

Psihološke karakteristike osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti

Matijaš, Ivana

Master's thesis / Diplomski rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Humanities and Social Sciences / Sveučilište u Zagrebu, Filozofski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:131:613023>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2023-02-08**



Repository / Repozitorij:

[ODRAZ - open repository of the University of Zagreb Faculty of Humanities and Social Sciences](#)



Sveučilište u Zagrebu

Filozofski fakultet

Odsjek za psihologiju

**PSIHOLOŠKE KARAKTERISTIKE OSOBA OBOLJELIH OD KRONIČNIH
KOŽNIH BOLESTI**

Diplomski rad

Ivana Matijaš

Mentorica: Prof. dr. sc. Lidija Arambašić

Zagreb, 2021.

IZJAVA

Pod punom moralnom odgovornošću izjavljujem da sam ovaj rad izradila samostalno te da u njemu nema kopiranih, prepisanih ili preuzetih dijelova teksta tuđih radova koji nisu propisno označeni kao citati s navedenim izvorom iz kojeg su preneseni.

U Zagrebu, 25.11.2021.

Ivana Matijaš

Sadržaj

Uvod	1
Kronična kožna bolest	1
Stres	3
Anksioznost	4
Depresivnost	4
Aleksitimija	6
Doživljaj težine bolesti	8
Duljina trajanja bolesti.....	10
Cilj, Problemi, Hipoteze	11
Metoda	12
Uzorak	12
Mjerni instrumenti	12
Postupak	14
Rezultati	15
Preliminarne analize	15
Razlike između kliničke i usporedne skupine u ispitivanim varijablama	17
Povezanost ispitivanih varijabli kod kliničke skupine	18
Predviđanja anksioznosti i depresivnosti na kliničkoj skupini	19
Rasprava	20
Odnos između prisutnosti bolesti i psihičkog stanja osobe	20
Predviđanje jačine anksioznosti i depresivnosti	24
Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja	27
Zaključak	29
Literatura	30
Prilozi	37

Psihološke karakteristike osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti

Ivana Matijaš

SAŽETAK: Učestalost kožnih bolesti u stalnom je porastu, dok su njihovi utjecaji na psihičku dobrobit oboljelih nejasni. Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlikuju li se oboljeli od kroničnih kožnih bolesti od osoba koje ne boluju ni od kakvih kroničnih bolesti prema psihološkim obilježjima te utvrditi mogu li se anksioznost i depresivnost kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti objasniti doživljajem težine bolesti i njezinim trajanjem, stresom, aleksitimijom i socijalnom podrškom. Uzorak se sastojao od 253 sudionika, od kojih je 128 bolovalo od kožne bolesti koja neprekidno traje ili se povremeno pojavljuje unazad najmanje godinu dana i 125 koji nisu bolovali ni od kakve kronične bolesti. Korišteni su Upitnik doživljaja težine bolesti, DASS-21 za depresivnost, anksioznost i stres, SPS-24 za percipiranu socijalnu podršku i TAS-20 za aleksitimiju. Rezultati su pokazali kako se oboljeli od kroničnih kožnih bolesti razlikuju od osoba koje nemaju nikakvu kroničnu bolest u intenzitetu doživljenog stresa, dok nisu pronađene razlike u anksioznosti, depresivnosti, aleksitimiji i percipiranoj socijalnoj podršci. Proveli smo dvije linearne regresijske analize na uzorku osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti, jednu s anksioznošću kao kriterijskom varijablom i drugu s depresivnošću kao kriterijskom varijablom. Objasnili smo ukupno 62% varijance anksioznosti, te se kao statistički značajan prediktor pokazao stres, dok se aleksitimija, percipirana socijalna podrška, doživljaj težine bolesti i njezino trajanje nisu pokazali statistički značajnima. Za depresivnost se stres pokazao kao statistički značajan pozitivan prediktor, te percipirana socijalna podrška kao negativan prediktor. Oni zajedno objašnjavaju ukupno 71% varijance depresivnosti, dok se aleksitimija, percipirana socijalna podrška, doživljaj težine bolesti i njezino trajanje nisu pokazali statistički značajnim prediktorima.

Ključne riječi: kronična kožna bolest, stres, psihološka uznemirenost, aleksitimija, percipirana socijalna podrška

Psychological characteristics of individuals suffering from chronic skin diseases

ABSTRACT: The incidence of skin diseases is constantly growing, while understanding of their effects on the psychological wellbeing of individuals remains vague. The aim of this study was to examine if individuals suffering from chronic skin diseases differ from individuals not suffering from any chronic diseases in psychological characteristics and to determine if the perceived severity of the disease, its duration, stress, alexithymia, and social support can explain anxiety and depression in individuals suffering from chronic skin diseases. The sample consisted of 253 participants, of which 128 were suffering from persisting or recurring skin disease during the last year, and 125 were not suffering from any chronic disease. Questionnaires used in this study were: Perceived severity of the disease questionnaire, DASS-21 for depression, anxiety, and stress, SPS-24 for perceived social support, and TAS-20 for alexithymia. The results showed that individuals suffering from chronic skin diseases differ from individuals not suffering from any chronic diseases in an experienced intensity of stress, while there were no differences in anxiety, depression, alexithymia, and perceived social support. We performed two linear regression analyses on the sample of individuals suffering from chronic skin diseases, one with anxiety as a criterion variable and one with depression as a criterion variable. We explained 62% of anxiety variance, with stress as a statistically significant positive predictor, while alexithymia, perceived social support, perceived severity of the disease and its duration did not prove significant. For depression, stress was a statistically significant positive predictor, and perceived social support appeared as a negative predictor. Together these two predictors explained 71% of depression variance, while alexithymia, perceived severity of the disease and its duration did not prove significant.

Key words: chronic skin disease, stress, psychological distress, alexithymia, perceived social support

Uvod

Kronična kožna bolest

Procesi urbanizacije i modernizacije unaprijedili su funkcionalnost društva, no zbog povećanja zagađenja, istovremeno su pred njega postavili nove zdravstvene probleme. Lipozenčić i Pašić (2000) navode kako je proces urbanizacije doveo do većeg broja oboljelih od kožnih oboljenja, što se ogleda i u istraživanju Herberta i suradnika (2009) koji su pokazali kako, na malom geografskom prostoru, u urbanim područjima ljudi češće obolijevaju od kožnih oboljenja nego oni u ruralnim. Posljedica je to života u okolišu bogatom zagađivačima koji smanjuju vlažnost kože, povećavaju izlučivanje sebuma i pogoršavaju simptome kroničnih upalnih kožnih bolesti kod djece i odraslih (Araviiskaia i sur., 2019). Iako se s napretkom medicine sve lakše kontroliraju zarazne bolesti i akutna stanja, pokazuje se trend porasta broja oboljelih od kroničnih bolesti u posljednjim desetljećima. Maksimović i sur. (2012) izvijestili su o tome da se prevalencija atopijskog dermatitisa u razvijenim zemljama povećala dva do tri puta unazad 30 godina i nastavlja rasti. Kronični bolesnici nisu bolesni u tradicionalnom smislu, već postaju drugačiji i trebaju se prilagoditi na život s bolešću (Gregurek, 2011). S obzirom na produljivanje životnog vijeka populacije, ova prilagodba na novo stanje posebno je bitna za ostvarenje zadovoljavajuće kvalitete života (Havelka, 1995).

Pri razmatranju bolesti često se oslanjamo na medicinski model koji ju jednostavno definira kao odsustvo zdravlja, međutim, sama ta definicija sa sobom nosi niz nejasnoća i izostavlja činjenicu da se bolest događa unutar pojedinca, koji je jedinstven po svom životnom kontekstu. Stoga se u opisivanju značenja riječi bolest, pogotovo pri razmatranju psiholoških karakteristika oboljelih, preciznije služiti definicijama poput one koju je dao Bucci (2001; prema Gregurek, 2011), koji definira bolest kao kombinaciju različitih tjelesnih i patoloških promjena koje se odražavaju u tjelesnim, psihološkim i socijalnim simptomima, te se očituju na razini misli, promjena raspoloženja, osjećaja bespomoćnosti i promjena u međuljudskim odnosima. Bernell i Howard (2016) razmotrili su različite načine definiranja kroničnih bolesti te su zaključili da sveobuhvatna definicija treba staviti naglasak na neprekidno trajanje bolesti i njezino ponovno javljanje kroz dulji period. Sukladno s njihovim smjernicama, u ovom radu pojam kronična kožna bolest označava bolest koja primarno zahvaća kožu kao organ te koja neprekidno traje ili se povremeno pojavljuje u razdoblju od najmanje

godinu dana. Koblenzer je 1983. godine uvela klasifikaciju kožnih bolesti u tri kategorije: stanja koja su izvorno isključivo psihološko-psihijatrijska, stanja na koja snažno utječu psihogeni čimbenici i stanja koja ovise o genskoj predispoziciji i vanjskim čimbenicima te im je tijekom bolesti značajno pod utjecajem stresa (Koblenzer, 1983). Najvažniji čimbenici koji utječu na suočavanje i prilagodbu bolesnika na kožne promjene su karakteristike same bolesti, terapijski postupak, predispozicijski čimbenici u razvoju, sociokulturalni čimbenici, kognitivni čimbenici, kao i stil suočavanja sa stresom (Buljan i sur., 2008).

Psihijatrijski poremećaji, psihičke poteškoće i poteškoće socijalnog funkcioniranja prisutni su u najmanje 30% dermatoloških pacijenata (Gupta i sur., 2005). Studija Globalnog opterećenja bolešću pokazala je da su kožne bolesti četvrti po redu uzrok opterećenja nesmrtonosnom bolešću (Hay i sur. 2014; prema Dalgard i sur., 2015). Iako je do 2015. godine bilo poznato da se prevalencija kožnih bolesti povećava i da su povezane s psihijatrijskim poremećajima, Dalgard i sur. (2015) zaključili su da nema dovoljno informacija o točnim veličinama komorbiditeta, te su proveli istraživanje u kojem su dobiveni komorbiditeti od 10.1% za kliničku depresivnost, 17.2% za anksioznost i 12.7% za ideje o samoubojstvu. Bolesti kože često se pogoršavaju zbog psihosocijalnog stresa i učestalog komorbiditeta s teškim psihijatrijskim bolestima, te se opsesivna ponašanja poput češanja javljaju kod određenih bolesti kože, kao i kod osoba izloženih stresu (Buljan i sur., 2008). Psihičke poteškoće koje su uobičajene uključuju anksioznost (posebice socijalnu), depresivnost, sniženo samopoštovanje, sram i zabrinutost slikom tijela, a javljaju se i razmišljanja o samoubojstvu (Thompson, 2011).

Dosadašnja istraživanja kroničnih kožnih bolesti pretežno su se usmjerila na osobe oboljele od specifičnih bolesti poput psorijaze, akni, vitiliga, alopecije areate (Picardi i sur., 2000), te poremećaja kose i dlake (All Party Parliamentary Group on Skin, 2013). Zbog manjeg broja istraživanja na općoj populaciji oboljelih, sve veće incidencije bolesti i značajnih pokazatelja povezanosti kroničnih kožnih bolesti sa psihičkim zdravljem odlučili smo se, na tragu ovih saznanja, razmotriti međudnose psihičkih poteškoća i karakteristika bolesti, odnosno stresa, anksioznosti, depresivnosti, aleksitimije, percipirane socijalne podrške, doživljaja težine bolesti i njezina trajanja kod šire populacije oboljelih od kroničnih kožnih bolesti.

Stres

Stres je stanje koje se javlja u situaciji kada zahtjevi okoline za pojedinca i njegove mogućnosti da reagira na te zahtjeve nisu usklađeni (Lazarus, 1966). Kad opisujemo neku situaciju kao stresnu, najčešće mislimo na stresor, odnosno događaj koji može uzrokovati stres, dok sam stres kao naziv označava biološki i ponašajni odgovor organizma na djelovanje stresora (Davison i Neale, 1999). Prema tome, stres je jedinstvena reakcija pojedinca nakon subjektivnog doživljaja situacije. Tada se aktiviraju procesi prilagodbe na stres, koji se odvijaju kroz suočavanje sa situacijom koja izaziva stres i suočavanje s osjećajima koji se javljaju u stresnoj situaciji (Lazarus, 1966). Postoje individualne razlike između reakcija oboljelih od kroničnih kožnih bolesti na stresore, pa se bolesnici mogu podijeliti na one kod kojih postoji snažan utjecaj stresora na pogoršanje njihove bolesti kože i na one kod kojih je utjecaj stresora manje izražen (Buljan i sur., 2008).

U razmatranju međuodnosa doživljenih razina stresa i kožnih bolesti korisno je koristiti biopsihosocijalni model (Gupta i Gupta, 2003). Prema tom modelu, psihosocijalni faktori u interakciji s biološkim karakteristikama osobe izazivaju osjetljivost na procese bolesti, zbog čega genetska predispozicija za razvoj bolesti može ostati neprimjetna sve do stresnih događaja (Lugović-Mihić i sur., 2013). Veliki životni događaji koji izazivaju stres utječu na pojačanje simptoma kožne bolesti, dok se istovremeno stres može se javiti kao posljedica utjecaja bolesti na kvalitetu života, te posljedično pojačanje stresa uzrokovanog bolešću pojačava samu kožnu bolest (Gupta i Gupta, 2003). Psihodermatologija stavlja naglasak na interakciju između uma i kože, koja se ostvaruje preko složenog neuro-imuno-endokrino-kožnog sustava, u kojem reakcije na stres mogu upravljati s međuodnosom uma i kože te mogu utjecati na reakcije epiderme, što može dovesti do kožnih upala (Cömert i sur., 2013). Stres u smislu psihosocijalnog stresa mijenja mogućnost kože da odgovori na zahtjeve okoline, što se posebice ističe u slučaju oštećenja kože, nastalog zbog primjerice kronične bolesti poput atopijskog dermatitisa, kada dolazi do ubrzanog i ozbiljnog pogoršanja bolesti pod utjecajem stresa (Peters, 2016). Stres može biti i uzročnik kožnih psihosomatskih poremećaja, od kojih su najčešći atopijski dermatitis, psorijaza i hiperhidroza (Buljan i sur., 2008).

