

**UNIVERZITET U SARAJEVU**  
**FILOZOFSKI FAKULTET**  
**ODSJEK ZA PSIHOLOGIJU**

**PSIHOLOŠKI ASPEKTI PRILAGODBE I KVALITETE ŽIVOTA OSOBA  
SA REUMATOIDNIM ARTRITISOM**

Završni magistarski rad

**MENTORICA:**

**prof. dr. Enedina Hasanbegović-Anić**

**STUDENTICA:**

**Berina Selimović**

Sarajevo, 2023. godine

*Pisanje ovog rada za mene je bio iznimno značajan i poseban put sopstvenog rasta i upoznavanja sebe. Na njemu sam pronašla mnoge odgovore koje ću šapnuti malenoj sebi, a hrabro prenijeti budućoj sebi da me vode kroz sve životne izazove. Neka svi ovi odgovori budu makar djelić mog doprinosa za podršku i očuvanje mentalnog zdravlja svim osobama koje se hrabro bore sa oboljenjem naziva reumatoidni artritis. Ovaj rad namijenjen je svima Vama, kao i Vašim porodicama, okruženju i pomagačima.*

*Riječi zahvale upućujem svojoj mentorici prof.dr. Enedini Hasanbegović – Anić za svu motivaciju, podršku, ideje, mnogobrojne savjete i izuzetno posvećen rad.*

*Posebno hvala dugujem svojim roditeljima i bratu koji su bili moja posebna podrška, snaga i motivacija tokom cjelokupnog školovanja i rasta, moj vjetar u leđa, koji nikada nisu sumnjali u mene i moje odluke i koji zajedno sa mnom žive moje snove i ciljeve. Hvala mojoj porodici i prijateljima koji su uvijek bili tu za mene, bili moja podrška i vjerovali u sve ono što jesam i što trebam postati.*

*Za kraj, hvala mom voljenom Sulejmanu što je moja najveća snaga i sigurna luka, što mi nikada nije dopustio da odustanem, što je osoba sa kojom svakog dana iznova rastem i što je vjerovao u mene i onda kada se činilo nemogućim.*

*Ovaj rad posvećujem upravo ovim osobama, koje su sa mnom prolazile kroz najveće životne izazove, ali i onima koji će kroz njih sa mnom čvrsto koračati u budućnosti.*

*Zauvijek zahvalna,*

*Vaša Berina.*

## **SAŽETAK**

Cilj ovog rada je pružiti sveobuhvatan prikaz naučnih spoznaja o utjecaju reumatoidnog artritisa na kvalitet života, mentalno zdravlje i prilagodbu oboljelih. Reumatoidni artritis (RA) je hronična autoimuna bolest čijom pojavom dolazi do upale i oticanja zglobova, njihove ukočenosti i bola, te u kasnijim fazama i do deformacija i gubitka funkcije zglobova. S obzirom na to, osobe sa RA suočavaju se sa ograničenjima u svakodnevnim aktivnostima i narušenim socijalnim i emocionalnim funkcionisanjem, što može značajno utjecati na njihovu kvalitetu života. U ovom radu su opisana tri različita aspekta djelovanja RA na kvalitet života: psihološki, fizički i socijalni, kao i faktori koji usmjeravaju održavanje mentalnog zdravlja oboljelih. Također, rad pruža značajne uvide u strategije suočavanja i modele prilagodbe na RA. U cilju što efikasnijeg očuvanja psihičkog blagostanja osoba oboljelih od RA, veoma je važno poznavati djelovanje aktivnih i pasivnih strategija suočavanja, kao i različitosti modela prilagodbe. Navedene spoznaje mogu ponuditi smjernice za pružanje podrške, pomoći i samopomoći oboljelima, te proširiti znanja stručnjaka iz područja mentalnog zdravlja (psihologa, psihijatara i psihoterapeuta) u cilju očuvanja zdravlja oboljelih od RA.

**Ključne riječi:** reumatoidni artritis, kvalitet života, mentalno zdravlje, suočavanje, prilagodba

## SADRŽAJ

1. UVOD .....	1
2. REUMATOIDNI ARTRITIS: OSNOVNE ZNAČAJKE I KLINIČKE KARAKTERISTIKE	4
3. UTJECAJ REUMATOIDNOG ARTRITISA NA KVALITETU ŽIVOTA OBOLJELIH.....	7
3.1. Psihološki aspekt.....	9
3.1.1. Reumatoidni artritis i mentalno zdravlje.....	9
3.1.2. Psihološki faktori kao medijatori u odnosu između reumatoidnog artritisa i psihološkog blagostanja .....	13
3.2. Fizički aspekt .....	16
3.3. Socijalni aspekt .....	18
4. MODELI PRILAGODBE NA REUMATOIDNI ARTRITIS .....	21
4.1. Biomedicinski model .....	22
4.2. Psihološki model .....	23
4.2.1. Kognitivna prilagodba .....	23
4.2.2. Paradigma stresa i suočavanja .....	24
4.2.3. Uloga osobina ličnosti u prilagodbi .....	24
4.3. Biopsihosocijalni model.....	25
5. ZAKLJUČCI.....	26
6. LITERATURA.....	28

## 1. UVOD

Prema *World Health Organization* (2020) zdravlje je stanje potpunog tjelesnog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti. Poznato je da hronična oboljenja, ona koja nastaju kombinacijom raznih faktora i traju dugo, zbog svog djelovanja narušavaju cjelokupnu zdravstvenu sliku oboljelih. Utjecaj hroničnih bolesti na kvalitet života i mentalno zdravlje oboljelih tema je vrijedna istraživanja. Saznanja o utjecaju hroničnih bolesti na mnogobrojne segmente života i načine prilagođavanja u mnogočemu mogu doprinijeti poboljšanju psihosocijalne podrške oboljelima. Jedno od najkompleksnijih hroničnih sistemskih oboljenja jeste reumatoidni artritis.

Reumatoidni artritis (RA) je hronična autoimuna bolest koja uključuje upalu i ukočenost zglobova te uzrokuje bol različitog intenziteta i trajanja (Anić i Babić-Naglić, 2008). S obzirom da je smjenjivanje razdoblja remisije i pogoršanja bolesti veoma karakteristično te da su bolovi intenzivni i iznenadni, može se zaključiti da su oboljeli vrlo često izloženi velikom broju stresora. Kada su napadi bola redoviti ili dugotrajni, često dolazi do deformiteta, te gubitka funkcionalne i radne sposobnosti kod oboljelih. Epidemiološki podaci o potrebi za rehabilitacijom Svjetske zdravstvene organizacije, *WHO Rehabilitation Need Estimator*, pokazuju da je globalna prevalencija RA u 2019. godini iznosila 15 miliona oboljelih, dok je tokom 2000. godine taj broj iznosio gotovo dvostruko manje – 8.4 miliona oboljelih (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2023). Možemo zaključiti da je prevalencija ovog oboljenja u drastičnom porastu, te da će potrebe za liječenjem i pomoći ovim pacijentima biti sve izraženije.

Pokazano je da oboljeli od RA glavnim problemom smatraju bol i umanjenu funkcionalnu sposobnost (Vuger-Kovačić i sur., 2010; prema Martinec, Pinjatela i Balen, 2019), te da im je, pored učestalih tjelesnih poteškoća, često otežano obavljanje svakodnevnih aktivnosti, kako u privatnom, tako i u poslovnom aspektu života. Bol, pogoršanje bolesti, tjelesna invalidnost i problemi u socijalnom okruženju neki su od faktora koji utječu na psihološko blagostanje oboljelih. Nadalje, intenzivne i iznenadne promjene koje doživljava veliki broj oboljelih povećavaju vjerovatnoću za razvoj problema mentalnog zdravlja, što implicira važnost uključivanja multidisciplinarnih pristupa liječenju. Tako, naprimjer, istraživanja poput Young-

ovog (1992) i Van Dyke i sur., (2004) su pokazala da osobe s reumatoidnim artritismom imaju povećan rizik od razvoja anksioznosti, depresije i drugih mentalnih poremećaja. Također, važno je istaći da individualni odgovori na suočavanje sa svime što sa sobom nosi oboljenje poput RA igraju važnu ulogu u prilagodbi oboljelih. Rezultati istraživanja o stresu i suočavanju oboljelih od RA pokazuju da je veći stepen pozitivnih afektivnih stanja povezan sa kognitivnim strategijama mijenjanja percepcije bolesti kao mogućnosti za osobni rast (Felton, Revenson i Hinrichsen, 1984).

Od velikog značaja za prilagodbu oboljelih jeste i socijalna podrška okoline. Važno je prepoznati i osigurati odgovarajuću socijalnu podršku kako bi se pacijenti osjećali podržano, emocionalno stabilno i sposobno nositi se s izazovima koje bolest donosi. Osobe koje dobijaju adekvatnu socijalnu podršku iz svoje društvene mreže vjerojatno će se lakše nositi s posljedicama hronične bolesti u usporedbi s osobama koje nemaju takvu podršku.

Zaključno, oboljeli od RA uz sve fizičke promjene i simptome bolesti prolaze i kroz promjene u pogledu psihološkog blagostanja, kvalitete života i načina prilagodbe na oboljenje. Važno je spomenuti da način na koji se pacijenti suočavaju sa bolom može biti važan za njihovu prilagodbu neovisno o intenzitetu bola i stepenu invaliditeta (Brown, Nicassio i Wallston, 1989). Na osnovu svega navedenog, RA kao hronična autoimuna bolest zasigurno može izazvati intenzivne promjene zdravstvene slike oboljelih, što može negativno utjecati na kvalitetu života i dobrobit oboljelih, u čemu vidimo potrebu za psihološkim intervencijama i osvještavanjem javnosti. Razumijevanje ovih aspekata je ključno za pružanje cjelovite skrbi oboljelima kao i sam razvoj intervencija i pristupa koji će poboljšati njihovu dobrobit i kvalitetu života.

Cilj ovog rada jeste pružiti sveobuhvatan prikaz naučnih spoznaja o utjecaju reumatoidnog artritisa na kvalitet života, mentalno zdravlje i prilagodbu oboljelih te ponuditi osnove za kreiranje smjernica za pružanje podrške, pomoći i samopomoći oboljelima. U skladu sa ciljem, a na osnovu teorijskih i empirijskih spoznaja iz ovog područja, u radu će se nastojati odgovoriti na sljedeća pitanja:

1. Šta je to reumatoidni artritis i na koji način utječe na kvalitetu života oboljelih?
2. Na koji način reumatoidni artritis utječe na mentalno zdravlje oboljelih?
3. Koji su to obrasci suočavanja koje koriste oboljeli od RA?
4. Koji modeli prilagodbe karakterišu osobe sa RA?

