70 LAT
Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku

STYGMATYZACJA OSÓB Z ŁUSZCZYCĄ ORAZ JEJ WPŁYW NA SAMOOCENĘ, AKCEPTACJĘ CHOROBY I WYSTĘPOWANIE DEPRESJI

Lic. Aleksandra Mocarska
Dr n. med. Beata Kowalewska
Dr n. med. Barbara Jankowiak
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

STYGMATYZACJA OSÓB Z ŁUSZCZYCĄ ORAZ JEJ WPŁYW NA SAMOOCENĘ, AKCEPTACJĘ CHOROBY I WYSTĘPOWANIE DEPRESJI

Uniwersytet Medyczny w Białymstoku
Wydział Nauk o Zdrowiu

STYGMATYZACJA OSÓB Z ŁUSZCZYCĄ ORAZ JEJ WPŁYW NA SAMOOCENĘ, AKCEPTACJĘ CHOROBY I WYSTĘPOWANIE DEPRESJI

Lic. Aleksandra Mocarska
Dr n. med. Beata Kowalewska
Dr n. med. Barbara Jankowiak
Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

Białystok, 2020

RECENZENCI MONOGRAFII

Dr hab. n. med. Marek Niczyporuk
Zakład Medycyny Estetycznej
Wydział Farmaceutyczny w Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Prof., MD, PhD Dmitry Khvoryk
Head of the Department of Dermatology and Venereology
Medical University in Grodno
Republic of Belarus

ISBN- 978-83-955921-4-0
Wydanie I
Białystok 2020
Opracowanie graficzne: Agnieszka Kułak-Bejda
Rysunek ze strony „Clipard programu Word” oraz iStock

Monografia powstała na bazie wyników rozprawy licencjackiej Aleksandry Mocarskiej.
Zawarte w niej materiały mogą być wykorzystywane tylko na użytek własny, do celów naukowych, dydaktycznych lub edukacyjnych.
Zabroniona jest niezgodna z prawem autorskim reprodukcja, redystrybucja lub odsprzedaż.

Druk: "Duchno" Teresa Duchnowska, 15-501 Białystok, ul. Baranowicka 115/307

WYKAZ AUTORÓW

Lic. Aleksandra Mocarska
Absolwent Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży

Dr n. med. Beata Kowalewska
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Dr n. med. Barbara Jankowiak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak
Zakład Zintegrowanej Opieki Medycznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

Najgorszą chorobą nie jest trąd, czy gruźlica,
ale świadomość, że jest się nikomu niepotrzebnym,
przez nikogo niekochanym, przez wszystkich opuszczonym

Matka Teresa z Kalkuty

SŁOWO WSTĘPNE

Wiedza na temat różnych schorzeń na świecie stale rozszerza się, a mimo to stopień stygmatyzacji osób cierpiących na te zaburzenia nie zmienia się, a w przypadku niektórych schorzeń, wręcz się pogarsza. Pacjent otrzymując informację o postawionej diagnozie, często od samego początku musi się mierzyć nie tylko z chorobą, ale także z jej piętnem. Twórcą terminu „piętno" był amerykański socjolog Erving Goffman (autor książki Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości). Według niego istnieją trzy grupy stygmatów: fizyczne, wynikające z defektów ciała; dotyczące charakteru - związane z oceną jednostki społecznej na podstawie jej dotychczasowego życia oraz plemienne - związane z przynależnością do grupy społecznej. Osoby stygmatyzowane to osoby posiadające tzw. „atrybut dotkliwie dyskredytujący", niechciane, nieakceptowane w społeczeństwie, w efekcie konfliktu między oczekiwaniami w stosunku do tej osoby, a tym, co ona w rzeczywistości reprezentuje.

Zmiany w obrębie skóry, jako najbardziej widocznego narządu (szczególnie okolice głowy, szyi i rąk), mogą być źródłem dotkliwego piętna, wzmacnianego dodatkowo przez negatywne zachowania ze strony otoczenia. Choroby skóry oddziałują na trzy obszary funkcjonowania człowieka: psychologiczne (depresja, lek, dystres, poczucie koherencji, wrogość, zmiana obrazu siebie, wrażliwość społeczna, zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne), somatyczne (dyskomfort, ograniczenia funkcjonowania, pogorszenie ogólnej oceny stanu zdrowia) oraz społeczne (satysfakcja z leczenia, relacja zespół leczący—pacjent, ograniczenia aktywności zawodowej, trudności w wypełnianiu ról społecznych, brak sieci wsparcia społecznego) i w związku z tym wpływają na jakość życia (*QoL, quality of life*) uwarunkowaną stanem zdrowia.

Każda choroba dermatologiczna, która w widoczny sposób zmienia wygląd skóry i jej przydatków, powoduje reakcję psychologiczną pacjenta. Już sama reakcja emocjonalna na „zmieniony" wygląd (zawstydzenie, lęk, złość, depresja) jest przykra dla pacjenta, a dodatkowo wtórnie zostaje zaburzone funkcjonowanie społeczne chorego. Pacjenci tacy wręcz zatajają, nawet przed osobami bliskimi fakt zachorowania, dbają o noszenie ubrań zakrywających skórę dotkniętą zmianami chorobowymi i unikają sytuacji, w których zmiany mogłyby stać się widoczne. Są w ustawicznym stanie czujności i przeświadczeniu o słuszności takiej postawy, wynikającej z doświadczania odrzucenia przy próbach nawiązywania relacji społecznych. Niejednokrotnie w życiu codziennym przekonują się, że bardziej korzystne jest nieprzyznawanie się do choroby, nawet przy bezpośrednim zapytaniu o zmiany skórne. Wydarzenia stygmatyzujące mogą rozwinąć u chorych lęk, który odnosi się do reprezentacji umysłowej siebie i otoczenia. Poczucie stygmatyzacji towarzyszy osobom z problemami dermatologicznymi zwłaszcza w relacjach intymnych, powodując zawstydzenie, uczucie niepewności i problemy na tle seksualnym. Niestety także sami chorzy piętnują się, np. poprzez niechęć do swego wyglądu fizycznego oraz przekonanie, że inni postrzegają ich w podobny sposób. Może to powodować rozwój nadmiernej „wrażliwości na odrzucenie", przejawiającej się np. w tendencji do interpretowania nawet neutralnych zdarzeń jako stygmatyzujące. Z kolei ekspozycja na przewlekły stres związany z poczuciem stygmatyzacji, brakiem akceptacji własnego wyglądu i chronicznym przebiegiem choroby znacząco obniża jakość życia chorego i wiąże się z zaburzeniami nastroju, w tym objawy depresyjne.

Przykładem takiej choroby skóry jest łuszczyca, która nie zagraża bezpośrednio życiu (wykładniki ciężkości choroby i rezultatów leczenia np. przeżywalność czy wyniki kluczowych badań laboratoryjnych nie znajdują tu zastosowania), ale ewidentnie upośledza jakość życia chorych. Van de Kerkhof (2004) określa ją mianem choroby „rujnującej życie" (*life-ruining*), sugerując, iż pomiar jakości życia w łuszczycy jest lepszym wykładnikiem ciężkości choroby niż pomiar powierzchni ciała zajętej procesem chorobowym. Sampogna i wsp. (2004) wręcz

twierdzą, że pomiar jakości życia wprowadza w dermatologii nowy wymiar oceny stanu chorego i wyników leczenia, nie zawsze znajdujący odzwierciedlenie w ciężkości zmian skórnych. Obrazuje bowiem stopień, w jakim te zmiany wpływają na codzienne funkcjonowanie pacjenta. Badanie tego aspektu stanu zdrowia powinno być uwzględniane zarówno na etapie podejmowania decyzji o określonej formie terapii, jak i oceny wyników leczenia. Zarówno zajmowanie przez zmiany łuszczycowe okolic eksponowanych (twarz, granica skóry owłosionej głowy, ręce i paznokcie) oraz konieczność eksponowania zmian skórnych zlokalizowanych w okolicach przeważnie zakrytych przez ubranie, w określonych sytuacjach (relacje intymne, korzystanie z basenu, pryszniców i łazienek w miejscach publicznych, itp.) może być źródłem upokorzenia, odrzucenia (proszenie o opuszczenie basenu czy sali gimnastycznej, gdyż zmiany skórne występujące w łuszczycy są niejedno-krotnie uznawane za zakaźne). Warto pamiętać, iż kobiety odczuwają napiętnowanie silniej niż mężczyźni. Poczucie stygmatyzacji w zakresie odczuwanego odrzucenia oraz winy i wstydu nasila się także wraz z wiekiem.

Jako autorzy monografii mamy nadzieję, że pokaże ona, iż w opiece nad pacjentem z chorobami skóry istotne jest traktowanie chorego jako bio-psycho-społeczną całość, czyli zwrócenie uwagi nie tylko na fizyczny aspekt choroby, ale również pozostałe, które niejednokrotnie mogą stanowić dla pacjenta większy problem. Ważna jest bowiem nie tylko sama choroba, ale przyczyny tkwiące w organizmie, które pozwoliły, żeby się ona rozwinęła. Pamiętać należy także, że u pacjentów z problemami skórnymi, w tym z łuszczycą, stopień dyskomfortu nie jest odczuwany wprost proporcjonalnie do zmian na skórze i nawet najmniejsze zmiany mogą negatywnie wpływać na psychikę pacjenta oraz wywołać depresję.

Lic. Aleksandra Mocarska

Dr n. med. Beata Kowalewska

Dr n. med. Barbara Jankowiak

Prof. dr hab. n. med. Elżbieta Krajewska-Kułak

SPIS TREŚCI

Wykaz używanych skrótów	**Str.**	**13**
Budowa i funkcje skóry	**Str.**	**15**
Łuszczyca	**Str.**	**24**
Stygmatyzacja	**Str.**	**32**
Jakość życia	**Str.**	**34**
Założenia i cele pracy	**Str.**	**38**
Materiał i metodyka badań	**Str.**	**39**
Charakterystyka badanej grupy	**Str.**	**43**
Zachowania zdrowotne i samoocena wpływu łuszczycy na jakość życia pacjenta	**Str.**	**47**
Samoocena – wyniki Skali Samooceny SES Rosenberga	**Str.**	**52**
Ocena stopnia akceptacji choroby – wyniki Skali AIS	**Str.**	**54**
Występowanie depresji – wyniki Sakli Depresji Becka	**Str.**	**56**
Poczucie stygmatyzacji – wyniki Skali 6 - stopniowej	**Str.**	**58**
Poczucie stygmatyzacji – wyniki Skali 33 - stopniowej	**Str.**	**60**
Korelacje pomiędzy skalami standaryzowanymi	**Str.**	**63**
Dyskusja	**Str.**	**64**
Wnioski	**Str.**	**67**
Piśmiennictwo	**Str.**	**68**
Wykaz fotografii	**Str.**	**73**
Wykaz tabel	**Str.**	**74**
Wykaz rycin	**Str.**	**75**

WYKAZ UŻYWANYCH SKRÓTÓW

AIS
ang. Acceptance of Illness Scale- Skala do oceny stopnia akceptacji choroby przez pacjenta

APC
ang. *antigen-presenting cell,* komórka prezentująca antygen

DBI
ang. Beck Depression Inventory- Inwentaż Depresji Becka

DLQI
ang. Dermatology Life Quality Index - Skala do oceny jakości życia

HRQOL
ang. Health Related Quality of Life- jakość życia

IR
ang. *infrared* - promienie podczerwowne

ŁZS
Łuszczycowe zapalenie stawów

NMF
ang. Natural Moisturizing Factor – Naturalny Czynnik Nawilżający

PTS
Płaszcz tłuszczowy skóry, Płaszcz lipidowy skóry

PCA – Na
sól sodowa kwasu piroglutaminowego

SES
ang. Rosenberg Self- Esteem Scale- Skala Samooceny Rosenberga

UV
ang. Ultraviolet- promieniowanie ultrafioletowe

WHO
ang. World Health Organization - Światowa Organizacja Zdrowia

WHOQOL- BREF
ang. World Health Organization Quality of Life Test- Bref - Test jakości życia Światowej Organizacji Zdrowia - Bref

BUDOWA I FUNKCJE SKÓRY

Wprowadzenie

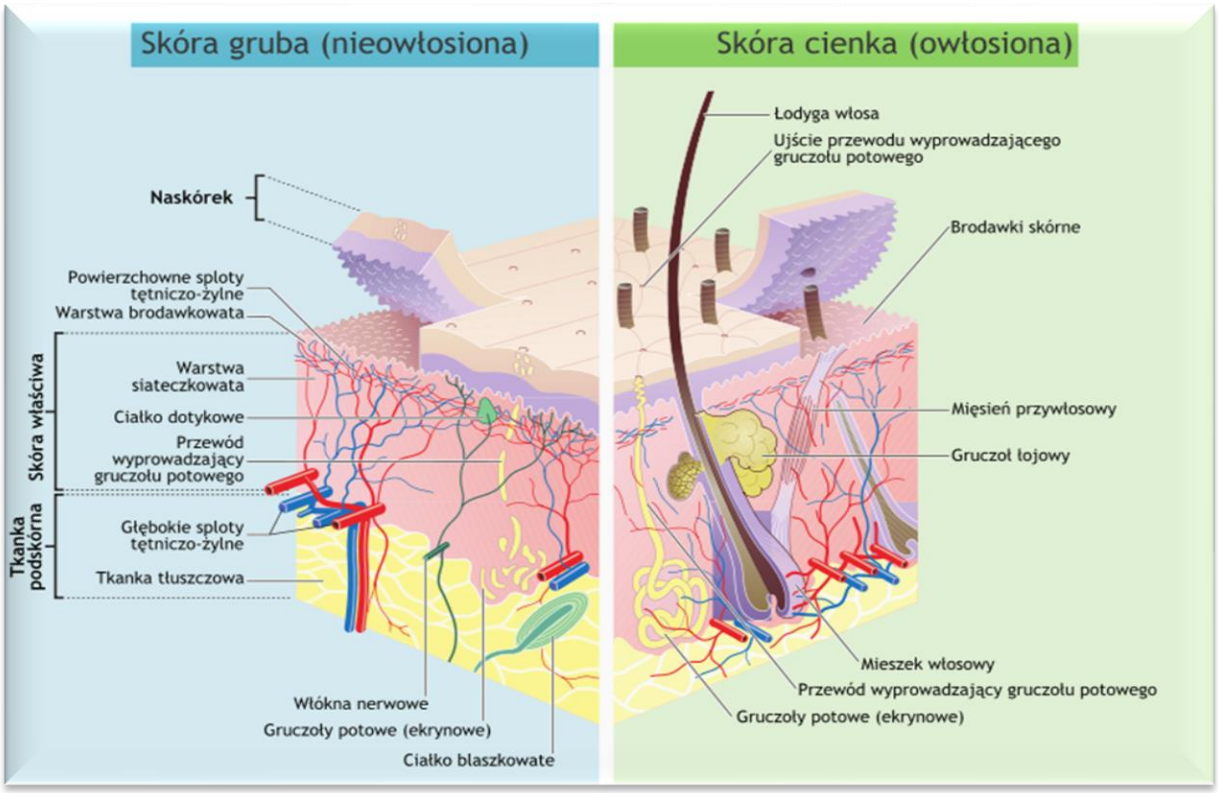
Skórę *(łac. Cutis)* zalicza się do największych organów ludzkiego ciała, który odgrywa bardzo ważną rolę w jego funkcjonowaniu oraz ma znaczące funkcje fizjologiczne. Jest miejscem ciągłego oddziaływania pomiędzy wewnętrznym a zewnętrznym środowiskiem [1].