Anksioznost

Anksioznost je složeno, neugodno čuvstvo uznemirenosti, bojazni, napetosti i nesigurnosti koje prati aktivacija autonomnog živčanog sustava (Furlan i sur., 2005). Anksioznost, odnosno tjeskoba, od svih psihičkih teškoća pogađa najveći broj ljudi te je vrlo učestala i kod zdrave populacije i po prilici se u većine ljudi javlja barem jednom u tjedan dana (Davison i Neale, 1999). Povremene visoke razine anksioznosti uobičajene su u životu svih ljudi, a javljaju se kao reakcija na njihov doživljaj okoline. Normalna anksioznost prati svakodnevne situacije i manifestira se kao strah da će se u našim životima dogoditi nešto loše i neugodno, a temelji se na informacijama o neugodnim, tragičnim i opasnim događajima koji se zbivaju u svijetu, zbog kojih razmišljamo kako se oni mogu dogoditi i nama (Begić, 2016). Ona je prilagodbeno jer smo zbog nje oprezniji te promišljamo i planiramo, spremni smo na izbjegavanje ili suprotstavljanje opasnosti. Normalnu anksioznost je nemoguće ukloniti, ali se može kontrolirati, te Mahoney (1995; prema Begić, 2016) navodi kako je ova karakteristika najvažnija u razlikovanju normalne od patološke anksioznosti, koju nije moguće kontrolirati. Catell (1966) naglašava kako je bitno razlikovati anksioznost kao emocionalno stanje od individualnih razlika u anksioznosti kao crti ličnosti.

U ovom radu usmjerit ćemo se na kraća razdoblja anksioznosti kao emocionalnog stanja kroz proteklih tjedan dana te ćemo registrirati razine anksioznosti koje upućuju na njenu prisutnost u životu pojedinca, ali ne i na razini patologije. Valja naglasiti kako ova anksiozna doživljavanja nisu po svom intenzitetu i trajanju jednaka, niti su u tolikoj mjeri onesposobljavajuća, kao ona od kojih pate osobe s anksioznim poremećajem (Davison i Neale, 1999). Anksioznost može nastati kao posljedica prisutnosti kronične kožne bolesti, ali i njenog liječenja te tako neki lijekovi, poput izotretinoina, koji se koristi za liječenje akni, uz niz tjelesnih nuspojava imaju moguće utjecaje na raspoloženje (Thompson, 2011).

Depresivnost

Depresija je emocionalno stanje u kojem prevladavaju neugodna čuvstva tuge i očaja koje prati osjećaj obeshrabrenosti, bezvrijednosti, zlih slutnji, otežano i usporeno

mišljenje i smanjena psihofizička aktivnost (Furlan i sur., 2005). Ponašajno se očituje u udaljavanju od drugih ljudi, nesanicu, gubitku poriva za hranjenjem i seksualnim ponašanjem te gubitku zanimanja za uobičajene aktivnosti i zadovoljstva koje proizlazi iz njih (Davison i Neale, 1999). U životu višestruko doživimo tugu, ali većina nas ne u tolikoj mjeri i učestalosti kao kod dijagnoze depresije, stanja učestalo povezanog s drugim psihološkim problemima i medicinskim stanjima (Davison i Neale, 1999). Ovo istraživanje usmjerit će se na depresivnost, koju karakteriziraju manje intenzivni doživljaji tuge i drugih blažih oblika depresivnih smetnji u svakodnevicu, zbog čega ona nije mjera za dijagnosticiranje kliničke depresije. Međutim, važno je razmotriti i učestalije ispitivane povezanosti kliničke depresije, kao težeg oblika ovog stanja, s kroničnim kožnim bolestima. Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization, 2001) izvještava kako je posljedica prekomjernog izlaganja stresorima suvremenog života povećan broj kroničnih nezaraznih sistemskih poremećaja, među kojima su depresija i kožne bolesti, te se očekuje kako će ubuduće njihov broj nastaviti rasti. Depresija značajno narušava funkcioniranje pojedinca u područjima zdravstvenog stanja i izvršavanja socijalnih uloga te posljedično negativno utječe na kvalitetu života oboljelih (Vévodová i sur., 2019).

Depresivnost i klinička depresija pokazuju značajne povezanosti s kroničnim kožnim bolestima. Depresivni poremećaj s prevalencijom od 50% do 60% kod dermatoloških bolesnika jedan je od najčešćih psihičkih poremećaja u dermatologiji (Buljan i sur., 2008). Kod psorijaze su klinički značajni čimbenici razvoja bolesti problemi s izražavanjem srdžbe u mlađoj dobi i osjetljivost na stresne događaje, koji su također predisponirajući faktori depresivnosti, te ujedno psorijatičari koji se osjećaju stigmatiziranima u socijalnim situacijama imaju izraženije simptome depresivnosti, osjetljiviji su na stresore i skloniji su većem psihijatrijskom komorbiditetu (Buljan i sur., 2008). Depresija dovodi do pogoršanja simptoma i produljenja tretmana psorijaze te narušava kvalitetu života oboljelih, što utječe na mentalno stanje oboljelih i rezultira u depresivnosti, čime se zatvara začarani krug (Vévodová i sur., 2019). Depresija koja se pojavljuje kod akni važan je pokazatelj težine bolesti i za razliku od psorijaze, neovisno o težini kliničke slike, akne kod 5,6% bolesnika uzrokuju depresiju, razmišljanja o samoubojstvu i samoubojstvo (Kaplan, 1997; prema Buljan i sur., 2008).

Aleksitimija

Aleksitimija u psihosomatici označava posebnu psihološku strukturu bolesnika koja se odražava u nemogućnosti verbalizacije čuvstvenih doživljaja, teškoćama u upotrebi simbola te preokupiranosti nevažnim i praktičnim detaljima aktualnih problema (Furlan i sur., 2005). Iako u psihodijagnostici ona označava kvalitativni poremećaj emocionalnosti, istraživanja prisutnosti aleksitimije u populaciji dovela su do zaključka kako je riječ o dimenzionalnom konstrukt, odnosno osobini ličnosti koja se normalno distribuira u populaciji (Taylor i sur., 1997). Ovaj konstrukt sastoji se od više faceta: mogućnosti prepoznavanja i prenošenja osjećaja drugima, mogućnosti raspoznavanja osjećaja od tjelesnih senzacija koje prate emocionalna stanja i kognitivnog stila okrenutog prema van koji odražava nedostatak unutarnjeg mišljenja i fantazija (Taylor i sur., 1997).

Povišene razine aleksitimije povezane su s reaktivnom anksioznošću, povišenim razinama anksioznosti i poremećajima iz anksioznog spektra, kao i s depresivnim smetnjama i povišenim razinama depresivnosti (Taylor i sur., 1997). Iako se ovi nalazi mogu činiti zbunjujućima, važno je naglasiti kako aleksitimija predstavlja nemogućnost razaznavanja čuvstava, ali ne i njihovog doživljavanja. Povišene razine aleksitimije i psihičke uznemirenosti predstavljaju specifičan kontekst otežanog funkcioniranja u kojem je osobama stalno teško, međutim, one ne znaju prepoznati i opisati da im je teško. Postavlja se pitanje je li aleksitimija osobina ličnosti koja predisponira oboljele da pate od psiholoških problema i tjelesnih tegoba ili je oblik suočavanja s poteškoćama koji negira neugodne emocije (Fortune i sur., 2002). Neka istraživanja pokazuju kako aleksitimija može biti rizičan faktor za pojavu različitih medicinskih i psihijatrijskih poremećaja, a ona također pokazuje i povezanost s narušenim imunološkim reakcijama (Cömert i sur., 2013). Kao što je ranije navedeno, koža se nalazi u složenom neuro-immuno-endokrino-kožnom sustavu koji regulira njen odnos s doživljenim stresom (Lugović-Mihić i sur., 2013). Stoga aleksitimični pojedinci koji se neuspješno suočavaju sa stresom mogu biti u većem riziku za razvoj određenih dermatoloških oboljenja, međutim, dosadašnja istraživanja povezanosti aleksitimije i kožnih bolesti pokazala su nejednoznačne rezultate (Cömert i sur., 2013).

Socijalna podrška

Specifičnost kroničnih kožnih oboljenja u kontekstu socijalnih odnosa nalazi se u tome što su simptomi bolesti vidljivi ljudima koji dolaze u susret s oboljelima. Izgled kože i kose skoro je uvijek vidljiv drugima i koristi se kao oznaka različitih uloga i statusnih pozicija nevezanih samo uz zdravlje, već i uz dob, pripadnost rodnoj skupini i niz drugih pozicija (Thompson, 2011). Stoga se oboljeli od kroničnih kožnih bolesti suočavaju s posebnom vrstom poteškoća pri izlaganju socijalnoj okolini koja je skoro od prvog trenutka svjesna prisutnosti njihove bolesti. Percepcija osobe koja ima dermatološko oboljenje i percepcija drugih oko nje igraju ulogu u procesu prilagodbe oboljelih na sliku vlastita tijela (Thompson, 2011). Osobe koje ne boluju od kožnih bolesti sklone su ne shvaćati ih ozbiljno te ih neki od njih pronalaze odbojnim, a njihovu nezainteresiranost ili nenaklonost često uvećava pogrešna pretpostavka da su kožne bolesti zarazne ili da su rezultat loše higijene (All Party Parliamentary Group on Skin, 2013). Istraživanja o reakcijama ljudi na osobe koje imaju vidljivo kožno oboljenje pokazala su da postoje negativni implicitni stavovi ili barem negativni stereotipi koji se aktiviraju kada ljudi susretnu nekoga s kožnim oboljenjem (Grandfield i sur., 2005).

Reakcije ljudi mogu se kretati od „buljenja“ do nasilja i diskriminacije, pa nije neobično da oboljela djeca izvještavaju kako ih okolina zadirkuje ili bulji u njih (Thompson, 2011). Oboljele osobe često izvještavaju o situacijama u kojima ih drugi ljudi čudno gledaju, komentiraju njihovu bolest na ružan način, postavljaju im neugodna pitanja i trude se ne sjesti blizu njih ili ih dotaknuti (Buljan i sur., 2008). Prema nekim istraživanjima, čak 41% adolescenata koji boluju od kožne bolesti pretrpjelo je neki oblik zlostavljanja, uključujući zadirkivanje, uvrede i zlobne komentare, najčešće od kolega u školi, mnogo puta od potpunih stranaca, a nekad i od članova obitelji (Golics i sur., 2009). Čak 84% oboljelih od psorijaze u istraživanju Armstronga i suradnika (2018) izjavilo je kako su doživjeli diskriminaciju i ponižavanje u svakodnevnom životu. Bilo zbog nerazumijevanja ili zlih namjera, osobe s kožnim oboljenjima izvještavaju i o doživljavanju diskriminacije na poslu (Thompson, 2011). Zbog ovakvih negativnih iskustava, kod oboljelih se često stvori osjećaj stigmatiziranosti koji razvija negativna očekivanja te je dokazano kako takvi osjećaji i uvjerenja nisu posljedica preosjetljivosti oboljelih, već su realna reakcija na stvarno doživljenu stigmatizaciju

(Buljan i sur., 2008). Stoga osobe koje boluju od kroničnih kožnih bolesti mogu razviti simptome socijalne anksioznosti koji se ogledaju u njihovim kožnim reakcijama, poput crvenila pri doživljaju neugode. Oboljeli se mogu bojati da će se poniziti ili osramotiti načinom na koji reagiraju ili kako pokazuju simptome anksioznosti, koji se prvenstveno pokazuju putem reakcija kože (Gupta i sur., 2005). Simptomi anksioznosti također se pojavljuju kod bolesnika čiji kožni poremećaj nagrđuje tjelesni izgled, posebice kod onih koje su drugi zadirkivali na račun izgleda nekada u životu (Gupta i sur., 2005).

Stoga je za pojedinca oboljelog od kroničnih kožnih bolesti izrazito važno imati odgovarajuću socijalnu podršku. Socijalna podrška predstavlja skup dobri za pojedinca koje proizlaze iz bliskih odnosa koje ima s drugim ljudima i koji mu pomažu da se nosi sa stresnim i kriznim životnim događajima (Furlan i sur., 2005). Ona se iskazuje na različitim razinama, bilo kroz konkretne akcije, emocionalnu podršku ili kroz pružanje mogućnosti za socijalnu usporedbu (Furlan i sur., 2005). Sama prisutnost bliske osobe u životu pojedinca nije dostatna zaštita kod izloženosti stresorima, već ljudima pomaže kad imaju osobu kojoj se mogu povjeriti, koja neće osuđivati njihove negativne doživljaje i tajne i neće im uskratiti ljubav ili podršku u takvim situacijama (Kennedy i sur., 1990). Iako oboljeli od kroničnih bolesti mogu trebati više vrsta socijalne podrške, oni mogu imati problema u dobivanju prikladne podrške jer zbog bolesti mogu imati osjećaj udaljenosti i otuđenja od članova obitelji i prijatelja (Kennedy i sur., 1990). Više istraživanja pokazalo je da kombinacija visokih razina stresa i niske socijalne podrške snažno predviđa negativne ishode u području zdravlja (Kennedy i sur., 1990).

