

HALINA ZIELIŃSKA-WIĘCZKOWSKA, NATALIA PIETRZAK

Akceptacja choroby i jej związek z jakością życia pacjentów z łuszczycą

Acceptance of illness and its correlation with the quality of life in patients with psoriasis

Katedra i Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Pielęgniarskiej, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
Collegium Medicum w Bydgoszczy

KEYWORDS

psoriasis, acceptance of disease,
quality of life

SUMMARY

Introduction. Psoriasis, as a condition easily noticeable by the immediate environment, causes embarrassment and psychological problems, and lowers the quality of life in the sufferers.

Aim. The study aimed at determining the level of acceptance of illness and quality of life as well as their correlations in the light of sociodemographic factors.

Material and methods. The study involved 120 patients with psoriasis, but statistical analysis eventually included 101 patients aged over 18 (59 women and 42 men). The study was based on a literature review and a diagnostic survey using both standardized tools, including the Acceptance of Illness Scale (AIS) and the WHOQOL-Bref quality of life assessment questionnaire, as well as a questionnaire of own design addressing possible limitations on the everyday functioning of individuals with psoriasis.

Results. The mean score for acceptance of illness was 30.37 points. Lower results in the AIS scale were obtained by women. Mean scores pertaining to individual domains of quality of life were as follows: physical 64.02, psychological 57.28, social relations 64.56, and environmental 63.10. Educational attainment of the participants correlated significantly with quality of life in the environmental ($r = 0.333$; $p = 0.001$) and psychological ($r = 0.254$; $p = 0.012$) domains. The level of acceptance of illness correlated with the psychological ($r = 0.356$; $p = 0.000$), physical ($r = 0.326$; $p = 0.001$) and environmental ($r = 0.212$; $p = 0.033$) domains.

Conclusions. Patients with psoriasis demonstrated a high level of acceptance of illness, which affected their functioning mostly in the psychological and physical domain. Continuous development of an individual contributes to their better functioning in the environment and in the psychological domain.

WSTĘP

Łuszczycą jest schorzeniem dermatologicznym o charakterze przewlekłym, z okresami remisji i nawrotów. Rozpowszechnienie tej choroby w populacji światowej szacuje się w granicach 3% (1, 2). Objawia się ona zmianami skórnymi różnych okolic ciała, którym towarzyszą świąd oraz widoczne złuszczenie naskórka (3). Choroby skóry – jako łatwo dostrzegane przez osoby z otoczenia – powodują zaburzenia sfery psychologicznej, w tym depresję, lęk,

wrogość, negatywny obraz własnej osoby (4). Chorzy na łuszczycę przejawiają tendencje samobójcze (5). Łuszczycą jest schorzeniem silnie stresogennym. Zwiększony stres powoduje nasilenie objawów choroby. Schorzenie to ma znaczący wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne (6, 7). Dotyczy powłoki ciała widocznej dla osób z otoczenia. Choroba ta zniekształca wygląd jednostki, kształtuje niską samoocenę, daje poczucie wstydu i skrępowania (7, 8). Chorzy, a zwłaszcza kobiety, starają się, na ile to tylko

możliwe, ukrywać chorobę przed osobami z otoczenia (6, 8). Dobierają ubiór maksymalnie zasłaniający zmiany skórne i wykazują skłonność do izolacji przed otoczeniem (8). Doświadczają poczucia nieatrakcyjności (1). Widoczność zmian chorobowych wywołuje negatywne reakcje. Staje się przyczyną braku akceptacji tej choroby i negatywnego obrazu własnej osoby (4, 8). Problemy w akceptacji choroby wywołują negatywne emocje. Brak przystosowania się do choroby wiąże się z poczuciem krzywdy i zakłóceniem równowagi biopsychospołecznej oraz postrzeganiem jej jako oddziaływania przypadku (9). Wyższy poziom akceptacji choroby wiąże się z mniejszą tendencją korzystania ze strategii unikowych w radzeniu sobie ze stresem (10). Schorzenia dermatologiczne wpływają na izolowanie się w relacjach międzyludzkich (4, 7, 11). Choroba ta wywiera negatywny wpływ na jakość życia pacjentów (1-3, 5, 8, 11). Ponadto pogarsza jakość życia partnerów życiowych osób cierpiących na to schorzenie, których także należy objąć wsparciem psychologicznym (12). Jak z powyższego wynika, łuszczyca wiąże się dla chorego z daleko idącymi konsekwencjami psychospołecznymi.

