapp i sur., 2004; prema Loney, Standage i Lewis, 2015).

Premda se često smatra da se izraženi psihološki problemi javljaju uz teške oblike bolesti, neka istraživanja pokazuju da bolesnici s blagim do umjerenim oblicima bolesti

također mogu razviti simptome depresije i anksioznosti s teškoćama u socijalnim situacijama (Oremović i Kotrulja, 2003). U usporedbi s kliničkom procjenom, način na koji bolesnik percipira dermatološku bolest obično je pomaknut prema višim vrijednostima (Oremović i Kotrulja, 2003; prema Tadinac i sur. 2006). Zbog ovog često uočenog nesrazmjera subjektivnih i objektivnih procjena težine bolesti uz samu kliničku procjenu važno je u buduća istraživanja uključiti i subjektivne procjene težine bolesti kao jedan od prediktora kvalitete života. Isto tako, od praktične je važnosti to da liječnici trebaju imati na umu da ono što se njima može doimati kao blagi oblik bolesti pacijent može doživljavati sasvim drugačije, i u skladu s time, prilagoditi terapiju ukoliko blaži oblici bolesti dovode do značajnog narušavanja kvalitete života i psihičkog stanja oboljelih.

Osim kliničke procjene, očekivalo se da će značajan prediktor kvalitete života biti i trajanje bolesti, što također nije potvrđeno. Kada se u obzir uzmu rezultati drugih istraživanja, neka od njih pronalaze da se kod nekih dermatoloških oboljenja trajanjem bolesti kvaliteta povećava (Vu i Escalante, 1999; prema McElhone, Abbott i Teh, 2006), dok drugi navode da se trajanjem bolesti opća kvaliteta života narušava (Stoll i sur., 1997; prema McElhone, Abbott i Teh, 2006). Ostali autori, pak smatraju da je efekt trajanja bolesti nejasan te ne pronalaze značajne korelacije (Gilboe, Kvien i Husby, 1999; Sutcliffe i sur., 1999; prema McElhone, Abbott i Teh, 2006). Prema osnovnim postavkama teorije homeostaze jasno je da odnos trajanja bolesti i kvalitete života nije jednostavan (Cummins, 1998; prema Vuletić i Brajković, 2011). Naime, negativan utjecaj kao što je bolest može ugroziti homeostazu, međutim, ljudi imaju tendenciju i u takvim situacijama s vremenom se vratiti u ravnotežu. Uzimajući ovu teoriju u obzir, možemo pretpostaviti da značajne promjene, kao što je pojava bolesti dovode samo do privremene promjene u nivou opće kvalitete života, te da iz tog razloga, odnos trajanja bolesti i kvalitete života nije linearan. Ovu teoriju potvrđuju i neka druga srodna dermatološka istraživanja. Naime, u studijama koje su ispitivale utjecaj kroničnih rana na kvalitetu života dobiveno je da s vremenom dolazi do navikavanja bolesnika na bolest i prihvaćanje bolesti (Lindholm i sur. 1993; prema Šitum, Kolić i Špoljar, 2016).

Suprotno očekivanjima, nijedna od karakteristika bolesti nije pokazala značajnim prediktorom opće kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti. No kada je u četvrtom bloku u analizu uvedena dermatološka kvaliteta života, pokazalo se da je dermatološka kvaliteta života, odnosno, procjena ograničavajućeg djelovanja bolesti u svakodnevnom životu bolesnika važan prediktor opće kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti. Rezultati upućuju na to da veće ograničavajuće djelovanje bolesti u

svakodnevnom životu predviđa nižu kvalitetu života osoba s dermatološkim bolestima. Tome u prilog idu i saznanja iz prijašnjih istraživanja. Naime, bolesnici često navode kako bolest utječe na njihove socijalne odnose, poput izlazaka, sastanaka s osobama suprotnog spola, bavljenja sportom i sl. (Šitum i sur., 2008). Bolesnici se često osjećaju onemogućeni sudjelovati u svakodnevnim aktivnostima, imaju nisko samopoštovanje te izbjegavaju društvene događaje gdje bi njihova bolest mogla biti viđena. Sve to nadalje, ima negativan utjecaj na njihovo opće zadovoljstvo životom i kvalitetu života (Papadopulos, 1999; prema Šitum i sur. 2008).