Doživljaj težine bolesti

Pri procjeni težine kožne bolesti možemo se osloniti na različite vanjske mjere, bilo objektivne i mjerljive pokazatelje na površini kože ili pak procjene liječnika koje ovise o njegovom iskustvu i znanju, ali jednako tako i na mjere subjektivnih procjena pacijenta o doživljenoj težini bolesti. Istraživanja su pokazala slabu povezanost između procjene težine bolesti od strane liječnika i psihološkog funkcioniranja oboljelih, ali jaku povezanost između procjene težine bolesti od strane oboljele osobe i jačine njene psihološke uznemirenosti (Evers i sur., 2005; Thompson, 2011). Doživljaj težine bolesti učestalo se promatra kroz to kako prisutnost bolesti narušava kvalitetu života oboljele

osobe. Kvaliteta života sastoji se od dimenzija tjelesnog, emocionalnog i socijalnog funkcioniranja, izvršavanja radne uloge, svakodnevnih aktivnosti, boli i drugih simptoma bolesti (Fitzpatrick i sur., 1992). Kad se u predviđanju psihijatrijskog komorbiditeta uz prisutnost bolesti umjerene do jake simptomatike uključe i mjere kvalitete života, tada jačina bolesti prestaje biti značajan prediktor, dok je izrazito narušena kvaliteta života vrlo jak prediktor psihijatrijskog komorbiditeta te su se poteškoće u svakodnevnim aktivnostima i međuljudskim odnosima pokazali kao veći teret od kliničke procjene težine bolesti (Picardi i sur., 2000). Kvaliteta života oboljelih od kroničnih kožnih bolesti značajno je narušena, te dovodi do psihološke uznemirenosti i utječe na djelotvornost korištene terapije (Evers i sur., 2005).

Pri razmatranju doživljaja težine bolesti, odnosno utjecaja bolesti na kvalitetu života, važno je razmotriti najučestalije smetnje kod oboljelih od kroničnih kožnih bolesti. Oko 23% oboljelih od kožnih bolesti doživljava bol koja je u prosjeku nešto manje intenzivna te su bol, svrbež i umor visoko povezani s kvalitetom života i doživljajem težine bolesti, dok su umjereno povezani s komorbiditetima i sociodemografskim obilježjima pojedinaca (Verhoeven i sur., 2007). Više od polovice oboljelih od kožnih bolesti izvještavaju o doživljavanju svrbeža, zbog čega je on jedan od najučestalijih smetnji u ovoj populaciji, te se često pogoršava po noći i uzrokuje probleme sa spavanjem (Evers i sur., 2016). Pokazano je kako svrbež i umor, proizašao iz manjka sna, utječu na psihološku uznemirenost, česte promjene raspoloženja i probleme u funkcioniranju oboljelih od kroničnih kožnih bolesti (Evers, 2005; Maksimović, 2012). Što je viša percipirana težina bolesti, to je jači svrbež, anksiozno-depresivna simptomatika i potreba za traženjem informacija o bolesti (Niemeier i sur., 1998).

Oboljeli od akni na leđima i prsima često se srame kad trebaju koristiti svlačionice i osjećaju nelagodu kad trebaju nositi kupaći kostim, a za neke ovaj problem ide do te mjere da prestaju uopće plivati (Golics i sur., 2009). Sram se javlja i kao posljedica atopijskog dermatitisa zbog vidljivosti oboljenja (Maksimović, 2012). Kod osoba oboljelih od psorijaze javljaju se osjećaji izoliranosti i srama te one izvještavaju kako im prisustvo kronične kožne bolesti otežava obavljanje radnih zadataka i intimne odnose (Armstrong, 2018). Psihološka briga proizlazi iz vidljivosti ožiljaka i kroničnog trajanja oboljenja, što može dovesti i do oslabljenog djelovanja liječenja (Sonthalia,

2015). Čak 20% do 32% oboljelih od srednje do jake psorijaze ne prima nikakvu terapiju i učestalo koriste slabiju terapiju od preporučene (Armstrong, 2018). Jedna od posljedica bivanja kožnim bolesnikom su seksualne teškoće, odnosno izbjegavanje odnosa ili neugoda pri odnosu, koje se javljaju bilo zbog samih simptoma bolesti ili posljedično zbog srama prouzrokovanog vidljivošću bolesti (Armstrong, 2018; Gottlieb i sur., 2019). Vidljivost bolesti jako je bitna za samopercepciju pojedinca i njegov stav o bolesti, te se ona od strane oboljelih doživljava kao trajno prisutan simptom, pa tako neka istraživanja pokazuju da čak 56% oboljelih od psorijaze ne vjeruje da mogu imati kožu bez tragova plakova ili skoro čistu kožu (Armstrong, 2018).

Doživljaj težine bolesti utječe na ponašanje u osobnim i socijalnim aktivnostima, prihvaćanje bolesti, samopercepciju, stigmatizaciju, suočavanje s bolešću i na uspješnost u održavanju kućanstva, čišćenju, pravilnoj prehrani, brizi o tijelu i odabiru odjeće (Nürnberg, 2011). Doživljaj težine bolesti zahvaća i utječe na širok spektar svakodnevice oboljelih, koji se moraju naviknuti na svoje stanje. Iako većina oboljelih ne vjeruje u postizanje potpune kontrole i nevidljivosti bolesti, neke oboljele osobe smatraju kako bi ostvarenje čiste ili skoro čiste kože otvorilo nove mogućnosti poput plivanja, proširenja mogućnosti pri odabiru odjeće i upoznavanja novih ljudi (Armstrong, 2018).

Duljina trajanja bolesti

Prisutnost kronične kožne bolesti stalni je stresor u životu oboljele osobe (Buljan i sur., 2008). Postoje individualne razlike u tome dovodi li njegova prisutnost do stresa i u načinima suočavanja s tim stresom, te se postavlja pitanje dolazi li dugoročno do psihičke uznemirenosti zbog neprekidne prisutnosti stresora ili do navikavanja i razvijanja uspješnog obrazaca suočavanja. Ljestvice za mjerenje doživljene težine kroničnih kožnih bolesti pokazale su se nezavisnima od trajanja bolesti, te Niemeier i suradnici (1998) navode svojevrsni oblik učinka navikavanja u smislu da su se pacijenti koji duže boluju naučili nositi sa svojom bolešću. Međutim, trajnost bolesti ima značajan utjecaj na probleme u samopercepciji oboljelih (Grob, 2005). Stoga je mjera duljine trajanja bolesti uključena u ovo istraživanje kako bismo provjerili narušava li dugotrajnost bolesti psihičku dobrobit oboljelih od kroničnih kožnih bolesti.

Cilj

Cilj ovog istraživanja je ispitati razlikuju li se oboljeli od kroničnih kožnih bolesti od osoba koje ne boluju ni od kakvih kroničnih bolesti prema psihičkim obilježjima te utvrditi mogu li se anksioznost i depresivnost kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti objasniti doživljajem težine bolesti i njezinim trajanjem, stresom, aleksitimijom i socijalnom podrškom.

U skladu s ciljem istraživanja, postavljeni su sljedeći problemi i hipoteze:

Problemi

1. Provjeriti postoje li razlike u intenzitetu anksioznosti, depresivnosti, stresa i aleksitimije te u percipiranoj socijalnoj podršci između oboljelih od kroničnih kožnih bolesti i osoba koje ne boluju ni od kakvih kroničnih bolesti.
2. Ispitati doprinos stresa, aleksitimije, percipirane socijalne podrške, doživljaja težine bolesti i njezina trajanja u predviđanju *anksioznosti* kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti.
3. Ispitati doprinos stresa, aleksitimije, percipirane socijalne podrške, doživljaja težine bolesti i njezina trajanja u predviđanju *depresivnosti* kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti.

Hipoteze

1. Osobe oboljele od kroničnih kožnih bolesti postizati će više rezultate na ljestvicama anksioznosti, depresivnosti, stresa i aleksitimije te niže rezultate na ljestvici socijalne podrške od osoba koje nemaju nikakvu kroničnu bolest.
2. Stres, aleksitimija, doživljaj težine bolesti i njezino trajanje značajno će pozitivno predviđati *anksioznost*, dok će percipirana socijalna podrška značajno negativno predviđati *anksioznost* kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti.
3. Stres, aleksitimija, doživljaj težine bolesti i njezino trajanje značajno će pozitivno predviđati *depresivnost*, dok će percipirana socijalna podrška značajno negativno predviđati *depresivnost* kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti.

Metoda

Uzorak

Istraživanju je pristupilo 266 sudionika. Ciljanu populaciju činile su punoljetne osobe koje boluju od kožne bolesti koja neprekidno traje ili se povremeno pojavljuje unazad najmanje godinu dana (u daljnjem tekstu klinička skupina) i punoljetne osobe koje ne boluju ni od kakve kronične bolesti, a koje su podjednake kliničkoj skupinu po spolu i rasponu dobi (u daljnjem tekstu usporedna skupina). Iz istraživanja su isključeni sudionici koji boluju od drugih kroničnih bolesti, ali ne i kožnih ($n = 12$) i sudionici koji su davali odgovore po slučaju ($n = 1$). Konačan uzorak čine 253 ($N_{\bar{Z}} = 200$, $N_M = 53$) sudionika, od kojih je 128 ($N_{\bar{Z}} = 108$, $N_M = 20$) u kliničkoj skupini i 125 ($N_{\bar{Z}} = 92$, $N_M = 33$) u usporednoj skupini. Većina sudionika su žene (79%), te je prosječna dob ukupnog uzorka 28.47 godina ($SD = 8.16$ god.), kliničke skupine 30.16 godina ($SD = 8.73$ god.) i usporedne skupine 26.73 godina ($SD = 7.15$ god.). Klinička skupina je statistički značajno starija od usporedne ($t(251) = 3.44$; $p < .01$), te se u njoj nalazi statistički značajno više žena (χ^2 ($df=1$, $N=253$) = 4.43; $p < .05$).

Mjerni instrumenti

Upitnik doživljaja težine bolesti napravljen je za potrebe ovog istraživanja te se sastoji od 16 čestica. Čestice mjere faktor težine stanja koje imaju ljudi oboljeli od kronične kožne bolesti, kojeg čine tri povezana faktora: tjelesni simptomi, doživljene emocije i teškoće u svakodnevnom funkcioniranju. Pitanja u upitniku obuhvaćaju specifičnu problematiku koja utječe na doživljaj težine bolesti, a koja je navedena u opisu ove varijable u uvodnom dijelu rada. Vođeni podacima iz literature, ali i vlastitom idejom o mogućim smetnjama, sastavili smo priloženi upitnik. Pregledom čestica i usporedbom s dosadašnjim upitnicima zaključili smo kako su one dostatne za mjerenje predmeta interesa te smo upitnik primijenili na uzorku oboljelih. Odgovori u upitniku daju se odabirom intenziteta u kojem su se javljale predložene smetnje kao posljedica imanja kožne bolesti na ljestvici s pet uporišnih točaka, gdje 0 znači „Nimalo“ preko 2 koji znači „Umjereno“ do 4 koji znači „Neizdržljivo“ (npr. „Teškoće pri obavljanju posla i/ili učenju.“). Ukupan rezultat formiran je kao linearna kombinacija odgovora na

pojedininim česticama, te viši rezultat označava veću doživljenu težinu bolesti. Mjera unutarnje konzistencije postigla je vrijednost $\alpha = .92$. Upitnik se nalazi u Prilogu A, te se prikaz faktorske strukture upitnika nalazi u Prilogu B.

Ljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa (eng. *Depression Anxiety Stress Scales; DASS-21*; Lovibond i Lovibond, 1995) skraćena je verzija upitnika DASS-42 koji je nastao u svrhu mjerenja anksioznosti, depresivnosti i stresa kao konstrukata koji se međusobno ne preklapaju, te su izraženi putem različitih simptoma. Ljestvica se sastoji od 21 čestice, koje su ravnomjerno raspoređene u tri podljestvice te je u ovom istraživanju korištena verzija koja mjeri ova tri konstrukta kao trenutno prisutnog stanja i koristi se u svrhu procjene ozbiljnosti njihovih simptoma. Podljestvica depresivnosti obuhvaća čestice koje se odnose na simptome disforije, beznada, osjećaja vlastite bezvrijednosti, anhedonije, inertnosti i nedostatka interesa (Lovibond i Lovibond, 1995). Podljestvica anksioznosti odnosi se na tjelesne promjene u organizmu, situacijsku anksioznost te akutne odgovore na strah (Lovibond i Lovibond, 1995). Podljestvica stresa rezultat je analize tvrdnji u prvotnoj verziji upitnika koje su povezane i s anksioznošću i s depresivnošću, te se sastoji od čestica koje obuhvaćaju pokazatelje nespecifične napetosti, nemogućnosti opuštanja, razdražljivosti, uznemirenosti, nestrpljenja i pretjeranog reagiranja u stresnim situacijama (Lovibond i Lovibond, 1995). Odgovori na ljestvici daju se odabirom brojke na skali Likertova tipa s četiri stupnja, gdje 0 znači „Uopće se ne odnosi na mene“, a 3 „Potpuno se odnosi na mene“ (npr. „*Bilo mi je teško opustiti se.*“). Ukupan rezultat formira se kao linearna kombinacija procjena na pojedinačnim podljestvicama, te viša vrijednost označava da sudionik ima više izražene simptome depresivnosti, anksioznosti i stresa. Henry i Crawford (2005) ispitivali su psihometrijska svojstva DASS-21 te su dobili koeficijente pouzdanosti $\alpha = .88$ za podljestvicu depresije, $\alpha = .82$ za podljestvicu anksioznosti, $\alpha = .90$ za podljestvicu stresa i $\alpha = .93$ za čitavu ljestvicu. Na našem uzorku dobivene su vrijednosti za $\alpha = .90$ depresivnost, $\alpha = .86$ za anksioznost, $\alpha = .91$ za stres i $\alpha = .95$ za ukupan rezultat. Ljestvica se nalazi u prilogu C.

Ljestvica socijalnih zaliha (eng. *Social Provisions Scale; SPS-24*; Cutrona i Russel, 1987) je kratki upitnik od 24 čestice koji su podjednako raspoređene u šest podljestvica. Weiss (1974; prema Cutrona i Russel, 1987) je predstavio model socijalnih zaliha kod

usamljenosti koje se dijele u šest kategorija: *Vođenje, Potvrđivanje vlastite vrijednosti, Socijalna integracija, Privrženost, Briga za druge i Pouzdani oslonac*, te su ih autori *Ljestvice socijalnih zaliha* proširili na koncept socijalne podrške. Odgovori u upitniku daju se odabirom brojke na skali Likertova tipa s četiri stupnja, gdje 1 znači „U potpunosti se ne slažem“, a 4 „U potpunosti se slažem“ (npr. „*Postoje osobe koje uživaju u istim aktivnostima kao i ja.*“). Ukupan rezultat na ljestvici oblikuje se kao linearna kombinacija procjena na pojedinačnim subskalama, pri čemu se određene čestice obrnuto boduju, te viši rezultat označava percepciju većih socijalnih zaliha, odnosno višu percepciju socijalne podrške. Ukupan rezultat na ljestvici može se koristiti kao jedinstvena mjera socijalne podrške, te je u tu svrhu korištena u ovom istraživanju. Cutrona i Russell (1978) izvještavaju o pouzdanosti tipa unutarnje konzistencije za čitavu skalu $\alpha = .92$, dok je pouzdanost na hrvatskoj populaciji iznosila $\alpha = .91$ kod validacije koju je provela Nekić (2006). Na našem uzorku izračunati koeficijent pouzdanosti iznosi $\alpha = .93$. Ljestvica se nalazi u Prilogu D.