CEL PRACY

Celem badań było określenie poziomu akceptacji schorzenia – łuszczyca i jakości życia oraz zachodzących między nimi istotnych związków. Badano wpływ czynników socjodemograficznych.

MATERIAŁ I METODY

Charakterystyka uczestników badania

Badaniami objęto 120 osób dorosłych leczonych w Poradni Dermatologicznej i Klinice Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii w Bydgoszczy. Podstawowym kryterium doboru osób do badań ankietowych była postawiona diagnoza choroby – łuszczyca. Ze względu na systemowe braki danych i brak zgody na udział w badaniach, ostatecznie do badań i przeprowadzenia analizy statystycznej włączono 101 chorych.

Badaną grupę stanowiło 59 kobiet (58,4%) i 42 mężczyzn (41,6%). Pacjentów podzielono na następujące grupy wiekowe: > 18-35 lat (21,8%), 36-50 lat (21,8%), 51-60 lat (28,7%) i powyżej 60. r.ż. (27,7%). Ponad połowa badanej grupy respondentów (58,4%) pozostawała w związku małżeńskim, wśród osób stanu wolnego przeważał stan cywilny kawaler/panna (22,8%) oraz wdowiec/wdowa (11,9%). W badanej grupie pacjentów dominowało wykształcenie średnie (37,6%) i zawodowe (30,7%), nieco mniej było osób z wykształceniem wyższym (22,8%), a najmniej z podstawowym (8,9%).

Metoda i narzędzia badawcze

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego z zastosowaniem narzędzi standaryzowanych, w tym: Skali Akceptacji Choroby (Acceptance of Illness Scale – AIS) i kwestionariusza WHOQOL-Bref (The World Health

Organization Quality of Life-Bref) oraz krótkiego kwestionariusza ankiety własnej konstrukcji ukierunkowanego na ważne aspekty jakości życia chorych z łuszczycą, związane z ograniczeniami w codziennym funkcjonowaniu.

Skala Akceptacji Choroby autorstwa Felton, Revenson i Hinrichsen według adaptacji na polskie warunki Juczyńskiego – służy do pomiaru stopnia akceptacji danego schorzenia. Posiada 8 stwierdzeń wyrażających negatywne skutki złego stanu zdrowia związane z ograniczeniami spowodowanymi chorobą. Stan chorego jest wyrażany na 5-stopniowej skali, gdzie cyfra 1 „zdecydowanie zgadzam się” oznacza złe przystosowanie do schorzenia, a cyfra krańcowa 5 „zdecydowanie nie zgadzam się” – wyraża całkowitą akceptację choroby. Zakres możliwych do uzyskania przez chorego punktów waha się na granicy od 8 do 40. Punktacja ma charakter pozytywny, co oznacza, że uzyskanie przez respondenta wyższego wyniku świadczy o lepszej akceptacji danej jednostki chorobowej i jest wyrazem przystosowania się do niej. Uzyskanie przez chorego poniżej 20 punktów świadczy o braku lub niskiej akceptacji choroby. Natomiast punktacja powyżej 30 oznacza wysoką lub całkowitą jej akceptację (13).

Do pomiaru jakości życia użyto kwestionariusza Światowej Organizacji Zdrowia WHOQOL-Bref według adaptacji na polskie warunki Wołowickiej i Jaracz. Zawiera on 26 pytań odnoszących się do oceny jakości życia. Jest często stosowanym ogólnym narzędziem do oceny jakości życia, mającym zastosowanie w skali międzynarodowej. Umożliwia pomiar jakości życia w czterech dziedzinach – fizycznej, psychologicznej, w zakresie relacji społecznych i środowiskowej. Dodatkowo zawarto w nim dwa pytania analizowane oddzielnie: pytanie 1 dotyczące ogólnej percepcji jakości życia i pytanie 2 odnoszące się do percepcji własnego zdrowia (14). Każde pytanie zawiera punktację w zakresie od 1 do 5, gdzie cyfra 1 oznacza najniższą jakość życia, a cyfra 5 – najwyższą. Liczbę punktów dla każdej z dziedzin ustala się poprzez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji obejmujących daną dziedzinę, a następnie mnoży się przez 4, aby uzyskać wyniki porównywalne z pełną wersją tego kwestionariusza – WHOQOL-100. Pierwsza transformacja umożliwia przekształcenie wyników w zakresie 4-20, a druga w przedziale 0-100. Każda z tych wyżej wymienionych transformacji może być stosowana alternatywnie (14).