Konačno, ovim istraživanjem dobiveno je da je doživljaj stresa izrazito važan prediktor kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti, odnosno, dobiveno je da veći doživljaj stresa predviđa nižu kvalitetu života. Premda je postavljeno nekoliko pretpostavki, točan mehanizam kojim stres vezan uz dermatološke bolesti nije poznat. Već je spomenuto da stres najčešće djeluje kao okidač u nastanku ili pogoršanju bolesti. Tako i sami dermatološki bolesnici kao najčešće uzroke bolesti navode stres, psihogene faktore i genetsku predispoziciju (O'Leary i sur., 2004; prema Stojković, 2015). S druge strane, vidljive promjene na koži koje prouzrokuju brojna ograničenja u svakodnevnom funkcioniranju dovode ujedno do većeg doživljaja stresa. Drugim riječima, svakodnevni stresni događaji povezani s bolešću mogu znatno utjecati na tijek te bolesti, kao i na kvalitetu života oboljelih (Kent i Keohane, 2001; Kotrulja i sur., 2001; prema Tadinac i sur., 2006). To u konačnici, stvara začarani krug koji utječe na pogoršanje psihičkog stanja i dovodi do narušavanja kvalitete života oboljelih osoba (Stojković, 2015).

Osim što se doživljaj stresa u ovom istraživanju pokazao kao važan prediktor kvalitete života, daljnjom analizom dobivene su informacije o načinu na koji dermatološka kvaliteta života ostvaruje svoj učinak na opću kvalitetu života. Naime, pokazalo se da je taj utjecaj neizravan te da se ostvaruje kroz doživljaj stresa, odnosno, pokazalo se da stres djeluje kao posredni čimbenik u odnosu između ograničavajućeg djelovanja dermatološke bolesti i opće kvalitete života bolesnika. Ovi nalazi u skladu su s nekim istraživanjima koja upućuju na to da je kod osoba kod kojih je izraženiji negativan utjecaj bolesti na kvalitetu života, prisutan ujedno i intenzivniji psihosocijalni stres, a s druge strane, smanjena kvaliteta života i izraženija onesposobljenost za svakodnevno funkcioniranje, impliciraju percepciju stresa većeg intenziteta (Stojković, 2015). Međutim, ovdje je važno naglasiti da se radi o djelomičnoj medijaciji. Naime, regresijski koeficijent dermatološke kvalitete života, nakon uvođenja doživljaja stresa u regresijsku analizu se smanjio, ali se i dalje statistički značajno razlikovao od nule, iz čega je vidljivo da je jedan dio mehanizma kroz koji dermatološka

kvaliteta života ostvaruje svoj utjecaj na opću kvalitetu života i dalje nerazjašnjen. Neki od tih potencijalnih medijatora kroz koji dermatološka kvaliteta života, tj. ograničavajući utjecaj bolesti ostvaruje svoj utjecaj na opću kvalitetu života mogu biti i osobine ličnosti. Tako primjerice, neka istraživanja ukazuju na povezanost temperamenta i doživljaja stresa (Strelau, 2001). Drugim riječima, pojedine dimenzije temperamenta dovode do veće zastupljenosti određene strategije suočavanja sa stresom. Iz tog razloga, temperament osobe može i neizravno utjecati na tijek i kliničke simptome bolesti, a samim time, i na ograničavajući utjecaj bolesti.

Gledajući sveukupno, može se reći da je i druga hipoteza potvrđena samo jednim dijelom, s obzirom na to da se od sociodemografskih karakteristika dob pokazala značajnim prediktorom kvalitete života, dok s druge strane navedene karakteristike bolesti nisu bili značajni prediktori. Konačno, dermatološka kvaliteta života i doživljaj stresa pokazali su se vrlo važnim prediktorima opće kvalitete života, što ide u prilog hipotezi.

### **Nedostaci i smjernice za buduća istraživanja**

Pri generalizaciji dobivenih podataka, kao i pri usporedbi s drugim istraživanjima u obzir treba uzeti i potencijalne nedostatke ovog istraživanja. Prvenstveno, ovo istraživanje usmjerilo se na akne, rosaceju i seboroički dermatitis što onemogućava generalizaciju rezultata na druge dermatološke bolesti i direktne usporedbe s drugim, sličnim istraživanjima koja se odnose na druge dermatološke bolesti ili samo jednu od njih. Nadalje, neki sudionici dolazili su prvi puta na pregled, dok su drugi već bili na dermatološkom pregledu kod drugih liječnika i prethodno su primali terapiju, što u ovom istraživanju nije uzeto u obzir. Naime, postoji mogućnost da postoje razlike u kvaliteti života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti u odnosu na to primaju li terapiju, što je jedna od smjernica za buduća istraživanja.