Torontska Ljestvica Aleksitimije (eng. *Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale; TAS-20*; Bagby i sur., 1994) kratki je upitnik od 20 čestica koji mjeri aleksitimiju kao crtu ličnosti te obuhvaća tri podljestvice: probleme u prepoznavanju osjećaja, probleme u opisivanju osjećaja drugim ljudima i kognitivni stil usmjerenosti prema van. Odgovori se daju odabirom brojke na ljestvici s pet uporišnih točaka, od kojih 1 znači „Uopće se ne slažem“, preko 3 koji znači „Niti se slažem niti se ne slažem“, do 5 koji znači „Potpuno se slažem“ (npr. „*Radije pustim da se stvari dogode, nego da razmišljam zašto su tako ispale.*“). Ukupan rezultat na ljestvici oblikuje se kao linearna kombinacija rezultata na svim česticama, pri čemu se određene čestice obrnuto boduju te viši rezultat označava veću izraženost aleksitimije. Koeficijent unutarnje konzistencije za ljestvicu iznosi $\alpha = .81$ (Bagby i sur., 1994), te je na našem uzorku dobivena pouzdanost tipa unutarnje konzistencije $\alpha = .86$. Ljestvica se nalazi u prilogu E.

Postupak

U svrhu prikupljanja podataka formiran je *online* upitnik u mrežnoj aplikaciji *Google Forms*. Upitnik se sastojao od pitanja o demografskim podacima (spol, dob), pitanja o prisutnosti i trajanju kožne bolesti, kontrolnog pitanja o prisutnosti neke druge

kronične bolesti, te prikazana četiri upitnika. Sudionicima koji čine usporednu skupinu, nakon što su označili da ne boluju od kronične kožne bolesti, nije prikazan Upitnik o doživljaju težine bolesti. Za ispunjavanje upitnika bilo je potrebno otprilike 10 minuta. Sudionici su prikupljeni metodom snježne grude tako da je poveznica podijeljena poznanicima te je objavljena na društvenim mrežama, između ostalog grupama podrške za oboljele od kroničnih kožnih bolesti (npr. Facebook grupa *Atopijski dermatitis i alergije (pomoć i podrška)*) i stranicama udruženja oboljelih (npr. Facebook stranica *Društvo Psorijatičara Hrvatske*), kao i stranicama kojima pristup ima šira populacija (npr. Reddit). Mogućim sudionicima dana je uputa da pristupe istraživanju ako boluju od kronične kožne bolesti (bolesti kože koja je prisutna najmanje godinu dana) ili ako ne boluju ni od kakve kronične bolesti. Prikupljanje podataka trajalo je dva tjedna. Nakon početnog prikupljanja podataka i usporedbe skupina po demografskim podacima (spolu i dobi), prikupljeni su podaci u svrhu izjednačavanja skupina po spolu i dobi putem dijeljenja poveznice poznanicima, uz naglasak da tražimo žene starije od 35 godina koje ne boluju ni od kakvih kroničnih bolesti. Sudionici su u uputi obaviješteni kako je sudjelovanje u istraživanju u potpunosti dobrovoljno i anonimno, te da je od njega moguće odustati u bilo kojem trenutku, kao i da se za sva pitanja mogu javiti autorici rada na priloženi kontakt. Sudionici su dali svoj informirani pristanak pritiskom na tipku „Dalje“, te nisu nagrađeni za sudjelovanje u istraživanju.

Rezultati

Preliminarne analize

Kako bismo provjerali odstupaju li dobivene distribucije rezultata korištenih mjera značajno od normalne, odnosno jesu li zadovoljeni preduvjeti za korištenje parametrijskih statističkih postupaka, proveli smo Kolmogorov-Smirnovljev test. Dobiveni rezultati testiranja, prikazani u Tablici 1, ukazuju na to da distribucije rezultata skoro svih testiranih varijabli značajno odstupaju od normalne, uz iznimku aleksitimije čija je distribucija normalna. Kolmogorov-Smirnovljev test veoma je strog i kod velikih uzoraka biva značajan čak i kod malih efekata koji ne utječu na rezultate parametrijskih testova (Oztuna i sur., 2006), te je osjetljiv na ekstremne rezultate (Peat i Barton, 2005). Budući da ovaj test prepoznaje efekte koji nisu od važnosti, te da

istraživanja ukazuju na upitnost njegove snage pri testiranju normalnosti, treba uključiti i druge pokazatelje u testiranje normalnosti, poput indeksa asimetričnosti i spljoštenosti (Field, 2013; Thode, 2002). West i sur. (1996; prema Kim, 2013) predložili su referentni okvir za određivanje odstupanja; asimetričnost veća od 2 i spljoštenost veća od 7. Distribucije rezultata u ovom istraživanju nalaze se unutar okvira normalnosti određenih tim kriterijima te stoga možemo opravdano koristiti planirane parametrijske postupke.

Tablica 1

Deskriptivni podaci za ukupan uzorak ($N_T = 253$), kliničku skupinu ($N_K = 128$) i usporednu skupinu ($N_U = 125$), te značajnost razlika između kliničke i usporedne skupine

Skupina	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>K-S</i>	<i>P_{K-S}</i>	<i>Asi.</i>	<i>Spljo.</i>	<i>t</i>	<i>Df</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Dob										
Ukupno	28.47	8.16	.22	<.01	1.36	1.52				
Klinička	30.16	8.73	.22	<.01	1.11	0.59				
Usporedna	26.73	7.15	.21	<.01	1.72	3.44	3.44	251	<.01	.43
Stres										
Ukupno	7.01	5.41	.10	<.01	0.72	-0.12				
Klinička	7.81	5.63	.13	<.01	0.66	-0.41				
Usporedna	6.20	5.07	.11	<.01	0.76	0.18	2.38	251	<.05	.30
Anksioznost										
Ukupno	4.34	4.57	.17	<.01	1.50	2.16				
Klinička	4.88	4.97	.19	<.01	1.41	1.56				
Usporedna	3.78	4.07	.18	<.01	1.53	2.74	1.94	251	>.05	.24
Depresivnost										
Ukupno	5.25	5.03	.16	<.01	1.24	0.94				
Klinička	5.70	5.36	.16	<.01	1.17	0.55				
Usporedna	4.78	4.65	.17	<.01	1.27	1.37	1.46	251	>.05	.18
Aleksitimija										
Ukupno	47.49	13.19	.06	<.05	0.25	-0.84				
Klinička	47.75	13.78	.08	<.05	0.29	-0.92				
Usporedna	47.22	12.61	.07	>.05	0.18	-0.77	0.32	251	>.05	.04
Percipirana socijalna podrška										
Ukupno	80.96	10.88	.12	<.01	-0.62	-0.34				
Klinička	81.16	11.29	.15	<.01	-0.71	-0.34				
Usporedna	80.74	10.48	.12	<.01	-0.51	-0.31	0.31	251	>.05	.04
Doživljaj težine bolesti ^a										
Klinička	18.34	11.65	.12	<.01	0.95	0.31				
Trajanje bolesti ^a										
Klinička	13.93	10.19	.26	<.01	0.98	0.84				

Legenda: Spol: $M = 0$, $\check{Z} = 1$, M = aritmetička sredina, SD = standardna devijacija, $K-S$ = vrijednost Kolmogorov-Smirnov testa, p_{K-S} = stupanj značajnosti Kolmogorov-Smirnov testa, $Asi.$ = indeks asimetričnosti, $Spljo.$ = indeks spljoštenosti, t = t-test, df = stupnjevi slobode, p = stupanj značajnosti t-testa, d = Cohenov d indeks veličine učinka, ^a = varijable su mjerene samo u kliničkoj skupini.

Prije detaljnijeg razmatranja rezultata, kratko ćemo razmotriti deskriptivnu statistiku korištenih mjera koja se nalazi u Tablici 1. Tablica prikazuje prosječne vrijednosti koje su sudionici ostvarili na prikladnim ljestvicama, kao i mjeru raspršenja rezultata. Veći rezultat na ljestvicama označava veću izraženost mjera. Naši sudionici su u odnosu na teoretsku aritmetičku sredinu ljestvica doživljavali niže razine stresa, anksioznosti i depresivnosti, te više razine socijalne podrške. Oboljeli od kroničnih kožnih bolesti u prosjeku su doživljavali težinu bolesti u donjoj trećini mogućeg raspona, te je prosječno trajanje bolesti 13.93 ($SD = 10.19$) godina.

Razlike između kliničke i usporedne skupine u ispitivanim varijablama

Prije testiranja razlika između kliničke i usporedne skupine, provjerili smo jesu li one podjednake po spolu i dobi. Dobivena je značajna razlika u spolu (χ^2 ($df=1$, $N=253$) = 4.43; $p < .05$) i dobi ($t(251) = 3.44$; $p < .01$) između skupina, međutim, pokazatelji veličine efekta od .13 za spol i .43 za dob ukazuju da je riječ o malim razlikama. Raspon dobi za kliničku skupinu kreće se od 18 do 58 godina, te od 18 do 55 godina za usporednu skupinu. U obje skupine prevladavaju žene, dobiveni dobni rasponi su slični te prosječna dob kod obje skupine pripada u istu razvojnu fazu. S obzirom na to da se povećanjem broja odgovora unutar skupina koje se uspoređuju smanjuje veličina razlike koja će biti proglašena značajnom t -testom, da bismo izbjegli tu pristranost trebali bismo sa što manjim brojem naknadnih sudionika izjednačiti uzorke po spolu i dobi. To bismo postigli prikupljanjem podataka starijih žena koje ne boluju od kroničnih bolesti te mlađih muškaraca koji boluju od kroničnih kožnih bolesti. Dodavanje rezultata ovih sudionika izjednačilo bi uzorke po demografskim varijablama, ali bi promijenilo distribucije tih varijabli i ne bi odražavalo uzorak koji je uistinu pristupio upitniku, te smo stoga odlučili provesti daljnje obrade na ovim rezultatima.

Kako bismo odgovorili na prvi problem proveden je niz t -testova između kliničke i usporedne skupine za stres, anksioznost, depresivnost, percipiranu socijalnu podršku i aleksitimiju, te su rezultati prikazani u Tablici 1. Dobivena je statistički značajna razlika između skupina za stres ($t(251) = 2.38$; $p < .05$), uz pridruženu veličinu efekta .30 koja ukazuje kako je riječ o malom efektu. Skupine se ne razlikuju po anksioznosti ($t(251) = 1.94$; $p > .05$; $d = .24$), depresivnosti ($t(251) = 1.46$; $p > .05$, $d =$

.18), aleksitimiji ($t(251) = 0.32; p > .05; d = .04$) i percipiranoj socijalnoj podršci ($t(251) = 0.31; p > .05; d = .04$). Samo je rezultat za stres u skladu s našim očekivanjima, dok se kod ostalih rezultata nije pokazala statistički značajna razlika, te stoga nismo potvrdili hipotezu 1.

Povezanost ispitivanih varijabli kod kliničke skupine

Prvi korak u dobivanju odgovora na postavljene probleme br. 2 i 3 je analiza međusobnih povezanosti psiholoških varijabli i onih povezanih s bolešću na kliničkoj skupini. Provedena je Pearsonova korelacijska analiza čiji su rezultati prikazani u Tablici 2. Stres, aleksitimija i doživljaj težine bolesti pozitivno su povezani s anksioznošću s velikom veličinom učinka za stres ($r = .78; p < .01$), te srednjom za aleksitimiju ($r = .34; p < .01$) i doživljaj težine bolesti ($r = .40; p < .01$). Depresivnost je također pozitivno povezana s navedenim varijablama, te je veličina učinka za stres velika ($r = .79; p < .01$), dok su umjerene veličine za aleksitimiju ($r = .45; p < .01$) i doživljaj težine bolesti ($r = .36; p < .01$). Percipirana socijalna podrška umjereno je negativno povezana s anksioznošću ($r = -.31; p < .01$) i depresivnošću ($r = -.49; p < .01$). Trajanje bolesti nije pokazalo značajnu razinu povezanosti s kriterijskim varijablama. Kriterijske varijable su visoko međusobno povezane ($r = .74; p < .01$).

Tablica 2

Korelacijska matrica rezultata dobivenih na kliničkoj skupini (N = 128)

	2.	3.	4.	5.	6.	7.
1. Stres	.78**	.79**	.35**	-.30**	.44**	-.03
2. Anksioznost	1	.74**	.34**	-.31**	.40**	.01
3. Depresivnost		1	.45**	-.49**	.36**	-.04
4. Aleksitimija			1	-.58**	.14	.08
5. Socijalna podrška				1	-.27**	-.22*
6. Težina bolesti					1	.27**
7. Trajanje bolesti						1

Legenda: * = $p < .05$, ** = $p < .01$.

Analiza međusobnih povezanosti prediktorskih varijabli pokazuje značajne međusobne povezanosti. Dobivena je umjerena pozitivna povezanost stresa i aleksitimije ($r = .35; p < .01$). Percipirana socijalna podrška negativno je povezana sa svim varijablama, te su pri razmatranju povezanosti dobiveni pokazatelji velike veličine

učinka za aleksitimiju ($r = -.58$; $p < .01$), srednje veličine za stres ($r = -.30$; $p < .01$), te male za doživljaj težine bolesti ($r = -.27$; $p < .01$) i trajanje bolesti ($r = -.22$; $p < .01$). Doživljaj težine bolesti umjereno je pozitivno povezan sa stresom ($r = .44$; $p < .01$), te je dobivena mala veličina učinka povezanosti s trajanjem bolesti ($r = .27$; $p < .01$).