Badania zostały przeprowadzone zgodnie z wymogami Deklaracji Helsińskiej, po uprzednim uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej działającej przy UMK Collegium Medicum w Bydgoszczy. Analizę statystyczną przeprowadzono w programie Statistica 10.0 (StatSoft). Obliczenia wykonano przy użyciu arkusza kalkulacyjnego Microsoft Excel wersja 10 firma Microsoft. Przyjęto poziom istotności $p \leq 0,05$.

WYNIKI

W badanej grupie chorych nieznacznie przeważały kobiety (59 vs. 42). Najwięcej respondentów było w przedziale wiekowym 51-60 lat (29 osób), ze średnim

wykształceniem (38 osób) oraz pozostających w związku małżeńskim (59 osób).

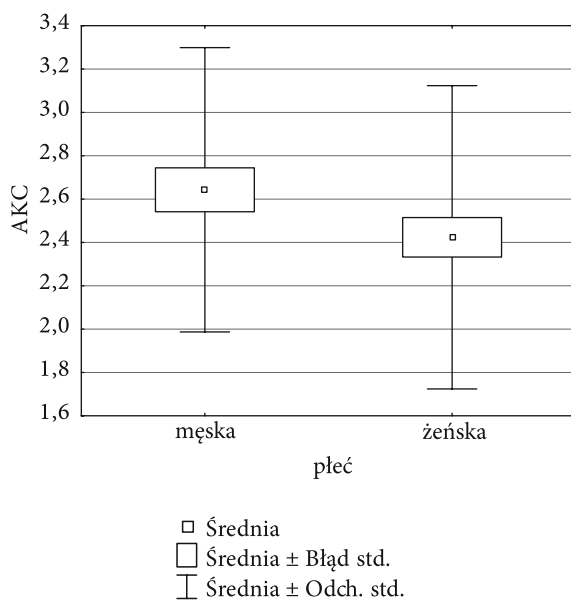
Analizie poddano pytania z krótkiego autorskiego kwestionariusza ankiety. Na pytanie o ograniczenia w kontaktach towarzyskich najwięcej pacjentów (43,6%) udzieliło odpowiedzi „zdecydowanie nie”, a 19,8% – „raczej nie”. Częściowe ograniczenie w tym zakresie dostrzegało 23,8% chorych, a najmniej (12,9%) uważało, że choroba zdecydowanie wpływa na ograniczenie kontaktów towarzyskich. Niemal co trzecia badana osoba (32,7%) w kontaktach towarzyskich była częściowo zestresowana, a 22,8% respondentów zdecydowanie doświadczało takiego stanu. Raczej nie odczuwało stresu 23,8% chorych, a najmniej (20,8%) zadeklarowało odpowiedź „zdecydowanie nie”. Większość uczestników badania uważała, że choroba nie ogranicza im wykonywania codziennych prac domowych (66,3%). Nieliczne osoby (8,9%) wybrały odpowiedź „zdecydowanie tak”, a na częściowe ograniczenie wskazał prawie co czwarty chory (24,8%). Badano też wpływ choroby na ograniczenia w korzystaniu z plaż i basenów. W tym zakresie 78,2% chorych na łuszczycę było zdania, że choroba zdecydowanie (57,4%) i częściowo (20,8%) im to uczestnictwo komplikuje. Pozostali chorzy nie dostrzegali w tym zakresie ograniczeń ze względu na chorobę. Większość respondentów (65,4%) wskazała, że schorzenie, z jakim się zmagają, nie wpływa na ich bliskie relacje intymne. Na częściowy wpływ choroby na związki intymne wskazało 19,7% respondentów. Najmniej respondentów zaznaczyło odpowiedź „zdecydowanie tak” (14,9%).