Jedan od nedostataka predstavljaju i razlike u kliničkim stupnjevima težine bolesti kod različitih bolesti, kao i to da su one u različitim istraživanjima drugačije operacionalizirane, što također onemogućava usporedbu s drugim istraživanjima. Osim procjene kliničara, od velike važnosti bilo bi uključiti i već spomenute subjektivne procjene težine bolesti koje su se u većini istraživanjima pokazale boljim prediktorima kvalitete života u odnosu na kliničku procjenu (Abram, Silm, Maaros i Oona, 2009; prema Bohm i sur., 2014). Isto tako, u obzir treba uzeti i to da sudionici nisu bili izjednačeni s obzirom na zastupljenost pojedinih kliničkih i sociodemografskih kategorija (klinička procjena težine bolesti, lokalizacija dermatoloških promjena, stupanj obrazovanja), što je moglo imati utjecaja na točnost dobivenih podataka. U budućim istraživanjima trebalo bi voditi računa o tome da

navedene kategorije budu podjednako zastupljene. Također, u istraživanju se većina pitanja oslanja na pamćenje sudionika što zahtijeva od njih da se pri davanju odgovora referiraju na posljednjih tjedan ili mjesec dana. Na to je moguće, osim pamćenja, moglo utjecati i trenutno stanje njihove kože, budući da kod ovih bolesti često dolazi do recidiva i promjena (Šitum i sur. 2008). Naposljetku, veliku većinu uzorka činile su žene, što nije u skladu sa stanjem u populaciji. Naime, smatra se da je prevalencija seboroičkog dermatitisa nešto češća u muškaraca (Janniger, 1993; prema Schwartz, Janusz i Janniger, 2006), što isto vrijedi i za akne, posebice kada se radi o težim oblicima (Schafer i sur., 2001; prema Kotrulja, 2011). Buduća istraživanja trebala bi u uzorak uključiti podjednak broj žena i muškaraca, ukoliko bi se ispitivale spolne razlike, ili je potrebno da je omjer žena i muškaraca oboljelih od dermatoloških bolesti u istraživanju podjednak njihovom omjeru u populaciji.

### **Zaključak**

Ovim istraživanjem nastojala se ispitati povezanost nekih sociodemografskih karakteristika i kliničkih karakteristika bolesti s doživljajem stresa te općom i dermatološkom kvalitetom života. Isto tako, nastojalo se ispitati predviđaju li navedene sociodemografske karakteristike, karakteristike bolesti, dermatološka kvaliteta života te doživljaj stresa opću kvalitetu života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti. Rezultati su pokazali da postoji povezanost spola s doživljajem stresa i dermatološkom kvalitetom života, i to u smjeru da žene doživljavaju više stresa i imaju nižu dermatološku kvalitetu života. Zatim, pokazalo se da postoji negativna korelacija dobi i opće kvalitete života, dok s druge strane u slučaju klinički teže bolesti opada dermatološka kvaliteta života, ali ne i opće zadovoljstvo životom. Kada su u pitanju prediktori opće kvalitete života, rezultati provedene hijerarhijske regresijske analize pokazali su da su dob, dermatološka kvaliteta života te doživljaj stresa važni prediktori opće kvalitete života. Daljnjim analizama dobiveno je i postojanje medijacijskog utjecaja stresa na odnos dermatološke i opće kvalitete života. Rezultati su od praktične važnosti s obzirom na to da se u istraživanju pokazao važan odnos doživljaja stresa i kvalitete života oboljelih osoba, kao i medijacijska uloga stresa na odnos dermatološke kvalitete života (ograničavajućeg utjecaja bolesti) s općom kvalitetom života. To je posebice važno iz razloga što je u terapiji dermatoloških bolesti često zanemaren psihološki pristup bolesniku. Iz toga, u konačnici, proizlazi jasna potreba cjelovitog i sveobuhvatnog multidisciplinarnog pristupa koji uključuje suradnju dermatologa i psihologa, kao i podučavanje strategija suočavanja sa stresom s ciljem poboljšanja kvalitete života osoba oboljelih od dermatoloških bolesti.