Idući korak u dobivanju odgovora na postavljene probleme predstavlja provjera prisutnosti multikolinearnosti između korištenih prediktora. Prisutnost kolinearnosti znači da je utjecaj neke varijable u regresijskom modelu moguće u potpunosti objasniti sklopom drugih varijabli koje se nalaze u modelu, pri čemu dodavanje navedene varijable u regresijski model ne donosi nove informacije. Stoga smo izračunali faktore inflacije varijance za navedene varijable te je dobiven raspon vrijednosti od 1.29 za doživljaj težine bolesti do 1.61 za aleksitimiju. Paul (2006) navodi kao kriterij za određivanje prisutnosti kolinearnosti vrijednosti faktora inflacije iznad 5 ili 10. Vrijednosti faktora u ovom istraživanju niže su od navedenih kriterijskih vrijednosti te stoga možemo opravdano koristiti zadane prediktore u daljnjoj regresijskoj analizi.

Predviđanje anksioznosti i depresivnosti na kliničkoj skupini

Kako bismo ispitali predviđaju li stres, aleksitimija, doživljaj težine bolesti, njezino trajanje i percipirana socijalna podrška anksioznost i depresivnost, proveli smo linearne regresijske analize pretpostavljenih modela. Rezultati analiza prikazani su u Tablici 3. Regresijskom analizom s anksioznošću kao kriterijskom varijablom uspjeli smo objasniti 62.10 % varijance anksioznosti ($R = 0.79$; $F(5,127) = 39.90$; $p < .01$). Od pojedinačnih prediktora, značajni samostalni doprinos pokazuje samo stres ($\beta = .72$; $p < .01$). Dakle, što osoba oboljela od kronične kožne bolesti doživljava viši intenzitet stresa, to će doživljavati jaču anksioznost. S obzirom na to da se rezultati za ostale varijable nisu pokazali značajnima, potvrdili smo samo jedan dio druge hipoteze, onaj koji se odnosi na stres.

Regresijskom analizom s depresivnošću kao kriterijskom varijablom uspjeli smo objasniti 70.70% varijance depresivnosti ($R = 0.84$, $F(5,127) = 58.74$; $p < .01$). Najznačajniji samostalni doprinos pokazuje stres ($\beta = .69$; $p < .01$), te potom percipirana socijalna podrška ($\beta = -.27$; $p < .01$), dok drugi prediktori ne pokazuju značajan

samostalni doprinos. Dakle, što osoba oboljela od kronične kožne bolesti doživljava viši intenzitet stresa te ima manju socijalnu podršku, to će biti jače depresivna. S obzirom na to da se rezultati za ostale varijable nisu pokazali značajnima, potvrdili smo samo manji dio treće hipoteze.

Tablica 3

Rezultati linearne regresijske analize za anksioznost i depresivnost na kliničkom uzorku (N = 128)

	Anksioznost	Depresivnost
	β	B
Stres	.72**	.69**
Aleksitimija	.05	.06
Socijalna podrška	-.05	-.27**
Težina bolesti	.07	.00
Trajanje bolesti	.00	-.08
R^2 (R^2_{adj})	.62 (.61)	.71 (.69)
F	39.90	58.74
p	<.01	<.01

Legenda: β = vrijednost standardiziranog regresijskog koeficijenta, R^2 = ukupni doprinos objašnjennoj varijanci, R^2_{adj} = korigirani ukupni doprinos objašnjennoj varijanci, F = vrijednost ukupnog F -omjera, p = stupanj značajnosti F -omjera, * = $p < .05$, ** = $p < .01$

Rasprava

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati razlikuju li se oboljeli od kroničnih kožnih bolesti od osoba koje ne boluju nemaju nikakvu kroničnu bolest u psihičkim obilježjima, te utvrditi mogu li se anksioznost i depresivnost kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti objasniti doživljajem težine bolesti i njezinim trajanjem, stresom, aleksitimijom i socijalnom podrškom. Prvenstveno smo ispitali kako se oboljeli i neoboljeli razlikuju u ovim varijablama, te je dobivena razlika samo za stres. Rezultati na našem uzorku pokazuju kako se anksioznost može objasniti putem stresa, koji je značajni pozitivni prediktor, dok se ostale varijable nisu pokazale značajnim prediktorima. Stres se pokazao kao jedini značajan pozitivni prediktor depresivnosti, dok je percipirana socijalna podrška jedini značajan negativni prediktor.

Odnos između prisutnosti bolesti i psihičkog stanja oboljele osobe

Kako bismo utvrdili odnos između prisutnosti kronične kožne bolesti i psihičke dobrobiti oboljelih, ispitali smo razlikuju li se oboljeli od kroničnih bolesti i oni koji

nemaju nikakvu kroničnu bolest u stresu, anksioznosti, depresivnosti, aleksitimiji i percipiranoj socijalnoj podršci. Pri razmatranju dobivenih rezultata važno je naglasiti kako je incidencija kožnih i s kožom povezanih oboljenja veća kod žena (Andersen i Davis, 2016), koje prevladavaju i u našem uzorku. Treba uzeti u obzir da su Picardi i suradnici (2000), proučavajući psihičko stanje osoba oboljelih od kožnih bolesti, uočili više znakova psihičkih poteškoća kod žena, negoli kod muškaraca, što je očekivano s obzirom na to da su depresivne i anksiozne smetnje učestalije kod žena, dok se učinak dobi nije pokazao značajnim. Iako su sudionici ovog istraživanja pretežno žene (84% u kliničkom i 74% u usporednom uzorku) te su samoselekcionirani, što znači da je vjerojatnije da će oni koji su više uznemireni radije sudjelovati, uzorak ne predstavlja populaciju koja ima psihijatrijski komorbititet. Stoga veći broj sudionika koji doživljava visoke razine psihičke uznemirenosti predstavlja značajan problem za populaciju oboljelih od kronične kožne bolesti.

Od provedenih analiza za provjeru značajnosti razlika, značajne razlike dobivene su samo za stres ($t(251) = 2.38; p < .05$), dok za ostale varijable nisu dobivene značajne razlike između kliničke i usporedne skupine. Oboljeli od kroničnih kožnih bolesti doživljavaju više razine stresa u posljednjih tjedan dana nego osobe koje ne boluju od kroničnih bolesti. U ranijim istraživanjima oboljeli od kronične kožne bolesti izvještavali su kako su doživjeli više stresnih događaja u razdoblju prije aktivacije simptoma njihove bolesti nego sudionici iz kontrolne skupine (Aksoy i sur., 2010). Kao što je ranije spomenuto, odnos stresa i kronične bolesti je višesmjernan. Samo prisustvo kronične kožne bolesti može biti dodatni stresor u životu oboljele osobe, dok stres također može biti i okidač za pojavu kronične kožne bolesti, kao i za pojačanje postojećih simptoma bolesti (Cömert i sur., 2013). Učestale stresore u životima odraslih oboljelih od kroničnih kožnih bolesti, pogotovo kod jačih slučajeva, predstavljaju uobičajeni svakodnevni događaji, poput odnosa s drugim ljudima, brige zbog karijere i anksioznosti povezane s neovisnošću (Maksimović, 2012). Biološke karakteristike pojedinca poput tjelesne konstitucije i genetske predispozicije za razvoj bolesti, koja se naziva i dijateza, uvjetuju kako će osoba reagirati na okolinske stresore (Lugović-Mihić i sur., 2013). Reakcije pojedinca ovise i o sigurnom razvijanju u drugim područjima života sukladno s razvojnom fazom u kojoj se nalazi (Gupta i Gupta, 2003). Stoga

možemo reći da bolovanje od kronične kožne bolesti predstavlja kontekst u kojemu doživljene razine stresa nadilaze one koje osoba doživljava kada nema kroničnu bolest.

Za ostale varijable nisu dobivene statistički značajne razlike, te se tako klinička i usporedna skupina ne razlikuju u anksioznosti, depresivnosti, aleksitimiji i percipiranoj socijalnoj podršci. Ovi rezultati razlikuju se od onih dobivenih u ranijim istraživanjima, gdje su dobivene značajne razlike u anksioznosti (Cömert i sur., 2013; Garrie i Garrie, 1979, prema Niemer i sur., 1998) i depresivnosti (Fino i sur., 2019; Vévodová i sur., 2019) između oboljelih od kožnih bolesti i zdrave populacije. Istraživanja su pokazala da kod oboljelih od kroničnih kožnih bolesti postoji veći rizik za razvoj depresije, anksioznosti i sklonosti samoubojstvu kod psorijaze (Armstrong i sur., 2018; Kurd i sur., 2010; McDonough i sur., 2014), te anksioznosti i depresivnosti kod atopijskog dermatitisa (Maksimović i sur., 2012). U području socijalnih odnosa ranija istraživanja pokazala su značajne razlike između zdrave populacije i oboljelih koji su doživljavali manje razine socijalne podrške i uključenosti (Vévodová i sur., 2019). Normalna distribucija aleksitimije u našem uzorku, koja potvrđuje kako je riječ o osobini ličnosti, u skladu je s rezultatima prethodnih istraživanja (Salminen i sur., 1999). Međutim, nismo potvrdili nalaze koji govore o višim razinama aleksitimije kod oboljelih od kroničnih kožnih bolesti (Dehghani i sur., 2017).

Jedan od mogućih razloga za ovakve rezultate možemo pronaći u usporedbi uzoraka spomenutih istraživanja s našima. Dosadašnja istraživanja kroničnih kožnih bolesti provedena su većinom na pacijentima bolnica koji su došli na prvi pregled, pregled zbog ponovne pojave bolesti ili na kontrolni pregled. Postoji mogućnost da ove oboljele osobe doživljavaju više razine uznemirenosti zbog prisutnosti bolesti te zbog toga odlaze na preglede, neovisno o postojećim tjelesnim simptomima. Visoka prevalencija psihijatrijskih komorbiditeta se, osim kod određenih oboljenja, pronalazi kod osoba bez objektivnih znakova bolesti, ali i osoba koje više ne boluju od kožne bolesti, no svejedno samoinicijativno dolaze na kontrolni pregled (Picardi i sur., 2000). Anksioznost i depresivnost mogu utjecati na zdravstveno ponašanje oboljelih, poput traženja pomoći u vidu učestalih posjeta dermatologu (Picardi i sur., 2000). Mnogi oboljeli samostalno tretiraju svoje kožno oboljenje i za neke to predstavlja pozitivno potkrepljenje, u vidu kontrole nad brigom o svom stanju, dok za druge do toga dolazi zbog negativnih iskustava sa zdravstvenim osobljem i djelovanjem lijekova (All Party

Parliamentary Group on Skin, 2013). Kako je naše istraživanje provedeno na široj skupini oboljelih te je neovisno o posjetima liječniku, moguće je da smo zahvatili širu populaciju oboljelih, koja nije samoselekcionirana prema doživljenoj neugodi.

Prema dobivenim rezultatima, nije moguće razlučiti kakav je međuodnos doživljenog stresa i prisutnosti bolesti. Moguće je da je prisutnost bolesti stresor ili je stres mogući okidač za bolest, kao i da neka druga varijabla utječe na njihov međuodnos. U ovom istraživanju nismo dobili potvrdu da se kod prisutnosti kronične kožne bolesti javljaju simptomi anksioznosti, depresivnosti i aleksitimije. Skupine unutar našeg uzorka također se ne razlikuju ni po percipiranoj socijalnoj podršci. Međutim, svakako treba naglasiti kako ovaj nalaz moramo promatrati u kontekstu našeg uzorka. Možemo tvrditi kako se skupina oboljelih od kroničnih kožnih bolesti ne razlikuje od neoboljelih kao skupina, ali je potrebno razmotriti unutargrupne razlike i moguće utjecaje na pojedinca. Jedna od bitnih informacija je doživljaj težine bolesti kod oboljele populacije. Na priloženoj ljestvici, na kojoj je mogući raspon rezultata od 0 do 64, ostvaren je minimalni rezultat 2, a maksimalni 52, dok se aritmetička sredina ($M = 18.34$, $SD = 11.65$) i centralna vrijednost ($C = 15.50$) nalaze u nižem dijelu mogućeg raspona. Distribucija rezultata pozitivno je asimetrična, što govori o tome da je u široj populaciji oboljelih najveći dio onih koji doživljavaju lakše simptome bolesti. Pregledom povezanosti doživljaja težine bolesti s drugim varijablama, primjetno je kako se ona nalazi u značajnim pozitivnim povezanostima sa stresom, anksioznošću i depresivnošću. Rezultati ranijih istraživanja ukazuju da što je viša osobna procjena težine bolesti, jači su simptomi anksioznosti i depresivnosti (Niemer i sur., 1998). Stoga je bitno naglasiti kako se s povećanjem doživljene težine bolesti povećava psihička uznemirenost pojedinca, te je bitno provjeriti kako pojedinac procjenjuje svoje stanje u svrhu procjene utjecaja bolesti na njega¹.

¹ Proveli smo i dva *t*-testa u kojima smo usporedili oboljele osobe koje doživljavaju lakše i teže simptome bolesti i to tako da smo ih podijelili u dvije skupine prema aritmetičkoj sredini ($M = 18.34$, $N_{\text{LAKŠE}} = 78$) i centralnoj vrijednosti ($C = 15.50$). Prema aritmetičkoj sredini dobivene su značajne razlike na svim varijablama; stresu ($t(126) = -4.64$; $p < .01$), anksioznosti ($t(126) = -4.72$; $p < .01$), depresivnosti ($t(126) = -4.00$; $p < .01$), percipiranoj socijalnoj podršci ($t(126) = 3.99$; $p < .01$) i aleksitimiji ($t(126) = -2.00$; $p < 0.5$). Prema centralnoj vrijednosti dobivene su značajne razlike na svim varijablama; stresu ($t(126) = -4.50$; $p < .01$), anksioznosti ($t(126) = -4.18$; $p < .01$), depresivnosti ($t(126) = -4.05$; $p < .01$), percipiranoj socijalnoj podršci ($t(126) = 4.32$; $p < .01$) i aleksitimiji ($t(126) = -2.45$; $p < 0.5$). Dobiveni rezultati upućuju na to da postoje statistički značajne razlike u psihičkoj uznemirenosti i doživljenoj podršci unutar skupine oboljelih od kroničnih kožnih bolesti, ovisno o doživljaju težine bolesti.