## **2. REUMATOIDNI ARTRITIS: OSNOVNE ZNAČAJKE I KLINIČKE KARAKTERISTIKE**

Reumatoidni artritis je hronično sistemsko oboljenje čiji je uzrok nepoznat. Imunološki sistem karakteristično zahvaća periferne zglobove i slojeve oko njih zbog čega dolazi do uništavanja hrskavice i koštanih erozija, a bolest može zahvatiti i ostala tkiva i organe u tijelu. Pojavom ovog hroničnog oboljenja dolazi do upale i oticanja zglobova, njihove ukočenosti i bola, te u kasnijim fazama i do deformacija i gubitka funkcije zglobova (Anić i Babić-Naglić, 2008).

Učestalost ove bolesti u općoj populaciji iznosi 1 do 3%, ali ta stopa raste iz godine u godinu (Lawrence i sur., 1989; prema Young 1992). Istraživanje o povećanom broju oboljelih od RA pokazuje da je incidencija ovog oboljenja pokazala sličan porast u svim dobnim skupinama, dok je posebno značajan rast primijećen kod žena u razdoblju od 1995. do 2007. godine (Myasoedova, Crowson, Kremers i sur., 2010). Žene oboljevaju od ove bolesti dva do tri puta češće nego muškarci, ali razlike između spolova smanjuju se u starijoj dobi (Anić i Babić-Naglić, 2008). Prema Studiji o globalnom teretu bolesti iz 2010. godine, procijenjena svjetska prevalencija RA iznosi od 0,24 – 1% te se na globalnom nivou smatra 42. najčešćim uzrokom invalidnosti među 291 proučavanim stanjem (Cross, Smith, Hoy i sur., 2014).

Uzrok ovog oboljenja je suštinski nepoznat, međutim pretpostavlja se da je posljedica zajedničkog djelovanja genetskih faktora izmijenjenog imunološkog odgovora te artritogenih faktora. Dosadašnje spoznaje ukazuju na ulogu određenih gena u razvoju RA, ali veoma bitan faktor za početak bolesti jeste tzv. "okidač" koji pokreće njen razvoj. Samim tim, RA može nastati kao posljedica imunološkog odgovora na neku infektivnu aktivaciju, bilo virusnu ili bakterijsku (Anić i Babić-Naglić, 2008). Također, hormonalne promjene koje se dešavaju kod žena tokom trudnoće, dojenja ili upotrebe kontraceptiva mogu djelovati kao okidač (Mahan i Escott-Stump, 2008; prema Brčić. 2017).

Klinička slika ovog oboljenja razlikuje opće simptome, te zglobna i vanzglobna pojavljivanja. Karakteristično manifestovanje oboljenja na zahvaćene zglobove ogleda se kroz jutarnju zakočenost zglobova koja traje više od jednog sata i koja se potencijalno razgibavanjem povlači (Anić i Babić-Naglić, 2008). Bolovi su redoviti, vremenom postaju jači i učestaliji, te se



napredovanjem bolesti javljaju i u stanju mirovanja. Upaljena sinovijalna ovojnica zgloba se povećava, širi se unutar zgloba i postaje ujedinjena sa upalnim ćelijama, kao što su limfociti T i B, makrofagi i mastociti. Pored toga, može se javiti labavost ligamenata i tetiva jer meko tkivo biva upaljeno (Brčić, 2017). Tok pojave bolesti je karakterističan na način da se prvobitno javljaju simetrične promjene na malim zglobovima šaka i stopala. Nadalje, promjene se šire na veće zglobove kao što su ručni zglobovi, skočni zglobovi, koljena, laktovi, a na kraju na kukove i ramena (Anić i Babić-Naglić, 2008). Ukoliko je upala u veoma odmakloj fazi, može doći do stvaranja novih krvnih žila koje prodiru u hrskavicu, što rezultira deformitetima i napredovanjem fizičke onesposobljenosti (Brčić, 2017). Posljedično se javljaju otek, crvenilo, bolnost, toplina na dodir, a pokreti bivaju sve više ograničeni. Opći simptomi manifestiraju se kroz umor, malaksalost, gubitak apetita i mršanje, a često i povišenu tjelesnu temperaturu i znojenje (Anić i Babić-Naglić, 2008).

Cjelokupan tok bolesti je uglavnom hroničan i dugotrajan sa izmjenom faza egzacerbacije (pogoršanja) i remisije (slabljenja i mirovanja) bolesti. Važno je naglasiti da se u fazama mirovanja oboljenja simptomi povlače i laboratorijski nalazi normalizuju, no patološke promjene na zglobovima perzistiraju jer su ireverzibilne. Napretkom i pojačanim intenzitetom bolesti, kasnije se razvijaju deformiteti i invalidnost (Anić i Babić-Naglić, 2008).

Prema Aletaha i sur. (2010), kriteriji za klasifikaciju RA Američkog koledža za reumatologiju (ACR) iz 1987. kritikovani su zbog nedostatka osjetljivosti na rane faze bolesti. U skladu s tim, ACR i Europska liga protiv reumatizma (EULAR) poduzeli su mjere za razvijanje novog kriterija za klasifikaciju RA kod kojeg se dijagnoza uspostavlja na osnovu karakterističnih simptoma i laboratorijskih nalaza, tačnije ako bolesnik ostvaruje šest ili više bodova prema kriterijima iz Tabele 1. Novi način klasifikacije RA u fokus stavlja značajke ranih stadija bolesti, umjesto definisanja bolesti prema značajkama u kasnom stadiju. Ovaj postupak je iskorak sa velikim značajem za oboljele i tok bolesti, s obzirom da se važnost daje ranijem dijagnosticiranju koje dovodi do minimiziranja većih posljedica bolesti, ali i do pravovremenog uključivanja adekvatne terapije. Obzirom na pomenuto, upravo ovakvo ranije dijagnosticiranje potencijalno može poboljšati kvalitet života oboljelih od RA.

Tabela 1. *Novi klasifikacijski kriteriji ACR-a i EULAR-a za reumatoidni artritis*

<b>Uključenost/distribucija zglobova</b>	<b>0 – 5 bodova</b>
1 veliki zglob	0 bodova
2 – 10 velikih zglobova	1 bod
1 – 3 mala zgloba	2 boda
4-10 malih zglobova	3 boda
Više od 10 zglobova (najmanje jedan mali)	5 bodova
<b>Serologija (potreban najmanje jedan uzorak za klasifikaciju)</b>	<b>0 – 3 boda</b>
Negativan RF i negativna ACPA/CCP	0 bodova
Slabo pozitivan RF ili slabo pozitivan ACPA/CCP	2 boda
Jako pozitivan RF ili jako pozitivan ACPA/CCP	3 boda
<b>Reaktanti akutne faze</b>	<b>0 – 1 bod</b>
Normalni CRP i normalna ESR/SE	0 bodova
Povećan CRP ili ubrzana ESR/SE	1 bod
<b>Trajanje simptoma</b>	<b>0 – 1 bod</b>
Manje od 6 sedmica	0 bodova
6 ili više sedmica	1 bod

S obzirom da je RA bolest koja se ne može u potpunosti izliječiti, osnovni ciljevi uključivanja terapije jesu smanjenje bola i upale, očuvanje i popravljavanje funkcionalnosti zgloba, te u konačnici postizanje kliničke remisije. Način liječenja ovisi od aktivnosti oboljenja, intenziteta upale, dobi oboljelog, broju i lokaciji zahvaćenih zglobova te pridruženim oboljenjima. Tretman bolesti, u cilju olakšanja simptoma, može uključivati nesteroidne antiinflamatorne lijekove, analgetike i niske doze glukokortikoida (Anić i Babić-Naglić, 2008). Pored toga, koriste se još i DMARD lijekovi (engl. *Disease-modifying antirheumatic drugs* - sintetički lijekovi za modificiranje bolesti) koji imaju sposobnost antireumatskog djelovanja kroz usporavanje ili sprječavanje štete uzrokovane RA na zglobovima i unutarnjim organima. U ovu grupu lijekova ubrajaju se metotreksat, hidroksihlorokin, sulfasalazin, penicilamin te luflunomid. Također, u tretmanu RA koriste se i kortikosteroidi (prednizon, metilprednizolon i hidrokortizon) koji inhibiraju imunološki sistem i smanjuju upalu (Brčić, 2017). DMARD i kortikosteroidine terapije mogu uzrokovati niz nuspojava kod oboljelih, stoga je potrebno kontinuirano pratiti njihovo stanje. Pored svih navedenih medikamentnih terapija, u procesu oporavka često se koristi i fizikalna terapija.

### 3. UTJECAJ REUMATOIDNOG ARTRITISA NA KVALITETU ŽIVOTA OBOLJELIH

*World Health Organization* (1998) definira kvalitetu života kao percepciju pojedinca o svom položaju u životu s obzirom na kulturu i sistem vrijednosti u kojem živi, te u odnosu na svoje ciljeve, očekivanja, standarde i brige. To je širok koncept koji uključuje tjelesno zdravlje, psihološko stanje, razinu neovisnosti, društvene odnose, osobna uvjerenja i njihov odnos s istaknutim značajkama okoline. Hronična stanja, poput RA, utječu na različite aspekte života, uključujući zaposlenje, samopoštovanje, planiranje budućnosti te razvoj i održavanje interpersonalnih odnosa. Za mlađe odrasle osobe, ovi životni utjecaji mogu biti psihički iscrpljujući u većoj mjeri nego kod starijih pacijenata (Matcham i sur., 2014).

Rezultati brojnih istraživanja pokazali su da je kvalitet života značajno promijenjen kod oboljelih od RA, te da je lošiji nego kod bolesnika sa drugim hroničnim bolestima, poput hroničnog bronhitisa, bolesti srca, dijabetesa, migrene i slično (Haroon, Aggarwal, Lawrence i Misira, 2007). Glavne odrednice koje utječu na promjene u kvaliteti života su: trajanje bolesti, intenzitet bola, aktivnost bolesti, imunološki status i funkcionalna onesposobljenost (Yacooub i sur., 2012; prema Martinec, Pinjatela i Balen, 2019). U skladu sa tim, Martinec i sur. (2019) su došli do rezultata koji potvrđuju da jači doživljaj boli dovodi do lošijeg funkcionalnog stanja te da postoji negativna korelacija između intenziteta boli i emocionalog i socijalnog funkcionisanja. Pored toga, istraživanja su pokazala da je kvaliteta života oboljelih od RA smanjena ukoliko postoji povećana aktivnost bolesti ili smanjena fizička funkcija (Kwan i sur., 2014; prema Matcham i sur., 2014), te ukoliko su oboljeli izloženi lošijem socioekonomskom status, koji uključuje nezaposlenost, niži stepen obrazovanja ili slabu finansijsku situaciju (Gamal, Mahran, El Fetoh i Janbi, 2016; prema Božić, 2017).