## Literatura

- Beikert, F. C., Langenbruch, A. K., Radtke, M. A. i Augustin, M. (2013). Willingness to pay and quality of life in patients with rosacea. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 27 : 734-738.
- Bertakis, K., Azari, R., Helms, L., Callahan, E. i Robbins, J. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *The Journal of Family Practice*, 49(2), 147-52.
- Böhm, D., Schwanitz, P., Gissendaner, S.S, Schmid-Ott, G., Schulz, W. (2014) Symptom severity and psychological sequelae in rosacea: Results of a survey. *Psychology, Health & Medicine*, 19 (5): 586–591
- Brajković, L. (2010). *Pokazatelji zadovoljstva životom u trećoj životnoj dobi*. Disertacija, Medicinski fakultet u Zagrebu.
- Chiu, A., Chon, S.Y., Kimball, A. B. (2003). The Response of Skin Disease to Stress. *Arch Dermatol*, 139: 897-900.
- Cohen, S., i Janicki-Deverts, D. (2012). Who's stressed? Distributions of psychological stress in the United States in probability samples from 1983, 2006, and 2009. *Journal of Applied Social Psychology*, 42, 1320-1334
- Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24: 386-96.
- Dessinioti, C i Katsambas, A. (2013). Seborrheic dermatitis: Etiology, risk factors, and treatments: Facts and controversies. *Clinics and Dermatology*, 31: 343–351
- Đaković, Z., Vukićević-Sretenović, J., Dobrosavljević, D. i Milenković, S. (2004). Okularna rosacea. *Vojnosanitetski pregled*. 61(2): 205-209.
- Eyaz, A., Rao, S.E., Manzoor, A. i Niaz, A. (2015). Quality of life assessment in chronic skin disorders. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists*, 15(2): 86-89.

- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS – Third edition*. London: SAGE.
- 1994 May;19(3):210-6.
- Finlay, A.Y., Khan, G.K. (1994). Dermatology Life Quality Index (DLQI) - a simple practical measure for routine clinical use. 19(3): 210-6.
- Havelka, M. (2002). *Zdravstvena psihologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap
- Hudek-Knežević, J. i Kardum, I. (2006). *Stres i tjelesno zdravlje*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- International Wellbeing Group (2013). *Personal Wellbeing Index: 5th Edition*. Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University.
- Jansen, T. i Plewig, G. (1997). Rosacea: classification and treatment. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 90(3): 144–150.
- Juzubašić, A. B. (2010). Nove mogućnosti tretmana akne u adolescenciji. *Medicus*, 19 (1): 67-73.
- Kotrulja, L. (2011). *Utjecaj liječenja izotretinoinom na kliničku sliku i psihološki status bolesnika s acne vulgaris*. Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.
- Kurtalić, N. i Hadžigrahić, N. (2010). Procjena kvaliteta života adolescenata sa aknama vulgaris u odnosu na težinu kliničke slike i spol. *Pedijatrija danas*, 6(1): 76-81.
- Lavers, I. (2014). Diagnosis and management of acne vulgaris. *Nurse Prescribing* 12 (7): 330-336.
- Linder, D., Dreier, J., Zampetti, A., Sampogna, F. i Cohen, A.D. (2013). Seborrheic Dermatitis and Hypertension in adults: a cross-sectional study. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 28: 1450-1455.
- Lipozenčić, J. i Pašić, A. (2000). Najčešće kronične dermatoze i njihov utjecaj na kvalitetu života. *Medicus*, 9(1): 17-23.
- Loney, T., Standage, M. i Lewis, S. (2015). Not Just „Skin Deep“: Psychosocial Effects of Dermatological-related Social Anxiety in a Sample of Acne Patients. *Journal of Health Psychology*. 13 (1): 47-54.
- Lubina, T. (2014). Rodni stereotipi: objektivizacija ženskog lika u medijima. *Pravni vjesnik* 30 (2): 213-233.