Skóra wraz z tkanką podskórną stanowi 10-15% masy ciała, a sama ok 6% masy ciała. Grubość skóry właściwej waha się od 1 mm na powiekach do 5 mm na grzbiecie. Z kolei naskórek (zewnętrzna pokrywa skóry) – od 0,04 mm na powiekach i narządach płciowych zewnętrznych do 1,5 mm na dłoniach i podeszwach [1].

Skóra to żywa błona biologiczna o dużej aktywności metabolicznej, składająca się z trzech warstw:

1. naskórka (*epidermis*)
2. skóry właściwej (*corium*)
3. tłuszczowej tkanki podskórnej (*tela subcutanea*).

Budowę skóry przedstawia Rycina 1.



Rycina 1. Schemat budowy skóry [2]

Naskórek

Naskórek *(łac. Epidermis)*, ma pochodzenie ektodermalne, grubość od 100 do 150 μm i tworzą go następujące warstwy:

- warstwa podstawna
- warstwa kolczysta
- warstwa ziarnista
- warstwa jasna
- warstwa rogowa [1, 3, 4, 5].

Warstwa podstawna albo rozrodcza (stratum basale, stratum germinativum) – spoczywa na błonie podstawnej, zbudowana jest z jednego pokładu komórek, o wydłużonych, cylindrycznych, silnie zasadochłonnych jądrach, z licznymi figurami podziału. Komórki warstwy podstawnej z łączą się z błoną podstawną półdesmosomami, a ze sobą za pomocą desmosomów. W warstwie tej znajdują się również melanocyty, które wytwarzają barwnik skóry (melaninę) odpowiedzialny za ochronę przed promieniowaniem słonecznym materiału genetycznego położonych głębiej komórek. Są również komórki Langerhansa (makrofagi pochodzenia szpikowego) oraz komórki Merkela (o nieznanym pochodzeniu i funkcji, uznane za punkt wyjścia zmian nowotworowych) [1, 3, 4, 5].

Warstwa kolczysta (stratum spinosum) – najgrubsza, zbudowana z 5 do 15 warstw wielobocznych komórek, połączonych ze sobą za pomocą desmosomów i ulegających spłaszczeniu w kierunku powierzchni skóry. Pomiędzy nimi, w tzw. przestrzeniach międzykomórkowych krąży chłonka, która w związku z tym, że naskórek pozbawiony jest naczyń krwionośnych, pełni rolę odżywczą. Razem z warstwą podstawną stanowi tzw. warstwę Malpighiego (część żywą naskórka) [1, 3, 4, 5].

Warstwa ziarnista (stratum granulosum) – składa się z kilku szeregów spłaszczonych komórek wrzecionowatego kształtu, w których rozpoczyna się właściwy proces keratynizacji. Zawierają one zasadochłonne ziarnistości keratochialiny (profilagryny - będące ważnym produktem pośrednim w procesie wytwarzania białka keratynowego) oraz ziarnistości lipidowe (będące prekursorem lipidów warstwy rogowej). Białka i blaszki glikolipidów wydostają się z komórek tworząc barierę Reina (związek białkowo – lipidowy), określającą stopień przepuszczalności naskórka. Warstwy naskórka znajdujące się pod barierą Reina są bogate w wodę (70%), a powyżej ubogie w nią (10%). Bariera ta nie jest przepuszczalna dla wody, dzięki czemu zatrzymuje ją w skórze, a możliwe jest to jedynie dla postaci pary wodnej. Bariera jest z kolei przepuszczalna dla: gazów, substancji rozpuszczonych w

tłuszczach (witamin A, D, E, K, F), prowitamin, witaminy B_5, niektórych elementów śladowych, enzymów, aminokwasów, substancji bioaktywnych, glukozy, promieni UV (ultrafioletowych), hormonów, fitoformonów, promieni IR (podczerwownych, ang. *infrared*) oraz szkodliwych substancji, które ją uszkadzają (ołów, nikotyny, rtęć, mocne kwasy, zasady) [1, 3, 4, 5].

Warstwa jasna - (*stratum intermediale, lucidum*) zwana warstwą świetlaną, pośrednią, a kiedyś barierą Reina, to wąskie pasmo bezpostaciowe, zbudowane z białka i zlokalizowane między warstwą ziarnistą a rogową. Występuje głównie na stopach i dłoniach (tam gdzie naskórek jest grubszy) [1, 3, 4, 5].

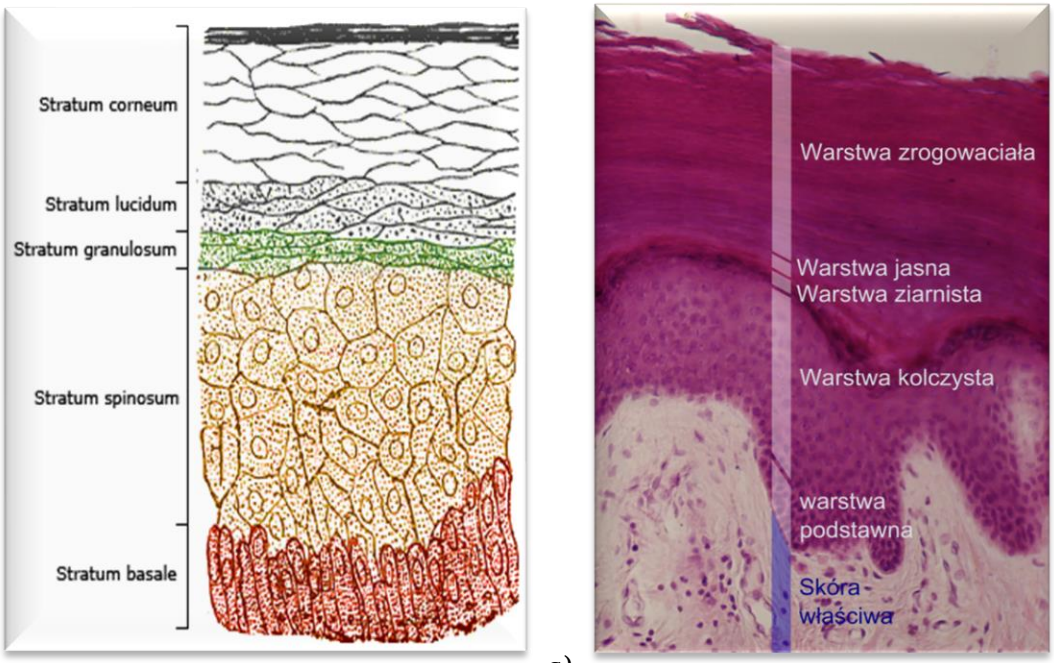
Warstwa rogowa (stratum corneum) – stanowiąca najbardziej zewnętrzną część naskórka, utworzona w procesie keratynizacji i składająca się z około 20. rzędów komórek pozbawionych jąder, a otoczonych lipidową macierzą, silnie przylegających do siebie w dolnych szeregach, zaś w górnych – ulegających ciągłemu złuszczeniu. Proces złuszczania odbywa się w ciągu 28 dni (wymianie ulegają wszystkie warstwy naskórka), dzięki czemu skóra w sposób ciągły odnawia się. Istotą keratynizacji jest stopniowa utrata funkcji życiowych komórek oraz przemiany związków białkowych, takich jak filagryna, inwolukryna, lorikryna i lipidowych, przy udziale wewnątrz - i zewnątrzkomórkowych enzymów [1, 3, 4, 5].

Na powierzchni warstwy rogowej znajduje się płaszcz lipidowy PTS, czyli mieszanina łoju wydzielanego przez gruczoły łojowe oraz lipidów pochodzących z komórek naskórka. Płaszcz wodno-lipidowy skóry odpowiada za wszelkie procesy wchłaniania oraz przenikania substancji do wnętrza skóry. Wpływa na jej odpowiednie nawilżenie, tworząc barierę okluzyjną na naskórku i zapobiegając mimowolnej utracie wody (niezbędny składnik dla prawidłowego przebiegu wszelkich procesów zachodzących w skórze). Chroni także skórę przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi, takimi jak: zanieczyszczenia, warunki atmosferyczne, promienie UV, agresywny dotyk oraz wpływa na elastyczność skóry. Dzięki temu jest ona miękka, jędrna i gładka. Składa się w 58% z keratyny, w 30% z NMF oraz 11% z lipidów **(**spoiwo łączące komórki warstwy rogowej).

Spoiwo międzykomórkowe (cement międzykomórkowy), to lipidy naskórka powstające w trakcie dojrzewania keratynocytów w warstwie kolczystej i ziarnistej. Lipidy w warstwie rogowej składają się z 40% ceramidów, 25% cholesterolu, 10% siarczanu cholesterolu i 25% wolnych kwasów tłuszczowych.

NMF – Naturalny Czynnik Nawilżający, to składniki warstwy rogowej i płaszcza hydrolipidowego skóry, nadające im właściwości higroskopijne i hydrofilne. Powstają

podczas procesu keratynizacji z dezintegracji jąder komórkowych rogowaciejących komórek naskórka. Skład procentowy, to: 40% aminokwasów (glicyna, seryna, prolina, kwas glutaminowy); 18,5% sole mineralne (sód, wapń, potas, magnez, chlorki, fosforany); 12% mleczanu sodu; 12% sól sodowa kwasu piroglutaminowego (PCA – Na); 7% mocznik; 1,5% amoniak, kwas moczowy, glikozamina, keratynina, substancja niezidentyfikowane. NMF może być wypłukiwany z warstwy rogowej przez wodę, rozpuszczalniki i detergenty [1, 3, 4, 5].



a) b)

Rycina 2. Budowa naskórka [6]: a) warstwy naskórka, b) Budowa histologiczna, widok w mikroskopie świetlnym

Skóra właściwa

Skóra właściwa *(łac. dermis)* jest zdecydowanie grubsza od naskórka, ma pochodzenie mezodermalne i składa się z elementów tkanki łącznej. Zbudowana jest z dwóch warstw [1, 3, 4, 5]:

- siateczkowej *(łac. stratum reticulare)*, która obejmuje warstwy głębsze, aż do tkanki podskórnej
- brodawkowej *(łac. stratum papillare)*, która zaś obejmuje brodawki.

Granica skórno-naskórkowa ma przebieg falisty. Wyniosłości skóry pomiędzy splotami naskórkowymi noszą nazwę brodawek (*papillae*). Podścielisko łącznotkankowe składa się z włókien kolagenowych, sprężystych i retikulinowych. Podstawową część

podścieliska stanowi Typ I i III włókien kolagenowych, natomiast kolagen typu IV obecny jest w obrębie błon podstawnych naczyń i błony podstawnej naskórka.

Kolagen typu I - stanowi ok. 80%, przeważa u osób dorosłych, nie ma właściwości pochłaniania wody, tworzy masę grubych włókien, odgrywając role podpory i wraz z wiekiem kolagen III zastępowany jest kolagenem I.

Kolagen typu III – delikatny, nadaje skórze elastyczność, jędrność, jest zdolny do pochłaniania wody (odpowiada za nawilżenie skóry), buduje głównie włókna kolagenowe u dzieci i osób młodych, u osób dorosłych jest go poniżej 18%. Synteza kolagenu III wyhamowuje w wieku około 30 lat, a potem zanika w wieku około 40-50 lat.

Włókna retikulinowe i sprężyste przeplatają się z włóknami kolagenowymi – ich rola i pochodzenie nie są do końca wyjaśnione.

Komórki tkanki łącznej w skórze właściwej to: fibrocyty i fibroblasty (wytwarzające kolagen), histiocyty pochodzące z monocytów krwi, komórki tuczne (mastocyty) oraz pojedyncze komórki krwi (limfocyty).

Skóra właściwa jest oparciem i miejscem przytwierdzenia naskórka, zawiera nerwy, naczynia krwionośne i przydatki skóry:

- włosy,
- paznokcie,
- gruczoły potowe i łojowe,
- naczynia krwionośne, limfatyczne,
- zakończenia nerwowe [1, 3, 4, 5].