Na pitanje zbog čega je važno mjeriti kvalitet života povezan sa zdravljem (*Health-related Quality of Life - HRQL*) postoje dva objašnjenja. Prvo, funkcionalna sposobnost i dobrobit su područja koja pacijenti smatraju najvažnijima i koja su im najpoznatija, te zbog toga mogu dati korisne uvide. Drugi razlog jeste razrješenje primijećenog fenomena da dva pacijenta sa istom kliničkom slikom često imaju različite reakcije ili odgovore na iste tretmane ili terapije (Guyatt, Fenny i Patrick, 1993).

Reumatoidni artritis utječe na brojne promjene u životima oboljelih. Pacijenti sa RA doživljavaju i hroničnu i akutnu bol kroz aktivni proces bolesti. Pored toga, važno je spomenuti da pacijenti često ispoljavaju kvalitativne razlike bola u mirovanju i bola pri kretanju (Young, 1992). Prema karakteristikama kliničke slike, možemo zaključiti da je bol kod pacijenata sa RA veoma složen fenomen koji odražava puno više od običnih fizioloških promjena. Ova hronična bolest, koja može dovesti i do invaliditeta, značajno utječe na kvalitetu života oboljelih (World Health Organization, 1992; prema Haroon, Aggarwal, Lawrence i Misira, 2007). Također, zabrinutost zbog fizičkih promjena na zglobovima, poput oticanja i deformacija, pojačana je kod osoba s RA i povezana je sa lošijom kvalitetom života (Ryan, 2014).

Bol kao svakodnevni izazov može da utječe na mnogobrojne aspekte funkcionisanja. Istraživanje o kvaliteti života osoba sa RA pokazuje da oboljeli prijavljuju osjećaj straha od odbačenosti, smanjeno raspoloženje te više razine negativnog afekta. Njihov osjećaj koherentnosti, koji se odnosi na osjećaj smisla i razumijevanja vlastite situacije, bio je slabiji u usporedbi s općom populacijom (Germano, Misajon i Cummins, 2001).

Narušena funkcionalnost u svakodnevnim životnim aktivnostima česta je posljedica RA. Pokazano je da oboljeli od RA glavnim problemom smatraju bol i smanjenu funkcionalnu sposobnost (Vuger-Kovačić i sur., 2010; prema Martinec i sur., 2019). Pored učestalih tjelesnih poteškoća, oboljelima od RA je često otežano obavljanje svakodnevnih aktivnosti, kako u privatnom, tako i u poslovnom aspektu života. Prema navodima jedne grupe autora, gotovo 60% oboljelih moralo je prekinuti posao unutar deset godina od pojave bolesti, ili čak otići u prijevremenu penziju (Young, 1992; Martinec i sur., 2019). Nadalje, smatra se da RA posljedično može dovesti i do lošijih društvenih i porodičnih odnosa te izolacije (Martinec i sur., 2019).

S obzirom na sve navedeno, područja utjecaja RA na kvalitet života oboljelih možemo podijeliti na tri različita aspekta: psihološki aspekt, fizički aspekt i socijalni aspekt. U nastavku rada će se ova tri aspekta detaljno obrazložiti, s ciljem boljeg razumijevanja djelovanja RA na kvalitet života oboljelih.

### 3.1. Psihološki aspekt

Psihološki aspekt kvalitete života odnosi se na emocionalnu procjenu određene situacije od strane pojedinca uključenog u tu situaciju (Krol, Sanderman i Suurmeijer, 1993). U skladu sa tim, u nastavku teksta objašnjen je odnos između RA i mentalnog zdravlja te su prikazani psihološki faktori kao medijatori u odnosu između RA i psihološkog blagostanja.

#### 3.1.1. Reumatoidni artritis i mentalno zdravlje

Prema *World Health Organization* (2022) mentalno zdravlje je puno više od odsutnosti bolesti, ono je sastavni dio individualnog i kolektivnog zdravlja i dobrobiti te postoji u složenom kontinuumu. Neizbježno je zaključiti da RA utječe na blagostanje i mentalno zdravlje oboljelih. Bolne i onesposobljavajuće posljedice RA praćene su različitim afektivnim, kognitivnim i promjenama u ponašanju (Young, 1992). Učestala bol i narušeno funkcionisanje često su povezane sa povećanim psihološkim stresom. Nesigurnost oboljelih ne odnosi se samo na izvršavanje zadataka i obaveza, već i na razinu bola, a osjećaj da se bolest pogoršava izravno utječe na percepciju budućnosti (Krol, 1993). Vodeći se time, pojedinac ima strah od gubitka neovisnosti i oslanjanja se na druge u obavljanju svakodnevnih potreba. Krol (1993) navodi da kada se oboljeli nađu pred funkcionalnim ograničenjima uzrokovanim RA, to može direktno utjecati na njihovo psihološko blagostanje.

Važno je reći da su aktivnost bolesti, trenutni simptomi, fizički status i psihosocijalni faktori četiri komponente koje igraju važnu ulogu u subjektivnim procjenama simptoma bolesti oboljelih od RA (Kojima i sur., 2009). Rezultati istraživanja dosljedno pokazuju da je bol značajno povezana s anksioznošću i depresijom kod oboljelih od RA (Young, 1992). U skladu s tim, promjene u samopoimanju, oslabljene funkcionalne sposobnosti te neadekvatnost u radnom i socijalnom okruženju, također, mogu dovesti do mentalnih poremećaja (Martinec i sur., 2019). To potvrđuju rezultati istraživanja koja govore da samopoštovanje, kao i psihološko blagostanje, negativno koreliraju sa razinom osjetljivosti zglobova kod bolesnika sa RA (Krol i sur., 1994; prema Gettings, 2010).

Prevalencija depresije kod oboljelih od RA kreće se od 13% do 20% prema psihijatrijskim procjenama, a prema samoprocjenama često je i viša (Creed i sur., 1990; prema

Covic, Tyson, Spencer i Howe, 2006). Najjači pokazatelji depresije uključuju visoku napetost i nisko samopouzdanje, umor, pasivno suočavanje, bol i fizičke poteškoće. Nakon toga slijedi procjena oboljelih o učinkovitosti i važnosti korištenja lijekova, kao i percipirani nedostatak kontrole nad bolom (Covic i sur., 2006). Važno je istaći da psihijatrijski simptomi kod pacijenata sa RA imaju višestruki utjecaj u smislu povećanja percepcije bola, veće upotrebe analgetika, povećane nesposobnosti za rad te mogu dovesti do slabijeg pridržavanja terapiji i kvalitete života (Sheehy i sur., 2006; prema Lok, Mok, Cheng i Cheung, 2010).

Prema Martinec i sur. (2019) bol, pogoršanje bolesti, tjelesna invalidnost i problemi u socijalnom okruženju mogu predstavljati uzroke negativnih emocionalnih reakcija povezanih s depresijom, anksioznošću, ljutnjom i bespomoćnošću. Također, invaliditet i nezaposlenost zbog onesposobljenja značajno predviđaju depresiju i anksioznost (Young, 1992; Lapčević, Gvozdrenović, Vuković i Miočević, 2017). U studiji o depresiji oboljelih od RA, klinička depresija je dijagnosticirana kod čak 39% bolesnika (Dickens i sur., 2003; prema Gettings, 2010), dok je rizik od samoprijavljene depresije tokom devet godina praćenja bio 40% (Wolfe i Michaud, 2009).

Kod oboljelih od RA socijalno nepovoljno stanje (poput nižih razina obrazovanja, statusa samca i nižih prihoda), ženski spol i ozbiljnost bolesti među značajnim su varijablama koje doprinose depresiji (Wolfe i Michaud, 2009). Nadalje, studije pokazuju da su, u okvirima socioemocionalnih faktora, nivo formalne edukacije te potreba za pomoći i njegom od drugih bili značajni prediktori povišenog umora kod oboljelih (Lapčević i sur., 2017)

Creed (1990) u svom radu o psihološkim poremećajima oboljelih od RA, navodi kako reumatolozi kod svojih pacijenata često susreću depresiju i stres uzrokovan različitim aspektima socijalnog života, i to kroz pretjerane pritužbe na bol i učestale posjete klinici. Zapravo, kliničarima je važno prepoznati vezu između depresije i povećanih pritužbi na bol, veće zabrinutosti i brige o bolesti, češćih posjeta klinici, veće funkcionalne onesposobljenosti i potencijalno smanjene snage stiska šake. Pored toga, važno je istaći da su istraživanja pokazala da visoka razina bola, fizičke onesposobljenosti i umora može smanjiti učinkovitost liječenja, što potencijalno rezultira depresijom. S druge strane, neučinkovito liječenje može dovesti do veće boli i depresije, što čini začarani krug narušenog mentalnog zdravlja (Covic i sur., 2006).

Oboljeli od RA se svakodnevno susreću sa različitim aspektima neizvjesnosti. Moguće je da se jedan dan bolest umiri te da se osoba ne suočava sa ograničenjima, dok već drugi dan može doći do neočekivanog pogoršanja. Upravo je to jedan u nizu razloga narušene cjelokupne psihološke dobrobiti, samopoštovanja i samopouzdanja oboljelih od RA. Oboljeli sa depresijom imaju tendenciju da doživljavaju više napetosti, niže samopouzdanje i manje vjeruju u svoju kontrolu nad bolom, uz veći percipirani utjecaj RA, te koriste pasivne strategije suočavanja (Covic i sur., 2006). Istraživanja pokazuju da je samopouzdanje pacijenata s RA negativno povezano sa osjetljivošću zglobova, te da što je niže samopoštovanje pacijenata, to je niža razina njihovog psihičkog blagostanja (Krol, Sanderman, Suurmeijer, Doeglas, Van Rijswijk i Van Leeuwen, 1994). Zanimljivo je da razina samopoštovanja pacijenata objašnjava čak 34% psihološke dobrobiti kod oboljelih od RA (Krol i sur., 1994). Također, percepcija vlastite učinkovitosti ima efekat na funkcionisanje imunološkog sistema, ali njihova veza ovisi od međudjelovanja sa ostalim sistemima koji imaju ulogu reagovanja na stres (Kardum, Hudek-Knežević i Krapić, 2018).

