



UNIVERZITET U NIŠU  
MEDICINSKI FAKULTET



**Marina S. Kostić**

**KVALITET ŽIVOTA I NIVO STIGMATIZACIJE  
OBOLELIH OD HRONIČNOG HEPATITISA C**

DOKTORSKA DISERTACIJA

Niš, 2016.



UNIVERSITY OF NIŠ  
FACULTY OF MEDICINE



**Marina S. Kostić**

**QUALITY OF LIFE AND LEVELS OF STIGMA  
TOWARDS PEOPLE WITH CHRONIC HEPATITIS C**

DOCTORAL DISSERTATION

Niš, 2016.

**Mentor:**

Prof.dr Biljana Kocić  
specijalista epidemiologije,  
Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet

**Članovi komisije:**

Prof.dr Branislav Petrović, Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, predsednik

Prof.dr Biljana Kocić, Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet, mentor

Prof.dr Vesna Šuljagić, Univerzitet odbrane u Beogradu, Medicinski fakultet  
Vojnomedicinske akademije, član

Datum odbrane: \_\_\_\_\_

## Подаци о докторској дисертацији

Ментор: Проф. др Биљана Коцић, специјалиста епидемиологије,  
Универзитет у Нишу, Медицински факултет

Наслов: Квалитет живота и ниво стигматизације оболелих од хроничног  
хепатитиса Ц

Резиме: Хронични хепатитис Ц представља велики јавноздравствени проблем. Циљ ове студије био је да се испита у ком степену је поремећен квалитет живота и у којој сфери (психичка, физичка и социјална), као и ниво стигматизације оболелих од хроничног хепатитиса Ц. Истраживање је спроведено као студија пресека. На Клиници за заразне болести анкетирани су 154 консекутивна пацијента оба пола оболела од хроничног хепатитиса Ц добровољним самопопуњавањем упитника, који је садржао социодемографске податке, ХЦВ стигма скалу и СФ 36 упитник (за квалитет живота пре дијагностиковања болести и у последњих месец дана). Студија је утврдила да је дошло до снижења квалитета живота код оболелих од хроничног хепатитиса Ц. На осећај стигматизације значајно утичу: статус неожењених/неудатих, завршена средња школа, живот са родитељима, напуштање од стране партнера и употреба ПАС пре разболевања, а као самостални и независни фактор издваја се напуштање од стране партнера. Протективни фактори за стигматизацију су: старост испитаника (старији испитаници), пребивалиште на селу, завршена основна школа, статус неожењених/неудатих, живот са супружником и децом. Жене су стигматизованије због веће персонализације стигме. Са падом скорова СФ 36 упитника расте стигматизација и дискриминација испитаника. На физичку компоненту квалитета живота, код оба пола, највећи утицај имају лош материјални статус, статус удовца/удовица и неконзумирање алкохола, а на побољшање највише утичу млађе животно доба, средња школска спрема и конзумирање алкохола. На менталну компоненту квалитета живота, код оба пола, највећи утицај имају самачки живот и статус разведених, а на побољшање највише млађе животно доба, живот на селу и статус неожењен/неудата. Закључак: Студија је утврдила да је дошло до значајног снижења квалитета живота код оболелих од хроничног хепатитиса Ц, као и знатно присуство стигматизације, нарочито код жена и оних које је напустио партнер. Налази указују на потребу адекватног деловања у циљу побољшања квалитета живота и побољшању превентивних мера, дизајнираним тако да редукују појављивање, трајање, тежину и комплексност социјалних притисака којима су изложени ови пацијенти.

Научна област: В007 Медицина (човек и кичмењаци )

Научна дисциплина: В680 Јавно здравље, епидемиологија

---

Кључне речи:

епидемиологија, хронични хепатитис Ц, квалитет живота,  
стигматизација

УДК:

304.3+27-587.65]:616.36-002(043.3)

CERIF  
класификација:

B007 – B680

Тип лиценце  
Креативне  
заједнице:

**CC BY-NC-ND**

## Data on Doctoral Dissertation

Doctoral Supervisor:	Prof. Biljana Kocić, MD, PhD, Specialist of Epidemiology, University of Niš, Faculty of Medicine
Title:	Quality of life and levels of stigma towards people with chronic hepatitis C
Abstract:	<p>Chronic hepatitis C is a major public health problem. The aim of this study was to examine the extent to which is disrupted the quality of life and in which sphere (psychological, physical and social), as well as the level of stigmatization of patients with chronic hepatitis C. The study was conducted as a cross-sectional study. At the Clinic for Infectious Diseases, Clinical Center Nis, 154 consecutive patients of both sexes with chronic hepatitis C were examined using voluntary self-administered questionnaire containing sociodemographic data, HCV stigma scale and SF 36 questionnaire (for the quality of life before the diagnosis of the disease and during the last month). The study found that there was a decrease in the quality of life in patients with chronic hepatitis C. On the feeling of stigmatization significantly affect: the status of single/unmarried, completed secondary school, living with parents, abandonment by partners and the use of PAS before getting ill, and as autonomous and independent factor stands out the abandonment by their partners. Protective factors for stigmatization are: age of the patients (older respondents), life in the country, finished primary school, status of single/unmarried, living with a spouse and children. Women are more stigmatized because of the greater personalization of the stigma. With the fall of the scores of the SF 36 questionnaire is growing stigmatization and discrimination of respondents. The physical component of quality of life, in both sexes, is most affected by the poor financial status, the status of widower/widow or no alcohol consumption, but the greatest impact on improving have younger age, middle school education, and alcohol consumption. The mental component of quality of life, in both sexes, is most affected by the single life and the status of divorced, and on improving of this component the younger age, life in the country and the status of unmarried/single. Conclusion: The study found that there was a significant decrease in the quality of life in patients with chronic hepatitis C, as well as the significant presence of stigmatization, especially in women and those who have been left by the partner. The findings indicate the need for appropriate action in order to improve the quality of life and the improvement of preventive measures designed to reduce the occurrence, duration, severity and complexity of the social pressures to which these patients are exposed.</p>
Scientific Field:	B007 Medicine (human and vertebrates)
Scientific Discipline:	B680 Public health, epidemiology

---

Key Words:	epidemiology, chronic hepatitis C, quality of life, stigmatization
UDC:	304.3+27-587.65]:616.36-002(043.3)
CERIF Classification:	B007 – B680
Creative Commons License Type:	<b>CC BY-NC-ND</b>

## LISTA SKRAĆENICA

SZO- Svetska zdravstvena organizacija

HCV- hepatitis C virus

SAD- Sjedinjene Američke Države

HCC-hepatocelularni karcinom

IKD- injektirajući korisnici droga

HHC-hronični hepatitis C

HIV- virus humane imunodeficijencije

HBV- hepatitis B virus

AST-asparat aminottransferaza

ALT-alanin aminottransferaza

$\gamma$  GT -gama-glutamil transaminaza

SVO - stabilni virusološki odgovor

HRQoL (engl. Health related quality of life)-kvalitet života povezan sa zdravljem

SF-36 (engl. Short Form Health Survey-36)-opšti upitnik za ispitivanje kvaliteta života kratke forme

CLDQ (engl.Chronic Liver Disease Questionnaire)-specifični upitnik za ispitivanje kvaliteta života kod pacijenata sa hroničnom bolešću jetre

LDQOL (engl. Liver Disease Quality of Life Instruments) - specifični upitnik za ispitivanje kvaliteta života kod pacijenata sa bolešću jetre

AIDS (engl.Acquired Immuno Deficiency Syndrome (sindrom stečene imunodeficijencije – SIDA)

UNAIDS (engl. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS) - Program Ujedinjenih nacija za borbu protiv HIV/AIDS-a

HCV stigma skala – upitnik za ispitivanje stigmatizacije kod inficiranih virusom hepatitisa C

PAS – psihoaktivna supstanca

PF-fizičko funkcionisanje

RP-fizička uloga

BP-telesni bol

GH-opšte zdravlje

VT-vitalnost

SF-socijalno funkcionisanje

RE-emocionalna uloga



MH-mentalno zdravlje

PCS-fizički kompozitni skor

MCS-mentalni kompozitni skor

SD-standardna devijacija

ANOVA (engl. Analysis of Variance)-analiza varijanse

EU - Evropska Unija

QALY - godine života korigovane u odnosu na kvalitet

## SADRŽAJ

1.	UVOD.....	1
1.1	Hronični hepatitis C .....	1
1.2	Kvalitet života – definicije i značaj.....	6
1.3	Stigmatizacija – definicije i značaj.....	8
1.4	Instrumenti merenja kvaliteta života i stigmatizacije.....	10
2.	CILJ RADA .....	15
3.	MATERIJAL I METODE .....	16
3.1	Ispitanici, kriterijumi za uključenje/isključenje u studiju.....	16
3.2	Metode .....	17
4.	REZULTATI.....	19
4.1	Sociodemografski podaci obolelih od hroničnog hepatitisa C.....	19
4.2	Stigmatizacija obolelih od hroničnog hepatitisa C.....	23
4.3	Kvalitet života obolelih od hroničnog hepatitisa C.....	52
5.	DISKUSIJA .....	106
6.	ZAKLJUČAK.....	136
7.	LITERATURA .....	137
8.	PRILOZI.....	163
9.	BIOGRAFIJA AUTORA.....	177

## 1. UVOD

---

### 1.1 Hronični hepatitis C

Prema procenama Svetske zdravstvene organizacije (SZO) 3% svetske populacije (ili 170 miliona ljudi) inficirano je virusom hepatitisa C (HCV), a broj zaraženih biće tri puta veći u 2020. godini (1). Globalna prevalencija hroničnog hepatitisa C iznosi prosečno 1% u zemljama Zapadne Evrope i 1,6% u Sjedinjenim Američkim Državama (SAD) (2). U tim zemljama hepatitis C je vodeći uzrok hronične bolesti jetre, ciroze jetre, hepatocelularnog karcinoma (HCC) i transplantacije jetre (3-5). U mnogim zemljama većinu HCV slučajeva čine sadašnji ili bivši injektirajući korisnici droga (IKD) (6-8) .

Za razliku od drugih virusnih hepatitisa, akutna faza je retka (9). Klinička slika hroničnog hepatitisa C (HHC) je blage simptomatologije ili protiče asimptomatski. Infekcija traje decenijama i pacijent može i ne mora biti svestan njenog prisustva, tako da se čak u 80% slučajeva otkriva prilikom kontrolnih pregleda (10). Značajan procenat razvija cirozu jetre za period od 25-30 godina (najmanje 20% osoba koje su hronični nosioci) i hepatocelularni karcinom (1, 10-13). Kao rezultat broja pacijenata koji ne reaguju na terapiju po važećem protokolu i broja obolelih koji su otkriveni veoma kasno, bolest jetre zbog HHC je glavni razlog upućivanja na transplantaciju jetre (14-16). Zbog komplikacija koje izaziva, visoke cene antivirusne terapije i transplantacije jetre SZO smatra da HHC predstavlja veliki javnozdravstveni problem (17-19).

Kod određenog broja bolesnika hronicitet dovodi do ireverzibilnog oštećenja jetre koje može da se završi letalno (20, 21). Više od 350 000 ljudi umre svake godine od bolesti jetre uzrokovanih hepatitisom C, sa tendencijom porasta (22). Evolucija bolesti u značajnoj meri zavisi od prisutnog genotipa virusa, pravovremenog prepoznavanja bolesti, nekih karakteristika pacijenata (muški pol, starije osobe), terapijskog pristupa obolelima, životnih navika (konzumiranje alkohola i cigareta), kao i koinfekcije virusom humane imunodeficijencije (HIV) i virusom hepatitisa B (HBV) (2, 23).

Hronični hepatitis C obično se ispoljava sa malo simptoma koji najčešće ne zahtevaju medicinsku intervenciju, ali uzrokuju probleme pri svakodnevnim aktivnostima. Simptomi, ukoliko se ispolje, su nespecifični: zamor, razdražljivost, mučnina, anoreksija, bolovi u

mišićima, glavobolja, abdominalni bolovi, gubitak telesne mase i bolovi u zglobovima (24, 25).

Česte su ekstrahepatične manifestacije, koje mogu biti teže od osnovne bolesti. Te manifestacije mogu biti od strane endokrinih (hipotireoza, hipertireoza, Hašimotov tireoiditis, povišenje antitireoidnih antitela, šećerna bolest), pljuvačnih (Siogrenov sindrom i sialoadenitis) i limfnih žlezda (mešovita krioglobulinemija, limfomi, monoklonske gamapatije, idiopatska trombocitopenija, aplastična anemija), očiju (Mooren ulcer i uveitis), koštane srži, bubrega (membranoproliferativni glomerulonefritis, membranozna nefropatija), mišića (latentne mišićne nenormalnosti, mišićna slabost), zglobova (perifeme neuropatije, poliartralgijske i poliartritis, reumatoidni artritis), kože (kutani nekrotizirajući vaskulitis, kasna kožna porfirija, lihen planus, erythema multiforme, erythema nodosum, malacoplakia, urticaria, pruritus) i dr. (nodozni poliarteritis, autoantitela). Kod nekih se zamor i slabost (80%) javljaju i u ranoj fazi bolesti (26-42). Mnogi pacijenti se zbog toga leče kod drugih specijalista, a ne leče osnovno oboljenje. Sve ove manifestacije, kao i komplikacije bolesti, smanjuju kvalitet života obolelih od HHC (43).

Rana dijagnoza omogućava osobama sa HHC da se oceni ozbiljnost bolesti i neophodnost primene antivirusne terapije. Terapija pacijenata sa HHC ima za cilj eradikaciju virusa iz organizma i prevenciju dalje transmisije virusa hepatitisa C. Kombinacija pegilovanog interferona i ribavirina pokazala se kao efikasnija u lečenju hroničnog hepatitisa C (44). Da bi se primenila antivirusna terapija potrebno je uraditi:

1. biohemijske analize (asparat aminotransferaza (AST), alanin aminotransferaza (ALT), bilirubin, alkalna fosfataza, gama-glutamil transaminaza ( $\gamma$  GT), holesterol, trigliceridi, alfa feto protein, hormoni štitne žlezde, autoantitela, krvna slika),
2. ultrazvučni nalaz,
3. biopsiju jetre uz prethodnu kontrolu broja trombocita i koagulacionog statusa; kod kontraindikacija za biopsiju jetre radi se fibrosken jetre,
4. patohistološki nalaz (određivanje stepena fibroze, ciroze, steatoze jetre i dr.)
5. virusološke analize (indirektna dijagnostika, dokazana HCV pozitivnost (ELISA) i direktnu dijagnostiku: prisustvo HCV RNA u krvi, kvalitativnu (genotip virusa 1, 2, 3, 4, 5, 6 i podtipovi a, b, c) i kvantitativnu (viral load) determinaciju HCV RNA (PCR))

Pacijenti koji su se kvalifikovali za terapiju, na osnovu određenog genotipa virusa, podvrgavaju se i različitom terapijskom režimu u pogledu trajanja lečenja. Pacijenti sa genotipom 2 i 3 primaju pegilovani interferon alfa-2a subkutanom injekcijom jednom

nedeljno, a ribavirin per os svakodnevno, u toku 24 nedelje terapije. Pacijenti sa genotipom 1 i 4 primaju pegilovani interferon alfa-2a subkutanom injekcijom jednom nedeljno, a ribavirin per os, svakodnevno, u toku 48 nedelja terapije. Doziranje terapije je isto kod obe grupe genotipova virusa, i to: pegilovanog interferona alfa-2a u dozi od 180 µg nedeljno, ribavirina 1000-1200 mg dnevno. Smanjenje doze lekova planirano je i dozvoljeno u slučaju pada vrednosti hemoglobina na ispod 100 g/L, polimorfonukleara ispod  $0,75 \times 10^9/L$ , trombocita ispod  $50 \times 10^9/L$ . Prema smernicama za terapiju i evaluaciju lečenja pegilovanim interferonom alfa-2a i ribavirinom, radi utvrđivanja rapidnog i ranog virusološkog odgovora koji diktira nastavak terapije (1 i 4 genotip), uzima se krv radi analize 24 nedelje po završetku terapije, u cilju utvrđivanja postizanja stabilnog virusološkog odgovora (SVO) (45- 47).

Međutim, svi oboleli ne dobijaju terapiju. Razlozi su mnogobrojni: većina inficiranih nije svesna svog HCV statusa; postoji mogućnost da se bolesnicima sa blagom bolešću jetre ne ponudi terapija; lečenje može biti ograničenog efekta zbog psihijatrijskih komorbiditeta; i svi pacijenti ne pokazuju isti odgovor na trenutno dostupna antivirusna sredstva. Neke studije potvrđuju a druge opovrgavaju vezu HCV genotipa i brzine razvoja fibroze ili hepatocelularnog karcinoma (48-51).

Prisutnost genotipa 1 ima za rezultat manji broj bolesnika sa SVO (52), što dodatno može da razočara obolelog u povoljan ishod bolesti, bez obzira na okruženje u kome žive.

Terapija HHC je skupa: od 2000 US \$ u Egiptu do 84000 US \$ u SAD, u zavisnosti od vrste terapije. Zbog toga je terapija u svetu nedostupna za većinu osoba kojima je tretman potreban. U razvijenim zemljama svi slučajevi hroničnog hepatita C uzimaju se u razmatranje za terapiju, dok u nisko i srednje razvijenim zemljama, zbog visoke cene lekova, samo oni sa progresijom bolesti (53, 54). Uzimajući u obzir životno doba obolelog, procena kvaliteta života često služi za utvrđivanje isplativosti antivirusne terapije (23, 55). Drugi način lečenja HCV infekcije se uglavnom realizuje preko studija (trojna terapija, non interferonska terapija) prvenstveno zbog cene ovakvog lečenja koje ne može biti praćeno od strane države.

Lekari i pacijenti treba da razmotre uticaj tretmana na kvalitet života prilikom donošenja odluke o alternativnoj terapiji za lečenje hepatitisa C. Dugoročno gledano lečenje rezultuje poboljšanjem kvaliteta života, dok je za vreme lečenja kvalitet život pogoršan, verovatno zbog lečenja interferonom (56).

Uspešan odgovor na antivirusnu terapiju može da spreči progresiju bolesti jetre. Osim toga, terapija omogućava da osobe sa HHC dobiju savete o promeni načina života (kao što je smanjenje konzumiranja alkohola, smanjenje telesne mase, i načinu da normalizuju nivo

šećera), upravo čime se smanjuje rizik za nastanak ciroze jetre i HCC (57, 58). Postizanje SVO terapijom dovodi do poboljšanja subjektivne percepcije pacijenta i značajnog porasta kvaliteta života lečenih pacijenata (59-66).

Zbog teškoća u lečenju i velikog broja obolelih, veoma je važna prevencija hroničnog hepatitisa C, koja je i otežana nedostajanjem specifične profilakse - vakcinacije. Istraživanja u oblasti kvaliteta života pacijenata sa HHC treba da doprinesu boljem uvidu u uticaje bolesti na pacijente, njihove porodice, zdravstveni sistem i društvo uopšte (67, 68).

Za obolele od hroničnih bolesti, uključujući i one sa hroničnim hepatitisom C, nije važna samo terapija, već i kvalitet života, prisustvo unutrašnje stigmatizacije i diskriminacije od strane drugih u svakodnevnom životu. Rezultati većine studija o kvalitetu života obolelih od hroničnih hepatitisa ukazuju da ovi pacijenti imaju fizičke i psihičke tegobe (zbog same bolesti ili zbog primenjene terapije) i na opadanje socijalne funkcije, što zahteva permanentni monitoring bolesnika (68-70).

Seropozitivnost na virus hepatitisa C utvrđena je kod pojedinih bolesnika sa sindromom hroničnog zamora, ali je i zamor čest simptom kod HHC (27). Dozno-zavisna, reverzibilna neuropsihijatrijska toksičnost prijavljena je u 30-40% pacijenata sa HHC. Neuropsihijatrijska neželjena dejstva mogu biti teška i ograničavajuća za doziranje lekova. HHC često je praćen psihijatrijskim problemima. Pretpostavlja se da izražena briga o mogućoj transmisiji virusa najbližim osobama, utiče na pojavu depresije i kod osoba kod kojih fizičke tegobe nisu prisutne (71-74).

Kognitivna disfunkcija, koja prati obolele od HHC, može značajno da smanji kvalitet života pacijenta. Zbog otežane mogućnosti da prate savete za neophodan režim života, pacijenti su nedovoljno i neadekvatno medicinski zbrinuti. Takođe, kognitivna disfunkcija može posledično da utiče i na pad kvaliteta interpersonalnih odnosa i otežanu sposobnost socijalne adaptacije. Smatra se da kognitivna disfunkcija nastaje usled dejstva samog virusa na mozak, što se može uočiti i magnetnom rezonancom (75- 78).

Istraživanja su ukazala na činjenicu da sve veći broj muškaraca u reproduktivnom dobu zaraženih hepatitisom C ima probleme sa fertilitetom i seksualnom disfunkcijom (79-81).

Kvalitet života pacijenata obolelih od HHC značajno je umanjen u svih osam domena generičkog upitnika SF 36 (82). Ustanovljeno je da su starost, težina bolesti, upotreba narkotika, prisustvo bola, depresije, finansijskih problema i straha od smrti, povezani sa lošijim kvalitetom života (83-87). Stoga, potreban je specifičan pristup ovoj populaciji pacijenata, i sprovođenje temeljnih istraživanja svih aspekata kvaliteta života u vezi sa bolešću.

Istraživanja kvaliteta života industrijskih radnika i poljoprivrednika pokazala su da ostajanje bez posla i izostajanje zarada, sama po sebi dovode do pada kvaliteta života nevezano za HHC (88). Mesečna primanja i pol imali su najveći uticaj na kvalitet života Tajvanaca (89). U istraživanju Hsua i saradnika, utvrđeno je da promene u stadijumu HCV oboljenja objašnjavaju samo male promene u kvalitetu života, i sugerišu da faktori kao što su komorbiditet, dohodak i bračni status imaju veći efekat nego stadijum bolesti (90).

U okviru analiziranja kvaliteta života obolelih od HHC u našoj literaturi uglavnom je sagledavan fizički i mentalni, a manje socijalni aspekt, čiji poremećaj može da dovede do psihosomatskih oboljenja. Obrađivana je stigmatizacija i diskriminacija obolelih od mentalnih oboljenja, tuberkuloze i kožnih bolesti (91-94).

Stigmatizacija je povezana sa stavovima, predrasudama i stereotipima o hepatitisu C kao oboljenju koje se javlja kod IKD. U našoj zemlji je ispitivana u okviru istraživanja stigmatizacije i diskriminacije kod osoba sa povećanim rizikom od HIV infekcije (95). U stranoj literaturi, stigmatizacija i diskriminacija obolelih od hepatitisa C ispitivane su u zemljama sa visokom prevalencijom hepatitisa C, kod IKD i osoba inficiranih HIV-om. Autori su saglasni da su na ovom polju potrebna detaljnija ispitivanja (67, 96-100).

Otkrivanje seropozitivnosti može da poboljša pristup nezi i podršci ili pak da izloži osobu stigmatizaciji i potencijalnoj diskriminaciji. Oboleli se različito tretiraju zbog svoje dijagnoze. Dijagnoza može da bude i okidač za pojavu osećanja stida ili krivice. Posledice stigmatizacije poput obezvređivanja, omalovažavanja, pada samopoštovanja i samopoimanja, otežavaju zapošljavanje obolelih i smanjuju im finansijsku nezavisnost i socijalne aktivnosti koje su dostupne zdravim ljudima. Hepatitis C je bolest o kojoj ljudi nemaju tačne informacije o načinu transmisije, kliničkom toku i terapiji. Mnogi se informišu o hepatitisu C tek kada obole ili oboli neko njima blizak.

Zukowski je opisala i analizirala iskustva žena sa hepatitisom C. Njihova iskustva daju uvid u fenomen kako se prihvata saopštenje da su obolele i kako se živi sa HCV-om. Opisivale su početni šok, nevericu, potrebu za informacijama o tome kako da se brinu o sebi, osećaj da su se loše ophodili prema njima, strah da otkriju svoje oboljenje i da se boje kako će druge da zaraze (100). Sve ovo ukazuje na veliko prisustvo stigmatizacije u njihovoj životnoj sredini.

Živeti sa stigmatizacijom zbog bolesti može da ima negativne efekte na zdravlje i kvalitet života obolelog remećenjem socijalnih odnosa u kući, na poslu, a vrlo često i zdravstvene zaštite. Efekti stigme uključuju izolaciju, depresiju i probleme sa finansijama ili stanovanjem. Stigmatizacija značajno utiče na kvalitet zdravstvene zaštite i kasnog

prepoznavanja i dijagnostikovanja bolesti, slabijeg dejstva terapije i stresa koji još više ugrožava zdravlje pojedinca. Međutim, i u razvijenim i u nerazvijenim zemljama, stigmatizacijom i posledičnom diskriminacijom su pored obolelih pogođeni i članovi njihovih porodica (93).

Zdravstveni radnici mogu biti stigmatizatori. Ovaj problem se pre može pripisati stavu nego manjku znanja, a diskriminacija od strane medicinskog osoblja dalje podgreva stigmatu u široj javnosti. Ovo potvrđuju i sami pacijenti govoreći da su dobru saradnju uglavnom imali samo sa osobljem specijalizovanih klinika za lečenje hepatitisa C. Sasvim drugačiji pristup su imali zdravstveni radnici drugih ustanova a posebno se navodi primarna zdravstvena zaštita, sa kojom pacijenti imaju najviše kontakata (101).

Neka istraživanja navode da su zdravstvene ustanove i porodica mesta gde oboleli najčešće doživljavaju stigmatizaciju i diskriminaciju (102). Stigmatizovane osobe osećaju se zarobljene između osećaja srama, i neodobravanja društva i porodice, na način kojim se značajno utiče na njihov kvalitet života i smanjuje im se mogućnost za oporavak. To vodi izolaciji od javnosti, depresiji, izbegavanju traženja posla i finansijskoj nestabilnosti, što opet vodi još većim zdravstvenim problemima i sve većem padu kvaliteta života obolelog.

## **1.2 Kvalitet života – definicije i značaj**

Dosadašnje medicinsko znanje i savremena tehnologija produžili su životni vek ljudi, ali se postavlja pitanje koliko je taj život kvalitetan, naročito kod onih sa hroničnim oboljenjima. Često se kvalitet života pogrešno izjednačava sa blagostanjem i zdravstvenim stanjem, koji međutim, predstavljaju samo delove jednog većeg pojma. SZO je 1946. godine definisala zdravlje kao stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti i oronulosti (103).

Lekarima je važniji ishod bolesti, zasnovan na osnovnim biomedicinskim naukama (genetici, fiziologiji, patologiji, molekularnoj biologiji i dr.) dok je pacijentima važno i doživljavanje sopstvene bolesti i posledica do kojih dovodi (fizičke, emocionalne, socijalne). Upravljaajući se time, SZO je dala definiciju kvaliteta života: pod kvalitetom života podrazumeva se opažanje pojedinaca o sopstvenom položaju u životu u kontekstu kulturnog i vrednosnog sistema u kojima žive, kao i u odnosu na njihove ciljeve, očekivanja i standarde koji važe u tim sistemima (104, 105).



Značajan uticaj na individualno psihičko i fizičko blagostanje mogu imati i faktori koji nisu direktno vezani za zdravlje (socijalni standardi, prihodi, slobode). Pojedini pristupi kvalitetu života usmereni su samo na pojedinca. Elikton je definisao kvalitet života kao harmoniju unutar čoveka, ali i harmoniju između čoveka i njegovog sveta (106). Krizmanić i Kolesarić kvalitet života sagledavaju kao subjektivno doživljavanje života koje je određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utiču na njegovo doživljavanje realnosti i specifičnog životnog iskustva. Stoga sledi da je kvalitet života psihološki stav prema životu i svim njegovim aspektima, pri čemu zadovoljstvo životom predstavlja afektivnu komponentu stava prema životu (107, 108). Andrews smatra da kvalitet života (fizičko stanje, međusobni odnosi, socijalni status) zavisi i od procene drugih a ne samo ispitivane osobe (106). Kvalitet života po Cummins čini subjektivni i objektivni domen, pri čemu je svaki domen sastavljen od sedam područja: materijalnog blagostanja, zdravlja, produktivnosti, intimnosti, sigurnosti, blagostanja zajednice i emocionalnog blagostanja. U objektivne domene spadaju kulturološki relevantne mere objektivnog blagostanja, dok subjektivni domeni sadrže zadovoljstvo mereno važnošću koju ima za svaku pojedinu ličnost (108). Stiče se utisak da subjektivni i objektivni pokazatelji ne pokazuju linearnu povezanost. U dobrim objektivnim životnim uslovima dalje povećanje materijalnog bogatstva doprinosi malo ili nimalo još većem subjektivnom osećaju kvaliteta života. Međusobna uslovljenost subjektivnog i objektivnog domena kvaliteta života izraženija je kada životni uslovi postaju loši (109).

Značajan doprinos dao je Torrance koji je definisao ukupan i zdravstveno relevantan kvalitet života (110). U medicini se najčešće govori o kvalitetu života kod bolesnih, odnosno o zdravstveno relevantnom kvalitetu života, što je rezultiralo pojavom koncepta kvaliteta života povezanog sa zdravljem (HRQoL) (engl. Health related quality of life) i o rezultatima koji govore u kojoj meri su mere zdravstvene zaštite, lečenje i rehabilitacija uticali na rad i dnevne životne funkcije (111). Ova procena efikasnosti primenjenih mera ne služi samo za analizu *cost-benefit-a*, već i za unapređenje terapijskih procedura i najboljeg korišćenja zdravstvenih resursa.

O značaju HRQoL govori i rad Jay i sar., prema kojima se ishod lečenja pacijenata može sagledati preko sledećih kategorija: preživljavanje (koliko dugo žive pacijenti), kvalitet života (koliko dobro žive pacijenti) i cena (koliko košta lečenje) (112).

### 1.3 Stigmatizacija – definicije i značaj

Stigmatizacija je pridavanje osobina koje znatno diskredituju osobu u očima drugih. Reč stigma i njen izvorni pojam svoje poreklo imaju u antičkoj Grčkoj. Stigma je označavala žig nanošen usijanim gvožđem na telo roba, zločinca ili izdajnika i koji ukazuje na neke nedostatke ličnosti koja je njim obeležena. Tu osobu su izbegavali, naročito na javnim mestima. Sa hrišćanstvom stigma dobija nova značenja: najpre telesnu nakaznost, kao posledicu božje volje, a zatim obično bolom praćenu tobožnju sposobnost ulaženja u Hristove patnje tako što se na telu tih (stigmatizovanih) osoba pojavljuju Hristove rane (što je slično stanjima hipnotizma i histerije) (113). Pojam stigma danas se najčešće koristi u kontekstu reakcije drugih osoba i posledičnog socijalnog udaljavanja od osoba sa diskreditujućim stanjem ili bolesti. Diskriminacija predstavlja akcije od strane drugih osoba, kojima se stigmatizovanim osobama dodatno smanjuju životne prilike ograničavanjem pristupa zaposlenju, obrazovanju, stanovanju, zaradi, zdravstvenoj zaštiti itd. Pored eksterne diskriminacije postoji još jedna važna i uticajna dimenzija stigme i diskriminacije a to je interna, unutrašnja stigmatizacija odnosno, strah od osude i diskriminacije od strane drugih.

Iako je u svojoj diskusiji Gofman uključio i psihološku i socijalnu komponentu stigme, njegove ideje su prvenstveno bile korišćene u analizi psihološkog uticaja stigme na pojedince. Ovo je stvorilo razumevanje psihologije stigmatizovanih osoba, fokusirajući se na procese kojima se stigma internalizovala i na oblike individualnih ponašanja. Ipak, ovo je isključilo razmatranja kako su se promenili društveni život i međusobni odnosi pod uticajem stigme (114).

Ljudi često nisu svesni svojih predrasuda i stvarnih izvora koji utiču na njihove odluke. Postoji nekoliko nivoa na kojima se može iskusiti diskriminacija – na društvenom nivou, na nivou zajednice, individualnom nivou, na radnom mestu i prilikom zapošljavanja, na nivou zdravstvene zaštite, u okviru porodice i prijatelja. Možda najjača posledica stigmatizacije proizlazi iz njene trajnosti jer ona, kao i predrasude uopšte, nije privremena već trajna kategorija koja postaje dominantna odrednica stigmatizovane osobe. Društveni status i odnose s drugim ljudima određuje stigma, potiskujući sve ostale osobine stigmatizovane ličnosti. Svako nastojanje da se stigmatizovane osobe suprotstave stigmatizaciji, obično je još i pojačava isključujući svaku mogućnost izlaska iz zatvorenog kruga. Te osobe prihvataju ulogu nametnutu stigmatizacijom, pa dolazi do redukcije socijalnog prostora osobe smanjujući njene šanse u životu.

Ustavi demokratskih zemalja garantuju jednakost za svoje građane u smislu ostvarivanja svih njihovih prava. Zabranjuje se diskriminacija odnosno pravljenje razlike između pojedinaca ili grupe, kao i članova njihovih porodica na osnovu stvarne ili pretpostavljene pripadnosti nekoj grupi ili na bazi karakteristika same osobe i/ili njene porodice (115). Marginalizacija kombinuje socijalne isključenosti i diskriminaciju. Prinudno marginalizovan se postaje rođenjem (etnička diskvalifikacija, urođeni hendikep, seksualna različitost, teži oblik siromaštva) ili se to može postati tokom života (sticanje hendikepa, izbeglištvo, narkomanija, hronično oboljenje, prostitucija, nezaposlenost, zatvorenici, stara lica, muškarci koji imaju seksualne odnose sa muškarcima). Naročito je u urbanim sredinama primetna marginalizacija u odnosu na dominantnu grupu (116, 117).

Naša kultura je još uvek obeležena i opterećena ograničenim i jednostrano usmerenim predrasudama. Pojedine osobine društvenog sistema doprinose stvaranju osetljivih grupa: dogmatičnost, netolerantnost, nespремnost na kompromis i neuvažavanje individualizma. Na primer, o starima postoji opšta stereotipna slika u medijima i u literaturi kako klasičnoj tako i u onoj za decu i mlade. Starost se često izjednačava sa bolešću i nesposobnošću te starije osobe zbog toga bivaju ili prezaštićene ili odbačene od strane mlađih, dok one same postaju nezainteresovane ili se povlače u bolest ili izolaciju (118, 119). Posebno mesto uzima proces marginalizacije mladih ljudi, što je uzrokovano uništavanjem društvenih, kulturnih, ideoloških i političkih osnova života, gubitak vrednosnih orijentacija. Ova grupa je naročito podložna uticaju medija i "novim merilima" lepote i ponašanja, te iz toga proizilazi i iskorišćavanje od strane industrije dijeta i mršavljenja i modne industrije. Od socijalnog isključivanja i siromaštva je u riziku 27% dece starosti od 0 do 17 godina u Evropskoj uniji u 2011. godini (120, 121).

Ljudi mogu svesno da izbegavaju druge zato što izgledaju zaraženo, pri čemu su ova stigma i predrasuda ukorenjeni u našoj evolucionoj prošlosti, a ne predstavljaju aktuelne društvene pritiske (122). Ovo je naročito izraženo kod HIV infekcije i mentalnih poremećaja (91, 123). Saznanje da se HCV, kao i HIV infekcija, ne može preneti uobičajenim socijalnim kontaktima, nije dovoljno da se ljudi oslobode iracionalnog straha od bolesti, naročito onog oblika koji opasnost vidi u drugim ljudima a ne u svom rizičnom ponašanju. Interna stigma kod osoba koje žive sa HCV-om duboko utiče na način na koji one vide sebe a zajedno sa eksternom stigmom utiču na prevenciju HCV infekcije, lečenje i negu, rezultirajući kontinuiranim rizičnim ponašanjem i ne traženjem pomoći (95, 96).

Studije su potvrdile da su i studenti medicine skloni stigmatizaciji, kako u svetu (124) tako i kod nas (92) što se verovatno i kasnije negativno odražava u toku daljeg bavljenja

profesijom. Nekada se stigmatizacija i diskriminacija pacijenata dešava u samoj zdravstvenoj ustanovi, a kao najčešće navode se bolnice, ordinacije primarne zdravstvene zaštite i stomatološke ordinacije (67). Dolazi do odbijanja pružanja zdravstvene usluge, stigmatizacije prilikom pružanja usluge ili povrede poverljivosti podataka pacijenata. Kao rezultat toga, pacijenti izbegavaju društvena okupljanja, izoluju se, gube samopoštovanje i postaju depresivni (97-99).

#### **1.4 Instrumenti merenja kvaliteta života i stigmatizacije**

Za validnu procenu kvaliteta života bolesnika potrebna je sveobuhvatna analiza čitavog niza aspekata na osnovu kojih se procenjuju dnevne funkcije. Lična percepcija zdravlja je subjektivna mera koju je teško proveriti. Zbog toga su razvijeni instrumenti za indirektno, objektivno merenje pojedinih domena kvaliteta života koji omogućavaju kasniju statističku obradu (125). Upoređivanje raznih parametara između pojedinih bolesti i stanja, odnosno upoređivanje različitih tegoba u okviru jedne bolesti u kliničkim istraživanjima daje mogućnost primene terapije kod svih obolelih od ispitivanog oboljenja.

Kao instrumenti za merenje kvaliteta života u vezi sa zdravljem koriste se upitnici. Mnoge od tehnika trenutno dostupnih za merenje kvaliteta života bazirane su na pitanjima koja lekari postavljaju bolesnicima kako bi sagledali njihovo opšte stanje. Zdravlje je na različite načine shvaćeno u različitim društvima i kulturama, pa je i vrednovano unutar određenog kulturološkog konteksta. Zbog toga je potrebna adaptacija upitnika na uslove različitih podneblja i kultura (105).

Spitzer prilikom procene kvaliteta života u analizu zdravlja uključuje: fizičku i socijalnu funkciju, mentalni status, težinu simptoma i ličnu percepciju zdravlja. Za globalnu ocenu kvaliteta života potrebno je analizirati svaku oblast i njihove komponente (126, 127).

Za merenje kvaliteta života koriste se tri vrste instrumenata: opšti, generički i specifični za određenu bolest (128). Svaki od ovih upitnika potrebno je da ima validitet za ispitivano oboljenje (129,130).

Opšti upitnici se koriste za procenu pojedinačnih funkcija korišćenjem vizuelno slične ili graduisane skale za određivanje ukupnog izmerenog skora. Ovi upitnici se lako primenjuju, ali se ne mogu koristiti za identifikaciju specifičnih oblasti ili disfunkcija.

Generički upitnici mogu se koristiti za procenu kvaliteta života i kod zdrave i kod obolele populacije, što omogućuje komparaciju dobijenih skorova sa skorovima drugih pacijenata ili zdravom kontrolnom grupom. Sadrže pitanja iz različitih domena kvaliteta života i primenjivi su kod različitih bolesti. Pouzdani su za detekciju neočekivanih uticaja bolesti ili izmenjene funkcije, ali im je senzitivnost i diskriminatorska sposobnost manja u odnosu na specifične upitnike jer ne procenjuju specifične aspekte ispitivane bolesti važne za utvrđivanje kliničkih promena (125). Ovi upitnici mogu da posluže za davanje informacija bitnih za unapređenje zdravstvenog sistema. Od najčešćih generičkih upitnika (131), najviše se koristi Short Form Health Survey-36 (SF-36) (132-134). On je prvo korišćen na zdravoj populaciji u SAD, Velikoj Britaniji i Švedskoj, a zatim i u drugim zemaljama za različite vrste oboljenja (112).

Specifični upitnici koriste se za jedno oboljenje ili grupu oboljenja i pokazuju visoku senzitivnost i specifičnost za karakteristične probleme ili simptome tog oboljenja. U kliničkim ispitivanjima kod oboljenja jetre za procenu kvaliteta života koriste se sledeći upitnici: Liver Disease Quality of Life Instruments (LDQOL) (135), Hepatitis Quality of Life Questionnaire (HQLQ) (59) i Liver Disease Symptom Index 2.0 (LDSI 2.0) (136), Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) (137, 138). HQLQ sada se primenjuje samo u kliničkim ispitivanjima hroničnog hepatitisa C jer nije validan kod bolesti sa odmaklom cirozom jetre. Sadrži SF 36 sa 5 dodatnih specifičnih subskala za bolest. Zbog obimnosti pitanja LDQOL može da predstavlja problem kada se kombinuje sa drugim upitnicima (pored SF 36 sadrži i 77 bolest specifičnih pitanja u 12 podskala). CLDQ je kratak, a primenjiv je za sve etiologije i stepene hroničnih bolesti jetre. Sadrži 29 stavki u domenima: zamor, aktivnost, emocionalna funkcija, stomachne tegobe, sistemski simptomi i zabrinutost. LDSI 2.0 sa 24 stavke procenjuje efekat 9 simptoma hronične bolesti jetre i njihov uticaj na dnevne aktivnosti obolelih. Da bi se optimalno procenio kvalitet života najbolje je koristiti kombinaciju ovih upitnika (139-141).

Za potrebe zdravstvene ekonomije napravljeni su ”*utility*” generički upitnici, koji se koriste u proceni odnosa “cost-benefit”. Njima se izračunavaju kvalitetu prilagođene godine života (QALYs) (engl. quality adjusted life years) (131). Ovi upitnici određuju kvalitet života hipotetičkih zdravstvenih stanja. Tri najčešće korišćena upitnika iz ove grupe su: Health Utilities Index (HUI) (142), SF-6D (143) i EuroQoL EQ-5D (144).

Za procenu stigme povezane sa zdravljem korišćeni su ili preporučeni različiti pristupi koji se mogu grupisati u četiri kategorije:

1. ocena iskustva aktuelne diskriminacije i / ili učešće ograničenja kod obolele osobe;

2. procena doživljene ili internalizovane stigme;
3. procena stavova i / ili prakse prema obolelim osobama i,
4. skrining za diskriminatorske i stigmatizujuće prakse u (zdravstvenim) službama, zakonodavstvu, medijima i obrazovnim materijalima.

Unutar svakog od ovih pristupa, korišćene su različite istraživačke metode, uključujući upitnike, kvalitativne metode, indikatore i skale (145).

Studije pokazuju da su stigme povezane sa hroničnim zdravstvenim stanjima (kao što su HIV/SIDA, lepra, tuberkuloza, mentalno zdravlje i epilepsija) globalni fenomen, koji utiče kako na pojedince i njihove porodice tako i na efikasnost programa javnog zdravlja. Podaci dobijeni merenjem stigmatizacije mogu se koristiti u analizi situacije, podršci, monitoringu i evaluaciji intervencija protiv stigme i istraživanju boljeg razumevanja stigme i njenih determinanti.

Link i sar. su rekli da je ključno za naučno razumevanje stigme naša sposobnost da je posmatramo i izmerimo je (146).

Razvijeni merni instrumenti za procenu intenziteta i kvaliteta stigme su često specifični za oboljenje. Upitnici mogu biti zatvorenog ili otvorenog tipa ili kao intervju vodiči, a služe za prikupljanje podataka o znanju, stavovima i prijavljenoj praksi. U kvalitativne metode spada procena na osnovu informativnih intervjuja, diskusija fokus grupe i učesnika posmatranja. Indikatori se često koriste u setovima i pružaju posebne informacije za svaki pokazatelj. Zajedno oni mogu dati profil stigme i diskriminacije, ali se ne mogu sažeti u jednoj meri, osim ako nisu razvijeni kao skala. Skale su namenjene da daju brojčani rezultat koji ukazuje na ozbiljnost ili obim izmerenog fenomena.

Upitnici su često povezani pojedinim pitanjima koja su formulisana na nekoliko različitih načina (pitanja ili izjave, doživljena ili pretpostavljena stigma, perspektiva zajednice ili obolelog) u vezi sa bračnim problemima, socijalnim izbegavanjem, prikrivanjem oboljenja, stidom i sramotom, osećanjem manje vrednosti, druženjem sa porodicom i prijateljima, smanjenom mogućnošću za zaposlenje itd.

Prvo su napravljeni instrumenti za merenje stigme kod zaraznih oboljenja, a kasnije i kod drugih poremećaja. Prva stigma skala napravljena je za lepru i mentalna oboljenja u Indiji od strane Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC), a merila je negativne stavove zajednice (147, 148). Modifikovana ova skala se koristila za merenje stigme kod depresije (149), tuberkuloze (150, 151), kožnih oboljenja (152), Buruli ulcera (153).

Postoje još dve generičke stigma skale: za decu od 8-12 godine i adolescente - Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS) (154) i skala učešća - Participation Scale koja meri

socijalno učešće obolelih, invaliditet i druga stigmatizovana stanja (155). Anandaraj-ova skala rehabilitacije (Dehabilitation Scale) ocenjuje socijalno učešće, odnose u porodici, profesionalna stanja i samopoštovanje (156). Gopalov upitnik se koristi za identifikaciju ciljne grupe za socioekonomsku rehabilitaciju (157).

Veći broj stigma skala nastao je u SAD-u. Prvo je napravljena AIDS Attitude Scale – skala stavova o sindromu stečene imunodeficijencije (AIDS) da bi se merio stav zdravstvenih radnika prema AIDS-u, a sada se koristi za ispitivanje stavova javnosti (158, 159). Druga skala stavova napravljena je u Brazilu (160). Protocol for identification of discrimination against PLWH – Protokol za identifikaciju diskriminacije osoba koje žive sa HIV-om je razvio Program Ujedinjenih nacija za borbu protiv HIV/AIDS-a (UNAIDS), a sastoji se od 37 mogućih načina diskriminacije. Negativni odgovori se podele sa 37 da bi se dobio stepen nediskriminacije (161). Berger i saradnici su napravili HIV Stigma Scalu pri čemu ovaj upitnik od 40 pitanja može da se napravi u skraćenoj verziji bez gubitka validnosti (162). Profil stigme kod obolelih od HIV-a obezbeđuje Siyam'kela set indikatora (163).

Upitnici za ispitivanje stigme kod tuberkuloze su uzimali u obzir i koinfekciju sa HIV-om ili bili su konstruisani samo za tuberkulozu (164- 169).

Instrumenti za merenje mentalnog zdravlja su jedni od najpre urađenih. Poremećaj mentalnog zdravlja može biti u sklopu osnovnog oboljenja, posledica dejstva lekova ili se javlja kao samostalno oboljenje. Upitnici su usmereni ka stavovima javnosti prema obolelima ili internalizovanoj stigmi koju ispoljavaju oboleli. Prva skala, Skala mišljenja o mentalnim bolestima (Opinions about Mental Illness (OMI) scale) napravljena je 1962. godine, a kasnije je doradivana dodavanjem subskala (170-172). U opštoj populaciji stavove meri Community Attitudes to Mental Illness (CAMI) (173), dok emocionalne reakcije prema osobama sa mentalnim bolestima ocenjuje Emotional Reaction to Mental Illness Scale (174).

Internalised Stigma of Mental Illness scale (ISMI) meri doživljenu stigmu kod osoba sa mentalnim oboljenjem (175). General Attribution Questionnaire sastoji se od 20 pitanja o licu ili licima sa mentalnim bolestima. Attribution Questionnaire-27 (AQ-27) i Attribution Questionnaire-Short Form (AQ-SF) postavljaju pitanja oko stavova i emocija obolelog i mogu da posluže i kao generički upitnici (145). Psychiatric Disability Attribution Questionnaire obuhvata 6 kompleta od 6 mešovitih izveštaja o stavovima i mišljenjima o ljudima obolelih od 6 različitih bolesti (korišćenje kokaina, SIDA, rak, psihoza, depresija i mentalna retardacija) (176).

Perceived Handicap Questionnaire (PHQ) meri doživljeni hendikep kroz: fizičku nezavisnost, mobilnost, zanimanje, socijalnu integraciju i ekonomsku samodovoljnost (177).

London Handicap Scale (LHS) procenjuje uticaj hronične bolesti na hendikep (178), ali mu je validnost u zemljama sa niskim i srednjim prihodima pod znakom pitanja (179). Impact on Participation and Autonomy Questionnaire (IPAQ) – upitnik o uticaju na učešće i autonomiju pokriva 6 od 9 domena učešća iz Međunarodne klasifikacije funkcionisanja, invalidnosti i zdravlja (ICF) i ispituje problem iskustva (180, 181).

U skorije vreme je razvijen Assessment of Life Habits (LIFE-H) – upitnik procene životnih navika preko stepena ostvarivanja, nivoa pomoći i nivoa zadovoljstva (182).

Skoro sve skale i upitnici za stigmatizaciju mogu se primenjivati zajedno sa upitnicima za kvalitet života uz korekciju prema kulturološkim osobinama, uzrastu ili specifičnosti oboljenja. Zbog preklapanja fizičkih tegoba i posledica bolesti i lečenja obolelih od hroničnog hepatitisa C sa mentalnim i drugim poremećajima, radi boljeg sagledavanja njihovog celokupnog kvaliteta života, neophodno je korišćenje dva ili više vrsta upitnika i međusobno upoređivanje rezultata.



## 2. CILJ RADA

---

Cilj ove studije je da se ispita u kom stepenu je poremećen kvalitet života i u kojoj sferi (psihička, fizička i socijalna), kao i nivo stigmatizacije obolelih od hroničnog hepatitisa C.

U skladu sa ovim opštim ciljem postavljeni su i sledeći specifični ciljevi:

1. Ispitati kvalitet života obolelih od hroničnog oblika hepatitisa C
2. Utvrditi uticaj pojedinih socio-demografskih karakteristika na kvalitet života obolelih od hroničnog hepatitisa C
3. Utvrditi razlike u ponašanju (upotreba alokohola, psihoaktivnih supstanci, korišćenje kondoma, seksualna orijentacija) pre i posle dijagnostikovanja bolesti
4. Utvrditi razlike u psihičkom i fizičkom aspektu kvaliteta života obolelih od hroničnog hepatitisa C u odnosu na period pre dijagnostikovanja bolesti
5. Utvrditi nivo osećaja interne stigme kod obolelih od hroničnog hepatitisa C
6. Utvrditi razmere stigmatizacije i diskriminacije obolelih od hroničnog hepatitisa C u porodici, na radnom mestu i zajednici

Na osnovu ciljeva postavljene su hipoteze:

1. Dolazi do pada kvaliteta života obolelih od hroničnog hepatitisa C u svim nivoima (psihičkom, fizičkom, socijalnom nivou)
2. Postoji njihova stigmatizacija u porodici i društvu.

### 3. MATERIJAL I METODE

---

#### 3.1 Ispitanici, kriterijumi za uključenje/isključenje u studiju

Istraživanje je sprovedeno kao studija preseka. U periodu od 1. januara 2015. do 31. marta 2015. godine, konsekutivni, ambulantni i hospitalizovani pacijenti Klinike za zarazne bolesti, Kliničkog centra Niš, sa dijagnozom hroničnog hepatitisa C anketirani su i uključivani u studiju. Registrovanje pacijenata obavljeno je na osnovu: prijava oboljenja (sa šifrom B18.2), prijava o izolovanom uzročniku (koje dostavljaju privatne i državne laboratorije), podataka iz protokola o prijemu pacijenata u hepatološku ambulantu i protokola o primljenoj terapiji (Institut za javno zdravlje Niš, Klinika za zarazne bolesti).