Następnie przeanalizowano wyniki kwestionariusza AIS (tab. 1). Ze wszystkich zakresów akceptacji choroby uczestnicy badania najwyżej ocenili „choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół” (średnia 4,19 pkt) oraz stwierdzenie „problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę” (średnia 4,02 pkt). Najniżej ze wszystkich stwierdzeń oceniono „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę” (średnia 3,49 pkt). Średni wynik punktowy akceptacji choroby uplasował się na poziomie $30,37 \pm 7,936$, co dowodzi o wysokiej akceptacji choroby. Zdecydowaną akceptację choroby wykazano u 62,4% badanych, to znaczy wśród tych osób, które uzyskały 30-40 pkt (powyżej 68,8%). Nieco ponad 1/4 badanych (26,7%) wykazywała poziom przeciętny (19-29 pkt/do 68,8%). Z kolei najmniej uczestników badania (10,9%) uzyskało poziom akceptacji choroby (8-18 pkt/do 31,3%). Wykazano istotną statystycznie różnicę ($p = 0,023$) w zakresie płci w odniesieniu do pozycji „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”, wyższy wynik uzyskali mężczyźni (średnia dla mężczyzn 3,86; dla kobiet 3,22). Ogólny wynik punktowy akceptacji choroby w grupie mężczyzn wyniósł 32,0 pkt, wśród kobiet – 29,2 pkt. Rozkład wyników AIS w grupach płci obrazuje rycina 1. Podobnie mężczyźni uzyskali wyższy wskaźnik wyników wysokich (73,8 vs. 54,2%).

Nie wykazano istotnej statystycznie korelacji wieku z wynikami skali AIS i jej podskal. Jednak najwyższy średni wynik punktowy akceptacji choroby wykazano wśród chorych

Tab. 1. Średnie wyniki pozycji kwestionariusza AIS

Nr	Pozycja – AIS	N	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Grupa normalizacyjna średnia/SD
1	Mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę	101	3,49	1,301	3,23	3,74	4,0	2,63/1,32
2	Z powodu swojego stanu zdrowia nie jestem w stanie robić tego, co najbardziej lubię	101	3,71	1,366	3,44	3,98	4,0	2,45/1,37
3	Choroba sprawia, że czasem czuję się niepotrzebny	101	3,74	1,467	3,45	4,03	4,0	3,29/1,44
4	Problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych, niż tego chcę	101	4,02	1,311	3,76	4,28	5,0	2,59/1,32
5	Choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół	101	4,19	1,247	3,94	4,43	5,0	2,36/1,37
6	Mój stan zdrowia sprawia, że nie czuję się człowiekiem pełnowartościowym	101	3,75	1,359	3,48	4,02	4,0	3,31/1,38
7	Nigdy nie będę samowystarczalnym w takim stopniu, w jakim chciałbym być	101	3,94	1,363	3,67	4,21	5,0	3,81/1,51
8	Myszę, że ludzie przebywający ze mną są często zakłopotani z powodu mojej choroby	101	3,52	1,383	3,25	3,80	4,0	3,01/1,45



Ryc. 1. Rozkład wyników AIS w grupach płci

powyżej 60. r.ż. (31,43 pkt), najniższy zaś w grupie wiekowej do 35. r.ż. (29,55 pkt).

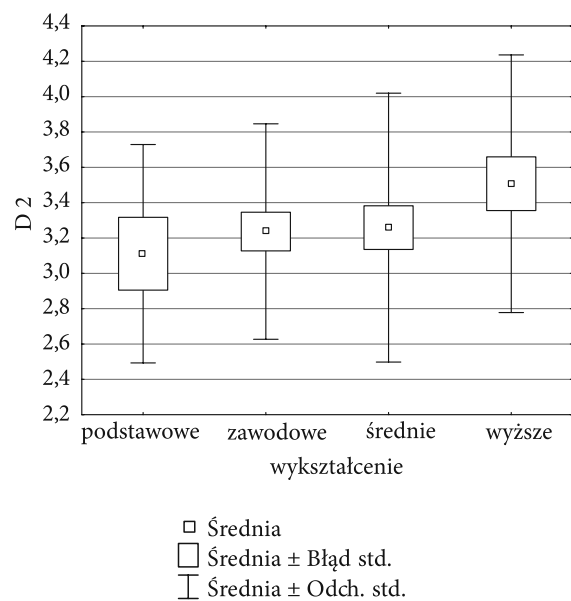
Poziom wykształcenia także nie wykazywał związku z wynikami skali AIS.