Tkanka podskórna

Tkanka podskórna *(łac. subcutis, hypodermis, tela subcutanea)* to część skóry będąca warstwą izolacyjną, ochronną i źródłem energii. Jej grubość jest zależna od miejsca występowania w ciele człowieka. Nie występuje w męskich narządach płciowych i powiekach, znajduje się natomiast między skórą właściwą, a powięzią mięśni. Głównie zawiera się w niej tkanka tłuszczowa, zbudowana ze zrazików, niewielkich komórek tłuszczowych uformowanych w skupisko, które jest rozmieszczone nieregularnie. Ich ilość jest uwarunkowana odżywianiem, wiekiem, płcią oraz miejscem na ciele. Zawiera także dolne odcinki korzeni włosów, części wydzielnicze gruczołów (np. potowych), a także niektóre receptory (np. ciałka blaszkowate) [4, 5].

Gruczoły potowe

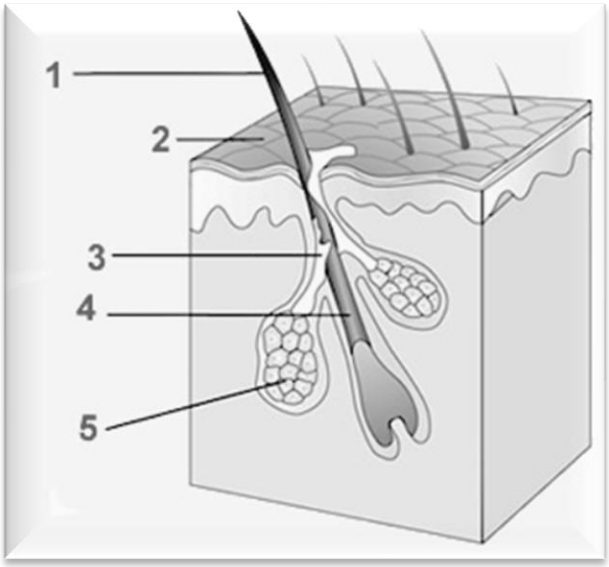
Gruczoły potowe dzielą się na [1, 3, 4, 5]:

- ekrynowe – rozmieszczone w obrębie całego ciała (poza małżowinami usznymi, granicą skóry i błon śluzowych, warg, powierzchni wewnętrznej napletka, żołędzi prącia, łechtaczki, warg sromowych mniejszych), o największym zgrupowaniu w okolicach dołów pachowych, powierzchni rąk i podeszew stóp, na nosie, na czole. Ich liczba szacowana jest na 2-5 mln, zmienna od narodzin i niezależna od stężenia hormonów płciowych. Mają kształt cewkowaty i są silnie skręcone w swojej dolnej części. Posiadają część wydzielniczą i wyprowadzającą, zakończoną porem. Biorą udział w termoregulacji, a także w usuwaniu z organizmu szkodliwych produktów przemiany materii. W pocie znajdują się: woda, kwas moczowy, mocznik, chlorek sodu, kwas askorbinowy, lipidy, cholesterol i amoniak. Na aktywność gruczołów ekrynowych wpływa układ nerwowy. Bodźce nerwowe mogą nasilić albo zahamować pocenie się. W przypadku silnego stresu często dochodzi do nasilenia aktywności gruczołów, czego skutkiem jest nadmierne wydzielanie potu. Przy prawidłowym działaniu ekrynowych gruczołów potowych człowiek powinien wydalić w ciągu dnia około 300 ml potu. Pot nie stanowi pożywki dla bakterii, ma lekko kwaśne pH, hamuje rozwój i namnażanie drobnoustrojów, nie ma przykrego zapachu. Wraz z wydzieliną gruczołów łojowych tworzy kwaśny płaszcz hydrolipidowy skóry.
- apokrynowe – inaczej cewkowe, trochę większe od zwykłych gruczołów potowych. Do piątego miesiąca ciąży zajmują całą powierzchnię ciała, potem ulegają regresji, aż do okresu pokwitania. Występują wyłącznie w okolicach pachowych, sutkowych oraz genitalnych i uaktywniają się dopiero w okresie dojrzewania. Nie biorą udziału w procesie termoregulacji. Są stymulowane do wytwarzania wydzieliny przez hormony oraz stres i inne emocje, która jest przenoszona wzdłuż łodygi włosa na powierzchnię skóry. Odpowiedzialne są za to często substancje będące produktem rozkładu produktów wydzieliny gruczołów przez bakterie. Pot wydzielany przez te gruczoły wygląda jak mleko, Jest lepki, zawiera: wodę, sole mineralne, lipidy, sterole, białka i cukry. Stanowi doskonałą pożywkę dla bakterii. Początkowo jest bezwonny, następnie zmienia zapach w wyniku rozkładu przez bakterie.

Włosy

Mieszek włosowy składa się z dwóch części: nabłonkowej i łącznotkankowej [1, 3, 4, 5]. Część nabłonkową stanowi macierz, w wyniku której rogowacenia powstaje łodyga włosa i tworzy się pochewka dochodząca do powierzchni skóry. Część łącznotkankową stanowi brodawka włosa, na której opiera się macierz.

Na głowie człowieka znajduje się od 100 do 150 tysięcy włosów. Na 1 cm² przypada 150–500 włosów ciemnych albo 180–750 włosów jasnych (cieńsze od ciemnych). Wzrost włosów to około koło 0,33 mm dziennie, około 1 cm miesięcznie i około 12 cm rocznie. Zależy to od czynników wewnętrznych, dlatego u każdego człowieka może przebiegać inaczej. Najszybciej rosną włosy u ludzi mających od 16 do 24 lat. W ciągu roku długość włosów zwiększa się u nich o 17 cm.



Rycina 3. Mieszek włosowy z włosem: 1 – włos 2 – powierzchnia skóry 3 – łój skórny 4 – mieszek włosowy 5 – gruczoł łojowy [7]

Włosy mogą znajdują się w rozmaitych stadiach rozwoju:

- okres wzrostu włosa, czyli anagen dotyczy w przeważającej liczbie włosów owłosionej skóry głowy, trwa od 3 do 6 lat co oznacza, że włosy rosną do 60 cm i więcej, około 85% - 90% włosów znajduje się w fazie anagenu w danym momencie. Na początku okresu w komórkach zawiązka włosa występują bardzo liczne podziały. Niezróżnicowane komórki zawiązka włosa rosną w dół i otaczając brodawkę zaczynają tworzyć opuszkę. Mieszek sukcesywnie wydłuża się i osiąga swoją

ostateczną długość, a melanocyty zaczynają produkować melaninę. Włos zaczyna rosnąć wychodząc ponad powierzchnię skóry

- okres inwolucji (katagen) – trwa około 2 tygodni, to faza przejściowa. W początkowym okresie czynność komórek macierzy włosa ustaje, ulegają one zwyrodnieniu i zanikowi. Opuszka przechodzi proces keratynizacji i stopniowo zanika. Zatrzymana zostaje przez malanocyty produkcja malaniny, zahamowane zostają podziały komórek macierzy opuszki. Faza trwa krótko, średnio ok. 14 – 21 dni. Katagen obejmuje 0,5 – 1 % włosów.
- okres spoczynkowy (telogen) – trwa 2-4 miesiące. W tej fazie znajduje się o 10 – 20% włosów. Włos telogenowy, to twór całkowicie zrogowaciały, nie zawiera barwnika. W fazie tej mieszek włosa pozostaje we względnym spoczynku, do czasu nadejścia sygnału z wnętrza, jak i z zewnątrz mieszka, powodującego reaktywację cyklu
- faza uwalniania włosa (egzogen) - następuje utrata włosa telogenowego – koniec nowego włosa wypycha kolbe włosa telogenowego i zchodzą procesy reaktywacji [1, 3, 4, 5].

Paznokcie

Płytki paznokciowe (łac. *unguis*) sa przytwierdzane do łożyska paznokcia [1, 3, 4, 5]. Płytka paznokciowa zbudowana jest z blaszki grzbietowej i blaszki podeszwowej. Blaszka grzbietowa składa się z korzenia paznokcia, zagłębionego w skórze oraz właściwego paznokcia, wyrastającego na zewnątrz. Nasadę paznokcia, z niekiedy widocznym obłączkiem, otacza od zewnątrz wał paznokcia wraz z obrąbkiem naskórkowym. Paznokcie powstają w macierzy i rosnąc przylegają do łożyska. U rąk rosną około 0,15 mm na dobę, natomiast u nóg niemal dwa razy wolniej. W prawidłowych warunkach paznokcie rąk odrastają około 5 miesięcy, a paznokcie stóp dwa razy dłużej. Grubość i kształt paznokci są cechami indywidualnymi [1, 3, 4, 5].

Funkcje skóry

- gospodarka tłuszczowa,
- gospodarka witaminowa (synteza witaminy D_3 z 7-dehydrocholesterolu),
- izolacja środowiska wewnętrznego od zewnętrznego (czynników fizycznych, chemicznych i biologicznych) – mechaniczna osłona i obrona organizmu głównie przed drobnoustrojami chorobotwórczymi (ważny składnik odporności nieswoistej),

- melanogeneza (melanina chroni organizm przed mutagennym promieniowaniem ultrafioletowym),
- percepcja (odbiór) bodźców ze środowiska zewnętrznego (dotyk, ból, ciepło, zimno) poprzez receptory w skórze i naskórku,
- termoregulacja ustroju,
- udział w gospodarce wodno-elektrolitowej (gruczoły potowe),
- udział w wymianie gazowej,
- wchłanianie niektórych substancji,
- wydzielanie dokrewne i reakcje odpornościowe (skóra zawiera komórki Langerhansa należące do APC) [1, 3, 4, 5].

ŁUSZCZYCA

Łuszczyca *(łac. Psoriasis)* to choroba, która należy do najczęstszych przewlekłych, zapalnych, genetycznie uwarunkowanych schorzeń skóry. Objawy kliniczne charakteryzują się dobrze odgraniczonymi, czerwonymi grudkami, blaszkami lub zmianami plackowatymi, o różnej wielkości, które pokryte są srebrzystymi łuskami. Na wyróżnienie rodzajów tej choroby pozwoliła znaczna różnorodność morfologiczna wykwitów na skórze i proces choroby. Łuszczyca jest dermatozą, którą nie możemy się zarazić [4, 8, 9, 10].

Prowadzone w ostatnich latach badania nad chorobą i skuteczne wyniki leczenia ciężkich i umiarkowanych postaci łuszczycy lekami biologicznymi pozwoliły na potwierdzenie definicji łuszczycy jako ciągłej mediowanej immunologicznie choroby układowej (*immune mediated infammatory disease*- IMIDS). Może ona prowadzić nawet do inwalidztwa, jeśli zajmie stawy, ale także do wczesnego zgonu. Podjęcie licznych badań nad łuszczycą jej etiopatogeneza nie jest do końca poznana. Łuszczyca jest chorobą nawrotową i przewlekłą i jedynie częściowo może być kontrolowana leczeniem. Dermatoza wywiera znaczący wpływ na komfort życia chorego. W literaturze określa się ją często jako zaburzenie psychofizjologiczne [4, 8, 9, 10].

Typy łuszczycy

Łuszczyca zwykła plackowata

Łuszczyca zwykła plackowata (chronic plaque psoriasis) to postać tej dermatozy, która dotyczy około 85% łuszczyków co oznacza, że jest to najczęstsza odmiana choroby. Zmiany zlokalizowane na skórze gładkiej w postaci żywoczerwonego ogniska o kształcie okrągłym lub owalnym, od 2 cm średnicy i więcej, pojedyncze tarczki mogą się ze sobą zlewać tworząc w ten sposób jeszcze większe ogniska (Fot. 1 a i b). Tarczki bardzo często są pokryte grubą warstwą srebrzystej łuski, które są skutkiem przyspieszonego rogowacenia. Uszkodzenie, zadrapanie skóry w aktywnej fazie choroby np. ostrym przedmiotem skutkuje wysiewem pierwotnych zmian wzdłuż uszkodzonego miejsca w czasie od 6 do 10 dni i jest to tzw. objaw Köbnera [11].

a)

b)

Fotografia 1 a i b. Łuszczyca plackowata [źródło: zasoby własne].

Łuszczyca krostkowa

Łuszczyca krostkowa (psoriasis pustulosa) charakteryzuje się występowaniem na skórze jałowych krostek, krost na podłożu rumieniowym, które często się zlewają. Występuje w dwóch postaciach: zlokalizowanej dotyczy ona dłoni i stóp oraz uogólnionej zaliczającej się do najcięższej postaci łuszczycy dotyczy mniej niż 3% chorych [11, 12].

Łuszczyca krostkowa dłoni i stóp

Łuszczyca krostkowa dłoni i stóp (psoriasis pustulosa palmoplantaris) zmiany w tym rodzaju choroby występują na powłoce powierzchni dłoniowej rąk i podeszwowej stóp (Fot. 2). Nierzadko problematyczna do zdiagnozowania, dlatego, że jej zmiany często są słabo odgraniczone i zaczerwienione. Mogą one na palcach przyjmować postać bolesnych pęknięć, bądź w innych przypadkach tworzyć 1-2 milimetrowe usiane krostami zmiany zapalne. Po ustąpieniu zmian na skórze dłoni i stóp pozostają brązowe łuski lub plamki [12, 13].

Fotografia 2. Łuszczyca krostkowa dłoni [źródło: zasoby własne].

Łuszczyca owłosionej skóry głowy

Łuszczyca owłosionej skóry głowy w tym rodzaju łuszczycy zmiany i ich nierówności o wiele łatwiej jest wyczuć niż dostrzec, ponieważ miejsca pokryte łuską przeplatają się ze zdrową skórą. Dość często zmiany łuszczycowe wylewają się poza owłosioną skórę głowy. Bardzo rzadko obserwuje się łysienie [11].