Svi pacijenti su detaljno upoznati sa ciljevima istraživanja. Ankete su prikupljane anonimno, a ispitanici su sami popunjavali upitnike u prisustvu ispitivača. Svi ispitanici su upitnik popunjavali samo jednom, prilikom prvog dolaska na Kliniku u posmatranom periodu. Ispitivanje su odobrili Etički odbori Instituta za javno zdravlje Niš (br. 07-4693 od 26.12.2014.), KC Niš (br. 338/41 od 13.1.2015.) i Medicinskog fakulteta Univerziteta u Nišu (br. 12-2466-14 od 9.3.2015.).

Kriterijum za uključenje u istraživanje je postavljena dijagnoza hroničnog hepatitisa C od strane infektologa i lečenje antivirusnom terapijom kod pacijenata oba pola starijih od 18 godina. Dijagnostika bolesti utvrđena je standardnim metodama ispitivanja: kliničkim pregledom, laboratorijskim analizama, serološkim testovima, patohistološkim pregledima, kao i metodom PCR HCV-RNK i genotipizacijom. Savremeni terapijski pristup obolelima od hronične hepatitis C infekcije sastoji se od primene pegilovanog interferona u kombinaciji sa ribavirinom.

Kriterijumi prema kojima osobe nisu uključene su: starost do 18 godina, osobe koje su sada ili su bili na izdržavanju zatvorske kazne (zbog specifičnih uslova i kvaliteta života u kojima sada žive), psihijatrijski bolesnici i pacijenti sa demencijom, trudnice, osobe na hemodijalizi sa kontraindikacijom za primanje ribavirina, nepoznavanje srpskog jezika i neprihvatanje učešća u studiji.

U posmatranom periodu 19 pacijenata odbilo je učešće jer nisu imali vremena ili nisu bili zainteresovani za studiju, a 157 pacijenata je ispunjavalo uslove za uključivanje u studiju i prihvatilo učešće. Od tog broja 154 pacijenta oba pola su anketu popunila u potpunosti, dok

je troje predalo nepotpuno popunjen upitnik, što ih je diskvalifikovalo iz studije: dva pacijenta nisu popunili upitnik u delu pitanja o seksualnim navikama (od 22. do 28. pitanja opšteg upitnika), dok treća osoba nije završila SF 36 upitnik. Vreme za popunjavanje upitnika iznosilo je 15-20 minuta.

### 3.2 Metode

Pomoću strukturisanog upitnika dizajniranog za potrebe ove studije kod obolelih od hroničnog hepatitisa C ispitani su: socio-demografske karakteristike (godine života, pol, mesto stanovanja, nivo obrazovanja, zanimanje, radni status, materijalno stanje, bračno stanje, broj članova domaćinstva), vremenski period protekao od momenta dijagnostikovanja bolesti do započinjanja terapije, i karakteristike u vezi sa ponašanjem (upotreba alkohola, psihoaktivnih supstanci, korišćenje kondoma, seksualna orijentacija).

Za ispitivanje psihičke, fizičke i socijalne komponente kvaliteta života korišćena je kratka forma upitnika za ispitivanje opšteg zdravstvenog stanja sa 36 pitanja (SF 36), a za utvrđivanje nivoa stigmatizacije korišćena je skala stigmatizacije osoba inficiranih virusom hepatitisa C (HCV Stigma Scale).

HCV stigma skala predstavlja upitnik koji je izveden iz originalne HIV stigma skale sa 40 pitanja koju su dizajnirali Berger i sar. (162), a koju su u kraću formu sa 10 pitanja adaptirali Wright i sar. (102). Skraćena verzija sadrži najmanje po 2 pitanja iz sledećih subskala:

1. internalizovana stigma (posledice zato što drugi znaju status obolelog),
2. zabrinutost zbog obelodanjivanja oboljenja,
3. negativna slika o sebi: stid, krivica, nije dobar kao drugi i
4. zabrinutost zbog stavova javnosti.

Skala je prilagođena i za ispitivanje pacijenata sa drugim dijagnozama i kulturnih grupa koje doživljavaju stigme, uključujući pacijente sa HCV infekcijom, sa rakom pluća ili SARS-om. Cabrera je skratila ovu skalu za 1 pitanje koje predstavlja faktor obelodanjivanja u skali Bergerove, jer se pokazalo da smanjuje validnost i pouzdanost skale (183). Pokazalo se da HCV stigma skala sa 9 pitanja podržava povezanost depresije i mentalnog zdravlja sa kvalitetom života. Odgovori su rangirani od 1 do 4, sa zbirnim skorom koji se kreće od 9 do 36, pri čemu najveći skor odgovara najvećoj stigmatizaciji. U ovoj studiji originalnom upitniku

dodata su 5 pitanja radi bližeg određivanja stigmatizatora u okolini pacijenta (pitanja 10 do 14).

Generički upitnik SF 36 je jedan od najmerodavnijih upitnika za ispitivanje opšteg zdravstvenog stanja u proceni kvaliteta života. Pitanja su svrstana u 8 domena raspoređena u dve grupe koje se odnose na mentalno i fizičko zdravlje. Na osnovu skorova 4 domena mentalnog zdravlja (vitalnost-VT, socijalno funkcionisanje-SF, emocionalna uloga-RE i mentalno zdravlje-MH) izračunava se kompozitni skor mentalnog zdravlja (MCS), a na osnovu skorova 4 domena fizičkog zdravlja (fizičko funkcionisanje-PF, fizička uloga-RP, telesni bol-BP, opšte zdravlje-GH) izračunava se kompozitni skor fizičkog zdravlja (PCS). Iz kompozitnih skorova dalje se izračunava ukupni skor kvaliteta života. Skorovi svih skala kreću se od 0 (najlošije) do 100 (najbolje) (132, 184). Ispitanici su odgovarali na pitanja kako za stanje pre dijagnostikovanja bolesti (prilagođena dodata pitanja originalnom upitniku) tako i za sadašnje stanje (originalni upitnik), pa prema tome sami su sebi činili kontrolnu grupu (zavisni uzorak).

Statistička analiza dobijenih rezultata urađena je na računaru. Za upisivanje, rangiranje, grupisanje, tabelarno i grafičko prikazivanje podataka koristio se program Excel iz Microsoft Office 2003 programskog paketa. Proračuni su vršeni u SPSS programskom paketu, verzija 16,0.

Od osnovnih deskriptivnih statističkih parametara korišćene su standardne statističke metode za kvalitativnu i kvantitativnu procenu dobijenih rezultata: apsolutni brojevi, relativni brojevi (%), aritmetička sredina ( $\bar{x}$ ) i standardna devijacija (SD). Normalnost distribucije individualnih vrednosti ispitivana je Kolomogorov Smirnovljevim testom. Upoređivanje aritmetičkih sredina dva uzorka vršeno je t testom, dok je u slučajevima nepravilne distribucije podataka korišćen neparametrijski Mann-Whitney U test. Radi upoređivanja vrednosti ispitivanog obeležja između više uzoraka korišćena je ANOVA, (odnosno Kruskal-Wallis test u slučajevima nepravilne distribucije), pri čemu je za post hoc analizu tj. za analizu vrednosti između dva uzorka korišćen Boniferroni test. Za testiranje statističke značajnosti razlika apsolutnih frekvencija među uzorcima korišćen je  $\chi^2$  test. U korelacionoj analizi korišćen je Pearson-ov koreficient linearne korelacije. Radi utvrđivanja prediktora korišćena je multivarijanta regresiona analiza.

Statistička hipoteza testirana je na nivou signifikantnosti za rizik od  $\alpha=0,05$ , tj. razlika među uzorcima smatra se značajnom ako je  $p<0,05$ .

## 4. REZULTATI

### 4.1 Sociodemografski podaci obolelih od hroničnog hepatitisa C

Ispitivanje je obuhvatilo 154 osobe, među kojima je bilo 95 (61,7%) muškaraca i 59 (38,3%) žena.

Distribucija socio-demografskih podataka prema polu prikazana je u Tabeli 1.

Tabela 1. Distribucija socio-demografskih podataka prema polu

		POL		p
		muški broj = 95	ženski broj = 59	
Starost	$\bar{x} \pm SD$	45,59±13,19	48,78±14,78	0,224
Prebivalište	grad, broj (%)	68(71,6)	43(72,9)	0,861
	selo, broj (%)	27(28,4)	16(27,1)	
Školska sprema	nepotpuna osnovna, broj (%)	5(5,3)	5(8,6)	0,824
	Osnovna, broj (%)	15(15,8)	10(16,9)	
	srednja, broj (%)	59(62,1)	33(55,9)	
	viša i visoka, broj (%)	16(16,8)	11(18,6)	
Radni status u momentu razbolevanja	nezaposlen, broj (%)	30(31,6)	29(49,2)	0,029*
	zaposlen, broj (%)	65(61,7)	30(50,8)	
Trenutni radni status	nezaposlen, broj (%)	60(63,2)	45(76,3)	0,089
	zaposlen, broj (%)	35(36,8)	14(23,7)	
Materijalno stanje	loše, broj (%)	43(45,3)	27(45,8)	0,691
	zadovoljavajuće, broj (%)	48(50,5)	31(52,5)	
	odlično, broj (%)	4(4,2)	1(1,7)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		POL		p
		muški broj = 95	ženski broj = 59	
Bračno stanje	neoženjen/neudata, broj (%)	31(32,6)	11(18,6)	0,087
	oženjen/udata, broj (%)	49(51,6)	35(59,3)	
	vanbračna zajednica, broj (%)	2(2,1)	2(3,4)	
	razveden, broj (%)	11(11,6)	5(8,5)	
	udovac/udovica, broj (%)	2(2,1)	6(10,2)	
Napuštanje od strane partnera posle postavljanja dijagnoze hepatitisa C	ne, broj (%)	90(94,7)	56(94,9)	0,961
	da, broj (%)	5(5,3)	3(5,1)	
Stanovanje u sopstvenoj kući/stanu	ne, broj (%)	12(12,6)	9(15,3)	0,645
	da, broj (%)	83(87,4)	50(84,7)	
Porodični status	živi sam, broj (%)	9(9,5)	4(6,8)	0,049*
	živi sa supružnikom, broj (%)	15(15,8)	13(22,0)	
	živi sa supružnikom I decom, broj (%)	34(35,8)	24(40,7)	
	živi sa decom, broj (%)	4(4,2)	8(13,6)	
	živi sa roditeljima, broj (%)	33(34,7)	10(16,9)	

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

Utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika prema polu u odnosu na zaposlenost u momentu razbolevanja. Značajno veći procenat muškaraca je bio zaposlen u odnosu na žene ( $\chi^2=4,756$ ,  $p=0,029$ ).

Utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike prema polu u odnosu na porodični status ispitanika ( $\chi^2=9,531$ ,  $p=0,049$ ). Daljom analizom je uočeno da značajno više žena živi sa decom ( $\chi^2=4,43$ ,  $p=0,035$ ), dok značajno veći procenat muškaraca živi sa roditeljima ( $\chi^2=5,72$ ,  $p=0,016$ ).

U momentu istraživanja prosečna starost ispitanika bila je  $46,81 \pm 13,86$  (rang 22-75 godina), u vreme početka bolesti  $39,92 \pm 14,67$  (rang 13-71), u vreme započinjanja simptomatske terapije  $37,13 \pm 13,38$  (rang 13-66), a u vreme započinjanja terapije interferonom i ribavirinom  $43,36 \pm 13,59$  (rang 14-73). Simptomatsku terapiju je primilo 55 ispitanika (35,71%).

Starostna struktura po polu prikazana je u Tabeli 2.

Tabela 2. Starostna struktura po polu

	POL		p
	muški $\bar{x} \pm SD$	ženski $\bar{x} \pm SD$	
Starost u vreme postavljanja dijagnoze bolesti	38,49±13,95	42,22±15,60	0,126
Starost u vreme započinjanja simptomatske terapije	35,98±12,46	40,50±15,79	0,279
Starost u vreme započinjanja terapije interferonom	42,58±12,90	44,59±14,66	0,376

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost (t test)

Nije utvrđeno postojanje statistički značajne razlike u starosnoj strukturi u trenutku postavljanja dijagnoze, vremenu otpočinjanja simptomatske terapije kao i vremenu započinjanja terapije interferonom prema polu.

Ponašanje prema polu prikazano je u Tabeli 3.

Tabela 3. Ponašanje prema polu

		Pol		p
		muški broj = 95	ženski broj = 59	
Konzumiranje alkohola pre razbolevanja	ne, broj (%)	15(15,8)	31(52,5)	<0,001*
	povremeno, broj (%)	61(64,2)	28(47,5)	
	svakodnevno, broj (%)	13(13,7)	0(0,0)	
	da, broj (%)	6(6,3)	0(0,0)	
Vrsta konzumiranog alkohola pre razbolevanja	pivo, broj (%)	23(28,8)	7(25,0)	0,009*
	vino, broj (%)	2(2,5)	6(21,4)	
	žestoka pića, broj (%)	15(18,8)	6(21,4)	
	sve, broj (%)	40(50,0)	9(32,2)	
Konzumiranje alkohola posle razbolevanja	ne n(%)	68(71,5)	51(86,4)	0,550
	da, ali manje, broj (%)	21(22,1)	4(6,8)	
	da, isto kao i pre bolesti, broj (%)	5(5,3)	2(3,4)	
	da, više, broj (%)	1(1,1)	2(3,4)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Pol		p
		muški broj = 95	ženski broj = 59	
Vrsta konzumiranog alkohola posle razbolevanja	ne pije, broj (%)	69(72,6)	51(86,4)	0,071
	pivo, broj (%)	9(9,5)	4(6,8)	
	vino, broj (%)	4(4,2)	3(5,1)	
	žestoka pića, broj (%)	13(13,7)	1(1,7)	
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre razbolevanja	ne, broj (%)	54(56,8)	45(76,3)	0,014*
	da, broj (%)	41(43,2)	14(23,7)	
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci posle razbolevanja	ne, broj (%)	90(94,7)	59(100,0)	0,073
	da, broj (%)	5(5,3)	0(0,0)	
Seksualni odnosi pre bolesti	ne, broj (%)	5(5,3)	2(3,4)	0,587
	heteroseksualni, broj (%)	90(94,7)	57(96,6)	
Seksualni odnosi posle razbolevanja	ne, broj (%)	18(18,9)	13(22,0)	0,642
	heteroseksualni, broj (%)	77(81,1)	46(78,0)	
Seks sa osobom koja konzumira drogu	ne, broj (%)	67(72,8)	45(76,3)	0,637
	da, broj (%)	25(27,2)	14(23,7)	
Zadovoljstvo seksualnim životom pre bolesti	nezadovoljan, broj (%)	2(2,2)	2(3,5)	<0,001*
	delimično zadovoljan, broj (%)	16(17,8)	32(56,1)	
	zadovoljan, broj (%)	72(80,0)	23(40,4)	
Seksualni život posle razbolevanja	slabiji, broj (%)	57(62,0)	37(62,7)	0,870
	intenzivniji, broj (%)	6(6,5)	5(8,5)	
	isti, broj (%)	29(31,5)	17(28,8)	
Upotreba kondoma pre bolesti	ne, broj (%)	46(51,1)	32(56,1)	0,819
	povremeno, broj (%)	27(30,0)	16(28,1)	
	redovno, broj (%)	17(18,9)	9(15,8)	
Upotreba kondoma posle razbolevanja	ne, broj (%)	56(60,9)	38(64,4)	0,208
	povremeno, broj (%)	5(5,4)	7(11,9)	
	redovno, broj (%)	31(33,7)	14(23,7)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)



Utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike među ispitanicima muškog i ženskog pola u konzumiranju alkohola pre saznanja da su oboleli ( $\chi^2=30,026$ ,  $p<0,001$ ). Značajno veći procenat žena nije konzumirao alkohol ( $\chi^2=23,47$ ,  $p<0,001$ ), dok je značajno veći procenat muškaraca povremeno ( $\chi^2=4,19$ ,  $p=0,040$ ) i svakodnevno ( $\chi^2=3,88$ ,  $p=0,048$ ) konzumirao alkohol.

Utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike među ispitanicima muškog i ženskog pola u najčešćoj vrsti konzumiranog alkohola pre bolesti ( $\chi^2=11,671$ ,  $p=0,009$ ). Žene su značajno više pile vino ( $\chi^2=4,81$ ,  $p=0,028$ ) dok su muškarci značajno više pili sve vrste alkoholnih pića ( $\chi^2=4,81$ ,  $p=0,0005$ ).

Značajno veći broj muškaraca koristio je psihoaktivne supstance (PAS) pre saznanja da je inficiran virusom hepatitisa C ( $\chi^2=5,984$ ,  $p=0,014$ ). Pre saznanja da su oboleli PAS je konzumiralo 35,7% ispitanika ( heroin 31,17%), a posle obolevanja 3,2% (isključivo marihuanu), dok je posle saznanja 3,9% pacijenata na terapiji odvikavanja.

Na pitanje da li su bili zadovoljni svojim seksualnim životom pre razbolevanja, utvrđeno je postojanje značajne razlike u odgovorima među muškarcima i ženama ( $\chi^2=24,430$ ,  $p<0,001$ ). Značajno veći procenat ispitanica delimično je bio zadovoljan svojim seksualnim životom ( $\chi^2=23,35$ ,  $p<0,001$ ), dok je značajno veći procenat muškaraca bio zadovoljan svojim seksualnim životom ( $\chi^2=24,00$ ,  $p<0,001$ ).

#### **4.2 Stigmatizacija obolelih od hroničnog hepatitisa C**

Sa ciljem da se ispita stigmatizacija obolelih od HHC, urađena je analiza stigmatizacije prema: polu, mestu stanovanja, školskoj spremi, materijalnom statusu, bračnom statusu, napuštanju od strane partnera, porodičnom statusu i upotrebi PAS.

Osećaj stigmatizacije procenjivan je na bazi skorova dobijenih HCV stigma skala upitnikom. U ovom ispitivanju samo 6 ispitanika nije imalo osećaj stigmatizacije (3,9%), a 148 (96,1%) pokazivalo je znake manje ili veće stigmatizacije.

Tabela 4 prikazuje prisustvo stigmatizacije po polu.

Tabela 4. Prisustvo stigmatizacije po polu

Vrsta stigmatizacije	Pol	Ne slaže se, broj	%	Slaže se, broj	%	$\chi^2$	p
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	muški	63	66,3	32	33,7	4,4288	0,035*
	ženski	29	49,2	30	50,8		
	ukupno	92	59,7	62	40,3		
Osecam se “zaraženo”, “prljavo”, “nečisto” zato što imam hepatitis C	muški	69	72,6	26	27,4	2,9214	0,08
	ženski	35	59,3	24	40,7		
	ukupno	104	67,5	50	32,5		
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	muški	84	88,4	11	11,6	0,0731	0,786
	ženski	53	89,8	6	10,2		
	ukupno	137	89	17	11		
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	muški	55	57,9	40	42,1	0,0569	0,8115
	ženski	33	55,9	26	44,1		
	ukupno	88	57,1	66	42,9		
Većina ljudi sa hepatitisom C biva odbacena kada sazna da su bolesni	muški	50	52,6	45	47,4	0,3873	0,533
	ženski	28	47,5	31	52,5		
	ukupno	78	50,6	76	49,4		
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	muški	68	71,6	27	28,4	3,9221	0,047*
	ženski	33	55,9	26	44,1		
	ukupno	101	65,6	53	34,4		
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	muški	83	87,4	12	12,6	0,0197	0,8884
	ženski	52	88,1	7	11,9		
	ukupno	135	87,7	19	12,3		
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	muški	82	86,3	13	13,7	2,04	0,1079
	ženski	56	94,9	3	5,1		
	ukupno	138	89,6	16	10,4		
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	muški	68	71,6	27	28,4	0,0027	0,958
	ženski	42	71,2	17	28,8		
	ukupno	110	71,4	44	28,6		

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

Statistička značajnost nađena je u dva elementa unutrašnje stigmatizacije (1. i 6.).

Na izjavu (Tabela 4) da li osećaju da nisu kao drugi jer imaju hepatitis C, utvrđeno je da postoji statistički značajna razlika u odgovorima između muškaraca i žena. Značajno veći broj muškaraca se ne slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=4,4288$ ,  $p=0,035$ ).

Nije utvrđeno postojanje statistički značajne razlike u mišljenjima u odnosu na pol na konstatacije da se osećaju zaraženo, prljavo i nečisto zato što imaju hepatitis C, da se osećaju da su loša osoba zbog bolesti, da većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna i da većina ljudi sa hepatitisom C biva odbačena kada se sazna da su bolesni. Značajnost nije nađena ni u izjavama da li su prestali da se druže sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na bolest ispitanika, da li su izgubili prijatelje nakon što su im rekli da su oboleli od hepatitisa C i da li brinu da će drugi koji znaju o njegovoj bolesti to reći i drugima.

Utvrđeno je, u odnosu na pol, da postojanje statistički značajne razlike u odgovorima na izjavu da su povređeni time kako drugi ljudi reaguju na činjenicu da imaju hepatitis C. Značajno veći broj muškaraca se ne slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=3,391$ ,  $p=0,047$ ).

Stigmatizacija prema mestu stanovanja prikazana je u Tabeli 5.

Tabela 5. Stigmatizacija prema mestu stanovanja

Broj (%)		Prebivalište		p
		Grad 111(72,1)	Selo 43(27,9)	
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	39(35,1)	20(46,5)	0,520
	ne slažem se, broj (%)	24(21,6)	9(20,9)	
	slažem se, broj (%)	30(27,0)	10(23,3)	
	potpuno se slažem, broj (%)	18(16,3)	4(9,3)	
Osecam se “zaraženo”, “prljavo”, “nečisto” zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	40(36,0)	22(51,2)	0,239
	ne slažem se, broj (%)	30(27,0)	12(27,8)	
	slažem se, broj (%)	32(28,8)	7(16,3)	
	potpuno se slažem, broj (%)	9(8,2)	2(4,7)	
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	58(52,3)	27(62,8)	0,495
	ne slažem se, broj (%)	40(36,0)	12(27,9)	
	slažem se, broj (%)	10(9,0)	4(9,3)	
	potpuno se slažem, broj (%)	3(2,7)	0(0,0)	
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	uopšte se ne slažem, broj (%)	11(9,9)	12(27,9)	0,018*
	ne slažem se, broj (%)	49(44,1)	16(37,2)	
	slažem se, broj (%)	38(34,2)	14(32,6)	
	potpuno se slažem, broj (%)	13(11,7)	1(2,3)	

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

	Broj (%)	Prebivalište		p
		Grad	Selo	
		111(72,1)	43(27,9)	
Većina ljudi sa hepatitisom C biva odbacena kada sazna da su bolesni	uopšte se ne slažem se, broj (%) Nastavak sa prethodne strane ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	10(23,3) 42(37,8) 41(36,9) 18(16,2)	10(23,3) 16(37,2) 14(32,5) 3(7,0)	0,073
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	uopšte se ne slažem se, broj (%) Nastavak na sledećoj strani ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	5(14,4) 53(47,8) 31(27,9) 11(9,9)	10(23,3) 22(51,2) 8(18,6) 3(7,0)	0,413
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	28(25,2) 68(61,3) 14(12,6) 1(0,9)	15(34,9) 24(55,8) 3(7,0) 1(2,3)	0,464
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	32(28,8) 65(58,6) 12(10,8) 2(1,8)	18(41,9) 23(53,5) 2(4,6) 0(0,0)	0,281
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	18(16,2) 60(54,1) 24(21,6) 9(8,1)	6(14,0) 26(60,5) 8(18,6) 3(7,0)	0,915
Da li ste stigmatizovani od strane nekog od članova porodice	ne, broj (%) malo, broj (%) da, broj (%) mnogo, broj (%)	101(91,0) 2(1,8) 5(4,5) 3(2,7)	42(97,7) 1(2,3) 0(0,0) 0(0,0)	0,349
Da li ste stigmatizovani od strane rođaka	ne, broj (%) malo, broj (%) da, broj (%) mnogo, broj (%)	102(91,9) 4(3,6) 2(1,8) 3(2,7)	42(97,7) 1(2,3) 0(0,0) 0(0,0)	0,531
Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja	ne, broj (%) malo, broj (%) da, broj (%) mnogo, broj (%)	95(85,6) 11(9,9) 2(1,8) 3(2,7)	40(93,0) 3(7,0) 0(0,0) 0(0,0)	0,489

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

Broj (%)		Prebivalište		p
		Grad 111(72,1)	Selo 43(27,9)	
Da li ste stigmatizovani na poslu	ne, broj (%)	103(92,8)	43(100,0)	0,195
	malo, broj (%)	6(5,4)	0(0,0)	
	da, broj (%)	2(1,8)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka	ne, broj(%)	103(92,8)	41(95,3)	0,646
	malo, broj (%)	4(3,6)	2(4,7)	
	da, broj (%)	3(2,7)	0(0,0)	
	mnogo, broj (%)	1(0,9)	0(0,0)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

Na pitanje da li većina smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna, utvrđeno je postojanje značajne razlike u odgovorima među stanovnicima sa sela i iz grada ( $\chi^2=10,104$ ,  $p=0,018$ ). Odgovor “uopšte se ne slažem” je dao značajno veći broj ispitanika sa sela ( $\chi^2=7,90$ ,  $p=0,004$ ).

Na ostala pitanja vezana za stigmatizaciju osoba obolelih od hepatitisa C nije uočena statistička značajnost u odgovorima prema mestu stanovanja.

Stigmatizacija prema školskoj spremi prikazana je u Tabeli 6.

Tabela 6. Stigmatizacija prema školskoj spremi

		Školska sprema				p
		Bez škole broj = 10	Osnovna broj = 25	Srednja broj = 92	Viša i visoka broj = 27	
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	uopšte se ne slažem , broj (%)	4(40,0)	14(56,0)	30(32,6)	11(40,7)	0,153
	ne slažem se, broj (%)	0(0,0)	6(24,0)	19(20,7)	8(29,6)	
	slažem se, broj (%)	5 (50,0)	4(16,0)	26(28,3)	5(18,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1 (10,0)	1(4,0)	17(18,5)	3(11,1)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Školska sprema				p
		Bez škole broj = 10	Osnovna broj = 25	Srednja broj = 92	Viša i visoka broj = 27	
Osecam se “zaraženo”, “prljavo”, “nečisto” zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem , broj (%)	3(30,0)	13(52,0)	35(38,0)	11(40,7)	0,681
	ne slažem se, broj (%)	2(20,0)	6(24,0)	25(27,2)	9(33,3)	
	slažem se, broj (%)	4(40,0)	6(24,0)	25(27,2)	4(14,8)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(10,0)	0(0,0)	7(7,6)	3(11,1)	
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	3(30,0)	18(72,0)	49(53,3)	15(55,6)	0,038*
	ne slažem se, broj (%)	3(30,0)	7(28,0)	32(34,8)	10(37,0)	
	slažem se, broj (%)	4(40,0)	0(0,0)	8(8,7)	2(7,4)	
	potpuno se slažem, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	3(3,3)	0(0,0)	
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	uopšte se ne slažem , broj (%)	2(20,0)	5(20,0)	12(13,0)	4(14,8)	0,617
	ne slažem se, broj (%)	4(40,0)	15(60,0)	35(38,0)	11(40,7)	
	slažem se, broj (%)	3(30,0)	4(16,0)	35(38,0)	10(37,0)	
	potpuno se slažem , broj (%)	1(10,0)	1(4,0)	10(10,9)	2(7,4)	
Većina ljudi sa hepatitom C biva odbacena kada sazna da su bolesni	uopšte se ne slažem, broj (%)	1(10,0)	7(28,0)	8(8,7)	4(14,8)	0,194
	ne slažem se, broj (%)	5(50,0)	9(36,0)	32(34,8)	12(44,4)	
	slažem se, broj (%)	3(30,0)	4(16,0)	39(42,4)	9(33,3)	
	potpuno se slažem , broj (%)	1(10,0)	5(20,0)	13(14,1)	2(7,4)	
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	uopšte se ne slažem , broj (%)	2(20,0)	5(20,0)	15(16,3)	4(14,8)	0,894
	ne slažem se, broj (%)	7(70,0)	12(48,0)	42(45,7)	14(51,9)	
	slažem se, broj (%)	1(10,0)	5(20,0)	26(28,3)	7(25,9)	
	potpuno se slažem, broj (%)	0(0,0)	3(12,0)	9(9,8)	2(7,4)	
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	uopšte se ne slažem , broj (%)	2(20,0)	10(40,0)	24(26,1)	7(25,9)	0,551
	ne slažem se, broj (%)	7(70,0)	14(56,0)	52(56,5)	19(70,4)	
	slažem se, broj (%)	1(10,0)	1(4,0)	14(15,2)	1(3,7)	
	potpuno se slažem, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,2)	0(0,0)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Školska sprema				p
		Bez škole broj = 10	Osnovna broj = 25	Srednja broj = 92	Viša i visoka broj = 27	
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	uopšte se ne slažem, broj (%)	3(30,0)	9(36,0)	29(31,5)	9(33,3)	0,859
	ne slažem se, broj (%)	7(70,0)	14(56,0)	50(54,3)	17(63,0)	
	slažem se, broj (%)	0(0,0)	2(8,0)	11(12,0)	1(3,7)	
	potpuno se slažem, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,2)	0(0,0)	
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	uopšte se ne slažem, broj (%)	1(10,0)	5(20,0)	13(14,1)	5(18,5)	0,624
	ne slažem se, broj (%)	7(70,0)	14(56,0)	48(52,2)	17(63,0)	
	slažem se, broj (%)	2(20,0)	5(20,0)	20(21,7)	5(18,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	0(0,0)	1(4,0)	11(12,0)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane nekog od članova porodice	ne, broj (%)	10(100,0)	25(100,0)	82(89,1)	26(96,3)	0,749
	malo, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	3(3,3)	0(0,0)	
	da, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	4(4,3)	1(3,7)	
	mного, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	3(3,3)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane rođaka	ne, broj (%)	9(90,0)	23(92,0)	85(92,4)	27(100,0)	0,243
	malo, broj (%)	0(0,0)	2(8,0)	3(3,3)	0(0,0)	
	da, broj (%)	1(10,0)	0(0,0)	1(1,1)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	3(3,3)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja	ne, broj (%)	10(100,0)	22(88,0)	77(83,7)	26(96,3)	0,494
	malo, broj (%)	0(0,0)	2(8,0)	12(13,0)	0(0,0)	
	da, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,2)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	0(0,0)	1(4,0)	1(1,1)	1(3,7)	
Da li ste stigmatizovani na poslu	ne, broj (%)	10(100,0)	25(100,0)	84(91,3)	27(100,0)	0,459
	malo, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	6(6,5)	0(0,0)	
	da, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	2(2,2)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka	ne, broj (%)	10(100,0)	24(96,0)	83(90,2)	27(100,0)	0,710
	malo, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	6(6,5)	0(0,0)	
	da, broj (%)	0(0,0)	1(4,0)	2(2,2)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,1)	0(0,0)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

Na tvrdnju da li se osećaju kao loša osoba zato što imaju hepatitis C, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima prema stručnoj spremi ( $\chi^2=17,798$ ,  $p=0,038$ ). Daljom analizom utvrđeno je da se sa ovom konstatacijom slaže značajno veći broj ispitanika bez škole u odnosu na ispitanike sa završenom osnovnom školom ( $\chi^2=11,29$ ,  $p=0,0007$ ), srednjom školom ( $\chi^2=8,51$ ,  $p=0,003$ ) i višom i visokom školom ( $\chi^2=5,71$ ,  $p=0,016$ ).

Na ostala pitanja vezana za stigmatizaciju osoba obolelih od hepatitisa C prema školskoj spremi nije uočena značajnost u odgovorima.

Stigmatizacija prema materijalnom statusu prikazana je u Tabeli 7.

Tabela 7. Stigmatizacija prema materijalnom statusu

		Materijalni status			p
		loš broj = 70	zadovoljavajući broj = 79	odličan broj = 5	
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	28(40,0)	29(36,7)	2(40,0)	0,633
	ne slažem se, broj (%)	15(21,4)	18(22,8)	0(0,0)	
	slažem se, broj (%)	17(24,3)	20(25,3)	3(60,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(14,3)	12(7,8)	0(0,0)	
Osecam se "zaraženo", "prljavo", "nečisto" zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	33(47,1)	28(35,4)	1(20,0)	0,699
	ne slažem se, broj (%)	17(24,3)	23(29,1)	2(40,0)	
	slažem se, broj (%)	15(21,4)	22(27,8)	2(40,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	5(7,1)	6(7,6)	0(0,0)	
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	37(52,9)	45(57,0)	3(60,0)	0,940
	ne slažem se, broj (%)	26(37,1)	25(31,6)	1(20,0)	
	slažem se, broj (%)	6(8,6)	7(8,9)	1(20,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(1,4)	2(2,5)	0(0,0)	
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	uopšte se ne slažem, broj (%)	8(11,4)	13(16,5)	2(40,0)	0,458
	ne slažem se, broj (%)	31(44,3)	31(39,2)	3(60,0)	
	slažem se, broj (%)	24(34,3)	28(35,4)	0(0,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	7(10,0)	7(8,9)	0(0,0)	

Nastavak na sledećoj strani



## Nastavak sa prethodne strane

		Materjalni status			p
		loš broj = 70	zadovoljavajući broj = 79	odličan broj = 5	
Većina ljudi sa hepatitom C biva odbacena kada sazna da su bolesni	uopšte se ne slažem, broj (%)	7(10,0)	12(15,2)	1(20,0)	0,311
	ne slažem se, broj (%)	24(34,3)	30(38,0)	4(80,0)	
	slažem se, broj (%)	27(36,8)	28(35,4)	0(0,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	12(17,1)	9(11,4)	0(0,0)	
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	10(14,3)	13(16,5)	3(60,0)	0,081
	ne slažem se, broj (%)	30(42,9)	44(55,7)	1(20,0)	
	slažem se, broj (%)	21(30,0)	17(21,5)	1(20,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	9(12,9)	5(6,3)	0(0,0)	
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	uopšte se ne slažem, broj (%)	18(25,7)	2(29,1)	3(60,0)	0,225
	ne slažem se, broj (%)	40(57,1)	50(63,3)	2(40,0)	
	slažem se, broj (%)	12(17,1)	4(5,1)	0(0,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	0(0,0)	2(2,5)	0(0,0)	
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	uopšte se ne slažem, broj (%)	20(28,6)	27(34,2)	3(60,0)	0,414
	ne slažem se, broj (%)	40(57,1)	47(59,5)	1(20,0)	
	slažem se, broj (%)	9(12,9)	4(5,1)	1(20,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(1,4)	1(1,3)	0(0,0)	
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	uopšte se ne slažem, broj (%)	10(14,3)	14(17,7)	0(0,0)	0,814
	ne slažem se, broj (%)	37(52,9)	45(57,0)	4(80,0)	
	slažem se, broj (%)	17(24,3)	14(17,7)	1(20,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	6(8,6)	6(7,6)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane nekog od članova porodice	ne, broj (%)	61(87,1)	77(97,5)	5(100,0)	0,266
	malo, broj (%)	3(4,3)	0(0,0)	0(0,0)	
	da, broj (%)	3(4,3)	2(2,5)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	3(4,3)	0(0,0)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane rođaka	ne, broj (%)	61(87,1)	78(98,7)	5(100,0)	0,145
	malo, broj (%)	5(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	
	da, broj (%)	2(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	2(2,9)	1(1,3)	0(0,0)	

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

		Materjalni status			p
		loš broj = 70	zadovoljavajući broj = 79	odličan broj = 5	
Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja	ne, broj (%)	58(82,9)	73(92,4)	4(80,0)	0,526
	malo, broj (%)	8(11,3)	5(6,3)	1(20,0)	
	da, broj (%)	2(2,9)	0(0,0)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	2(2,9)	1(1,3)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani na poslu	ne, broj (%)	62(88,6)	79(100,0)	5(100,0)	0,038*
	malo, broj (%)	6(8,6)	0(0,0)	0(0,0)	
	da, broj (%)	2(2,8)	0(0,0)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	/	/	/	
Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka	ne, broj (%)	64(91,4)	76(96,2)	4(80,0)	0,316
	malo, broj (%)	4(5,8)	1(1,3)	1(20,0)	
	da, broj (%)	1(1,4)	2(2,5)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	1(1,4)	0(0,0)	0(0,0)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

U odnosu na materijalni status oboleli od hepatitisa C su dali statistički značajne odgovore na pitanje da li su stigmatizovani na poslu, ( $\chi^2=10,126$ ,  $p=0,038$ ). Odgovor "ne" dao je značajno manji broj osoba sa lošim u odnosu na osobe sa zadovoljavajućim materijalnim statusom ( $\chi^2=9,54$ ,  $p=0,002$ ). Odgovor "malo" dao je značajno veći broj osoba sa lošim u odnosu na osobe sa zadovoljavajućim materijalnim statusom ( $\chi^2=7,06$ ,  $p=0,007$ ).

Na ostala pitanja vezana za stigmatizaciju osoba obolelih od hepatitisa C prema materijalnom statusu nije utvrđena značajnost razlike u odgovorima.

Stigmatizacija prema bračnom statusu prikazana je u Tabeli 8.

Tabela 8. Stigmatizacija prema bračnom statusu

		Bračni status					p
		neoženjen/ neudata broj = 42	oženjen/ udata broj = 84	vanbračna zajednica broj = 4	razveden/ razvedena broj = 16	udovac/ udovica broj = 8	
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	12(28,6)	37(47,0)	1(25,0)	6(37,4)	3(37,5)	0,971
	ne slažem se, broj (%)	11(26,2)	15(17,9)	1(25,0)	4(25,0)	2(25,0)	
	slažem se, broj (%)	12(28,6)	22(26,2)	1(25,0)	3(18,8)	2(25,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	7(16,6)	10(11,9)	1(25,0)	3(18,8)	1(12,5)	
Osecam se "zaraženo", "prljavo", "nečisto" zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	12(28,5)	39(46,4)	2(50,0)	7(43,8)	2(25,0)	0,549
	ne slažem se, broj (%)	13(31,0)	19(22,6)	1(25,0)	5(31,2)	4(50,0)	
	slažem se, broj (%)	13(31,0)	20(23,8)	0(0,0)	4(25,0)	2(25,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	4(9,5)	6(7,2)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	16(38,1)	52(61,9)	3(75,0)	10(62,5)	4(50,0)	0,405
	ne slažem se, broj (%)	18(42,9)	23(27,4)	1(25,0)	6(37,5)	4(50,0)	
	slažem se, broj (%)	6(14,2)	8(9,5)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	2(4,8)	1(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

		Bračni status					p
		neoženjen/ neudata broj = 42	oženjen/ udata broj = 84	vanbračna zajednica broj = 4	razveden/ razvedena broj = 16	udovac/ udovica broj = 8	
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	uopšte se ne slažem, broj (%)	3(7,1)	17(20,2)	0(0,0)	3(18,8)	0(0,0)	0,166
	ne slažem se, broj (%)	15(35,7)	40(47,6)	2(50,0)	3(18,8)	5(62,5)	
	slažem se, broj (%)	18(42,9)	21(25,0)	2(50,0)	8(50,0)	3(37,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	16(14,3)	6(7,1)	0(0,0)	2(12,5)	0(0,0)	
Većina ljudi sa hepatitisom C biva odbacena kada sazna da su bolesni	uopšte se ne slažem, broj (%)	3(7,1)	15(17,9)	0(0,0)	2(12,5)	0(0,0)	0,241
	ne slažem se, broj (%)	13(31,0)	35(41,7)	3(75,0)	4(25,0)	3(37,5)	
	slažem se, broj (%)	19(45,2)	26(31,0)	1(25,0)	7(43,8)	2(25,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	7(16,7)	8(9,4)	0(0,0)	3(18,8)	3(37,5)	
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	7(16,7)	18(21,4)	0(0,0)	1(6,2)	0(0,0)	0,440
	ne slažem se, broj (%)	18(42,9)	44(52,4)	2(50,0)	6(37,5)	5(62,5)	
	slažem se, broj (%)	14(33,3)	16(19,0)	1(25,0)	6(37,5)	2(25,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	3(7,1)	6(7,1)	1(25,0)	3(18,8)	1(12,5)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Bračni status					p
		neoženjen/ neudata broj = 42	oženjen/ udata broj = 84	vanbračna zajednica broj = 4	razveden/ razvedena broj = 16	udovac/ udovica broj = 8	
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	uopšte se ne slažem, broj (%)	8(19,0) 24(57,2)	31(36,9)	2(50,0)	2(12,4)	0(0,0)	0,059
	ne slažem se, broj (%)	8 (19,0)	48(57,1)	2(50,0)	11(68,8)	7(87,5)	
	slažem se, broj (%)	2(4,8)	5(6,0)	0(0,0)	3(18,8)	1(12,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)		0(0,0)	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	uopšte se ne slažem, broj (%)	8(19,0)	37(44,0)	2(50,0)	2(12,5)	1(12,5)	<0,001*
	ne slažem se, broj (%)	25(59,5)	47(56,0)	2(50,0)	8(50,0)	6(75,0)	
	slažem se, broj (%)	7(16,7)	0(0,0)	0 (0,0)	6(37,5)	1(12,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	2(4,8)	0(0,0)	0 (0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	uopšte se ne slažem, broj (%)	4(9,5) 19(45,2)	19(22,6)	1(25,0)	0(0,0)	0(0,0)	0,073
	ne slažem se, broj (%)	13(31,0)	47(56,0)	3(75,0)	12(75,0)	5(62,5)	
	slažem se, broj (%)	6(14,3)	14(16,7)	0(0,0)	2(12,5)	3(37,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)		4(4,8)	0 (0,0)	2 (12,5)	0(0,0)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Bračni status					p
		neoženjen/ neudata broj = 42	oženjen/ udata broj = 84	vanbračna zajednica broj = 4	razveden/ razvedena broj = 16	udovac/ udovica broj = 8	
Da li ste stigmatizovani od strane nekog od članova porodice	ne, broj (%)	35(83,3)	82(97,6)	4(100,0)	14(87,4)	8(100,0)	0,243
	malo, broj (%)	1(2,4)	1(1,2)	0(0,0)	1(6,3)	0(0,0)	
	da, broj (%)	4(9,5)	1(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	2(4,8)	0(0,0)	0(0,0)	1(6,3)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane rođaka	ne, broj (%)	37(88,1)	79(94,0)	4(100,0)	16(100,0)	8(100,0)	0,563
	malo, broj (%)	1(2,4)	4(4,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	da, broj (%)	1(2,4)	1(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	3(7,1)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja	ne, broj (%)	32(76,2)	81(96,4)	4(100,0)	11(68,8)	7(87,5)	0,018*
	malo, broj (%)	6(14,3)	2(2,4)	0(0,0)	5(31,3)	1(12,5)	
	da, broj (%)	2(4,8)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	2(4,8)	1(1,2)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	
Da li ste stigmatizovani na poslu	ne, broj (%)	40(95,2)	81(96,4)	4(100,0)	13(81,2)	8(100,0)	0,360
	malo, broj (%)	1(2,4)	3(1,9)	0(0,0)	2(12,5)	0(0,0)	
	da, broj (%)	1(2,4)	0(0,0)	0(0,0)	1(6,3)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	/	/	/	/	/	
Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka	ne, broj (%)	39(92,8)	80(95,2)	4(100,0)	14(87,4)	7(100,0)	0,543
	malo, broj (%)	2(4,8)	3(3,6)	0(0,0)	1(6,3)	0(0,0)	
	da, broj (%)	0(0,0)	1(1,2)	0(0,0)	1(6,3)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	1(2,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

U odnosu na bračni status, utvrđena je statistički značajna razlika u odgovorima na tvrdnju da li su izgubili prijatelje nakon saznanja da boluju od hepatitisa C, ( $\chi^2=40,104$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "uopšte se ne slažem" dao je značajno veći broj oženjenih/udatih u odnosu na neoženjene/neudate ( $\chi^2=7,62$ ,  $p=0,005$ ) i razvedene ( $\chi^2=5,62$ ,  $p=0,017$ ). Odgovor

" slažem se" je dao značajno manji broj oženjenih/udatih u odnosu na neoženjene/neudate ( $\chi^2=14,82$ ,  $p=0,001$ ), razvedene ( $\chi^2=33,51$ ,  $p<0,001$ ) i udovce/udovice ( $\chi^2=10,62$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "potpuno se slažem" dao je značajno manji broj oženjenih/udatih u odnosu na neoženjene/neudate ( $\chi^2=4,06$ ,  $p=0,043$ ).

U odnosu na bračni status, utvrđena je statistički značajna razlika u odgovorima, na pitanje da li su stigmatizovani od strane prijatelja ( $\chi^2=24,437$ ,  $p=0,018$ ). Odgovor "ne" dao je značajno veći broj oženjenih/udatih u odnosu na neoženjene/neudate ( $\chi^2=12,39$ ,  $p=0,0004$ ) i razvedene ( $\chi^2=13,99$ ,  $p=0,0001$ ). Odgovor "malo" dao je značajno manji broj oženjenih/udatih u odnosu na neoženjene/neudate ( $\chi^2=6,67$ ,  $p=0,009$ ) i razvedene ( $\chi^2=17,21$ ,  $p=0,0001$ ). Odgovor "da" dao je značajno manji broj oženjenih/udatih u odnosu na neoženjene/neudate ( $\chi^2=4,06$ ,  $p=0,043$ ).

Stigmatizacija prema raskidanju veze sa partnerom posle saznanja za HCV infekciju prikazana je u Tabeli 9.

Tabela 9. Stigmatizacija prema raskidanju veze sa partnerom posle saznanja za HCV infekciju

		Raskidanje partnerskih veza		p
		ne broj = 146	da broj = 8	
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	58(39,7)	1(12,5)	0,453
	ne slažem se, broj (%)	31(21,3)	2(25,0)	
	slažem se, broj (%)	37(25,3)	3(37,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	20(13,7)	2(25,0)	
Osecam se "zaraženo", "prljavo", "nečisto" zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	60(41,1)	2(25,0)	0,317
	ne slažem se, broj (%)	41(28,1)	1(12,5)	
	slažem se, broj (%)	35(24,0)	4(50,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	10(6,8)	1(12,5)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Raskidanje partnerskih veza		p
		ne broj = 146	da broj = 8	
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	82(56,2)	3(37,5)	0,049*
	ne slažem se, broj (%)	50(34,2)	2(25,0)	
	slažem se, broj (%)	12(8,2)	2(25,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	2(1,4)	1(12,5)	
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	uopšte se ne slažem, broj (%)	23(15,8)	0(0,0)	0,002*
	ne slažem se, broj (%)	65(44,5)	0(0,0)	
	slažem se, broj (%)	47(32,2)	5(62,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	11(7,5)	3(37,5)	
Većina ljudi sa hepatitisom C biva odbacena kada se sazna da su bolesni	uopšte se ne slažem, broj (%)	20(13,7)	0(0,0)	0,023*
	ne slažem se, broj (%)	58(39,7)	0(0,0)	
	slažem se, broj (%)	50(34,2)	5(62,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	18(12,3)	3(37,5)	
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	26(17,8)	0(0,0)	0,068
	ne slažem se, broj (%)	73(50,0)	2(25,0)	
	slažem se, broj (%)	34(23,3)	5(62,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	13(8,9)	1(12,5)	
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	uopšte se ne slažem, broj (%)	43(29,5)	0(0,0)	0,003*
	ne slažem se, broj (%)	88(60,3)	4(50,0)	
	slažem se, broj (%)	13(8,9)	4(50,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	2(1,3)	0(0,0)	
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	uopšte se ne slažem, broj (%)	50(34,2)	0(0,0)	<0,001*
	ne slažem se, broj (%)	85(58,2)	3(37,5)	
	slažem se, broj (%)	10(6,8)	4(50,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(0,8)	1(12,5)	
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	uopšte se ne slažem, broj (%)	24(16,5)	0(0,0)	0,137
	ne slažem se, broj (%)	83(56,8)	3(37,5)	
	slažem se, broj (%)	28(19,2)	4(50,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	11(7,5)	1(12,5)	

Nastavak na sledećoj strani



Nastavak sa prethodne strane

		Raskidanje partnerskih veza		p
		ne broj = 146	da broj = 8	
Da li ste stigmatizovani od strane nekog od članova porodice	ne, broj (%)	139(95,1)	4(50,0)	<0,001*
	malo, broj (%)	3(2,1)	0(0,0)	
	da, broj (%)	3(2,1)	2(25,0)	
	mnogo, broj (%)	1(0,7)	2(25,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane rođaka	ne, broj (%)	138(94,5)	6(75,0)	0,004*
	malo, broj (%)	5(3,4)	0(0,0)	
	da, broj (%)	1(0,7)	1(12,5)	
	mnogo, broj (%)	2(1,4)	1(12,5)	
Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja	ne, broj (%)	132(90,4)	3(37,5)	<0,001*
	malo, broj (%)	12(8,2)	2(25,0)	
	da, broj (%)	0(0,0)	2(25,0)	
	mnogo, broj (%)	2(1,4)	1(12,5)	
Da li ste stigmatizovani na poslu	ne, broj (%)	140(95,9)	6(75,0)	0,006*
	malo, broj (%)	5(3,4)	1(12,5)	
	da, broj (%)	1(0,7)	1(12,5)	
	mnogo, broj (%)	/	/	
Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka	ne, broj (%)	137(93,8)	7(87,5)	<0,001*
	malo, broj (%)	6(4,1)	0(0,0)	
	da, broj (%)	3(2,1)	0(0,0)	
	mnogo, broj (%)	0(0,0)	1(12,5)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

Na mišljenje da li se osećaju kao loša osoba zato što imaju hepatitis C, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=7,843$ ,  $p=0,049$ ). Daljom analizom utvrđeno je da se značajno veći broj ispitanika koji su bili napušteni u potpunosti slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=4,92$ ,  $p=0,026$ ).

Na tvrdnju da li misle da je HCV osoba odbojna, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=14,377$ ,  $p=0,002$ ). Daljom analizom utvrđeno je da se značajno veći broj ispitanika koji nisu bili napušteni ne slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=6,16$ ,  $p=0,001$ ). Značajno

veći broj ispitanika koji su bili napušteni se u potpunosti slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=8,24$ ,  $p=0,004$ ).

Na mišljenje da li misle da HCV osoba biva odbačena od strane drugih, nađeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=9,493$ ,  $p=0,023$ ). Značajno veći broj ispitanika koji nisu bili napušteni se ne slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=5,10$ ,  $p=0,023$ ). Značajno veći broj ispitanika koji su bili napušteni se u potpunosti slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=4,08$ ,  $p=0,043$ ).

Na izjavu da li su prestali da se družu sa nekim osobama zbog njihove reakcije na to što su oboleli, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=14,203$ ,  $p=0,003$ ). Značajno veći broj ispitanika koji su bili napušteni se slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=13,04$ ,  $p=0,0003$ ).

Na izjavu da li su izgubili prijatelja nakon saopštenja da su oboleli, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=26,996$ ,  $p<0,001$ ). Značajno veći broj ispitanika koji nisu bili napušteni se u potpunosti ne slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=4,06$ ,  $p=0,043$ ). Značajno veći broj ispitanika koji su bili napušteni se slaže ( $\chi^2=17,09$ ,  $p=0,00003$ ) ili se u potpunosti slaže ( $\chi^2=8,26$ ,  $p=0,0004$ ) sa ovom konstatacijom.

Na izjavu da li su stigmatizovani od strane nekog od članova porodice, nađeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=37,150$ ,  $p<0,001$ ). Većina ispitanika koje nije napustio partner, nije stigmatizovana od strane porodice ( $\chi^2=23,37$ ,  $p<0,001$ ). Većina ispitanika koje je napustio partner jeste ( $\chi^2=12,71$ ,  $p=0,0003$ ) ili je mnogo ( $\chi^2=23,48$ ,  $p<0,001$ ) stigmatizovana od strane porodice.