Pokazano je da oboljeli kojima je dijagnosticirana depresija imaju veću vjerovatnoću za razvijanje anksioznosti i socijalnih poteškoća (Van Dyke i sur., 2004). Nalazi ovih autora pokazuju da osobe sa RA iskazuju razine anksioznosti koje su više od dobno ekvivalentne populacije, naročito ako pate od značajne depresije. Međutim, nije rijetko da oboljeli od RA prvenstveno razviju anksiozne simptome, a zatim simptome depresije. Nepredvidiv tok bolesti, hronična bol i ograničenja kretanja mogu povećati vjerovatnoću razvoja anksioznosti. Veoma bitan uvid jeste da anksiozni pacijenti mogu iskusiti zabrinutost, napetost i izbjegavanje određenih aktivnosti, kao što je vježbanje, zbog straha od pogoršanja boli (Ryan, 2014). S obzirom na to da anksioznost može biti preteča kasnijeg razvoja depresije, procjena simptoma anksioznosti kod osoba sa RA može olakšati rano otkrivanje depresije i pridonijeti prevenciji budućih depresivnih epizoda.

Reumatoidni artritis može izazvati socijalnu izolaciju zbog boli i gubitka fizičke pokretljivosti, što dalje može rezultirati depresijom, ali i depresivno raspoloženje kao posljedica RA može dovesti do samoizolacije pacijenata (Newman i sur., 1989; prema Lok i sur., 2010). Istraživanja pokazuju da su pacijenti koji nemaju socijalnu podršku ili se oslanjaju na ekonomsku pomoć skloniji razvoju psihijatrijskih poremećaja (Lok i sur., 2010). Oboljeli čiji se

socijalni život uglavnom veže za kuću ili kućno okruženje mogu imati veći intenzitet anksioznosti, koja je obrnuto proporcionalna sa doživljenim razumijevanjem od strane bliskih osoba sa kojima oboljeli žive (Lapčević i sur., 2017). S druge strane, utvrđeno je da podržavajuće okruženje može smanjiti negativan utjecaj boli i funkcionalne onesposobljenosti na kvalitetu života kod nekih bolesnika sa RA (Englbrecht i sur., 2012).

Veoma važno saznanje u vezi korištenja terapije za liječenje RA pružili su Lapčević i sur. (2017). Prema njihovim analizama, pokazano je da terapija sintetičkim lijekovima modifikovane bolesti (DMARD) u kombinaciji sa kortikosteroidima i/ili nesteroidnim protuupalnim lijekovima povećava pojavu depresije za 87,8%. Autori navode česte izjave oboljelih, poput *“Lijek kojeg uzimam je vrlo težak i uzima se u teškim uvjetima”* ili *“Moje stanje je veoma ozbiljno”* (Lapčević i sur., 2017) koje pridonose razvoju negativnih gledišta. U konačnici, Lapčević i sur. (2017) tvrde da individualni doživljaji beznađa i bezvrijednosti, uz efekte socioekonomskih faktora tokom liječenja, mogu biti okidači za pojavu učestale depresije.

Pokazano je da osobe sa RA kojima je dijagnosticirana depresija smatraju svoje lijekove za RA manje učinkovitim i manje važnim, te da su više zabrinuti zbog mogućih nuspojava liječenja od nedeprisivnih oboljelih od RA (Covic i sur., 2006). Ovi rezultati imaju važne implikacije za liječenje jer ukazuju na mogući utjecaj depresije na prihvatanje terapije od strane oboljelih.

U skladu sa navedenim, veoma je važno je osigurati multidisciplinarni pristup u liječenju hroničnih bolesti poput RA. Osim ljekara, poželjno je da stručni tim uključuje psihologe, fizioterapeute, nutricioniste i druge stručnjake koji mogu pružiti podršku i pomoć u prilagodbi, a samim tim i povećanju kvaliteta života oboljelih. Osobama s hroničnim zdravstvenim problemima poput RA preporučuje se psihološka podrška koja uključuje tehnike opuštanja, upravljanje stresom i kognitivne vještine suočavanja kako bi im se pomoglo u prilagodbi na život s njihovim stanjem. Najčešće psihoterapijske intervencije koje se koriste su kognitivno-bihevioralna terapija (KBT), meditacija i opuštanje, biofeedback te različite psihoedukacije (Gettings, 2010).

Naime, kognitivno-bihevioralna terapija se često preporučuje kao prva linija liječenja za blagu do umjerenu anksioznost i depresiju (Ryan, 2014). Ova terapija se usredotočuje na



razumijevanje kako kognicije utječu na emocije i ponašanje oboljelih. Istraživanja su pokazala da KBT smanjuje simptome depresije i anksioznosti te stepena invaliditeta kod pacijenata sa RA (Sharpe i sur., 2003; prema Ryan, 2014). U jednom istraživanju na grupi oboljelih od RA praćeni su efekti kognitivno-bihevioralne terapije sa fokusom na uvježbavanje vještina upravljanja stresom, bolom i drugim simptomima oboljenja, te je nađeno da takav tretman ima utjecaj na povećanje percepcije samoeфикаsnosti (O’Leary i sur., 1988; prema Kardum i sur., 2018).

### 3.1.2. Psihološki faktori kao medijatori u odnosu između reumatoidnog artritisa i psihološkog blagostanja

Svjetska zdravstvena organizacija definiše psihološko blagostanje kao stanje u kojem svaki pojedinac ostvaruje vlastiti potencijal, može se nositi sa normalnim životnim stresorima, može raditi produktivno i plodonosno i sposoban je ostvariti doprinos njegovoj ili njenoj zajednici (*World Health Organization, 2022*). Smatra se da varijacije u subjektivnom blagostanju dolaze radi razlika u pacijentovoj percepciji sebe i same bolesti. S obzirom na to, istraživači su uspješni identificirati psihološke medijatore između bolesti i psihološkog blagostanja, a to su: percepcija osobne kontrole nad tokom bolesti i njenim posljedicama, te suočavanje sa stresom i kognitivne distorzije (Persson, Kåre Berglund i Sahlbe, 1999).

#### *Percepcija osobne kontrole*

Kada se govori o percepciji kontrole, naglašena su tri bitna konstrukta – lokus kontrole, naučena bespomoćnost i percipirana samoeфикаsnost. Istraživanje koje je ispitivalo odnose između unutarnjeg lokusa kontrole (gdje je izvor kontrole u sopstvenom ponašanju) i prilagodbe na hroničnu bol potvrđuje da su takva uvjerenja povezana s pozitivnim psihološkim i fizičkim funkcioniranjem, te da takve osobe koriste aktivne strategije suočavanja (Jensen, Turner, Romano i Karoly, 1991). Bespomoćnost se odnosi na generalizirano iskustvo beznađa i uvjerenje da nema dostupnih učinkovitih rješenja za uklanjanje ili smanjenje utjecaja negativnih događaja (Abramson, Seligman i Teasdale, 1978; prema Persson i sur., 1999). Pokazano je da su promjene u percipiranoj bespomoćnosti povezane sa promjenama u depresiji, boli i pasivnim strategijama

suočavanja. Nadalje, samoeфикаsnost je konstrukt koji se odnosi na percepciju ljudi o njihovim sposobnostima te njen posljedični utjecaj na ponašanje, misli i emocionalne reakcije. Pokazano je da su uvjerenja o sposobnosti upravljanja bolom u pozitivnoj korelaciji sa samopoštovanjem kod oboljelih od RA, a u negativnoj korelaciji sa depresijom i bolom (Lorig, Chastain, Ung, Shoor i Holman, 1989).

### *Kognitivne distorzije*

Kognitivne distorzije predstavljaju iracionalan obrazac mišljenja i često su rezultat iskrivljene i negativne obrade informacija (Smith, Peck, Milano i Ward, 1988). One uključuju katastrofiziranje, pretjeranu generalizaciju, selektivnu apstrakciju i personalizaciju (Persson i sur, 1999). Ove iskrivljene misli mogu utjecati na način na koji osoba bira i interpretira informacije, sa naglaskom na one koje potvrđuju negativne kognitivne sheme. Rezultati istraživanja pokazuju da su ovakve kognicije u pozitivnoj korelaciji sa depresijom i neprilagođenošću na bol (Keefe i sur., 1989; prema Persson i sur., 1999), te da posreduju između stepena bolesti i depresije (Smith i sur., 1988). Jensen i sur. (1991) došli su do zanimljivog nalaza koji govori da kognitivne distorzije daju jedinstven doprinos predviđanju depresije, čak i kada je kontrolisana mjera percipirane kontrole nad bolom. Važno je naglasiti da za oboljele koji su duže vrijeme suočeni s bolešću, postoji mogućnost uvježbavanja različitih strategija suočavanja s fizički izazovnim situacijama. S tim u vezi, Clough (1991) navodi kako je manje vjerovatno da će bilo kakve iskrivljene misli negativno utjecati na njihovu stvarnu fizičku sposobnost i postignuća.

### *Suočavanje*

Važan faktor u procesu očuvanja mentalnog zdravlja jeste suočavanje sa oboljenjem. Naime, na kvalitet života ne utječu samo simptomi RA, već i pacijentove strategije suočavanja. Suočavanje predstavlja kognitivne i bihevioralne napore koji se koriste za upravljanje vanjskim i unutarnjim zahtjevima i stresorima koji se procjenjuju kao oni koji premašuju resurse osobe (Lazarus, 1984: prema Persson i sur., 1999). Englbrecht i sur. (2012) pretpostavljaju da je

percipirani ukupni kvalitet života rezultat utjecaja simptoma povezanih s bolešću i korištenih strategija suočavanja, koje barem djelimično mogu kompenzirati utjecaj bolesti na život.

Prema Lazarusu (1984; prema Persson i sur., 1999) suočavanje može biti usmjereno na problem, pomoću kojeg pojedinac nastoji ublažiti problem i pronaći rješenje, i usmjereno na emocije, pomoću kojeg pojedinac upravlja negativnim emocijama povezanim sa stresom.

Brown, Nicassio i Wallston (1989) su u kontekstu hronične boli naveli sličnu podjelu na aktivne i pasivne strategije suočavanja. Aktivno suočavanje odnosi se na korištenje adaptivnih strategija kojima pojedinci pokušavaju kontrolisati svoju bol ili funkcionisati unatoč svojoj boli. Neke od takvih strategija su traženje informacija, kognitivna rekonstrukcija, kontrola boli i racionalno razmišljanje (Young, 1992). Strategija kognitivne rekonstrukcije uključuje pozitivnije promatranje trenutne situacije te je pokazano da je njeno korištenje povezano sa pozitivnim ishodima kod oboljelih od RA (Manne i Zautra, 1992; prema Holtzman, Newth i DeLongis, 2004). Još jedna od aktivnih strategija suočavanja sa RA, koju navode Holtzman i sur. (2004), jeste izravno djelovanje na izvor problema koje je povezano sa pozitivnim zdravstvenim ishodima. Suprotno tome, pasivno suočavanje, koje se odnosi na maladaptivne strategije suočavanja, uključuje one strategije kojima pojedinci prepuštaju kontrolu nad svojim bolom drugim faktorima u okruženju ili dopuštaju da njihova bol negativno utječe na druga područja njihovog života. U ove strategije se ubrajaju maštanje, samooptuživanje i katastrofiziranje (Young, 1992). Zaključno, tumačenje bolesti kao trajne štete koja bolesnika čini bespomoćnim potiče pasivno suočavanje, dok tumačenje bolesti kao izazova koji treba prevladati, potiče aktivno suočavanje (Smith, Craig, Wallston i Kenneth, 1992.).