Analiza wyników kwestionariusza WHOQOL-Bref

Średni wynik ogólnej percepcji jakości życia (pyt. 1 kwestionariusza ankiety) uplasował się na poziomie 3,59 pkt i jest to wynik wysoki, z pogranicza przeciętnego. Niższy wynik uzyskano w zakresie ogólnej percepcji zdrowia (pyt. 2 kwestionariusza ankiety) ze średnią 2,95 pkt i oznacza on wynik przeciętny.

Średnia ocena dziedziny fizycznej wyniosła $64,02 \pm 18,224$ i świadczy o ocenie pozytywnej. Grupy wiekowe wykazywały istotną statystycznie niską korelację tylko z wynikami podskali mobilność, dotyczącymi dziedziny fizycznej ($r = -0,282$; $p = 0,004$). Generalnie wyższe wyniki dla dziedziny fizycznej odnotowano w młodszych grupach wiekowych. Wykształcenie wykazywało istotny związek z wynikami dziedziny fizycznej na podskali ból i dyskomfort ($r = 0,221$; $p = 0,026$) oraz na podskali mobilność ($r = 0,271$; $p = 0,006$), brak związku z globalnym średnim wynikiem tej domeny. Wyniki dziedziny fizycznej nie zależały od płci badanych.

Niższy średni wynik uzyskano w dziedzinie psychologicznej ($57,28 \pm 17,844$) i jest to wynik przeciętny. Najniższy wynik odnotowano na podskali pozytywne uczucia (średnia 3,03 pkt). Wyniki w dziedzinie psychologicznej nie zależały istotnie od płci badanych, jednakże wyższe uzyskali mężczyźni. W dziedzinie psychologicznej, podobnie jak w dziedzinie fizycznej, wyższe wyniki wykazano wśród chorych w młodszych grupach wiekowych, jednak to zróżnicowanie nie było istotne statystycznie. Z kolei wykształcenie uczestników badania pozostawało w istotnej statystycznie, niskiej



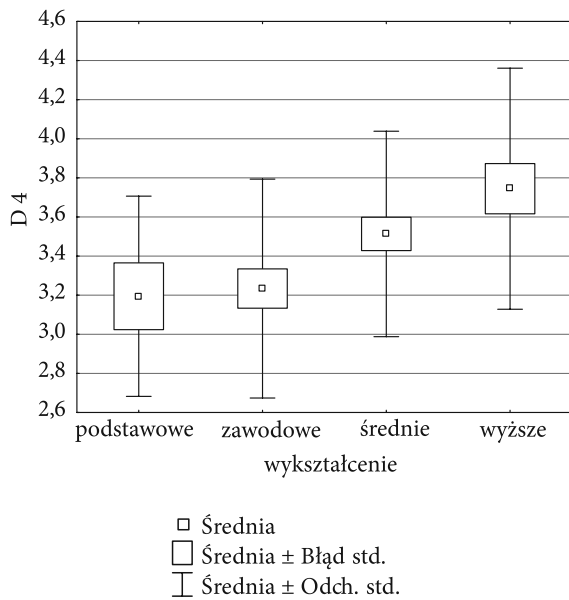
Ryc. 2. Rozkład wyników średnich dziedziny psychologicznej ze względu na wykształcenie

korelacji z wynikami dziedziny psychologicznej ($r = 0,248$; $p = 0,012$) i jej podskalami: myślenie/uczenie się/pamięć/koncentracja ($r = 0,254$; $p = 0,010$), duchowość/religia/osobista wiara ($r = 0,223$; $p = 0,025$). W dziedzinie psychologicznej najwyższe wyniki wykazano w grupie osób z wyższym wykształceniem. Obrazuje to rycina 2.