Łuszczyca paznokci

Łuszczyca paznokci (psoriasis unguium) cechuje się zmianami płytek paznokciowych. Na paznokciach możemy zauważyć punktowe wgłębienia, bruzdy poprzeczne i podłużne, oddzielenie się płytki paznokciowej od łożyska, rogowacenie podpaznokciowe i unoszenie płytki od wolnego brzegu. Paznokcie w łuszczycy są bardzo łamliwe, kruche i mają żółtawy odcień, zajmują różną liczbę paznokci stóp i rąk [11]. Zmiany łuszczycowe w obrębie paznokci przedstawia Fotografia 3.

Fotografia 3. Łuszczyca paznokci rąk i stóp [źródło: zasoby własne].

Odżywianie w łuszczycy

Łuszczyca jest schorzeniem ogólnoustrojowym i nie dotyczy jedynie skóry. W przebiegu choroby znaczącą rolę odgrywa także dieta chorego, wprawdzie nie ma aktualnie ściśle określonych standardów żywieniowych jednak wieloletnie badania potwierdzają słuszność modyfikacji sposobu odżywiania dla polepszenia kondycji skóry. Jednym z wielu czynników środowiskowych, mogących przyczynić się do wysiewu zmian łuszczycowych jest właśnie nieprawidłowo zbilansowana i nieracjonalna dieta [17].

Stawczyk i wsp. [18] podkreślają, iż mimo braku ustalonych rekomendacji żywieniowych dla chorych na łuszczycę, znane są wyniki badań, które wskazują, że zmiana nawyków żywieniowych skutkuje poprawą przebiegu choroby [18].

W przypadku łuszczycy dieta jest nieustannym testowaniem produktów. Niezmiernie ważna jest obserwacja reakcji organizmu na poszczególne artykuły spożywcze. Chory powinien sam indywidualnie „przetestować", co jeść, aby móc znaleźć swój najlepszy sposób na życie z chorobą. Produkty, które często powodują nasilenie się objawów łuszczycy to między innymi kawa, alkohol, ostre przyprawy, cytrusy, słodycze, tłuste potrawy, sery żółte, ale także żywność przetworzona z dodatkiem konserwantów czy emulgatorów. Natomiast mówi się, np. że owoce i warzywa, ryby, produkty zbożowe oraz woda mają pozytywny wpływ na funkcjonowanie organizmu, ale także na stan łuszczycy i nie powodują nasilenia jej zmian [19].

W latach 2003-2006 przeprowadzono badanie *National Health and Nutrition Examination Surwey* dotyczące diety i stanu odżywienia osób z łuszczycą w stosunku do osób bez łuszczycy. Uzyskano korelację dodatnią pomiędzy BMI, podwyższonym poziomem witaminy A i L-karotenu, zaś pomiędzy spożyciem cukrów prostych a manifestacją łuszczycy odnotowano korelację ujemną [20].

W badaniach brazylijskich z 2012 roku odnoszących się również do powyższej tematyki stwierdzono korelację pomiędzy wadliwym żywieniem, a nasileniem objawów czy cięższym przebiegiem łuszczycy [20].

Wiele badań podkreśla związek pomiędzy otyłością i łuszczycą. Jak podaje Kisielnicka i wsp. [21], osoby cierpiące na łuszczycę maja około 50% większe predyspozycje do wystąpienia otyłości. Podobne doniesienia przedstawia Szczęsny na podstawie badań Palmer oraz agencji ANSA [cyt. za 22, 23]. W związku z powyższym rekomendowana jest dla osób z łuszczycą dieta niskokaloryczna, zapobiegająca otyłości, zmniejszająca masę ciała, ograniczająca zaburzenia lipidowe a tym samym wpływającą na ograniczenie przewlekłego stanu zapalnego występującego na tle zaburzeń metabolicznych i zmniejszenie zmian łuszczycowych i dłuższe okresy remisji po skutecznym leczeniu [20].

Wnęk [24], wśród produktów żywnościowych mogących nasilać procesy zapalne w tym wpływać na manifestację łuszczycy wskazuje:

- mięso i produkty mięsne,
- produkty nabiałowe,
- produkty wysoko przetworzone,

- cukry rafinowane.

Autorka poleca jako produkty ograniczające mediatory zapalne [24]:

- tłuste ryby morskie,
- nasiona lnu i olej lniany,
- oliwę z oliwek,
- nasiona dyni,
- orzechy włoskie (roślinne źródła kwasów omega-3),
- świeże warzywa i owoce, w szczególności: marchew, dynia, szpinak, jarmuż i brokuły, jagody, mango, truskawki i figi.

W oparciu o powyższe autorka poleca dietę wegańską powodującą m.in. ograniczenie podaży kwasu arachidonowego (pochodzącego z potraw mięsnych) mającego powinowactwo do produkcji związków prozapalnych [24].

Dodatkowo spożywanie warzyw i owoców jako podstawy diety dostarcza do organizmu przeciwutleniaczy i zmniejsza stres oksydacyjny leżący u podstaw etiopatogenezy łuszczycy [24].

Owczarczyk-Saczonek i Placek [20] zwracają również uwagę, że w diecie wegetariańskiej dochodzi do wyrównania niedoborów potasu, którego spożycie wpływa na produkcję kortyzolu działającego przeciwzapalnie.

Nie bez znaczenia dla obrazu choroby, jak wspomniano wcześniej, jest podaż w diecie osób z łuszczycą, wielonienasyconych kwasów tłuszczowych omega – 3, występujących w tłustych rybach morskich, (sardynka, łosoś, makrela, śledź i tuńczyk) oraz oleju lnianym i rzepakowym. Ich spożywanie, jak dowodzą badania powoduje zmniejszenie nasilenia zmian skórnych mierzonych wskaźnikiem PASI (*Psoriasis Area and Severity Index*) [24].

Należy podkreślić, że łuszczyca rzadko występuję u ludności afrykańskiej. Przyczyny tego zjawiska upatruje się nie tylko w genetycznych predyspozycjach ale również w żywieniu, którego podstawą jest spożywanie kukurydzy bogatej z kwasy omega-3 [20].

Niektóre badania dowodzą zmniejszenie zmian skórnych łuszczycowych po zastosowaniu diety bezglutenowej u osób z przeciwciałami IgA i IgG AGA. Jednak nie ma w tej kwestii jednoznacznych dowodów [20].

Ziołolecznictwo ma zastosowanie również w przypadku łuszczycy. Ziołami o charakterze przeciwzapalnym są [20]:

- rumianek pospolity,
- łopian większy,

- korzeń lukrecji.

Rumianek np. stosowany miejscowo w postaci olejku działa przeciwbakteryjnie zwalczając np. Staphylococcus oraz przeciwgrzybiczo np. przeciw grzybom Candida. Drobnoustroje te często bytują w zmianach łuszczycowych i biorą udział w indukcji zmian skórnych. Natomiast jako wspomagający terapię łuszczycy stosuje się napar z kwiatów szafranu łąkowego o działaniu immunosupresyjnym [20].

Epidemiologia łuszczycy

Łuszczyca występuje wśród całej populacji ludzkiej. Pomimo licznych badań i publikacji informacje dotyczące epidemiologii łuszczycy na świecie są nadal niepełne Z tą dermatozą, w zależności od położenia geograficznego i etnicznych korzeni, zmaga się na świecie, jak podają Chandran i Raychaudhuri [25] od 0 do 11,8% ludności. Szacuje się, iż przeciętnie dotyka ona od 2 do 4% ludności [8, 26].

Spotykana jest najczęściej u osób rasy białej, najrzadziej u rasy czarnej, zaś w populacji grenlandzkich Inuitów choroba nie jest w ogóle znana [27].

Częściej występuje wśród mieszkańców północnych, zimnych rejonów, a rzadziej w populacjach żyjących w tropikach [28].

Szacuje się, że w Europie łuszczyca dotyczy od 0,6 do 6,5% ludności [25].

Ogólne wskaźniki chorobowości w krajach europejskich kształtują się następująco [25, 29, 30, 31]:

- Irlandia Północna – 5,5%,
- Norwegia – 4,8%,
- Szkocja – 4,8%,
- Francja – 3,58–5,2%,
- Dania – 2,5–3,5%,
- Niemcy – 2,5–3,5%,
- Węgry – 2%,
- Wielka Brytania – 1,5–2,8%,
- Holandia – 1,8%,
- Chorwacja – 1,55%,
- Hiszpania – 1,43%,
- Szwecja – 1,4%,

- dawna Czechosłowacja – 1,2%.

Natomiast wskaźnik zachorowań na łuszczycę w USA wynosi 3,15%, w Kanadzie – 4,7%, a w Meksyku – 3% i jest podobny jak w Europie [26, 32] zaś w Indiach, Chinach, Japonii odsetek chorych na łuszczycę jest niższy niż w Europie (odpowiednio 0,5–2,3%, 0,5–1,23%, 0,29–1,18% [25].

Występowania łuszczycy nie odnotowuje się w Ameryce Południowej wśród ludności andyjskiej oraz wśród Aborygenów Australijskich [25, 28].

W Polsce dotkniętych *psoriasis* jest 2% populacji, 2/3 to przypadki o łagodnym przebiegu natomiast reszta, czyli 1/3 chorych zmaga się z jej cięższą odmianą [5,26].

Choroba równie często występuje u kobiet jak i mężczyzn, niezależnie od wieku. Wyróżnia się dwa okresy, w których może pojawić się pierwszy wysiew łuszczycy [8,26]:

- I - 20.-30. rokiem życia,
- II - 50.- 60. rokiem życia.

Zmiany łuszczycowe mogą występować niemalże na każdej okolicy ciała i zazwyczaj są o symetrycznym układzie, a zajmują najczęściej [8, 26]: łokcie, kolana, wyprostne części kończyn, owłosioną skórę głowy, okolice krzyżowe.

Zmiany chorobowe mogą jednak zająć każdy obszar ludzkiego ciała, również okolicę odbytu i narządów płciowych [8, 26].

Od 10 do 30% chorych na łuszczycę zmaga się z rozwijającym łuszczycowym zapaleniem stawów ŁZS [8, 26].

Bożęcki i wsp. [33], przeprowadzili badania retrospektywne dotyczące występowania łuszczycy w Polsce w latach 2008-2015. Materiał stanowiły dane z oddziałów NFZ. Biorąc pod uwagę średnią liczbę osób zamieszkujących na terenie poszczególnych oddziałów NFZ, najwięcej pacjentów z łuszczycą zarejestrowano w Kujawsko-Pomorskim, zaś najmniejszą w Dolnośląskim Oddziale NFZ. Szacunkowa częstość występowania łuszczycy w Polsce w latach 2008–2015 wyniosła w powyższym badaniu ok. 2,99%, przy czym łuszczyca dotyczyła głównie osób w wieku 41–60 lat, z przewagą kobiet zamieszkujących miasta. Należy jednak podkreślić, że przedstawione dane są niedoszacowane, ponieważ informacje pochodziły tylko z placówek o profilu dermatologicznym posiadających kontrakt z NFZ, nie uwzględniono w nich osób, które leczyły się w placówkach prywatnych, osób, w okresie remisji oraz tych, które zaniechały leczenia lub stosowały domowe sposoby, jak też leczonych poza specjalistycznymi przychodniami i oddziałami.

STYGMATYZACJA

Stygmatyzacja to powszechny i istotny problem, szczególnie w obecnych czasach kiedy tak bardzo rozpowszechniony jest kult idealnego ciała, idealnej skóry i szeroko pojętej perfekcji. Określeniem stygmatyzacja opisuje się jeden z rodzajów piętna społecznego, które prowadzi do odrzucenia i alienacji konkretnej jednostki. Najprawdopodobniej pojęcie to wywodzi się greckiego słowa *stigma (stygmat)* [34].

W starożytnej Grecji był on rozumiany jako znak, którym piętnowano grupy znajdujące się na marginesie społecznym [34].

Konsekwencje tego zjawiska mogą być bardzo poważne, od depresji, przez myśli samobójcze po odebranie sobie życia.

Stygmatyzacja to negatywny, wieloetapowy proces polegający na deprecjonowaniu określonych osób [35]. Ma on swoje źródło w stereotypach i brakach poznawczych, opartych o brak wiedzy lub niepełną czy nieprawdziwą wiedzę. Człowiek stygmatyzowany/ naznaczany/ etykietowany uznawany jest za jednostkę niepełnowartościową lub wręcz bezwartościową [36].

Etykietowanie dotyczy zazwyczaj pewnych odmienności od stanu uznanego za normę w danej grupie czy społeczności. Może dotyczyć osób z ułomnościami fizycznymi, różnymi chorobami (np. psychicznymi, AIDS, alkoholizm, COVID – 19) lub ze względu na status społeczny, płeć, odmienny wygląd (np. otyłość, kolor włosów, posiadanie piercingu, czy tatuaży) lub zaniedbania zdrowotne [37].

Jednym z ekstremalnych przejawów stygmatyzacji jest izolowanie społeczne osoby etykietowanej [38], co może prowadzić do zaburzeń tożsamości i przynależności społecznej a w konsekwencji niemożności utrzymania zdrowia psychicznego i biologicznego z powodu braku determinanty pozostawania w środowisku społecznym [39, 40].

Stygmatyzacja wiąże się ściśle z odmawianiem osobom piętnowanym równych praw, szykanowaniem, wyszydzaniem, znęcaniem się psychicznym i/lub fizycznym. Aby można było mówić o stygmatyzacji musi jednocześnie zaistnieć kilka czynników takich jak: etykietowanie, stereotypizacja (powiązanie różnic społecznych ze stereotypami, oddzielenie danej jednostki od całej reszty na ich podstawie), utrata statusu społecznego oraz dyskryminacja osoby napiętnowanej [41, 42].

Osoba stygmatyzowana z powodu chorób skóry niejednokrotnie nie ma wpływu na ujawnienie się u niej danego schorzenia, niemniej stygmat stanowi dla niej niepożądany i

przykry atrybut. Powoduje, że nie zauważa ona swoich pozytywnych cech, zwraca uwagę tylko na te naznaczone, co zaniża jej samoocenę [41].