Na mišljenje da li su stigmatizovani od strane rođaka, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=13,559$ ,  $p=0,004$ ). Većina ispitanika koje nije napustio partner, nije stigmatizovana od strane rođaka ( $\chi^2=4,76$ ,  $p=0,029$ ). Većina ispitanika koje je napustio partner jeste ( $\chi^2=8,26$ ,  $p=0,004$ ) ili je mnogo ( $\chi^2=4,92$ ,  $p<0,026$ ) stigmatizovana od strane rođaka.

Na mišljenje da li su stigmatizovani od strane prijatelja, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=40,095$ ,  $p<0,001$ ). Većina ispitanika koje nije napustio partner, nije stigmatizovana od strane prijatelja ( $\chi^2=19,63$ ,  $p<0,001$ ). Većina ispitanika koje je napustio partner jeste ( $\chi^2=29,58$ ,  $p<0,001$ ) ili je mnogo ( $\chi^2=4,92$ ,  $p<0,026$ ) stigmatizovana od strane prijatelja.

Na izjavu da li su stigmatizovani na poslu, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=10,105$ ,  $p=0,006$ ). Većina ispitanika koje nije napustio partner, nije stigmatizovana ( $\chi^2=6,72$ ,  $p=0,009$ ), dok je većina ispitanika koje je napustio partner stigmatizovana na poslu ( $\chi^2=8,26$ ,  $p=0,004$ ).

Na mišljenje da li su stigmatizovani od strane komšiluka, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike među ispitanicima koji su bili i onih koji nisu bili napušteni od strane partnera ( $\chi^2=18,776$ ,  $p<0,001$ ). Većina napuštenih ispitanika je odgovorila da je mnogo stigmatizovana od strane komšiluka ( $\chi^2=18,37$ ,  $p<0,001$ ).

Stigmatizacija prema porodičnom statusu prikazana je u Tabeli 10.

Tabela 10. Stigmatizacija prema porodičnom statusu

		Porodični status					p
		živi sam broj = 13	živi sa supružnikom broj = 28	živi sa supružnikom i decom broj = 58	živi sa decom broj = 12	živi sa roditeljima broj = 43	
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	6(46,2)	12(42,9)	25(43,1)	5(41,7)	11(25,6)	0,829
	ne slažem se, broj (%)	3(23,1)	5(17,9)	11(19,0)	3(25,0)	11(25,6)	
	slažem se, broj (%)	3(23,1)	8(28,6)	14(24,1)	1(8,3)	14(32,6)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(7,7)	3(10,7)	8(13,8)	3(25,0)	7(16,3)	
Osecam se "zaraženo", "prljavo", "nečisto" zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	5(38,5)	11(39,3)	30(51,7)	4(33,3)	12(27,9)	0,347
	ne slažem se, broj (%)	6(46,2)	8(28,6)	10(17,2)	5(41,7)	13(30,2)	
	slažem se, broj (%)	1(7,7)	6(21,4)	14(24,1)	3(25,0)	15(34,9)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(7,7)	3(10,7)	4(6,9)	0(0,0)	3(7,0)	

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

		Porodični status					p
		živi sam broj = 13	živi sa supružnikom broj = 28	živi sa supružnikom i decom broj = 58	živi sa decom broj = 12	živi sa roditeljima broj = 43	
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	7(53,8)	14(50,0)	40(69,0)	6(50,0)	18(41,9)	0,243
	ne slažem se, broj (%)	5(38,5)	11(39,3)	12(20,7)	6(50,0)	18(41,9)	
	slažem se, broj (%)	0(0,0)	3(10,7)	5(8,6)	0(0,0)	6(14,0)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	1(1,7)	0(0,0)	1(2,3)	
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	uopšte se ne slažem, broj (%)	2(15,4)	7(25,0)	10(17,2)	1(8,3)	3(7,0)	0,517
	ne slažem se, broj (%)	6(46,2)	13(46,4)	27(46,6)	4(33,3)	15(34,9)	
	slažem se, broj (%)	4(30,8)	7(25,0)	16(27,6)	5(41,7)	20(46,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(7,7)	1(3,6)	5(8,6)	2(16,7)	5(11,6)	
Većina ljudi sa hepatitisom C biva odbacena kada sazna da su bolesni	uopšte se ne slažem, broj (%)	1(7,7)	6(21,4)	9(15,5)	1(8,3)	3(7,0)	0,335
	ne slažem se, broj (%)	5(38,5)	12(42,9)	25(43,1)	2(16,7)	14(32,6)	
	slažem se, broj (%)	5(38,5)	9(32,1)	17(9,3)	5(41,7)	19(44,2)	
	potpuno se slažem, broj (%)	2(15,4)	1(3,6)	7(12,1)	4(33,3)	7(16,3)	
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	0(0,0)	6(21,4)	12(20,7)	1(8,3)	7(16,3)	0,272
	ne slažem se, broj (%)	5(38,5)	17(60,7)	28(48,3)	6(50,0)	19(44,2)	
	slažem se, broj (%)	5(38,5)	3(10,7)	13(22,4)	3(25,0)	15(34,9)	
	potpuno se slažem, broj (%)	3(23,1)	2(7,1)	5(8,6)	2(16,7)	2(4,7)	

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

		Porodični status					p
		živi sam broj = 13	živi sa supružnikom broj = 28	živi sa supružnikom i decom broj = 58	živi sa decom broj = 12	živi sa roditeljima broj = 43	
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	uopšte se ne slažem, broj (%)	1(7,7)	8(28,6)	24(41,4)	1(8,3)	9(20,9)	0,035*
	ne slažem se, broj (%)	8(61,5)	19(67,9)	30(51,7)	10(83,3)	25(27,2)	
	slažem se, broj (%)	3(23,1)	1(3,6)	4(6,9)	1(8,3)	8(18,6)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)	
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	uopšte se ne slažem, broj (%)	2(15,4)	10(35,7)	28(48,3)	0(0,0)	10(23,3)	<0,001*
	ne slažem se, broj (%)	6(46,2)	18(64,3)	30(51,7)	10(83,3)	24(55,8)	
	slažem se, broj (%)	4(30,8)	0(0,0)	0(0,0)	2(16,7)	8(18,6)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)	
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	uopšte se ne slažem, broj (%)	0(0,0)	5(17,9)	14(24,1)	0(0,0)	5(11,6)	0,131
	ne slažem se, broj (%)	8(61,5)	19(67,9)	30(51,7)	9(75,0)	20(46,5)	
	slažem se, broj (%)	4(30,8)	2(7,1)	11(19,0)	3(25,0)	12(27,9)	
	potpuno se slažem, broj (%)	1(7,7)	2(7,1)	3(5,2)	0(0,0)	6(14,0)	
Da li ste stigmatizovani od strane nekog od članova porodice	ne, broj (%)	10(76,9)	27(96,4)	57(98,3)	12(100,0)	37(86,1)	0,013*
	malo, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	1(1,7)	0(0,0)	1(2,3)	
	da, broj (%)	0(0,0)	1(3,6)	0(0,0)	0(0,0)	4(9,3)	
	mного, broj (%)	2(15,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)	
Da li ste stigmatizovani od strane rođaka	ne, broj (%)	11(84,6)	27(96,4)	54(93,1)	12(100,0)	40(93,1)	0,154
	malo, broj (%)	0(0,0)	1(3,6)	3(5,2)	0(0,0)	1(2,3)	
	da, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	1(1,7)	0(0,0)	1(2,3)	
	mного, broj (%)	2(15,4)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Porodični status					p
		živi sam broj = 13	živi sa supružnikom broj = 28	živi sa supružnikom i decom broj = 58	živi sa decom broj = 12	živi sa roditeljima broj = 43	
Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja	ne, broj (%)	9(69,3)	28(100,0)	55(94,8)	10(83,3)	33(76,7)	0,052
	malo, broj (%)	2(15,4)	0(0,0)	2(3,4)	2(16,7)	8(18,6)	
	da, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)	
	mного, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	1(1,7)	0(0,0)	1(2,3)	
Da li ste stigmatizovani na poslu	ne, broj (%)	12(92,3)	28(100,0)	55(94,8)	12(100,0)	39(90,7)	0,320
	malo, broj (%)	0(0,0)	0(0,0)	3(5,2)	0(0,0)	3(7,0)	
	da, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(2,3)	
	mного, broj (%)	/	/	/	/	/	
Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka	ne, broj (%)	8(61,5)	27(96,4)	55(94,8)	11(91,7)	43(100,0)	<0,001*
	malo, broj (%)	3(23,1)	0(0,0)	3(5,2)	0(0,0)	0(0,0)	
	da, broj (%)	1(7,7)	1(3,6)	0(0,0)	1(8,3)	0(0,0)	
	mного, broj (%)	1(7,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

Na pitanje da li su prestali da se druže sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na bolest, utvrđena je statistički značajna razlika u odgovorima u odnosu na porodični status ispitanika ( $\chi^2=22,195$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "uopšte se ne slažem" dao je značajno veći broj osoba koje žive sa supružnikom i decom u odnosu na osobe koje žive same ( $\chi^2=5,28$ ,  $p=0,021$ ) i sa roditeljima ( $\chi^2=4,73$ ,  $p=0,029$ ).

Na mišljenje da li su izgubili prijatelje nakon saznanja da boluju od hepatitisa C, utvrđena je statistički značajna razlika u odgovorima u odnosu na porodični status ispitanika ( $\chi^2=38,311$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "uopšte se ne slažem" dao je značajno manji broj osoba koje žive sa decom u odnosu na osobe koje žive sa supružnikom ( $\chi^2=5,71$ ,  $p=0,016$ ) i sa supružnikom i decom ( $\chi^2=9,66$ ,  $p=0,001$ ). Odgovor "slažem se" dao je značajno manji broj osoba koje žive sa supružnikom u odnosu na one koji žive sami ( $\chi^2=9,55$ ,  $p=0,002$ ), sa decom ( $\chi^2=9,55$ ,  $p=0,002$ ), i sa roditeljima ( $\chi^2=5,87$ ,  $p=0,015$ ), kao i značajno manji broj osoba koje žive sa supružnikom i decom u odnosu na one koji žive sami ( $\chi^2=18,91$ ,  $p<0,001$ ), sa decom ( $\chi^2=9,95$ ,  $p=0,001$ ), i sa roditeljima ( $\chi^2=11,72$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "potpuno se

slažem" dao je značajno veći broj osoba koje žive same u odnosu na osobe koje žive sa supružnikom i decom ( $\chi^2=4,53$ ,  $p=0,03$ ).

Na mišljenje da li su stigmatizovani od strane nekog od članova porodice, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima u odnosu na porodični status ( $\chi^2=25,435$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "ne" dao je značajno veći broj osoba koje žive sa supružnikom i decom u odnosu na one koji žive sami ( $\chi^2=9,11$ ,  $p=0,002$ ). Odgovor "mnogo" dao je značajno veći broj osoba koje žive same u odnosu na osobe koje žive sa supružnikom ( $\chi^2=4,53$ ,  $p=0,033$ ) kao i sa supružnikom i decom ( $\chi^2=9,18$ ,  $p=0,002$ ).

Na izjavu da li su stigmatizovani od strane komšiluka, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima ispitanika prema porodičnom statusu ( $\chi^2=35,313$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "ne" dao je značajno manji broj osoba koje žive same u odnosu na osobe koje žive sa supružnikom ( $\chi^2=8,05$ ,  $p=0,003$ ), supružnikom i decom ( $\chi^2=11,77$ ,  $p=0,0006$ ), sa decom ( $\chi^2=10,86$ ,  $p=0,0009$ ) i sa roditeljima ( $\chi^2=18,16$ ,  $p<0,001$ ). Odgovor "malo" dao je značajno veći broj osoba koje žive same u odnosu na osobe koje žive sa supružnikom ( $\chi^2=6,97$ ,  $p=0,008$ ), supružnikom i decom ( $\chi^2=4,40$ ,  $p=0,035$ ) i sa roditeljima ( $\chi^2=10,48$ ,  $p=0,001$ ). Odgovor "da" dao je značajno veći broj osoba koje žive same u odnosu na osobe koje žive sa supružnikom i decom ( $\chi^2=4,53$ ,  $p=0,03$ ). Odgovor "mnogo" dao je značajno veći broj osoba koje žive same u odnosu na osobe koje žive sa supružnikom i decom ( $\chi^2=4,53$ ,  $p=0,03$ ).

Stigmatizacija prema upotrebi PAS prikazana je u Tabeli 11.

Tabela 11. Stigmatizacija prema upotrebi psihoaktivnih supstanci

		Psihoaktivne supstance		p
		ne broj = 99	da broj = 55	
Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	40(40,4)	19(34,5)	0,743
	ne slažem se, broj (%)	21(21,2)	12(21,8)	
	slažem se, broj (%)	26(26,3)	14(25,5)	
	potpuno se slažem, broj (%)	12(12,1)	10(18,2)	
Osecam se "zaraženo", "prljavo", "nečisto" zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%)	43(43,4)	19(34,5)	0,626
	ne slažem se, broj (%)	27(27,3)	15(27,3)	
	slažem se, broj (%)	22(22,2)	17(30,9)	
	potpuno se slažem, broj (%)	7(7,1)	4(7,3)	

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Psihoaktivne supstance		p
		ne broj = 99	da broj = 55	
Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	60(60,6) 32(32,3) 6(6,1) 1(1,0)	25(45,5) 20(36,4) 8(14,5) 2(3,6)	0,128
Većina osoba smatra da je osoba koja ima hepatitis odbojna	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	18(18,2) 47(47,5) 30(30,3) 4(4,0)	5(9,1) 18(32,7) 22(40,0) 10(18,2)	0,006*
Većina ljudi sa hepatitisom C biva odbacena kada sazna da su bolesni	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	15(15,2) 45(45,5) 30(30,3) 9(9,1)	5(9,1) 13(23,6) 25(45,5) 12(21,8)	0,008*
Povređen sam time kako drugi ljudi reaguju na to da imam hepatitis C	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	19(19,2) 48(48,5) 25(25,3) 7(7,1)	7(12,7) 27(49,1) 14(25,5) 7(12,7)	0,547
Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	30(30,3) 63(63,6) 5(5,1) 1(1,0)	13(23,6) 29(52,7) 12(21,8) 1(1,9)	0,015*
Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	37(37,4) 59(59,6) 3(3,0) 0(0,0)	13(23,6) 29(52,7) 11(20,0) 2(3,6)	0,001*
Brinem da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima	uopšte se ne slažem, broj (%) ne slažem se, broj (%) slažem se, broj (%) potpuno se slažem, broj (%)	18(18,2) 56(56,6) 20(20,2) 5(5,0)	6(10,9) 30(54,5) 12(21,8) 7(12,7)	0,268
Da li ste stigmatizovani od strane nekog od članova porodice	ne, broj (%) malo, broj (%) da, broj (%) mnogo, broj (%)	98(99,0) 0(0,0) 1(1,0) 0(0,0)	45(81,8) 3(5,5) 4(7,3) 3(5,5)	0,001*

Nastavak na sledećoj strani



Nastavak sa prethodne strane

		Psihoaktivne supstance		p
		ne broj = 99	da broj = 55	
Da li ste stigmatizovani od strane rođaka	ne, broj (%)	96(97,0)	48(87,3)	0,024*
	malo, broj (%)	3(3,0)	2(3,6)	
	da, broj (%)	0(0,0)	2(3,6)	
	mного, broj (%)	0(0,0)	3(5,5)	
Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja	ne, broj (%)	94(94,9)	41(74,5)	0,003*
	malo, broj (%)	4(4,1)	10(18,2)	
	da, broj (%)	0(0,0)	2(3,6)	
	mного, broj (%)	1(1,0)	2(3,6)	
Da li ste stigmatizovani na poslu	ne, broj (%)	98(99,0)	48(87,3)	0,007*
	malo, broj (%)	1(1,0)	5(9,1)	
	da, broj (%)	0(0,0)	2(3,6)	
	mного, broj (%)	/	/	
Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka	ne, broj (%)	94(94,9)	50(90,9)	0,493
	malo, broj (%)	3(3,0)	3(5,5)	
	da, broj (%)	2(2,0)	1(1,8)	
	mного, broj (%)	0(0,0)	1(1,8)	

p – statistička značajnost ( $\chi^2$  test)

U odnosu na upotrebu PAS, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima na izjavu da li misle da je HCV osoba odbojna ( $\chi^2=12,541$ ,  $p=0,006$ ). Značajno veći broj ispitanika koji su konzumirali PAS se u potpunosti slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=8,56$ ,  $p=0,003$ ).

Na izjavu da li misle da HCV osoba biva odbačena od strane drugih, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima koji su koristili i onih koji nisu koristili PAS ( $\chi^2=11,942$ ,  $p=0,008$ ). Značajno veći broj ispitanika koji su koristili psihoaktivne supstance se u potpunosti slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=4,86$ ,  $p=0,027$ ).

U odnosu na upotrebu PAS, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima među ispitanicima na mišljenje da li su prestali da se družu sa nekim osobama zbog njihove reakcije na to što su oboleli ( $\chi^2=10,450$ ,  $p=0,015$ ). Značajno veći broj ispitanika koji su koristili psihoaktivne supstance se slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=10,12$ ,  $p=0,001$ ).

Na pitanje da li su izgubili prijatelje pošto su im saopštili da su oboleli od hepatitisa, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima u odnosu na upotrebu

psihoaktivnih supstanci ( $\chi^2=17,147$ ,  $p<0,001$ ). Značajno veći broj ispitanika koji su koristili PAS se slaže sa ovom konstatacijom ( $\chi^2=16,16$ ,  $p<0,001$ ).

Na mišljenje da li su stigmatizovani od strane nekog od članova porodice, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima u odnosu na upotrebu PAS ( $\chi^2=16,194$ ,  $p<0,001$ ). Većina ispitanika koje nisu koristile PAS, nije stigmatizovana od strane porodice ( $\chi^2=15,72$ ,  $p<0,001$ ), a većina ispitanika koja ih je koristila je mnogo ( $\chi^2=5,51$ ,  $p=0,018$ ) stigmatizovana od strane porodice.

U odnosu na upotrebu psihoaktivnih supstanci utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u odgovorima na pitanje da li su stigmatizovani od strane rođaka ( $\chi^2=9,396$ ,  $p=0,024$ ). Većina ispitanika koji nisu koristili PAS, nije stigmatizovana od strane rođaka ( $\chi^2=5,48$ ,  $p=0,019$ ). Većina ispitanika koja je koristila PAS je mnogo ( $\chi^2=5,51$ ,  $p=0,018$ ) stigmatizovana od strane rođaka.

Na pitanje da li su stigmatizovani od strane prijatelja, utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike među ispitanicima koji su koristili i koji nisu koristili PAS ( $\chi^2=14,309$ ,  $p=0,003$ ). Većina ispitanika koji nisu koristili PAS, nije stigmatizovana od strane prijatelja ( $\chi^2=13,61$ ,  $p=0,0002$ ). Većina ispitanika koja je koristila PAS je malo ( $\chi^2=8,56$ ,  $p=0,003$ ) stigmatizovana od strane prijatelja.

Između ispitanika koji su koristili i onih koji nisu koristili PAS utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike na pitanje da li su stigmatizovani na poslu ( $\chi^2=10,037$ ,  $p=0,007$ ). Većina ispitanika koji nisu koristili PAS, nije stigmatizovana na poslu ( $\chi^2=8,86$ ,  $p=0,001$ ), dok je većina ispitanika koja je koristila PAS malo ( $\chi^2=6,17$ ,  $p=0,013$ ) stigmatizovana na poslu.

Vrednosti stigma skora prema nezavisnim varijablama prikazane su u Tabeli 12.

Tabela 12. Vrednosti stigma skora prema nezavisnim varijablama

Varijabla		$\bar{X} \pm SD$	t/F*	p	Post hoc
Pol	muški	18,44±5,27	0,874	0,774	
	ženski	19,19±4,91			
Prebivalište	grad	19,33±5,15	2,389	0,018	
	selo	17,16±4,81			

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

Školska sprema	bez škole	19,00±5,89	2,284*	0,081	
	osnovna	16,68±4,98			
	srednja	19,49±5,16			
	viša i visoka	17,93±4,51			
Trenutni radni status	nezaposlen	19,01±5,25	0,998	0,887	
	zaposlen	18,12±4,87			
Materijalno stanje	loše	19,13±5,39	0,713	0,492	
	zadovoljavajuće	18,51±4,99			
	odlično	16,60±3,51			
Bračno stanje	neoženjen/neudata	20,74±5,73	3,654*	0,007	A
	oženjen/udata	17,39±4,75			
	vanbračna zajednica	18,00±2,58			
	razveden/razvedena	20,00±4,71			
	udovac/udovica	20,00±3,85			
Napuštanje od strane partnera	ne	18,38±4,92	3,692	<0,001	
	da	25,00±5,18			
Porodični status	živi sam	20,23±1,55	3,239*	0,014	B
	živi sa supružnikom	17,43±4,81			
	živi sa supružnikom i decom	17,45±4,71			
	živi sa decom	20,17±4,04			
	živi sa roditeljima	20,44±5,46			
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	17,79±4,61	3,132	0,002	
	da	20,42±5,63			

\*ANOVA A (neoženjen/neudata vs. oženjen/udata), B (supružnik i deca vs. roditelji) p – statistička značajnost

Prema ANOVA-i upoređujući vrednosti stigma skora utvrđeno je da na stigmatizaciju utiče prebivalište (ispitanici koji žive u gradu imaju veći osećaj stigmatizacije u odnosu na one koji žive na selu (19,33±5,15 vs. 17,16±4,81, p= 0,018)), kao i bračno stanje ispitanika (p=0,007) (neoženjeni/neudate pokazuju najveći stepen stigmatizacije u odnosu na oženjene/udate ispitanike (20,74±5,73 vs. 17,39±4,75, p= 0,005)). Rizik za stigmatizaciju predstavljaju i napuštanje od strane partnera u odnosu na one koji nisu bili napušteni (25,00±5,18 vs. 18,38±4,92, p<0,001), upotreba PAS u odnosu na ispitanike koji nisu konzumirali drogu (20,42±5,63 vs. 17,79±4,61, p= 0,002) i osobe koje žive sa roditeljima u

odnosu na ostale ispitanike. U odnosu na porodični status ispitanika, uočeno je postojanje statistički značajne razlike u stigma skor (p=0,014). Utvrđeno je da osobe koje žive sa roditeljima imaju značajno veći skor u odnosu na one koji žive sa supružnikom i decom (20,44±5,46 vs. 17,45±4,71, p= 0,034).

Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na osećaj stigmatizacije prikazana je u Tabeli 13.

Tabela 13. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na stigma skor

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,212	-0,136--0,20	0,008*
Pol		0,071	-0,939- 2,427	0,384
Prebivalište		-0,190	-3,966- -0,376	0,018*
Trenutni radni status		0,650	-1,690-1,685	0,998
Sadašnje zanimanje		0,081	-2,642-0,686	0,320
Školska sprema	bez škole	0,014	-3,037-3,620	0,863
	osnovna škola	-0,176	-4,634--0,254	0,029*
	srednja škola	0,181	0,248-3,537	0,024*
	visoka škola	-0,014	-3,620-3,037	0,863
Materijalno stanje	loše	0,072	-0,907-2,379	0,378
	zadovoljavajuće	-0,044	-2,093-1,186	0,585
	odlično	-0,076	-6,813-2,416	0,348
Bračni status	neoženjen/neudata	0,241	0,977-4,553	0,003*
	oženjen/udata	-0,286	-4,514--1,357	<0,001*
	vanbračna zajednica	-0,023	-5,902-4,409	0,775
	razveden/razvedena	0,085	-1,258-4,099	0,296
	udovac/udovica	0,058	-2,347-5,032	0,473

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

		Beta	95%CI	p
Porodični status	živi sam	0,089	-1,296-4,581	0,271
	živi sa supružnikom	-0,120	-3,699-0,524	0,140
	živi sa supružnikom i decom	-0,194	3,712--0,391	0,016*
	živi sa decom	0,082	1,489--4,611	0,313
	živi sa roditeljima	2,379	0,591-4,167	0,009*
Stanovanje u sopstvenom stanu		-0,125	-4,231-0,512	0,123
Napuštanje od strane partnera		6,616	3,076-10,157	<0,001*
Konzumiranje alkohola sada		0,014	-1,153-1,731	0,865
Konzumiranje psiho aktivnih supstanci pre obolevanja od hepatitisa C		2,630	0,971-4,289	0,002*
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci sada		0,024	-3,931-5,322	0,767

p – statistička značajnost

Prema univarijantnoj regresionoj analizi značajni faktori rizika za stigmatizaciju su: status neoženjenih/neudatih (Beta=0,241, p=0,003), osobe sa završenom srednjom školom (Beta=0,181, p=0,024), osobe koje žive sa roditeljima (Beta=2,379, p=0,009), osobe napuštene od strane partnera (Beta=6,616, p<0,001) i osobe koje su upotrebljavale PAS pre razbolevanja (Beta=2,630, p=0,002). Kao statistički značajni protektivni faktori za stigmatizaciju izdvojili su se: starost ispitanika (Beta=-0,212, p=0,008), prebivalište na selu (Beta=-0,190, p=0,018), završena osnovna škola (Beta=-0,176, p=0,029), ispitanici koji su oženjeni/udate (Beta=-0,286, p<0,001) kao i osobe koje žive sa supružnikom i decom (Beta=-0,194, p=0,016).

Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na osećaj stigmatizacije prikazan je u Tabeli 14.

Tabela 14. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli prema stigma skor

	Beta	95%CI	p
Starost	-0,019	-0,084-0,070	0,856
Prebivalište	-0,104	-3,076-0,713	0,220
Završena osnovna škola	-0,092	-3,805-1,239	0,316

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

Završena srednja škola	0,504	-1,522-2,563	0,615
Neoženjeni/neudate	0,028	-2,534-3,183	0,823
Oženjeni/udate	-0,170	-4,276-0,782	0,174
Žive sa supružnikom i decom	-0,062	-2,894-1,590	0,566
Žive sa roditeljima	-0,077	-3,591-1,844	0,526
Napuštanje od strane partnera	4,625	0,854-8,397	0,017*
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre obolevanja od hepatitisa C	0,034	-1,732-2,462	0,731

p – statistička značajnost

Prema metodi standardne višestruke regresione analize u koju su ušle sve statistički značajne varijable (starost ispitanika, mesto stanovanja, završena osnovna i srednja škola, neoženjeni/neudate kao i oženjeni/udate status, osobe koje žive sa supružnikom i decom i oni koji žive sa roditeljima, napuštanje od strane partnera nakon oboljevanja i upotreba PAS pre razbolevanja) samo je napuštanje od strane partnera (Beta=4,625, p=0,017) prediktor za stigmatizaciju. Ispitivani model objašnjava 16,6% varijanse stigma skora (korigovano  $r^2=0,108$ , F=2,854, p=0,003).

### 4.3 Kvalitet života obolelih od hroničnog hepatitisa C

U daljem radu ispitivan je kvalitet života uz pomoć upitnika SF 36 koji ispituje fizičko i psihičko zdravlje ispitanika.

Na osnovu upitnika SF 36 u svim aspektima fizičkog i psihičkog kvaliteta života došlo je do pogoršanja nakon postavljanja dijagnoze bolesti ( u poslednjih mesec dana u odnosu na period pre bolesti).

Fizički i psihički aspekti kvaliteta života obolelih od hroničnog hepatitisa C pre i nakon postavljanja dijagnoze prikazani su u Tabeli 15.

Tabela 15. Fizički i psihički aspekti kvaliteta života obolelih od hroničnog hepatitisa C pre i nakon postavljanja dijagnoze

	Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Aktivnosti koje zahtevaju veliku energiju (trčanje, sport)	78,57±35,63	50,00±40,42	6,791	<0,001
Umerene aktivnosti (pomeranje stola, kupanje, usisavanje, brisanje prašine)	95,13±17,87	82,79±30,45	5,116	<0,001
Podizanje i nošenje namirnica iz prodavnice	95,77±16,12	89,94±25,81	3,144	0,002
Penjanje uz više nivoa stepenica	89,61±24,70	69,48±38,48	5,861	<0,001
Penjanje uz jedan niz stepenica	95,46±16,53	87,34±28,90	3,406	0,001
Klečanje, savijanje, naginjanje	91,56±24,12	75,65±36,26	5,013	<0,001
Hodanje više od 1,5 km	90,91±25,21	76,62±36,68	4,323	<0,001
Hodanje nekoliko stotina metara	96,75±13,62	86,69±29,17	4,252	<0,001
Hodanje do 100 m	99,03±6,93	91,88±23,89	3,787	<0,001
Samostalno kupanje i oblačenje	99,69±4,03	97,40±12,51	2,111	0,035
Vreme provedeno na poslu ili u drugim aktivnostima	89,61±30,61	56,49±49,73	6,140	<0,001
Mogućnost postizanja ciljeva	88,96±31,43	53,27±50,06	6,527	<0,001
Ograničenje u poslu i aktivnostima	85,71±35,11	55,84±49,82	5,578	<0,001
Teškoće u obavljanju poslova	86,36±34,43	48,70±50,15	6,742	<0,001
Skraćenje provedenog vremena na poslu	88,31±32,23	64,29±48,07	5,286	<0,001
Postizanje manje od planiranog zbog emocionalnih problema	85,71±35,11	59,74±49,20	5,547	<0,001
Obavljanje poslova manje pažljivo nego obično	87,01±33,73	63,64±48,26	4,899	<0,001
Uticaj fizičkog zdravlja i emocionalnih problema na društvene aktivnosti (aktivnosti sa porodicom i prijateljima)	81,49±27,38	65,09±33,14	5,463	<0,001
Telesni bolovi	73,64±31,49	59,35±33,71	4,574	<0,001
Uticaj bola na obavljanje poslova	81,49±27,39	65,09±33,14	5,463	<0,001
Osećanje životne ispunjenosti	59,35±33,72	54,42±27,01	7,235	<0,001

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

	Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Nervoza	72,59±24,94	54,56±30,09	6,074	<0,001
Neraspoloženje koje se nije popravljalo	82,29±25,12	67,66±31,29	5,229	<0,001
Osećanje opuštenosti i mirnoće	68,70±22,16	52,47±25,47	6,113	<0,001
Ispunjenost energijom	73,51±24,83	51,42±27,23	7,220	<0,001
Osećnje deprimiranosti i depresije	77,92±25,38	59,61±33,57	5,494	<0,001
Osećanje istrošenosti	82,47±25,39	66,23±31,39	5,260	<0,001
Osećanje sreće	68,83±21,32	51,43±25,03	6,251	<0,001
Osećaj umora	76,75±24,03	52,08±29,32	7,216	<0,001
Uticao fizičkog zdravlja i emocionalnih problema na društvene aktivnosti (posete prijateljima, rođacima)	90,42±19,63	70,13±33,22	6,201	<0,001
Mišljenje o tome da se lakše razboleavaju od drugih ljudi	75,16±31,11	61,04±33,03	4,368	<0,001
Mišljenje o tome da su bili zdravi kao bilo ko koga poznaju	72,16±32,53	47,24±32,03	6,688	<0,001
Očekivanje da će se zdravlje pogoršati	72,08±27,26	53,41±29,57	5,800	<0,001
Mišljenje da je njihovo zdravlje odlično	71,75±29,52	47,08±31,17	6,671	<0,001

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, post hoc analiza-Boniferroni test (t test)

U Tabeli 15 prikazani su fizički i psihički aspekti kvaliteta života obolelih od hroničnog hepatitisa C pre i nakon postavljanja dijagnoze. Utvrđeno je postojanje statistički značajne razlike u proceni kvaliteta života. Svi ispitivani parametri pokazali su visoku značajnost: aktivnosti koje zahtevaju veliku energiju ( $Z=6,791$ ,  $p<0,001$ ), umerene aktivnosti ( $Z=5,116$ ,  $p<0,001$ ), podizanje i nošenje namirnica ( $Z=3,144$ ,  $p=0,002$ ), penjanje uz više nivoa stepenica ( $Z=5,861$ ,  $p<0,001$ ), penjanje uz jedan niz stepenica ( $Z=3,406$ ,  $p=0,001$ ), klečanje, savijanje, nagnjanje ( $Z=5,013$ ,  $p<0,001$ ), hodanje više od 1,5 km ( $Z=4,323$ ,  $p<0,001$ ), hodanje nekoliko stotina metara ( $Z=4,252$ ,  $p<0,001$ ), hodanje do 100 m ( $Z=3,787$ ,  $p<0,001$ ), samostalno kupanje i oblačenje ( $Z=2,11$ ,  $p=0,035$ ), skraćivanje vremena provedenog na poslu i drugim aktivnostima ( $Z=6,140$ ,  $p<0,001$ ), mogućnosti postizanja ciljeva ( $Z=6,527$ ,



p<0,001), ograničenje u poslu i aktivnostima (Z=5,578, p<0,001), teškoće u obavljanju poslova (Z=6,742, p<0,001), skraćanje provedenog vremena na poslu (Z=5,286, p<0,001), postizanje manje od planiranog zbog emocionalnih problema (Z=5,547, p<0,001), obavljanje poslova manje pažljivo nego obično (Z=4,899, p<0,001), uticaj fizičkog zdravlja i emocionalnih problema na društvene aktivnosti (Z=5,463, p<0,001), telesni bolovi (Z=4,574, p<0,001), uticaj bola na obavljanje poslova (Z=5,463, p<0,001), osećanje životne ispunjenosti (Z=7,235, p<0,001), osećaj nervoze (Z=6,074, p<0,001), neraspoloženje (Z=5,229, p<0,001), osećanje opuštenosti i mirnoće (Z=6,113, p<0,001), ispunjenost energijom (Z=7,220, p<0,001), osećanje deprimiranosti i depresije (Z=5,494, p<0,001), osećanje istrošenosti (Z=5,260, p<0,001), osećanje sreće (Z=6,251, p<0,001), osećaj umora (Z=7,216, p<0,001), uticaj fizičkog zdravlja i emocionalnih problema na društvene aktivnosti (posete prijateljima, rođacima) (Z=6,201, p<0,001), potom mišljenje o tome da se lakše razboleavaju od drugih ljudi (Z=4,368, p<0,001), mišljenje o tome da su bili zdravi kao bilo ko koga poznaju (Z=6,688, p<0,001), očekivanje da će se zdravlje pogoršati (Z=5,800, p<0,001) i mišljenje da je njihovo zdravlje odlično (Z=6,671, p<0,001).

Pre dijagnostikovanja bolesti 6,5% ispitanika imalo je svakodnevno osećaj potištenosti i napetosti da bi se broj ispitanika sa tim osećajem utrostručio u poslednjih mesec dana. Čest osećaj potištenosti i napetosti pre dijagnostikovanja bolesti je imalo 12,34% a u poslednjih mesec dana 21,43%, dok je procenat onih koji su ovo imali u retkim slučajevima ili nikada vremenom opao.

Sva pitanja iz upitnika SF 36 odnose se na dve velike grupe skorova: fizički kompozitni skor - PCS (koji utvrđuje fizičku stranu kvaliteta života) i mentalni kompozitni skor - MCS (utvrđuje mentalnu komponentu kvaliteta života). Pored toga pitanja iz upitnika SF 36 mogu se grupisati i izračunavati skorovi za osam podskorova: socijalno funkcionisanje (SF), fizičko funkcionisanje (PF), opšte zdravlje (GH), fizička uloga (RP), telesna bol (BP), vitalnost (VT), mentalno zdravlje (MH) i emocionalna uloga (RE).

Rezultati skorova iz upitnika SF 36 prikazani su u Tabeli 16.

Tabela 16. Skorovi SF 36 upitnika

	Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Fizički kompozitni skor	82,09±17,12	61,68±24,37	8,079	<0,001
Mentalni kompozitni skor	81,83±16,82	61,56±26,21	7,998	<0,001
Socijalno funkcionisanje	89,20±18,58	70,54±32,23	6,461	<0,001
Fizičko funkcionisanje	93,24±13,51	80,78±23,73	7,368	<0,001
Opšte zdravlje	69,87±21,94	50,16±24,37	7,627	<0,001
Fizička uloga	87,66±29,18	53,57±46,04	6,418	<0,001
Telesna bol	77,56±27,78	62,22±31,85	5,457	<0,001
Vitalnost	76,98±18,82	56,03±24,04	7,627	<0,001
Mentalno zdravlje	74,13±18,32	57,14±23,51	6,915	<0,001
Emocionalna uloga	87,01±31,49	62,55±45,62	5,221	<0,001

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U Tabeli 16. prikazane su vrednosti skorova pre razbolevanja od hroničnog C hepatitisa i u poslednjih mesec dana. Utvrđena je visoka statistička značajnost promene svih pomenutih skorova: fizički kompozitni skor (Z=8,079, p<0,001), mentalni kompozitni skor (Z=7,998, p<0,001), socijalno funkcionisanje (Z=6,461, p<0,001), fizičko funkcionisanje (Z=7,368, p<0,001), opšte zdravlje (Z=7,627, p<0,001), fizička uloga (Z=6,418, p<0,001), telesna bol (Z=5,457, p<0,001), vitalnost (Z=7,627, p<0,001), mentalno zdravlje (Z=6,915, p<0,001) i emocionalna uloga (Z=5,221, p<0,001).

U daljem istraživanju analizirane su vrednosti fizičkog kompozitnog skora i uticaj nezavisnih varijabli na vrednosti fizičkog kompozitnog skora što je prikazano u Tabeli 17.

Tabela 17. Vrednosti Fizičkog kompozitnog skora prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	81,42±17,39	64,23±22,87	5,859	<0,001
	ženski	83,17±16,76	57,59±26,30	5,614	<0,001
Prebivalište	grad	81,52±17,95	62,63±24,35	6,546	<0,001
	selo	83,53±14,84	59,26±24,55	4,672	<0,001
Školska sprema	bez škole	77,93±20,44	46,69±20,66	2,090	0,037
	osnovna	84,07±14,29	55,45±24,69	4,076	<0,001
	srednja	81,40±18,09	64,49±24,36	5,418	<0,001
	viša i visoka	84,17±15,11	63,43±23,52	3,814	<0,001
Materijalno stanje	loše	80,91±17,74	55,51±25,02	5,779	<0,001
	zadovoljavajuće	83,32±16,36	66,27±22,44	5,681	<0,001
	odlično	79,75±22,01	75,75±28,00	0,000	1,000
Bračno stanje	neoženjen/neudata	79,97±21,01	66,34±23,97	2,791	0,005
	oženjen/udata	82,25±16,04	59,19±24,07	6,403	<0,001
	vanbračna zajednica	86,41±10,52	72,50±26,79	1,069	0,285
	razveden/razvedena	86,29±13,85	65,78±24,85	3,125	0,002
	udovac/udovica	80,94±15,09	42,29±24,22	2,521	0,012
Napuštanje od strane partnera	ne	82,69±16,34	61,45±24,54	8,046	<0,001
	da	71,09±26,98	66,02±22,14	0,676	0,499
Porodični status	živi sam	70,04±21,29	58,32±29,63	2,040	0,041
	živi sa supružnikom	83,04±13,37	58,42±25,58	4,115	<0,001
	živi sa supružnikom i decom	82,79±16,16	59,86±23,86	5,346	<0,001
	živi sa decom	90,00±9,44	62,29±23,84	3,059	0,002
	živi sa roditeljima	79,23±20,91	67,12±22,91	2,843	0,004
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	83,11±15,09	59,49±24,19	7,671	<0,001
	da	80,25±20,28	65,63±24,43	3,202	0,001

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U Tabeli 17. upoređivane su vrednosti fizičkog kompozitnog skora pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama.

Što se tiče vrednosti fizičkog kompozitnog skora prema polu, utvrđena je statistički značajna razlika i kod muškaraca ( $Z=5,859$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=5,614$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na mesto stanovanja, utvrđena je statistički značajna razlika u vrednostima fizičkog kompozitnog skora stanovnika iz grada ( $Z=6,546$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnika sa sela ( $Z=4,672$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu utvrđena je značajna razlika kod: ispitanika bez završene osnovne škole ( $Z=2,090$ ,  $p=0,037$ ), ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=4,076$ ,  $p<0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=5,418$ ,  $p<0,001$ ) i onih sa fakultetom ( $Z=3,814$ ,  $p<0,001$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena fizičkog kompozitnog skora uočena je kod onih sa lošim ( $Z=5,779$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=5,681$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračno stanje ispitanika značajnost promene skora utvrđena je kod ispitanika koji su neoženjeni/neudate ( $Z=2,791$ ,  $p=0,005$ ), oženjeni/udate ( $Z=6,403$ ,  $p<0,001$ ), razvedeni/razvedene ( $Z=3,125$ ,  $p=0,002$ ) i udovci/udovice ( $Z=2,521$ ,  $p=0,012$ ).

Značajna promena fizičkog kompozitnog skora uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli ( $Z=8,046$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na porodični status ispitanika utvrđena je statistički značajna promena mentalnog kompozitnog skora kod: ispitanika koji žive sami ( $Z=2,040$ ,  $p=0,041$ ), sa supružnikom ( $Z=4,115$ ,  $p<0,001$ ), supružnikom i decom ( $Z=5,346$ ,  $p<0,001$ ), samo sa decom ( $Z=3,059$ ,  $p=0,002$ ) i sa roditeljima ( $Z=2,843$ ,  $p=0,004$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razboljevanja značajna promena u fizičkom kompozitnom skorom utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=7,671$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=3,202$ ,  $p=0,001$ ).

Dalje su analizirane vrednosti mentalnog kompozitnog skora i uticaj nezavisnih varijabli na vrednosti mentalnog kompozitnog skora što je prikazano u Tabeli 18.

Tabela 18. Vrednosti Mentalnog kompozitnog skora prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	81,04±16,78	63,60±26,65	5,744	<0,001
	ženski	83,09±16,95	58,29±25,35	5,510	<0,001
Prebivalište	grad	80,10±18,20	59,27±26,49	6,829	<0,001
	selo	86,29±11,59	67,51±24,75	4,276	<0,001
Školska sprema	bez škole	84,01±14,23	54,98±23,12	2,293	0,022
	osnovna	84,54±11,16	65,98±21,37	3,711	<0,001
	srednja	79,47±19,05	61,83±27,34	5,469	<0,001
	viša i visoka	85,55±12,48	59,04±27,87	4,057	<0,001
Materijalno stanje	loše	79,91±17,23	55,98±27,24	5,634	<0,001
	zadovoljavajuće	83,27±16,72	66,03±24,02	5,643	<0,001
	odlično	85,93±11,00	69,25±34,75	0,345	0,944
Bračno stanje	neoženjen/neudata	76,39±22,17	62,61±27,41	2,868	0,004
	oženjen/udata	83,48±14,85	63,22±25,72	6,099	<0,001
	vanbračna zajednica	77,32±11,98	53,00±31,18	1,826	0,068
	razveden/razvedena	88,29±9,85	55,57±23,33	3,408	0,001
	udovac/udovica	82,45±10,14	55,03±27,62	2,521	0,012
Napuštanje od strane partnera	ne	82,35±16,21	61,95±25,79	7,896	<0,001
	da	72,47±25,09	54,47±34,12	1,400	0,161
Porodični status	živi sam	74,05±24,48	44,97±30,13	2,481	0,013
	živi sa supružnikom	87,68±8,95	61,50±27,54	4,373	<0,001
	živi sa supružnikom i decom	81,98±14,77	63,07±25,42	4,994	<0,001
	živi sa decom	90,67±6,02	60,36±23,68	2,934	0,003
	živi sa roditeljima	77,71±20,52	64,94±25,10	3,004	0,003
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	85,30±13,10	63,85±25,66	7,462	<0,001
	da	75,59±20,69	57,46±26,91	3,670	0,001

$\bar{X}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U Tabeli 18. upoređivane su vrednosti mentalnog kompozitnog skora pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama. Što se tiče vrednosti mentalnog kompozitnog skora prema polu, utvrđena je statistički značajna razlika i kod muškaraca ( $Z=5,744$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=5,510$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na mesto stanovanja, utvrđena je statistički značajna razlika u vrednostima mentalnog kompozitnog skora stanovnika iz grada ( $Z=6,829$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnika sa sela ( $Z=4,276$ ,  $p<0,001$ ).

Prema školskoj spremi značajna razlika utvrđena je kod: ispitanika bez završene osnovne škole ( $Z=2,293$ ,  $p=0,022$ ), ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,711$ ,  $p<0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=5,469$ ,  $p<0,001$ ) i onih sa završenim fakultetom ( $Z=4,057$ ,  $p<0,001$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena mentalnog kompozitnog skora je uočena kod onih sa lošim ( $Z=5,634$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=5,643$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračno stanje ispitanika značajnost promene skora utvrđena je kod ispitanika koji su neoženjeni/neudate ( $Z=2,868$ ,  $p=0,004$ ), oženjeni/udate ( $Z=6,099$ ,  $p<0,001$ ), razvedeni/razvedene ( $Z=3,408$ ,  $p=0,001$ ) i udovci/udovice ( $Z=2,521$ ,  $p=0,012$ ).

Značajna promena mentalnog kompozitnog skora uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli ( $Z=7,896$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na porodični status ispitanika utvrđena je statistički značajna promena mentalnog kompozitnog skora kod: ispitanika koji žive sami ( $Z=2,481$ ,  $p=0,013$ ), sa supružnikom ( $Z=4,373$ ,  $p<0,001$ ), supružnikom i decom ( $Z=4,994$ ,  $p<0,001$ ), samo sa decom ( $Z=2,934$ ,  $p=0,003$ ) i sa roditeljima ( $Z=3,004$ ,  $p=0,003$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razbolevanja značajna promena u mentalnom kompozitnom skoru utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=7,462$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=3,670$ ,  $p=0,001$ ).

Vrednosti skorova socijalnog funkcionisanja pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti i uticaj nezavisnih varijabli na vrednosti skora socijalnog funkcionisanja prikazani su u Tabeli 19.

Tabela 19. Socijalno funkcionisanje pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti prema nezavisnim varijablama

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	88,16±19,32	71,18±32,47	4,891	<0,001
	ženski	90,89±17,34	69,49±32,10	4,247	<0,001
Prebivalište	grad	85,59±20,62	67,45±33,25	5,222	<0,001
	selo	95,93±8,93	78,49±28,56	4,163	<0,001
Školska sprema	bez škole	96,25±8,44	66,25±22,85	2,446	0,014
	osnovna	94,00±16,19	70,00±30,76	3,201	0,001
	srednja	87,36±19,74	70,93±33,36	4,397	<0,001
	viša i visoka	88,43±18,65	68,51±33,85	2,708	0,007
Materijalno stanje	loše	90,53±18,08	65,54±34,94	4,945	<0,001
	zadovoljavajuće	87,98±19,24	74,05±29,54	3,999	<0,001
	odlično	92,50±16,77	85,00±27,09	1,342	0,180
Bračno stanje	neoženjen/neudata	87,79±20,75	56,77±35,15	3,681	<0,001
	oženjen/udata	89,73±17,04	73,95±30,81	4,454	<0,001
	vanbračna zajednica	84,37±23,66	75,00±35,35	1,342	0,180
	razveden/razvedena	87,50±23,71	71,09±29,83	1,637	0,102
	udovac/udovica	96,88±5,79	56,25±35,35	2,388	0,017
Napuštanje od strane partnera	ne	89,47±18,55	71,66±31,43	6,165	<0,001
	da	84,37±19,76	50,00±41,73	1,841	0,066
Porodični status	živi sam	92,31±14,01	57,69±41,93	2,178	0,029
	živi sa supružnikom	92,85±14,99	76,34±29,33	3,006	0,003
	živi sa supružnikom i decom	88,79±17,63	72,41±31,99	3,870	<0,001
	živi sa decom	97,92±7,21	76,04±23,51	2,555	0,011
	živi sa roditeljima	84,01±23,67	66,57±33,04	2,938	0,003
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	91,29±16,51	72,35±30,11	5,861	<0,001
	da	85,45±21,48	67,27±35,80	3,228	0,001

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U Tabeli 19. upoređivane su vrednosti skorova za socijalno funkcionisanje pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama. U odnosu na pol, utvrđena je statistički značajna razlika i kod muškaraca ( $Z=4,891$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=4,247$ ,  $p<0,001$ ) u vrednostima skorova socijalnog funkcionisanja pre i nakon postavljene dijagnoze hepatitisa.

U odnosu na mesto stanovanja, utvrđena je statistički značajna razlika u vrednostima socijalnog funkcionisanja kod stanovnika iz grada ( $Z=5,222$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnika sa sela ( $Z=4,163$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika skora utvrđena je kod: ispitanika bez završene osnovne škole ( $Z=2,446$ ,  $p=0,014$ ), ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,201$ ,  $p=0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=4,397$ ,  $p<0,001$ ) i onih sa višom i visokom školom ( $Z=2,708$ ,  $p=0,007$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena skora socijalnog funkcionisanja uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=4,945$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=3,999$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajnost promene skora utvrđena je kod ispitanika koji su neoženjeni/neudate ( $Z=3,681$ ,  $p<0,001$ ), oženjeni/udate ( $Z=4,454$ ,  $p<0,001$ ) i udovci/udovice ( $Z=2,388$ ,  $p=0,017$ ).

Značajna promena skora socijalnog funkcionisanja uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=6,165$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena skora socijalnog funkcionisanja kod: ispitanika koji žive sami ( $Z=2,178$ ,  $p=0,029$ ), sa supružnikom ( $Z=3,006$ ,  $p=0,003$ ), supružnikom i decom ( $Z=3,870$ ,  $p<0,001$ ), samo sa decom ( $Z=2,555$ ,  $p=0,011$ ) i sa roditeljima ( $Z=2,938$ ,  $p=0,003$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razbolevanja značajna promena u socijalnom funkcionisanju utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=5,861$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=3,228$ ,  $p=0,001$ ).

Vrednosti skorova fizičkog funkcionisanja pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti i uticaj nezavisnih varijabli na vrednosti skora socijalnog funkcionisanja prikazani su u Tabeli 20.



Tabela 20. Fizičko funkcionisanje prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	92,74±13,14	82,84±21,33	5,557	<0,001
	ženski	94,07±14,16	77,46±27,01	4,841	<0,001
Prebivalište	grad	93,56±13,03	81,80±23,30	5,942	<0,001
	selo	92,44±14,82	78,14±24,88	4,316	<0,001
Školska sprema	bez škole	93,00±10,33	73,00±16,36	2,558	0,011
	osnovna	94,60±11,36	75,40±28,35	3,732	<0,001
	srednja	92,34±15,16	82,39±22,81	5,038	<0,001
	viša i visoka	95,19±10,24	83,15±24,30	2,983	0,003
Materijalno stanje	loše	93,79±13,66	78,29±25,16	5,516	<0,001
	zadovoljavajuće	92,85±13,56	82,85±22,86	4,785	<0,001
	odlično	92,00±13,04	89,00±13,42	0,447	0,655
Bračno stanje	neoženjen/neudata	92,62±13,54	86,07±21,54	2,381	0,017
	oženjen/udata	93,81±12,24	80,36±21,74	6,317	<0,001
	vanbračna zajednica	88,75±16,52	91,25±11,81	0,447	0,655
	razveden/razvedena	93,75±18,12	77,81±28,92	2,536	0,011
	udovac/udovica	91,88±17,31	58,12±35,95	2,371	0,018
Napuštanje od strane partnera	ne	93,29±13,45	80,52±23,73	7,174	<0,001
	da	92,50±15,58	85,63±24,85	1,184	0,066
Porodični status	živi sam	90,00±19,26	76,54±32,87	1,547	0,122
	živi sa supružnikom	94,46±11,57	78,75±26,02	3,711	<0,001
	živi sa supružnikom i decom	93,19±12,97	81,55±19,34	5,056	<0,001
	živi sa decom	99,58±1,44	73,75±30,09	2,524	0,012
	živi sa roditeljima	91,74±15,04	84,30±22,95	2,869	0,004
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	93,33±12,62	78,84±23,81	6,619	<0,001
	da	93,09±15,11	84,27±23,40	3,357	0,001

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U Tabeli 20. prilikom upoređivanja vrednosti skora za fizičko funkcionisanje pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama utvrđena je statistički značajna razlika u odnosu na pol, i kod muškaraca ( $Z=5,557$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=4,841$ ,  $p<0,001$ ).