Średni wynik dla dziedziny relacje społeczne okazał się nieomal wyrównany z domeną fizyczną i wyniósł $64,56 \pm 21,485$. Jest wyrazem oceny pozytywnej. Wyniki w tej dziedzinie nie zależały istotnie od płci, wieku oraz poziomu wykształcenia.

Średnia dla dziedziny środowiskowej uplasowała się na poziomie $63,10 \pm 14,883$ i świadczy o wyniku pozytywnym. W tej domenie wykazano istotną statystycznie różnicę ($p < 0,05$) w zakresie płci na podskali możliwość i uczestnictwo w rekreacji i wypoczynku, brak związku z globalnym wynikiem dziedziny środowiskowej. Wyższe wyniki odnotowano w grupie kobiet. Grupy wiekowe były skorelowane z podskala transport ($r = -0,275$; $p = 0,005$), brak związku z globalnym wynikiem dziedziny środowiskowej. Najwyżej dziedzinę środowiskową ocenili badani w najmłodszej grupie wiekowej (do 35 lat). Wykształcenie uczestników badania wykazywało korelację z wynikami dziedziny środowiskowej ($r = 0,333$; $p = 0,001$) i jej podskali: zasoby finansowe ($r = 0,353$; $p = 0,000$), transport ($r = 0,370$; $p = 0,000$), możliwość zdobywania nowych informacji i umiejętności ($r = 0,301$; $p = 0,002$), możliwość uczestnictwa w rekreacji i wypoczynku ($r = 0,257$; $p = 0,009$) oraz środowisko domowe ($r = 0,211$; $p = 0,034$). Graficznie prezentuje to rycina 3.

Zbiorcze zestawienie statystyk opisowych w zakresie poszczególnych dziedzin oraz percepcji jakości życia i zdrowia prezentuje tabela 2.



Ryc. 3. Rozkład wyników średnich dziedziny środowiskowej ze względu na wykształcenie

Korelacje akceptacji choroby (AIS) i wyników kwestionariusza WHOQOL-Bref obrazuje tabela 3.

DYSKUSJA

Uzyskane wyniki badań świadczą o zadowalającym wyniku akceptacji choroby i okazały się pozytywnym zaskoczeniem. Przeprowadzone badania dowodzą o największych deficytach jakości życia pacjentów z łuszczycą w sferze psychologicznej, który to średni wynik okazał się przeciętny. Osoby młodsze lepiej funkcjonowały w sferze środowiskowej. Wyniki badań Basińskiej i Kasprzak świadczą o średnim poziomie akceptacji tego schorzenia przez badanych pacjentów (10). Autorki te wykazały, że dłuższy czas trwania choroby wiąże się z lepszym przystosowaniem się do niej, co koresponduje z wynikami badań własnych (10). Osoby po

60. roku życia wykazywały najwyższy średni wynik akceptacji choroby. Wyniki badań własnych dowodzą o tym, że kobiety przejawiają większe problemy z akceptacją tego schorzenia, uzyskując nieco niższy wynik w porównaniu do mężczyzn, przy czym ogólny wynik nie wykazywał istotnych w tym zakresie różnic. Istotną statystycznie różnicę w zakresie płci wykazano jedynie w odniesieniu do pozycji „mam kłopoty z przystosowaniem się do ograniczeń narzuconych przez chorobę”. Uzyskane w tym zakresie wyniki są zbliżone do doniesień innych autorów (10, 15). Przejawianie większych trudności w akceptacji łuszczycy przez kobiety może wynikać z poczucia nieatrakcyjności i odbiegania od kreowanego współcześnie kultu piękna ciała. Jak piszą Hawro i wsp., kobiety w porównaniu do mężczyzn mają większe poczucie społecznego napiętnowania i nieatrakcyjności, stąd częściej ukrywają chorobę (1). Generalnie kobiety częściej doświadczają problemów natury psychicznej i przejawiają większe zakłopotanie spowodowane skutkami choroby (7). Jak donoszą inni badacze tej problematyki, postrzeganie choroby jako nierokującej nadziei na wyleczenie znacząco utrudnia jej akceptację (9). Hawro i wsp. na podstawie swoich badań wykazali dodatni związek nadziei ze wszystkimi dziedzinami jakości życia (16). Dlatego niezwykle ważną rolę odgrywają tu oddziaływania psychoterapeutyczne (1, 16). Należy zgodzić się ze spostrzeżeniami Miniszewskiej, że dotychczasowe doniesienia dotyczące wpływu wieku i płci na jakość życia tej grupy pacjentów nie wykazują w tym zakresie zgodności (15). W badaniach tej Autorki, podobnie jak w prezentowanych tu doniesieniach własnych, wiek i płeć nie różnicują globalnego wyniku jakości życia (15). Z kolei doniesienia Bronikowskiej-Kolasa i wsp. wskazują na istotne zależności jakości życia od wieku i płci (3). Ponadto dowiadujemy się z nich, że jakość życia chorych z łuszczycą różnicuje nasilenie zmian chorobowych, w tym świądu, współistnienie postaci łuszczycy stawowej oraz otyłości (3). W badaniach własnych zauważono istotne różnice w jakości życia w dziedzinie fizycznej jedynie na podskali mobilność, który to wynik zapewne związany jest z postępującą wraz