Kada su u pitanju načini suočavanja sa RA, Newman, Fitzpatrick, Lamb i Shipley (1990) navode da različiti obrasci suočavanja dovode do različitih simptoma, a samim tim i do razlika u krajnjem ishodu psihološkog blagostanja. Nadalje, pokazano je da učinak strategija suočavanja sa bolom ovisi o razini bola koju su prijavili pacijenti sa RA. Također, prema Brown i sur. (1989) potvrđuje se da su pacijenti koji su češće koristili pasivne strategije suočavanja (poput ovisnosti o drugima i ograničavanja društvenih aktivnosti) i istovremeno doživljavali više razine bola, vremenom postali depresivni, te uz to i depresivniji od pacijenata koji su rjeđe koristili takve strategije. Ovi autori navode kako su fizička aktivost i ignorisanje osjeta boli u negativnoj korelaciji sa depresijom kod oboljelih od RA. Pasivne strategije suočavanja, također, negativno

utječu na prilagodbu na bolest kao i na samopoštovanje (Young, 1992). Nadalje, faktori poput kognitivnog restrukturiranja i traženja informacija su u pozitivnoj korelaciji s indeksima psihološkog zdravlja, dok je samooptuživanje u negativnoj korelaciji (Manne i Zautra, 1990; prema Persson i sur., 1999).

U cilju što efikasnijeg očuvanja psihičkog blagostanja osoba oboljelih od RA, veoma je važno poznavati konačne ishode aktivnih i pasivnih strategija suočavanja, te šta one znače za ukupnu kvalitetu života. Englbrecht i sur. (2012) su proveli istraživanje o utjecaju strategija suočavanja na mentalno zdravlje pacijenata sa RA i otkrili da je distanciranje najčešća strategija suočavanja koju oni koriste, nakon čega slijede kognitivna rekonstrukcija i aktivno rješavanje problema. Pokazano je još i da su ženske ispitanice češće koristile strategije aktivnog rješavanja problema i kognitivnog preoblikovanja nego muškarci, što im posljedično omogućava bolje upravljanje izazovima RA (Englbrecht i sur., 2012).

Edukacija o RA, njegovoj prirodi, liječenju, efektima na mentalno zdravlje i upravlje svojom bolešću može poboljšati kvalitet života oboljelih. Bolje razumijevanje bolesti omogućava osobi da donosi informirane odluke o svojoj skrbi, koristi aktivne strategije suočavanja i upravljanja bolešću te aktivno sudjeluje u vlastitom liječenju. Sve navedene spoznaje o utjecaju RA na mentalno zdravlje oboljelih zasigurno mogu pridonijeti adekvatnijem procesu prilagodbe.

### **3.2. Fizički aspekt**

Fizički aspekt odnosi se na cjelokupno tjelesno stanje bolesnika kao posljedicu njegove bolesti i liječenja. Veoma važan početni faktor u razumijevanju fizičkog aspekta i njegovog djelovanja na kvalitet života oboljelih jeste da svaka osoba može imati individualne fiziološke reakcije na RA te da se simptomi i njihova težina mogu razlikovati od osobe do osobe. Jedan od ključnih fizičkih aspekata koji utječu na kvalitetu života osoba s RA je bol uzrokovana upaljenim zglobovima koja može predstavljati glavni izvor stresa, iritacije ili nervoze kod oboljelih. Fluktuacije boli u zglobovima koje se javljaju svakodnevno, često predstavljaju podsjetnik na neizvjesnost ishoda ovog oboljenja (Affleck, Tennen, Urrows i Higgins, 1991).

Rezultati mnogih istraživanja pokazuju da bol negativno utječe na afekte, mentalno zdravlje i ponašanje. Huyser i Parker (1999) navode da afektivna komponenta subjektivne boli može biti povezana sa različitim procjenama sposobnosti pacijenta da se nosi sa stresorima, te da postoje značajne veze između boli povezane s artritismom i izražavanja ljutnje. Zanimljiv je nalaz koji govori o tome kako niske razine serotonina kod osoba sa RA koreliraju sa smanjenim pragom bola (Yunus, 1992; prema Huyser i Parker, 1999).

Da bol i psihološka dobrobit imaju uzajaman odnos govore nalazi istraživanja koji pokazuju da pacijenti sa RA, kod kojih je prisutna značajna razina depresivne simptomatologije, imaju visoko izražen intenzitet bola, za razliku od oboljelih koji nisu depresivni (Huyser i Parker, 1999). Pored toga, pokazano je da katastrofiziranje može utjecati na intenzitet bola kod ovih pacijenata, te da pojačava protok senzornih signala boli, što dovodi do senzibilizacije središnjih neuralnih mehanizama. U skladu s tim, zaključuje se da fluktuacije simptoma depresije mogu rezultirati pogoršanjem razine boli i negativnih učinaka boli tokom dana (Melzack, 1990; prema Holtzman i DeLongis, 2007).

Također, iznenadnost i promjenjivost intenziteta bolova veoma su česti kod oboljelih. S tim u vezi, provedeno je istraživanje sa ciljem ispitivanja individualnih razlika u iskustvima bola oboljelih od RA. Rezultati su pokazali da je aktivniji oblik bolesti rezultirao nizom bolnih epizoda koje su bile intenzivnije, ali istovremeno predvidljivije iz dana u dan, bez iznenadnih bolnih dana. Sa druge strane, serije bola kod pacijenata s manje aktivnom bolešću uključivale su veći broj dana sa relativno jakim boli i duže epizode intenzivne boli (Affleck i sur., 1991).

Ograničena pokretljivost, invaliditet i umor još su neki od fizioloških aspekata oboljenja koji mogu utjecati na kvalitet života. Matcham i sur. (2014) navode da oboljeli od RA iskazuju značajno smanjene nivoe fizičkih funkcija, što dovodi do izbjegavanja aktivnosti. Važno je spomenuti da se izbjegavanje aktivnosti pokazalo kao prediktor depresije i invaliditeta kod osoba s hroničnom boli te da može značajno utjecati na njenu razinu. Osobe sa RA često se suočavaju s dugoročnim fizičkim posljedicama što dovodi do ograničenja u aktivnostima te prijetnje gubitka neovisnosti (Huyser i Parker, 1999),

Englbrecht, Kruckow, Araujo, Rech i Schett (2013) navode da se kognitivno distanciranje od RA najčešće javlja kod pacijenata sa nižom tjelesnom funkcionalnošću. U skladu s tim,

podizanje svijesti i educiranje pacijenata o kognitivnom preoblikovanju njihove trenutne situacije potencijalno igra ključnu ulogu u smanjenju osjećaja bespomoćnosti koji proizlaze iz smanjene fizičke funkcionalnosti i fizioloških promjena nastalih zbog RA.

### **3.3. Socijalni aspekt**

Prema Krol, Sanderman i Suurmeijer (1993), socijalni aspekt također se smatra dijelom kvalitete života oboljelih od RA i predstavlja zadovoljstvo pojedinca obiteljskim odnosima, prijateljstvima i drugim socijalnim relacijama, kao i socijalnom podrškom koju dobija iz svoje okoline. Ovi autori smatraju da socijalni aspekt kvalitete života uključuje tri elementa: socijalne interakcije, aktivnosti socijalnih uloga i financijski status.

Socijalni odnosi oboljelih od RA često su podložni promjenama. Fizička ograničenja, umor i bol mogu stvarati prepreke za sudjelovanje u socijalnim interakcijama, te oboljeli mogu biti stigmatizirani što dovodi do njihovog povlačenja od drugih i obratno. Naime, RA često uzrokuje invaliditet te može ograničiti društvene kontakte oboljelih sa drugim ljudima, pri čemu socijalna izolacija doprinosi depresivnom raspoloženju (Krol i sur., 1993). Lapčević i sur. (2017) navode da nezaposlenost zbog invaliditeta također ima snažan efekat na doživljaj izolacije, socijalnog odbacivanja i gubitka interpersonalnih relacija. Sa druge strane, hronična bolest poput RA može imati i pozitivan učinak na socijalne odnose, kao što je proširenje mreže interakcija s drugim pacijentima ili intenziviranje kontakata sa partnerom, djecom i drugim članovima porodice (Krol i sur., 1993).

Kada je riječ o aktivnosti u socijalnim ulogama, oboljeli od RA prolaze kroz mnogobrojne promjene u radu, slobodnom vremenu i svakodnevnim aktivnostima, kako kod kuće, tako i van nje. Radna sposobnost je jedno od ključnih područja aktivnosti socijalnih uloga jer zaposlenje pruža identifikaciju s poslom, neovisnost, napredovanje u poslu i zadovoljstvo, a radno okruženje može biti izvor socijalne podrške (Krol i sur., 1993). Poznato je da svi ovi aspekti mogu biti narušeni ukoliko je oboljela osoba, zbog intenziteta i iznimne aktivnosti bolesti, spriječena da nastavi sa radom na poslu, što ujedno narušava i njenu psihološku dobrobit. Isti zaključak može se primijeniti i na slobodne aktivnosti i kućanske poslove koji mogu biti ograničeni kod oboljelih od RA.

Ukoliko je radno funkcionisanje narušeno, i finansijski status oboljelog biva nesiguran. Primanja vremenom postaju smanjena ili rijetka, a troškovi liječenja i održavanja zdravlja su konstantno prisutni. Kako navode Krol i sur. (1993), socijalna izolacija i promjena u društvenim aktivnostima mogu biti posljedica pogoršanja finansijske situacije.

Veoma važna uloga u kvaliteti života i suočavanju sa oboljenjem jeste socijalna podrška okoline, koja, kako navode Krol i sur. (1993), ima dvije osnovne funkcije: očuvanje i unapređenje zdravlja, koje uključuje zadovoljavanje emocionalnih potreba i održavanje samopoštovanja, te ulogu u smanjenju stresa, koja se odnosi na olakšavanje kognitivne, emocionalne i praktične prilagodbe.