Prema prebivalištu, statistički značajna razlika u vrednostima fizičkog funkcionisanja utvrđena je među stanovnicima iz grada ( $Z=5,942$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnicima sa sela ( $Z=4,316$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika skora fizičkog funkcionisanja utvrđena je kod: ispitanika bez završene osnovne škole ( $Z=2,558$ ,  $p=0,011$ ), ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,732$ ,  $p<0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=5,038$ ,  $p<0,001$ ) i onih sa višom i visokom školom ( $Z=2,983$ ,  $p=0,003$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena skora fizičkog funkcionisanja uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=5,516$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=4,785$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajnost promene skora utvrđena je kod neoženjenih/neudatih ( $Z=2,381$ ,  $p=0,017$ ), oženjenih/udatih ( $Z=6,317$ ,  $p<0,001$ ), razvedenih ( $Z=2,536$ ,  $p=0,011$ ) i udovaca/udovica ( $Z=2,371$ ,  $p=0,018$ ).

Značajna promena fizičkog funkcionisanja uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=7,174$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena skora fizičkog funkcionisanja kod: ispitanika koji žive sa supružnikom ( $Z=3,711$ ,  $p<0,001$ ), supružnikom i decom ( $Z=5,056$ ,  $p<0,001$ ), samo sa decom ( $Z=2,524$ ,  $p=0,012$ ) i sa roditeljima ( $Z=2,869$ ,  $p=0,004$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razbolevanja značajna promena u fizičkom funkcionisanju utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=6,619$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=3,357$ ,  $p=0,001$ ).

U Tabeli 21. upoređivana je fizička uloga pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama.

Tabela 21. Fizička uloga prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	86,84±30,48	56,05±45,94	4,736	<0,001
	ženski	88,98±27,17	49,58±46,30	4,346	<0,001
Prebivalište	grad	86,04±31,02	55,40 ±46,39	5,110	<0,001
	selo	91,86±23,06	48,83±45,30	3,944	<0,001
Školska sprema	bez škole	90,00±31,62	27,50±41,58	2,058	0,040
	osnovna	92,00±23,63	44,00±48,02	3,531	<0,001
	srednja	84,51±32,06	58,43±45,43	4,065	<0,001
	viša i visoka	93,52±21,48	55,56±45,64	3,108	0,002
Materijalno stanje	loše	86,43±32,60	43,93±47,48	4,680	<0,001
	zadovoljavajuće	88,92±26,48	61,08±43,62	4,355	<0,001
	odlično	85,00±22,36	70,00±44,72	0,447	0,655
Bračno stanje	neoženjen/neudata	80,36±38,07	58,33±46,74	2,397	0,017
	oženjen/udata	88,98±27,26	49,40±45,91	5,211	<0,001
	vanbračna zajednica	93,75±12,50	50,00±57,74	1,342	0,180
	razveden/razvedena	98,44±6,25	68,75±42,33	2,232	0,026
	udovac/udovica	87,50±23,15	43,75±47,72	2,032	0,042
Napuštanje od strane partnera	ne	89,04±27,07	53,42±46,11	6,348	<0,001
	da	62,50±51,75	56,25±47,72	1,414	0,157
Porodični status	živi sam	84,62±31,52	61,54±47,45	1,466	0,143
	živi sa supružnikom	96,43±13,11	47,32±44,27	3,727	<0,001
	živi sa supružnikom i decom	87,07±28,96	48,71±47,16	4,291	<0,001
	živi sa decom	100,00±0,00	60,42±49,38	2,121	0,034
	živi sa roditeljima	80,23±37,62	59,88±45,03	2,245	0,025
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	91,41±22,63	49,49±45,59	6,301	<0,001
	da	80,90±37,57	60,91±46,33	2,198	0,028

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U odnosu na pol, utvrđena je statistički značajna razlika i kod muškaraca ( $Z=4,736$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=4,346$ ,  $p<0,001$ ) u vrednostima fizičke uloge pre i nakon postavljene dijagnoze hepatitisa.

Prema prebivalištu, statistički značajna razlika u vrednostima fizičke uloge utvrđena je među stanovnicima iz grada ( $Z=5,110$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnicima sa sela ( $Z=3,944$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika fizičke uloge utvrđena je kod: ispitanika bez završene osnovne škole ( $Z=2,058$ ,  $p=0,040$ ), ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,531$ ,  $p<0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=4,065$ ,  $p<0,001$ ) i onih sa višom i visokom školom ( $Z=3,108$ ,  $p=0,002$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena fizičke uloge uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=4,680$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=4,355$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajnost promene fizičke uloge utvrđena je kod neoženjenih/neudatih ( $Z=2,397$ ,  $p=0,017$ ), oženjenih/udatih ( $Z=5,211$ ,  $p<0,001$ ), razvedenih ( $Z=2,232$ ,  $p=0,026$ ) i udovaca/udovica ( $Z=2,032$ ,  $p=0,042$ ).

Značajna promena fizičke uloge uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=6,348$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena fizičke uloge kod: ispitanika koji žive sa supružnikom ( $Z=3,727$ ,  $p<0,001$ ), supružnikom i decom ( $Z=4,291$ ,  $p<0,001$ ), sa decom ( $Z=2,121$ ,  $p=0,034$ ) i sa roditeljima ( $Z=2,245$ ,  $p=0,025$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razbolevanja značajna promena u fizičkoj ulozi utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=6,301$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=2,198$ ,  $p=0,028$ ).

U Tabeli 22. upoređivana je razlika u stepenu telesne boli pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama.

Tabela 22. Telesna bol prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	75,97±27,63	65,00±30,52	3,312	0,001
	ženski	80,13±28,06	57,75±33,67	4,595	<0,001
Prebivalište	grad	76,06±28,65	63,92±31,90	3,893	<0,001
	selo	81,45±25,29	57,85±31,67	3,943	<0,001
Školska sprema	bez škole	68,25±37,36	43,25±25,52	1,352	0,176
	osnovna	79,50±23,24	52,00±33,03	3,337	0,001
	srednja	79,18±27,49	67,88±30,94	3,198	0,001
	viša i visoka	73,70±29,19	59,44±32,05	2,926	0,003
Materijalno stanje	loše	75,64±28,55	58,61±33,73	4,053	<0,001
	zadovoljavajuće	79,65±27,22	64,62±30,20	3,795	<0,001
	odlično	71,50±28,48	75,00±28,99	0,535	0,593
Bračno stanje	neoženjen/neudata	77,74±28,94	68,57±34,47	1,749	0,073
	oženjen/udata	76,37±28,54	58,66±30,33	4,457	<0,001
	vanbračna zajednica	94,38±11,25	83,75±21,36	1,342	0,180
	razveden/razvedena	76,72±28,01	68,44±30,82	1,101	0,271
	udovac/udovica	82,50±18,99	43,13±30,26	2,214	0,027
Napuštanje od strane partnera	ne	78,29±27,52	61,82±31,49	5,679	<0,001
	da	64,37±31,02	69,69±39,58	0,414	0,679
Porodični status	živi sam	75,77±27,47	55,58±39,29	2,032	0,042
	živi sa supružnikom	73,39±30,22	61,16±33,88	1,848	0,065
	živi sa supružnikom i decom	79,96±26,72	60,04±29,10	4,341	<0,001
	živi sa decom	80,83±26,95	59,58±32,08	1,983	0,047
	živi sa roditeljima	76,69±28,71	68,60±32,15	1,504	0,132
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	77,98±26,97	60,40±31,04	5,420	<0,001
	da	76,81±29,41	65,50±33,30	2,077	0,038

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U odnosu na pol, utvrđena je statistički značajna razlika i kod muškaraca ( $Z=3,312$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=4,595$ ,  $p<0,001$ ) u telesnoj boli pre i nakon postavljene dijagnoze hepatitisa.

Prema prebivalištu, statistički značajna razlika u vrednostima telesne boli utvrđena je među stanovnicima iz grada ( $Z=3,893$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnicima sa sela ( $Z=3,943$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika u telesnoj boli utvrđena je kod: ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,337$ ,  $p=0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=3,198$ ,  $p=0,001$ ) i onih sa višom i visokom školom ( $Z=2,926$ ,  $p=0,003$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena u telesnoj boli uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=4,053$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=3,795$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajnost promene telesne boli utvrđena je kod oženjenih/udatih ( $Z=4,457$ ,  $p<0,001$ ) i udovaca/udovica ( $Z=2,214$ ,  $p=0,027$ ).

Značajna promena telesne boli uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=5,679$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena u telesnoj boli kod: ispitanika koji žive sami ( $Z=2,032$ ,  $p=0,042$ ), sa supružnikom i decom ( $Z=4,341$ ,  $p<0,001$ ) i sa decom ( $Z=1,983$ ,  $p=0,047$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razboleivanja značajna promena u telesnoj boli utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=5,420$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=2,077$ ,  $p=0,038$ ).

U Tabeli 23. upoređivana je razlika u stepenu vitalnosti pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama.

Tabela 23. Vitalnost prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	76,42±18,98	58,16±25,03	5,516	<0,001
	ženski	77,88±18,67	52,63±22,13	5,388	<0,001
Prebivalište	grad	75,49±19,59	53,42±24,17	6,604	<0,001
	selo	80,81±16,22	62,79±22,61	3,935	<0,001
Školska sprema	bez škole	75,00±10,00	45,00±18,56	2,812	0,005
	osnovna	77,40±15,35	59,40±18,61	3,221	0,001
	srednja	75,27±21,23	56,47±24,74	5,138	<0,001
	viša i visoka	83,14±14,22	55,56±27,61	4,084	<0,001
Materijalno stanje	loše	75,93±17,28	51,43±23,47	5,410	<0,001
	zadovoljavajuće	77,97±19,78	59,37±23,40	5,535	<0,001
	odlično	76,00±26,79	68,00±34,02	0,405	0,686
Bračno stanje	neoženjen/neudata	72,50±24,35	58,69±25,71	2,799	0,005
	oženjen/udata	78,28±16,67	56,13±23,13	6,130	<0,001
	vanbračna zajednica	71,25±22,50	60,00±31,89	0,713	0,465
	razveden/razvedena	86,25±11,18	52,19±24,83	3,183	0,001
	udovac/udovica	71,25±9,54	46,88±21,87	2,375	0,018
Napuštanje od strane partnera	ne	77,09±18,54	56,13±24,16	7,516	<0,001
	da	75,00±24,78	54,38±23,21	1,680	0,093
Porodični status	živi sam	71,15±25,51	42,69±23,96	2,276	0,023
	živi sa supružnikom	80,89±13,95	55,18±23,11	4,043	<0,001
	živi sa supružnikom i decom	77,41±16,60	56,47±24,00	4,856	<0,001
	živi sa decom	83,75±11,89	59,17±19,29	2,809	0,005
	živi sa roditeljima	73,72±22,86	59,18±25,49	3,012	0,003
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	80,30±15,33	27,58±24,21	7,230	<0,001
	da	71,00±22,99	53,27±23,71	3,407	0,001

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U odnosu na pol, utvrđena je statistički značajna razlika u vitalnosti i kod muškaraca ( $Z=5,516$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=5,388$ ,  $p<0,001$ ) pre i nakon postavljene dijagnoze hepatitisa.

Prema prebivalištu, statistički značajna razlika u vitalnosti utvrđena je među stanovnicima iz grada ( $Z=6,604$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnicima sa sela ( $Z=3,935$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika u vitalnosti utvrđena je kod: ispitanika bez završene škole ( $Z=2,812$ ,  $p=0,005$ ), ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,221$ ,  $p=0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=5,138$ ,  $p<0,001$ ) i onih sa višom i visokom školom ( $Z=4,084$ ,  $p<0,001$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena u vitalnosti uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=5,410$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=5,535$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajnost promene vitalnosti utvrđena je kod neoženjenih/neudatih ( $Z=2,799$ ,  $p=0,005$ ), oženjenih/udatih ( $Z=6,130$ ,  $p<0,001$ ), razvedenih ( $Z=3,183$ ,  $p=0,001$ ) i udovaca/udovica ( $Z=2,375$ ,  $p=0,018$ ).

Značajna promena vitalnosti uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=7,516$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena u vitalnosti kod: ispitanika koji žive sami ( $Z=2,276$ ,  $p=0,023$ ), sa supružnikom ( $Z=4,043$ ,  $p<0,001$ ), sa supružnikom i decom ( $Z=4,856$ ,  $p<0,001$ ), sa decom ( $Z=2,809$ ,  $p=0,005$ ) i onih koji žive sa roditeljima ( $Z=3,012$ ,  $p=0,003$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razboleivanja značajna promena u vitalnosti utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=7,230$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=3,407$ ,  $p=0,001$ ).

U Tabeli 24. upoređivano je mentalno zdravlje u vremenu pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama.



Tabela 24. Mentalno zdravlje prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	74,02±18,39	58,40±24,39	5,221	<0,001
	ženski	74,31±18,36	55,12±22,07	4,858	<0,001
Prebivalište	grad	73,33±19,02	54,63±23,76	6,130	<0,001
	selo	76,19±16,42	63,63±21,82	3,251	0,001
Školska sprema	bez škole	74,80±17,18	52,00±21,16	2,094	0,036
	osnovna	73,44±16,73	59,52±17,10	3,150	0,002
	srednja	72,65±20,11	57,95±25,08	4,387	<0,001
	viša i visoka	79,56±12,67	54,07±24,49	4,008	<0,001
Materijalno stanje	loše	71,94±20,04	50,59±22,82	5,224	<0,001
	zadovoljavajuće	76,00±17,08	62,78±22,46	4,461	<0,001
	odlično	75,20±8,19	64,00±28,71	1,095	0,273
Bračno stanje	neoženjen/neudata	70,67±23,96	57,71±24,93	2,737	0,006
	oženjen/udata	75,43±16,15	58,90±23,14	5,121	<0,001
	vanbračna zajednica	62,00±12,44	52,00±26,73	0,552	0,581
	razveden/razvedena	81,50±7,43	49,00±21,14	3,298	0,001
	udovac/udovica	70,00±19,48	54,50±24,93	1,963	0,050
Napuštanje od strane partnera	ne	74,47±17,92	57,48±23,29	6,801	<0,001
	da	68,00±25,29	51,00±28,26	1,123	0,261
Porodični status	živi sam	68,62±28,42	46,15±22,60	2,100	0,036
	živi sa supružnikom	77,00±13,00	56,14±22,90	3,569	<0,001
	živi sa supružnikom i decom	74,34±16,35	59,03±23,39	4,094	<0,001
	živi sa decom	81,00±13,44	59,00±22,18	2,806	0,005
	živi sa roditeljima	71,72±20,95	58,05±24,79	2,949	0,003
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	77,69±14,16	59,15±23,39	6,764	<0,001
	da	67,70±22,85	53,53±23,51	2,807	0,005

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U odnosu na pol, utvrđena je statistički značajna promena mentalnog zdravlja i kod muškaraca ( $Z=5,221$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=4,858$ ,  $p=0,001$ ) pre i nakon postavljene dijagnoze hepatitisa.

Prema prebivalištu, statistički značajna razlika mentalnog zdravlja utvrđena je među stanovnicima iz grada ( $Z=6,130$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnicima sa sela ( $Z=3,251$ ,  $p=0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika u mentalnom zdravlju utvrđena je kod: ispitanika bez završene škole ( $Z=2,094$ ,  $p=0,036$ ), ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,150$ ,  $p=0,002$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=4,387$ ,  $p<0,001$ ) i onih sa višom i visokom školom ( $Z=4,008$ ,  $p<0,001$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena u mentalnom zdravlju uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=5,224$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=4,461$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajnost promene u mentalnom zdravlju utvrđena je kod neoženjenih/neudatih ( $Z=2,737$ ,  $p=0,006$ ), oženjenih/udatih ( $Z=5,121$ ,  $p<0,001$ ), razvedenih ( $Z=3,298$ ,  $p=0,001$ ) i udovaca/udovica ( $Z=1,963$ ,  $p=0,050$ ).

Značajna promena mentalnog zdravlja uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=6,801$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena mentalnog zdravlja kod: ispitanika koji žive sami ( $Z=2,100$ ,  $p=0,036$ ), sa supružnikom ( $Z=3,569$ ,  $p<0,001$ ), sa supružnikom i decom ( $Z=4,094$ ,  $p<0,001$ ), sa decom ( $Z=2,806$ ,  $p=0,005$ ) i onih koji žive sa roditeljima ( $Z=2,949$ ,  $p=0,003$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razbolevanja značajna promena u mentalnom zdravlju utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=6,764$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=2,807$ ,  $p=0,005$ ).

U Tabeli 25. upoređivana je emocionalna uloga u vremenu pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama.

Tabela 25. Emocionalna uloga prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	85,96±33,18	66,32±44,16	3,275	0,001
	ženski	88,50±28,98	57,47±47,47	4,157	<0,001
Prebivalište	grad	86,19±32,25	59,76±46,42	4,764	<0,001
	selo	88,89±30,06	71,43±42,07	2,036	0,042
Školska sprema	bez škole	96,67±10,54	80,00±35,83	1,604	0,109
	osnovna	90,67±28,09	65,33±44,59	2,448	0,014
	srednja	83,52±34,92	64,84±45,39	3,235	0,001
	viša i visoka	91,36±27,09	48,15±48,33	2,981	0,003
Materijalno stanje	loše	87,44±31,36	63,29±46,49	4,051	<0,001
	zadovoljavajuće	85,65±32,77	63,71±44,72	3,034	0,002
	odlično	100,00±0,00	46,67±50,55	1,633	0,102
Bračno stanje	neoženjen/neudata	85,71±35,42	76,19±41,83	1,405	0,160
	oženjen/udata	85,71±32,02	59,52±46,01	3,981	<0,001
	vanbračna zajednica	100,00±0,00	58,33±50,00	1,342	0,180
	razveden/razvedena	87,50±29,50	39,58±45,87	2,871	0,004
	udovac/udovica	100,00±0,00	80,95±37,79	1,342	0,180
Napuštanje od strane partnera	ne	87,59±30,67	62,99±45,32	5,189	<0,001
	da	75,00±46,29	62,50±51,75	0,557	0,564
Porodični status	živi sam	83,33±38,92	58,33±51,49	1,732	0,083
	živi sa supružnikom	90,48±26,99	63,09±46,56	2,195	0,028
	živi sa supružnikom i decom	85,63±31,91	54,59±46,18	4,168	<0,001
	živi sa decom	92,22±9,62	66,67±44,95	2,060	0,039
	živi sa roditeljima	84,49±35,89	74,42±41,68	1,199	0,231
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	89,12±28,63	63,27±45,03	4,479	<0,001
	da	83,03±36,22	62,42±46,73	2,671	0,008

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U odnosu na pol, utvrđena je statistički značajna promena emocionalne uloge i kod muškaraca ( $Z=3,275$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=4,157$ ,  $p=0,001$ ) pre i nakon postavljene dijagnoze hepatitisa.

Prema prebivalištu, statistički značajna razlika emocionalne uloge utvrđena je među stanovnicima iz grada ( $Z=4,764$ ,  $p<0,001$ ) i stanovnicima sa sela ( $Z=2,036$ ,  $p=0,042$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika u emocionalnoj ulozi utvrđena je kod ispitanika sa završenom osnovnom školom ( $Z=2,448$ ,  $p=0,014$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=3,235$ ,  $p=0,001$ ) i ispitanika sa završenom višom i visokom školom ( $Z=2,981$ ,  $p=0,003$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena emocionalne uloge uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=4,051$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=3,034$ ,  $p=0,002$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajna promena emocionalne uloge utvrđena je kod oženjenih/udatih ( $Z=3,981$ ,  $p<0,001$ ) i razvedenih ispitanika ( $Z=2,871$ ,  $p=0,004$ ).

Značajna promena emocionalne uloge uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=5,189$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena emocionalne uloge kod: ispitanika koji žive sa supružnikom ( $Z=2,195$ ,  $p=0,028$ ), sa supružnikom i decom ( $Z=4,168$ ,  $p<0,001$ ) i samo sa decom ( $Z=2,060$ ,  $p=0,039$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razbolevanja značajna promena emocionalne uloge utvrđena je i među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=4,479$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=2,671$ ,  $p=0,008$ ).

U Tabeli 26. upoređivano je opšte zdravlje u vremenu pre i nakon postavljanja dijagnoze hroničnog hepatitisa C prema nezavisnim varijablama.

Tabela 26. Opšte zdravlje prema nezavisnim varijablama pre i nakon postavljanja dijagnoze bolesti

Varijabla		Pre dijagnoze hepatitisa $\bar{X} \pm SD$	Poslednjih mesec dana $\bar{X} \pm SD$	Z	p
Pol	muški	85,97±33,18	66,32±44,16	5,672	<0,001
	ženski	88,51±28,98	57,47±47,47	5,130	<0,001
Prebivalište	grad	96,67±10,54	80,00±35,83	2,038	0,042
	selo	88,89±30,06	71,43±42,02	4,008	<0,001
Školska sprema	bez škole	96,67±10,54	80,00±35,83	2,038	0,036
	osnovna	90,67±28,09	65,33±44,59	3,667	<0,001
	srednja	83,52±34,92	64,84±45,37	5,596	<0,001
	viša i visoka	91,36±27,09	48,15±48,33	3,420	0,001
Materijalno stanje	loše	87,44±31,36	63,29±46,49	5,899	<0,001
	zadovoljavajuće	85,65±32,77	63,71±44,72	4,905	<0,001
	odlično	100,00±0,00	46,67±50,55	0,000	1,000
Bračno stanje	neoženjen/neudata	85,71±35,42	76,19±41,83	2,885	0,004
	oženjen/udata	85,71±32,02	59,52±46,01	6,280	<0,001
	vanbračna zajednica	100,00±0,00	58,33±50,00	0,535	0,593
	razveden/razvedena	87,50±29,50	39,58±45,89	3,155	0,002
	udovac/udovica	100,00±0,00	80,95±37,79	1,472	0,141
Napuštanje od strane partnera	ne	87,59±30,67	62,98±45,32	7,612	<0,001
	da	75,00±46,29	62,50±51,75	0,736	0,462
Porodični status	živi sam	83,33±38,92	58,33±51,49	2,007	0,045
	živi sa supružnikom	90,47±26,99	63,09±46,56	3,273	0,001
	živi sa supružnikom i decom	85,63±31,91	54,59±46,18	5,524	<0,001
	živi sa decom	97,22±9,62	66,67±44,95	2,812	0,005
	živi sa roditeljima	84,49±35,89	74,42±41,68	2,712	0,007
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre bolesti	ne	89,12±28,63	63,27±45,03	6,898	<0,001
	da	83,03±36,22	62,42±46,73	3,811	<0,001

$\bar{x}$  - aritmetička sredina, SD – standardna devijacija, p – statistička značajnost, (t test)

U odnosu na pol, utvrđena je statistički značajna promena opšteg zdravlja i kod muškaraca ( $Z=5,672$ ,  $p<0,001$ ) i kod žena ( $Z=5,130$ ,  $p=0,001$ ) pre i nakon postavljene dijagnoze hepatitisa.

Prema prebivalištu, statistički značajna razlika opšteg zdravlja utvrđena je među stanovnicima iz grada ( $Z=2,038$ ,  $p=0,042$ ) i stanovnicima sa sela ( $Z=4,008$ ,  $p<0,001$ ).

U odnosu na školsku spremu značajna razlika u opštem zdravlju utvrđena je kod ispitanika bez završene škole ( $Z=2,038$ ,  $p=0,036$ ), sa završenom osnovnom školom ( $Z=3,667$ ,  $p<0,001$ ), ispitanika sa srednjom školom ( $Z=5,596$ ,  $p<0,001$ ) i ispitanika sa završenom višom i visokom školom ( $Z=3,420$ ,  $p=0,001$ ).

Posmatrajući materijalno stanje ispitanika statistički značajna promena opšteg zdravlja uočena je kod ispitanika sa lošim ( $Z=5,899$ ,  $p<0,001$ ) i zadovoljavajućim ( $Z=4,905$ ,  $p<0,001$ ) materijalnim statusom.

U odnosu na bračni status ispitanika značajna promena emocionalne uloge utvrđena je kod neoženjeni/neudatih ( $Z=2,885$ ,  $p=0,004$ ), oženjenih/udatih ( $Z=6,280$ ,  $p<0,001$ ) i razvedenih ispitanika ( $Z=3,155$ ,  $p=0,002$ ).

Značajna promena opšteg zdravlja uočena je samo kod ispitanika koji nisu bili napušteni od strane partnera nakon saznanja da su oboleli od hepatitisa C ( $Z=7,612$ ,  $p<0,001$ ).

Prema porodičnom statusu ispitanika utvrđena je statistički značajna promena opšteg zdravlja kod: ispitanika koji žive sami ( $Z=2,007$ ,  $p=0,045$ ), sa supružnikom ( $Z=3,273$ ,  $p=0,001$ ), sa supružnikom i decom ( $Z=5,524$ ,  $p<0,001$ ), samo sa decom ( $Z=2,812$ ,  $p=0,005$ ) i sa roditeljima ( $Z=2,712$ ,  $p=0,007$ ).

Posmatrajući upotrebu PAS pre razboleivanja značajna promena opšteg zdravlja utvrđena je među ispitanicima koji nisu konzumirali ( $Z=6,898$ ,  $p<0,001$ ) i među onima koji su konzumirali PAS ( $Z=3,811$ ,  $p=0,008$ ).

Tokom analize podataka uočeno je da postoji korelacija podataka između kvaliteta života i stigmatizacije. U daljem radu urađena je Pearson-ova korelacija stigma skora i SF 36 skorova (Tabela 27)

Tabela. 27. Pearson-ova korelacija stigma skora sa SF-36 skorovima

	r	p
Fizički kompozitni skor pre razbolevanja	-0,061	0,454
Fizički kompozitni skor u poslednjih mesec dana	-0,182	0,024*
Mentalni kompozitni skor pre razbolevanja	0,123	0,129
Mentalni kompozitni skor u poslednjih mesec dana	-0,259	0,001*
Socijalno funkcionisanje pre razbolevanja	-0,169	0,036*
Socijalno funkcionisanje u poslednjih mesec dana	-0,310	<0,001*
Fizičko funkcionisanje pre razbolevanja	0,036	0,661
Fizičko funkcionisanje u poslednjih mesec dana	0,112	0,165
Fizička uloga pre razbolevanja	0,039	0,631
Fizička uloga u poslednjih mesec dana	-0,105	0,195
Telesna bol pre razbolevanja	-0,088	0,278
Telesna bol u poslednjih mesec dana	-0,174	0,031*
Vitalnost pre razbolevanja	-0,014	0,863
Vitalnost u poslednjih mesec dana	-0,212	0,008*
Mentalno zdravlje pre razbolevanja	0,015	0,852
Mentalno zdravlje u poslednjih mesec dana	-0,261	0,001*
Emocijalna uloga pre razbolevanja	-0,014	0,862
Emocijalna uloga u poslednjih mesec dana	-0,073	0,368
Opšte zdravlje pre razbolevanja	-0,005	0,954
Opšte zdravlje u poslednjih mesec dana	-0,192	0,017*

p – statistička značajnost

Utvrđeno je postojanje statistički značajne korelacije između stigma skora i socijalnog funkcionisanja pre bolesti ( $r=-0,169$ ,  $p=0,036$ ), kao i između stigma skora i sledećih skorova u poslednjih mesec dana: fizičkog kompozitnog skora ( $r=-0,182$ ,  $p=0,024$ ), mentalnog kompozitnog skora ( $r=-0,259$ ,  $p=0,001$ ), socijalnog funkcionisanja ( $r=-0,310$ ,  $p<0,001$ ), telesne boli ( $r=-0,174$ ,  $p=0,031$ ), vitalnosti ( $r=-0,212$ ,  $p=0,008$ ), mentalnog zdravlja ( $r=-0,261$ ,  $p=0,001$ ) i opšteg zdravlja ( $r=-0,192$ ,  $p=0,017$ ). U svim pomenutim slučajevima radi se o negativnoj korelaciji, što objašnjavamo time da je vrednost stigma skora obrnuto proporcionalna u odnosu na vrednosti ovih SF skorova.

U daljem radu urađene su univarijantne regresione analize nezavisnih varijabli za svaki kompozitni skor i podskorove SF 36 upitnika pre i posle razbolevanja.

Tabela 28. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na fizički kompozitni skor pre razbolevanja

		Beta	95%CI	p
Starost		0,012	-0,183-0,213	0,881
Pol		0,050	-3,863-7,369	0,538
Prebivalište		0,053	-4,079-8,092	0,516
Zaposlednost		-0,103	-9,217-1,969	0,202
Školska sprema	bez škole	-0,064	-15,508-6,635	0,430
	osnovna škola	0,050	-5,089-9,719	0,538
	srednja škola	-0,049	-7,273-3,862	0,546
	visoka škola	0,064	-6,635-15,508	0,430
Materijalno stanje	loše	-0,063	-7,634-3,325	0,438
	zadovoljavajuće	0,074	-2,931-7,977	0,362
	odlično	-0,032	-18,477-12,356	0,695
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,076	-9,030-3,211	0,349
	oženjen/udata	0,010	-5,136-5,844	0,899
	vanbračna zajednica	0,041	-12,737-21,605	0,611
	razveden/razvedena	0,084	-4,237-13,619	0,301
	udovac/udovica	-0,016	-13,527-11,107	0,846
Porodični status	živi sam	-0,054	-13,147-6,491	0,504
	živi sa supružnikom	0,026	-5,924-8,247	0,747
	živi sa supružnikom i decom	0,032	-4,509-6,769	0,693
	živi sa decom	0,135	-1,523-18,689	0,095
	živi sa roditeljima	-0,104	-10,024-2,098	0,198
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,119	-2,015-13,805	0,143
Konzumiranje alkohola		-0,028	-4,458-3,118	0,727
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,080	-8,544-2,830	0,323

p – statistička značajnost



Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti PCS pre razboleivanja. Nijedna varijabla nije pokazala statističku značajnost.

Tabela 29. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na mentalni kompozitni skor pre bolesti

		Beta	95%CI	p
Starost		0,210	0,065-0,445	0,009*
Pol		0,059	-3,485-7,548	0,468
Prebivalište		0,166	0,285-12,097	0,040*
Zaposlednost		0,042	-4,086-6,957	0,608
Školska sprema	bez škole	0,034	-8,565-13,228	0,673
	osnovna škola	0,071	-4,030-10,504	0,380
	srednja škola	-0,171	-11,253—0,459	0,034*
	visoka škola	-0,034	-13,228-8,565	0,673
Materijalno stanje	loše	-0,104	-8,882-1,850	0,197
	zadovoljavajuće	0,088	-2,397-8,311	0,277
	odlično	0,045	-10,913-19,374	0,582
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,199	-13,392-1,568	0,013*
	oženjen/udata	0,108	-1,744-8,985	0,1184
	vanbračna zajednica	-0,044	-21,505-12,244	0,589
	razveden/razvedena	0,131	-1,520-15,938	0,105
	udovac/udovica	0,009	-11,456-12,755	0,916
Porodični status	živi sam	-0,141	-18,072-1,063	0,081
	živi sa supružnikom	0,165	0,286-14,027	0,041*
	živi sa supružnikom i decom	0,007	-5,312-5,777	0,943
	živi sa decom	0,153	-0,324-19,485	0,058
	živi sa roditeljima	-0,153	-11,643-0,203	0,058
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,174	0,790-16,208	0,031*
Konzumiranje alkohola		-0,150	-7,178-0,186	0,063
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-2,278	-15,101—4,328	<0,001*

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti MCS pre razbolevanja. Kao statistički značajni faktori izdvojili su se: starost ispitanika – stariji ispitanici su imali veće skorove MCS (Beta=0,210, p=0,009), prebivalište – ispitanici sa sela su imali veće skorove (Beta=0,166, p=0,040), završena srednja škola – imali su najniže vrednosti skorova (Beta=-0,171, p=0,034), status neoženjenih/neudatih – imaju najniže vrednosti skora (Beta= -0,199, p=0,013), život sa supružnikom – imaju veće vrednosti skora (Beta=0,165, p=0,041), stanovanje u sopstvenom stanu/kući - imaju veće vrednosti skora (Beta=0,174, p=0,031) i upotreba PAS – imali su najniže vrednosti skorova (Beta=-2,278, p<0,001).

Tabela 30. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na mentalni kompozitni skor

	Beta	95%CI	p
Starost	0,006	-0,244-0,258	0,955
Prebivalište	0,082	-3,114-9,226	0,329
Završena srednja škola	-0,055	-7,821-4,070	0,534
Neoženjeni/neudate	-0,077	-9,907-4,128	0,417
Život sa supružnikom	0,067	-4,449-10,269	0,436
Stanovanje u svopstvenom stanu/kući	0,108	-2,575-13,106	0,186
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci	-0,153	-12,170-1,439	0,121

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitivan je uticaj starosti ispitanika, mesta stanovanja, završene srednje škole, statusa neoženjenih/neudatih, života sa supružnikom, stanovanja u sopstvenom stanu/kući i upotrebe PAS na vrednosti MCS pre razbolevanja. Ispitivani model objašnjava 11,2% varijanse MCS (korigovano  $r^2=0,069$ ,  $F=2,625$ ,  $p=0,014$ ). Nijedan od ispitivanih nezavisnih faktora nije pokazao stističku značajnost u ispitivanom modelu.

Tabela 31. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na fizičko funkcionisanje pre bolesti

		Beta	95%CI	p
Starost		0,051	-0,106-0,206	0,526
Pol		0,048	-3,103-5,765	0,554
Prebivalište		-0,037	-5,924-3,690	0,647
Zaposlednost		-0,212	-10,203--1,526	0,008*
Školska sprema	bez škole	-0,005	-0,060-0,953	0,953
	osnovna škola	0,044	-4,231-7,462	0,586
	srednja škola	-0,082	-6,645-2,126	0,310
	visoka škola	0,005	-8,494-9,021	0,953
Materijalno stanje	loše	0,037	-3,343-5,319	0,653
	zadovoljavajuće	-0,030	-5,134-3,497	0,708
	odlično	-0,017	-13,462-10,885	0,835
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,029	-5,707-3,980	0,725
	oženjen/udata	0,046	-3,091-5,567	0,573
	vanbračna zajednica	-0,055	-18,164-8,930	0,502
	razveden/razvedena	0,013	-6,510-7,633	0,876
	udovac/udovica	-0,024	-11,168-8,274	0,769
Porodični status	živi sam	-0,073	-11,287-4,195	0,367
	živi sa supružnikom	0,043	-4,102-7,078	0,600
	živi sa supružnikom i decom	-0,003	-4,545-4,362	0,968
	živi sa decom	0,137	-1,103-14,847	0,091
	živi sa roditeljima	-0,069	-6,883-2,714	0,392
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,019	-5,560-7,014	0,820
Konzumiranje alkohola		-0,028	-3,512-2,469	0,731
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,009	-4,746-4,261	0,915

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza je sprovedena kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti fizičkog funkcionisanja pre bolesti. Kao statistički značajni nezavisni

faktor izdvojila se zaposlenost ispitanika - nezaposleni ispitanici imaju veće vrednosti skorova (Beta=-0,212, p=0,008).

Tabela 32. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na fizičku ulogu pre bolesti

		Beta	95%CI	p
Starost		0,144	-0,031-0,637	0,075
Pol		0,036	-7,442-11,723	0,660
Prebivalište		0,090	-4,524-16,173	0,268
Zaposlenost		-0,013	-10,355-8,821	0,875
Školska sprema	bez skole	0,021	-16,413-21,413	0,794
	osnovna škola	0,066	-7,435-17,792	0,419
	srednja škola	-0,132	-17,250-1,594	0,103
	visoka škola	-0,021	-21,413-16,413	0,794
Materijalno stanje	loše	-0,039	-11,617-7,093	0,643
	zadovoljavajuće	0,045	-6,726-11,908	0,584
	odlično	-0,017	-29,049-23,545	0,836
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,154	-20,387-0,298	0,057
	oženjen/udata	0,050	-6,433-12,267	0,539
	vanbračna zajednica	0,034	-23,040-35,540	0,647
	razveden/razvedena	0,126	-3,131-27,180	0,119
	udovac/udovica	-0,001	-21,176-20,834	0,987
Porodični status	živi sam	-0,032	-20,087-13,431	0,695
	živi sa supružnikom	0,142	-1,249-22,678	0,079
	živi sa supružnikom i decom	-0,016	-10,571-8,667	0,845
	živi sa decom	0,123	-3,877-30,638	0,128
	živi sa roditeljima	-0,159	-20,567—0,049	0,049*
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,075	-7,154-19,936	0,353
Konzumiranje alkohola		-0,026	-7,509-5,410	0,749
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,173	-20,087--0,923	0,032*

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti fizičke uloge pre bolesti. Kao statistički značajni faktori izdvojili su se: život sa roditeljima - imaju najniže vrednosti skora (Beta=-0,159, p=0,049) i konzumiranje PAS - korisnici psihoaktivnih supstanci imaju niže vrednosti skora (Beta=-0,173, p=0,032).

Tabela 33. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na telesnu bol pre bolesti

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,065	-0,450-0,191	0,425
Pol		0,073	-4,949-13,256	0,369
Prebivalište		0,087	-4,458-15,248	0,281
Zaposlenost		-0,183	-19,377—1,431	0,023*
Školska sprema	bez škole	-0,089	-27,898-7,974	0,274
	osnovna škola	0,031	-9,717-14,337	0,705
	srednja škola	0,071	-5,001-13,048	0,380
	visoka škola	0,089	-7,974-27,898	0,274
Materijalno stanje	loše	-0,063	-12,417-5,369	0,435
	zadovoljavajuće	0,077	-4,565-13,136	0,340
	odlično	-0,040	-31,283-18,746	0,621
Bračni status	neoženjen/neudata	0,004	-9,725-10,201	0,962
	oženjen/udata	-0,047	-11,532-6,270	0,560
	vanbračna zajednica	0,099	-10,500-45,017	0,221
	razveden/razvedena	-0,010	-15,485-13,597	0,898
	udovac/udovica	0,042	-14,771-25,182	0,607
Porodični status	živi sam	-0,020	-17,918-13,996	0,808
	živi sa supružnikom	-0,071	-16,574-6,376	0,381
	živi sa supružnikom i decom	0,067	-5,299-12,974	0,408
	živi sa decom	0,034	-12,999-20,088	0,673
	živi sa roditeljima	-0,020	-11,108-8,669	0,808
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,117	-3,392-22,289	0,148
Konzumiranje alkohola		-0,072	-8,894-3,375	0,376
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci pre obolevanja od hepatitisa C		-0,020	-10,420-8,097	0,805

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na telesnu bol pre razbolevanja. Kao statistički značajan faktor izdvojila se zaposlenost ispitanika - nezaposleni ispitanici imaju veće vrednosti skorova (Beta=-0,183, p=0,023).

Tabela 34. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na opšte zdravlje pre obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,103	-0,416-0,089	0,202
Pol		-0,014	-7,822-6,594	0,867
Prebivalište		-0,043	-9,883-5,883	0,600
Zaposlenost u vreme razbolevanja		0,056	-4,660-9,734	0,487
Školska sprema	bez skole	-0,113	-24,152-4,110	0,163
	osnovna škola	0,003	-9,348-9,658	0,947
	srednja škola	-0,017	-7,902-6,387	0,834
	visoka škola	0,113	-4,110-24,152	0,163
Materijalno stanje	loše	-0,087	-10,833-3,190	0,283
	zadovoljavajuće	0,092	-2,946-11,017	0,255
	odlično	-0,016	-21,703-17,837	0,847
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,020	-8,834-6,900	0,808
	oženjen/udata	-0,002	-7,145-6,931	0,976
	vanbračna zajednica	-0,008	-23,182-20,882	0,918
	razveden/razvedena	0,099	-4,309-18,548	0,220
	udovac/udovica	-0,086	-24,166-7,300	0,291
Porodični status	živi sam	-0,057	-17,064-8,106	0,483
	živi sa supružnikom	-0,043	-11,538-74,188	0,593
	živi sa supružnikom i decom	0,038	-5,498-8,957	0,637
	živi sa decom	0,129	-2,430-23,498	0,110
	živi sa roditeljima	-0,046	-10,043-5,564	0,572
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,110	-3,132-17,167	0,174
Konzumiranje alkohola		0,054	-3,200-6,501	0,502
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		0,011	-6,828-7,798	0,896

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na opšte zdravlje. Nijedna varijabla nije pokazala statističku značajnost.

Tabela 35. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na vitalnost pre obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		0,103	-0,076-0,356	0,203
Pol		0,038	-4,718-7,638	0,641
Prebivalište		0,127	-1,327-11,964	0,116
Zaposlenost		-0,024	-7,091-5,270	0,771
Školska sprema	bez skole	-0,028	-14,311-10,074	0,732
	osnovna škola	0,010	-7,649-8,951	0,904
	srednja škola	-0,111	-10,335-1,846	0,171
	visoka škola	0,028	-10,074-14,311	0,732
Materijalno stanje	loše	-0,051	-7,957-4,100	0,528
	zadovoljavajuće	0,054	-3,9963-8,046	0,503
	odlično	-0,010	-17,970-15,943	0,906
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,146	-12,837-0,515	0,070
	oženjen/udata	0,076	-3,174-8,864	0,352
	vanbračna zajednica	-0,050	-24,756-12,989	0,539
	razveden/razvedena	0,168	0,635-20,054	0,037*
	udovac/udovica	-0,072	-19,553-7,464	0,378
Porodični status	živi sam	-0,094	-17,127-4,399	0,254
	živi sa supružnikom	0,098	-2,973-12,536	0,225
	živi sa supružnikom i decom	0,018	-5,507-6,897	0,825
	živi sa decom	0,105	-3,809-18,492	0,195
	živi sa roditeljima	-0,108	-11,183-2,138	0,182
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,153	-0,297-17,013	0,058
Konzumiranje alkohola		-0,114	-7,114-1,164	0,158
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,238	-15,396--3,210	0,003*

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vitalnost pre razbolevanja. Značajane nezavisne faktore za vitalnost predstavljaju razvedeni/razvedene ispitanici i konzumiranje PAS. Utvrđeno je da razvedeni/razvedene ispitanici imaju najviše vrednosti skora (Beta=0,168, p=0,037) a da korisnici PAS imaju najniže vrednosti skora (Beta=-0,238, p=0,003).

Tabela 36. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na socijalno funkcionisanje pre obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95% CI	p
Starost		0,156	-0,003-0,442	0,053
Pol		0,072	-3,358-8,822	0,377
Prebivalište		0,226	2,886-15,776	0,005*
Zaposlenost		-0,009	-6,433-5,778	0,916
Školska sprema	bez škole	0,100	-4,450-19,520	0,216
	osnovna škola	0,114	-2,272-13,721	0,159
	srednja škola	-0,121	-10,579-1,437	0,135
	visoka škola	-0,100	-19,520-4,450	0,216
Materijalno stanje	loše	0,057	-3,838-8,065	0,484
	zadovoljavajuće	-0,068	-8,450-3,399	0,401
	odlično	0,033	-13,332-20,144	0,688
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,047	-8,592-4,723	0,567
	oženjen/udata	0,031	-4,797-7,119	0,701
	vanbračna zajednica	-0,043	-23,603-13,686	0,600
	razveden/razvedena	-0,031	-11,625-7,821	0,700
	udovac/udovica	0,097	-5,221-21,403	0,232
Porodični status	živi sam	0,051	-7,274-14,052	0,531
	živi sa supružnikom	0,093	-3,198-12,127	0,252
	živi sa supružnikom i decom	-0,017	-6,785-5,645	0,823
	živi sa decom	0,137	-1,521-20,418	0,091
	živi sa roditeljima	-0,174	-13,719--0,690	0,030*
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,100	-3,186-14,025	0,215
Konzumiranje alkohola		-0,134	-7,530-0,624	0,096
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,151	-11,957-0,290	0,062

p – statistička značajnost



Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na socijalno funkcionisanje pre razbolevanja. Značajne nezavisne faktore za socijalno funkcionisanje predstavljaju stanovanje u gradu i život sa roditeljima. Utvrđeno je da stanovnici grada imaju niže vrednosti skorova (Beta=0,226, p=0,005) i da osobe koje žive sa roditeljima imaju niže vrednosti skorova (Beta=-0,174, p=0,030).

Tabela 37. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na emocionalnu ulogu pre obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		0,069	-0,206-0,552	0,394
Pol		0,039	-7,847-12,905	0,631
Prebivalište		0,038	-8,563-13,926	0,638
Zaposlenost		0,055	-6,821-13,915	0,500
Školska sprema	bez škole	0,082	-9,995-30,841	0,315
	osnovna škola	0,052	-9,202-18,139	0,519
	srednja škola	-0,131	-18,610-1,799	0,106
	visoka škola	-0,082	-30,841-9,995	0,315
Materijalno stanje	loše	0,015	-9,209-11,066	0,857
	zadovoljavajuće	-0,042	-12,718-7,464	0,608
	odlično	0,076	-14,880-41,919	0,348
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,024	-13,004-9,660	0,771
	oženjen/udata	-0,043	-12,811-7,447	0,602
	vanbračna zajednica	0,068	-18,235-45,094	0,403
	razveden/razvedena	0,006	-15,906-17,183	0,939
	udovac/udovica	0,091	-9,791-35,516	0,264
Porodični status	živi sam	-0,033	-21,910-14,386	0,683
	živi sa supružnikom	0,053	-8,728-17,412	0,513
	živi sa supružnikom i decom	-0,032	-12,497-8,329	0,693
	živi sa decom	0,095	-7,574-29,921	0,241
	živi sa roditeljima	-0,048	-14,620-7,859	0,553
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,056	-9,600-19,775	0,495

Nastavak na sledećoj strani

Nastavak sa prethodne strane

Konзумiranje alkohola	-0,012	-7,512-6,438	0,885
Konзумiranje psihoaktivnih supstanci	-0,093	-16,568-4,412	0,254

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na emocionalnu ulogu pre razbolevanja. Nije utvrđena statistička značajnost pomenutih varijabli.

Tabela 38. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na mentalno zdravlje pre obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		0,168	0,013-0,431	0,038*
Pol		0,008	-5,736-6,304	0,926
Prebivalište		0,070	-3,655-9,360	0,388
Zaposlenost		0,112	-1,760-10,204	0,165
Školska sprema	bez škole	0,010	-11,160-12,593	0,905
	osnovna škola	-0,017	-8,759-7,112	0,838
	srednja škola	-0,099	-9,609-2,248	0,224
	visoka škola	-0,010	-12,593-11,160	0,905
Materijalno stanje	loše	-0,109	-9,852-1,833	0,177
	zadovoljavajuće	0,105	-1,983-9,663	0,195
	odlično	0,011	-15,406-17,618	0,895
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,116	-11,289-1,765	0,152
	oženjen/udata	0,078	-3,003-8,717	0,337
	vanbračna zajednica	-0,108	-30,745-5,838	0,181
	razveden/razvedena	0,137	-1,276-17,725	0,089
	udovac/udovica	-0,053	-17,525-8,813	0,514

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

Porodični status	živi sam	-0,092	-16,506-4,460	0,258
	živi sa supružnikom	0,074	-4,059-11,075	0,361
	živi sa supružnikom i decom	0,009	-5,695-6,385	0,910
	živi sa decom	0,109	-3,402-18,304	0,177
	živi sa roditeljima	-0,082	-9,844-3,160	0,311
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,112	-1,760-10,204	0,165
Konzumiranje alkohola		-0,049	-5,291-2,813	0,547
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-2,262	-15,882—4,093	0,001*

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na emocionalno funkcionisanje ispitanika pre razbolevanja. Starost i konzumiranje PAS predstavljaju značajne nezavisne faktore za emocionalno funkcionisanje. Utvrđeno je da stariji ispitanici imaju veće vrednosti skorova (Beta=0,168, p=0,03) i da korisnici PAS imaju niže vrednosti skorova (Beta=-2,262, p=0,001).

Tabela 39. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na fizički kompozitni skor u poslednjih mesec dana

		Beta	95%CI	p
Starost		-3,336	-0,731--1,187	0,001*
Pol		-0,133	-14,566-1,309	0,101
Prebivalište		-0,062	-12,026-5,298	0,444
Zaposlenost nakon bolesti		0,060	-5,220-11,467	0,461
Školska sprema	bez škole	-0,163	-31,626--0,447	0,044
	osnovna škola	-0,113	-17,932-3,048	0,163
	srednja škola	0,141	-0,873-14,846	0,081
	visoka škola	0,163	0,447-31,626	0,044
Materijalno stanje	loše	-0,232	-18,927--3,716	0,004*
	zadovoljavajuće	0,194	1,766+17,049	0,016*
	odlično	0,106	-7,305-36,380	0,190

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

Bračni status	neoženjen/neudata	0,125	-1,864-15,483	0,123
	oženjen/udata	-0,113	-13,259-2,280	0,165
	vanbračna zajednica	0,073	-13,310-35,514	0,370
	razveden/razvedena	0,057	-8,167-17,310	0,479
	udovac/udovica	-0,129	-31,523-3,261	0,110
Porodični status	živi sam	-0,042	-17,669-10,314	0,604
	živi sa supružnikom	-0,063	-14,070-6,078	0,434
	živi sa supružnikom i decom	-0,058	-10,948-5,095	0,472
	živi sa decom	0,007	-13,864-15,184	0,929
	živi sa roditeljima	0,139	-1,049-16,138	0,085
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,044	-8,427-14,421	0,591
Konzumiranje aklohola		0,228	2,707-14,372	0,004*
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		0,005	-21,253-22,679	0,949
Napuštanje od strane partnera		0,042	-12,959-22,096	0,607

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti fizičkog kompozitnog skora nakon razboleivanja. Utvrđeno je da mlađi ispitanici imaju značajno veće vrednosti PCS (Beta=-3,336, p=0,001), kao i osobe zadovoljavajućeg materijalnog statusa (Beta=-0,194, p=0,016). Osobe lošeg materijalnog statusa su pokazale značajno niže vrednosti ovog skora (Beta=-0,232, p=0,004) kao i osobe koje ne konzumiraju alkohol (Beta=0,228, p=0,004).

Pošto je univarijantnom analizom utvrđeno više faktora koji utiču na vrednosti fizičkog kompozitnog skora nakon razboleivanja urađena je multivarijantna regresiona analiza.