Tab. 2. Statystyki opisowe dotyczące poszczególnych dziedzin oraz percepcji jakości życia i zdrowia

	Pozycja jakości życia	Średnia	SD	Ufność -95,0%	Ufność +95,0%	Mediana	Minimum	Maksimum
Pyt. 1	Ogólna percepcja jakości życia	64,85	20,970	60,71	68,99	75,0	0,0	100,0
Pyt. 2	Ogólna percepcja własnego zdrowia	48,76	25,830	43,66	53,86	50,0	0,0	100,0
D. 1	Dziedzina fizyczna	64,02	18,224	60,42	67,62	63,0	19,0	100,0
D. 2	Dziedzina psychologiczna	57,28	17,844	53,75	60,80	56,0	19,0	100,0
D. 3	Relacje społeczne	64,56	21,485	60,32	68,81	69,0	19,0	100,0
D. 4	Dziedzina środowiskowa	63,10	14,883	60,16	66,04	63,0	31,0	100,0

Tab. 3. Korelacje akceptacji choroby i kwestionariusza WHOQOL-Bref

Pozycja jakości życia	N	R	t(N-2)	Poziom p
Akceptacja choroby i jakość życia	101	0,172	1,734	0,086
Akceptacja choroby i zadowolenie ze zdrowia	101	0,188	1,905	0,060
Akceptacja choroby i dziedzina fizyczna	101	0,326	3,432	0,001
Akceptacja choroby i dziedzina psychologiczna	101	0,356	3,796	0,000
Akceptacja choroby i relacje społeczne	101	0,167	1,687	0,095
Akceptacja choroby i dziedzina środowiskowa	101	0,212	2,160	0,033

z wiekiem inwolucją starczą. Z prezentowanych tu badań własnych wynika, że wykształcenie okazało się być ważnym czynnikiem socjodemograficznym, a jednocześnie i zasobem osobistym jednostki istotnie różnicującym jakość życia w sferze psychologicznej i środowiskowej i częściowo w dziedzinie fizycznej. Doniesienia Miniszewskiej wskazują, że poziom zasobów osobistych kształtuje jakość życia chorych na łuszczycę (15). Badania własne dowodzą o poważnych ograniczeniach tej grupy chorych w korzystaniu z plaż i basenów, co koresponduje z doniesieniami Borzęckiego i Cielicy (7). Stąd wielu chorych rezygnuje z różnych form aktywności, w tym z usług fryzjerskich (3, 7). Prezentowane tu badania własne potwierdziły ogólne założenie o istnieniu związku stopnia przystosowania się do choroby z jakością życia, głównie z dziedziną psychologiczną i fizyczną i w mniejszym zakresie – środowiskową.

WNIOSKI

1. Chorzy na łuszczycę wykazali zadowalający poziom akceptacji choroby, przy czym większe deficyty wykazano w grupie kobiet.
2. Najwyżej ocenione zostały dziedzina relacji społecznych i dziedzina fizyczna, najniżej – dziedzina psychologiczna.
3. Funkcjonowanie uczestników badania w środowisku i w sferze psychologicznej istotnie zależało od ich poziomu wykształcenia.
4. Poziom akceptacji choroby dodatnio korelował z wynikami dziedziny psychologicznej, fizycznej oraz środowiskowej, brak związku z zakresem relacji społecznych.
5. Pacjentom z łuszczycą choroba poważnie ograniczała korzystanie z plaż i basenów.