Stygmat jest jednym z najsilniej oddziaływujących narzędzi społecznych do demonstracji władzy i wyższości nad innymi, do wykluczania i marginalizacji. Z tego powodu osoby posiadające różne odmienności chcąc zapobiec piętnowaniu, starają się je ukryć.. Daje im to w pewnym zakresie poczucie bezpieczeństwa w społeczeństwie redukuje stres i destruktywny nastrój i podwyższa mocno zaniżoną samoocenę [41, 42].

Wśród schorzeń stygmatyzogennych niewątpliwie, z racji widoczności zmian chorobowych dla otoczenia, w czołówce znajdują się choroby skóry. Stale wzrasta ilość badań tego zjawiska wśród chorych dermatologicznie a szczególnie wśród osób z łuszczycą. Większość pacjentów z dermatozami zwłaszcza w okresie zaostrzenia, wstydzi się wychodzić do miejsc publicznych takich jak basen, sauna czy plaża gdyż każde odsłonięcie ciała powoduje u nich poczucie wstydu, obawę przed nieprzychylnymi spojrzeniami i komentarzami na temat zaniedbań higienicznych czy zakaźności zmian skórnych. Nieestetycznie wyglądające zmiany chorobowe stają się pośrednio stygmatem wykluczającym pacjentów z pełnej aktywności społecznej [8, 43, 44].

Duże znaczenie w odbieraniu piętnowania ma także wiek i płeć chorego oraz umiejscowienie zmian. Szczególnie narażeni na negatywne konsekwencje związane ze stygmatyzacją są ludzie młodzi i nastolatkowie, a w odniesieniu do płci mężczyźni [42, 44].

JAKOŚĆ ŻYCIA

Wprowadzenie

Jakość życia *Health Related Quality of Life (HRQOL)* to pojęcie, towarzyszące ludziom od czasów kształtowania się cywilizacji, stosowane do oceny dobrostanu człowieka, jednak jest pojęciem szerszym niż określenie standard czy poziom życia, które dotyczą głównie elementów materialnych (dochodów i możliwości nabycia) [45, 46].

Jakość życia, poza wartościami materialnymi, obejmuje także zdrowie fizyczne oraz psychiczne, wykształcenie, sposób spędzania wolnego czasu, kontakty towarzyskie oraz wiele innych elementów [47].

Określenie jakość życia wiąże się zatem z dobrostanem człowieka, jego szczęściem, wieloaspektowym zdrowiem oraz satysfakcjonującym funkcjonowaniem społecznym [47].

Koncepcje fizjologiczne utożsamiały jakość życia z dobrostanem, będącym różnicą między sumą wszystkich przeżytych przyjemności, a sumą wszelkich doświadczanych w życiu cierpień [46].

Stelcer [48] podkreśla, iż jakość życia jest terminem wielowymiarowym i można je rozumieć w różnoraki sposób. Istotnym jest jednak, aby pojęcie to odnosiło się do tych elementów, które mają dla pacjenta kluczowe znaczenie.

Natomiast Galęski [cyt. za 49] odnosi jakość życia do sposobu, w jaki jednostka zaspokaja swoje potrzeby oraz powiązanych z nią oczekiwań i hierarchii wartości. Zaś Kaleta [cyt. za 50] uważa, że jakość życia obejmuje tylko potrzeby najważniejsze dla danej osoby. Podobnie Borowicz [cyt. za 51] analizuje jakość życia w kategorii potrzeb, jednak największy nacisk kładzie na pomiar ich deprywacji w oparciu o obiektywne (mierzalne) i subiektywne (np. poczucie zadowolenia) kryteria.

Definicji jakości życia jest tak wiele, jak badaczy zajmujących się omawianą tematyką, zaś każdy z nich dostosowuje definicje i podkreśla w niej aspekty najważniejsze z punktu widzenia nauki jaką reprezentuje. Stworzenie jednoznacznej, uniwersalnej definicji, która odpowiadałaby merytorycznie wszystkim przedstawicielom różnych dziedzin naukowych nauki zajmujących się badaniami nad jakością życia, nie powiodło się.

Mimo wielu sposobów rozumienia pojęcia jakości życia, badania w tym względzie najczęściej prowadzone są w świetle koncepcji jakości życia wypracowanej przez WHO i w oparciu o jej definicję jakości życia „*indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej*

pozycji w kontekście kulturowym i systemu wartości, w którym żyje, oraz w odniesieniu do zadań, oczekiwań i standardów wyznaczonych uwarunkowaniami środowiskowymi" [52, 53, 54].

W ramach takiej interpretacji QOL, WHO wyodrębnia sześć podstawowych wymiarów podlegających ocenie czy analizie „*samopoczucie psychiczne i fizyczne, relacje społeczne, poziom niezależności, środowisko zewnętrzne i duchowość a także wpływ osobistych przekonań na środowisko życia jednostki"* [55].

Jakość życia uwarunkowana zdrowiem

W medycynie używa się węższego określenia: *jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia* (ang. *health related quality of life, HRQoL*). W ujęciu tym poczucie zdrowia jest podstawowym czynnikiem jakości życia [54].

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia została zdefiniowana m.in. przez Schippera i określa samoocenę pacjenta dotyczącą wpływu choroby i stosowanego leczenia na jego funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym [56].

Wysoki indeks HRQoL wskazuje, że pacjent pomimo choroby postrzega siebie jako dobrze funkcjonującego w powyższych zakresach, natomiast niski indeks HRQoL świadczy o tym, że pacjent uważa, że jego choroba powoduje ograniczenia we wszystkich lub wybranych zakresach [56].

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia ściśle wiąże się z holizmem, którego zaistnienie w naukach medycznych zainicjowało zainteresowaniem problematyką jakości życia oraz postrzeganiem jej nie tylko w stosunku do osób zdrowych, ale również w odniesieniu do osób z różnymi schorzeniami [57].

W aspekcie holistycznym jakość życia jest wynikiem interakcji zachodzących pomiędzy jednostką, a środowiskiem i obejmuje dobrostan fizyczny i emocjonalny, relacje interpersonalne, przynależność społeczną, rozwój osobisty, niezależność, dobrobyt materialny, jak również prawa jednostki [58].

Pomimo istnienia choroby jakość życia może być odczuwana subiektywnie jako dobra lub odwrotne, pomimo braku choroby, jakość życia może być oceniona subiektywnie jako niska lub wręcz bardzo niska. Przesunięcie modelu zdrowia z definicji medycznej (brak choroby) do bio-psycho-społecznego (stan pełnego fizycznego i społecznego dobrostanu a nie jedynie brak choroby czy kalectwa - WHO) spowodowało, że zarówno QOL, jak i HRQL powinny być brane pod uwagę na równi z medycznymi wskaźnikami zdrowia [57, 58].

Jakość życia w łuszczycy

Skóra jest ważnym środkiem wyrazu i odbioru emocji. Z uwagi na to, że odgrywa ona centralną rolę w kontaktach międzyludzkich, przewlekła choroba dermatologiczna, jaką jest niewątpliwie łuszczyca, może wywierać głęboki wpływ na stan psychiczny pacjenta, a co za tym idzie, zaburzać obraz własnego ciała, obniżać samoocenę i jakość życia.

Brak akceptacji choroby przez pacjenta i jego otoczenie, długotrwały proces leczenia, poczucie napiętnowania, wrażliwość na opinie innych są źródłem dodatkowego stresu, alienacji społecznej, niskiego poczucia własnej wartości i negatywnie wpływając na obszary funkcjonowania człowieka (somatyczny, emocjonalny i społeczny) wywierają również negatywny wpływ na jakość życia chorych [47].

Łuszczyca odgrywa dużą rolę w życiu rodzinnym i społecznym osób chorych i wpływa znacząco upośledzając pełnienie przez chorych ról społecznych, powodując wycofanie z wielu dotychczas podejmowanych aktywności. Objawy choroby widoczne dla innych osób, a zarazem niekomfortowe dla samego chorego stają się przyczyną zaburzeń relacji (unikanie ludzi, przebywanie tylko w znanym bezpiecznym środowisku) oraz unikania sytuacji w których konieczna byłaby ekspozycja zmian zlokalizowanych na skórze przed otoczeniem. Osoby z łuszczycą często rezygnują z opalania, korzystania z parków wodnych, przymierzania ubrań, uprawiania sportu czy nawet intymnych sytuacji z powodu obawy przed napiętnowaniem i odrzuceniem jako osoby odrażającej i chorej zakaźnie [47].

Do czynników wpływających na stopień upośledzenia odczuwanego przez pacjentów z łuszczycą zalicza się przede wszystkim: umiejscowienie zmian, czas ich trwania oraz płeć. Łuszczyca ograniczona do małych obszarów skóry (np. łokcie i kolana) może być dokuczliwa, ale jej wpływ na życie chorego będzie nieporównywalnie mniejszy niż w przypadku zajęcia okolic rozległych i widocznych, nierzadko utrudniając pacjentom wykonywanie zawodu [47].

Do czynników wpływających na stopień upośledzenia odczuwanego przez pacjentów z psoriasis zalicza się przede wszystkim: umiejscowienie zmian, czas ich trwania oraz płeć. Łuszczyca ograniczona do małych obszarów skóry (np. łokcie i kolana) może być dokuczliwa, ale jej wpływ na życie chorego będzie nieporównywalnie mniejszy niż w przypadku zajęcia okolic rozległych i widocznych (dłonie, twarz, owłosiona skóra głowy, całe ciało), nierzadko utrudniając pacjentom wykonywanie zawodu [46].

Mimo, iż łuszczyca, nie jest zasadniczo chorobą śmiertelną to jej występowanie wiąże się z pojawieniem się u pacjentów nią obarczonych długotrwałego, przewlekłego stresu. Z

kolei stres jest czynnikiem, który może zarówno nasilać zmiany skórne lub indukować schorzenie u osób dotychczas zdrowych, szczególnie w przebiegu życiowych kryzysów [47].

Łuszczyca może mieć dramatyczne skutki dla psychiki pacjenta. Chory na łuszczycę czuje się nierzadko częściowo lub całkowicie odrzucony przez otoczenie, wyalienowany z życia społecznego. Może mieć poważne problemy z samooceną i ze znalezieniem życiowego partnera, a także później w relacjach z nim. Łuszczyca wywiera głęboki niekorzystny wpływ na całe życie chorego, na jego rozwój psychiczny, wykształcenie i wybór profesji oraz życie rodzinne i zawodowe determinując jego jakość zazwyczaj na niskim poziomie [59].

ZAŁOŻENIA I CELE PRACY

Łuszczyca (*psoriasis*) to przewlekła, genetycznie uwarunkowana choroba zapalna skóry i jednocześnie najpowszechniejsza z chorób dermatologicznych. Występuje niemal na całym świecie. Pomimo licznych i szeroko zakrojonych badań przyczyna łuszczycy pozostaje ciągle nie w pełni wyjaśniona. Kliniczny przebieg choroby niestety uniemożliwia przewidywania co do choroby [12]. Niewątpliwą rolę odgrywa podłoże genetyczne (m.in. polimorfizm genu HLA-Cw6) oraz immunologiczne (komórki Langerhansa oraz limfocyty T pomocnicze, zwłaszcza Th1, Th17). Częstość występowania łuszczycy w populacji określana jest na 2-4%.

Osoby z łuszczycą w większości próbują ukryć swoją chorobę przed społeczeństwem z obawy przed odrzuceniem, boją się o niej mówić czasami nawet swoim bliskim. Powyższa sytuacja wraz z uciążliwymi dolegliwościami chorobowymi powoduje stres, a ten wtórnie nasila chorobę lub powoduje, że demonstruje się ona w nowych dotąd nie zajętych chorobowo miejscach (często niemożliwych do ukrycia przed otoczeniem). Zjawisko stygmatyzacji bardzo często dotyka osoby z łuszczycą. Z racji odmienności wyglądu i widoczności zmian chorobowych zlokalizowanych na skórze traktowani są oni jak trędowaci i wykluczani społecznie w środowisku w jakim funkcjonują, co w znacznym stopniu wraz z wieloma innymi czynnikami obniża jakość życia. Pomimo szeroko zakrojonych kampanii społecznych zjawisko piętnowania nadal występuje dość szeroko w tej grupie chorych.

Celem pracy było poznanie wpływu łuszczycy na funkcjonowanie bio-psycho-społeczne osób z łuszczycą.

Cel ogólny wzbogacono o następujące **cele szczegółowe**:

1. Ocena wpływu choroby na subiektywne poczucie jakości życia u osób z łuszczycą.
2. Ocena występowania stygmatyzacji w grupie objętych badaniem osób z łuszczycą.
3. Ocena wpływu choroby na występowanie objawów depresyjnych u osób chorych na łuszczycę.
4. Analiza poziomu akceptacji choroby u osób obarczonych łuszczycą.
5. Analiza poziomu samooceny u osób z łuszczycą.

MATERIAŁ I METODYKA BADAŃ

W badaniu przeprowadzonym w okresie od 10.02.2020r. do 30.03.2020r., wzięło udział 64 pełnoletnie osoby, członkowie grup zrzeszających chorych na łuszczycę.

Ankietę przeprowadzono elektronicznie poprzez serwis społecznościowy Facebook i funkcjonujące na tym portalu grupy dla osób chorych na łuszczycę.

Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Senackiej Komisji ds. Etyki Badań Naukowych Państwowej Wyższej Szkoły Informatyki i Przedsiębiorczości w Łomży.

W niniejszej pracy zastosowano metodę sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem:

- autorskiego kwestionariusza ankiety
- standaryzowanych narzędzi badawczych:
    - 6 i 33- stopniowej Skali do Oceny Stygmatyzacji Osób Chorych na Łuszczycę,
    - Skali Depresji Becka (DBI)
    - Skali Akceptacji Choroby (AIS)
    - Skali Samooceny SES Roseneberga (SES).