Tabela 40. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na fizički kompozitni skor u poslednjih mesec dana

	Beta	95%CI	p
Starost	-0,274	-0,744--0,221	<0,001*
Loš materijalni status	-0,182	-29,335-11,654	0,395
Zadovoljavajući materijalni status	-0,423	-41,275-0,016	0,053
Konzumiranje aklohola	0,184	1,324-12,414	0,016*

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitivan je uticaj starosti ispitanika, lošeg i zadovoljavajućeg materjalnog statusa kao i uticaj alkohola na vrednosti fizičkog kompozitnog skora nakon razbolevanja. Ispitivani model objašnjava 17,7% varijanse PCS (korigovano  $r^2=0,154$ ,  $F=7,984$ ,  $p<0,001$ ). Kao nezavisni faktori izdvojili su se starost ispitanika - mladi ispitanici imaju značajno veće vrednosti PCS (Beta=-0,274,  $p<0,001$ ) i konzumiranje alkohola - osobe koje ne konzumiraju alkohol imaju niže vrednosti ovog skora (Beta=0,184,  $p=0,016$ ).

Tabela 41. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na mentalni kompozitni skor nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,106	-0,501-0,102	0,193
Pol		-0,099	-13,878-3,258	0,223
Prebivalište		0,166	-0,998-17,475	0,080
Zaposlenost sada		0,004	-8,789-9,185	0,965
Školska sprema	bez škole	-0,066	-23,995-9,904	0,413
	osnovna škola	0,074	-6,052-16,587	0,359
	srednja škola	0,012	-7,893-9,175	0,882
	visoka škola	0,066	-9,904-23,995	0,413
Materijalno stanje	loše	-0,195	-18,490--2,001	0,015*
	zadovoljavajuće	0,175	0,925-17,414	0,030*
	odlično	0,054	-15,641-31,523	0,507
Bračni status	neoženjen/neudata	0,024	-7,966-10,826	0,764
	oženjen/udata	0,069	-4,749-12,023	0,393
	vanbračna zajednica	-0,054	-35,076-17,481	0,509
	razveden/razvedena	-0,078	-20,369-6,983	0,335
	udovac/udovica	-0,059	-25,724-11,934	0,471

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

Porodični status	živi sam	-0,193	-32,903--3,357	0,016*
	živi sa supružnikom	-0,001	-10,937-10,768	0,988
	živi sa supružnikom i decom	0,044	-6,220-11,040	0,582
	živi sa decom	-0,013	-16,926-14,302	0,868
	živi sa roditeljima	0,080	-4,618-13,982	0,322
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,115	-3,349-20,883	0,155
Konzumiranje alkohola		0,094	-2,638-100,186	0,247
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,037	-29,096-18,105	0,646
Napuštanje od strane partnera		-0,064	-26,311-11,335	0,433

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti MCS nakon postavljanja dijagnoze hepatitisa C. Kao statistički značajni faktori izdvojili su se: loše materijalno stanje (Beta=-0,195, p=0,015) (ovi ispitanici imaju niže vrednosti skora), zadovoljavajuće materijalno stanje (Beta=0,175, p=0,030) (ovi ispitanici imaju više vrednosti skora) i ispitanici koji žive sami (imaju niže vrednosti mentalnog kompozitnog skora) (Beta=-0,193, p=0,016).

Pošto je univarijantnom analizom utvrđeno više faktora koji utiču na vrednosti mentalnog kompozitnog skora nakon razboleivanja urađena je multivarijantna regresiona analiza.

Tabela 42. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na mentalni kompozitni skor nakon obolevanja od hepatitisa C

	Beta	95%CI	p
Loše materijalno stanje	-0,209	-34,560-12,590	0,359
Zadovoljavajuće materijalno stanje	-0,055	-26,218-20,520	0,810
Žive sami	-0,155	-29,675-0,577	0,059

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitivan je uticaj lošeg i zadovoljavajućeg materijalnog statusa kao i uticaj samačkog života na vrednosti mentalnog kompozitnog skora nakon razbolevanja. Ispitivani model objašnjava 6,1% varijanse mentalnog kompozitnog skora (korigovano  $r^2=0,042$ ,  $F=3,260$ ,  $p=0,023$ ). Nijedan od ispitivanih faktora u modelu nije pokazao statističku značajnost.

Tabela 43. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na fizičko funkcionisanje nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,202	-0,614--0,077	0,012*
Pol		-0,111	-13,133-2,364	0,172
Prebivalište		-0,069	-12,091-4,766	0,392
Zaposlenost		-0,023	-9,279-6,993	0,782
Školska sprema	bez škole	-0,087	-23,544-7,005	0,258
	osnovna škola	-0,100	-16,649-3,805	0,217
	srednja škola	0,083	-3,698-11,706	0,306
	visoka škola	0,087	-7,005-23,644	0,285
Materijalno stanje	loše	-0,096	-12,148-3,005	0,235
	zadovoljavajuće	0,073	-4,095-11,031	0,366
	odlično	0,064	-12,846-29,839	0,433
Bračni status	neoženjen/neudata	0,137	-1,154-15,707	0,090
	oženjen/udata	-0,020	-8,539-6,682	0,810
	vanbračna zajednica	0,072	-13,018-34,518	0,373
	razveden/razvedena	-0,043	-1,722-9,100	0,599
	udovac/udovica	-0,224	-40,540--7,251	0,005*
Porodični status	živi sam	-0,054	-18,245-8,982	0,502
	živi sa supružnikom	-0,087	-23,644-7,005	0,285
	živi sa supružnikom i decom	-0,100	-16,649-3,805	0,217
	živi sa decom	0,083	-3,698-11,706	0,306
	živi sa roditeljima	0,087	-7,005-23,644	0,285
Stanovanje u sopstvenom stanu		-0,019	-12,346-9,740	0,816
Konzumiranje alkohola		0,212	2,028-13,427	0,008*

Nastavak na sledećoj strani

## Nastavak sa prethodne strane

Konзумiranje psihoaktivnih supstanci	0,095	-8,659-33,921	0,243
Napuštanje od strane partnera	0,048	-11,949-22,171	0,555

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti fizičkog funkcionisanja nakon postavljene dijagnoze hepatitisa C. Kao statistički značajni nezavisni faktori izdvojili su se: starost ispitanika (Beta=-0,202, p=0,012) gde mlađi imaju veće vrednosti skora, zatim udovci/udovice koji imaju niže vrednosti skora (Beta=-0,224, p=0,005) i konzumiranje alkohola, gde više vrednosti skora imaju ispitanici koji konzumiraju alkohol (Beta=0,212, p=0,008).

Pošto je univarijantnom analizom utvrđeno više faktora koji utiču na vrednosti skora fizičkog funkcionisanja nakon razboleivanja urađena je multivarijantna regresiona analiza.

Tabela 44. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na fizičko funkcionisanje nakon oboljevanja od hepatitisa C

	Beta	95%CI	p
Starost	-0,127	-0,493-0,058	0,121
Udovac/udovica	-0,180	-36,297--2,099	0,028
Konзумiranje alkohola	0,196	1,576-12,719	0,012

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitivan je uticaj starosti, statusa udovca/udovice i konzumacije alkohola na fizičko funkcionisanje nakon razboleivanja. Ispitivani model objašnjava 10,8% varijanse fizičkog funkcionisanja (korigovano  $r^2=0,090$ ,  $F=6,037$ ,  $p=0,001$ ). Kao nezavisni faktori izdvojili su se: status udovca/udovice, koji ima nižu vrednost skora (Beta=-0,180, p=0,028), i konzumiranje alkohola, sa višom vrednošću skora kod ispitanika koji konzumiraju alkohol (Beta=0,196, p=0,012).



Tabela 45. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na fizičku ulogu nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,170	-1,090--0,041	0,035*
Pol		-0,069	-21,567-8,614	0,398
Prebivalište		-0,064	-22,926-9,790	0,429
Zaposlenost		0,099	-5,983-25,439	0,223
Školska sprema	bez skole	-0,150	-57,388-1,625	0,064
	osnovna škola	-0,092	-31,284-8,431	0,257
	srednja škola	0,129	-2,817-26,923	0,111
	visoka škola	0,005	-1,625-57,388	0,064
Materijalno stanje	loše	-0,192	-32,173--3,184	0,017*
	zadovoljavajuće	0,168	0,906-29,913	0,037*
	odlično	0,066	-24,421-58,381	0,419
Bračni status	neoženjen/neudata	0,064	-9,931-23,026	0,434
	oženjen/udata	-0,099	-23,862-5,528	0,220
	vanbračna zajednica	-0,013	-49,895-45,562	0,876
	razveden/razvedena	0,113	-7,009-40,885	0,164
	udovac/udovica	-0,050	-43,545-22,735	0,537
Porodični status	živi sam	0,053	-17,713-35,116	0,516
	živi sa supružnikom	-0,064	-26,665-11,388	0,429
	živi sa supružnikom i decom	-0,082	-22,928-7,321	0,310
	živi sa decom	0,043	-19,984-34,832	0,593
	živi sa roditeljima	0,086	-7,574-25,089	0,291
Stanovanje u sopstvenom stanu		-0,010	-22,806-20,049	0,899
Konzumiranje alkohola		0,229	5,187-27,213	0,004*
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		0,119	3,823-26,652	0,141
Napuštanje od strane partnera		0,014	-30,308-35,95	0,886

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vrednosti fizičke uloge nakon postavljanja dijagnoze bolesti. Kao statistički značajni faktori izdvojili su se: starost ispitanika (Beta=-0,170, p=0,035), gde mlađi imaju veće vrednosti skora, loše materijalno stanje (Beta=-0,192, p=0,017)-(ovi ispitanici imaju niže vrednosti skora), zadovoljavajuće materijalno stanje (Beta=0,168, p=0,037) (ovi ispitanici imaju više vrednosti skora) i ispitanici koji konzumiraju alkohol i imaju veće vrednosti ovog skora (Beta=-0,193, p=0,016).

Pošto je univarijantnom analizom utvrđeno više faktora koji utiču na vrednosti skora fizičke uloge nakon razboleivanja urađena je multivarijantna regresiona analiza.

Tabela 46. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na fizičku ulogu nakon obolevanja od hepatitisa C

	Beta	95%CI	p
Starost	-0,127	-2,095--0,033	0,569
Loše materijalno stanje	-0,228	-34,560-12,590	0,311
Zadovoljavajuće materijalno stanje	-0,052	-26,218-20,520	0,817
Konzumiranje alkohola	0,218	-29,675-0,577	0,006*

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitivan je uticaj starosti, lošeg i zadovoljavajućeg materijalnog statusa kao i konzumiranje alkohola nakon razboleivanja na fizičku ulogu. Ispitivani model objašnjava 8,5% varijanse fizičke uloge (korigovano  $r^2=0,067$ ,  $F=4,648$ ,  $p=0,004$ ). Kao nezavisni faktor izdvojilo se konzumiranje alkohola - imaju veće vrednosti ovog skora (Beta=0,218, p=0,006).

Tabela 47. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na telesnu bol nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,226	-0,966--2,55	0,001*
Pol		-0,111	-17,647-3,156	0,171
Prebivalište		-0,086	-17,370-5,230	0,290
Zaposlenost		-0,067	-15,434-6,366	0,412
Školska sprema	bez škole	-0,157	-40,682-0,099	0,051
	osnovna škola	-0,142	-25,864-1,453	0,079
	srednja škola	0,217	3,922-24,177	0,007*
	visoka škola	0,157	-0,099-40,682	0,051
Materijalno stanje	loše	-0,104	-16,794-3,532	0,199
	zadovoljavajuće	0,077	-5,229-15,069	0,340
	odlično	0,074	-15,424-41,834	0,364
Bračni status	neoženjen/neudata	0,122	-2,611-20,066	0,130
	oženjen/udata	-0,123	-17,980-2,301	0,129
	vanbračna zajednica	0,111	-9,692-53,892	0,172
	razveden/razvedena	0,067	-9,704-23,572	0,412
	udovac/udovica	-0,141	-42,844-2,553	0,082
Porodični status	živi sam	-0,064	-25,524-11,004	0,433
	živi sa supružnikom	-0,016	-14,490-11,890	0,846
	živi sa supružnikom i decom	-0,053	-13,984-6,987	0,511
	živi sa decom	-0,024	-21,840-16,112	0,766
	živi sa roditeljima	0,125	-2,400-20,105	0,122
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,062	-9,052-20,543	0,444
Konzumiranje alkohola		0,080	-3,911-11,698	0,326
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,021	-32,549-24,851	0,791
Napuštanje od strane partnera		0,055	-15,020-30,765	0,498

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na telesnu bol nakon razboljevanja. Kao statistički značajni nezavisni faktori izdvojili su se: starost ispitanika (Beta=-0,226, p=0,001) gde mlađi imaju veće vrednosti skora, i

ispitanici sa srednjom školom koji takođe imaju veće vrednosti skora za telesnu bol (Beta=0,217, p=0,007).

Tabela 48. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na opšte zdravlje posle obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,180	-0,593--0,039	0,026*
Pol		-0,148	-15,326-0,512	0,067
Prebivalište		0,052	-5,825-11,505	0,518
Zaposlenost		0,162	0,195-16,689	0,055
Školska sprema	bez škole	-0,078	-23,410-8,090	0,338
	osnovna škola	0,004	-10,272-10,840	0,958
	srednja škola	-0,044	-10,088-5,772	0,592
	visoka škola	0,078	-8,090-23,410	0,338
Materijalno stanje	loše	-0,336	-23,767--9,042	<0,001*
	zadovoljavajuće	0,285	6,366-21,298	<0,001*
	odlično	0,142	-2,271-41,210	0,079
Bračni status	neoženjen/neudata	0,086	-4,021-13,396	0,289
	oženjen/udata	-0,082	-11,815-3,767	0,309
	vanbračna zajednica	0,100	-9,118-39,585	0,218
	razveden/razvedena	-0,029	-15,026-10,479	0,725
	udovac/udovica	-0,020	-19,686-15,388	0,809
Porodični status	živi sam	-0,132	-25,399-2,360	0,103
	živi sa supružnikom	-0,072	-14,630-5,503	0,372
	živi sa supružnikom i decom	-0,033	-9,673-6,386	0,687
	živi sa decom	0,063	-8,795-20,192	0,439
	živi sa roditeljima	0,142	-0,910-16,269	0,079
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,131	-1,959-20,531	0,105
Konzumiranje alkohola		0,170	0,435-12,241	0,036*
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		0,059	-13,824-30,025	0,467
Napuštanje od strane partnera		0,023	-1,071-20,002	0,782

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na opšte zdravlje nakon postavljene dijagnoze hepatitisa C. Kao statistički značajni nezavisni faktori izdvojili su se: starost ispitanika (Beta=-0,180, p=0,026) gde mlađi imaju veće vrednosti skora, ispitanici lošeg materijalnog statusa sa nižim vrednostima skora opšteg zdravlja (Beta=-0,336, p<0,001), ispitanici zadovoljavajućeg materijalnog statusa sa višim vrednostima skora (Beta=0,285, p<0,001) i konzumiranje alkohola, gde više vrednosti skora imaju ispitanici koji konzumiraju alkohol (Beta=0,170, p=0,036).

Pošto je univarijantnom analizom utvrđeno više faktora koji utiču na vrednosti skora opšteg zdravlja nakon razbolevanja urađena je multivarijantna regresiona analiza.

Tabela 49. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na opšte zdravlje nakon obolevanja od hepatitisa C

	Beta	95%CI	p
Starost	-0,210	-0,630--0,109	0,006*
Loše materijalno stanje	-0,580	-48,834--7,755	0,007*
Zadovoljavajuće materijalno stanje	-0,242	-32,171-8,607	0,255
Konzumiranje alkohola	0,124	-0,894-10,139	0,100

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitivan je uticaj starosti, lošeg i zadovoljavajućeg materijalnog statusa kao i konzumiranje alkohola na opšte zdravlje nakon razbolevanja. Ispitivani model objašnjava 18,5% varijanse opšteg zdravlja (korigovano  $r^2=0,163$ ,  $F=8,441$ ,  $p<0,001$ ). Kao statistički značajni nezavisni faktori izdvojili su se: starost ispitanika (Beta=-0,210, p=0,006), gde mlađi imaju veće vrednosti skora i loše materijalno stanje, sa nižim vrednostima skora opšteg zdravlja (Beta=-0,580, p=0,007).

Tabela 50. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na vitalnost nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,172	-0,572--0,025	0,033*
Pol		-0,112	-13,380-2,318	0,166
Prebivalište		0,175	0,940-17,795	0,030*
Zaposlenost		-0,024	-9,467-7,018	0,770
Školska sprema	bez škole	-0,121	-27,275-3,663	0,134
	osnovna škola	0,062	-6,381-14,406	0,447
	srednja škola	0,022	-6,764-8,893	0,789
	visoka škola	0,121	-3,663-27,275	0,134
Materijalno stanje	loše	-0,176	-16,045--0,860	0,029*
	zadovoljavajuće	0,143	-0,771-14,438	0,078
	odlično	0,091	-9,213-33,938	0,259
Bračni status	neoženjen/neudata	0,068	-4,957-12,249	0,404
	oženjen/udata	0,004	-7,510-7,915	0,959
	vanbračna zajednica	0,027	-20,068-28,201	0,740
	razveden/razvedena	-0,055	-16,865-8,269	0,500
	udovac/udovica	-0,090	-26,901-7,568	0,270
Porodični status	živi sam	-0,169	-28,191--0,963	0,036*
	živi sa supružnikom	-0,017	-11,007-8,903	0,835
	živi sa supružnikom i decom	0,014	-7,240-8,609	0,865
	živi sa decom	0,038	-10,924-17,708	0,640
	živi sa roditeljima	0,082	-4,165-12,898	0,314
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,116	-3,019-19,210	0,152
Konzumiranje alkohola		0,117	-1,562-10,176	0,149
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		0,030	-17,563-25,751	0,709
Napuštanje od strane partnera		-0,016	-19,057-15,547	0,841

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na vitalnost nakon razbolevanja. Kao statistički značajni nezavisni faktori izdvojili su

se: starost ispitanika (Beta=-0,172, p=0,033) gde mlađi imaju veće vrednosti skora, ispitanici sa sela koji imaju veće vrednosti skora (Beta=0,175, p=0,030), ispitanici lošeg materijalnog statusa sa nižim vrednostima skora (Beta=-0,176, p=0,029) i ispitanici koji žive sami i imaju niže vrednosti skora (Beta=-0,169, p<0,036).

Pošto je univarijantnom analizom utvrđeno više faktora koji utiču na vrednosti skora vitalnosti nakon razboleivanja urađena je multivarijantna regresiona analiza.

Tabela 51. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na vitalnost nakon dijagnoze hepatitisa C

	Beta	95%CI	p
Starost	-0,272	-0,764--0,198	0,001*
Prebivalište	0,236	4,139-21,198	0,004*
Loše materijalno stanje	-0,127	-13,675-1,445	0,112
Žive sami	-0,172	-26,788-0,627	0,031

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitan je uticaj starosti, prebivališta, lošeg materijalnog statusa kao i ispitanika koji žive sami. Ispitivani model objašnjava 14,0% varijanse skora vitalnosti (korigovano  $r^2=0,116$ ,  $F=6,042$ ,  $p<0,001$ ). Kao statistički značajni nezavisni faktori izdvojili su se: starost ispitanika (Beta=-0,272, p=0,001), gde mlađi imaju veće vrednosti skora, prebivalište (Beta=0,236, p=0,004), ispitanici sa sela imaju veće vrednosti skora i ispitanici koji žive sami i imaju niže vrednosti skora (Beta=-0,172, p=0,031).

Tabela 52. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na socijalno funkcionisanje nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		-0,029	-0,440-0,305	0,721
Pol		-0,026	-12,280-8,894	0,753
Prebivalište		0,154	-0,306-22,373	0,056
Zaposlenost		0,057	-7,107-14,964	0,483
Školska sprema	bez škole	-0,035	-25,465-16,298	0,665
	osnovna škola	0,034	-11,012-16,896	0,687
	srednja škola	0,115	-9,533-11,461	0,856
	visoka škola	0,035	-16,298-25,465	0,665
Materijalno stanje	loše	-0,142	-19,402-1,068	0,079
	zadovoljavajuće	0,112	-3,018-17,453	0,166
	odlično	0,082	-14,000-43,899	0,309
Bračni status	neoženjen/neudata	-0,091	-18,060-4,965	0,263
	oženjen/udata	0,117	-2,739-17,799	0,149
	vanbračna zajednica	0,023	-27,777-36,944	0,780
	razveden/razvedena	0,006	-16,250-17,496	0,942
	udovac/udovica	-0,104	-38,142-8,005	0,199
Porodični status	živi sam	-0,121	-32,410-4,355	0,134
	živi sa supružnikom	0,085	-6,207-20,394	0,294
	živi sa supružnikom i decom	0,045	-7,602-13,627	0,576
	živi sa decom	0,050	-13,212-25,155	0,539
	živi sa roditeljima	-0,077	-16,945-5,940	0,344
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,004	-14,658-15,347	0,964
Konzumiranje alkohola		0,125	-1,683-14,038	0,123
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		-0,032	-34,756-23,313	0,698
Napuštanje od strane partnera		-0,150	-44,600-1,278	0,064

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na socijalno funkcionisanje nakon razbolevanja. Nijedna od ispitivanih varijabli nije pokazala statističku značajnost.



Tabela 53. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na emocionalnu ulogu nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		0,027	-0,439-0,619	0,736
Pol		-0,095	-23,826-6,121	0,245
Prebivalište		0,115	-4,550-27,834	0,157
Zaposlenost		-0,079	-23,104-7,898	0,329
Školska sprema	bez škole	0,099	-11,190-47,866	0,222
	osnovna škola	0,023	-16,975-22,674	0,777
	srednja škola	0,050	-10,253-19,530	0,539
	visoka škola	-0,099	-47,866-11,190	0,222
Materijalno stanje	loše	0,006	-14,097-15,273	0,937
	zadovoljavajuće	0,017	-13,073-16,182	0,843
	odlično	-0,066	-58,118-24,216	0,417
Bračni status	neoženjen/neudata	0,179	2,172-34,476	0,026*
	oženjen/udata	-0,084	-22,277-6,991	0,304
	vanbračna zajednica	-0,017	-50,750-41,182	0,837
	razveden/razvedena	-0,176	-49,853--2,673	0,029*
	udovac/udovica	0,087	-15,023-50,628	0,286
Porodični status	živi sam	-0,030	-31,163-21,418	0,715
	živi sa supružnikom	0,001	-18,796-19,122	0,986
	živi sa supružnikom i decom	-0,144	-28,464-1,404	0,075
	živi sa decom	0,024	-23,229-31,315	0,770
	živi sa roditeljima	-0,158	-0,082-32,108	0,052
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,079	-10,756-31,727	0,331
Konzumiranje alkohola		0,047	-7,971-14,508	0,566
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		0,069	-23,438-58,879	0,396
Napuštanje od strane partnera		-0,002	-33,441-32,458	0,977

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na emocionalnu ulogu nakon razboleivanja. Kao statistički značajni nezavisni faktori

izdvojili su se: ispitanici koji su neoženjeni/neudate sa višim vrednostima skora (Beta=0,179, p=0,026) i razvedeni/razvedene ispitanici sa nižim vrednostima skora (Beta=-0,176, p<0,029).

Tabela 54. Univarijantna regresiona analiza nezavisnih varijabli u odnosu na mentalno zdravlje nakon obolevanja od hepatitisa C

		Beta	95%CI	p
Starost		0,168	-0,455-0,085	0,179
Pol		-0,068	-10,989-4,427	0,402
Prebivalište		0,070	0,750-17,244	0,033*
Zaposlenost		0,040	-6,022-10,093	0,618
Školska sprema	bez škole	-0,058	-20,717-9,717	0,476
	osnovna škola	0,045	-7,337-13,013	0,582
	srednja škola	0,042	-5,631-9,673	0,603
	visoka škola	0,058	-9,717-20,717	0,476
Materijalno stanje	loše	-0,267	-19,841--5,302	0,001*
	zadovoljavajuće	0,247	4,303-18,866	0,002*
	odlično	0,054	-14,074-28,248	0,509
Bračni status	neoženjen/neudata	0,015	-7,647-9,218	0,854
	oženjen/udata	0,082	-3,641-11,394	0,310
	vanbračna zajednica	-0,036	-28,879-18,319	0,659
	razveden/razvedena	-0,118	-21,310-3,136	0,144
	udovac/udovica	-0,026	-19,706-14,131	0,754
Porodični status	živi sam	-0,142	-25,375-1,370	0,078
	živi sa supružnikom	-0,020	-10,958-8,514	0,804
	živi sa supružnikom i decom	0,063	-4,702-10,771	0,440
	živi sa decom	0,023	-11,994-16,023	0,777
	živi sa roditeljima	0,024	-7,116-9,624	0,768
Stanovanje u sopstvenom stanu		0,110	-3,380-18,377	0,175
Konzumiranje alkohola		0,072	-3,164-8,365	0,374
Konzumiranje psihoaktivnih supstanci		0,022	-18,233-24,139	0,783
Napuštanje od strane partnera		-0,061	-23,372-10,413	0,450

p – statistička značajnost

Univarijantna regresiona analiza sprovedena je kako bi se ocenio uticaj pojedinih faktora na mentalno zdravlje ispitanika nakon razboleivanja. Utvrđeno je da ispitanici koji žive na selu imaju veće vrednosti ovog skora (Beta=0,070, p=0,033) kao i ispitanici sa zadovoljavajućim materijalnim statusom (Beta=0,247, p=0,002), dok oni sa lošim materijalnim statusom imaju niže vrednosti skora (Beta=-0,267, p=0,001).

Pošto je univarijantnom analizom utvrđeno više faktora koji utiču na vrednosti skora mentalnog zdravlja nakon razboleivanja urađena je multivarijantna regresiona analiza.

Tabela 55. Multivarijantni regresioni model nezavisnih varijabli u odnosu na mentalno zdravlje nakon obolevanja od hepatitisa C

	Beta	95%CI	p
Prebivalište	0,132	-1,235-15,077	0,096
Loše materijalno stanje	-0,262	-33,133-8,472	0,243
Zadovoljavajuće materijalno stanje	-0,017	-33,477-19,853	0,938

p – statistička značajnost

Metodom standardne višestruke regresione analize ispitivan je uticaj prebivališta, lošeg i zadovoljavajućeg materijalnog statusa na mentalno zdravlje nakon obolevanja od hepatitisa C. Ispitivani model objašnjava 8,8% varijanse skora za mentalno zdravlje (korigovano  $r^2=0,070$ ,  $F=4,85$ ,  $p=0,003$ ). Nijedna varijabla u modelu nije pokazala statističku značajnost.

## 5. DISKUSIJA

---

Nepostojanje univerzalne definicije kvaliteta života u vezi sa zdravljem, uslovalo je postizanje konsenzusa: da je kvalitet života širok koncept koji uključuje fizičko zdravlje, psihološko stanje i socijalne odnose. Koncept obuhvata zadovoljstvo samog pojedinca sopstvenim životom, i uticaj faktora iz okruženja. Iako lekari i drugi zdravstveni radnici mogu da daju sveukupnu kliničku procenu težine oboljenja bolesnika ili stepena pogoršanja, ipak nije prikladno da lekari učestvuju u ocenjivanju kvaliteta života bolesnika. Percepcija kvaliteta života odražava objektivne uslove života, odnosno ispitanici koji, po svojim shvatanjima, žive u lošijim uslovima daju niže ocene svog kvaliteta života. Ako percepciju kvaliteta života kvalifikujemo kao indikator zdravlja, onda hronični hepatitis C, kao oboljenje sa dugotrajnom infekcijom koja vodi do hroničnog oštećenja jetre i komplikacija, utiče na kvalitet života obolelih.

**U prvom delu rada** ispitivane su **sociodemografske karakteristike** obolelih od HHC. U ovom istraživanju bilo je više ispitanika muškog pola (61,7%) što se može objasniti rizičnijim ponašanjem muškaraca (narkomanija, seksualni promiskuitet i dr.) i većoj izloženosti infekciji u odnosu na žene. Ovaj nalaz se slaže sa podacima iz drugih istraživanja da je muški pol zastupljeniji u strukturi obolelih (185, 186). Čunjenica da estrogen predstavlja protektivni faktor za fibrozu jetre može da objasni razlog za češće registrovanje HBV/HCV inficiranih muškaraca zbog fibroze jetre i HCC. Međutim, i HCV pozitivne žene, u menopauzi brzo razvijaju cirozu jetre (187).

Pre dijagnostikovanja bolesti, muškarci su više konzumirali alkohol i to sve vrste alkoholnih pića, povremeno ili svakodnevno. Značajno veći procenat žena nije konzumirao alkoholna pića, a one koje jesu pile su vino. Utvrđeno je da je u grupi HCV pozitivnih alkoholičara (>60g/dan pića) rizik za nastanak hepatocelularnog karcinoma dodatno povišen (1,8 puta) (188).

Pre saznanja da su oboleli, PAS je konzumiralo 35,7% ispitanika (heroin 31,17%). Značajno veći broj muškaraca koristio je PAS. SZO procenjuje da u Evropi injektirajući korisnici droga (IKD) čine 67% zaraženih hepatitisom C, kojih je više od 19 miliona (189). Visoka prevalencija psihijatrijskih poremećaja i korišćenja PAS nađena je kod vanbolničkih pacijenata - ratnih veterana sa HHC (190). U Poljskoj je registrovan stalni prenos HCV i HIV infekcije u populaciji IKD: prevalencija HCV infekcije je 42,7% a HIV 3,2% među IKD koji manje od 2 godine ubrizgavaju drogu, a kod korisnika mlađih od 25 godina HCV

infekcija je registrovana u većem procentu (49,5% HCV i 8,8% HIV). Kod nekih korisnika PAS dijagnostikovanje HCV infekcije je "tačka preokreta", odnosno trigger kada odlučuju da prestanu sa upotrebom droge (191).

Svojim seksualnim životom su pre postavljanja dijagnoze bili značajno zadovoljniji muškarci, dok su žene bile u većem procentu delimično zadovoljne. Svi ispitanici su se izjasnili da su imali heteroseksualne odnose. Seksualnog partnera koji konzumira PAS su imala oba pola (27,2% muškaraca i 23,7% žena) bez statističke značajnosti. Seksualnog partnera koji konzumira PAS, a da je sami nisu konzumirali ni pre ni posle dijagnostikovanja HHC, imalo je 10,26% ispitanika, od kojih su  $\frac{3}{4}$  osobe ženskog pola. Kondom pre dijagnostikovanja HHC nije koristilo preko 50% ispitanika oba pola, što predstavlja rizik za prenošenje polnoprenosivih bolesti. Prilikom ispitivanja zdravstvenog stanja stanovništva Srbije 2000. godine utvrđeno je da se kondom koristi u malom procentu, a da svaki drugi ispitanik nije upoznat sa metodama prevencije polno prenosivih bolesti (192). U Indiji je sprovedeno ispitivanje znanja o sopstvenoj bolesti obolelih od hepatitisa B i C. Značajno bolje znanje imali su oboleli od hepatitisa B i to po pitanjima postojanja vakcine i mogućnošću transmisije bolesti sa majke na dete. Lečenje u privatnoj praksi povezano je sa većim skorovima znanja, što može da se poveže sa socioekonomskim statusom obolelih i boljem pristupu informacijama (193).

Treloar i sar. ispitivali su iskustva parova koji ubrizgavaju PAS o znanjima, odlukama i protokolu lečenja HCV infekcije. Utvrdili su da parovi malo znaju o bolesti i lečenju HCV infekcije. Autori predlažu da se seropozitivni parovi leče tako da mogu da brinu jedan o drugom i da je potrebno da se pruži podrška seropozitivnom nosiocu za vreme lečenja njegovog partnera (194).

Po postavljanju dijagnoze bolesti i započinjanju terapije došlo je do promena rizičnog ponašanja: oba pola su smanjila konzumiranje alkohola (muškarci sa 84,2% na 28,5%, a žene sa 47,5% na 13,6%), dok PAS i dalje konzumira 3,2% svih ispitanika i to marihuanu (5,3% ispitanika muškog pola i nijedna pripadnica ženskog pola). Brener i sar. su utvrdili da je kod Aboridžina po postavljanju dijagnoze hepatitisa C takođe došlo do pozitivnih promena u načinu života: 66% smanjilo je konzumiranje alkohola, 50% smanjilo je ili prestalo da koristi drogu, a 53% povećalo je fizičku aktivnost (195).

Trenutno je 6 (3,9%) pacijenata na terapiji odvikavanja. Prestanak konzumiranja droge je jedan od uslova za započinjanje antivirusne terapije. Kod pacijenata koji primaju metadonsku terapiju postojanje HCV infekcije predstavlja faktor povezan sa rizikom za samoubistvo (196). Roux i sar. upozoravaju da je potrebno da se obrati pažnja i na parove,

gde je jedan član na metadonskoj terapiji a drugi ili aktivno koristi PAS ili je bivši IKD. Kod ovih parova, zbog deljenja pribora za ličnu higijenu (npr. žileta za brijanje), postoji rizik za transmisiju HCV infekcije. U radu autori ističu da je, u cilju prevencije daljeg širenja HCV infekcije, veoma važno savetovanje i zdravstveno obrazovanje ovakvih parova (197).

Po postavljanju dijagnoze veći procenat oba pola ne upotrebljava kondom (preko 60%) što se može objasniti smanjenjem seksualnih aktivnosti. Seksualna disfunkcija bila je prisutna u više od polovine ispitanika Fabregas-ove studije, a nezadovoljstvo seksualnim životom bilo je prisutno kod trećine ispitanika sa HHC. Utvrđeno je da je nezadovoljstvo seksualnim životom u većem procentu prisutno kod žena, depresivnih i na terapiji antidepresivima (198). Danoff (79) i EL Atrebi KA (199) ispitivali su samo muškarce i ustanovili su da je došlo do povećanja seksualne disfunkcije sa primenom antivirusne terapije. Nezadovoljstvo seksualnim životom dovelo je do pada skorova šest od osam domena kvaliteta života (79). Prevalencija erektilne disfunkcije u studiji Hunter-a je 29,3% kod pacijenata sa HHC (200).

Kod obolelih koji koriste kondom nađen je smanjen procenat povremenog korišćenja u korist redovnijeg korišćenja kondoma, što pokazuje da su ispitanici postali zdravstveno odgovorni za svoje partnere i da time smanjuju rizik od prenošenja HCV infekcije na njih.

Analizom sociodemografskih podataka nađeno je da veći broj ispitanika živi u gradu, što se može objasniti boljom i angažovanijom zdravstvenom službom i dostupnošću laboratorijskih analiza. Veći broj ispitanika ima srednju stručnu spremu. Zadovoljavajućeg materijalnog stanja je 51,30% a lošeg 45,45%. Značajno veći broj muškaraca u odnosu na žene je radio pre obolevanja, dok te značajnosti nema po dijagnostikovanju HHC, ali su muškarci i dalje u većem procentu u radnom odnosu nego žene. Zaposlenost i materijalno stanje imaju ekonomsku i socijalnu ulogu i često se poistovećuju sa kvalitetom života i smatraju se pokazateljem sopstvene vrednosti pojedinca.

Nađena je jaka povezanost niskog socioekonomskog statusa i lišavanja slobode, sa višom prevalencijom krvno prenosivih bolesti (201). Nizak nivo životnog standarda i kvaliteta života prisutan je i u svetskoj populaciji. Ukupan broj nezaposlenih, delimično zaposlenih i onih koji i pored posla žive u siromaštvu je oko 730 miliona ljudi u svetu (202).

U Kanadi, imigranti sa HHC imaju udvostručen rizik od HCC, jer se kod mnogih postavlja dijagnoza tek u stadijumu ciroze jetre. Zbog toga se povećava broj komplikacija i smrtnog ishoda, povećavaju se troškovi lečenja po godini života, a godine života korigovane u odnosu na kvalitet (QALY) se smanjuju (203). Trebalo bi da primarna zdravstvena zaštita edukuje o načinima transmisije bolesti osobe sa rizičnim ponašanjem i imigrante koji dolaze iz zemalja sa visokom prevalencijom hepatitisa C i da im preporuča da se testiraju. Time bi

se sprečila pojava komplikacija bolesti zbog hroniciteta i smanjili troškovi pojedinca i/ili države za lečenje HHC.

U Grčkoj su zaključili da bi dodavanje boceprevira dosadašnjoj terapiji (pengilovani interferon i ribavirin) bila isplativija terapija za genotip 1 HCV infekcije, u pogledu troškova za lekove, lečenje i krajnjeg ishoda. Utvrđena je i projekcija za smanjenje komplikacija na jetri, što bi dovelo do odgovarajućeg dobitka u QALY po pacijentu (204). I Foster se zalaže za primenu novijih lekova koji će smanjiti neželjene efekte dosadašnjih lekova, koji pojedine pacijente odvrćaju od započete terapije. Sa postizanjem bolje stope SVO noviji lekovi potencijalno dovode do poboljšanja kvaliteta života (205).

Veći broj ispitanika živi u bračnoj zajednici, u sopstvenoj kući/stanu.

U odnosu na porodični status značajno je više žena samohranih majki sa decom. U Srbiji je više porodica koje čine samohrane majke sa decom u odnosu na samohrane očeve, tj. ovom tipu pripada preko 79% jednoroditeljskih porodica (206).

Značajno veći broj muškaraca koji žive sa roditeljima može da se objasni većim brojem neoženjenih muškaraca u ispitivanoj populaciji i običajem kod nas da deca žive sa roditeljima, iz tri razloga: nedostatka sredstava za osamostaljivanje, isplativijeg života kod roditelja (obezbeđeni obroci, neplaćanje režija, više novca za sopstvene potrebe) i nemogućnosti roditelja da samostalno žive bez tuđe nege i pomoći.

Ispitanici starosti od 22-75 godina su u vreme početka bolesti bili prosečno stari 40 godina (prosečna starost muškaraca iznosila je 38,5 godina a žena 42 godine), u vreme započinjanja simptomatske terapije 37 (primilo ju je 35,71% ispitanika starosti od 13 do 66 godina), a u vreme započinjanja terapije interferonom i ribavirinom 43 godine (muškarci su imali prosečno 42,5 godine a žene 44,5). Žene u uzrastu 35-39 godina pokazale su značajno bolji kompletan SVO (80%) nego muškarci (20%) u studiji Hayashi i saradnika (207).

U Brazilu kod obolelih od hepatitisa C je najzastupljeniji uzrast od 40 do 49 godina, a sledi 60 do 64 godine (185), u Portoriku 70% ispitanih je uzrasta 45-65 godina (186), u SAD je najviše inficiranih u uzrastu od 45 do 49 godina (208).

U literaturi se nalaze i podaci da starost ne utiče na kvalitet života kod pacijenata sa HHC mereno CLDQ i SF-36 upitnikom (61, 209, 210). U ispitivanju Teuber-a i sar. kod pacijenata sa hepatitisom C utvrđeno je da su pol i starost prediktori MCS, dok su starost i fibroza nezavisni prediktori fizičke komponente SF-36 (211). U radu Helbling i sar. starost i dijabetes su negativno uticali na PCS, a IKD su prediktori za niži MCS (212). Gao i sar. su kao negativne prediktore PCS izdvojili starost, težinu bolesti, ascites i protrombinsko vreme, dok je za ženski pol, ureu, hemoglobin i protrombinsko vreme utvrđeno da su udruženi sa

lošijim MCS (213). Kamitsukasa i sar. su ustanovili da je smrtnost od bolesti jetre kod pacijenata sa tuberkuloznim sekvelama veća među starijim osobama sa HCV infekcijom, što može da se poveže sa primanjem transfuzije krvi u mlađim godinama i dužinom trajanja infekcije (214).

U ovoj studiji utvrđeno je da se sa starošću pacijenata sa HHC snižava PCS, dok nije bilo uticaja na MCS. U periodu pre postavljanja dijagnoze starost nije imala uticaja ni na jednu sferu kvaliteta života. Univarijantnom regresionom analizom dobijena je negativna korelacija starosti i stigmatizacije, ali ona nije potvrđena i multivarijantnom regresionom analizom. Dok je starost sama po sebi stigmatizovana jer se izjednačuje sa nečim što vodi propadanju i smrti, mladost se povezuje sa vitalnošću. Fizička aktivnost opada kod starijih osoba, javljaju se razne bolesti lokomotornog i drugih sistema, pa starije osobe sa gledišta omladine predstavljaju "opterećenje" za okolinu. Sa druge strane, starije osobe imaju već dobro formirane stavove o sopstvenoj vrednosti i prijateljske veze koje traju mnogo godina, tako da ih obolevanje od hepatitisa C ne izoluje od drugih u tolikoj meri kao mlađe ispitanike (ne povezuju ih sa promiskuitetnim ponašanjem i konzumiranjem PAS), ali i dalje postoji strah i obolelih i okoline da infekciju ne prenesu na bližnje.

Uticaj pola na kvalitet života ispitivanog SF 36 upitnikom nije potvrđen. Kod oba pola došlo je do značajnog pada i fizičke i psihičke komponente zdravlja u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze, ali dalja regresiona analiza nije izdvojila nijedan pol kao prediktor. Kod ispitivanja stigmatizacije, kod dva pitanja dobijen je podatak da je ženski pol više osećao stigmatizaciju, što dodatno dovodi do pada kvaliteta života žena obolelih od HHC u našoj sredini. Različita društvena očekivanja od muškaraca i žena u našoj, kao i u drugim sredinama, odnosno različiti stav o podeli uloga i rodnoj ravnopravnosti, dovode do situacija da se nešto odobrava muškarcima a da je to isto neprihvatljivo ponašanje za žene, pa one bivaju stigmatizovane u društvu.

**U drugom delu** ova studija ispitivala je **prisustvo stigmatizacije i diskriminacije obolelih od HHC**, kao i uticaj pojedinih sociodemografskih faktora na prisustvo stigmatizacije. Neki autori smatraju da se prilikom sagledavanja uticaja stigmatizacije ne obraća pažnja na sve sociodemografske i kulturološke karakteristike ispitivanih. Suarez smatra da istraživanja često isključuju strukturalne nejednakosti prilikom procene stigmatizacije i da manjine koje su i inače stigmatizovane manje obraćaju pažnju na stigmatizaciju zbog HCV infekcije (215).



Moore i sar. su dobili podatak da je 84,6% pacijenata obolelih od hepatitisa C doživelo stigmatizaciju u porodičnom okruženju, na poslu, u zdravstvenim ustanovama (u 54,5%) i društvu (216,217).

Analizom odgovora obolelih od HHC utvrđeno je da su za prisutnu stigmatizaciju od značaja pojedini sociodemografski faktori kao što su: bračno stanje, napuštanje od strane partnera posle saznanja da je ispitanik oboleo/la od hepatitisa C, konzumiranje PAS i život sa roditeljima.

Prilikom ispitivanja prisustva osećaja stigmatizacije prema polu statistička značajnost je nađena u dva elementa unutrašnje stigmatizacije. Statistički značajno češće žene osećaju stigmatizaciju zbog bolesti u smislu da "nisu kao drugi" i da su bile povređene reakcijom drugih na činjenicu da imaju hepatitis C. Srednja vrednost skora stigmatizacije kod muškaraca iznosila je  $18,44 \pm SD 5,27$  a kod žena  $19,19 \pm SD 4,91$ . Nije bilo statističke značajnosti u vrednostima među polovima. Zbog toga što je više žena domaćica i što su više vezane za negu obolelih članova porodice, žene jače osećaju posledice svog obolevanja u smislu povećanog straha da bolest ne prenesu ukućanima. Muški pol je najčešće bolje materijalno obezbeđen (veći procenat zaposlenih i u ovom ispitivanju), a i u našim socioekonomskim uslovima manje angažovan u porodici. Zbog toga ženama psihičko opterećenje više smeta nego prateći efekti antivirusne terapije.

Studije su pokazale da su žene generalno više stigmatizovane i da imaju veću prevalenciju dijagnostikovanja post traumatskog stresnog poremećaja (45,16%) nego muškarci (20,58%) (218, 219). Brige oko transmisije infekcije i stigmatizacije utiču na odnose žena sa seksualnim partnerima, članovima porodice i decom. One brinu da li su sposobne da ispune društvenu ulogu (220). U Egiptu trenutna reakcija preko 60% obolelih od HCV je da oseća tugu i brigu, a preko 40% se oseća prljavim i opasnim po druge. Ova osećanja su izraženija kod žena. Tokom vremena, međutim, ovaj procenat se smanjio (manje od 30%) (221). Ovo može da se objasni činjenicom da pojedini oboleli ne doživljavaju smanjenje samopoštovanja jer drugima suprotstavljaju svoju obrazovanost i znanje o prenošenju bolesti. Međutim, vremenom efekti stigmatizacije mogu da se promene: da okolina prihvati obolelog ili, suprotno, da ga još više izoluje iz svojih aktivnosti (222).

Značajne razlike u odnosu na pol nisu nađene kod pitanja da li se osećaju nečisto i prljavo, da su loša osoba, da su stekli utisak da su osobe sa hepatitisom C odbojne i da bivaju odbačene, da su prestali da se druže sa nekima zbog njihove reakcije na saopštenje o bolesti, da su izgubili prijatelje i da se brinu da će drugi da pričaju o njihovoj bolesti. Najveći broj ispitanika (49,4%) se složio da osobe sa hepatitisom C bivaju odbačene i da su odbojne

drugima (42,9%). Prijatelje je zbog bolesti izgubilo 10,4% ispitanika, pri čemu su se bivši IKD izjasnili da su svojevolutno napustili dotadašnje prijatelje sa kojima su konzumirali drogu i da su se izolovali od njih.

Veoma je važan stav drugih prema obolelima od HHC. Potrebno je da ih okolina registruje kao osobe koje zavređuju njihovu pažnju. Oboljenje može da utiče na njihov doživljaj sopstvenih socijalnih vrednosti, pa osobe koje imaju pozitivan stav prema sebi imaju i veći stepen verovanja u sopstvene sposobnosti. Osobe koje imaju veliki stepen anksioznosti izbegavaju bliske odnose, naročito u stresnim situacijama, imaju tendenciju da se osećaju manje samopouzdanim u međuljudskim odnosima, manje vrednim, što još više povećava njihovu anksioznost (223).

Iako se 29% ispitanika brine da će drugi da pričaju o njihovoj bolesti, 89% ne smatra da su loša osoba a 2/3 se ne oseća nečisto i prljavo. To znači da su zabrinuti zbog stavova drugih ali da se ne smatraju manje vrednim. Polovina ispitanica smatra da nije kao drugi jer postoji zabrinutost da virus hepatitisa C prenesu bližnjima.

Ispitanici sa sela uopšte nisu imali osećaj da su kao oboleli bili odbojni drugima. Ostala pitanja o stigmatizaciji u vezi sa mestom stanovanja nisu se pokazala statistički značajna. Nijedan ispitanik sa sela na pitanja da li su stigmatizovani od strane nekog člana porodice, rođaka, prijatelja, komšiluka ili na poslu nije zaokružio odgovore “da” i “mnogo”. Ovo može da se objasni većim međususedskim vezama i većom međusobnom upućenošću seljana, jačim porodičnim vezama, kao i manjom stopom kriminalnog ponašanja. Srednja vrednost skora stigmatizacije kod ispitanika sa sela iznosila je  $17,16 \pm SD 4,81$  a u gradu  $19,33 \pm SD 5,15$ .

Stanovnici gradske sredine (Novi Beograd) ističu značaj socijalnog sastava komšiluka za njihovu bezbednost. U negativnom smislu susedstvo je prepoznato kroz procenu ljudi koji žive u komšiluku (IKD, kriminalci, ljudi sa margina), kao i kroz doživljavanje neprijatnih događaja (napadi, pljačke, ubistva) (224). Druga studija je pokazala da strah od otkrivanja HCV statusa i kršenja lekarske tajne može da bude još jači u ruralnim područjima a sve iz straha da će biti izolovani u zajednici (225). Grgić i sar. su dobili podatak da privatnost pojedinca u seoskim sredinama zavisi od broja stanovnika sela, manjeg životnog područja, međusobne povezanosti porodičnim vezama i tradicijom. Za postojanje manje privatnosti na selu nego u gradu izjasnilo se 69,2% ispitanika; ipak 54,2% bilo je zadovoljno životom na selu, dok trećina nije ni zadovoljna ni nezadovoljna. Nezadovoljnih životom na selu bilo je 15,7% ispitanika (226).

Srednja vrednost skora stigmatizacije kod ispitanika bez škole iznosila je  $19,00 \pm SD 5,89$ , sa osnovnom školom  $16,68 \pm SD 4,98$ , sa srednjom školom  $19,49 \pm SD 5,16$  i sa višom

i visokom  $17,93 \pm \text{SD } 4,51$ . Nije bilo statističke značajnosti u vrednostima skorova stigmatizacije prema školskoj spremi.

Ispitanici bez škole značajno su osećali da su “loša” osoba jer su oboleli u odnosu na ispitanike sa završenom osnovnom, srednjom i višom i visokom školom. Ispitanici bez škole su starije životne dobi, uglavnom poljoprivrednici i penzioneri oba pola. Osećaj nečeg lošeg u sebi predstavlja psihičku reakciju ovih ispitanika na bolest i ograničenja koja ona nosi, pa se to reflektuje na način na koji oni emotivno reaguju na dešavanja u svom okruženju. Kod njih je najverovatnije jako prisutan strah da ne prenesu oboljenje deci i unucima usled nedovoljnog poznavanja puteva prenosa (kako kod obolelih, tako još više kod članova njihove porodice), kao i stid što su oboleli (okolina hepatitis C povezuje sa narkomanijom i promiskuitetom).

Ispitanici bez škole su najviše doživeli stigmatizaciju u smislu da nisu isti kao drugi (60%) i da se osećaju prljavo i nečisto (50%), osobe sa srednjom školom smatraju da oboleli od hepatitisa C bivaju odbačeni (36%) i da su bili povređeni reakcijom drugih kada su čuli da su oboleli (32%), dok sa srednjom i visokom i višom školom smatraju da oboleli bivaju odbačeni (56,5% odnosno 40,7%) i da drugi smatraju da su oboleli od hepatitisa odbojni (49% vs. 44,4%). Članovi porodice kao stigmatizatori registrovani su kod 10,9% ispitanika sa srednjom stručnom spremom i 3,7% ispitanika sa višom i visokom; rođaci kod 10% osoba bez škole i 7,7% sa srednjom školom; prijatelji u 12% ispitanika sa osnovnom školom, 16,3% sa srednjom i 3,7% sa višom i visokom školom; komšiluk kod 4% sa osnovnom i 9,8% sa srednjom školom. Na poslu je bilo stigmatizovano 8,7% osoba sa srednjom školskom spremom.

Polovina ispitanika bez škole izjasnila se da je lošeg materijalnog stanja. Za ovakvo stanje Filipović kaže da je “diskvalifikujuće siromaštvo”, koje na siromašnu osobu deluje tako što je odbacuje i stigmatizuje, postepeno je dovodeći do stanja kada smanjuje sve oblike učešća u ekonomskom i društvenom životu. Siromaštvo se tumači kao vid socijalnog i finansijskog pada i siromašna osoba se etiketira i odbacuje, što dovodi do subjektivnog pada osećaja sopstvene vrednosti (227). Oboleli, verovatnije oni sa manje obrazovanja, tada sve više teže da izbegavaju aktivnosti, međusobne kontakte i okruženja za koje smatraju da nisu kompetentni. Ispitivanje u Dublinu je pokazalo da su oboleli od hepatitisa C imali strah od otkrivanja bolesti zbog socijalne izolacije i socijalnog odbacivanja. Osećaj stigmatizacije je bio veći kod osoba koje su se bavile manuelnim zanimanjima i kod nezaposlenih (228). Stigmatizacija na radnom mestu može da bude udružena i sa niskim nivoom samopoštovanja putem internalizovane stigme (229).