Predviđanje jačine anksioznosti i depresivnosti

Ispitali smo mogu li se anksioznost i depresivnost kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti objasniti doživljajem težine bolesti i njezinim trajanjem, stresom, aleksitimijom i socijalnom podrškom. Stres se pokazao kao značajan pozitivan prediktor u oba modela, te je visoko povezan s anksioznošću i depresivnošću. Stres je jedini značajan pozitivan prediktor *anksioznosti*. Dakle, što je veći intenzitet stresa kojeg osoba doživljava, bit će viši intenzitet anksioznosti koju doživljava. Dosadašnja istraživanja psihičke uznemirenosti kod osoba narušenog zdravstvenog stanja pokazuju kako je stres značajan prediktor anksioznosti kod oboljelih (Radat i sur, 2008). Prema višedimenzionalnom interakcijskom modelu stresa, suočavanja sa stresom i anksioznosti kojeg je postavio Endler (1997), obilježja pojedinca i situacije u međusobnoj su interakciji koja utječe na percepciju opasnosti ili prijetnje, što posljedično utječe na pojedinca i situaciju i dovodi do promjena u stanju anksioznosti, zbog čega se mijenjaju i reakcije na stanje anksioznosti, pa se pojedinac nalazi u konstantnom procesu obrade povratnih informacija. Sukladno s navedenim modelom, stres i načini suočavanja sa stresom predstavljaju obilježja pojedinca, te su oni u interakciji sa stresorom kao situacijskim obilježjem i zajednički utječu na razvoj anksioznosti, pa se kao posljedica prisutnosti stresa i anksioznosti kod osoba javlja osjećaj stalne napetosti (Endler, 1997). Unatoč značajnim povezanostima drugih varijabli s anksioznošću, izuzev trajanja bolesti, one se nisu pokazale značajnim pojedinačnim prediktorima. S obzirom na njihove značajne povezanosti sa stresom, moguće je da kao samostalni prediktori ne objašnjavaju dodatni dio varijance u našem modelu.

Stres i percipirana socijalna podrška pokazali su se značajnim prediktorima *depresivnosti* u našem modelu. Stres je pozitivan prediktor, dok je socijalna podrška negativan prediktor. Što osoba oboljela od kronične kožne bolesti doživljava viši intenzitet stresa te manju socijalnu podršku, to će biti jače depresivna. Stres se smatra značajnim okidačem prve epizode i kasnijih pojačanja psorijaze i depresivnosti kad se one javljaju u kasnijoj životnoj dobi, pri čemu kožne promjene predstavljaju dodatni stresor za oboljele, čime se zatvara krug kožne bolesti, stresa i depresije kod objektivno bezopasnih, no subjektivno teško prihvatljivih kožnih poremećaja (Filaković i sur., 2008). Socijalna podrška pokazuje povezanost s depresivnošću kod osoba oboljelih od

kroničnih kožnih bolesti, što upućuje na to da subjektivni doživljaj podrške od strane obitelji i prijatelja može zaštititi oboljele od razvijanja depresivnosti kao posljedice njihove bolesti (Evers i sur., 2005). Odgovarajuća socijalna podrška i veće zadovoljstvo obiteljskim funkcioniranjem povezano je s manje teškom depresijom (Hann i sur., 2002). Kod osoba oboljelih od kroničnih rana dolazi do smanjenog socijalnog sudjelovanja i socijalne izolacije djelomično zbog toga što im terapija oduzima dosta vremena, zbog čega imaju manje slobodnog vremena od zdravih ljudi (Kapp i sur., 2017). Istraživanja pokazuju da drugi ljudi oboljele osobe isključuju iz socijalnih krugova, što dovodi do veće učestalosti depresije i snižene kvalitete života (Vévodová i sur., 2019). Kod osoba oboljelih od kroničnih kožnih bolesti percepcija tjelesnog izgleda i smanjeno samopouzdanje dovode do socijalne izolacije i važniji su od stvarnog kliničkog stanja te učestalo dovode do srama i anksioznosti, a za oboljele je često poražavajuće i što tretman njihove bolesti pretpostavlja samo kontrolu simptoma, umjesto da se bolest liječi (Aksoy i sur., 2010).

Pri razmatranju djelovanja pretpostavljenih prediktorskih varijabli bitno se osvrnuti na njihove međudnose s drugim varijablama u predloženim modelima. Percipirana socijalna podrška ne predviđa značajno anksioznost povrh stresa, dok za depresivnost biva značajnim prediktorom. Nedostatak socijalne podrške unutar doživljavanja anksioznih smetnji predstavlja dodatni izvor stresa, dok je moguće da pri doživljavanju neugodnih čuvstava ona predstavlja dodatni zaštitni čimbenik, u kojemu je ona moguća strategija suočavanja sa stresom. U našem istraživanju aleksitimija je značajno povezana s anksioznošću i depresivnošću, što je u skladu s ranijim nalazima (Cömert i sur., 2013). Iako se u dosadašnjim istraživanjima aleksitimija pokazala kao značajan prediktor anksioznosti, depresije i bolešću induciranog stresa (Fortune i sur., 2002), u našem istraživanju ona nije postigla značajnost. Mogući odgovor na to nalazi se u njenoj vezi sa stresom i funkcijom unutar organizma. Kao što je ranije navedeno, postoji mogućnost da aleksitimija predisponira oboljele da doživljavaju povišene razine uznemirenosti, ali i da se javlja kao obrambeni mehanizam suočavanja sa stresom (Fortune i sur., 2002). Iako se tijekom doživljavanja stresnih situacija povećavaju razine aleksitimije kod pojedinca, te se smanjuju kada stresori više nisu prisutni, postoji stalna razina aleksitimije kod pojedinca oko koje se kreću ove vrijednosti (Taylor i sur., 1997). Sukladno s tim, moguće je da se aleksitimija u našem predikcijskom modelu umjesto

kroz izravnu povezanost s kriterijima pokazala kao varijabla čije više razine kod pojedinca rezultiraju povećanom osjetljivošću na stres, te stoga povrh stresa nije objasnila dodatni udio varijance kriterija.

Zanimljiv je nalaz da se doživljaj težine bolesti, unatoč umjerenom pozitivnoj povezanosti s anksioznošću ($r = .40$; $p < .01$) i depresivnošću ($r = .36$; $p < .01$), nije pokazao kao značajan prediktor ni u jednom od modela. Uz moguću funkciju simptoma bolesti kao stresora te zaštitno djelovanje socijalne podrške koja olakšava socijalne situacije za oboljele, a koje su dio mjerila samog doživljaja težine bolesti, mogući razlog za nepostignutu prediktivnu moć ove varijable možda se nalazi i u samoj mjeri, odnosno korištenom upitniku. S obzirom na nestandardiziranost mjere, ne možemo izravno usporediti dobivene nalaze i tako dodatno utvrditi koji je razlog najvjerojatniji. Nepovezanost trajanja bolesti i psiholoških varijabli, poput stresa i aleksitimije, dobivena je i u ranijim istraživanjima (Cömert i sur., 2013). Jedan od razloga zašto trajanje bolesti ne utječe na psihičko stanje oboljelih može biti učinak navikavanja, kao i to što je teško odrediti vremenski odnos između pojave smetnji i bolesti (Niemer i sur., 1998).

Stoga je izrazito važno dobivene nalaze promatrati na razini populacije oboljelih od kroničnih kožnih bolesti te svakoj oboljeloj osobi pristupiti individualno, s naglaskom na faktorima koji mogu utjecati na njihovo psihičko stanje, a posljedično i na uspješnost suočavanja s bolešću i njenog liječenja, odnosno održavanja stanja mirovanja bolesti. Utvrdili smo da oboljele osobe doživljavaju više razine stresa od osoba koje ne boluju od kroničnih bolesti, te da stres kod oboljelih od kroničnih kožnih bolesti predviđa jačinu doživljene anksioznosti i depresivnosti. Uz to, kod depresivnosti, doživljena socijalna podrška djeluje kao zaštitni faktor. Stoga je korisno provjeriti predstavlja li bolest za osobu stresor, doživljava li osoba dodatne izvore stresa i kako se nosi s njima, kao i je li zadovoljna dobivenom socijalnom podrškom. Kod pravovremene informiranosti o ovim faktorima moguće je pojedincu pružiti potrebnu pomoć i tako unaprijediti nošenje s bolesti izvan samog medicinskog modela, koji razmatra samo biološke pokazatelje bolesti, na razinu modela psihološke medicine, koji uključuje i značaj tih pokazatelja za osobu (Gregurek, 2011). Ovakvim pristupom djelujemo na svim razinama biopsihosocijalnog modela i omogućavamo pojedincu da

uspostavi veću kontrolu nad svojim biološkim stanjem, a posljedično s tim i nad psihološkom dobrobiti.

Ograničenja istraživanja i prijedlozi za buduća istraživanja

Moguće ograničenje našeg istraživanja je što nemamo objektivnu procjenu statusa bolesti te stoga ne poznajemo stvarno stanje osobe, kao što su nam nepoznate i specifične dijagnoze pojedinaca. Određene kožne bolesti međusobno se razlikuju po biološkim pokazateljima i psihosocijalnim reakcijama koje izazivaju kod oboljelih. Primjerice, gubitak kose povezan je s depresijom i narušenim samopouzdanjem, dok su akne povezane s povišenom anksioznošću, narušenom emocionalnom dobrobiti i razmišljanjima o samoubojstvu (Picardi i sur., 2000). Skupine oboljelih od različitih dermatoloških bolesti razlikuju se i u prisutnosti aleksitimije, pa se osobe oboljele od akni ne razlikuju od osoba koje ne boluju ni od kakvih kroničnih bolesti, iako se za ostale kronične kožne bolesti dobivaju razlike, pa čak i one između skupina oboljelih (Dehghani i sur., 2017). Također, moguće ograničenje istraživanja je dobni raspon našeg uzorka. Kad govorimo o populaciji na koju se naši rezultati odnose, prvenstveno govorimo o mladim odraslima, dok je za zahvaćanje starijih dobnih skupina potreban drugačiji način prikupljanja podataka, koji nije vođen *online* putem.

Što se tiče obilježja uzorka po spolu, žene su sklonije većem odgovaranju na *online* upitnike, što se odražava i na našem uzorku. Iako je proporcija žena oboljelih od kožnih bolesti veća nego ona muškaraca, omjer dobiven u našem istraživanju veći je od onog dobivenog u ranijim istraživanjima (Andersen i Davis, 2016). Uz to, dosadašnji nalazi pokazuju da žene oboljele od psorijaze izvještavaju o jače narušenoj kvaliteti života od muškaraca, neovisno o tjelesnim mjerama težine bolesti, čime je naglašena važnost subjektivnih mjera i usmjerenosti tretmana na osobnu procjenu pacijenta (Lesuis i sur., 2012). Stoga je moguće da su dobiveni rasponi težine bolesti utemeljeni na ovoj razlici i da bi realističniji uzorak prikazao drugačije raspone. Također preporučujemo i dodatne pristupe usklađivanju skupina po dobi i spolu, primjerice metodu ekvivalentnih parova, kako bi njihovi učinci bili što više ublaženi.

Shvaćanje određenih kožnih oboljenja kao kroničnih bolesti još uvijek je nedovoljno osviješteno te se u društvu akne smatraju normalnom reakcijom kože tijekom puberteta, zbog čega manje od 20% oboljelih traži pomoć liječnika te je stoga teško odrediti prevalenciju akni, koja se kreće između 30% i 85% (Niemer i sur., 1998). Ovi nalazi ogledaju se i u našem istraživanju, u višestrukim upitima autorici ovog istraživanja o njihovim stanjima, poput: „Jesu li akne, u procesu liječenja od strane dermatologa, također kronična kožna bolest?“. Iako same po sebi predstavljaju problem oboljelima, zbog stavova okoline kod pojedinaca nije izgrađeno shvaćanje nekih stanja kao bolesti. Postoje pokazatelji da čak petina oboljelih od psorijaze nije potražila liječničku pomoć unutar zadnjih godinu dana te da su unutar dosadašnjih istraživanja dobiveni uzorci u kojima prevladavaju oboljeli s umjerenim i snažnim doživljajem bolesti, dok je manje osoba s blagim simptomima, koji ne traže liječničku pomoć i tretman (Dubertret i sur., 2006). Ovakvi uzorci razlikuju se od našeg, u kojem prevladavaju osobe koje doživljavaju manju težinu bolesti, te je stoga upitno koliko su rezultati ovog istraživanja usporedivi s dosadašnjima. Također se postavlja pitanje jesmo li u našem istraživanju zahvatili svu dostupnu populaciju oboljelih koja je voljna sudjelovati u istraživanju ili je sama populacija, unatoč uputi, samoselekcionirana po početnom subjektivnom shvaćanju njihovog stanja kao kronične kožne bolesti.

U našem istraživanju dobivene su statistički značajne razlike između kliničke i usporedne skupine u intenzitetu doživljenog stresa, koji se pokazao i kao značajni prediktor anksioznosti i depresivnosti. Iako smo utvrdili da razlike postoje, u budućim istraživanjima važno je ustanoviti je li riječ o kroničnom ili trenutno prisutnom stresu, kao i je li njegov uzročnik samo postojanje kroničnog kožnog oboljenja ili pak specifični problemi pri interakciji s okolinom do kojih dolazi zbog prisutnosti kronične kožne bolesti. Bilo bi korisno provjeriti razlikuju li se oboljeli u stresorima koji su za njih značajni i u općoj osjetljivosti na stres ovisno o karakteristikama oboljelih, poput osobina ličnosti. Percipirana socijalna podrška negativan je prediktor depresivnosti, što govori u prilog tezi da je ona zaštitni faktor kod suočavanja s bolesti i svakodnevnim stresorima, ali i tome da traženje socijalne podrške može biti način suočavanja sa stresom. Bilo bi korisno provjeriti koji su još mogući stilovi suočavanja sa stresom prisutni kod oboljelih od kroničnih kožnih bolesti, kao i koji su od tih stilova najučinkovitiji.