Kwestionariusz autorski

Ankieta własna skonstruowana była z 9. pytań w części metryczkowej dotyczących danych demograficznych oraz 9. pytań zamkniętych w części szczegółowej dotyczących m. in. wpływu łuszczycy na jakość życia i funkcjonowanie respondentów oraz preferencji dietetycznych ankietowanych.

Skala 6- stopniowa do oceny stygmatyzacji (6-Item Stigmatization Scale)

Skala 6- stopniowa do oceny stygmatyzacji autorstwa Evers [cyt. za 44], w polskiej adaptacji Hrechorów, Szepietowskiego i wsp. [44] składa się z 6 pytań jednokrotnego wyboru z czterema możliwościami odpowiedzi do każdego pytania „nie”, „czasami”, „bardzo często” oraz „zawsze”.

W wersji skali zaadaptowanej do warunków polskich przyjęto punktację od 0 do 3 punktów dla poszczególnych odpowiedzi. Wynik całkowity zawiera się w przedziale od 0 punktów (brak stygmatyzacji) do 18 punktów (maksymalnie nasilona stygmatyzacja). Im

wyższy wynik tym wyższy stopień stygmatyzacji, odrzucenia i upokorzenia związane z chorobą skóry [44].

Skala 33 - stopniowa do oceny stygmatyzacji (*The Feelings Of Stigmatization Questionnaire*)

33 – stopniową skalę do oceny stygmatyzacji opracowali Ginsburg i Link [60], zaś do polskiej wersji językowej została zaadaptowana przez Hrehorów i wsp.[44].

Instrument ten tworzą 33 pytania jednokrotnego wyboru z sześcioma możliwymi odpowiedziami na każde z zadanych pytań: „z całą pewnością tak", „tak", „raczej tak", „raczej nie", „nie", „z całą pewnością nie". Kwestionariusz określa poziom stygmatyzacji łuszczyków z uwzględnieniem sześciu najważniejszych aspektów dotyczących choroby: odczuwania odrzucenia, bycia gorszym, wrażliwości na opinię innych, winy i wstydu, pozytywnego nastawienia oraz tajemniczości. W wersji polskiej kwestionariusza punktacja mieści się w przedziale od 0 do 5 punktów, odpowiednio dla odpowiedzi od „z całą pewnością tak" do „z całą pewnością nie", odpowiednio dla każdego z pytań. Oceniany stopień nasilenia stygmatyzacji według kwestionariusza 33-stopniowego mieści się w przedziale od 0 punktów (brak stygmatyzacji), do 165 punktów (maksymalnie nasilona stygmatyzacja) [44].

Inwentarz Depresji Becka - BDI (*Beck Depression Inventory*)

Inwentarz Depresji Becka opracowany przez Becka i wsp. [61, 62], zaadaptowany do warunków polskich przez Łojek i Stańczak [cyt. za 61], to narzędzie pozwalające w rzetelny i trafny sposób oszacować występowanie i poziom nasilenia objawów depresji. Inwentarz składa się z 21 pozycji, każda z pozycji zawiera cztery stopniowalne opisy nasilenia objawów depresji z odpowiednio przypisana im punktacją od 0 (objaw nie występuje) do 3 punktów (największe nasilenie objawu). Wynik ogólny skali może przyjmować wartości od 0 do 63 punktów. Większej liczbie punktów odpowiada większe nasilenie depresji. W celu interpretacji wyników przyjęto następujące punkty odcięcia: 0-11 punktów - brak depresji, 12-26 punktów - epizod depresyjny o łagodnym nasileniu, 27-49 punktów - epizod depresyjny o umiarkowanym nasileniu, 50 i więcej punków epizod depresyjny o głębokim nasileniu.

Skala Samooceny Rosenberga - SES (*Rosenberg* Self-Esteem Scale)

Skala Samooceny SES została opracowana przez Rosenberga [cyt. za 63, 64]. Adaptacji skali do warunków polskich dokonał zespół Dzwonkowska, Lachowicz-Tabaczek i Łaguna [64]. Skala ta jest instrumentem służącym do oceny poziomu ogólnej samooceny, czyli względnie stałej dyspozycji, rozumianej jako świadoma postawa wobec „Ja". Składa się z 10 stwierdzeń, które odnoszą się do przekonań o własnej osobie. Badany wskazuje odpowiedź na 4-stopniowej skali: „zdecydowanie zgadzam się" – 1 punkt, „zgadzam się" – 2punkty, „nie zgadzam się" – 3punkty, „zdecydowanie nie zgadzam się" – 4 punkty. Całkowitą punktację uzyskuje się po dodaniu punktów za poszczególne pytania, przy czym wyniki w pytaniach 1, 2, 4, 6, 7 są wynikami odwróconymi. Możliwe do uzyskania punkty mieszczą się w przedziale od 10 do 40 punktów. Chcąc ocenić, czy uzyskany wynik jest niski, czy wysoki, należy odnieść uzyskany wynik do norm stenowych - im wyższy wynik w stenach, tym wyższa samoocena. Interpretacja wyniku skali przedstawia się następująco:

- 1-2 punkty - bardzo niska samoocena
- 3-4 punkty - niska samoocena
- 5-6 punktów - przeciętna samoocena
- 7-8 punktów - wysoka samoocena
- 9-10 punktów - bardzo wysoka samoocena [64].

Skala Akceptacji choroby – AIS (*Acceptance of Illness Scale*)

Skala akceptacji choroby - AIS została opracowana przez Feltona, Revensona i Hinrichsena [65].

Do polskich warunków zaadoptował ją Juczyński [cyt. za 65]. AIS służy do oceny stopnia akceptacji choroby przez osoby nią dotknięte. Składa się z 8 negatywnie opisujących konsekwencje stanu zdrowia stwierdzeń. Wszystkie stwierdzenia zawierają 5-stopniową skale, a chory ocenia swój aktualny stan zdrowia, wskazując stosowną punktację, przedstawioną poniżej:

- 1- zdecydowanie zgadzam się,
- 2- zgadzam się,
- 3- nie wiem,
- 4- nie zgadzam się,

- 5- zdecydowanie nie zgadzam się.

Autorzy AIS uważają, że może mieć ona zastosowanie do oceny akceptacji każdego schorzenia [65, 66].

Analiza statystyczna

Przed przystąpieniem ankietowanych do wypełnienia kwestionariusza ankiety, została podana informacja o dobrowolnym przystąpieniu do badania, gwarancji zachowania anonimowości i późniejszym wykorzystaniu wyników badań do napisania pracy.

Dane pozyskane z wypełnionych kwestionariuszy zostały poddane analizie i zaprezentowane w formie opisowej i graficznej.

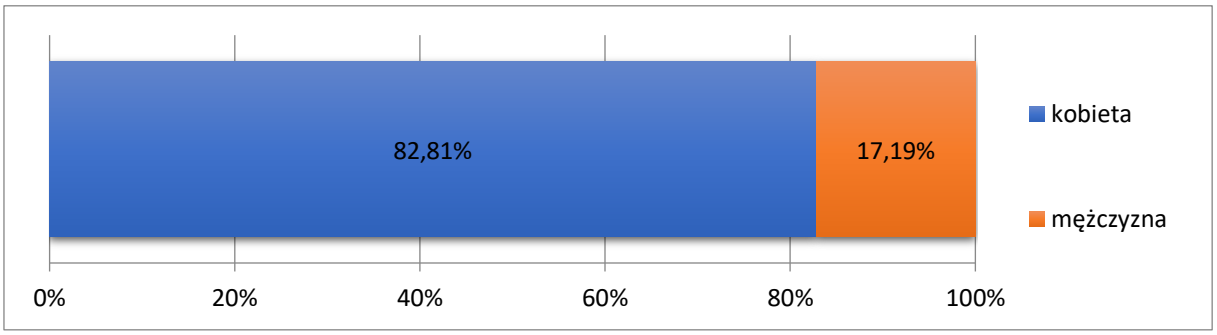
Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu oprogramowania STATISTICA wersja 7.0 firmy StatSoft Polska. Dane mające charakter nominalny opisywano tworząc szeregi rozdzielcze, w których wyszczególniano warianty cech podając ich liczność i częstość występowania w całej badanej zbiorowości. Dla skal standaryzowanych obliczono wartości średnie (M), odchylenia standardowe (SD), mediany (Me) oraz zakres zmienności (Min) i (Max). Uzyskane wyniki zaprezentowano w postaci tabel i rycin.

Do analizy przeprowadzonych badań wykorzystano następujące sposoby analizy danych ilościowych:

- różnice między porównywanymi grupami oceniono na podstawie testu istotności dla zmiennych jakościowych (kategoryzowalnych) - statystyka chi-kwadrat;
- zastosowano również współczynnik korelacji Pearsona r(X,Y) (oparta na wartościach chi-kwadrat miara zależności między zmiennymi skategoryzowanymi, wskazuje na siłę związku).
- za istotne statystycznie przyjęto wyniki spełniające warunek p poniżej 0,05.

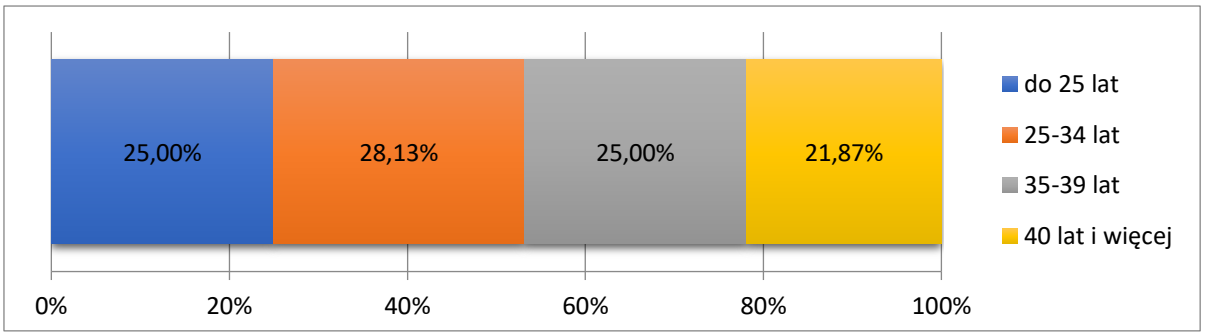
CHARAKTERYSTYKA BADANEJ GRUPY

W badaniach udział wzięło 64 osoby: 53 kobiety (82,8%) i 11 mężczyzn (17,19%) (Rycina 4).



Rycina 4. Struktura badanych ze względu na płeć

Średnia wieku badanych wyniosła 35 lat (±12,43). Struktura wieku badanych przedstawiała się następująco: do 25 lat - 25,00%, 25-34 lat - 28,13%, 38-39 lat - 25,00%, 40 lat i więcej - 21,87% (Rycina 5).



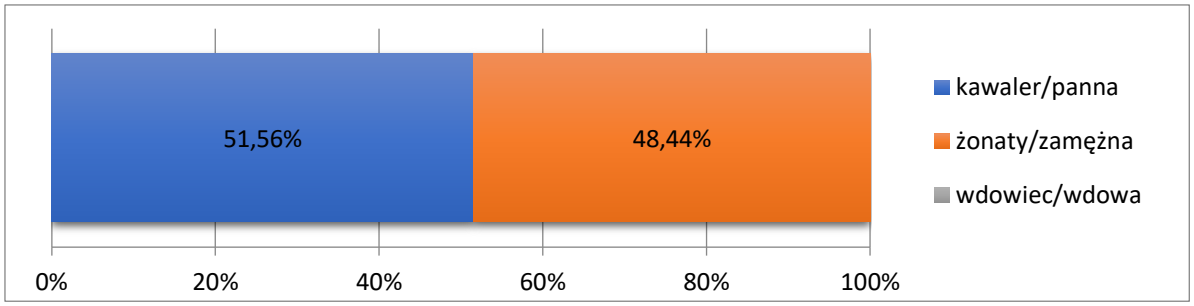
Rycina 5. Struktura badanych ze względu na wiek

Ankietowani byli stanu wolnego kawaler/panna - 51,56% lub żyli w związku małżeńskim - 48,44% (Rycina 6).

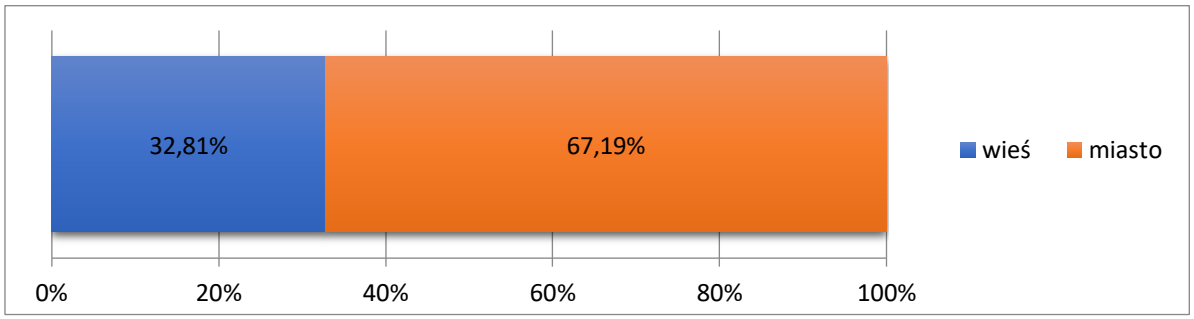
32,81% respondentów zamieszkiwało na wsi, zaś 67,19% w miastach (Rycina 7).

Większość ankietowanych deklarowała posiadanie wykształcenia średniego - 54,69% lub wyższego - 31,25% (Rycina 8).