Srednja vrednost skora stigmatizacije kod nezaposlenih ispitanika iznosila je  $19,01 \pm SD 5,25$ , a za zaposlene  $18,12 \pm SD 4,89$ . Nije bilo statističke značajnosti u vrednostima skorova stigmatizacije prema trenutnom radnom statusu.

Osobe sa zadovoljavajućim materijalnim statusom nisu bile stigmatizovane na poslu, dok je bilo stigmatizatora u ostalom njihovom okruženju (najviše prijatelji). Neki vid stigmatizacije su imali ispitanici sa lošim materijalnim statusom, koji su značajno više odgovarali sa "malo" i značajno manje sa "ne" na pitanja o stigmatizaciji u odnosu na osobe sa zadovoljavajućim materijalnim statusom. I ispitanici sa lošim i oni sa zadovoljavajućim materijalnim statusom se najviše slažu da većina osoba smatra da su oboleli od hepatitisa C odbojni i da ih okolina zbog bolesti odbacuje. Najčešći stigmatizatori su prijatelji bez obzira na materijalni status, a kod onih sa odličnim materijalnim statusom i komšiluk. Srednja vrednost skora stigmatizacije kod ispitanika sa lošim materijalnim stanjem iznosila je  $19,13 \pm SD 5,39$ , sa zadovoljavajućim materijalnim stanjem  $18,51 \pm SD 4,99$ , a za ispitanike sa odličnim materijalnim stanjem  $16,60 \pm SD 3,51$ . Nije bilo statističke značajnosti u vrednostima skorova stigmatizacije prema materijalnom stanju.

Metwally i sar. su ustanovili da je probleme sa zapošljavanjem imao veći broj obolelih muškaraca (52,3%), kao i gubitak posla (40,2%), a da finansijske probleme ima 70% obolelih. Preko 35% ima probleme u socijalnim kontaktima sa prijateljima (zbog umora se samoizolovalo 25,4% žena, a zbog nervoze 20,4% muškaraca), pri čemu je gubitak prijatelja iz straha da će preneti bolest veći kod žena nego kod muškaraca. Stigmatizaciju je doživelo 13% obolelih, od kojih je 71% muškog pola. Glavni uzrok stigmatizacije je pogrešna slika o načinu transmisije (rukovanjem i deljenjem hrane). Zbog seksualnog opredeljenja stigmatizovano je 12,2% muškaraca i 15% žena (221).

Nakon saznanja da boluju od hepatitisa C oženjeni/udate nisu izgubili prijatelje i nisu bili stigmatizovani od strane prijatelja, dok su najstigmatizovaniji bili neoženjeni/neudate i oni koji su izgubili prijatelje. Ovo ukazuje na dobre međupartnerske veze i poverenje kod oženjenih/udatih. Razvedeni/razvedene su imali najveće procenete slaganja sa pitanjima o stigmatizaciji u smislu da su povređeni reakcijom drugih po saopštavanju dijagnoze, da većina ljudi smatra obolele od hepatitisa C odbojnim i da ih odbacuje. Neoženjeni/neudate i udovci/udovice su najviše stigmatizovani od strane prijatelja, oženjeni/udate od strane rođaka, razvedeni/razvedene na poslu, dok ispitanici koji žive u vanbračnoj zajednici nisu imenovali nijednog stigmatizatora. Srednja vrednost skora stigmatizacije kod neoženjenih/neudatih ispitanika iznosila je  $20,74 \pm SD 5,73$ , oženjenih/udatih  $17,39 \pm SD 4,75$ , za ispitanike koji žive u vanbračnoj zajednici  $18,00 \pm SD 2,58$ , razvedene  $20,00 \pm SD 4,71$  i

udovce/udovice  $20,00 \pm SD 3,85$ . Nominovani stigmatizatori u ovoj studiji mogu da budu pokazatelj sa kim se oboleli najviše druže i kome su se poverili da su oboleli, a sve u kombinaciji svojim bračnim statusom (npr. smatranje da se neoženjeni/neudate i razvedeni rizičnije ponašaju u odnosu na oženjene/udate ili udovce).

U nekim slučajevima dijagnostikovanje HCV infekcije imala je pozitivan uticaj na način života obolelih (dovelo je do smanjenja unosa alkohola i promena u ishrani), a kao negativan uticaj navodi se: pogoršanje socijalnog funkcionisanja, socijalna marginalizacija, narušavanje intimnih i porodičnih odnosa, pojava straha od prenosa i prognoze bolesti, umor, beznađe, depresija, stigmatizacija i ljutnja (218).

U Egiptu preko 35% ispitanika prijavilo je poremećaje u odnosima sa porodicom. Zbog nervoze se od porodice udaljilo 32,6% a zbog straha 24,8%. Žene su imale veći stepen otuđenosti od partnera u braku (221). U Pakistanu je 51% prijavilo probleme u braku zbog obolevanja jednog supružnika, a 19% je bilo stigmatizovano od članova porodice (230).

U ovoj studiji je nađeno da su ispitanici koji su bili napušteni od strane partnera imali jako izražen osećaj stigmatizacije da su loša osoba zato što imaju hepatitis C, da su drugima odbojni i da bivaju odbačeni od strane drugih. Zbog toga prestaju da se druže sa osobama koje su reagovala na to što su oboleli. U manjoj ili, češće, većoj meri oboleli koje je napustio partner bili su stigmatizovani i od strane prijatelja što je dovelo do njihovog gubitka nakon postavljanja dijagnoze bolesti. Izrazita stigmatizacija napuštenih od strane partnera došla je i od strane porodice, rođaka, komšiluka i na radnom mestu. Svi ispitanici koje je napustio partner su bivši korisnici psihoaktivnih supstanci. Na pitanja o stigmatizaciji koja nisu pokazala značajnost među odgovorima ispitanika koje je napustio partner i onih koje nije, duplo je više odgovora "slažem se" u grupi ispitanika koje je napustio partner.

Ispitanici koje nije napustio partner u većini slučajeva nisu bili stigmatizovani. Verovatno je kombinacija konzumiranja PAS i obolevanje od hepatitisa C dovelo do straha da se bolest ne prenese na članove porodice, prijatelje, rođake. Postoji i revolt članova uže porodice zbog rizičnog i neodgovornog ponašanja ispitanika, pa bivši korisnici droga zbog straha od otkrivanja i odbacivanja odlučuju da ćute o svojoj bolesti. Srednja vrednost skora stigmatizacije kod ispitanika koje nije napustio partner iznosila je  $18,38 \pm SD 4,92$ , a kod onih koje je napustio partner  $25,00 \pm SD 5,18$ .

Blasirole i sar. su u svom istraživanju utvrdili da je 45% pacijenata sa hepatitisom C zbog svoje bolesti izgubilo bar jednu vezu, pogoršanje socijalnih kontakata delovalo je na seksualne odnose kod 17% ispitanika, a na pogoršanje odnosa sa članovima porodice kod 16%. Najmanje jednog prijatelja izgubilo je 12% ispitanika, 8% navelo je višestruke gubitke

koji su doveli do socijalne izolacije, a 7% se samoizolovalo od porodice i prijatelja. Četvrtina pacijenata je izjavila da su njihovi članovi porodice zabrinuti za sopstveno zdravlje (231).

Kvalitet života pacijenata je smanjen usled psiholoških i socijalnih uticaja bolesti koji se ogledaju u strahu i anksioznosti pacijenata zbog stigmatizacije i diskriminacije. Oni upadaju u depresiju i smatraju svoju bolest fatalnom a sve zbog neizvesnosti kako će bolest dalje da teče i da ne prenesu bolest na okolinu (232). Tu se ogleda uloga primarne zdravstvene zaštite, koja treba da smanji osećaj stigmatizacije kod pacijenata i poveća razumevanje ove bolesti i kod pacijenata i kod njihovih porodica. I sami zdravstveni radnici sa svojim predrasudama oko hepatitisa C usled manjka adekvatnih informacija doprinose stigmatizaciji pacijenata sa hepatitisom C (97, 232). Nekada zdravstveni radnici pored manjka informacija imaju i manjak zaštitne opreme ili problem sa odlaganjem medicinskog otpada pa se strah od prenosa infekcije reflektuje na pacijente. Strah je naročito izražen kod studenata završnih godina i stažera (233).

Brener i sar. su utvrđivali uticaj stavova zdravstvenih radnika u određivanju mogućnosti lečenja koje se nudi pacijentima sa anamnezom korišćenja PAS. Podrška za lečenje je bila znatno veća kod pacijenata koji su prestali sa ubrizgavanjem droge (234). Dešavalo se da zdravstveni radnici izbegavaju da vide pacijenta ili ih indirektno okrivljuju za njihovo stanje (235). Na osnovu istraživanja pacijenti sa cirozom jetre i HCV infekcijom u 22% su izbegavali da zatraže medicinske usluge zbog straha da će biti osuđeni, a više od 9% su stigmatizovali njihovi lekari (236).

Srednja vrednost skora stigmatizacije kod ispitanika koji žive sami iznosila je  $20,23 \pm SD 1,55$ , koji žive sa supružnikom  $17,43 \pm SD 4,81$ , koji žive sa supružnikom i decom  $17,45 \pm SD 4,71$ , koji žive sa decom  $20,17 \pm SD 4,04$  i kod ispitanika koji žive sa roditeljima  $20,44 \pm SD 5,46$ .

Ispitanici koji žive sa supružnikom i decom uglavnom ne osećaju stigmatizaciju zbog bolesti, te nisu prestajali da se druže sa drugima za razliku od onih koji žive sami ili žive sa roditeljima. Prijatelje nisu izgubili ni oni koji žive sa decom, dok su najveću stigmatizaciju u vidu gubitka prijatelja osetili oni koji žive sami. Osobe koje žive sa supružnikom i decom nisu stigmatizovane od strane članova porodice, za razliku od ispitanika koji žive sami, koji su mnogo stigmatizovani od članova svoje porodice i od komšiluka.

Osobe koje žive same se u najvećem procentu (92,3%) nisu slagale da su loša osoba i najviše su bile povređene reakcijom drugih na njihovo oboljenje (61,6%). Nijedan ispitanik koji živi samo sa supružnikom i koji živi sa supružnikom i decom nije izgubio prijatelje, ali je

najviše ispitanika (39,3%, odnosno 37,9%) imalo osećaj da nije isti kao drugi zbog oboljenja. Nijedan ispitanik koji živi sa decom nije imao osećaj da je loša osoba zbog bolesti a 2/3 njih smatra da većina obolelih od hepatitisa C biva odbačena kad se sazna da su bolesni. Osobe koje žive sa roditeljima takođe se najviše nisu slagale sa pitanjem da li osećaju da su loša osoba zbog obolevanja (83,8%) i u 60,5% su se složile da obolele okruženje odbacuje.

Porodica ima odlučujuću ulogu u zdravlju i bolesti svojih članova. Ona sopstvenim resursima rešava oko 75% ukupnih zdravstvenih potreba. Mnogi neuspesi i loši rezultati nastaju zbog površnosti i grešaka u komunikaciji, izostanka empatičkog stava i nepostojanja partnerskog odnosa. Osim toga, osobe koje razviju pozitivan identitet kao članovi koji pripadaju porodici, razvije i pozitivne percepcije i doživljaje sebe jer su dobili socijalnu podršku porodice i neće se osećati stigmatizovanim niti će se samostigmatizovati (237).

Ova studija je potvrdila da je pripadnost zajednici – porodici pomogla obolelim pojedincima da podnesu sve informacije koje su za njih stresogene. Većini ispitanika pripadnost porodici je dala osećaj da su voljeni i poštovani. Izuzetak su bivši IKD, kod kojih je zabeležena stigmatizacija i odbacivanje upravo od članova uže porodice. I vojni veterani koji se leče od hepatitisa C u Teksasu, zbog straha od stigmatizacije ograničavaju svoj krug prijatelja, a pri tom nemaju svi podršku porodice (238).

Ispitanici koji su konzumirali PAS su, pored toga što su stigmatizovani kao korisnici droga, osetili i stigmatizaciju zbog HHC u smislu da ih okolima smatra odbojnim, da ih odbacuje i oni prestaju da se druže sa pojedinim osobama koje su negativno reagovala na saznanje da su oboleli od HHC. Gubitak prijatelja je izražen kod njih, ali to može da bude i dobrovoljno jer je većina prijatelja (ili svi) bila iz grupe korisnika PAS sa kojom oni više ne žele da kontaktiraju. I oni koji su koristili drogu i oni koji nisu, u najvećem procentu (67,3% vs. 39,4%), slažu se sa konstatacijom da okolina odbacuje obolele od hepatitisa C i da imaju osećaj da nisu kao drugi jer su oboleli (43,7% vs. 38,4%). Većina ispitanika koja je koristila PAS je mnogo stigmatizovana od strane porodice i rođaka, a malo stigmatizovana od strane prijatelja (pre terapije raskinuli sa starim društvom) ili na poslu (uglavnom su nezaposleni). Većina ispitanika koji nisu koristili drogu, nije stigmatizovana u svom socijalnom okruženju. Srednja vrednost skora stigmatizacije kod ispitanika koji nisu koristili drogu pre dijagnostikovanja bolesti iznosila je  $17,79 \pm SD 4,61$ , a kod onih koji su koristili drogu  $20,42 \pm SD 5,63$ .

Glavna karakteristika stigmatizacije kod HCV inficiranih osoba u zapadnom svetu je njena veza sa IKD (239). Često sredina IKD doživljava kao bolesne, ljude slabe volje, i/ili nemoralne osobe. Kod njih se internizuje bol koju nosi stigmatizacija i oni je projektuju u stid

i krivicu zbog svog prethodnog ponašanja. Često se plaše da uspostave vezu sa ljudima iz okoline, koji nisu IKD, upravo zbog straha da će biti viđeni kao socijalno neadekvatni. Postaju još više marginalizovani, stigmatizovani i odbačeni od sebe samih i osoba iz okruženja (191). Često se HCV stigmatizacija i diskriminacija izjednačavaju sa onom kod HIV infekcije. Kabrerini nalazi podržavaju veze između veće stigmatizacije, povećanih depresivnih sindroma i smanjenog kvaliteta života osoba koje žive sa HIV/HCV –om. Naime, osobe koje žive sa HIV-om su u povećanom riziku od koinfekcije HCV-om: u Kanadi se taj procenat kreće oko 25%, a u Severnoj Americi kod IKD i 50%-90% (183).

Nekada se stigmatizacija i diskriminacija pacijenata dešavaju u samoj zdravstvenoj ustanovi, najčešće u bolnici, opštoj praksi i stomatološkoj ordinaciji (67). Dolazi do odbijanja pružanja zdravstvene usluge, stigmatizacije prilikom pružanja usluge ili povrede poverljivosti podataka. Zdravstveni radnici moraju da nauče više o razlikovanju različitih etiologija hroničnog oboljenja jetre i prepoznaju da se sva oboljenja jetre ne odnose na bolesti zavisnosti. O potrebi za promenom stavova zdravstvenih radnika prema obolelima od hepatitisa C govore i Paterson i sar. na osnovu pregleda literature o stigmatizaciji u zdravstvenim ustanovama (240). Istraživanje Zickmunda pokazuje da je 41% HCV pacijenata imao neku vrstu teškoća u komunikaciji sa svojim doktorom. Pacijenti su dvostruko češće prijavljivali poteškoće sa subspecijalistima nego sa lekarima opšte prakse. Autori smatraju da ovo može da bude posledica istovremenog postojanja emocionalnih i socijalnih problema (241). U Australiji 65% pacijenata sa HCV-om izjasnilo se da je doživelo stigmatizaciju u zdravstvenoj ustanovi. Zbog bolesti stigmatizovano je 35% do preko 85% HCV inficiranih (218). Aboridžini u Australiji se nisu izjasnili da su bili stigmatizovani i diskriminirani u zdravstvenoj ustanovi zbog pozitivnog HCV statusa, već da je stigmatizacija bila zbog pripadanja Aboridžinskoj grupaciji (195).

O postojanju stigmatizacije obolelih od hepatitisa C u našoj sredini govori i podatak da je troje ispitanika na margini upitnika dopisalo da boluje od hemofilije, kako bi time skrenuli pažnju na mogući način transmisije. Jedan od njih je koristio i psihoaktivne supstance. Radi se o ispitanicima starosti 28 do 35 godina, kod kojih je dijagnoza HHC postavljena u uzrastu od 13 do 25 godina. Ispitanici su imali stigma skor od 9 do 18, tj, jedan ispitanik se izjasnio da se uopšte ne slaže po svim pitanjima stigma skale, dok su se druga dva izjasnila da su srednje stigmatizovana. Kod dodatnih pitanja o stigmatizaciji samo se korisnik PAS izjasnio da je bio stigmatizovan od strane porodice, a da drugima nije govorio o svojoj bolesti.

U ovom istraživanju u univarijantnoj regresionoj analizi kao prediktorni faktori za stigmatizaciju nađeni su: status neoženjenih/neudatih, osobe sa završenom srednjom školom,



osobe koje žive sa roditeljima, osobe napuštene od strane partnera i osobe koje su upotrebljavale PAS pre razbolevanja. Kao statistički značajni protektivni faktori za stigmatizaciju izdvojili su se: starost ispitanika (stariji ispitanici imaju manji osećaj stigmatizacije), prebivalište na selu, završena osnovna škola, oženjeni/udate ispitanici, kao i osobe koje žive sa supružnikom i decom. Mlađi ispitanici imaju veće skorove stigmatizacije usled nezaposlenosti, finansijske nesigurnosti, većeg gubitka prijatelja po postavljanju dijagnoze (raskidanje strarih prijateljstava povezanih sa konzumiranjem PAS) i većom stigmatizacijom od strane porodice i rođaka zbog njihovog prethodnog rizičnog ponašanja.

Dijagnoza hepatitisa može da bude posebno stigmatizujuća za mlađe ispitanike jer to može da utiče na šanse za brak. Stigmatizacija od strane domaćeg stanovništva je naročito primećena kod osoba sa socijalno neprihvatljivim ponašanjem (promiskuitet, korišćenje droga), koji pripadaju manjinskim grupama ili imigrantima (242).

Multivarijantnom regresionom analizom dobijen je jedan prediktor za stigmatizaciju a to je napuštanje od strane partnera. Napuštanje ispitanika od strane partnera dodatno povećava negativno dejstvo stresa od saznanja da su oboleli od hepatitisa. Zbog izostanka emocionalne podrške kod ispitanika je smanjeno samopouzdanje i povećavaju se nesigurnost i pojava negativnih osećanja. Dolazi do zatvaranja u sebe, odbijanja saradnje sa drugima i smanjenja zainteresovanosti za probleme drugih što dovodi do još većeg izdvajanja tih pojedinaca iz društva i većeg osećaja stigmatizacije i diskriminacije.

Istraživanje Sublette i sar. identifikovalo je prisutan strah od smrti i oslobađanje od stigmatizacije i sramote kao motivaciju za početak lečenja, a za uspešno pridržavanje terapije i završetak lečenja socijalnu, emocionalnu i praktičnu podršku (243). Stigmatizacija izazvana patnjom usled otkrivanja bolesti može da ugrozi prilagođavanje na dijagnozu i lečenje (244).

**U trećem delu istraživanja ispitivan je kvalitet života pre postavljanja dijagnoze u odnosu na mesec dana pre anketiranja.**

U ovom istraživanju je na osnovu SF 36 upitnika o fizičkom i psihičkom aspektu kvaliteta života obolelih od HHC dobijeno da su, generalno, ispitanici imali značajno smanjen kvalitet života po svim postavljenim pitanjima u poslednjih mesec dana u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze. Skorovi kvaliteta života su manji kako za pitanja koja predstavljaju pozitivna osećanja (osećaj životne ispunjenosti, osećaj opuštenosti i mirnoće, ispunjenost energijom i dr), tako i kod negativnih osećanja, tj. ona su postala izraženija u poslednjih mesec dana (nervoza, deprimiranost i depresija). Bolesni ljudi su emotivno osetljiviji, osećaju se slabim i bespomoćnim.

Zbog utvrđene jasne povezanosti preživljavanja i kvaliteta života u hroničnom oboljenju jetre, PCS i MCS se smatraju prediktorima preživljavanja (245). Najmanja statistički značajna razlika pre postavljanja dijagnoze i u poslednjih mesec dana nađena je kod fizičkih aktivnosti koje se odnose na samostalno kupanje i oblačenje i podizanje i nošenje namirnica iz prodavnice. Vrednosti PCS u odnosu na MCS su bile veće i u periodu pre postavljanja dijagnoze i u poslednjih mesec dana. Mentalno zdravlje je povezano sa fizičkim, pa usvajanje zdravih navika dovodi do poboljšanja i fizičkog i mentalnog zdravlja. Ispitanici u ovoj studiji su ocenili da je broj zdravstvenih problema koje doživljavaju, stepen sposobnosti da izvode svakodnevne aktivnosti kao i subjektivna procena zdravstvenog stanja imalo uticaja na subjektivno vrednovanje telesnih sposobnosti da ostvare ciljeve koje su postavili. To je oblast gde su imali veći osećaj kontrole nad sopstvenim zdravljem, za razliku od mentalnog zdravlja koje dosta zavisi od interakcije sa okolinom.

Studije sprovedene u SAD, Grčkoj, Nemačkoj, Kanadi, Francuskoj i Italiji pokazale su razlike u skorovima, što ukazuje na kulturološke i regionalne razlike koje utiču na procenu kvaliteta života. Došlo se do zaključka da je potrebno uključiti i mišljenje pacijenta i promene u njegovom kvalitetu života da bi se procenila uspešnost neke intervencije (246). Nekada kulturološke razlike uslovljavaju da oboleli od iste bolesti u istom pravnom sistemu imaju različite probleme (stigmatizacija, finansijski i pravni troškovi) (247). U zavisnosti od izraženosti simptoma i doživljaja bolesti obolelog i u literaturi se beleži lošiji kvalitet života obolelih od HCV infekcije nego u zdravoj populaciji (210, 212, 213, 248-252), sa izuzetkom skorova za RP i BP (252), ili su skorovi signifikantno lošiji samo za domene: VT, RE i RP (253). U Brazilu je kod obolelih od bolesti jetre nađen značajan uticaj HCV infekcije na kvalitet života, kao i negativan uticaj niskih porodičnih primanja na skorove za HRQoL (254).

Najniži kvalitet života je pre postavljanja dijagnoze bio u domenu opšteg zdravlja kao i u poslednjih mesec dana. Ispitanici su bili zabrinuti za svoje zdravlje (mišljenja su da im zdravlje nije dobro i da nisu zdravi kao drugi). Ovo je dopunjeno utrostručavanjem svakodnevnog osećaja napetosti i potištenosti u poslednjih mesec dana u odnosu na period pre razbolevanja i padom procenta onih koji su ovo osećanje imali retko ili nikada. U svom radu Vignau i sar. su potvrdili da je HCV infekcija udružena sa psihijatrijskim simptomima kao što je depresija, koja može da uzrokuje značajno sniženje kvaliteta života. I sama terapija interferonom alfa izaziva poremećaje u funkciji štitne žlezde što takođe doprinosi poremećaju raspoloženja, kao i niz drugih neželjenih sporednih efekata (255).

Da im je zdravlje danas približno isto kao i pre izjasnilo se 39,61% ispitanika, da je nešto gore nego pre 24,68%, a da je mnogo gore 15,58%. Na pitanje da im je zdravlje sada odlično sa "potpuno netačno" odgovorilo je 36,37%, a da im je zdravlje pre dobijanja hepatitisa bilo odlično odgovorilo je 38,31%. Pre postavljanja dijagnoze je 46% smatralo da su zdravi kao i drugi, dok sada 37% smatra ovaj odgovor uglavnom netačnim.

Pad fizičkog i psihičkog domena kvaliteta života može da se objasni dejstvom terapije na ispitanike, osećajem da su stigmatizovani i diskriminirani zbog oboljenja, padom zainteresovanosti za druženjem sa starim društvom kod mlađih ispitanika, naročito onih koji su bili korisnici psihoaktivnih supstanci, zabrinutosti da bolest ne prenesu drugima, gubitka zaposlenja i dr. Evon naglašava da socijalna podrška pozitivno utiče na ishod lečenja, štiti pojedince od psihičkog stresa i deluje na to kako oni doživljavaju bolove i razdražljivost (256).

Dve velike grupe skorova SF 36 upitnika - fizički kompozitni skor, koji utvrđuje fizičku stranu kvaliteta života i mentalni kompozitni skor, koji utvrđuje mentalnu komponentu kvaliteta života, kao i osam podskorova: socijalno funkcionisanje, fizičko funkcionisanje, opšte zdravlje, fizička uloga, telesna bol, vitalnost, mentalno zdravlje i emocionalna uloga takođe su imali visoku statistički značajnu promenu skorova u poslednjih mesec dana u odnosu na period pre dijagnostikovanja bolesti.

HCV infekcija smanjuje fizičke i kognitivne sposobnosti, što može da se objasni moždanim promenama izazvanih virusom. Lečenje interferonom je važan uzrok depresije kod HCV pacijenata i ponekad je povezano sa iritacijom, maničnim epizodama ili akutnim konfuznim stanjem. Zbog psihijatrijskih komorbiditeta dolazi do dodatne stigmatizacije i nedostatka socijalne podrške, pa je socijalni aspekt zdravlja HCV pacijenata značajno narušen. Sve ovo umanjuje njihovo pridržavanje propisanog protokola lečenja (218).

Gledajući vrednosti PCS pre postavljanja dijagnoze HHC i u poslednjih mesec dana prema nezavisnim varijablama (pol, prebivalište, školska sprema, materijalno i bračno stanje, napuštanje od strane partnera, porodični status, konzumiranje PAS pre bolesti) u ovom istraživanju nađeno je da nije došlo do značajnijeg pada skora samo kod onih koji su dobrog materijalnog stanja, koji žive u vanbračnoj zajednici i onih koji su ranije koristili psihoaktivne supstance. Korisnici PAS imali su veći skor PCS u poslednjih mesec dana u odnosu na one koji nisu koristili drogu što može da se protumači i pozitivnim efektom prekida korišćenja narkotika po postavljanju dijagnoze i povećanjem njihove fizičke funkcionalnosti, gde je takođe zabeležen veći skor nego kod onih koji nisu koristili PAS.

Za razliku od ovog ispitivanja gde nije nađena značajna razlika u padu skorova kod polova u studiji Strauss i Teiheira muškarci su imali značajno bolje rezultate nego žene u oblastima vezanim za simptome bolesti jetre, koncentraciju, memoriju, seksualnih problema i brige oko bolesti (246).

Kod pacijenata sa HCV infekcijom nizak PCS može da bude povezan sa godinama i dijabetesom (212). Na našim prostorima u blizini nekih naselja nema zdravstvenih ustanova, pa je starijim osobama otežano da idu kod lekara i redovno kontrolišu svoje zdravlje.

Najvišu vrednost PCS pre postavljanja dijagnoze imali su ispitanici koji žive sa decom a najnižu oni koji žive sami, što ukazuje da život samohranih roditelja iziskuje veliko fizičko angažovanje. U poslednjih mesec dana najnižu vrednost PCS imaju udovci/udovice koji su starosti 60 i više godina, većinom žene sa mestom prebivališta na selu, pri čemu zadnje dve stavke same za sebe nose niži skor nego muški pol i gradska sredina. Život na selu je zahtevniji od onog u gradu zbog imanja koje treba da se obrađuje i zbog domaćih životinja koje čuvaju, tako da ispitanici ocenjuju svoju fizičku sposobnost na taj obim posla, koji je i inače veći nego u gradu.

Neki smatraju da je kvalitet života u ruralnoj sredini manji zbog psihološkog distresa (257), dok drugi smatraju da su muškarci osetljiviji na mesto prebivališta i da mlađi muškarci bolje žive u gradovima a stariji na selu (258).

U odnosu na MCS pre i nakon postavljanja dijagnoze značajniji pad vrednosti skora je zabeležen svuda (pol, prebivalište, školska sprema, materijalno i bračno stanje, napuštanje od strane partnera, porodični status, upotreba PAS pre bolesti) sem kod osoba sa odličnim materijalnim stanjem, onih koji žive u vanbračnoj zajednici i kod onih koje je napustio partner. I drugi su našli nizak MCS kod IKD (212).

Kod pacijenata sa hemofilijom u ovom ispitivanju u poslednjih mesec dana došlo je do pada vrednosti i PCS i MCS u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze. Izuzetak je pacijent bivši korisnik PAS kod koga se povećao MCS u poslednjih mesec dana. U Holandiji su pacijenti sa hemofilijom i hepatitisom C imali smanjene vrednosti skorova vitalnosti i opšteg zdravlja u odnosu na one koji nisu inficirani HCV-om (259).

U Brazilu su u dva navrata rađena ispitivanja kvaliteta života kod obolelih od hepatitisa C i u skorijem je ustanovljen pad MCS dok je PCS bio jednak kontrolnoj grupi. Ranije ispitivanje sprovedeno kod davalaca krvi pokazalo je pad MH, RE i SF. Terapija peligovanim interferonom dovela je do povećanja MCS, ali ne i PCS (260).

Pacijenti sa HHC u ovom istraživanju imali su pad vrednosti skorova SF prema svim ispitivanim varijablama u poslednjih mesec dana, osim kod ispitanika sa dobrim materijalnim

stanjem, kod onih koji žive u vanbračnoj zajednici ili su razvedeni/razvedene i koje je napustio partner po postavljanju dijagnoze. Studija koja je ispitala zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije 2000. godine utvrdila je da su u populaciji Srbije neoženjeni/neudate najzadovoljniji kvalitetom svog života, a da slede oženjeni/udate. Druge studije pokazuju da su oženjeni srećniji od drugih (261).

Ovo ukazuje da brige oko lečenja i ishoda, kao i stigmatizaciju zbog bolesti bolje podnose oni koji imaju podršku porodice i društveno su aktivni, tj. da smo socijalni onoliko koliko je naša ličnost sklona tome.

Osobe koje žive u vanbračnoj zajednici, razvedeni/razvedene ili oni koje je napustio partner nemaju statistički značajan pad skora SF u poslednjih mesec dana jer su imali probleme i po postavljanju dijagnoze. Raskid veze je sam po sebi bolan i težak proces koji ostavlja psihičke posledice po pojedinca, pogotovu ako je taj pojedinac obolelo i od HHC. Promene u partnerskom i bračnom ponašanju dovele su do slabijih socijalnih aktivnosti sa prijateljima, susedima i porodicom. Nekada su samo stabilni partnerski odnosi ti koji određuju da li će pacijent reći da je oboleo. U slučaju da ima još neku koinfekciju (npr. HIV), ako i saopštava informaciju osobi od poverenja, bira ono oboljenje koje nosi manju osudu okoline i stigmatizaciju (262). I u ovoj studiji su se pojedini ispitanici izjašnjavali da ne govore o svojoj bolesti ni najužim članovima porodice i da brinu da oni ne saznaju.

Postoji i značajan pad vrednosti PF kod obolelih od HHC u svim posmatranim varijablama (pol, prebivalište, školska sprema, materijalno i bračno stanje, napuštanje od strane partnera, porodični status, konzumiranje PAS pre bolesti). Statistička značajnost pada skora nije zabeležena kod ispitanika dobrog materijalnog stanja, kod onih koji žive sami i koje je napustio partner. Osobe koje žive same ili ih je napustio partner po postavljanju dijagnoze su morale više fizički da se aktiviraju oko sprovođenja terapije i više da vode računa o sebi samima pa nije došlo do statističkog pada PF. Osim toga osobe koje žive same upravljaju svojim finansijama same i novac troše samo na sebe, što im daje veću finansijsku stabilnost. Češće izlaze, češće se druže a fizička aktivnost im je i oblik društvene aktivnosti. Ispitanici koji žive u vanbračnoj zajednici imaju nesigifikantni porast skora PF u poslednjih mesec dana, odnosno došlo je do smanjenja ograničenosti fizičke aktivnosti zbog zdravlja.

Kod grčkih pacijenata sa HHC koji još nisu započeli terapiju nađen je pad svih skorova SF 36 upitnika u odnosu na zdravu populaciju, naročito kod bivših korisnika PAS u domenu GH. Stariji pacijenti imali su bolji MH. Za vreme lečenja opali su skorovi svih domena kvaliteta života, da bi se na kraju lečenja vratili na nivo pre početka terapije i dalje rasli u narednih šest meseci (56).

Signifikantno loši skorovi u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze kod istih odlika varijabli kao kod PF nađeni su i kod RP. Ograničena radna funkcionalnost najvećim delom je zbog umora ili zato što se smatra da posao nije pogodan za pacijente zbog rizika od transmisije (maloprodaja ili prehrambena industrija). To dovodi do finansijskih teškoća kako kod obolelih tako i kod članova porodice-staratelja pacijenta (236).

Ograničenja zbog bola u poslednjih mesec dana su smanjena kod ispitanika sa dobrim materijalnim stanjem i kod onih koje je napustio partner, dok je u svim ostalim slučajevima došlo do pada vrednosti skora BP. Porast osećaja telesnog bola nije signifikantan kod ispitanika bez škole, neoženjenih/neudatih, razvedenih i onih koji žive u vanbračnoj zajednici, kao i onih koji žive sa supružnikom ili roditeljima.

Telesni bol može da se poveže sa pojavom reumatskih bolesti, koje nisu vezane samo za stariju populaciju. Sve više se ispituje povezanost HCV infekcije i reumatskih bolesti, jer su kliničko-epidemiološka, morfološka i molekularna ispitivanja utvrdila da njihova povezanost varira u zavisnosti od bolesti i da postoje razlike u različitim zemljama. Zbog toga je veoma važno da se uskladi antivirusna terapija sa terapijom ekstrahepatičnih oboljenja (263).

Oboleli od HCV infekcije imaju povećane stope morbiditeta i mortaliteta od kardiovaskularnih bolesti, dijabetesa i moždanog udara, povećavajući rizik od ateroskleroze i metaboličkih poremećaja (264, 265). Postojanje HCV infekcije može da poveća i rizik od demencije (265). Ove bolesti i same dovode do pada kvaliteta života, jer smanjuju sposobnost i mogućnost obolelih da obavljaju sitne kućne poslove, da se bave dojučerašnjim hobijima, aktivno učestvuju u društvenim događajima, idu u posete prijateljima i putuju, čime se smanjuje njihov osećaj samopoštovanja i zadovoljstva životom. Rizik od mortaliteta kod obolelih od HHC i sa uznapredovalom fibrozom jetre je četiri puta niži ako se postigne SVO (266).

Kod ispitanika je došlo do signifikantnog pada skora VT u svim posmatranim varijablama, a nešto manje kod onih sa dobrim materijalnim stanjem, koji žive u vanbračnoj zajednici i kod onih koje je napustio partner po postavljanju dijagnoze HHC.

Pacijenti sa hroničnim hepatitisom C i pacijenti sa šećernom bolešću razlikuju se u domenima MH, VT i SF, koji su lošiji kod pacijenata sa hepatitisom C (210).

Opšte osećanje zdravlja ispitanika je značajno pogoršano u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze prema svim ispitivanim varijablama (pol, prebivalište, školska sprema, materijalno i bračno stanje, napuštanje od strane partnera, porodični status, konzumiranje PAS pre bolesti). Pogoršanje MH je zabeleženo i kod osoba sa dobrim materijalnim stanjem, koji žive u vanbračnoj zajednici i kod onih koje je napustio partner, ali bez značajnosti. Po

postavljanju dijagnoze opao je stepen samodovoljnosti i nezavisnosti u zadovoljavanju sopstvenih životnih potreba, a sve se više javljala zavisnost od socijalnih službi. U različitom stepenu javila se socijalna isključenost.

Srbija ima najniži stepen zadovoljstva sopstvenim zdravljem od svih sedam zemalja koje nisu članice Evropske Unije (EU). Indeks mentalnog blagostanja SZO u Srbiji iznosi 54. Obično se mentalno blagostanje stanovništva povećava kako se povećavaju prihodi. Međutim, mentalno zdravlje nezaposlenih u Srbiji nema utvrđene značajne razlike u odnosu na zaposlene (267). Ovo dovodi do zaključka da prihodi zaposlenih nisu dovoljni da zadovolje sve životne potrebe i da povećanje prihoda omogućava ljudima sa ovih prostora da zadovolje tek deo potreba u poređenju sa razvijenim zemljama.

Većina ispitanika u ovoj studiji izjasnila se da je zadovoljavajućeg materijalnog statusa, koji je doprineo da budu manje stigmatizovani na poslu u odnosu na one sa lošijim materijalnim statusom. U strukturi onih sa lošim materijalnim statusom dominiraju nezaposleni (više od 55% ), a 47,14% je iz grupe bivših IKD, dok je u grupi obolelih sa zadovoljavajućim materijalnim statusom 19% nezaposlenih i 26,48% bivših IKD. U našoj sredini se lako ne prašta nečije ranije rizično ponašanje, pa bivši IKD imaju poteškoća pri zapošljavanju i na njih se i dalje gleda sa podozrenjem i dodatnom stigmatizacijom i diskriminacijom zato što su oboleli od hepatitisa C. Prilikom pregleda skorova pre postavljanja dijagnoze i u poslednjih mesec dana odlično materijalno stanje ispitanika nije dalo statistički značajnu promenu ni u jednom domenu.

Istraživanja su pokazala da u rešavanju životnih problema manji uticaj imaju osobine same ličnosti, a veći kakav stav zauzimaju te osobe prema vlastitoj uspešnosti i prema prisutnim problemima. Dešava se da se poraz prihvati sa obrazloženjem da je zadatak bio težak i da ispitanici nisu bili sposobni da ga reše (268). Zbog opadanja samopouzdanja i povlačenja u sebe smanjuje se mogućnost da se oboleli od HHC, naročito ako su bili napušteni od strane partnera ili IKD, uključe u aktivnosti zajednice, pogoršava se njihovo mentalno zdravlje što, daljim produblivanjem problema vodi pojavi somatskih oboljenja.

Uticaj emocionalnih problema na rad i svakodnevne aktivnosti (RE) je u značajnom porastu u odnosu na period pre dijagnostikovanja bolesti. Manji uticaj emocionalnih problema je vidljiv kod ispitanika bez završene osnovne škole, kod onih sa odličnim materijalnim stanjem, neoženjenih/neudatih, udovaca/udovica i onih u vanbračnoj zajednici, koji žive sami ili sa roditeljima i kod onih koje je napustio partner. Pad skora RE u poslednjih mesec dana može da se tumači kao neprilagođenost ispitanika da prihvate činjenice kakve jesu, tj. da su oboleli i da su morali da se leče, bez obzira na (ne)prisustvo rizičnog ponašanja

i kolektivno stigmatizovanje, i da mora svoj život ponovo da organizuju. S druge strane, ljudi prepoznaju emocionalne izraze ispitanika i odlučuju na osnovu toga kako će se prema njima ponašati. Ispitanici su jače vezani za svoju bolest, postoji mogućnost prisustva hroničnih stanja kod njih, pa druge izbegavaju zbog svoje bolesti i tegoba, a okolina reaguje na to tako što ih stigmatizuje. Zbog emocionalnih problema u poslednjih mesec dana 40,26% ispitanika se izjasnilo da na poslu postiže manje nego što želi u odnosu na 14,29% pre postavljanja dijagnoze. Oko 36% ispitanika u poslednjih mesec dana zbog emocionalnih problema provodi kraće vremena na poslu ili posao obavlja sa manje pažnje, dok je taj procenat iznosio 12% odn. 13% pre postavljanja dijagnoze (više od polovine tih ispitanika pripada korisnicima PAS).

Sogolow i sar. potvrdili su da je stigmatizacija veoma povezana sa smanjenim uključivanjem u društvene i porodične aktivnosti. Internalizovanjem stigmatizacije kod onih kod kojih je došlo do pada energije ili su depresivni, u kombinaciji sa zamorom, socijalna izolacija može višestruko da se ukoreni i da pojača depresiju (269). Emotivna nestabilnost zbog same bolesti ili kao reakcija na terapiju, dovodi pacijente sa HCV infekcijom u stanje otuđenosti od drugih i u situaciju da zbog psihičkih problema povrede sebe ili druge. Autori predlažu da se prilikom lečenja konsultuju multidisciplinarni timovi lekara koji bi razvili planove lečenja i obuhvatili sve fizičke i emocionalne potrebe obolelih od HCV infekcije (270). Internisti se zalažu da se više uključe u lečenje pacijenata sa hepatitisom C i da to nije nadležnost samo pojedinih subspecijalista (271).

Ispitanici su značajno prema ispitivanim varijablama (pol, prebivalište, školska sprema, materijalno i bračno stanje, napuštanje od strane partnera, porodični status, konzumiranje PAS pre bolesti) videli pad sopstvenog zdravlja. Pad GH nije toliko izražen kod onih sa odličnim materijalnim stanjem, udovaca/udovica i onih u vanbračnoj zajednici i kod onih koje je napustio partner. Janković je utvrdio da žene, stariji ispitanici, oni koji žive u gradu, sa nižim obrazovanjem, nezaposleni, neaktivno stanovništvo, kao i ispitanici sa lošim materijalnim stanjem procenjuju da su bolesniji i češće procenjuju svoje zdravlje kao prosečno ili loše (272).

U ovom istraživanju nađena je negativna korelacija, odnosno obrnuta proporcionalnost između vrednosti stigma skora i skorova SF 36 upitnika. Sa padom skorova SF 36 upitnika raste stigmatizacija i diskriminacija ispitanika a to je značajno pre dijagnostikovanja bolesti samo kod SF, a u poslednjih mesec dana i kod: PCS, MCS, SF, BP, VT, MH i GH.

Opšti duševni bol povezan je sa ukupnim skorom stigmatizacije, dok su specifični simptomi povezani sa određenim vrstama stigme. Depresija i anksioznost su u pozitivnoj



korelaciji sa više ličnih efekata stigme za razliku od zabrinutosti oko stavova javnosti ili obelodanjivanja. Strah od odbacivanja i negativna slika o sebi su suštinski za dimenziju mentalnog zdravlja.

Enescu smatra da stigmatizacija može značajno da utiče na živote pacijenata sa HCV infekcijom dovodeći do sniženja kvaliteta života. Pored toga što najmanje 50% ovih pacijenata boluje od psihijatrijskih bolesti, ova oblast je malo ispitivana. Prevalencija psihoza, anksioznosti i posledični pad kvaliteta života su kod ovih pacijenata mnogo više zastupljeni nego u zdravoj populaciji (273). Po preporuci Mikocka-Walus i sar. svi pacijenti oboleli od hepatitisa C trebalo bi da se testiraju na depresiju jer je u njihovoj studiji 34% obolelih od hepatitisa C imalo depresiju (274), što je delimično rađeno i kod naših bolesnika bez potvrde depresije.

Pre postavljanja dijagnoze HHC univarijantnom regresionom analizom nije dobijena statistička značajnost uticaja varijabli (starost, pol, prebivalište, zaposlenost, školska sprema, materijalno stanje, bračni status, napuštanje od strane partnera, porodični status, život u sopstvenom stanu, konzumiranje alkohola i PAS) na vrednosti skorova kod PCS, GH, RE a u poslednjih mesec dana kod SF.

Pre postavljanja dijagnoze HHC po univarijantnoj regresionoj analizi pozitivni prediktori za MCS su starije životno doba, život na selu, sa supružnikom u sopstvenom stanu/kući, dok su negativni prediktori završena srednja škola, status neoženjenih/neudatih i konzumiranje PAS. Nijedan od prediktora nije pokazao signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi. Iako bi se na prvi pogled reklo da stanovnici gradova imaju bolji život u odnosu na one sa sela zbog većih mogućnosti za zaposlenje, kvalitetnije zdravstvene zaštite i bolje higijene, urbani način života, gužve, aerozagađenja i brži tempo dovode do mnogih hroničnih fizičkih i mentalnih poremećaja. Osim toga u gradskoj sredini su dostupniji alkohol i PAS i mlađim uzrasnim grupama.

Gallegos-Orozco i sar. su utvrdili značajan pad kvaliteta života koji je povezan sa depresijom pre započinjanja antivirusnog lečenja (275). U radu Beloborodove je polovina pacijenata sa HHC razvila “neurotično trojstvo” – hipohondriju, depresiju i histeriju. Depresija je bila udružena sa 1b genotipom HCV infekcije koja je trajala 1-5 godina (276). Ashrafi i sar. su utvrdili da je HCV infekcija sama po sebi povezana sa značajnim narušavanjem fizičkog zdravlja, a da je 3a genotip povezan sa depresijom i da postoji jaka međusobna povezanost fizičkog i mentalnog zdravlja kod HCV pacijenata. Rad je potvrdio da su efekti težine bolesti na kvalitet života skromni kod necirotičnih pacijenata i eventualno ograničeni na mentalno zdravlje (277).

Svi pacijenti sa HHC nemaju jednak rizik od smanjenog kvaliteta života. U populaciji koju je ispitala Olson na kvalitet života na PCS domen uticali su medicinski faktori (dijagnostikovan rak, prisustvo drugih hroničnih stanja, ALT nalaz), kao i socijalni faktori i način života, kao što su obrazovanje i fizičke aktivnosti. Na MCS domen uticali su dijagnostikovan rak, depresija, pol, upotreba alkohola i nedostatak fizičke aktivnosti. Utvrdila je da su žene imale manji stepen obrazovanja i veću prevalenciju depresije (278). Razlog za nađenu razliku u kvalitetu života među polovima, verovatno se nalazi u drugačijim biološkim i socijalnim faktorima. Smatra se da su žene odgovornije prema zdravlju i pridaju veći značaj uticaju sopstvenog zdravlja na porodicu i decu (279, 280). Dodatno psihičko opterećenje imaju žene u menopauzi koja predstavlja najjači negativni faktor za SVO (281).

Pre postavljanja dijagnoze HHC po univarijantnoj regresionoj analizi pozitivni prediktor za PF i BP je nezaposlenost ispitanika. To može da se objasni time da nezaposleni ispitanici nisu imali problema pri obavljanju poslova jer nisu obavljali teške i srednje teške poslove, koji zahtevaju fizičku snagu, a samim tim i telesna bol nije došla do izražaja. Korisnici PAS činili su 61,76% nezaposlenih pre postavljanja dijagnoze HHC. Inače, istraživanja sprovedena u zemljama EU pokazuju da nezaposlenost najnegativnije utiče na zadovoljstvo životom (282).

Negativni prediktori RP pre postavljanja dijagnoze po univarijantnoj regresionoj analizi su život sa roditeljima i konzumiranje PAS, a kod SF život u gradu i život sa roditeljima. Negativna strana života u gradu u ovoj studiji proizišla je iz činjenice da su kao gradska naselja uzimana opštinska središta teritorije sa koje potiču ispitanici, a koja predstavljaju, izuzev grada Niša, male sredine. U takvim mestima se brzo prenose vesti, pa i o rizičnom ponašanju. Zbog toga se oboleli slabije druže i više borave kod kuće. Gavović i Timotijević su došli do sledećih zaključaka: da bi grad bio atraktivan za život, on mora da pruža osećaj sigurnosti i bezbednosti, da ima mogućnost za zapošljavanje i da ima dobro organizovanu zdravstvenu službu. Većina ispitanika bi da živi u gradu jer je on pogodniji za život (283).

Odrasle osobe koje žive u zajedničkom domaćinstvu sa roditeljima, doživljavaju više nesporazuma sa njima nego one, koje ne žive zajedno sa roditeljima. To se najčešće događa zbog različitih načina vođenja domaćinstva i stilova življenja. Zbog promena ličnosti u poznoj starosti sukobi u stavovima roditelja sa decom su češći (284).

Moguće je da osobe koje žive sa roditeljima imaju stalni osećaj krivice zbog bolesti i stalno su pod pritiskom da ne učine neki pogrešan potez koji će ukućani protumačiti kao mogućnost za prenošenje infekcije na njih.

Na VT pre postavljanja dijagnoze pozitivno utiče status razvedenih a negativno upotreba PAS, dok kod MH pozitivno dejstvo ima starije životno doba a negativno upotreba droge. Korisnici PAS zbog svoje pasivnosti pod uticajem narkotika gube svoje poslove, ljubav, uskraćuju svoje socijalne interakcije i gube samopouzdanje. Korišćenje droga već predstavlja stigmatizujući faktor, pa tako stigmatizovane i/ili autostigmatizovane osobe pokazuju sklonost da se druže sa sebi sličnima i izbegavaju kontakte van mreže korisnika psihoaktivnih supstanci, smanjujući time dodatno osuđivanje okoline. Zbog toga je kod korisnika PAS manji skor MH pre postavljanja dijagnoze nego u poslednjih mesec dana.

Oboleli od hroničnog hepatitisa B, imaju sličan (249) ili bolji kvalitet života (250, 277) u odnosu na pacijente sa HHC. Drazic i Caltabiano su ustanovili da između obolelih od hepatitisa B i C ne postoji razlika u kvalitetu života iako su pacijenti sa hepatitisom C stigmatizovaniji (285). U Iranu oboleli od hepatitisa B i C imaju niži kvalitet života zbog bojazni od smanjenja socijalne podrške, straha od društva ili smanjenja zaštite od strane porodice ili prijatelja (286).

Kod bolesnika podvrgnutih transplantaciji jetre, oni koji su HCV pozitivni, imaju lošiji kvalitet života za domene VT i BP, u odnosu na HCV negativne pacijente (287). I pored toga što mnogi pacijenti govore da posle transplantacije jetre imaju pozitivniji stav prema životu, još uvek im ostaje raniji osećaj stigmatizacije zbog udruženosti bolesti jetre sa HCV infekcijom i korišćenjem droge i/ili alkohola (288).

Za poslednjih mesec dana univarijantnom regresionom analizom za PCS pozitivni prediktori su mlađe životno doba i zadovoljavajući materijalni status, a negativni loš materijalni status i nekonzumiranje alkohola. Mlađe životno doba i nekonzumiranje alkohola su pokazali signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi. Verovatno su osobe koje konzumiraju alkohol društvenije i aktivnije pa im je zbog toga PCS veći. Loš materijalni status povezan sa nezaposlenošću može da dovede do pada fizičkog zdravlja preko poremećaja u ishrani (gojaznost – prekomerna upotreba hleba kao najjeftinije namirnice ili, suprotno neuhranjenost), srčanih problema, bola u grudima (zbog gojaznosti, fizičke neaktivnosti), glavobolje usled stresa i dr.

Mesečni prihodi pacijenata su kod pacijenata sa hepatitisom C prediktor MCS i PCS (212). U radu Silve i sar. multivarijantna analiza je pokazala povezanost zloupotrebe alkohola sa smanjenjem skorova dva domena SF-36, dok su porodična primanja i obrazovanost pozitivno udružena sa tri domena (289).

Kod starih ljudi nemogućnost da se uživa u stvarima koje su nekada pričinjavale zadovoljstvo nije pitanje subjektivne procene, već realna činjenica. Slabljenje telesne snage i

kognitivnih sposobnosti predstavljaju realnu prepreku u mnogim ranijim aktivnostima (290). Pavić je takođe utvrdila da je mlađe životno doba povezano sa najmanjim smanjenjem ukupnog kvaliteta života i njegove fizičke komponente (248).