Zaključak

U ovom istraživanju ispitivali smo razlikuju li se oboljeli od kroničnih kožnih bolesti od osoba koje ne boluju ni od kakvih kroničnih bolesti prema psihičkim obilježjima, te provjeravali može li se na temelju stresa, aleksitimije, percipirane socijalne podrške, doživljaja težine bolesti i njezinog trajanja predviđati anksioznost i depresivnost. Prvi istraživački problem odnosio se na razlike između kliničke i usporedne skupine, drugi na predviđanje anksioznosti, a treći depresivnosti i to kod kliničke skupine.

Odgovarajući na prvi istraživački problem, rezultati pokazuju kako se oboljeli od kroničnih kožnih bolesti razlikuju od osoba koje nemaju nikakvu kroničnu bolest u intenzitetu doživljenog stresa, dok nisu pronađene razlike u anksioznosti, depresivnosti, aleksitimiji i percipiranoj socijalnoj podršci.

Odgovarajući na drugi istraživački problem, rezultati pokazuju kako stres, objašnjava 62% varijance anksioznosti, dok se aleksitimija, percipirana socijalna podrška, doživljaj težine bolesti i njezino trajanje nisu pokazali kao statistički značajni prediktori. Dakle, što osoba oboljela od kronične kožne bolesti doživljava viši intenzitet stresa, to će biti jače anksiozna.

Odgovarajući na drugi istraživački problem, rezultati pokazuju kako stres i percipirana socijalna podrška objašnjavaju 71% varijance depresivnosti, dok se aleksitimija, doživljaj težine bolesti i njezino trajanje nisu pokazali kao statistički značajni prediktori. Dakle, što osoba oboljela od kronične kožne bolesti doživljava jači stres te manju socijalnu podršku, to će biti jače depresivna.

Literatura

- Aksoy, B., Altaykan-Hapa, A., Egemen, D., Karagöz, F. i Atakan, N. (2010). The impact of rosacea on quality of life: effects of demographic and clinical characteristics and various treatment modalities. *British Journal of Dermatology*, 163(4), 719-725.
- All Party Parliamentary Group on Skin (2013). *The psychological and social impact of skin diseases on people's lives*. <https://www.appgs.co.uk/publication/the-psychological-and-social-impact-of-skin-diseases-on-peoples-lives-final-report-2013/>.
- Andersen, L. K. i Davis, M. D. (2016). Sex differences in the incidence of skin and skin-related diseases in Olmsted County, Minnesota, United States, and a comparison with other rates published worldwide. *International journal of dermatology*, 55(9), 939–955.
- Araviiskaia, E., Berardesca, E., Bieber, T., Gontijo, G., Sanchez Viera, M., Marrot, L., Chuberre, B. i Dreno, B. (2019). The impact of airborne pollution on skin. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 33(8), 1496-1505.
- Armstrong, A., Jarvis, S., Boehncke, W. H., Rajagopalan, M., Fernández-Peñas, P., Romiti, R., Bewley, A., Vaid, B., Huneault, L., Fox, T., Sodha, M. i Warren, R. B. (2018). Patient perceptions of clear/almost clear skin in moderate-to-severe plaque psoriasis: results of the Clear About Psoriasis worldwide survey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 32(12), 2200-2207.
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A. i Taylor, G. J. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale – I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1), 23-32.
- Begić, D. (2016). *Psihopatologija*. Medicinska naklada.
- Bernell, S., i Howard, S. W. (2016). Use your words carefully: what is a chronic disease? *Frontiers in public health*, 4, 159. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00159>.

- Buljan, D., Šitum, M., Buljan, M. i Vurnek Živković, M. (2008). *Psihodermatologija*. Naklada Slap.
- Cattell, R. B. (1966). Patterns of change: measurement in relation to state-dimension, trait change, lability, and process concepts. U: R. B. Cattell (Ur.) *Handbook of Multivariate Experimental Psychology* (str. 355-402). Rand McNally.
- Cömert, A., Akbaş, B., Kılıç, E. Z., Akın, Ö., Gökçe, E., Göktuna, Z. i Taşkapan, O. (2013). Psychiatric comorbidities and alexithymia in patients with seborrheic dermatitis: a questionnaire study in Turkey. *American Journal of Clinical Dermatology*, *14*(4), 335-342.
- Cutrona, C. E. i Russell, D. W. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress. *Advances in Personal Relationships*, *1*, 37-67.
- Dalgard, F. J., Gieler, U., Tomas-Aragones, L., Lien, L., Poot, F., Jemec, G. B. E., Misery, L., Szabo, C., Linder, D., Sampogna, F., Evers, A. W. M., Anders Halvorsen, J., Balieva, F., Szepietowski, J., Romanov, D. Marron, S. E., Altunay, I. K., Finlay, A. Y., Salek, S. S. i Kupfer, J. (2015). The Psychological burden of skin diseases: a cross-sectional multicenter study among dermatological outpatients in 13 European countries. *Journal of Investigative Dermatology*, *135*(4), 984 – 991.
- Davison, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog doživljavanja i ponašanja*. Naklada Slap.
- Dehghani, F., Dehghani, F., Kafaie, P. i Taghizadeh, M.R. (2017). Alexithymia in different dermatologic patients. *Asian Journal of Psychiatry*, *25*, 42-45.
- Dubertret, L., Mrowietz, U., Ranki, A., van de Kerkof, P. C. M., Chimenti, S., Lotti, T. i Schäfer, G. (2006). European patient perspectives on the impact of psoriasis: the EUROPSO patient membership survey. *British Journal of Dermatology*, *155*(4), 729-736.
- Endler, N. S. (1997). Stress, anxiety and coping: the multidimensional interaction model. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, *38*(3), 136–153.

- Evers, A. W. M., Lu, Y., Duller, P., van der Valk, P. G. M., Kraaimaat, F. W. i van de Kerkhof, P. C. M. (2005). Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*, 152(6), 1275-1281.
- Evers, A. W. M., Schut, C., Gieler, U., Spillekom-van Koulil, S. i van Beugen, S. (2016). Itch management: psychotherapeutic approach. *Current Problems in Dermatology*, 50, 64-70.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. SAGE Publications Ltd.
- Filaković, P., Biljan, D. i Petek, A. (2008). Depresija u oboljelih od psorijaze. *Medicinski Vjesnik*, 40(1-4), 25-30.
- Fino, P., di Taranto, G., Pierro, A., Kacjulite, J., Codolini, L., Onesti, M. G., Toscani, M. i Tarallo, M. (2019). Depression risk among patients with chronic wounds. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23(10), 4310-4312.
- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S., Jones, D., Spiegelhalter, D. i Cox, D. (1992). Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*, 305(6861), 1074-1077.
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Griffiths, C. E. M. i Main, C. J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41(2), 151-174.
- Furlan, I., Kljaić, S., Kolesarić, V., Krizmanić, M., Petz, B., Szabo, S. i Šverko, B. (2005). *Psihologijski rječnik* (B. Petz, Ur.). Naklada Slap.
- Golics, C. J., Basra, M. K., Finlay, A. Y. i Salek, M. S. (2009). Adolescents with skin disease have specific quality of life issues. *Dermatology*, 218(4), 357-366.
- Gottlieb, A. B., Ryan, C. i Murase, J. E. (2019). Clinical considerations for the management of psoriasis in women. *International Journal of Women's Dermatology*, 5(3), 141-150.

- Grandfield, T., Thompson, A. R. i Turpin, G. (2005). An attitudinal study of responses to a range of dermatological conditions using the Implicit Attitudes Association Test. *Journal of Health Psychology, 10(6)*, 821-829.
- Gregurek, R. (2011). *Psihološka medicina*. Medicinska naklada.
- Grob, J. J., Revuz, J., Ortonne, J. P., Auquier, P. i Lorette, G. (2005). Comparative study of the impact of chronic urticaria, psoriasis and atopic dermatitis on the quality of life. *British Journal of Dermatology, 152(2)*, 289-295.
- Gupta, M. A. i Gupta, A. K. (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *American Journal of Clinical Dermatology, 4(12)*, 833-842.
- Gupta, M. A., Gupta, A. K., Ellis, C. N., i Koblenzer, C. S. (2005). Psychiatric evaluation of the dermatology patient. *Dermatologic Clinics, 23(4)*, 591–599.
- Hann, D., Baker, F., Denniston, M., Gesme, D., Reding, D., Flynn, T., Kennedy, J. i Kieltyka, R. L. (2002). The influence of social support on depressive symptoms in cancer patients: age and gender differences. *Journal of Psychosomatic Research, 52(5)*, 279-283.
- Havelka, M. (1995). *Zdravstvena psihologija*. Medicinski fakultet.
- Henry, J. D. i Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non clinical sample. *British Journal of Clinical Psychology, 44(2)*, 227–239.
- Herbert, O. C., Barnetson, R. S., Weninger, W., Krämer, U., Behrendt, H. i Ring, J. (2009). Western lifestyle and increased prevalence of atopic diseases: an example from a small Papua New Guinean island. *World Allergy Organ Journal, 2(7)*, 130-137.
- Kennedy, S., Kiecolt-Glaser, J. K. i Glaser, R. (1990). Social support, stress, and the immune system. U: Sarason, B. R., Sarason, I. G. i Pierce, G. R. (Ur.), *Social support: An interactional view* (str. 253-266). John Wiley & Sons.

- Kapp, S., Miller, C. i Santamaria, N. (2017). The quality of life of people who have chronic wounds and who self-treat. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1-2), 182-192.
- Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52-54.
- Koblentzer, C. S. (1983). Psychosomatic concepts in dermatology. a dermatologist-psychoanalyst's viewpoint. *Archives of Dermatology*, 119(6), 501-512.
- Kurd, S. K., Troxel, A. B., Crits-Christoph, P. i Gelfand, J. M. (2010). The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study. *Archives of Dermatology*, 146(8), 891–895.
- Lazarus, R. S. (1996). *Psychosocial Stress and the Coping Process*. McGraw-Hill.
- Lesuis, N., Befrits, R., Nyberg, F. i van Vollenhoven, R. F. (2012). Gender and the treatment of immune-mediated chronic inflammatory diseases: rheumatoid arthritis, inflammatory bowel disease and psoriasis: an observational study. *BMC Medicine*, 10, 82-90.
- Lugović-Mihić, L., Ljubešić, L., Mihić, J., Vuković-Cvetković, V., Troškot, N. i Šitum, M. (2013). Psychoneuroimmunologic aspects of skin diseases. *Acta Clinica Croatica*, 52(3), 337-345.
- Lipozenčić, J. i Pašić, A. (2000). Najčešće kronične dermatoze i njihov utjecaj na kvalitetu života. *Medicus*, 9(1), 17-23.
- Lovibond, P. F., i Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343.
- Maksimović, N., Janković, S., Marinković, J., Sekulović, L.K., Živković, Z. i Spirić, V. T. (2012). Health-related quality of life in patients with atopic dermatitis. *Journal of Dermatology*, 39(1), 42-47.

- McDonough, E., Ayearst, R., Eder, L., Chandran, V., Rosen, C. F., Thavaneswaran, A. i Gladman, D. D. (2014). Depression and anxiety in psoriatic disease: prevalence and associated factors. *The Journal of Rheumatology*, 41(5), 887–896.
- Nekić, M. (2006). *Socijalna i emocionalna usamljenost u adolescenciji: uloga osobina ličnosti, privrženosti, socijalnih zaliha i socijalnih strategija*. [Neobjavljeni magistarski rad]. Odsjek za psihologiju Filozofskog fakulteta u Zagrebu.
- Niemeier, V., Kupfer, J., Demmelbauer-Ebner, M., Stangier, U., Effendy, I. i Gieler, U. (1998). Coping with acne vulgaris. Evaluation of the chronic skin disorder questionnaire in patients with acne. *Dermatology*, 196(1), 108-115.
- Nürnberg, W., Wehrmann, J. i Breuer, K. (2011). Dermatological rehabilitation. *Journal of the German Society of Dermatology*, 9(7), 544-552.
- Oztuna, D., Elhan, A. H. i Tuccar, E. (2006). Investigation of four different normality tests in terms of type 1 error rate and power under different distributions. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 36(3), 171-176.
- Paul, R. K. (2006). Multicollinearity: Causes, effects and remedies. *IASRI, New Delhi*, 1(1), 58-65.
- Peat, J. i Barton, B. (2005). *Medical statistics: a guide to data analysis and critical appraisal*. Blackwell Publishing.
- Peters, E. M. (2016). Stressed skin? - a molecular psychosomatic update on stress-causes and effects in dermatologic diseases. *Journal der Deutsche Dermatologische Gesellschaft*, 14(3), 233-252.
- Picardi, A., Abeni, D., Melchi, C. F., Puddu, P. i Pasquini, P. (2000). Psychiatric morbidity in dermatological outpatients: an issue to be recognized. *British Journal of Dermatology*, 143(5), 983-991.
- Radat, F., Mekies, C., Géraud, G., Valade, D., Vivès, E., Lucas, C., Joubert, J. M. i Lantéri-Minet, M. (2008). Anxiety, stress and coping behaviours in primary care migraine patients: results of the SMILE study. *Cephalgia*, 28(11), 1115-1125.