- Lučev, I. i Tadinac, M. (2008). Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamenta i demografskih varijabli s osvrtnom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*, 24 (1-2), 67–89.
- McElhone, K., Abbot, J. i Teh, L-S (2006). A review of health related quality of life in systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 15, 633-643.
- Misery, L., Touboul, S., Vinçot, C. Dutray, S. Rolland-Jacob, G. Consoli, S.G, Farcet, Y. Feton-Danou, N. Cardinaud, F. Callot, V. De La Chapelle, C. Pomey-Rey, D. i Consoli, S.M. (2007) Stress and seborrheic dermatitis. *Ann Dermatol Venereol*, 134(11): 833-837
- Pärna, E., Aluoja, A i Kingo, K. (2015). Quality of life and Emotional State in Chronic Skin Disease. *Acta Dermato-Venereologica*. 95: 312-316.
- Oremović, L i Kotrulja, L. (2003). Psihološki aspekt akne vulgaris. *Medix*, 9(15): 119-120.
- Petz, B. (2005). *Psihologijski rječnik*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Ražnatović, M., Bojanić., J., i Janković, S (2012). Kvalitet života obolelih od psorijaze. *Biomedicinska istraživanja*, 3 (1): 60-67.
- Sarkar, R. Chugh, S i Bansal, S. (2016). General measures and quality of life issues in Psoriasis. *Indian Dermatology Online Journal*, 7(6): 481-488.
- Schwartz, J. R., DeAngelis, Y. M. i Dawson Jr., T. L. (2012). Dandruff and Seborrheic Dermatitis: A Head Scratcher. *Practical Modern Hair Science*. 389-414.
- Schwartz., R. A., Janusz, C.A. i Janniger, C. K. (2006). Seborrheic Dermatitis: An Owerwiev. *American Family Physician*, 74(1): 126-130.
- Stojković, T.S. (2015). *Evaluacija kvaliteta života i uticaja stresa kod obolelih od psorijaze*. Doktorska disertacija, Univerzitet u Nišu.
- 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
- Szepietowski, J. C., Reich, A., Wesołowska-Szepietowska, E. I Baran, E. (2008). Quality of life in patients suffering from seborrheic dermatitis: influence of age, gender and education level. *Mycoses*, 52, 357–363.

- Timotijević, Z. S., Jevtić, T., Ivanović, J., i Vasić, D. (2014). Slaganje dva instrumenta za ocenu kvaliteta života u dermatologiji. *Praxis Medica*, 43 (2) 5-8
- Šitum, M., Buljan, D., Buljan, M., Živković, M. V. (2008). *Psihodermatologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Šitum, M., Kolić, M i Špoljar, S. (2016). Kvaliteta života i psihološki aspekti bolesnika s kožnim vrijedom. *Acta Med Croatica*, 70, 61-63.
- Tadić, M. (2005). *Moderatorski i medijacijski utjecaj samopoštovanja na odnos temeljnih crta ličnosti i neverbalnih socijalnih vještina*. Diplomski rad. Sveučilište u Zagrebu.
- Van Cranenburgh, O. D, Smets E. M. A., de Riel, M. A., Sprangers M. A. G. i de Korte J. (2015). A Web-based, Educational, Quality-of-life Intervention for Patients with a Chronic Skin Disease: Feasibility and Acceptance in Routine. *Acta Dermato-Venereologica*. 95: 51–56.
- Van der Linden, M. M. D., Van Rappard, D. C., Daams, J. G., Sprangers, M. A. G., Spuls, P. I. i De Korte, J. (2015). Health-related Quality of Life in Patients with Cutaneous Rosacea: A Systematic Review. *Acta Dermato-Venereologica*, 95: 395-400.
- Vemuri, R.C., Gundamaraju, R., Sekaran, S.D. i Manikam, R. (2015). Major pathophysiological correlations of rosacea: a complete clinical appraisal. *International Journal of Medical Sciences*, 12(5): 387-396.
- Vuletić, G. i Misajon, R. (2011). Subjektivna kvaliteta života. U: Vuletić, G. (ur.) (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet i Hrvatska zaklada za znanost.
- Vuletić, G. i Brajković, L. (2011). Teorije subjektivne kvalitete života. U: Vuletić, G. (ur.) (2011). *Kvaliteta života i zdravlje*. Osijek: Filozofski fakultet i Hrvatska zaklada za znanost.
- Vuletić, G. i Stapić, M. (2013). Kvaliteta života i doživljaj usamljenosti kod osoba starije životne dobi. *Klinička psihologija*, 6(1-2): 45-61.

Yosipovitch, G, Tang, M., Dawn A. G., Chen, M., Goh, C. L., Chan, Y. H., i Seng, L.F.  
(2007). Study of Psychological Stress, Sebum Production and Acne Vulgaris in  
Adolescents. *Acta Dermato-Venereologica*, 87: 135–139.

Živković, M. V. (2011). *Psihološki status i percepcija bolesti u bolesnika s melanomom*.  
Doktorska disertacija, Sveučilište u Zagrebu.