Pacijenati sa cirozom jetre i virusnim hepatitisom imaju signifikantno lošiji skor za domene: PF, RP, BP, VT i PCS, dok u grupi necirotičnih hroničnih oboljenja jetre pacijenti sa virusnim hepatitisima imaju signifikantno bolji PF i GH nego pacijenti sa holestatskim bolestima jetre. Signifikantno je bolji PF u grupi virusnih hepatitisa u odnosu na pacijente sa nealkoholnim steatohepatitisom (291). Hronična oboljenja jetre usled HCV infekcije i hepatocelularni karcinom pokazali su smanjenje kvaliteta života obolelih u odnosu na egipatsku zdravu populaciju u svih osam skala i zbirnim skalama, pri čemu je to izraženije kod hroničnog oboljenja jetre u domenima: PF, GH, VT i SF (292).

Whiteley i sar. pregledom literature ustanovili su da je zbog ciroze jetre smanjena fizička komponenta kvaliteta života. Smatraju da udružena delovanja većeg broja faktora predstavlja razlog globalnog smanjenja HRQoL, a da je smanjenje HRQoL jednako ili veće od onog kod drugih hroničnih oboljenja (dijabetes tip II, artritis, hipertenzija, depresija) (293). U SAD-u su faktori rizika za fizičku komponentu zdravlja i depresiju nezaposlenost, niža primanja, postojanje više stresogenih događaja i niža socijalna podrška, dok su protektivnu ulogu imali privatno zdravstveno osiguranje i lečenje kod hepatologa. Multivarijantnom analizom utvrđeno je da postizanje SVO terapijom nije dovelo do boljeg fizičkog zdravlja. Autori skreću pažnju da konzumiranje alkohola i cigareta kod ovih pacijenata mogu komorbiditetima da utiču na tok i ishod bolesti (294).

Na MCS je po postavljanju dijagnoze pozitivno uticalo zadovoljavajuće materijalno stanje, a negativno loš materijalni status i život bez bračnog partnera. Pokazatelj dobrog mentalnog zdravlja predstavlja sposobnost pacijenta da se prilagodi činjenici da je oboleo od hepatitisa C i suoči se sa realnošću svoje dijagnoze, kao i sposobnost da održi zadovoljavajuće veze sa ljudima. Osećaj stabilnosti, bezbednosti i standard pozitivno utiču na kvalitet života. Život bez bračnog partnera je sve učestaliji i kod nas a naročito u zemljama zapadne Evrope i SAD. Predstavlja odluku neke ličnosti da živi samo pod svojim uslovima. Međutim, nekada život bez bračnog partnera može da bude i nametnut, npr. smrću partnera i tada se javlja usamljenost. Usamljenost je povezana sa socijalnom mrežom čiji je najvažniji pokazatelj socijalna podrška, koja daje osećaj pripadanja i zajedništva. Moguće je da usamljeni ljudi manje traže podršku svojih prijatelja. Nijedan od prediktora nije pokazao signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi.

U ovom ispitivanju nije nađen značaj pola u kvalitetu života, prema SF 36 upitniku, iako su oba pola imala statistički značajnu razliku u vrednostima PCS i MCS pre postavljanja dijagnoze i u poslednjih mesec dana. U oba slučaja vrednosti skorova PCS i MCS pre postavljanja dijagnoze kod žena su bile veće u odnosu na muškarce a manje u poslednjih mesec dana. Pavić je ustanovila da oboleli muškog pola mogu da očekuju najmanje smanjenje mentalne komponente kvaliteta života u odnosu na zdravu populaciju (248).

Na pitanje koliko se u poslednjih mesec dana osećaju opušteno, samo ispitanici muškog pola odgovorili su da se osećaju opušteno sve vreme (8 ispitanika ili 5,19%). Broj onih koji su malo opušteni se udesetostručio u poslednjih mesec dana (2/3 su muškog pola).

Na PF je u poslednjih mesec dana pozitivno uticalo mlađe životno doba i konzumiranje alkohola, a negativno status udovca/udovice. Status udovca/udovice i konzumiranje alkohola su pokazali signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi.

Pokazalo se da u Srbiji između ispitanika koji se bave i onih koji se ne bave fizičkim aktivnostima postoje razlike u nivou tri faktora blagostanja: svrhe, samoprihvatanja i rasta, gde ispitanici koji su fizički aktivni ostvaruju više nivoe na sva tri faktora od fizički neaktivnih pojedinaca. Fizičke aktivnosti, i generalno aktivan život, imaju pozitivno dejstvo na razvijanje osećaja za smisao i svrhu, zadovoljstva sobom, zdravijeg stila života, rasta i generalno osećaja blagostanja (285). Oboleli od hepatitisa B i C prijavljuju uticaj umora na sve domene kvaliteta života a naročito na VT, PF i SF (296). U ovoj studiji broj onih koji su sve vreme umorni se upetostručio u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze, a 3,78 puta je povećan broj pacijenata koji su većinu vremena umorni. Došlo je do smanjenja broja obolelih koji nisu nikada umorni 3,2 puta i koji su malo vremena umorni 1,89 puta.

Na RP je u poslednjih mesec dana pozitivno uticalo mlađe životno doba, zadovoljavajuće materijalno stanje i konzumiranje alkohola, dok je negativan uticaj imao loš materijalni status. Konzumiranje alkohola je pokazalo signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi. Mlađi ispitanici su fizički boljeg zdravlja, imaju manje komorbiditeta i bolje podnose efekte terapije. Pozitivan uticaj konzumiranja alkohola treba uzeti u obzir samo prilikom socijalnog druženja, jer je zabeležen pad konzumiranja alkohola po postavljanju dijagnoze hepatitisa.

Vrednosti skora BP nakon oboljevanja od hepatitisa C bile su veće kod mlađih ispitanika sa završenom srednjom školom. Stariji ispitanici su i inače bolesniji i lošijeg fizičkog stanja, češće imaju hronične bolne senzacije, a postojanje bola može da dovede do straha od kretanja i tako poveća fizičku izolaciju, smanji društvenu aktivnost obolelih i dovede do socijalne usamljenosti. Neuropatsku bol povezanu sa HCV infekcijom treba lečiti

tako da terapija primarno usmerena protiv virusa deluje i na sekundarne simptome. Ukoliko neurološki simptomi perzistiraju ili dolazi do recidiva treba misliti i na druga oboljenja (297). Kod reumatoloških hroničnih bolova u pacijenata sa hepatitisom C antivirusna terapija može da poboljša fizičke i funkcionalne aspekte kvaliteta života, ali nema značajnih promena u domenima BP, RE i VT. SVO je značajno udružen sa remisijom hroničnog bola (298).

Na GH nakon obolevanja pozitivno utiču mlađe životno doba, zadovoljavajući materijalni status i upotreba alkohola, a negativno loš materijalni status. Mlađe životno doba i loš materijalni status su pokazali signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi. Kvalitet života se povećava kada se osećamo zdravim, ispunjeni zadovoljstvom i opušteni. U studiji Alves i sar. 45% ispitanika se izjasnilo da im je zdravstveno stanje loše ili veoma loše. Niži kvalitet života je u domenu socijalnih odnosa, a nizak nivo obrazovanja i mala primanja su povezani sa niskim vrednostima kvaliteta života (299).

Na VT je u poslednjih mesec dana pozitivno uticalo mlađe životno doba i život na selu, a negativno loš materijalni status i samački život. Mlađe životno doba je već utvrđeno kao pozitivan prediktor kod PF i RP, kao i PCS u poslednjih mesec dana. Loš kvalitet života kod ispitanika koji žive kao samci može da se objasni nametnutim osećajem krivice, nerazumevanjem okoline i izostankom podrške porodice. Mlađe životno doba, život na selu i samački život su pokazali signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi.

Brojni pacijenti studije Manos-a i sar. su izjavili da su se namerno izolovali od prijatelja i aktivnosti, ponekad da bi izbegli da objašnjavaju ili razgovaraju o svojoj situaciji. Svoje oboljenje i/ili tretman je sakrilo od svojih prijatelja 24,5%, ali su imali podršku članova porodice u 79,5%. Podršku supružnika nije imalo 14,8% (300). Spiegel je utvrdio da pacijenti koji su postigli SVO imaju veće skorove svih domena upitnika od onih bez SVO, a naročito u domenima fizičkog zdravlja, i da VT može da posluži za procenu minimalno klinički značajnih razlika (70).

Na RE je univarijantnom regresionom analizom dobijen status neoženjenih/neudatih kao pozitivni prediktor a status razvedenih kao negativni. Emocionalni problemi u svakodnevnim aktivnostima su sniženi kod neoženjenih/neudatih jer su oni rasterećeniji od osećaja krivice i brige da će bolest uticati na život i materijalno stanje cele porodice, odnosno da će bolest preneti partneru. Osim toga, 80,95% iz ove grupe živi sa roditeljima. Razvedeni/razvedene mogu oboljenje da shvate kao još jedan neuspeh pored razvoda i da imaju smanjeno samopoštovanje.

Nesamouverenost, koja se manifestuje kao strah od odbacivanja i kritike, jako je povezana sa negativnim načinom razmišljanja u slučajevima neadekvatnog ponašanja i sa sklonošću osobe da se usled neuspeha samoobezvređuje i samoocrnjuje. Ovo je u saglasnosti sa modelom socijalne anksioznosti (301).

Univarijantnom regresionom analizom je kod MH po postavljanju dijagnoze izdvojeno kao pozitivan uticaj život na selu i zadovoljavajući materijalni status, a sa nižim vrednostima je loš materijalni status. Finansijska sigurnost je jedan od bitnih faktora za dobro mentalno zdravlje jer je umanjena briga oko troškova života i onih potrebnih za lečenja (lekovi, putni troškovi, laboratorijske analize). Nijedan od prediktora nije pokazao signifikantnost u multivarijantnoj regresionoj analizi.

Broj depresivnih osoba se povećao u poslednjih mesec dana u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze: broj onih koji su dobar deo vremena depresivni je udvostručen, broj depresivnih sve vreme je porastao sa 1,30% na 8,44%, a većinu vremena je sada depresivno 18,83% u odnosu na ranijih 7,79%. Nekada pacijenti nisu svesni da su depresivni, neraspoloženi već osećaju glavobolju, različite bolove po telu, trnjenje u rukama ili nogama ili druge somatske poremećaje. Prilikom lečenja neophodno je da se razdvoji da li pacijenti imaju tegobe zbog neraspoloženja ili, obrnuto, osećaju neraspoloženje zbog tegoba. U poslednjih mesec dana se neraspoloženje udvostručilo u odnosu na period pre postavljanja dijagnoze za trajanje neraspoloženja većinu vremena, dobar deo vremena i neko vreme, dok je šest puta veći za sve vreme trajanja.

Pavić je utvrdila da je kod obolelih od HHC depresija izraženija kod bolesnika starijeg životnog doba i IKD, a da se najređe javlja kod bolesnika koji ne žive u bračnoj zajednici (302). Shi je kod pacijenata sa virusnim hepatitisom ustanovio moguću povezanost depresije sa faktorima kao što su: starost, obrazovanje, zanimanje, ekonomska situacija, vreme utvrđivanja dijagnoze, broj recidiva i antivirusnih terapija, nada u oporavak i podrška okoline (303). Povezanost neuropsihijatrijskih simptoma sa HCV infekcijom i antivirusnom terapijom utvrdili su i drugi autori (304).

U grupi pacijenata sa HHC navodi se da je učestalost depresije 16-58,6% (151, 275, 276, 303 - 307). Poznato je da je depresija, kod ovih pacijenata, udružena sa smanjenjem kvaliteta života, smanjenjem funkcionalnog statusa, pogoršanjem fizičkih simptoma. Balfour i sar. su ukazali da je kod pacijenata sa HCV depresija povezana sa lošijim kvalitetom života i da je negativni prediktor za domene PF, VT i BP (308). Pacijenti sa HHC koji pate od anksioznosti imaju bolji kvalitet života od onih sa depresijom jer se kod njih značajno češće

javlja umor (309). Iako se često javljaju depresija i anksioznost ne utiču na samu terapiju (310).

Takođe, ukoliko su oboleli na antivirusnoj terapiji, prateća depresija je najkonzistentniji prediktor kvaliteta života (61). Davanje antidepresiva u toku terapije HHC dovodi do značajnog smanjenja depresije i povećanja vrednosti skora PF, a samim tim i poboljšanja kvaliteta života pacijenata na terapiji (311). Davanje antidepresiva pre započinjanja terapije se ne preporučuje svim pacijentima linearno već zavisi od slučaja do slučaja (312).

Pregledom literature Miller i sar. su takođe ustanovili veliku povezanost depresije u toku antivirusne terapije i pada kvaliteta života, koji se povećao sa postizanjem SVO. Terapija je imala negativan uticaj i na kognitivne sposobnosti. Kod nelečenih pacijenata, naročito kod onih koji očekuju letalan ishod bolesti, dominira emocionalni stres. Oni pacijenti kod kojih terapija nije dala nikakav efekat imaju najniži kvalitet života (313). Pravilna i blagovremena terapija i postizanje SVO smanjuju rizik od neuroloških i psihijatrijskih poremećaja i doprinose boljem kvalitetu života obolelih.

I druge hronične bolesti jetre su često su udružene sa psihijatrijskim komorbiditetom, naročito depresijom i anksioznošću, poremećajima afekcije, poremećajima ličnosti, poremećajima spavanja i drugim bihevioralnim i kognitivnim deficitima (314-316). Lee i sar. su našli da je udruženost sa depresijom jaka samo kod HHC (314).

U jednom ispitivanju obolelih od ciroze jetre u Iranu rezultati HCV pozitivnih pacijenata bili su značajno niži za logičku memoriju, vizuelno fiksiranje i memorijski količnik. Pošto novodijagnostikovani pacijenti nisu koristili PAS, niti su bili pod interferonskom terapijom, ispitivači su zaključili da se radi o oštećenju moždanog tkiva. Smatra se da je uzrok smanjena produkcija neurotrofnog faktora u mozgu koji ima važnu ulogu u regeneraciji i razvoju neuronskih ćelija. Zbog toga je potrebno da se neuropsihijatrijski i kognitivni problemi pacijenata sa HCV infekcijom posebno ispituju i leče (317). Neki autori smatraju da neurokognitivna disfunkcija kod ovih pacijenata predstavlja pre posledicu dejstva komorbiditetnih faktora nego direktnog dejstva virusa na centralni nervni sistem (318). Kordoba i sar. su zaključili da smanjenje kvaliteta života kod pacijenata sa HHC nastaje i kod odsustva značajnih kognitivnih abnormalnosti (319).

U studiji Mahmoud i Elaziz nađen je značajno snižen kvalitet života kod obolelih od hepatitisa C, naročito kod merenja opšteg zdravstvenog stanja, funkcionalnom i psihološkom statusu. Zbog postojanja više socioekonomskih problema, kod ovih pacijenata metode kojima se savladavaju sve poteškoće i tegobe vezane za tok bolesti i lečenje umnogome doprinose povećanju njihovog kvaliteta života. Autori predlažu procenjivanje psihološkog stanja



pacijenata i obuku pacijenata za korišćenje odgovarajućih strategija za poboljšanje kvaliteta života (320).

Schwarzinger i sar. nisu utvrdili značajno smanjenje kvaliteta života kod osoba sa HHC u ruralnoj sredini u odnosu na zdravu kontrolnu grupu, objašnjavajući to nižim morbiditetom u ruralnim sredinama i nepoznavanju HCV statusa tog stanovništva (321). Nepoznavanje HCV statusa uz asimptomatsku infekciju koja ne daje fizičke smetnje u ovom slučaju deluje protektivno za ispitanike jer neće dovesti do samoizolovanja i stigmatizacije i diskriminacije od strane okoline. Time se ne narušava kvalitet života osoba sa HHC, ali ostaje opasnost od transmisije infekcije.

Halauk je prilikom sagledavanja kvaliteta života i u zdravlju i u bolesti zaključio da se terapijsko dejstvo prilikom lečenja ne bi trebalo da procenjuje samo putem poboljšanja laboratorijskih nalaza i preživljavanja pacijenta već i na osnovu toga da li je došlo do poboljšanja njegovog kvaliteta života. Posebno sa strahom žive HIV, HBV i HCV pozitivne osobe (322).

S obzorom na brojne ekstrahepatične manifestacije, sniženja kvaliteta života u svim ispitivanim domenima, kao i potvrđenom stigmatizacijom i diskriminacijom pacijenata sa HHC, neophodan je dobar timski rad stručnjaka svih profila kako bi se ovi pacijenti socijalno rehabilitovali u porodici i u svom okruženju. Neophodno je da se podigne nivo znanja zdravstvenih radnika, ne samo onih koji su direktno uključeni u lečenje obolelih, i smanji stigmatizacija od strane zdravstvenih profesionalaca. Ova studija može da pomogne u praćenju i unapređenju zdravlja i medicinskom zbrinjavanju pacijenata.

## 6. ZAKLJUČAK

---

1. Ovim ispitivanjem utvrđeno je da se nakon postavljanja dijagnoze hepatitisa C u određenoj meri pogoršava kvalitet života i javlja osećaj stigmatizacije kod obolelih.
2. Na osećaj stigmatizacije značajno utiču: status neoženjenih/neudatih, završena srednja škola, život sa roditeljima, napuštanje od strane partnera i upotreba PAS pre razbolevanja, a kao samostalni i nezavisni faktor izdvaja se napuštanje od strane partnera.
3. Protektivni faktori za stigmatizaciju su: starost ispitanika (stariji ispitanici), prebivalište na selu, završena osnovna škola, status neoženjen/neudata, život sa supružnikom i decom.
4. Osećaj za stigmatizaciju kod žena veći je nego kod muškaraca.
5. U odnosu na period pre dijagnostikovanja bolesti došlo je do smanjenja kvaliteta života u svim sferama.
6. Na fizičku komponentu kvaliteta života, kod oba pola, najveći uticaj imaju loš materijalni status, status udovca/udovica i nekonzumiranje alkohola, a na poboljšanje najviše utiču mlađe životno doba, srednja školska sprema i konzumiranje alkohola.
7. Na mentalnu komponentu kvaliteta života, kod oba pola, najveći uticaj imaju samački život i status razvedenih, a na poboljšanje najviše mlađe životno doba, život na selu i status neoženjen/neudata.
8. Sa padom kvaliteta života raste i osećaj stigmatizacije.
9. Za unapređenje kvaliteta života obolelih od hroničnog hepatitisa C neophodno je:
  - povećati nivo znanja, stavova i ponašanja zdravstvenih radnika i saradnika o merama zaštite i načinu prenošenja infekcije
  - uključiti pisane i elektronske medije u cilju edukacije stanovništva
  - učiniti dostupnije savetovanje i testiranje svih zainteresovanih
  - veća promocija savetovaništva za DPST (dobrovoljno poverljivo savetovanje i testiranje) od strane zdravstvenih radnika prilikom rada sa osobama sa rizičnim ponašanjem
  - pojačati zdravstveno vaspitni rad sa članovima porodice radi pružanja informacija o infekciji i pružanju psihološke podrške

## 7. LITERATURA

---

1. Memon MI, Memon MA: Hepatitis C: an epidemiological review. *J Viral Hepat* 2002;9(2):84-100.
2. Haris HE, Ramsay ME, Andrews N, Eldridge KP. HCV National Register Steering Group. Hepatitis C virus. Clinical course of hepatitis C virus during the first decade of infection: cohort study. *BMJ* 2002; 324:450-3
3. Snow KK, Bonkovsky HL, Fontana RJ, Kim HY, Sterling RK, Di Bisceglie AM et al; HALT-C Trial Group. Changes in quality of life and sexual health are associated with low-dose peginterferon therapy and disease progression in patients with chronic hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther* 2010; 31(7):719-34.
4. Liang TJ, Rehermann B, Seeff LB, Hoofnagle JH. Pathogenesis, natural history, treatment, and prevention of hepatitis C. *Ann Intern Med* 2000; 132(4): 296–305.
5. Poynard T, Yuen MF, Ratzui V, Lai CL. Viral hepatitis C: review. *Lancet* 2003; 362: 2095-100
6. Alter MJ, Kruszon-Moran D, Nainan OV, McQuillan GM, Gao F, Moyer LA et al. The prevalence of hepatitis C virus infection in the United States, 1988 through 1994.[see comment]. *N Engl J Med* 1999, 341(8):556-62.
7. Health Protection Agency: Shooting up: infections among injecting drug users in the United Kingdom 2003. London , Health Protection Agency; 2004.
8. National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research: Australian NSP Survey National Data Report 1999-2003. Sydney , The University of New South Wales; 2004.
9. Hamlyn AN. Hepatitis C: tackling the silent epidemic. *Br J Hosp Med Lond* 2005; 66(10): 579–82.
10. Konstantinović Ljiljana. Virusni hepatitis C. *Prosveta* ,1997: 51-66.
11. Ahmad W, Ijaz B, Gull S, Asad S, Khaliq S, Jahan S et al. A brief review on molecular, genetic and imaging techniques for HCV fibrosis evaluation. *Virology* 2011; 8: 53.
12. Jovanović M, Konstantinović L, Katić V, Cirić S, Kostić V, Jovanović B. Histopatološke i imunocitohemijske promene u jetri bolesnika sa hroničnim hepatitisom C. *Vojnosanit Pregl* 2004; 61(1): 29-34.

13. Kostić V, Jovanović M, Konstantinović L, Kostić E, Mihailović V. Oštećenje jetre izazvano udruženim dejstvom hepatitis C virusne infekcije i etil-alkohola. *Vojnosanit Pregl* 2006; 63(4): 393–6.
14. Pessoa MG, Wright TL. Hepatitis C infection in transplantation. *Clin Liver Dis* 1997; 1(3): 663–90.
15. Curry MP. Hepatitis B and hepatitis C viruses in liver transplantation. *Transplantation* 2004; 78(7): 955–63.
16. Armstrong GL, Alter MJ, McQuillan GM, Margolis HS. The past incidence of hepatitis C virus infection: implications for the future burden of chronic liver disease in the United States. *Hepatology* 2000; 31(3): 777–82.
17. EASL international consensus conference on hepatitis C. *J Hepatol* 1999; 30: 956-61
18. Global burden of Hepatitis C Working Group. Global burden of disease for hepatitis C. *J Clin Pharmacol* 2004; 44: 20-9
19. Nationale institutes of health consensus development conference panel statement: management of hepatitis C. *Hepatology* 2002; 36: S3-20
20. Kostić V, Petrović A, Radović J, Kostić J, Vujić S, Jovanović B et al. Fate of patients with late-detected hepatitis c infection - case reports. *Acta Medica Medianae* 2011;50(2):49-52.
21. Zein NN. The epidemiology and natural history of hepatitis C infection. *Cleve Clin J Med* 2003; 70: S2-6
22. Health Consumer Powerhouse Euro Hepatitis Index 2012 Report. Health Consumer Powerhouse AB, 2012.
23. Salomon JA, Weinstein MC, Hammit JK, Goldie SJ. Cost-effectiveness of treatment for chronic C infection in an evolving patient population. *JAMA* 2003; 290:228-37
24. Marcellin P. Hepatitis C: the Clinical spectrum of the disease. *J Hepatol* 1999; 31(Suppl 1): 9–16.
25. Walsh K, Alexander G J. Update on chronic viral hepatitis. *Postgrad Med J* 2001; 77(910): 498–505.
26. Delić D, Nikolić P, Božić M. Virusni hepatitisi. *Zavod za udžbenike i nastavna sredstva, Beograd*, 1998:171-7
27. Nožić D. Ekstrahepatičke manifestacije infekcije virusom hepatitisa C. *Vojnosanit Pregl* 2003; 60(5): 575-80
28. Huang MJ, Liaw YF. Clinical associations between thyroid and liver diseases. *J Gastroenterol Hepatol* 1995; 10(3): 344-50

29. Mason AL, Lau JY, Hoang N, Qian K, Alexander GJ, Xu L et al. Association of diabetes mellitus and chronic hepatitis C virus infection. *Hepatology* 1999; 29(2): 328-33.
30. Ferri C, Caracciolo F, Zignego AL, La Civita L, Monti M, Longombardo G et al. Hepatitis C virus infection in patients with non-Hodgkin's lymphoma. *Br J Haematol* 1994; 88(2): 392-4.
31. Silvestri F, Pipan C, Barillari G, Zaja F, Fanin R, Infanti L et al. Prevalence of hepatitis C virus infection in patients with lymphoproliferative disorders. *Blood* 1996; 87(10): 4296-301.
32. Pouteil-Noble, Maiza H, Dijoud F, MacGregor B. Glomerular disease associated with hepatitis C virus infection in native kidneys. *Nephrol Dial Transplant* 2000; 15 Suppl: 28-33.
33. Herzenberg AM, Telford JJ, De Luca LG, Holden JK, Magil AB. Thrombotic microangiopathy associated with cryoglobulinemic membranoproliferative glomerulonephritis and hepatitis C. *Am J Kidney Dis* 1998; 31(3): 521-6.
34. Herero C, Vicente A, Bruguera M, Ercilla MG, Barrera JM, Vidal J et al. Is hepatitis C virus infection a trigger of porphyria cutanea tarda? *Lancet* 1993; 341(8848): 788-9.
35. Sheikh MY, Wright RA, Burruss JB. Dramatic resolution of skin lesions associated with porphyria cutanea tarda after interferon-alpha therapy in a case of chronic hepatitis C. *Dig Dis Sci* 1998; 43(3): 529-3.
36. Gumber SC, Chopra S. Hepatitis C: a multifaceted disease. Review of extrahepatic manifestations. *Ann Intern Med* 1995; 123(8): 615-20.
37. Daoud MS, Gibson LE, Daoud S, El-Azhary RA. Chronic hepatitis C and skin diseases: a review. *Mayo Clin Proc* 1995; 70(6): 559-64.
38. Sawada T, Hirohata S, Inoue T, Ito K. Development of rheumatoid arthritis after hepatitis C virus infection. *Arthritis Rheum* 1991; 34( 12): 1620-1.
39. Horsmans Y, Geubel AP. Symptomatic myopathy in hepatitis C infection without interferon therapy. *Lancet* 1995; 345(8959): 1236.
40. Cacoub P, Renou C, Rosenthal E, Cohen P, Loury I, Loustaud-Ratti V et al. Extrahepatic manifestations associated with hepatitis C virus infection. A prospective multicenter study of 321 patients. *Medicine (Baltimore)* 2000; 79(1): 47-56.
41. Wilson SE, Lee WM, Murakami C, Weng J, Moninger GA. Mooren-type hepatitis C associated corneal ulceration. *Ophthalmology* 1994; 101(4): 736-45.

42. Disdier P, Bolla G, Veit V, Ridings B, Gambarelli- Mouillac N, Harle JR et al. Association of uveitis and hepatitis C. 5 cases. *Presse Med* 1994; 23(11): 541.
43. Fattovich G, Giustina G, Degos F, Tremolada F, Diodati G, Almasio P et al. Morbidity and mortality in compensated cirrhosis type C: A retrospective follow-up study of 384 patients. *Gastroenterology* 1997;112(2):463-72
44. Kostić V, Jovanović B, Jovanović M, Konstantinović Lj, Vrbić M. Savremeni terapijski pristup obolelima od hroničnog hepatitisa C. *Acta Medica Medianae* 2003; 42 (2): 55-8.
45. Feld JJ, Hoofnagle JH. Mechanism of action of interferon and ribavirin in treatment of hepatitis C. *Nature* 2005;436(7053):967-72.
46. De Melo CE, de Araujo ESA, Barone AA. Basic aspects of the treatment for hepatitis C: mechanisms of action of interferon alpha and ribavirin and the bases of individualization. *Braz J Infect Dis* 2007;11(5) Suppl 1:43-44.
47. Bukh J, Purcell . Sequence analysis of the 5 noncoding region of hepatitis C virus. *Proceedings of the Nacional Academy of sciences of the USA* 1992; 89: 444-99
48. Sherman M, Shafran S, Burak K, Doucette K, Wong W, Girgrah N et al. Management of chronic hepatitis C: consensus guidelines. *Can J Gastroenterol* 2007; 21:25C–34C [Epub 2007/09/28]
49. Noursbaum JB, Pol S, Nulpas B, Landais P, Berthelot P, Bréchet C. Hepatitis C virus type 1b (II) infection in France and Italy. *Ann Intern Med* 1995; 122: 161-8
50. Poynard T, Mathurin P, Lai Cl, Guyader D, Poupon R, Tainturier MH et al. A comparasion of fibrosis progression in chronic liver diseases. *J hepatol* 2003; 38: 257-65
51. Silini E, Bottelili R, Asti M, Bruno S, Candusso ME, Brambilla S et al. Hepatitis C virus genotype and risk of hapatocellular carcinoma in cirrhosis : a case control study. *Gastroenterology* 1996; 111: 199-205
52. Kostić V, Radović J, Djordjević J, Vujić S. Hepatitis C viral infection among prisoners. *Vojnosanit Pregl* 2013; 70(11): 1006–9
53. WHO. Guidelines for the screening, care and treatment of persons with hepatitis C infection. Geneva 2014
54. Strader DB, Wright T, Thomas DL, Seeff LB; American Association for the Study of Liver Diseases. Diagnosis, management, and treatment of hepatitis C. *Hepatology*. 2004;39(4):1147-71.

55. Siebert U, Sroczynski G, Rossol S, Wasem J, Ravens-Sieberer U, Kurth BM et al. Cost effectiveness of peginterferon  $\alpha$ -2b plus ribavirin versus interferon  $\alpha$ -2b plus ribavirin for initial treatment of chronic hepatitis C. *Gut* 2003;52:425–32
56. Sinakos E, Gigi E, Lalla T, Bellou AL, Sykja A, Orphanou E, et al. Health-related quality of life in Greek chronic hepatitis C patients during pegylated interferon and ribavirin treatment. *Hippokratia* 2010; 14 (2): 122-5
57. Massard J, Ratzu V, Thabut D, Moussalli J, Lebray P, Benhamou Y, et al. Natural history and predictors of disease severity in chronic hepatitis C. *J Hepatol* 2006; 44:S19–S24
58. Ostapowicz G, Watson KG, Locarnini SA, Desmond PV. Role of alcohol in the progression of liver disease caused by hepatitis C virus. *Hepatology*. 1998;27:1730–35
59. Ware JE Jr, Bayliss MS, Mannocchia M, Davis GL. Health related quality of life in chronic hepatitis C: impact of disease and treatment response. The Interventional Therapy Group. *Hepatology* 1999; 30(2): 550–5.
60. Bonkovsky HL, Woolley JM. Reduction of health-related quality of life in chronic hepatitis C and improvement with interferon therapy. The Consensus Interferon Study Group. *Hepatology*. 1999;29:264-70.
61. Dan AA, Martin LM, Crone C, Ong JP, Farmer DW, Wise T et al. Depression, anemia and health-related quality of life in chronic hepatitis C. *J Hepatol*. 2006 Mar;44(3):491-8.
62. McHutchison JG, Ware JE Jr, Bayliss MS, Pianko S, Albrecht JK, Cort S et al. The effects of interferon alpha-2b in combination with ribavirin on health related quality of life and work productivity. *J. Hepatol*. 2001; 34: 140–7.
63. Fried MW, Shiffman ML, Reddy R, Smith C, Marinos G, Gongales FL Jr et al. Peginterferon alfa-2a plus ribavirin for chronic hepatitis C virus infection. *N Engl J Med* 2002;347 (13): 975-82.
64. Hadziyannis SJ, Sette H Jr, Morgan TR, Balan V, Diago M, Marcellin P et al. Peginterferon-alpha2a and ribavirin combination therapy in chronic hepatitis C: a randomized study of treatment duration and ribavirin dose. *Ann Intern Med* 2004;140:346-55
65. Rasenack J, Zeuzem S, Feinman SV, Heathcote EJ, Manns M, Yoshida EM et al. Peginterferon alpha-2a (40kD) [Pegasys] improves HR-QOL outcomes compared

- with unmodified interferon alpha-2a [Roferon-A]: in patients with chronic hepatitis C. *Pharmacoeconomics*. 2003;21(5):341-9.
66. Córdoba J, Reyes J, Esteban JI, Hernández JM. Labeling may be an important cause of reduced quality of life in chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol*. 2003;98(1):226-7.
  67. Zickmund S, Ho EY, Masuda M, Ippolito L, LaBrecque DR. They treated me like a leper': stigmatisation and the quality of life of patients with hepatitis C. *J Gen Intern Med* 2003; 18, 835-44
  68. Rodger AJ, Jolley D, Thompson SC, Lanigan A, Crofts N. The Impact of Diagnosis of Hepatitis C Virus on Quality of Life. *Hepatology* 1999;30:1299-301.
  69. Hauser W, Zimmer C, Schiedermaier P, Grant D. Biopsychosocial predictors of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C. *Psychosomatic medicine* 2004; 66: 954-8
  70. Spiegel BM, Younossi ZM, Hays RD, Revicki D, Robbins S, Kanwal F. Impact of hepatitis C on health related quality of life: a systematic review and quantitative assessment. *Hepatology*. 2005;41:790-800
  71. Fontana, R.J. Neuropsychiatric toxicity of antiviral treatment in chronic hepatitis C *Dig Dis*. 2000;18(3):107-16.
  72. Forton DM, Taylor-Robinson SD, Thomas HC. Reduced quality of life in hepatitis C – is it all in the head? *J Hepatol*. 2002; 36:435-8.
  73. Hussain KB, Fontana RJ, Moyer CA, Su GL, Sneed-Pee N, Lok AS. Comorbid illness is important determinant of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C. *Am J Gastroenterol*. 2001; 96:2734-44.
  74. Yovtcheva SP, Aly Rifai M, Moles JK, Van Der Linden BJ. Psychiatric comorbidity among hepatitis C–positive patients. *Psychosomatics* 2001;42:411–5
  75. Lee SY, Lee HJ, Kim YK, Kim SH, Kim L, Lee MS et al. Neurocognitive function and quality of life in relation to hematocrit levels in chronic hemodialysis. *J Psychosom Res*. 2004; 57: 5-10
  76. Kramer L, Bauer E, Funk G, Hofer H, Jessner W, Steindl-Munda P et al. Subclinical impairment of brain function in chronic hepatitis C infection. *J Hepatol* 2002;37:349–54
  77. Forton DM, Thomas HC, Murphy CA, Allsop JM, Foster GR, Main J et al. Hepatitis C and cognitive impairment in a cohort of patients with mild liver disease. *Hepatology* 2002;35:433–9



78. Hilsabeck RC, Perry W, Hossamein TI. Neuropsychological impairment in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology*. 2002; 35:440-6.
79. Danoff A, Khan O, Wan DW, Hurst L, Cohen D, Tenner CT et al. Sexual dysfunction is highly prevalent among men with chronic hepatitis C virus infection and negatively impacts quality of life. *Am J Gastroenterol*. 2006; 101:1235-43.
80. Moretti E, Federico MG, Giannerini V, Collodel G. Sperm ultrastructure and meiotic segregation in a group of patients with chronic hepatitis B and C. *Andrologia* 2008;40:173-8.
81. Durazzo M, Premoli A, Di Bisceglie C, Bertagna A, Faga E, Biroli G et al. Alterations of seminal and hormonal parameters: an extrahepatic manifestation of HCV infection? *World J Gastroenterol* 2006;12: 3073-6
82. Kang SC, Hwang SJ, Lee SH, Chang FY, Lee SD. Health-related quality of life and impact of antiviral treatment in Chinese patients with chronic hepatitis C in Taiwan. *World J Gastroenterol*. 2005 Dec 21;11(47):7494-8
83. Zalai D, Sherman M, McShane K, Shapiro CM, Carney CE. The importance of fatigue cognitions in chronic hepatitis C infection . *J Psychosom Res*. 2015 Feb;78(2):193-8
84. Cristina Pojoga, Dumitraşcu DL, Pascu O, Grigorescu M. The Effect of Interferon Alpha plus Ribavirin on Health-Related Quality of Life in Chronic C Hepatitis. The Romanian Experience *J Gastrointest Liver Dis*. March 2006;15(1), 31-5
85. Zorana Z. Pavlović. Uticaj primene medikamentozne terapije na razvoj depresivnog poremećaja kod osoba obolelih od hroničnog hepatitisa C. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet. Beograd, 2012
86. Fábregas BC, de Ávila RE, Faria MN, Moura AS, Carmo RA, Teixeira AL. Health related quality of life among patients with chronic hepatitis C: a cross-sectional study of sociodemographic, psychopathological and psychiatric determinants. *Braz J Infect Dis*. 2013;17(6):633-9
87. Chang SC, Ko WS, Wu SS, Peng CY, Yang SS. Factors associated with quality of life in chronic hepatitis C patients who received interferon plus ribavirin therapy. *J Formos Med Assoc*. 2008 Jun;107(6):454-62
88. Ilić I, Milić I, Arandelović M. Procena kvaliteta života - sadašnji pristupi. *Acta Medica Medianae* 2010;49(4):52-60

89. Chang SC, Yang SS, Chang CC, Lin CC, Chung YC, Li TC. Assessment of health-related quality of life in antiviral-treated Taiwanese chronic hepatitis C patients using SF-36 and CLDQ. *Health and Quality of Life Outcomes* 2014, 12:97
90. Hsu PC, Krajden M, Yoshida EM, Anderson FH, Tomlinson GA, Krahn MD. Does cirrhosis affect quality of life in hepatitis C virus-infected patients? *Liver Int.* 2009; 449-58
91. Dušan Kecmanović. (Ne)mogućnost prevencije stigme duševnog poremećaja i destigmatizacije osoba sa duševnim poremećajem. *Psihološka istraživanja* 2010;XIII (2): 185-217
92. Munjiza A, Stojiljković D, Milekić B, Latković O, Jašović-Gašić M, Marić N. Stigmatizacija usled odlaska kod psihijatra zavisi od pola posmatrača. *Med Pregl* 2010; LXIII (9-10): 638-42.
93. Milačić Vidojević I, Dragojević N. Stigma i diskriminacija prema osobama s mentalnom bolešću i članovima njihovih porodica. *Specijalna edukacija i rehabilitacija (Beograd)* 2011; 10( 2): 319-37
94. Radović M, Ristić L, Rančić M, Stanković I. The individualized models of treatment and health care in overcoming the stigmatisation of patients with tuberculosis-a “needs-based approach”. *Acta Fac Med Naiss* 2008; 25(2): 81-6
95. Ministarstvo zdravlja Republike Srbije i Institut za javno zdravlje Srbije. Istraživanja među populacijama pod povećanim rizikom od HIV-a. Ministarstvo zdravlja RS, Beograd; 2012.
96. Brener L, Horwitz R, von Hippel C, Bryant J, Treloar C. Discrimination by health care workers versus discrimination by others: countervailing forces on HCV treatment intentions. *Psychol Health Med.* 2015;20(2):148-53
97. Marinho RT, Barreira DP. Hepatitis C, stigma and cure. *World J Gastroenterol.* 2013;19(40):6703-9.
98. Treloar C, Rance J, Backmund M. Understanding barriers to hepatitis C virus care and stigmatization from a social perspective. *Clin Infect Dis.* 2013;57(2):S51-5.
99. Machado DA, Silva GF, Torres AR, Abreu Ramos Cequiera AT. Depressive symptoms and harmful alcohol use in hepatitis C patients: prevalence and correlates. *Rev Soc Bras Med Trop* 2014; 47(2): 149-57
100. Zukowski Phyllis Donna. Women’s experiences of receiving a diagnosis and living with hepatitis C. Doctoral dissertation. University of Ottawa, School of Psychology, Ottawa, 2014

101. Horwitz R, Brener L, Treloar C. Evaluation of an integrated care service facility for people living with hepatitis C in New Zealand. *Int J Integr Care*. 2012;12(Spec Ed Integrated Care Pathways):e229.
102. Wright K, Naar-King S, Lam P, Templin T, Frey M. Stigma scale revised: Reliability and validity of a brief measure of stigma for HIV positive youth. *J Adolesc Health*. 2007 Jan ; 40(1): 96–8
103. WHO. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no.2,p.100) and entered into force on 7 April 1948
104. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL). Development and psychometric properties. *Soc Sci Med* 1998;46:1569–85.
105. Rznatović M, Bojanić J, Janković S. Kvalitet života obolelih od psorijaze. *Biomedicinska istraživanja* 2012;3(1):60-7
106. Vukić Dragan. Ispitivanje kvaliteta života kod mentalno obolelih osoba lečenih ambulantno i hospitalizovanih. Doktorska disertacija. Univerzitet u Nišu, Medicinski fakultet. Niš, 2003
107. Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma "kvaliteta života". *Primijenjena psihologija*, 10, 1989; 179 -84.
108. Lovreković M, Leutar Z. Kvaliteta života osoba u domovima za starije i nemoćne u Zagrebu. *Soc. ekol. Zagreb*, 2010;19 (1): 55- 79
109. Ruut Veenhoven. Quality-of-life in individualistic society. A comparison of 43 nations in the early 1990's. *Social Indicators Research*, 1999; 48: 157-86
110. Torrance GW. Utility approach to measuring health related quality of life. *J Chronic Dis* 1987; 6: 593-600
111. Šulović V, Jakovljević Đ. *Medicina i kvalitet života*. Naučni skup: *Medicina i kvalitet života*. Beograd, 1997
112. Jay CL, Butt Z, Ladner DP, Skaro AI, Abecassis MM. A review of quality of life instruments used in liver transplantation. *J Hepatol* 2009; 51(5): 949-59.
113. Goffman Erving. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. New York: Simon and Schuster, Inc.,1963.
114. Kleinman A, Hall-Clifford R. Forthcoming. Stigma: A social, cultural, and moral process. *J Epidemiol Community Health* 2009; 63(6): 418-9

115. Zakon o zabrani diskriminacije, Službeni glasnik Republike Srbije br. 22/2009
116. Šagrić Č, Radulović O, Bogdanović M, Marković R. Socijalna marginalizacija i zdravlje. *Acta Medica Medianae* 2007;46(2):49-52.
117. Hebl MR, Dovidio JF. Promoting the "Social" in the Examination of Social Stigmas. *Pers Soc Psychol Rev* 2005; 9 (2): 156-82
118. Jovanović Svetislav. Stereotipi o starosti i njihove posledice. *Gerontologija* 2001; 1:32-8.
119. Vuković Drenka. Stereotipi o starosti – iluzije ili stvarnost. *Gerontologija* 2001; 1:82-8.
120. Oksana Duchak . Marginalization of young people in society. *International Letters of Social and Humanistic Sciences* 2014;18: 70-9
121. European social statistics — 2013 edition. Pocketbooks. Office of the European Union 2013 :170-5
122. Phelan JC, Link BG, Dovidio JF. Stigma and prejudice: One animal or two? *Soc Sci Med* 2008; 67:358–67
123. Byrne Peter. Stigma of mental illness and ways of diminishing it. *Adv in Psychiatr Treat* 2000; 6: 65–72
124. Roberts LM, Wiskin C, Roalfe A. Effects of exposure to mental illness in role-play on undergraduate student attitudes. *Fam Med* 2008;40(7):477-83.
125. Ferrer M, Córdoba J, Garin O, Olivé G, Flavià M, Vargas V, Esteban R, Alonso J. Validity of the Spanish version of the Chronic Liver Disease Questionnaire (CLDQ) as a standard outcome for quality of life assessment. *Liver Transpl* 2006; 12(1): 95-104.
126. Spitzer WO: State of science 1986: Quality of life and functional status as target variables for research. *J Chronic Dis* 1987, 40:465-71.
127. Ostermann T, Büssing A, Beer AM, F Matthiessen P. The Herdecke questionnaire on quality of life (HLQ): Validation of factorial structure and development of a short form within a naturopathy treated in-patient collective. *Health Quality Life Outcomes* 2005; 3:40
128. Moyer CA, Fendrick AM. Measuring health-related quality of life in patients with upper gastrointestinal disease. *Dig Dis*. 1998;16(5):315-24.
129. Younossi ZM. Chronic liver disease and health related quality of life. *Gastroenterology* 2001;120:305-7.

130. Hauser W, Zimmer C, Schiedermaier P, Grant D. Biopsychosocial predictors of health-related quality of life in patients with chronic hepatitis C. *Psychosom Med* 2004; 66: 954-8
131. Gutteling JJ, de Man RA, Busschbach JJV, Darlington ASE. Overview of research on health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Neth J Med*. 2007;65(7):227-34.
132. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992; 30(6): 473-83.
133. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute, 1993.
134. Yacavone RF, Locke GR, Provenzale DT, Eisen GM. Quality Of Life Measurement In Gastroenterology: What Is Available? *Am J Gastroenterol* 2001; 96: 285–97
135. Gralnek IM, Hays RD, Kilbourne A, Rosen HR, Keeffe EB, Artinian L et al. Development and evaluation of the Liver Disease Quality of Life instrument in persons with advanced, chronic liver disease--the LDQOL 1.0. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(12): 3552-65.
136. van der Plas SM, Hansen BE, de Boer JB, Stijnen T, Passchier J, de Man RA et al. The Liver Disease Symptom Index 2.0; validation of a disease-specific questionnaire. *Qual Life Res* 2004; 13(8):1469-81.
137. Younossi ZM, Guyatt G, Kiwi M, Boparai N, King D. Development of a disease specific questionnaire to measure health related quality of life in patients with chronic liver disease. *Gut* 1999; 45(2): 295-300.
138. Younossi ZM, Kiwi M, Boparai N, Price LL, Guyatt G. Cholestatic liver diseases and health-related quality of life. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(2): 497-502.
139. Ren XS, Kazis L, Lee A, Miller DR, Clark JA, Skinner K et al. Comparing generic and disease-specific measures of physical and role functioning: results from the Veterans Health Study. *Med Care* 1998; 36(2): 155-66.
140. Patrick DL, Deyo RA. Generic and disease-specific measures in assessing health status and quality of life. *Med Care* 1989; 27(Suppl 3): 217–32.
141. Borgaonkar MR, Irvine EJ. Quality of life measurement in gastrointestinal and liver disorders. *Gut*. 2000;47(3):444-54

142. Feeny D, Furlong W, Boyle M, Torrance GW. Multi-attribute health status classification systems. *Health Utilities Index*. *Pharmacoeconomics* 1995; 7(6): 490-502.
143. Brazier J, Roberts J, Deverill M. The estimation of a preference-based measure of health from the SF-36. *J Health Econ* 2002; 21(2): 271-92.
144. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy* 1996;37(1):53-72.
145. WH Van Brakel. Measuring health-related stigma—a literature review. *Psychology, health & medicine*, 2006
146. Link BQ, Yang LH, Phelan JC, Collins PY. Measuring Mental Illness Stigma. *Schizophr Bull.* 2004; 30(3):511-41
147. Weiss MG, Doongaji DR, Siddhartha S, Wypij D, Pathare S, Bhatawdekar M et al. The Explanatory Model Interview Catalogue (EMIC). Contribution to cross-cultural research methods from a study of leprosy and mental health. *Br J Psychiatry*, 1992; 160: 819-30.
148. Raguram R, Raghu TM, Vounatsou P, Weiss MG. Schizophrenia and the cultural epidemiology of stigma in Bangalore, India. *J Nerv Ment Dis.* 2004 Nov;192(11):734-44
149. Raguram R. Weiss MG, Channabasavanna SM, Devins GM. Stigma, depression, and somatization in South India. *Am J Psychiatry*, 1996; 153 (8): 1043-9.
150. Weiss MG, Auer C, Somma D, Abouihia A, Kemp J, Jawahar MS et al. Gender and tuberculosis: cross-site analysis and implications of a multi-country study in Bangladesh, India, Malawi, and Colombia, 3. Geneva: WHO. 2006
151. Somma D, Thomas BE, Karim F, Kemp J, Arias N, Auer C et al.. Gender and socio-cultural determinants of TB-related stigma in Bangladesh, India, Malawi and Colombia. *Int J Tuberc Lung Dis* 2008; 12(7): 856-66.
152. Vlassoff C, Weiss M, Ovuga EBL, Eneanya C, Titi Nwel P, SundayBabalola S et al.. Gender and the stigma of onchocercal skin disease in Africa. *Soc Sci Med* 2000; 50 (10): 1353-68.
153. Stienstra Y, van der Graaf WT, Asamoah K, van der Werf TS. Beliefs and attitudes toward Buruli ulcer in Ghana. *Am J Trop Med Hyg.* 2002; 67(2), 207-13.
154. Heimlich TE, Westbrook LE, Austin JK, Cramer JA, Devinsky O. Adolescents' attitudes toward epilepsy: further validation of the Child Attitude Toward Illness Scale (CATIS). *J Pediatr Psychol* 2000; 25 (5): 339-45.

155. World Health Org 2001, International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) WHO, Geneva.
156. Anandaraj H. Measurement of debilitation in patients of leprosy--a scale. *Indian J Lepr* 1995; 67 (2):153-60.
157. Gopal PK. Social and economic integration, Sasakawa, Tokyo 1998.
158. Froman RD, Owen SV. Measuring attitudes toward persons with AIDS: the AAS-G as an alternate form of the AAS. *Sch Inq Nurs Pract.* 2001; 15( 2):161-74.
159. Froman RD, Owen SV, Daisy C. Development of a measure of attitudes toward persons with AIDS. *Image J Nurs Sch,* 1992; 24 (2): 149-52.
160. Moriya TM, Gir E, Hayashida M. A scale of attitudes towards AIDS: a psychometric analysis. *Rev Lat Am Enfermagem.* 1994; 2(2): 37-53.
161. UNAIDS. Protocol for the identification of discrimination against people living with HIV, UNAIDS, Geneva. 2000.
162. Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Res Nurs Health* 2001; 24(6): 518-29.
163. Siyam'kela. HIV/AIDS stigma indicators. A tool for measuring the progress of HIV/AIDS stigma mitigation. Policy Project, South Africa, Cape Town. 2003
164. Johansson E, Long NH, Diwan VK, Winkvist A. Gender and tuberculosis control: perspectives on health seeking behaviour among men and women in Vietnam. *Health Policy* 2000; 52( 1): 33-51.
165. Long NH, Johansson E, Diwan VK, Winkvist A. Fear and social isolation as consequences of tuberculosis in VietNam: a gender analysis. *Health Policy* 2001; 58(1): 69-81.
166. Rubel AJ, Garro LC. Social and cultural factors in the successful control of tuberculosis. *Public Health Rep.* 1992; 107( 6): 626-36.
167. Van Rie A, Sengupta S, Pungrassami P, Balhip Q, Choonuan S, Kasetjaroen Y et al. Measuring stigma associated with tuberculosis and HIV/AIDS in southern Thailand: exploratory and confirmatory factor analyses of two new scales. *Trop Med Int Health.* 2008; 13: 21–30.
168. Kipp AM, Pungrassami P, Nilmanat K, Sengupta S, Poole C, Strauss RP et al. Socio-demographic and AIDS-related factors associated with tuberculosis stigma in southern Thailand: a quantitative, cross-sectional study of stigma among patients with TB and healthy community members. *BMC Public Health.* 2011; 11: 675.