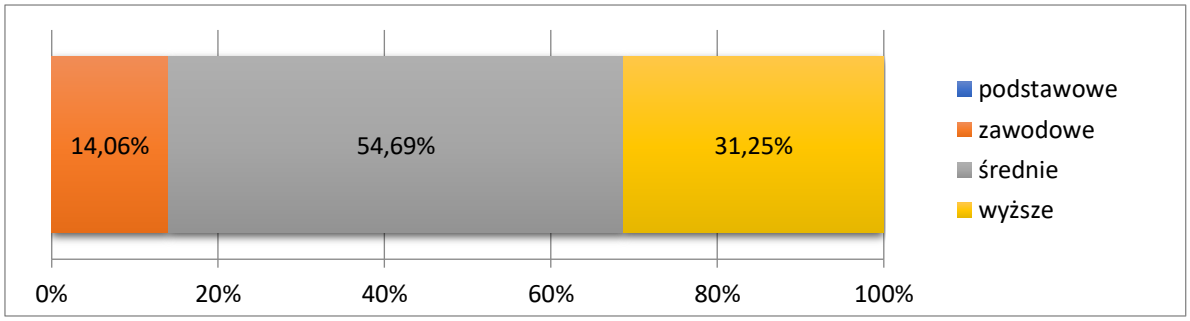
W większości przypadków u badanych zdiagnozowano więcej niż jeden rodzaj łuszczycy. Najczęściej respondenci cierpieli na łuszczycę zwykłą plackowatą - 80%, następnie łuszczycę owłosionej skóry głowy - 56%, łuszczycę krostkową - 33%, łuszczycę paznokci - 25% oraz łuszczycę stawową - 19% (Rycina 9).



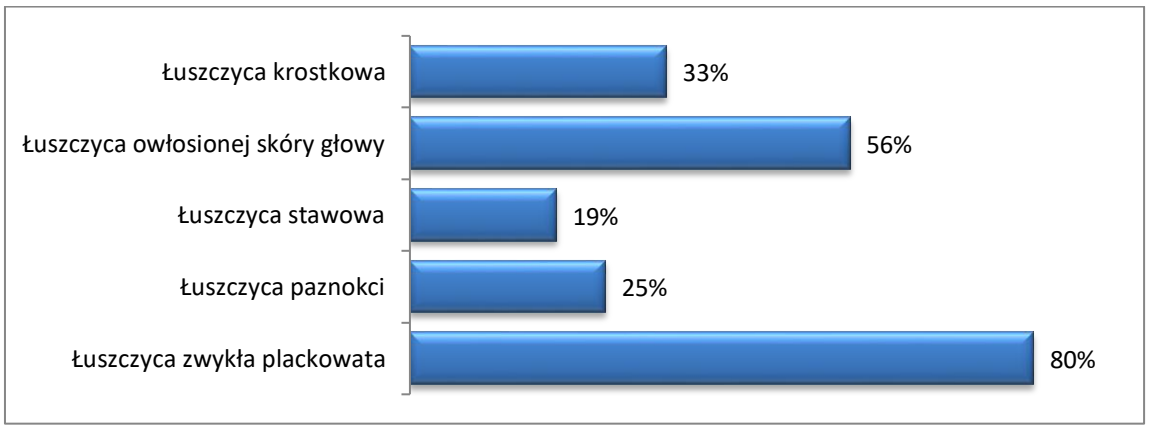
Rycina 6. Struktura badanych ze względu na stan cywilny



Rycina 7. Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania



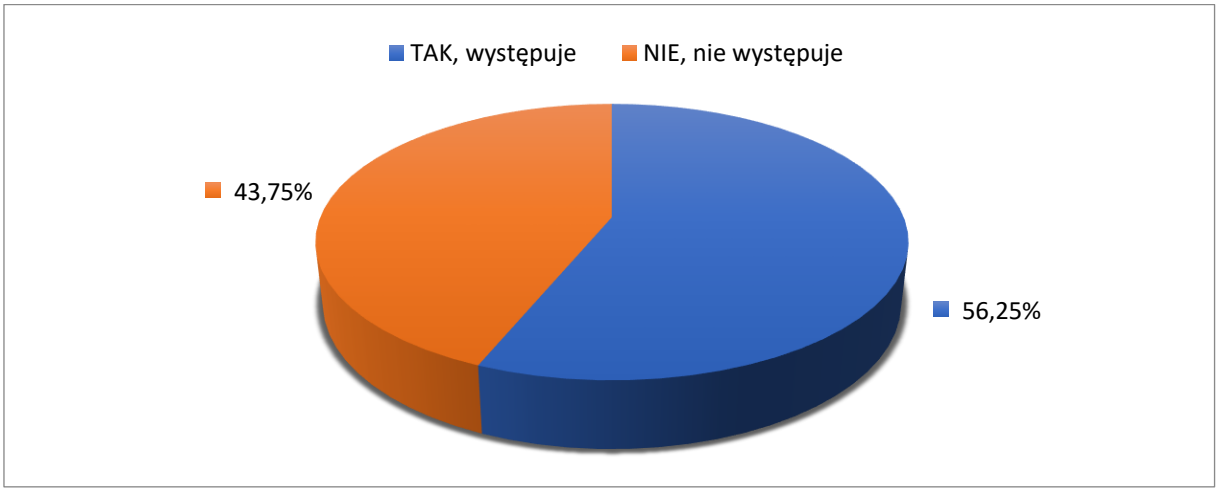
Rycina 8. Struktura badanych ze względu na poziom wykształcenia



(wyniki nie sumują się do 100%- możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

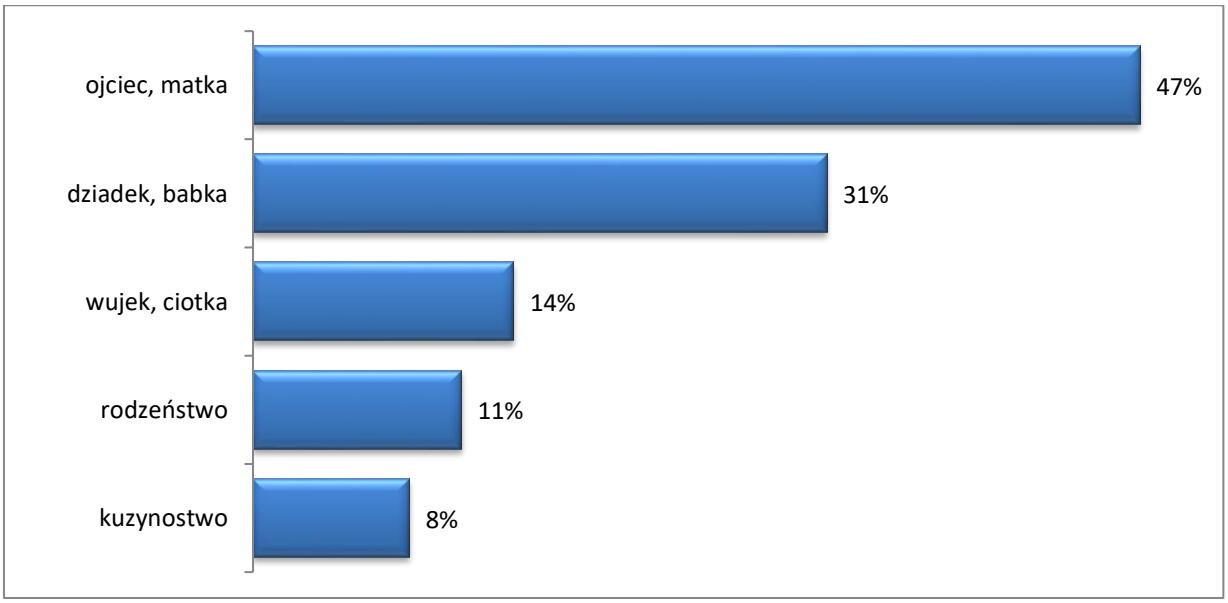
Rycina 9. Rodzaje łuszczycy zdiagnozowane u badanych

Występowanie łuszczycy u członków rodziny potwierdziło 56,25% badanych - 43,75% (Rycina 10).



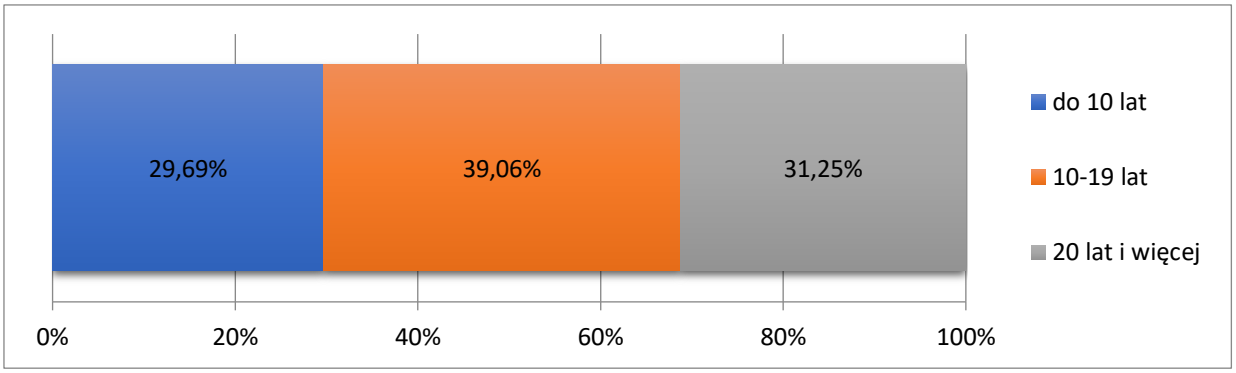
Rycina 10. Wiedza badanych na temat występowania łuszczycy w rodzinie

Łuszczyca występowała przeważnie pokoleniowo. Najczęściej wymieniano rodziców - 47%, dziadków - 31%, wujostwo - 14%, (Rycina 11).



Rycina 11. Występowanie łuszczycy w rodzinie badanych

Średni czas trwania choroby u badanych wynosił 16 lat (±11, 37). Czas trwania choroby był zróżnicowany: do 10 lat 29,69%, 10-19 lat 39,06%, 20 lat i więcej 31,25% (Rycina 12).



Rycina 12. Czas trwania choroby u badanych

ZACHOWANIA ZDROWOTNE I SAMOOCENA WPŁYWU ŁUSZCZYCY NA JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW

Żywienie ma wpływ nie tylko na ogólna kondycję skóry, ale również na zaostrzenie lub pojawienie się zmian skórnych w przebiegu chorób dermatologicznych, w tym łuszczycy.

Ankietowani objęci badaniem deklarowali, że nie spożywają codziennie alkoholu i żywności typu Fast - food. Alkohol był najczęściej spożywany przez respondentów kilka razy w miesiącu (51,56%), zaś w ogóle nie spożywało go 39,06% bandanach. Żywności Fast - food nie spożywało w ogóle 23,44% badanych, natomiast 70,31% ankietowanych przyznało, że spożywało ją raz w miesiącu.

Badani charakteryzowali się natomiast wysokim spożyciem kawy: 54,69% - codziennie, 18,75% - kilka razy w tygodniu, 6,25% - kilka razy w miesiącu, 20,31% nigdy.

Z pozostałych produktów codziennie najczęściej spożywano pieczywo razowe - 25,00% i zielone warzywa liściaste - 17,19%.

Kilka razy w tygodniu w posiłkach znajdowały się: pomidory - 65,63%, olej rzepakowy - 54,69% i zielone warzywa liściaste - 53,13%.

Kilka razy w miesiącu ankietowani spożywali: wołowinę - 57,81%, ryby - 48,44%, podroby - 46,88%. 45,31% badanych nigdy nie spożywało zielonych warzyw liściastych, a 4,68% nigdy nie spożywało oleju rzepakowego.

Wyniki obrazuje Rycina 13.

Respondenci określili, że w codziennym funkcjonowaniu przeszkadza im świąd - 64%, pieczenie - 34%, bolesność - 20%, a w najmniejszym stopniu mrowienie - 8%.

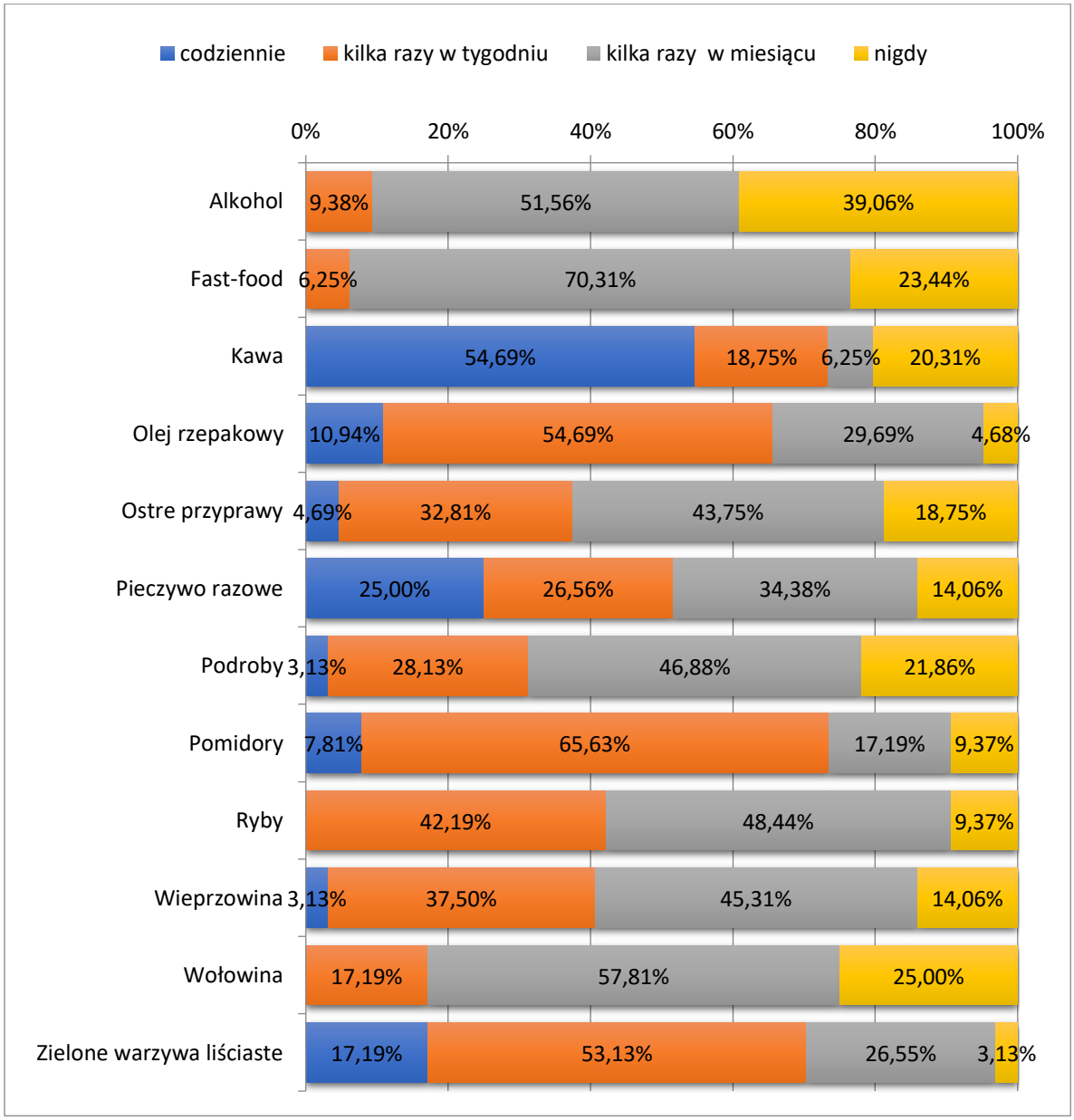
Wyniki obrazuje Rycina 14.