KONFLIKT INTERESÓW CONFLICT OF INTEREST

Brak konfliktu interesów
None

ADRES DO KORESPONDENCJI

Halina Zielińska-Więczkowska
Katedra i Zakład Pedagogiki
i Dydaktyki Pielęgniarskiej
Uniwersytet Mikołaja Kopernika
w Toruniu
Collegium Medicum w Bydgoszczy
ul. Świętojańska 20, 85-077 Bydgoszcz
tel.: +48 (52) 585-54-16
wieczkowska@cm.umk.pl

PIŚMIENNICTWO

1. Hawro T, Janusz I, Zalewska A: Jakość życia i stygmatyzacja a nasilenie zmian skórnych i świądu u osób chorych na łuszczycę (rozdz. 6, s. 42-51). <http://ksiegarnia.poltax.waw.pl/pomoc/978-83-61415-16-9.pdf> (data dostępu: 22.10.2017).
2. Hrehorów E, Reich A, Szepietowski J: Jakość życia chorych na łuszczycę: zależność od świądu, stresu i objawów depresyjnych. *Dermatol Klin* 2007; 9(1): 19-23.
3. Bronikowska-Kolasa A, Borzęcki A, Szponar A et al.: Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów z łuszczycą za pomocą kwestionariusza WHOQOL-100. *Nowa Med* 2008; 3: 4-11.
4. Baranowska A, Krajewska-Kułak E, Szyszko-Perłowska A et al.: Problem jakości życia w dermatologii. *Probl Pielęg* 2011; 19(1): 109-115.
5. Bhoosle MJ, Kulkarni A, Feldman SR, Balkrishnan R: Quality of life in patients with psoriasis. *Health Qual Life Outcomes* 2006; 4: 35.
6. Pietrzak A, Janowski K, Lechowska-Mazur I, Krasowska D: Łuszczycę jako przewlekłą chorobę skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Med* 2006; 1: 14-19.
7. Borzęcki A, Cielica W: Psychologiczne aspekty w łuszczycy. <http://www.luszczycalublin.republika.pl/file/publikacje/borz.htm> (data dostępu: 25.10.2017).
8. Kanikowska A, Michalak M, Pawlaczyk M: Zastosowanie oceny jakości życia chorych na łuszczycę w praktyce lekarskiej. *Now Lek* 2008; 77(3): 195-203.
9. Miniszewska J, Adamska M: Przekonania na temat zdrowia i choroby a akceptacja ograniczeń wynikających z przewlekłej choroby somatycznej na przykładzie osób z łuszczycą. *Psychiatr Psychol Klin* 2014; 14(3): 202-212.

10. Basińska MA, Kasprzak A: Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie chorych na łuszczycę. *Przeegl Dermatol* 2012; 99: 692-700.
11. Darjani A, Heidarzadeh A, Golchai J et al.: Quality of life in psoriatic patients: a study using the short form-36. *Int J Prev* 2014; 5(9): 1146-1152.
12. Adamczyk M: Jakość życia mieszkających z pacjentami chorującymi na łuszczycę. <https://www.dermatologia-praktyczna.pl/a1620/Jakosc-zycia-osob-mieszkajacych-z-pacjentami-chorujacyymi-na-luszczycyce.html/m141> (data dostępu: 11.10.2017).
13. Juczyński Z: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162-166.
14. Wołowicka L, Jaracz K: Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL-Bref. [W:] Wołowicka L (red.): Jakość życia w naukach medycznych. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu 2001: 235-280.
15. Miniszewska J: Jakość życia i poziom zasobów osobistych u osób chorych na łuszczycę (rozdz. 7, s. 52-63). <http://ksiegarnia.poltax.waw.pl/pomoc/978-83-61415-16-9.pdf> (data dostępu: 22.10.2017).
16. Hawro T, Maurer M, Hawro M et al.: In psoriasis, levels of hope and quality of life are linked. *Arch Dermatol Res* 2014; 306(7): 661-666.

nadesłano: 10.01.2018

zaakceptowano do druku: 31.01.2018