Postoji nekoliko dimenzija socijalne podrške koje se razlikuju po funkciji, a to su: emocionalna, instrumentalna i informacijska (Östberg i Lennartsson, 2007). Emocionalna podrška uključuje pružanje utjehe, razumijevanja i potpore emocionalnim potrebama oboljelog od RA, te može utjecati na smanjenje osjećaja usamljenosti i povećanja bliskosti (Fitzpatrick, Newman, Archer i Shipley, 1991). Instrumentalna podrška se odnosi na konkretnu pomoć i praktičnu podršku u svakodnevnim aktivnostima što može uključivati pomoć u kućanskim poslovima, obavljanju svakodnevnih zadataka ili pružanju prijevoza zbog odlaska na ljekarske preglede ili fizikalne terapije, što oboljelima može olakšati fizička ograničenja. Informacijska podrška, koja se odnosi na pružanje relevantnih informacija o bolesti, liječenju, dostupnim resursima i mogućnostima, može pomoći oboljelima da bolje razumiju svoju bolest, donose informirane odluke o liječenju i upravljaju svojim zdravstvenim stanjem na najbolji mogući način (Fitzpatrick i sur., 1991).

Istraživanja pokazuju da socijalna podrška utječe i na intenzitet boli putem poticanja upotrebe određenih strategija suočavanja. Holtzman i sur. (2004) navode da, oboljeli koji izvještavaju o većem zadovoljstvu socijalnom podrškom često ispoljavaju veće razine emocionalnog izražavanja te imaju veće razine inicijativa za rješavanje problema. Iako se oboljeli ponekad mogu osjećati preopterećeno ili im je teško nositi se sa svojim bolom, podrška drugih ljudi može im pomoći da prevladaju obrasce negativnih misli i osjećaja te potaknu upotrebu adaptivnih strategija suočavanja (Holtzman i sur., 2004).

Osobe koje dobivaju adekvatnu socijalnu podršku iz svoje socijalne mreže vjerojatno će se lakše nositi s posljedicama hronične bolesti, u usporedbi s osobama koje nemaju takvu podršku. Oboljeli sa jakim intenzitetom bola i zadovoljenom potrebom za emocionalnom podrškom, bit će manje depresivni od onih sa jakim bolovima, ali nezadovoljenom potrebom za emocionalnom podrškom (Brown, Wallston i Nicassio, 1989). Nadalje, važno je spomenuti da emocionalno poticajno okruženje može pomoći oboljelima od RA da se bolje prilagode na svoju bolest. Studije pokazuju da osobe sa niskom razinom socijalne podrške imaju više narušeno zdravlje, u usporedbi sa osobama s visokom razinom podrške, neovisno o nepovoljnim životnim događajima (Krol i sur., 1993). Briga, ljubav, cijenjenje i osjećaj pripadnosti imaju važnu ulogu u olakšavanju suočavanja, prilagodbe, ali i smanjenju stresa.

Bitno je spomenuti i ulogu podrške od strane porodice. Istraživanja pokazuju da su se oboljeli koji su izjavili da nisu dobili podršku od svojih porodica više oslanjali na lijekove te su izvještavali o većem broju bolnih područja uzrokovanih RA i većem emocionalnom stresu. Oboljeli koji su naveli da imaju podršku porodice izvjetili su o značajno nižem intenzitetu boli, manjoj upotrebi lijekova i većoj razini aktivnosti (Jamison i Virts, 1990). Uzevši u obzir sve promjene kroz koje oboljeli prolaze, kako fizičke tako i psihičke, od iznimne je važnosti da porodica bude dijelom procesa suočavanja sa oboljenjem i prilagodbe, te da oboljelima pruži podršku kroz sve pomenute dimenzije socijalnog aspekta kvalitete života.



#### 4. MODELI PRILAGODBE NA REUMATOIDNI ARTRITIS

Pojam psihološke prilagodbe se odnosi na proces uklapanja pojedinca u nove okolnosti i promjene u sopstvenom okruženju. Psihološka dobrobit oboljelih od RA u velikoj mjeri ovisi od same prilagodbe, čak i više od kliničkih varijabli (Berglund i Persson, 1990). Istraživanja pokazuju da se oboljeli sa istim stepenom bola razlikuju po razini prilagodbe i suočavanja sa bolešću (Bown, Nicassio i Wallston, 1989). Osim fizičkih simptoma, osobe sa RA često se suočavaju s brojnim psihološkim izazovima i potrebom za prilagodbom na novonastalu situaciju. Prilagodba na dijagnozu RA može biti izazovna i dovodi do različitih psiholoških reakcija. Važno je shvatiti da su psihološki aspekti prilagodbe složeni i individualni te da mogu varirati između pojedinaca. Ostvarenje dobrobiti ili rast mogu biti neke od kognitivnih strategija koje se koriste za ublažavanje negativnih učinaka bolesti (De Ridder, Geenen, Kuijer i van Middendorp, 2008 ).

Do sada je identifikovano pet ključnih elemenata uspješne prilagodbe na hroničnu bolest: uspješno obavljanje zadataka (kao što je prilagodba na invaliditet, održavanje emocionalne ravnoteže i očuvanje zdravih odnosa), odsustvo psiholoških poremećaja, prisustvo niskog negativnog i visokog pozitivnog afekta, odgovarajući funkcionalni status te zadovoljstvo i dobrobit u različitim životnim područjima (Stanton, Collins i Sworowski, 2001; prema De Ridder i sur., 2008).

Jedan od važnih faktora u prilagodbi na RA je psihološka fleksibilnost koja uključuje procese prihvatanja, svjesnosti i pronalaska vrijednosti u novonastaloj situaciji. Osobe koje su psihološki fleksibilne pokazuju veću sposobnost prilagođavanja na promjene, prihvatanje tjelesnih ograničenja i prepoznavanje vrijednosti i smisla u životu, uprkos bolesti (McCracken i Vowels, 2007).

S obzirom da je RA ozbiljna, intenzivna i hronična bolest koja utječe na fizičko i psihičko zdravlje oboljelih, veoma je važno poznavati modele, procese i faktore uspješne prilagodbe kako bi se unaprijedile intervencije pomoći i samopomoći oboljelih. Kada se oboljelima postavi dijagnoza, pojedinci mogu redefinirati svoje standarde, o tome šta čini zdravlje ili druge aspekte kvalitete života, vrijednosti i prioritete te ono što smatraju važnim kako bi održali prihvatljiv

nivo kvalitete života u uvjetima sve slabijeg zdravlja (Sprangers i Schwartz, 1999). Kako navode De Ridder i sur. (2008), da bi se potakla psihološka prilagodba, oboljeli bi trebali ostati aktivni koliko je to moguće, prepoznati i izraziti svoje emocije na način koji im omogućava preuzimanje kontrole nad svojim životima i pokušati usredotočiti se na potencijalne pozitivne ishode svoje bolesti. Nadalje, ovi autori tvrde da dobra prilagodba predviđa poboljšan proces upravljanja sa bolešću, ali da vrijedi i obrnuto, te da ova povezanost može imati važne implikacije za intervencije upravljanja svojom bolešću.

Važno je istaći da individualni odgovori na suočavanje igraju važnu ulogu u prilagodbi oboljelih. Pokazano je da je veći stepen pozitivnih afektivnih stanja povezan sa kognitivnim strategijama uključivanja relevantnih informacija ili mijenjanja percepcije bolesti kao mogućnosti za osobni rast, dok je, sa druge strane, obrazac povećanog negativnog utjecaja, niskog samopoštovanja i lošije prilagodbe povezan sa stresom i izbjegavajućim strategijama suočavanja (Felton, Revenson i Hinrichsen, 1984). Također, pokazano je da izbjegavajuće strategije suočavanja, poput poricanja, predviđaju lošu prilagodbu na bolest, te da je visoka razina socijalne podrške povezana sa dobrim socijalnim prilagođavanjem (Curtis, Groarke, Coughlan i Gsel, 2005).

U nastavku teksta prikazana su tri glavna modela koja, prema Walker, Jackson i Littlejohn (2004), objašnjavaju proces prilagodbe na hronične bolesti. To su: biomedicinski, psihološki i biopsihosocijalni model prilagodbe.

#### **4.1. Biomedicinski model**

Biomedicinski model stavlja fokus na samu bolest i invaliditet, njihove uzroke, prevenciju i liječenje. Prema ovom modelu, neuroendokrini i imunološki sistem ključni su faktori u prilagodbi. Neuroendokrini sistem ima važnu ulogu u nadzoru i regulaciji imunološkog sistema kako bi se očuvao integritet organizma. Biomedicinski model RA stavlja naglasak na interakcije između neuroendokrinog i imunološkog funkcionisanja te njihovom utjecaju na aktivnost bolesti. Ove interakcije dalje utječu na različite ishode prilagodbe, uključujući razinu boli i invaliditeta (Walker i sur., 2004). Oboljeli od RA izloženi su mnogobrojnim stresorima i narušenom zdravlju, koji suzbijaju adaptivne odgovore organizma (Elenkov i Chrousos, 1999; prema

Walker i sur., 2004.). U kontekstu RA i drugih sličnih stanja u kojima je patofiziologija jasno prisutna, ovaj model je često korišten u medicinskim istraživanjima. Značaj ovog modela ogleda se u razumijevanju toka bolesti, promjena koje ona donosi, kao i funkcionisanja vlastitog organizma, što dovodi do boljeg reagiranja u regulaciji imunološkog sistema, ali i zdravlja u općem smislu.

## **4.2. Psihološki model**

Procesi psihološke prilagodbe od izuzetne su važnosti za očuvanje mentalnog zdravlja oboljelih od RA, te umanjivanje simptoma anksioznosti, depresije i bespomoćnosti. Smatra se da psihološka prilagodba ima važnu ulogu na tok bolesti (Turk i Okifuji, 1997). S obzirom na to da se osobe sa RA moraju suočiti sa bolom, promjenama, neizvjesnošću svog stanja, a nerijetko i sa invaliditetom, proces uspješne prilagodbe ima izuzetno velik značaj. Kako navode Walker i sur. (2004), postoje tri glavna psihološka okvira prilagodbe na bolest, a to su kognitivna prilagodba, paradigma stresa i suočavanja, te uloga stabilnih karakteristika ličnosti u prilagodbi na bolest.

### **4.2.1. Kognitivna prilagodba**

Važan segment razumijevanja modela kognitivne prilagodbe leži u tome da, u ovisnosti od toga kako se pojedinci suočavaju se promjenama reumatskog stanja (poput pogoršanja, remisije, invalidnosti i sl), zahtjevi za psihosocijalnom prilagodbom će se mijenjati. Proces prilagodbe hroničnoj bolesti uključuje tri teme: traženje smisla u iskustvu, nastojanje da se stekne osjećaj kontrole nad bolešću te pokušaj obnavljanja samopoštovanja (Taylor, 1983). Kognitivni odgovori, kroz proces prihvatanja postojanja hronične bolesti, predstavljaju važan faktor za razumijevanje značenja bolesti. Rezultati jedne studije pokazali su da su prihvatanje vlastitog stanja i učenje življenja sa bolešću ključne komponente u osjećaju kontrole (McCracken, 1998; prema Walker i sur., 2004).