- 169.Kipp AM, Audet CM, Earnshaw VA, Owens J, McGowan CC, Wallston KA. Re-Validation of the Van Rie HIV/AIDS-Related Stigma Scale for Use with People Living with HIV in the United States. PLoS ONE 2015; 10(3): e0118836.
- 170.Cohen J, Struening EL. Opinions about mental illness in the personnel of two large mental hospitals. J Abnorm Soc Psychol. 1962; 64: 349-60.
- 171.Struening EL, Cohen J. Factorial invariance and psychometric characteristics of five opinions about mental illness factors. Educ Psych.Meas. 1963; 23(2): 289-98.
- 172.Taylor SM, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. Schizophr Bull. 1981; 7(2): 225-40.
- 173.Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. The Br J Psychiatry 1996; 168 (2): 183-90
- 174.Angermeyer MC, Matschinger H. The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 1996; 31(6): 321-26.
- 175.Ritsher JB, Otilingam PG, Grajales M. Internalized stigma of mental illness: sychometric properties of a new measure. Psychiatry Res., 2003; 121(1): 31-49.
- 176.Weiner B, Perry RP, Magnusson J. An attributional analysis of reactions to stigmas. J Pers Soc Psychol. 1988; 55(5): 738-48.
- 177.Kuptniratsaikul V, Smerasuta O, Klomjaiyen P. The perceived handicap questionnaire: a self perceived handicap measurement in patients with spinal cord injury, J Med Assoc Thai 2002; 85(8): 935-9.
- 178.WHO. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps World Health Organisation, Geneva. 1980
- 179.Harwood RH, Rogers A, Dickinson E, Ebrahim S. Measuring handicap: the London Handicap Scale, a new outcome measure for chronic disease. Qual Health Care 1994; 3(1): 11-6.
- 180.Cardol M, de Haan RJ, van den Bos GAM, de Jong BA, de Groot IJ. The development of a handicap assessment questionnaire: the Impact on Participation and Autonomy (IPA). Clin Rehabil. 1999;13(5): 411-9
- 181.Cardol M, de Haan RJ, de Jong BA, van den Bos GAM, de Groot IJ. Psychometric properties of the impact on participation and autonomy questionnaire. Arch Phys Med Rehabil. 2001; 82: 210-5.
- 182.Noreau L, Fougeyrollas P, Vincent C. The LIFE-H: Assessment of the quality of social participation. Technology and Disability 2002; 14(3): 113-8.



- 183.Christine Mavie Cabrera.Measurement of stigma and relationships between stigma, depression, and attachment style among people with HIV and people with hepatitis C. Doctoral dissertation. University of Ottawa, School of Psychology, Ottawa, 2014
- 184.Garratt AM, Ruta DA, Abdalla MI, Buckingham JK, Russell IT. The SF36 health survey questionnaire: an outcome measure suitable for routine use within the NHS? *BMJ*. May 29, 1993; 306(6890): 1440–4
- 185.Hanus JS, Ceretta LB, Simões PW, Tuon L. Incidence of hepatitis C in Brazil. *Rev Soc Bras Med Trop* 2015; 48(6):665-73.
- 186.Rodríguez-Pérez F, Suárez-Pérez E, Alvarez-Rohena M, Toro DH. Prevalence of chronic hepatitis C virus genotypes among patients between 21 to 65 years old in Puerto Rico. *P R Health Sci J*. 2004;23(2 Suppl):49-56.
- 187.Marocchi M, Bernabucci V, Villa E. Gender and liver. *Ital J Gender-Specific Med* 2015; 1(2): 51-7.
- 188.Donato F, Tagger A, Gelatti U, Parrinello G, Boffetta P, Albertini A et al. Alcohol and Hepatocellular Carcinoma: The Effect of Lifetime Intake and Hepatitis Virus Infections in Men and Women. *Am J Epidemiol* 2002;155:323–31
- 189.Kautz A, Chavdarova L, Walker M. Improved hepatitis C screening and treatment in people who inject drugs should be a priority in Europe. *BMC Infect Dis* 2014; 14(Suppl 6):S3
- 190.Fireman M, Indest DW, Blackwell A, Whitehead AJ., Hauser P. Addressing Tri-Morbidity (Hepatitis C, Psychiatric Disorders, and Substance Use): The Importance of Routine Mental Health Screening as a Component of a Comanagement Model of Care. *Mental Health Screening and Hepatitis C* . *Clin Infect Dis* 2005;40 (Suppl 5): S286-91
- 191.Sremac S, Radić T. "Bio sam navučen" – transformativno iskustvo bivših zavisnika: uloga narativnog identiteta, religijske konverzije i socijalne podrške u procesu rehabilitacije. *Antropologija* 2010; 10 (3): 49-71
- 192.Jović S, Žižić S, Višnjić A, Todorović B, Bašić S, Petrović B. Kap studija\*: znanje, stavovi i ponašanje odraslih stanovnika, od značaja za nastanak vodećih zaraznih bolesti u Republici Srbiji. *Acta Medica Medianae* 2006; 45: 5-12.
- 193.Tamayo A, Shah SR, Bhatia S, Chowdhury A, Rao PN, Dinh P et al. Correlates of disease-specific knowledge among patients with chronic hepatitis B or hepatitis C infection in India. *Hepato Int*. 2016 May 4. [online] DOI 10.1007/s12072-016-9728-3

194. Treloar C, Rance J, Bryant J, Fraser S. Understanding decisions made about hepatitis C treatment by couples who inject drugs. *J Viral Hepat.* 23 (2): 89-95
195. Brener L, Wilson H, Jackson LC, Johnson P, Saunders V, Treloar C. Experiences of diagnosis, care and treatment among Aboriginal people living with hepatitis C. *Aust N Z J Public Health.* 2016;40 (Suppl 1):S59-64.
196. Michel L, Lions C, Maradan G, Mora M, Marcellin F, Morel A et al. Methaville Study Group. Suicidal risk among patients enrolled in methadone maintenance treatment: HCV status and implications for suicide prevention (ANRS Methaville). *Compr Psychiatry.* 2015; 62:123-31.
197. Roux P, Lions C, Michel L, Mora M, Daulouède JP, Marcellin F et al. the ANRS Methaville study group. Factors associated with HCV risk practices in methadone-maintained patients: the importance of considering the couple in prevention interventions. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2014;9:37.
198. Fábregas BC, Moura AS, de Ávila RE, Faria MN, Carmo RA, Teixeira AL. Sexual dysfunction and dissatisfaction in chronic hepatitis C patients. *Soc Bras Med Trop* 2014; 47(5):564-72
199. El-Atrebi KA, El-Atrebi MA, El-Bassyouni HT. Sexual Dysfunction in Males with Hepatitis C Virus: Relevance to Histopathologic Changes and Peginterferon Treatment. *Saudi J Gastroenterol.* 2011; 17(6): 406–10.
200. Hunter SS, Gadallah A, Azawi MK, Doss W. Erectile dysfunction in patients with chronic hepatitis C virus infection. *Arab J Gastroenterol.* 2014;15(1):16-20.
201. Rosinska M, Sierosławski J, Wiessing L. High regional variability of HIV, HCV and injecting risks among people who inject drugs in Poland: comparing a cross-sectional bio-behavioural study with case-based surveillance. *BMC Infect Dis* 2015; 15:83
202. Milanović- Golubović Vesna. Negativni društveni efekti globalizacije poslovanja. *Sociološki pregled* 2008; 2: 171-91
203. Chen W, Krahn M. Disease burden of chronic hepatitis C among immigrants in Canada. *J Viral Hepat.* 2015; 22(12): 1043-54.
204. Athanasakis K, Ferrante SA, Kyriopoulos II, Petrakis I, Hill M, Retsa MP et al. Boceprevir for Chronic Genotype 1 Hepatitis C Virus in the Current Health Care Setting in Greece: A Cost-effectiveness Analysis. *Clin Ther.* 2015 Jul 1;37(7):1529-40.
205. Foster Graham R.. Quality of life considerations for patients with chronic hepatitis C. *J Viral Hepat* 2009; 16: 605–11

206. Žene i muškarci u republici Srbiji. Republika Srbija - Republički zavod za statistiku. Beograd 2014; 9-24.
207. Hayashi J, Kishihara Y, Ueno K, Yamaji K, Kawakami Y, Furusyo N et al. Age-related response to interferon alfa treatment in women vs men with chronic hepatitis C virus infection. *Arch Intern Med.* 1998 26;158(2):177-81.
208. Marcus EL, Tur-Kaspa R. Chronic Hepatitis C Virus Infection in Older Adults. *Clin Infect Dis.* 2005; 41 (11): 1606-12.
209. Parkash O, Iqbal R, Azam I, Jafri F, Jafri W. Frequency of poor quality of life and predictors of health related quality of life in cirrhosis at a tertiary care hospital Pakistan. *BMC Res Notes* 2012; 5(1): 446.
210. Kallman J, O'Neil MM, Larive B, Boparai N, Calabrese L, Younossi ZM. Fatigue and health-related quality of life (HRQL) in chronic hepatitis C virus infection. *Dig Dis Sci* 2007; 52(10): 2531-9.
211. Teuber G, Schäfer A, Rimpel J, Paul K, Keicher C, Scheurlen M, et al. Deterioration of health-related quality of life and fatigue in patients with chronic hepatitis C: Association with demographic factors, inflammatory activity, and degree of fibrosis. *J Hepatol* 2008; 49(6): 923-9
212. Helbling B, Overbeck K, Gonvers JJ, Malinverni R, Dufour JF, Borovicka J et al; Swiss Hepatitis C Cohort Study. Host- rather than virus-related factors reduce health-related quality of life in hepatitis C virus infection. *Gut* 2008; 57(11): 1597-603.
213. Gao R, Gao F, Li G, Hao JY. Health-related quality of life in chinese patients with chronic liver disease. *Gastroenterol Res Pract* 2012; ID 516140, 7 pages
214. Kamitsukasa H, Harada H, Tanaka H, Yagura M, Tokita H, Ohbayashi A. Late liver-related mortality from complications of transfusion-acquired hepatitis C. *Hepatology* 2005;41:819-25.
215. Alicia E. Suarez. So How Did You Get That?": Experiences Of Individuals Living With Hepatitis C Virus (HCV). Doctoral dissertation. Faculty of the University Graduate School Indiana University, Department of Sociology, Indiana, 2006
216. Moore GA, Hawley DA, Bradley P. Hepatitis C: experiencing stigma. *Gastroenterol Nurs.* 2009;32(2):94-104.
217. Moore GA, Hawley DA, Bradley P. Hepatitis C: studying stigma. *Gastroenterol Nurs.* 2008;31(5): 346-52

218. Modabbernia A, Poustchi H, Malekzadeh R. Neuropsychiatric and Psychosocial Issues of Patients With Hepatitis C Infection: A Selective Literature Review. *Hepat Mon.* 2013;13(1):e8340
219. Morais-de-Jesus M, Daltro-Oliveira R, Pettersen KM, Dantas-Duarte A, Amaral LD-D, et al. Hepatitis C Virus Infection as a Traumatic Experience. *PLoS One* 2014; 9(10): e110529
220. Grundy G, Beeching N. Understanding social stigma in women with hepatitis C. *Nurs Stand.* 2004;19(4):35-9.
221. Metwally AM, Elmosalami DM, Fouad WA, Khalifa AG, El Etreby LA, Abdelrahman M. Assessing Psycho-Social Stressors for Chronically Infected Hepatitis C Virus Patients in Egypt. *International Scholarly and Scientific Research & Innovation* 2013;7(12) :519-27
222. Butt G, Paterson BL, McGuinness LK. Living With the Stigma of Hepatitis C. *West J Nurs Res* 2008; 30 (2): 204-21
223. Pedović Ivana. Afektivna vezanost i socijalna samoeфикаsnost. *Godišnjak za psihologiju* 2010; 7(10): 141-60
224. Petrović Mina. Istraživanje socijalnih aspekata urbanog susedstva: percepcija stručnjaka na Novom Beogradu. *Sociologija* 2008; 50(1), 55-78
225. ASHM in partnership with National Centre in HIV Social Research (NCHSR). Stigma and Discrimination around HIV and HCV in Healthcare Settings: Research Report. 2012: 15-7
226. Grgić I, Žimbek T, Tratnik M. Čimbenici iseljavanja seoskog pučanstva u Republici Hrvatskoj. *Agromomski glasnik* 2010; 2-3: 143-61
227. Filipović Mirko. Promene u obrascima samoubistva u 20. veku. (Socijalna) Hijerarhija beznađa? *Antropologija* 2012; 12 (3): 53-72
228. Golden J, Conroy RM, O'Dwyer AM, Golden D, Hardouin JB. Illness-related stigma, mood and adjustment to illness in persons with hepatitis C. *Soc Sci Med.* 2006;63(12):3188-98.
229. Noor A, Bashir S, Earnshaw VA. Bullying, internalized hepatitis (Hepatitis C virus) stigma, and self-esteem: Does spirituality curtail the relationship in the workplace. *J Health Psychol.* 2015 Jan 20. pii: 1359105314567211
230. Rafique I, Saqib MA, Siddiqui S, Munir MA, Qureshi H, Javed N et al. Experiences of stigma among hepatitis B and C patients in Rawalpindi and Islamabad, Pakistan. *East Mediterr Health J.* 2015;20(12):796-803.

231. Blasiolo JA, Shinkunas L, Labrecque DR, Arnold RM, Zickmund SL. Mental and physical symptoms associated with lower social support for patients with hepatitis C. *World J Gastroenterol.* 2006;12(29):4665-72
232. Conrad S, Garrett LE, Cooksley WG, Dunne MP, MacDonald GA. Living with chronic hepatitis C means 'you just haven't got a normal life any more'. *Chronic Illn.* 2006 Jun;2(2):121-31.
233. Shinde N, Baad R, Nagpal DKJ, Prabhu PR, Surekha LC, Karande P. Managing HIV/Hepatitis Positive Patients: Present approach of Dental Health Care Workers and Students. *J Contemp Dent Pract* 2012;13(6): 882-5
234. Brener L, von Hippel C, Wilson H, Hopwood M. Health workers' support for hepatitis C treatment uptake among clients with a history of injecting. *J Health Psychol.* 2016 Apr 19. pii: 1359105316642002.
235. Mhatre SK, Sansgiry SS. Development of a conceptual model of health-related quality of life among hepatitis C patients: A systematic review of qualitative studies. *Hepatol Res.* 2016;46(1):29-39.
236. Vaughn-Sandler V, Sherman C, Aronsohn A, Volk ML. Consequences of perceived stigma among patients with cirrhosis. *Dig Dis Sci.* 2014;59(3):681-6.
237. Lapčević M, Dimitrijević I. Pokazatelji zdravlja porodice i uticaj porodičnog lekara na prevenciju upotrebe psihoaktivnih supstanci. *Srp Arh Celok Lek.* 2010;138(11-12):783-9
238. Phillips FH, Barnes D. Social support and adherence for military veterans with hepatitis C. *Clin Nurse Spec.* 2016;30(1):38-44.
239. Butt G. Stigma in the context of hepatitis C: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 2008; 62(6), 712–24
240. Paterson BL, Backmund M, Hirsch G, Yim C. The depiction of stigmatization in research about hepatitis C. *Int J Drug Policy.* 2007;18(5):364-73.
241. Zickmund S, Hillis SL, Barnett MJ, Ippolito L, LaBrecque DR. Hepatitis C virus-infected patients report communication problems with physicians. *Hepatology.* 2004; 39(4): 999-1007
242. Sweeney L, Owiti JA, Beharry A, Bhui K, Gomes J, Foster GR et al. Informing the design of a national screening and treatment programme for chronic viral hepatitis in primary care: qualitative study of at-risk immigrant communities and healthcare professionals. *BMC Health Serv Res.* 2015 ;15:97.

243. Sublette VA, Smith SK, George J, McCaffery K, Douglas MW. The Hepatitis C treatment experience: Patients' perceptions of the facilitators of and barriers to uptake, adherence and completion. *Psychol Health*. 2015;30(8):987-1004.
244. Fry M, Bates G. The tasks of self-managing hepatitis C: the significance of disclosure. *Psychol Health*. 2012;27(4):460-74.
245. Gao F, Gao R, Li G, Shang ZM, Hao JY. Health-related quality of life and survival in Chinese patients with chronic liver disease. *Health Quality Life Outcomes* 2013, 11:131
246. Strauss E, Dias Teixeira MC. Quality of life in hepatitis C. *Liver Int*. 2006;26(7):755-65.
247. Zaidi MA, Griffiths R, Newson-Smith M, Levack W. Impact of stigma, culture and law on healthcare providers after occupational exposure to HIV and hepatitis C. *Cult Health Sex*. 2012;14(4):379-91.
248. Pavić S, Delić D, Simonovic J, Švirtlih N. Kvalitet života bolesnika s hroničnim hepatitisom C. *Srp Arh Celok Lek*. 2011; 139 (3-4):165-9
249. Švirtlih N, Pavić S, Terzić D, Delić D, Simonovic J, Gvozdencovic E, et al. Reduced quality of life in patients with chronic viral liver disease as assessed by SF12 questionnaire. *J Gastrointest Liver Dis* 2008; 17(4): 405-9.
250. Bondini S, Kallman J, Dan A, Younoszai Z, Ramsey L, Nader F et al. Health-related quality of life in patients with chronic hepatitis B. *Liver Int* 2007; 27(8): 1119-25
251. Younossi ZM, Boparai N, Price LL, Kiwi ML, McCormick M, Guyatt G. Health-related quality of life in chronic liver disease: the impact of type and severity of disease. *Am J Gastroenterol* 2001; 96(7): 2199-205.
252. Björnsson E, Verbaan H, Oksanen A, Frydén A, Johansson J, Friberg S, et al. Health-related quality of life in patients with different stages of liver disease induced by hepatitis C. *Scand J Gastroenterol* 2009; 44(7): 878-87.
253. Rothenhäusler HB, Scherr M, Putz-Bankuti C, Kapper A, Stepan A, Baranyi A et al. The relationship between emotional distress, cognitive performance and health-related quality of life in patients with hepatitis C prior to antiviral treatment. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2009; 77(8):457-63.
254. de Souza NP, Villar LM, Garbin AJ, Rovida TA, Garbin CA. Assessment of health-related quality of life and related factors in patients with chronic liver disease. *Braz J Infect Dis*. 2015 ; 19(6): 590-5

- 255.Vignau J, Karila L, Costisella O, Canva V. Hepatitis C, interferon a and depression: main physiopathologic hypothesis. *Encephale*. 2005;31(3):349-57.
- 256.Evon DM, Esserman DA, Ramcharran D, Bonner JE, Fried M W, for the Virahep-C Study Group. Social Support and Clinical Outcomes During Antiviral Therapy for Chronic Hepatitis C. *J Psychosom Res*. 2011; 71(5): 349–56.
- 257.Oguzturk O. Differences in quality of life in rural and urban populations. *Clin Invest Med*. 2008;31(6):E346-50.
- 258.Carta MG, Aguglia E, Caraci F, Dell'Osso L, Di Sciascio G, Drago F et al. Quality of Life and Urban / Rural Living: Preliminary Results of a Community Survey in Italy *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2012; 8: 169–74.
- 259.Posthouwer D, Plug I, van der Bom JG, Fischer K, Rosendaal FR, Mauser-Bunschoten EP. Hepatitis C and health-related quality of life among patients with hemophilia. *Haematologica* 2005; 90:846-50
- 260.El Khoury AC, Vietri J, Prajapati G. Health-related quality of life in patients with hepatitis C virus infection in Brazil. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;35(3):200–6.
- 261.Grbić G, Djokić D, Kocić S, Mitrašinović D, Rakić L, Prelević R i sar. Uticaj demografskih i socijalno-ekonomskih odlika na kvalitet života ljudi. *Srp Arh Celok Lek*. 2011;139(5-6):360-5
262. Pecheny M, Manzelli HM, Jones DE. The experience of stigma: people living with HIV/AIDS and hepatitis C in Argentina. *R. interam. Psicol*. 2007; 41(1): 17-30.
- 263.Ferri C, Sebastiani M, Antonelli A, Colaci M, Manfredi A, Giuggioli D. Current treatment of hepatitis C-associated rheumatic diseases. *Arthritis Res Ther*. 2012 Jun 25;14(3):215
- 264.Negro F, Forton D, Craxì A, Sulkowski MS, Feld JJ, Manns MP. Extra-hepatic Morbidity and Mortality of Chronic Hepatitis C. *Gastroenterology*. 2015; 149(6): 1345-60
- 265.Adinolfi LE, Nevola R, Lus G, Restivo L, Guerrera B, Romano C et al. Chronic hepatitis C virus infection and neurological and psychiatric disorders: An overview. *World J Gastroenterol* 2015; 21(8): 2269-80
- 266.van der Meer AJ, Veldt BJ, Feld JJ, Wedemeyer H, Dufour JF, Lammert F et al. Association between sustained virological response and all-cause mortality among patients with chronic hepatitis C and advanced hepatic fibrosis. *JAMA*. 2012;308(24):2584-93.

267. Eurofound. Kvalitet života u zemljama proširenja: Treće Ispitivanje kvaliteta života u Evropi – Srbija. Ireland 2013
268. Smederevac Snežana. Uticaj osobina ličnosti i pozitivnog i negativnog feed-backa na procenu samoefikasnosti. *Psihologija*. 2004, 37 (1): 109-21.
269. Sogolow ED, Lasker JN, Sharim RR, Weinrieb RM, Sass DA. Stigma And Liver Disease. *Illness, Crisis & Loss* 2010; 18(3): 229-55
270. Janke EA, McGraw S, Garcia-Tsao G, Fraenkel L. Psychosocial issues in hepatitis C: a qualitative analysis. *Psychosomatics*. 2008;49(6):494-501.
271. Kottlilil S, Wright M, Polis MA, Masur H. Treatment of hepatitis C virus infection: is it time for the internist to take the reins? *Ann Intern Med*. 2014;161(6):443-4.
272. Janković Janko. Procena povezanosti socijalno-ekonomskih nejednakosti i obolevanja stanovništva. Doktorska disertacija. Univerzitet u Beogradu, Medicinski fakultet. Beograd, 2012
273. Enescu A, Mitrut P, Balasoiu M, Turculeanu A, Enescu AS. Psychosocial Issues In Patients With Chronic Hepatitis B And C. *Curr Health Sci J* 2014; 40(2): 93-6
274. Mikocka-Walus AA, Turnbull DA, Andrews JM, et al. Psychological problems in gastroenterology outpatients: A South Australian experience. *Psychological comorbidity in IBD, IBS and hepatitis C. Clin Pract Epidemiol Men Health* 2008, 4:15
275. Gallegos-Orozco JF, Fuentes AP, Gerardo Argueta J, Pérez-Pruna C, Hinojosa-Becerril C, Sixtos-Alonso MS et al. Health-related quality of life and depression in patients with chronic hepatitis C. *Arch Med Res*. 2003 Mar-Apr;34(2):124-9.
276. Beloborodova EI, Lambrova EG, Beloborodova EV, Ostanko VL, Alekseeva AS, Kalacheva TP et al. Somatopsychic manifestations in patients with chronic viral hepatitis. *Klin Med (Mosk)*. 2010;88(5):42-5.
277. Ashrafi M, Modabbernia A, Dalir M, Taslimi S, Karami M, Ostovaneh MR et al. Predictors of mental and physical health in non-cirrhotic patients with viral hepatitis: A case control study. *J Psychosom Res*. 2012;73(3):218-24.
278. Olson SH, Iyer S, Scott J, Erez O, Samuel S, Markovits T, et al. Cancer history and other personal factors affect quality of life in patients with hepatitis C. *Health Qual Life Outcomes* 2005; 3: 39.
279. Parker G, Brotchie H. Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry* 2010; 22(5): 429-36.
280. Surdea-Blaga T, Dumitrașcu DL. Depression and anxiety in nonalcoholic steatohepatitis: is there any association? *Rom J Intern Med* 2011; 49(4): 273-80.



281. Bernabucci V, Villa E. The role played by gender in viral hepatitis. *Scand J Clin Lab Invest.* 2014, 74(suppl 244), 90-4.
282. Gavrilović M, Marić A, Arsovski S. Primena nanosrebrnih tehnologija u funkciji unapređenja kvaliteta života. FQ 2011 festival kvaliteta. 38. nacionalna konferencija o kvalitetu, 6. nacionalna konferencija o kvalitetu života. Kragujevac 2011; B 137-B-143
283. Gavović B, Timotijević S. Kvalitet društva i kvalitet života. [www.kvalitet.org.rs](http://www.kvalitet.org.rs)
284. Brković Aleksa. Razvojna psihologija. Regionalni centar za profesionalni razvoj zaposlenih u obrazovanju. Čačak, 2011
285. Drazic YN, Caltabiano ML. Chronic hepatitis B and C: Exploring perceived stigma, disease information, and health-related quality of life. *Nurs Health Sci.* 2013;15(2):172-8.
286. Heidarzadeh A, Yousefi-Mashhour M, Mansour-Ghanaei F, Masoudnia N, Bakhshandeh M, Ghadarjani S et al. Quality of life in chronic hepatitis B and C patients. *Hep Mon* 2007; 7(2): 67-72.
287. Saab S, Bownik H, Ayoub N, Younossi Z, Durazo F, Han S, et al. Differences in health-related quality of life scores after orthotopic liver transplantation with respect to selected socioeconomic factors. *Liver Transpl* 2011; 17(5): 580-90.
288. Dudley T, Chaplin D, Clifford C, Mutimer DJ. Quality of life after liver transplantation for hepatitis C infection. *Qual Life Res.* 2007;16(8):1299-308.
289. Silva LD, da Cunha CC, da Cunha LR, Araujo RF, Barcelos VM, Menta PL et al. Depression rather than liver impairment reduces quality of life in patients with hepatitis C. *Rev Bras Psiquiatr.* 2015;37(1) 2015;37:21–30
290. Ajduković M, Ručević S, Majdenić M. Odnos depresivnosti, zdravlja i funkcionalne sposobnosti korisnika domova za starije i nemoćne osobe. *Rev. soc. polit.* 2013; 20(2): 149-65.
291. Afendy A, Kallman JB, Stepanova M, Younoszai Z, Aquino RD, Bianchi G, et al. Predictors of health-related quality of life in patients with chronic liver disease. *Aliment Pharmacol Ther* 2009; 30(5): 469-76.
292. Ebeid SM, Ali SH, Kamel HY, Elbaz AA, El-Hariri H.M. Impact of post hepatitis C chronic liver disease and hepatocellular carcinoma on health related quality of life. *Advances in Aging Research* 2015; 4: 177-86.

293. Whiteley D, Elliott L, Cunningham-Burley S, Whittaker A. Health-Related Quality of Life for individuals with hepatitis C: A narrative review. *Int J Drug Policy*. 2015; 26(10): 936-49
294. Boscarino JA, Lu M, Moorman AC, Gordon SC, Rupp LB, Spradling PR et al; Chronic Hepatitis Cohort Study (CHeCS) Investigators. Predictors of poor mental and physical health status among patients with chronic hepatitis C infection: the Chronic Hepatitis Cohort Study (CHeCS). *Hepatology*. 2015;61(3):802-11.
295. Aličić Zorić Milana. Edamistički pristup zdravlju: razlike između dva društva. Doktorska disertacija. Univerzitet u Novom Sadu, Filozofski fakultet. Novi Sad, 2014
296. Miranda-Pettersen K, Morais-de-Jesus M, Daltro-Oliveira R, Dantas Duarte Dias A, Teles C, Schinoni MI et al. The fatigue impact scale for daily use in patients with hepatitis B virus and hepatitis C virus chronic infections. *Ann Hepatol*. 2015;14(3):310-6.
297. Mathew S, Faheem M, Ibrahim SM, Iqbal W, Rauff B, Fatima K, Qadri I. Hepatitis C virus and neurological damage. *World J Hepatol* 2016; 8(12): 545-56
298. Isaacs D, Abdelaziz N, Keller M, Tibble J, Haq I. Measuring the response of extrahepatic symptoms and quality of life to antiviral treatment in patients with hepatitis C. *Hepat Res Treat*. 2013;2013:910519.
299. Alves GA, Baldessar MZ, Pereira GW, Kuehlkamp VM, Hilzendeger C, da Silva J. Quality of life of patients with hepatitis C. *Rev Soc Bras Med Trop* 2012; 45(5):553-7.
300. Manos MM, Ho CK, Murphy RC, Shvachko VA. Physical, Social, and Psychological Consequences of Treatment for Hepatitis C: A Community-Based Evaluation of Patient-Reported Outcomes. *Patient*. 2013 ; 6(1): 23–34
301. Tovilović Snežana. Latentna struktura skale socijalne anksioznosti i relacije između socijalne anksioznosti i iracionalnih uverenja. *Psihologija* 2004, 37 (1): 63-88
302. Pavić S, Švrtlih N, Simonovic J, Delić D. Uticaj depresije na kvalitet života bolesnika s hroničnim hepatitisom C. *Srp Arh Celok Lek*. 2011; 139 (9-10):645-50.
303. Shi XH, Xun J, Wang SP, Zhang J. Study on depression in 212 patients with viral hepatitis. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 2009;30(10):1060-4
304. Dieperink E, Willenbring M, Ho SB. Neuropsychiatric symptoms associated with hepatitis C and interferon alpha: A review. *Am J Psychiatry*. 2000 ;157(6):867-76.

- 305.Saunders JC. Neuropsychiatric Systemic symptoms of hepatitis C. *Issues Ment Health Nurs* 2008; 29(3): 209-20.
- 306.Tillmann HL, Wiese M, Braun Y, Wiegand J, Tenckhoff S, Mössner J, et al. Quality of life in patients with various liver diseases: patients with HCV show greater mental impairment, while patients with PBC have greater physical impairment. *J Viral Hepat* 2011; 18(4): 252-61.
- 307.Martín-Santos R, Díez-Quevedo C, Castellví P, Navinés R, Miquel M, Masnou H, et al. De novo depression and anxiety disorders and influence on adherence during peginterferon-alpha-2a and ribavirin treatment in patients with hepatitis C. *Aliment Pharmacol Ther* 2008; 27(3): 257-65.
- 308.Balfour L, Cooper C, Kowal J, Tasca GA, Silverman A, Kane M, et al. Depression and cigarette smoking independently relate to reduced health-related quality of life among Canadians living with hepatitis C. *Can J Gastroenterol* 2006; 20(2): 81-6.
- 309.Abbas NF, Barakat EAME, Shahda MM, Fathy H. Depression and anxiety ; impact on quality of life of egyptian hcv patients. *JIRMEPS* 2016; 9(4): 172-80. ISSN : 2395-4477 (Print), 2395-4485 (Online), [www.ikpress.org/abstract/5514](http://www.ikpress.org/abstract/5514)
- 310.Bassiony MM, Yousef A, Youssef U, Salah El-Deen GM, Abdelghani M, Al-Gohari H et al. Major depressive disorder and generalized anxiety disorder and response to treatment in hepatitis C patients in Egypt. *Int J Psychiatry Med.* 2015;50(2):147-62.
- 311.Di Sciascio G, Calò S, Nardini M. Haematological abnormalities and quality of life in patients with chronic hepatitis C who meet major depression disorder during antiviral therapy. *Giorn Ital Psicopat* 2010;16:4-10.
- 312.Schaefer M, Capuron L, Friebe A, Diez-Quevedo C, Robaey G, Neri S et al. Hepatitis C infection, antiviral treatment and mental health: a European expert consensus statement. *J Hepatol.* 2012;57(6):1379-90
- 313.Miller ER, McNally S, Wallace J, Schlichthorst M. The ongoing impacts of hepatitis C--a systematic narrative review of the literature. *BMC Public Health.* 2012;12:672.
- 314.Lee K, Otgonsuren M, Younoszai Z, Mir HM, Younossi ZM. Association of chronic liver disease with depression: a population-based study. *Psychosomatics* 2013; 54(1): 52-9.
- 315.Orrù MG, Pariante CM. Depression and liver diseases. *Dig Liver Dis* 2005; 37(8): 564-5.
- 316.Miotto EC, Campanholo KR, Machado MA, Benute GG, Lucia MC, Fráguas R Jr, et al. Cognitive performance and mood in patients on the waiting list for liver

- transplantation and their relation to the model for end-stage liver disease. *Arq Neuropsiquiatr* 2010; 68(1): 62-6.
317. Hashemi F, Fathi Ashtiani A, Mirminachi B, Sharafkhah M, Ekhlasi G, Jafari E et al. Impact of Hepatitis C Virus Infection on Cognitive Function in Patients With Covert Hepatic Encephalopathy. *Hepat Mon.* 2015;15(7):e30507.
318. McAndrews MP, Farcnik K, Carlen P, Damyanovich A, Mrkonjic M, Jones Susan Et Al. Prevalence and significance of neurocognitive dysfunction in hepatitis C in the absence of correlated risk factors. *Hepatology* 2005; 41 (4): 801-8
319. Córdoba J, Flavià M, Jacas C, Sauleda S, Esteban JI, Vargas V et al. Quality of life and cognitive function in hepatitis C at different stages of liver disease. *J Hepatol.* 2003;39(2):231-8.
320. Mahmoud S, Abd Elaziz NA. Coping strategies versus health-related quality of life among hepatitis C patients. *Journal of Education and Practice* 2014; 5 (15): 22-32
321. Schwarzing M, Dewedar S, Rekacewicz C, Abd Elaziz KM, Fontanet A, Carrat F, Mohamed MK. Chronic hepatitis C virus infection: does it really impact health-related quality of life? A study in rural Egypt. *Hepatology* 2002; Author manuscript 1-9 [https://hal.archives-ouvertes.fr/inserm-00636181/file/inserm-00636181\\_edited.pdf](https://hal.archives-ouvertes.fr/inserm-00636181/file/inserm-00636181_edited.pdf)
322. Vladimir Halauk. Kvaliteta života u zdravlju i bolesti. Radovi Zavoda za znanstvenoistraživački i umjetnički rad u Bjelovaru, 2013; 7: 251-7



12. Sa kim živite u stanu (kući)?

- 1- sam 2-sa ženom (mužem) 3- sa mužem (ženom) i decom  
4-sa decom 5- drugo

13. Koliko godina ste imali kada Vam je dijagnostikovano hronični hepatitis C?.....

14. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C konzumirali alkohol?

- 1- ne 2- povremeno 3- skoro svakodnevno 4- da

15. Ako ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C konzumirali alkohol, koju vrstu pića ste najčešće pili? 1- pivo 2- vino 3- žestoka pića

16. Da li sada konzumirate alkohol?

- 1- ne 2- da, ali manje nego pre bolesti 3- da, isto kao i pre bolesti  
4- da više nego pre bolesti

17. Koju vrstu alkohola sada najčešće konzumirate?

- 1- ne pijem 2- pivo 3- vino 4- žestoka pića

18. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C konzumirali droge? 1- ne 2- da

19. Ako ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C konzumirali droge, koju vrstu ste konzumirali?.....

20. Da li sada konzumirate drogu? 1- ne 2- da

21. Koju vrstu droge sada konzumirate?

- 1- ne konzumiram drogu 2-.....

22. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C imali ste seksualne odnose sa:

- 1- nisam imao seksualne odnose 2- istim polom 3- sa suprotnim polom  
4- sa oba pola

23. Sada imate seksualne odnose sa:

1- nemam seksualne odnose    2- istim polom    3- sa suprotnim polom

4- sa oba pola

24. Da li ste ikada imali seksualne odnose sa osobama koje su koristile drogu?

1- ne    2-da

25. Da li ste bili zadovoljni svojim seksualnim životom pre dijagnostikovanja hepatitisa C?    1- ne    2- delimično    3- da

26. Da li je u odnosu na period pre dijagnostikovanja hepatitisa C vaš seksualni život sada    1 – slabiji    2- intenzivniji    3- isti

27. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C Vi ili Vaš partner tokom seksualnih odnosa koristili kondom?

1- ne    2-povremeno    3- redovno

28. Da li sada tokom seksualnih odnosa Vi ili Vaš partner koristite kondom?

1- ne    2- povremeno    3- redovno

29. Koliko godina ste imali kada ste započeli sa simptomatskom terapijom hepatitisa C?.....

30. Koliko godina ste imali kada ste započeli terapiju interferonom (pegazis, pegintron)?.....

## PRILOG 2:

### HCV STIGMA SKALA

**Ovaj deo upitnika ima za cilj da utvrdi koliko ste zbog bolesti stigmatizovani u društvu. Biti stigmatizovan znači da je neko „obeležen“, da ga ljudi zbog njegove bolesti izbegavaju, ne pozivaju u društvo, da ga smatraju manje vrednim, manje sposobnim i važnim od drugih osoba...**

Uz svako pitanje zaokružite onaj odgovor koji najviše odgovara Vašem iskustvu i stavu (1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem).

1. Osećam da nisam isti kao drugi jer imam hepatitis C.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

2. Osećam se „zaraženo“, „prljavo“, „nečisto“ zato što imam hepatitis C.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

3. Osećam da sam loša osoba zato što imam hepatitis C.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

4. Većina ljudi smatra da je osoba koja ima hepatitis C odbojna.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

5. Većina ljudi sa hepatitisom C biva odbačena kada se sazna da su bolesni.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

6. Povredjen sam time kako drugi reaguju na činjenicu da imam hepatitis C.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

7. Prestao sam da se družim sa nekim ljudima zbog njihove reakcije na moju bolest.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

8. Izgubio sam prijatelje nakon što sam im rekao da bolujem od hepatitisa C.



1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

9. Brinem se da će ljudi koji znaju da imam hepatitis C to reći i drugima.

1- uopšte se ne slažem 2- ne slažem se 3- slažem se 4- potpuno se slažem

10\*. Da li ste stigmatizovani od strane nekog od člana porodice? 1- ne 2- malo 3- da 4-mnogo

11\*. Da li ste stigmatizovani od strane rodjaka? 1- ne 2- malo 3- da 4-mnogo

12\*. Da li ste stigmatizovani od strane prijatelja? 1- ne 2- malo 3- da 4-mnogo

13\*. Da li ste stigmatizovani na poslu? 1- ne 2- malo 3- da 4-mnogo

14\*. Da li ste stigmatizovani od strane komšiluka? 1- ne 2- malo 3- da 4-mnogo

\* pitanja sa zvezdicom su dodata originalnom upitniku

PRILOG 3:

**SF 36 UPITNIK O VAŠEM ZDRAVLJU**

**Zaokružite jedan od ponudjenih odgovora**

1\*. Generalno, da li biste rekli da je Vaše zdravlje pre dijagnostikovanja hepatitisa C bilo:

1- odlično 2- vrlo dobro 3- dobro 4- pristojno 5- loše

2. Generalno, da li biste rekli da je Vaše zdravlje poslednjih mesec dana:

1- odlično 2- vrlo dobro 3- dobro 4- pristojno 5- loše

3. Kako biste ocenili Vaše zdravlje danas u odnosu na period dok Vam nije dijagnostikovao hepatitis C?

1- mnogo boljenego pre 2- nešto bolje nego pre 3- približno isto kao i pre 4- nešto gore nego pre 5- mnogo gore nego pre

**Sledeća pitanja odnose se na uobičajene aktivnosti tokom dana. Da li Vas je zdravlje pre dijagnostikovanja hepatitisa C ograničavalo i da li Vas sada ograničava u njihovom obavljanju?**

**Aktivnosti koje zahtevaju veliku energiju** (trčanje, dizanje teških predmeta, sport):

4\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

5. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Umerene aktivnosti** (Pomeranje stola, usisavanje, kupanje, brisanje prašine):

6\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

7. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Podizanje ili nošenje namirnica iz prodavnice:**

8\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

9. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Penjanje uz više nivoa stepenica:**

10\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

11. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Penjenje uz jedan niz stepenica:**

12\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

13. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Klečanje, savijanje ili naginjanje:**

14\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

15. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Hodanje više od 1,5 kilometara:**

16\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

17. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Hodanje nekoliko stotina metara:**

18\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

19. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Hodanje do 100 metara:**

20\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

21. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Samostalno kupanje ili oblačenje:**

22\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C : 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

23. Poslednjih mesec dana: 1 – da, vrlo me ograničava 2- da, malo me ograničava 3 – ne

**Da li ste imali neki od sledećih problema sa Vašim poslom ili svakodnevnim aktivnostima kao posledicu Vašeg fizičkog zdravlja?**

24\*. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C kraće vreme provodili na poslu ili u drugim aktivnostima nego što je potrebno? 1- ne 2- da

25. Da li poslednjih mesec dana kraće vreme provodite na poslu ili u drugim aktivnostima nego što je potrebno? 1- ne 2- da

26\*. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C postizali manje nego što ste želeli? 1- ne 2- da

27. Da li poslednjih mesec dana postižete manje nego što želite? 1- ne 2- da

28\*. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C bili ograničeni u vrsti posla kojim se bavite ili u drugim aktivnostima? 1- ne 2-da

29. Da li ste poslednjih mesec dana ograničeni u vrsti posla kojim se bavite ili u drugim aktivnostima? 1- ne 2-da

30\*. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C imali teškoće u obavljanju posla kojim se bavite i drugih aktivnosti? 1- ne 2-da

31. Da li poslednjih mesec dana imate teškoće u obavljanju posla kojim se bavite ili drugim aktivnostima? 1- ne 2-da

32\*. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C imali osećaj potištenosti ili napetosti? 1- svakodnevno 2- često 3-retko 4-ne

33. Da li poslednjih mesec dana imate osećaj potištenosti ili napetosti? 1- svakodnevno 2- često 3-retko 4-ne

**Da li ste imali neki od sledećih problema sa Vašim poslom ili u svakodnevnim aktivnostima kao posledicu Vaših emocionalnih problema?**

34\*. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C kraće vreme provodili na poslu ili u drugim aktivnostima nego što je potrebno? 1- ne 2- da

35. Da li poslednjih mesec dana kraće vreme provodite na poslu ili u drugim aktivnostima nego što je potrebno? 1- ne 2- da

36\*. Da li ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C postizali manje nego što ste želeli? 1- ne 2- da

37. Da li poslednjih mesec dana postižete manje nego što želite? 1- ne 2- da

38\*. Da li ste se pre dijagnostikovanja hepatitisa C bavili poslom ili drugim aktivnostima manje pažljivo nego obično? 1- ne 2- da

39. Da li se poslednjih mesec dana bavite poslom ili drugim aktivnostima sa manje pažnje nego obično? 1- ne 2-da

40\*. Da li su pre dijagnostikovanja hepatitisa C Vaše fizičko zdravlje i emocionalni problemi uticali na Vaše normalne društvene aktivnosti sa porodicom, prijateljima ili susedima?

1- uopšte ne 2- blago 3-umereno 4- dobrim delom 5- vrlo mnogo

41. Da li poslednjih mesec dana Vaše fizičko zdravlje i emocionalni problemi utiču na Vaše normalne društvene aktivnosti sa porodicom, prijateljima ili susedima?

1- uopšte ne 2- blago 3-umereno 4- dobrim delom 5- vrlo mnogo

42\*. Koliko ste pre dijagnostikovanja hepatitisa C imali telesne bolove?

1- nimalo 2- vrlo blage 3- blage 4- umerene 5- ozbiljne 6- vrlo ozbiljne

43. Koliko ste tokom poslednjih mesec dana imali telesne bolove?

1- nimalo 2- vrlo blage 3- blage 4- umerene 5- ozbiljne 6- vrlo ozbiljne

44\*. Koliko je bol pre dijagnostikovanja hepatitisa C uticao na Vaš normalni posao (uključujući i posao u kući)?

1- nimalo 2- sasvim malo 3- umereno 4-dobrim delom 5-vrlo mnogo

45. Koliko je bol u poslednjih mesec dana uticao na Vaš normalni posao (uključujući i posao u kući)?

1- nimalo 2- sasvim malo 3- umereno 4-dobrim delom 5-vrlo mnogo

**Koliko ste se vremena osećali puni života?**

46\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

47. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

**Koliko često ste bili nervozni:**

48\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

49. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

**Koliko često ste bili neraspoloženi toliko da ništa nije moglo da Vas oraspoloži?**

50\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

51. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

**Koliko često ste se osećali mirno i opušteno?**

52\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

53. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

**Koliko često ste bili puni energije?**

54\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

55. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

**Koliko često ste se osećali deprimirano ili depresivno?**

56\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

57. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

**Koliko često ste se osećali istrošeno?**

58\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

59. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena 6- nikada

**Koliko često ste bili srećni?**



60\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena  
6- nikada

61. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo  
vremena 6- nikada

**Koliko česte ste se osećali umorno?**

62\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo vremena  
6- nikada

63. U poslednjih mesec dana:

1- sve vreme 2- većinu vremena 3- dobar deo vremena 4- neko vreme 5- malo  
vremena 6- nikada

64\*. Pre dijagnostikovanja hepatitisa C koliko često su Vaše fizičko zdravlje ili  
emocionalni problemi uticali na Vaše društvene aktivnosti (posete prijateljima,  
rodjacima...)?

1-sve vreme 2- većinu vremena 3- neko vreme 4- malo vremena 5- nimalo vremena

65. Tokom proteklog meseca koliko često su Vaše fizičko zdravlje ili emocionalni  
problemi uticali na Vaše društvene aktivnosti (posete prijateljima, rodjacima...)?

1-sve vreme 2- većinu vremena 3- neko vreme 4- malo vremena 5- nimalo vremena

**Kolika je za Vas svaka od sledećih tvrdnji tačna ili netačna?**

66\*. Dok nisam dobio-la hepatitis C mislio-la sam da se lakše razboljevam od raznih  
bolesti od drugih ljudi:

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno  
netačno

67. Danas mislim da se lakše razboljevam od raznih bolesti od drugih ljudi.

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno netačno

68\*. Dok nisam dobio hepatitis C bio sam zdrav kao bilo ko koga poznajem.

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno netačno

69. Danas mislim da sam zdrav kao i bilo ko koga poznajem.

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno netačno

70\*. Dok nisam dobio-la hepatitis C očekivao-la sam da će se moje zdravlje pogoršati.

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno netačno

71. Sada očekujem da se moje zdravlje pogorša.

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno netačno

72\*. Dok nisam dobio-la hepatitis C moje zdravlje je bilo odlično.

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno netačno

73. Sada je moje zdravlje odlično.

1- sasvim tačno 2- uglavnom tačno 3-ne znam 4-uglavnom netačno 5 – potpuno netačno

HVALA VAM NA SARADNJI

- pitanja sa zvezdicom su dodata originalnom upitniku

## 9. BIOGRAFIJA AUTORA

---

Dr Marina Kostić rođena je 10.6.1971. godine u Kraljevu. Osnovnu i srednju medicinsku školu završila je u Nišu. Medicinski fakultet u Nišu upisala je 1990. godine a diplomirala jula 1996. godine sa prosečnom ocenom 8,32 i 10 na diplomskom ispitu sa temom iz epidemiologije. Specijalizaciju iz epidemiologije završila je 2001. godine na Medicinskom fakultetu u Nišu, a 2009. godine upisala je doktorske studije – studijski program Javno zdravlje. Po završenom pripravničkom stažu, godinu dana je volontirala u Domu zdravlja Niš u službi opšte medicine. Volontersku specijalizaciju započinje 1998. u Institutu za javno zdravlje Niš, gde je stalno zaposlena od 2000. godine. Od 2007. godine je na mestu šefa Odseka za respiratorne zarazne bolesti, operativnu evidenciju i epidemiološku biostatistiku Centra za kontrolu i prevenciju bolesti. Koordinator je za: akutnu flakcidnu paralizu za Nišavski i Toplički okrug, za grip za Nišavski i Toplički okrug i za predostrožni nadzor nad gripom za Istočnu Srbiju. Od 2013. godine je član stručnog saveta IZJZ Niš. 2000. godine bila je saradnik na projektu "Zdravstveno stanje, zdravstvene potrebe i korišćenje zdravstvene zaštite stanovništva Srbije" čiji je nosioc Institut za zaštitu zdravlja Srbije "Dr Milan Jovanović Batut" u saradnji sa SZO i UNICEF – om. 2010. godine učesnik je projekta "Seroepidemiološko ispitivanje stanovnika na prisustvo antitela prema virusu gripa A (H1N1) 2009 na teritoriji Republike Srbije" pod pokroviteljstvom Ministarstva zdravlja Srbije. Član je Udruženja epidemiologa Srbije i Epidemiološke sekcije SLD-a čiji je bila sekretar od 2005-2008. godine. Dve godine je bila delegat Skupštine Podružnice SLD – a u Nišu, dva puta bila je Sekretar Organizacionog odbora "Dani preventivne medicine", i u više navrata član tog odbora. 2008. godine bila je Sekretar Organizacionog odbora Konferencije epidemiologa Srbije. Od 2011. godine učestvovala je u izvođenju nastave na predmetu Epidemiologija. Autor je i koautor u 49 radova iz oblasti epidemiologije. Služi se engleskim jezikom. Udata je i ima jedno dete.

**Изјава 1.**

**ИЗЈАВА О АУТОРСТВУ**

Изјављујем да је докторска дисертација, под насловом

**КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И НИВО СТИГМАТИЗАЦИЈЕ ОБОЛЕЛИХ ОД  
ХРОНИЧНОГ ХЕПАТИТИСА Ц**

која је одбрањена на Медицинском факултету Универзитета у Нишу:

- резултат сопственог истраживачког рада;
- да ову дисертацију, ни у целини, нити у деловима, нисам пријављивао/ла на другим факултетима, нити универзитетима;
- да нисам повредио/ла ауторска права, нити злоупотребио/ла интелектуалну својину других лица.

Дозвољавам да се објаве моји лични подаци, који су у вези са ауторством и добијањем академског звања доктора наука, као што су име и презиме, година и место рођења и датум одбране рада, и то у каталогу Библиотеке, Дигиталном репозиторијуму Универзитета у Нишу, као и у публикацијама Универзитета у Нишу.

У Нишу, \_\_\_\_\_

дисертације:

Потпис аутора

Марина С. Костић  
др Марина С. Костић

**Изјава 2.**

**ИЗЈАВА О ИСЛОВЕТНОСТИ ЕЛЕКТРОНСКОГ И ШТАМПАНОГ ОБЛИКА  
ДОКТОРСКЕ ДИСЕРТАЦИЈЕ**

Наслов дисертације: **КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И НИВО СТИГМАТИЗАЦИЈЕ  
ОБОЛЕЛИХ ОД ХРОНИЧНОГ ХЕПАТИТИСА Ц**

Изјављујем да је електронски облик моје докторске дисертације, коју сам предао/ла за уношење у **Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу**, истоветан штампаном облику.

У Нишу, \_\_\_\_\_

дисертације:

Потпис аутора

Марина С. Костић  
др Марина С. Костић

**Изјава 3:**

**ИЗЈАВА О КОРИШЋЕЊУ**

Овлашћујем Универзитетску библиотеку „Никола Тесла“ да у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу унесе моју докторску дисертацију, под насловом:

**КВАЛИТЕТ ЖИВОТА И НИВО СТИГМАТИЗАЦИЈЕ ОБОЛЕЛИХ ОД ХРОНИЧНОГ ХЕПАТИТИСА Ц**

Дисертацију са свим прилозима предао/ла сам у електронском облику, погодном за трајно архивирање.

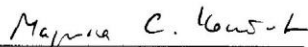
Моју докторску дисертацију, унету у Дигитални репозиторијум Универзитета у Нишу, могу користити сви који поштују одредбе садржане у одабраном типу лиценце Креативне заједнице (Creative Commons), за коју сам се одлучио/ла.

1. Ауторство **(CC BY)**
2. Ауторство – некомерцијално **(CC BY-NC)**
3. Ауторство – некомерцијално – без прераде **(CC BY-NC-ND)**
4. Ауторство – некомерцијално – делити под истим условима **(CC BY-NC-SA)**
5. Ауторство – без прераде **(CC BY-ND)**
6. Ауторство – делити под истим условима **(CC BY-SA)<sup>1</sup>**

У Нишу, \_\_\_\_\_

дисертације:

Потпис аутора

  
др Марина С. Костић