- Salminen, J. K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T. i Kauhanen, J. (1999). Prevalence of alexithymia and its association with sociodemographic variables in the general population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75-82.
- Sonthalia, S., Sahaya, K., Arora, R., Singal, A., Srivastava, A., Wadhawan, R., Zartab, H. i Gupta, K. S. (2015). Nocebo effect in dermatology. *Indian Journal of Dermatology, Venereology, and Leprology*, 81(3), 242-250.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M. i Parker, J. D. A. (1997). *Disorders of affect regulation : alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press.
- Thode, H. J. (2002). *Testing for normality*. Marcel Dekker.
- Thompson, A. R. (2011). Body image issues in dermatology. U: T. F. Cash. i L. Smolak (Ur.), *Body Image: a handbook of science, practice, and prevention* (str. 323-332). The Guilford Press.
- Verhoeven, E. W. M., Kraaimaat, F. W., van de Kerkof, P. C. M., van Weel, C., van der Valk, P. G. M., van den Hoogen, H. J. M., Bor, J. H. J., Schers, H. J. i Evers, A. W. M. (2007). Prevalence of physical symptoms of itch, pain and fatigue in patients with skin diseases in general practice. *British Journal of Dermatology*, 156(6), 1346-1349.
- Vévodová, Š., Havelka, F., Vévoda, J. i Grygová, B. (2019). Psoriasis – the impact on an individual's mental state and quality of life. *Journal of Applied Health Sciences*, 5(2), 187-195.
- World Health Organization (2001). *The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>.

Prilozi

Prilog A

Upitnik doživljaja težine bolesti

Ovim upitnikom želimo saznati kako Vam je imati kroničnu kožnu bolest. Zanima nas kakve tjelesne simptome imate, kako to utječe na Vašu sliku o sebi, svakodnevne aktivnosti i odnose s drugim ljudima. Molimo Vas da za svaku tvrdnju označite **KOLIKO JAKO** ste **U PROTEKLIH MJESEC DANA** osjećali navedene teškoće povezane s činjenicom da imate kroničnu kožnu bolest.

To što imam kroničnu kožnu bolest **u proteklih mjesec dana** izazivalo mi je:

	Nimalo	Blago	Umjereno	Jako	Neizdrživo
1. Bol					
2. Svrbež					
3. Peckanje					
4. Osjetljivost kože					
5. Sram					
6. Tugu					
7. Ljutnju					
8. Brigu					
9. Teškoće pri odabiru odjeće					
10. Teškoće pri obavljanju posla i/ili učenju					
11. Teškoće u izvođenju aktivnosti povezanih s drugim ljudima (npr. odlazak na kavu, koncert ili večeru, volontiranje, grupne sportske aktivnosti i sl.)					
12. Teškoće u izvođenju slobodnih aktivnosti (npr. Vježbanje, čitanje, bavljenje glazbom i sl.)					
13. Teškoće pri kupanju u moru, jezeru, rijeci, bazenu					
14. Probleme u odnosima s bližnjima (s partnerom, obitelji, bliskim prijateljima, kolegama na poslu)					
15. Seksualne teškoće					
16. Probleme sa spavanjem					

Prilog B

Prikaz rezultata eksploracijske faktorske analize provedene nad Upitnikom doživljaja težine bolesti

Korelacijska matrica manifestnih varijabli pokazala se pogodna za faktorsku analizu ($KMO = .89$, χ^2 (df=120, N=128) = 1269.57; $p < .01$). Provedena je faktorska analiza nad manifestnim varijablama kojom je objašnjeno 59.97% varijance teškoća u svakodnevnom funkcioniranju, tjelesnih simptoma i doživljenih emocija.

Tablica 4.

Matrica faktorskog obrasca za varijable Upitnika doživljaja težine bolesti dobivena metodom zajedničkih faktora uz oblimin rotaciju (N=128)

	Faktori		
	Svakodnevno funkcioniranje	Tjelesni simptomi	Doživljene emocije
Bol	.25	.51	-.04
Svrbež	-.11	.85	-.05
Peckanje	.05	.76	-.05
Osjetljivost kože	-.05	.55	.28
Sram	.24	-.09	.62
Tugu	-.07	.02	1.01
Ljutnju	.12	.11	.62
Brigu	.03	-.04	.78
Teškoće pri odabiru odjeće	.34	.23	.28
Teškoće pri obavljanju posla i/ili pri učenju	.56	.26	.13
Teškoće u izvođenju aktivnosti povezanih s drugim ljudima	.75	-.11	.22
Teškoće u izvođenju slobodnih aktivnosti	.86	-.06	.05
Teškoće pri kupanju	.66	.06	.07
Problemi u odnosima s bližnjima	.67	.00	.16
Seksualne teškoće	.78	-.02	-.12
Problemi sa spavanjem	.75	.23	-.12

Tablica 5.

Matrica faktorske strukture za varijable Upitnika doživljaja težine bolesti dobivena metodom zajedničkih faktora uz oblimin rotaciju (N=128)

	Faktori		
	Svakodnevno funkcioniranje	Tjelesni simptomi	Doživljene emocije
Bol	.42	.59	.26
Svrbež	.18	.79	.13
Peckanje	.30	.76	.20
Osjetljivost kože	.33	.61	.41
Sram	.59	.18	.74
Tugu	.55	.28	.97
Ljutnju	.54	.33	.72
Brigu	.49	.19	.79
Teškoće pri odabiru odjeće	.60	.44	.56
Teškoće pri obavljanju posla i/ili pri učenju	.74	.51	.55
Teškoće u izvođenju aktivnosti povezanih s drugim ljudima	.84	.23	.65
Teškoće u izvođenju slobodnih aktivnosti	.86	.28	.56
Teškoće pri kupanju	.72	.33	.49
Problemi u odnosima s bližnjima	.77	.30	.57
Seksualne teškoće	.70	.24	.35
Problemi sa spavanjem	.71	.60	.49

Tablica 6.

Korelacijska matrica faktora dobivenih metodom zajedničkih faktora uz oblimin rotaciju (N=128)

	1.	2.	3.
1. Teškoće u svakodnevnom funkcioniranju	1	.38	.61
2. Tjelesni simptomi		1	.29
3. Doživljene emocije			1

U svrhu određivanja faktora drugog reda provedena je faktorska analiza nad ekstrahiranim faktorima. Korelacijska matrica manifestnih varijabli pokazala se pogodna za faktorsku analizu ($KMO = .61$, χ^2 (df=3, N=128) = 95.41; $p < .01$). Faktorskom analizom je objašnjeno 52.26% varijance doživljaja težine bolesti.

Tablica 7.

Matrica faktorskog sklopa za faktor drugog reda Upitnika doživljaja težine bolesti (N=128)

	Doživljaj težine bolesti
1. Teškoće u svakodnevnom funkcioniranju	.93
2. Tjelesni simptomi	.46
3. Doživljene emocije	.70

Prilog C

Ljestvica depresivnosti, anksioznosti i stresa (eng. Depression Anxiety Stress Scales; DASS-21; Lovibond i Lovibond, 1995)

Molimo Vas da za svaku tvrdnju zaokružite broj u stupcu koji najbolje opisuje kako ste se osjećali u zadnjih tjedan dana.

1. Bilo mi je teško smiriti se.	0	1	2	3
2. Sušila su mi se usta.	0	1	2	3
3. Uopće nisam mogao/la doživjeti neki pozitivan osjećaj.	0	1	2	3
4. Doživio/jela sam teškoće s disanjem (npr. ubrzano disanje, gubitak daha bez tjelesnog napora).	0	1	2	3
5. Bilo mi je teško započeti aktivnosti.	0	1	2	3
6. Bio/la sam sklon/a pretjeranim reakcijama na događaje.	0	1	2	3
7. Doživljavao/la sam drhtanje (npr. u rukama).	0	1	2	3
8. Osjećao/la sam se jako nervozno.	0	1	2	3
9. Zabrinjavale su me situacije u kojima bih mogao/la paničariti ili se osramotiti.	0	1	2	3
10. Osjetio/la sam kao da se nemam čemu radovati.	0	1	2	3
11. Osjetio/la sam da postajem uznemirena.	0	1	2	3
12. Bilo mi je teško opustiti se.	0	1	2	3
13. Bio/la sam potišten/a i tužan/a.	0	1	2	3
14. Nisam podnosio/la da me išta ometa u onome što sam radila.	0	1	2	3
15. Osjetio/la sam da sam blizu panici.	0	1	2	3
16. Ništa me nije moglo oduševiti.	0	1	2	3
17. Osjetio/la sam da ne vrijedim mnogo kao osoba.	0	1	2	3
18. Događalo mi se da sam bio/la prilično osjetljiva.	0	1	2	3
19. Bio/la sam svjesna rada svog srca bez tjelesnog napora (npr. osjećaj preskakanja i ubrzanog rada srca).	0	1	2	3
20. Bio/la sam uplašena bez opravdanog razloga.	0	1	2	3
21. Osjetio/la sam kao da život nema smisla.	0	1	2	3

Pripadajući opisi ponuđenih odgovora:

0 - Uopće se nije odnosilo na mene

1 - Odnosilo se na mene u određenoj mjeri ili neko vrijeme.

2 - Odnosilo se na mene u većoj mjeri ili dobar dio vremena.

3 - Gotovo u potpunosti ili većinu vremena se odnosilo na mene.

Prilog D

Ljestvica socijalnih zaliha (eng. Social Provisions Scale; Cutrona i Russel, 1987)

Pred Vama se nalaze tvrdnje koje opisuju Vaš odnos s drugima. Odgovarajući na sljedeća pitanja molimo Vas da promislite o Vašim trenutnim odnosima s prijateljima, majkom, ocem, kolegama, itd. Molimo Vas da nakon što pročitate svaku tvrdnju *zaokružite broj koji označava koliko se slažete s pojedinom tvrdnjom.*

Uz svaku tvrdnju nalaze se brojevi od 1 do 4 koji označuju:

1	2	3	4
U potpunosti se NE slažem	NE slažem se	Slažem se	U potpunosti se slažem
1. Postoje osobe na koje se mogu osloniti kada mi je potrebno.			1 2 3 4
2. Osjećam da nemam bliske odnose s drugima.			1 2 3 4
3. Ne postoji nitko kome se mogu obratiti za savjet kad sam pod stresom.			1 2 3 4
4. Postoje osobe koje se mogu osloniti na moju pomoć.			1 2 3 4
5. Postoje osobe koje uživaju u istim aktivnostima kao i ja.			1 2 3 4
6. Drugi misle da nisam kompetentna osoba.			1 2 3 4
7. Osjećam se osobno odgovornim za dobrobit druge osobe.			1 2 3 4
8. Osjećam se dijelom grupe ljudi koji dijele moje stavove i mišljenja.			1 2 3 4
9. Mislim da drugi ne cijene moje vještine i sposobnosti.			1 2 3 4
10. Ako nešto krene po zlu nitko mi neće pomoći.			1 2 3 4
11. Imam blisku vezu koja mi puža osjećaj emocionalne sigurnosti i dobrobiti.			1 2 3 4
12. Postoji netko s kim mogu razgovarati o važnim odlukama u svom životu.			1 2 3 4
13. Drugi prepoznaju moje vještine i sposobnosti.			1 2 3 4
14. Ne postoji nitko tko dijeli moje interese i brige.			1 2 3 4
15. Zapravo ne postoji nitko čijoj dobrobiti ja doprinosim.			1 2 3 4
16. Postoji osoba za koju vjerujem da joj se mogu obratiti za savjet kad imam neki problem.			1 2 3 4
17. Osjećam jaku emocionalnu povezanost s bar jednom osobom.			1 2 3 4

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 18. Ne postoji nitko na koga se mogu osloniti kad mi je to zaista potrebno. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Nemam nikoga s kim bi se osjećao ugodno kad pričam o svojim problemima. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Postoje osobe koje cijene moje talente i sposobnosti. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Nedostaje mi osjećaj bliskosti s drugom osobom. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Ne postoji nitko kome se sviđaju aktivnosti kojima se ja bavim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Postoje osobe na koje mogu računati u slučaju nužde. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Nitko me ne treba da brinem o njemu. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Prilog E

Torontska Ljestvica Aleksitimije (eng. Toronto Alexithymia Scale; TAS-20; Bagby i sur., 1994)

Molimo Vas da pažljivo pročitate sljedeće tvrdnje. Uz svaku navedenu tvrdnju zaokružite jedan od pet predloženih odgovora, i to onaj koji najbolje opisuje Vaše osjećaje. Predloženi odgovori su:

	1	2	3	4	5
	Uopće se ne slažem	Umjereno se ne slažem	Niti se slažem niti se ne slažem	Umjereno se slažem	Potpuno se slažem
1. Često ne znam što točno osjećam.				1 2 3	4 5
2. Teško pronalazim prave riječi za svoje osjećaje.				1 2 3	4 5
3. Ono što osjećam u svome tijelu ni liječnici ne razumiju.				1 2 3	4 5
4. Lako opisujem svoje osjećaje.				1 2 3	4 5
5. Više volim proučiti problem, nego li ga opisati.				1 2 3	4 5
6. Kad sam uzrujana, ne znam jesam li tužan/na, uplašen/a ili ljut/a.				1 2 3	4 5
7. Često mi je zagonetno što osjećam u svome tijelu.				1 2 3	4 5
8. Radije pustim da se stvari dogode, nego da razmišljam zašto su tako ispale.				1 2 3	4 5
9. Osjećam nešto što ne mogu prepoznati.				1 2 3	4 5
10. Smatram važnim biti u kontaktu sa svojim osjećajima.				1 2 3	4 5
11. Teško opisujem što osjećam prema ljudima.				1 2 3	4 5
12. Ljudi mi govore da bih trebala više opisivati ono što osjećam.				1 2 3	4 5
13. Ne znam što se zbiva u meni.				1 2 3	4 5
14. Često ne znam zašto sam ljut/a.				1 2 3	4 5
15. Radije pričam s ljudima o onome što rade, nego li onome što osjećaju.				1 2 3	4 5
16. Radije ću pogledati neku zabavnu emisiju, nego li psihološku dramu.				1 2 3	4 5
17. Ono što osjećam duboko u sebi teško mi je otkriti i bliskim prijateljima.				1 2 3	4 5
18. Mogu se i u šutnji osjećati bliska s nekim.				1 2 3	4 5
19. Razmišljanje o svojim osjećajima smatram korisnim u rješavanju osobnih problema.				1 2 3	4 5
20. Traženje skrivenih poruka u kazališnim predstavama i filmovima ometa me u uživanju u njima..				1 2 3	4 5