#### 4.2.2. Paradigma stresa i suočavanja

Odgovor na pitanje kako oboljeli od RA održavaju svoju psihološku dobrobit i prilagodbu na oboljenje, nalazi se u paradigmi stresa i suočavanja. Walker i sur. (2004) navode da, prema ovoj paradigmi, dobra prilagodba pojedinaca posljedično dovodi do smanjenog stresa kao i aktivacije vezanih oboljenja. Ovi autori također navode da su narušeno fizičko i psihičko zdravlje posljedica pogrešaka u adaptivnom odgovoru na stres. Naime, sam proces stresa započinje kada pojedinac osvijesti promjene ili prijetnje u svakodnevnim aspektima života, kao i prijetnje u ostvarenju vlastitih ciljeva. S obzirom da su oboljeli od RA suočeni sa mnogobrojnim promjenama u kvaliteti života, uspjesi i naponi vezani za strategije suočavanja mogu igrati ključnu ulogu u razini prilagodbe na stresne situacije i promjene prouzročene samom bolešću (Affleck i Tennen, 1996; prema Walker i sur., 2004). Važno je spomenuti da pacijenti sa RA koji koriste pasivne strategije suočavanja i imaju samookrivljujuće reakcije, pokazuju više razine neprilagođenosti reumatskom stanju (Walker i sur., 2004). Intenzitet emocija i sposobnost njihove regulacije, te situacijske okolnosti usmjeravaju pojedince ka različitim strategijama suočavanja od kojih ovisi daljnji tok prilagodbe oboljelih.

#### 4.2.3. Uloga osobina ličnosti u prilagodbi

Walker i sur. (2004) navode optimizam i neuroticizam kao stabilne karakteristike ličnosti koje mogu utjecati na proces prilagodbe na oboljenje. Ukoliko pojedinac ne pokazuje optimizam, teže će se uključivati u kognitivne procjene ili postavljati realne ciljeve za upravljanje bolešću. Nadalje, kada je riječ o neuroticizmu, studije su pokazale da pojedinci s visokim neuroticizmom prijavljuju više simptoma bolesti i teže fizičke simptome, od onih s niskim rezultatima na ovoj osobini ličnosti (Smith i Williams, 1992), te da se suočavaju sa više stresora i negativnih emocija, što posljedično dovodi do pogoršanja bolesti (Hammen, 1992; prema Walker i sur., 2004). Zaključno, neuroticizam može utjecati na procjene prijetnje, kao što su svakodnevni stresori uzrokovani bolešću, što dalje utječe na strategije suočavanja. Tada dolazi do promjena u afektima i prilagodbi koje utječu na aktivnost bolesti. Ovaj model svoj veliki značaj stavlja u okvire očuvanja mentalnog zdravlja, kao i objašnjenja faktora koji potencijalno mogu doprinijeti usmjeravanju procesa prilagodbe.

### 4.3. Biopsihosocijalni model

Biopsihosocijalni model predstavlja integrisan model prilagodbe koji naglašava da je učinak stresa na autoimunost složen proces. Odgovor pojedinca na stresore utječe na pogoršanje i ublažavanje aktivnosti bolesti i to putem neuroendokrinih i imunoloških mehanizama. No pored toga, pokazano je da povećanje broja interpersonalnih stresora uzrokuje povećanje osjetljivosti zglobova, te da stresori iz socijalnog okruženja pogoršavaju psihološko blagostanje osoba oboljelih od RA, aktiviraju imunološki i neuroendokrini sistem te tako povećavaju aktivaciju T-ćelija koje igraju važnu ulogu u intenziviranju oboljenja, pa samim tim i većih fizičkih bolova (Zautra i sur., 1997; Walker i sur., 2004)

Da bi postigli psihološku prilagodbu, oboljeli se moraju suočiti sa stvarnošću hronične bolesti i uložiti napore kako bi se prilagodili novim okolnostima koje dolaze paralelno sa bolešću. Važno je istaknuti da prilagodba pacijenata s hroničnim oboljenjima, kao što je RA, nije statična te da će različite strategije suočavanja funkcionirati na različite načine od osobe do osobe. Ona se može mijenjati tijekom vremena i pod utjecajem različitih faktora. Sugerise se da bi kognitivno-biheviornalna terapija za olakšavanje prilagodbe oboljelih od RA mogla biti korisna. Ta intervencija bi uključivala procjenu stresnih faktora i upravljanje stresom, poticanje adaptivnih strategija suočavanja te korištenje socijalne podrške kao resursa za promicanje socijalne integracije osobe oboljele od RA (Curtis i sur., 2005). S obzirom da cjelokupan proces prilagodbe nije jednostavan, važno je naglasiti da pružanje podrške, edukacija o strategijama suočavanja i individualizirani pristup mogu biti ključni faktori u postizanju dobre psihološke prilagodbe, a time i poboljšanju kvalitete života oboljelih od RA.

## 5. ZAKLJUČCI

1. Reumatoidni artritis (RA) je hronično sistemsko oboljenje nepoznatog uzroka koje karakterišu upale i oticanja zglobova, njihova ukočenosti i bol, te u kasnijim fazama bolesti, deformacije i gubitak funkcije zglobova. Stopa ovog oboljenja raste velikom brzinom u posljednjih nekoliko decenija, a opći tok oboljenja je dugotrajan sa izmjenama faza pogoršanja i remisije. Rezultati mnogobrojnih istraživanja pokazuju da je kvalitet života kod oboljelih od RA značajno promijenjen, a faktori koji igraju ključnu ulogu u tome jesu trajanje bolesti, intenzitet boli, aktivnost bolesti, imunološki status i nivo funkcionalne onesposobljenosti. Utjecaj RA na kvalitet života uključuje tri aspekta: psihološki, fizički i socijalni, čije je razumijevanje ključno za pružanje cjelovite skrbi oboljelima te razvoj intervencija i pristupa koji će poboljšati njihov kvalitet života.
2. Reumatoidni artritis, pored fizičkog zdravlja, ima značajan utjecaj i na mentalno zdravlje oboljelih. Aktivnost bolesti, trenutni simptomi, fizički status i psihosocijalni faktori su aspekti koji značajno mijenjaju psihološko blagostanje osoba sa RA. Pokazano je da je reumatska bol značajno povezana sa depresijom i anksioznošću, te da samopoštovanje i psihološko blagostanje negativno koreliraju sa osjetljivošću zglobova. Oboljeli sa depresijom imaju tendenciju da doživljavaju više napetosti, niže samopouzdanje i manje vjeruju u svoju kontrolu nad bolom, što ujedno narušava njihovo psihološko blagostanje. Također, važno je naglasiti kako doživljaji beznađa mogu biti okidači za intenziviranu depresiju. Nepredvidiv tok bolesti, hronična bol i ograničenja kretanja mogu povećati vjerovatnoću razvoja anksioznosti, no važan faktor njenog umanjavanja jeste značajna socijalna podrška okoline. Kada je riječ o procesima djelovanja na poboljšanje mentalnog zdravlja oboljelih, preporučuju se tehnike opuštanja, upravljanje stresom i kognitivne vještine suočavanja kako bi se olakšala prilagodba na život sa RA. Poznavanje ovih procesa ima značajne implikacije za prevenciju narušenog mentalnog zdravlja osoba sa RA.

3. Pokazano je da strategije suočavanja imaju važan efekat na tok prilagodbe i kvalitetu života oboljelih. U okvirima hronične boli uzrokovane RA, oboljeli koriste dvije vrste strategija – aktivne/adaptivne i pasivne/maladaptivne. Aktivno suočavanje odnosi se na korištenje strategija u kojima pojedinci pokušavaju kontrolisati svoju bol ili funkcionisati unatoč toj boli, a takve su traženje informacija, kognitivno restrukturiranje, kontrola bola i racionalno razmišljanje. Nasuprot ovih strategija, maštanje, samooptuživanje i katastrofiziranje predstavljaju pasivne strategije suočavanja kojima pojedinci dopuštaju da njihova bol negativno utječe na druga područja njihovog života. Od velike je važnosti poznavati djelovanje aktivnih i pasivnih strategija suočavanja, u cilju što efikasnije prilagodbe oboljelih i očuvanja njihove kvalitete života. Različiti mehanizmi ovih strategija mogu doprinijeti očuvanju mentalnog zdravlja oboljelih.
  
4. Svako hronično oboljenje, pa tako i RA, sa sobom nosi mnogobrojne promjene u okolnostima i stilu života, što zahtijeva veliku količinu prilagodbe. S obzirom na ozbiljnost oboljenja, veoma je važno poznavati modele, procese i faktore uspješne prilagodbe kako bi se razvijale intervencije samopomoći i pomoći oboljelima, te očuvalo njihovo mentalno zdravlje. Ovakvi procesi su složeni i individualni, te variraju između pojedinaca. Pokazano je da maladaptivni obrasci prilagodbe dovode do narušene psihološke dobrobiti i većeg nivoa stresa. Postoje tri modela procesa prilagodbe na hronična oboljenja: biomedicinski, koji stavlja fokus na uzroke i liječenje te pomaže u razumijevanju samog toka bolesti i očuvanja zdravlja; psihološki, koji svoju ključnu ulogu ima u očuvanju mentalnog zdravlja i boljeg razumijevanja faktora koji potencijalno usmjeravaju procese prilagodbe; te biopsihosocijalni model, koji aktivnost hroničnog oboljenja objašnjava integriranim djelovanjem imunološkog sistema, mentalnog zdravlja i socijalnog okruženja. Svaki od navedenih modela ima velik značaj u sveobuhvatnom razumijevanju funkcionisanja oboljelih i njihovog suočavanja sa oboljenjem poput RA.

## 6. LITERATURA

- Affleck, G., Tennen, H., Urrows, S., & Higgins, P. (1991). Individual differences in the day-to-day experience of chronic pain: A prospective daily study of rheumatoid arthritis patients. *Health Psychology, 10*(6), 419–426
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham, C. O., Birnbaum, N. S., Burmester, G. R., Byrkerk, V. P., Cohen, M., Combe, B., Costenbader, K. H., Dougados, M., Emery, P., Ferraccioli, G., Hazes, J. M. W., Hobbs, K., Huizinga, T. W. J., Kavanaugh, A., . . . Hawker, G. A. (2010). 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism, 62*(9), 2569–2581. <https://doi.org/10.1002/art.27584>
- Anić, B. & Babić-Naglić, Đ. (2008). Reumatoidni artritis. U B. Vrhovac, B. Jakšić, Ž. Reiner, & B. Vucelić (ur). *Interna medicina* (str. 1371-1378). Zagreb: Naklada Ljevak
- Berglund, K.; Persson, L.-O. (1990). Dimensions of Psychological Adjustment to Illness in Rheumatoid Arthritis: A Preliminary Report. *Scandinavian Journal of Rheumatology, 19*(4), 311–315.
- Božić, A. (2017). *Utjecaj autoimunih bolesti na kvalitetu života*. Doktorska disertacija. Repozitorij Sveučilišnog Odjela Zdravstvenih Studija Sveučilišta u Splitu.
- Brčić, M. (2017). Dijetoterapija reumatoidnog artritisa. *Neobjavljeni diplomski rad*. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu, Farmaceutsko-biokemijski, Odsjek za kemiju prehrane.
- Brown, G. K., Nicassio, P. M., & Wallston, K. A. (1989). Pain coping strategies and depression in rheumatoid arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(5), 652–657.
- Brown, G. K., Wallston, K. A., & Nicassio, P. M. (1989). Social Support and Depression in Rheumatoid Arthritis: A One-Year Prospective Study<sup>1</sup>. *Journal of Applied Social Psychology, 19*(14), 1164–1181.
- Clough, D. H. (1991). The effects of cognitive distortion and depression on disability in rheumatoid arthritis. *Research in Nursing & Health, 14*(6), 439–446.
- Covic, T., Tyson, G., Spencer, D. M., & Howe, G. (2006). Depression in rheumatoid arthritis patients: demographic, clinical, and psychological predictors. *Journal of Psychosomatic Research, 60*(5), 469–476.
- Creed, F. (1990). Psychological disorders in rheumatoid arthritis: a growing consensus?. *Annals of the Rheumatic Diseases, 49*(10), 808-812.



- Cross, M., Smith, E., Hoy, D., Carmona, L., Wolfe, F., Vos, T., ... & March, L. (2014). The global burden of rheumatoid arthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Annals of the rheumatic diseases*, 73(7), 1316-1322.
- Curtis, R., Groarke, A., Coughlan, R. J., & Gsel, A. (2005). Psychological stress as a predictor of psychological adjustment and health status in patients with rheumatoid arthritis. *Patient Education and Counseling*, 59 (2), 192–198
- De Ridder, D., Geenen, R., Kuijjer, R., & van Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *The Lancet*, 372(9634), 246–255
- Englbrecht, M., Gossec, L., DeLongis, A., Scholte-Voshaar, M., Sokka, T., Kvien, T. K., & Schett, G. (2012). The Impact of Coping Strategies on Mental and Physical Well-Being in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 41(4), 545–555.
- Englbrecht, M., Kruckow, M., Araujo, E. G., Rech, J., & Schett, G. (2013). The Interaction of Physical Function and Emotional Well-being in Rheumatoid Arthritis—What is the Impact on Disease Activity and Coping? *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 42(5), 482–491
- Felton, B. J., Revenson, T. A., & Hinrichsen, G. A. (1984). Stress and coping in the explanation of psychological adjustment among chronically ill adults. *Social Science & Medicine*, 18(10), 889–898.
- Fitzpatrick, R., Newman, S., Archer, R., & Shipley, M. T. (1991). Social support, disability and depression: A longitudinal study of rheumatoid arthritis. *Social Science & Medicine*, 33(5), 605–611.
- Germano, D., Misajon, R., & Cummins, R. A. (2001). Quality of life and sense of coherence in people with arthritis. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 8, 253-261.
- Gettings, L. (2010). Psychological well-being in rheumatoid arthritis: a review of the literature. *Musculoskeletal care*, 8(2), 99-106.
- Guyatt, G. H., Feeny, D., & Patrick, D. L. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine*, 118(8), 622
- Haroon, N., Aggarwal, A., Lawrence, A., Agarwal, V., & Misra, R. (2007). Impact of rheumatoid arthritis on quality of life. *Modern Rheumatology*, 17(4), 290–295.
- Holtzman, S., Newth, S., & DeLongis, A. (2004). The Role of Social Support in Coping with Daily Pain among Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology*, 9(5), 677–695

- Holtzman, S., & DeLongis, A. (2007). One day at a time: The impact of daily satisfaction with spouse responses on pain, negative affect and catastrophizing among individuals with rheumatoid arthritis. *Pain, 131*(1), 202–213
- Huyser, B., & Parker, J. C. (1999). Negative affect and pain in arthritis. *Rheumatic Diseases Clinics of North America, 25*(1), 105–121
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2023). WHO Rehabilitation Need Estimator. University of Washington. Pristupljeno 5.2.2023, na <https://vizhub.healthdata.org/rehabilitation/>
- Jamison, R. N., & Virts, K. L. (1990). The influence of family support on chronic pain. *Behaviour Research and Therapy, 28*(4), 283–287.
- Jensen, M. P., Turner, J. A., Romano, J. M., & Karoly, P. (1991). Coping with chronic pain: a critical review of the literature. *Pain, 47*(3), 249–283.
- Kardum, I., Hudek-Knežević, J., & Krapić, N. (2018). Efekti i mehanizmi djelovanja samoeфикаsnosti na tjelesno zdravlje. *Klinička Psihologija, 11*(1-2), 57–86. <https://doi.org/10.21465/2018-kp-1-2-0004>
- Kojima, M., Kojima, T., Ishiguro, N., Oguchi, T., Oba, M., Tsuchiya, H., ... & Tokudome, S. (2009). Psychosocial factors, disease status, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Journal of psychosomatic research, 67*(5), 425-431.
- Krol, B., Sanderman, R., & Suurmeijer, T. P. B. M. (1993). Social support, rheumatoid arthritis and quality of life: concepts, measurement and research. *Patient Education and Counseling, 20*(2–3), 101–120
- Krol, B., Sanderman, R., Suurmeijer, T., Doeglas, D., Van Rijswijk, M., & Van Leeuwen, M. (1994). Disease characteristics, level of self-esteem and psychological well-being in rheumatoid arthritis patients. *Scandinavian journal of rheumatology, 23*(1), 8-12.
- Lapčević, M., Vuković, M., Gvozdenović, B. S., & Miočević, V. (2017). *Uticaj socioekonomskih i terapijskih faktora na subjektivno iskazan zamor, anksioznost i depresiju kod pacijenata sa reumatoidnim artritisom*. Preuzeto 10.6.2023 sa [https://www.ors.rs/storage/files/Lapcevic-M-et-al.-Rev-Bras-Reumatol\\_In\\_Press\\_Srb.pdf](https://www.ors.rs/storage/files/Lapcevic-M-et-al.-Rev-Bras-Reumatol_In_Press_Srb.pdf)
- Lok, E. Y. C., Mok, C. C., Cheng, C. W., & Cheung, E. F. C. (2010). Prevalence and determinants of psychiatric disorders in patients with rheumatoid arthritis. *Psychosomatics, 51*(4), 338-338.
- Lorig, K., Chastain, R. L., Ung, E., Shoor, S., & Holman, H. R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis & Rheumatism, 32*(1), 37–44.

- Martinec, R., Pinjatela, R., & Balen, D. (2019). Quality of life in patients with rheumatoid arthritis—a preliminary study. *Acta Clinica Croatica*, 58(1.), 157-166.
- Matcham, F., Scott, I. A., Rayner, L., Hotopf, M., Kingsley, G., Norton, S., Scott, D., & Steer, S. (2014). The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 44(2), 123–130
- McCracken, L. M., & Vowles, K. E. (2007). Psychological Flexibility and Traditional Pain Management Strategies in Relation to Patient Functioning With Chronic Pain: An Examination of a Revised Instrument. *The Journal of Pain*, 8(9), 700–707.
- Myasoedova, E., Crowson, C. S., Kremers, H. M., Therneau, T. M., & Gabriel, S. E. (2010). Is the incidence of rheumatoid arthritis rising?: results from Olmsted County, Minnesota, 1955–2007. *Arthritis & Rheumatism*, 62(6), 1576-1582.
- Newman, S., Fitzpatrick, R., Lamb, R. & Shipley, M. (1990). Patterns of coping in rheumatoid arthritis. *Psychology & Health*, 4(3), 187–200.
- Östberg, V., & Lennartsson, C. (2007). Getting by with a little help: The importance of various types of social support for health problems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 35(2), 197–204.
- Persson, Kåre Berglund, Dick Sahlbe, L.-O. (1999). Psychological Factors in Chronic Rheumatic Diseases - A Review: The case of rheumatoid arthritis, current research and some problems. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 28(3), 137–144.
- Ryan, S. (2014). Psychological effects of living with rheumatoid arthritis. *Nursing Standard*, 29(13), 52–59.
- Smith, T. W., Peck, J. R., Milano, R. A., & Ward, J. R. (1988). Cognitive distortion in rheumatoid arthritis: Relation to depression and disability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 412–416.
- Smith, Craig A.; Wallston, Kenneth A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model.. *Health Psychology*, 11(3), 151–162.
- Smith, T. W., & Williams, P. G. (1992). Personality and Health: Advantages and Limitations of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60(2), 395–425.
- Sprangers, M. A. ., & Schwartz, C. E. (1999). Integrating response shift into health-related quality of life research: a theoretical model. *Social Science & Medicine*, 48(11), 1507–1515.

- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38(11), 1161–1173.
- Turk, D. C., & Okifuji, A. (1997). Evaluating the Role of Physical, Operant, Cognitive, and Affective Factors in the Pain Behaviors of Chronic Pain Patients. *Behavior Modification*, 21(3), 259–280.
- VanDyke, M., Parker, J. C., Smarr, K. L., Hewett, J. A., Johnson, G. V., Crowe, J. E., & Walker, S. I. (2004). Anxiety in rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 51(3), 408–412.
- Walker, J. G., Jackson, H. J., & Littlejohn, G. O. (2004). Models of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis. *Clinical psychology review*, 24(4), 461-488.
- Wolfe, F., & Michaud, K. (2009). Predicting depression in rheumatoid arthritis: The signal importance of pain extent and fatigue, and comorbidity. *Arthritis & Rheumatism*, 61(5), 667–673.
- World Health Organization (WHO). (1998). The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL). User Manual. Preuzeto 25.1.2023. sa <https://www.who.int/tools/whoqol>
- World Health Organization (WHO). (2020). Basic documents: forty-ninth edition. Preuzeto 23.1.2023. sa [https://apps.who.int/gb/bd/pdf\\_files/BD\\_49th-en.pdf#page=6](https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6)
- World Health Organization (WHO). (2022). World mental health report: Transforming mental health for all. Preuzeto 25.1.2023. sa <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Young, Larry D. (1992). Psychological factors in rheumatoid arthritis.. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(4), 619–627.