Łuszczyca silnie wypływała na samopoczucie emocjonalne badanych. W skali 0 (wcale) do 5 (bardzo mocno) uzyskano wynik średni 3,07 (±1,55). Najczęściej wybierano stopień: 5 - bardzo mocno 21,88% i 4 - mocno 25,00%, gdy na ocenę: 0 - wcale u 6,25% przypadków.

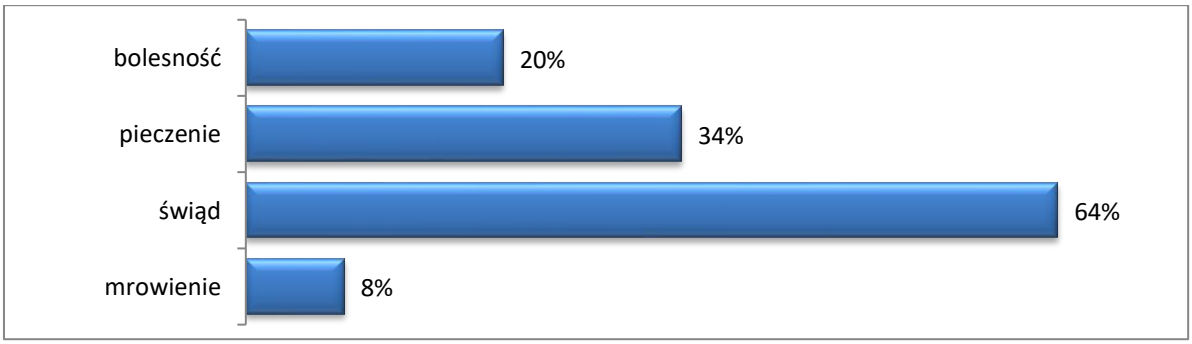
Wyniki obrazuje Rycina 15.

Ocena wpływu dolegliwości chorobowych na codzienne funkcjonowanie była zróżnicowana: bardzo utrudniały one codzienne życie 37,50% ankietowanych, trochę utrudniały 35,94% respondentów, a nie utrudniały 26,56% badanych

Wyniki obrazuje Rycina 16.

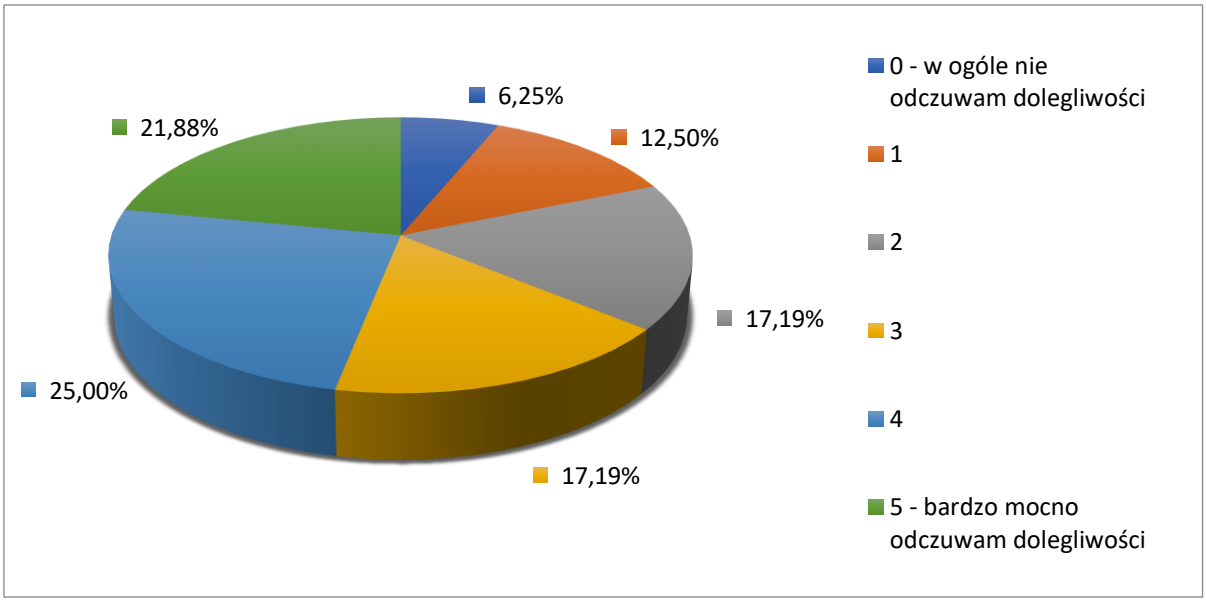


Rycina 13. Częstotliwość spożywania wybranych produktów przez badanych

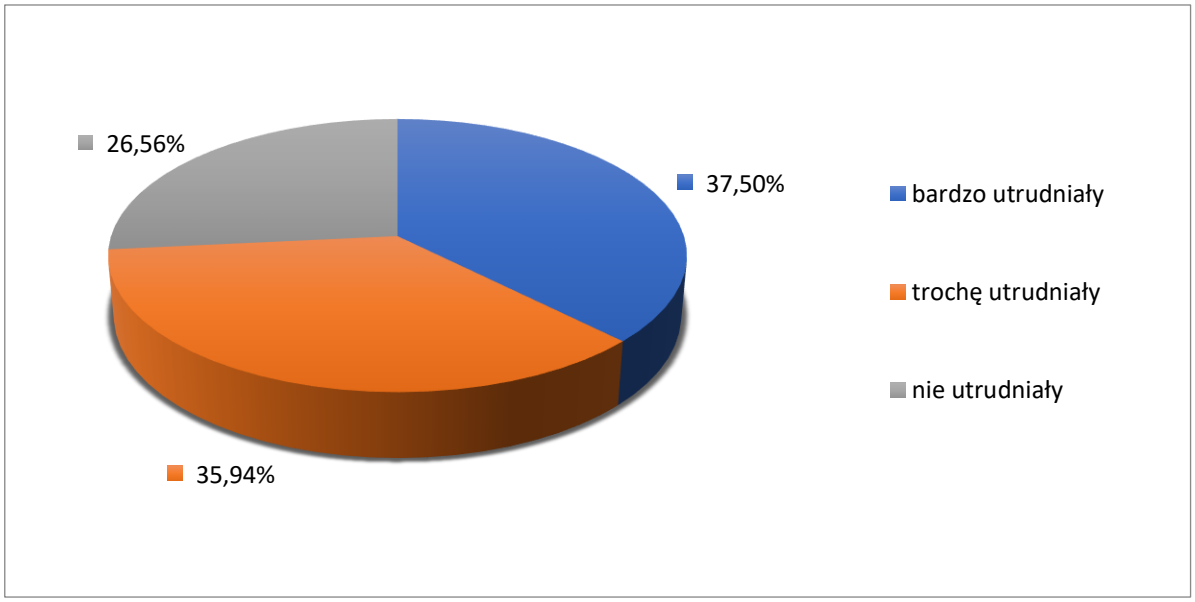


(wyniki nie sumują się do 100%- możliwa wielokrotność wyboru odpowiedzi)

Rycina 14. Dolegliwości chorobowe utrudniające badanym codziennie funkcjonowanie



Rycina 15. Łuszczyca jako źródło złego samopoczucia w ocenie badanych



Rycina 16. Wpływ łuszczycy na codzienne funkcjonowanie badanych

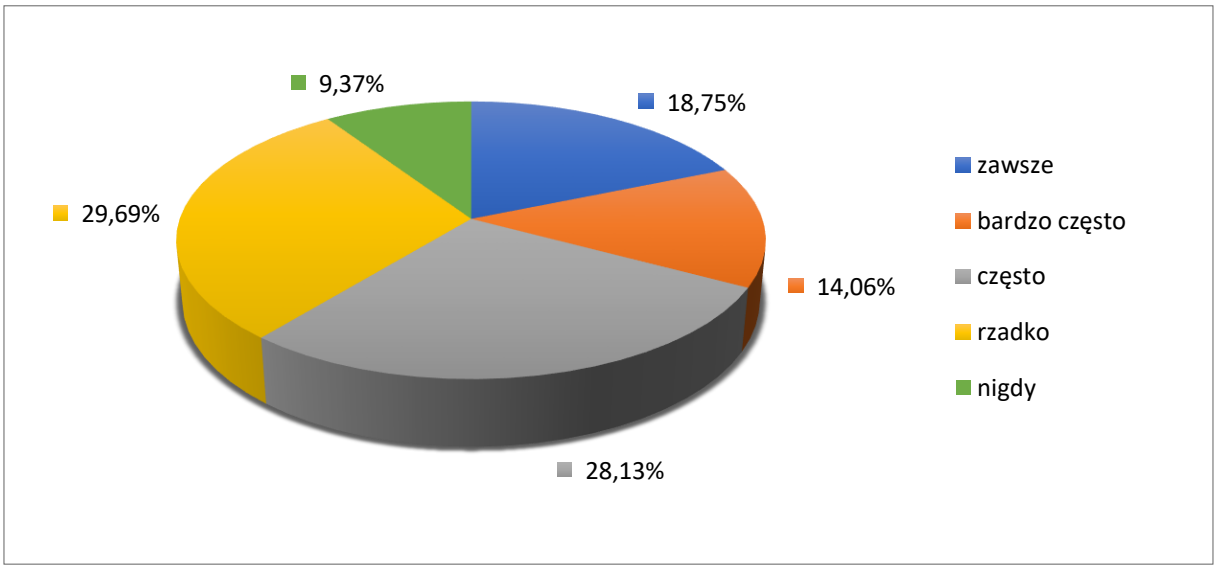
Łuszczyca wpływała na sposób ubierania się większości badanych: zawsze - 18,75%, bardzo często - 14,06%, często - 28,13%

Wyniki obrazuje Rycina 17.

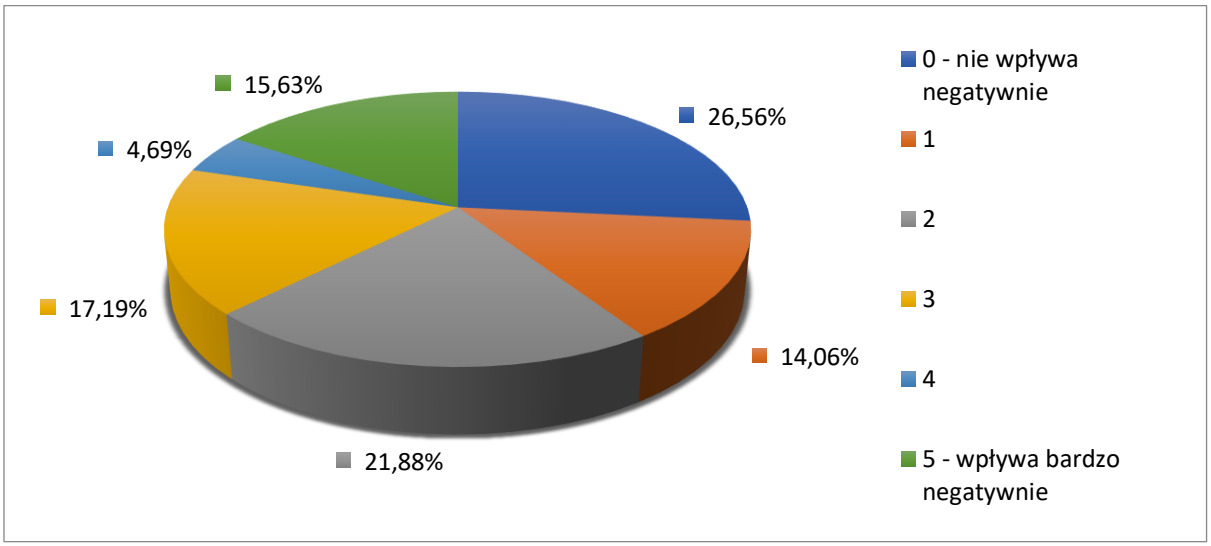
Łuszczyca w małym stopniu wpływała negatywnie na życie towarzyskie badanych. W skali 0 (nie wpływa negatywnie) do 5 (wpływa bardzo negatywnie) uzyskano wynik średni 2,06 (±1,74). 26,56%, ankietowanych uznało, że łuszczyca nie wpływała w negatywny sposób

na ich życie towarzyskie. Silny negatywny wpływ choroby w omawianym względzie potwierdziło natomiast 15,63% badanych.

Wyniki obrazuje Rycina 18.



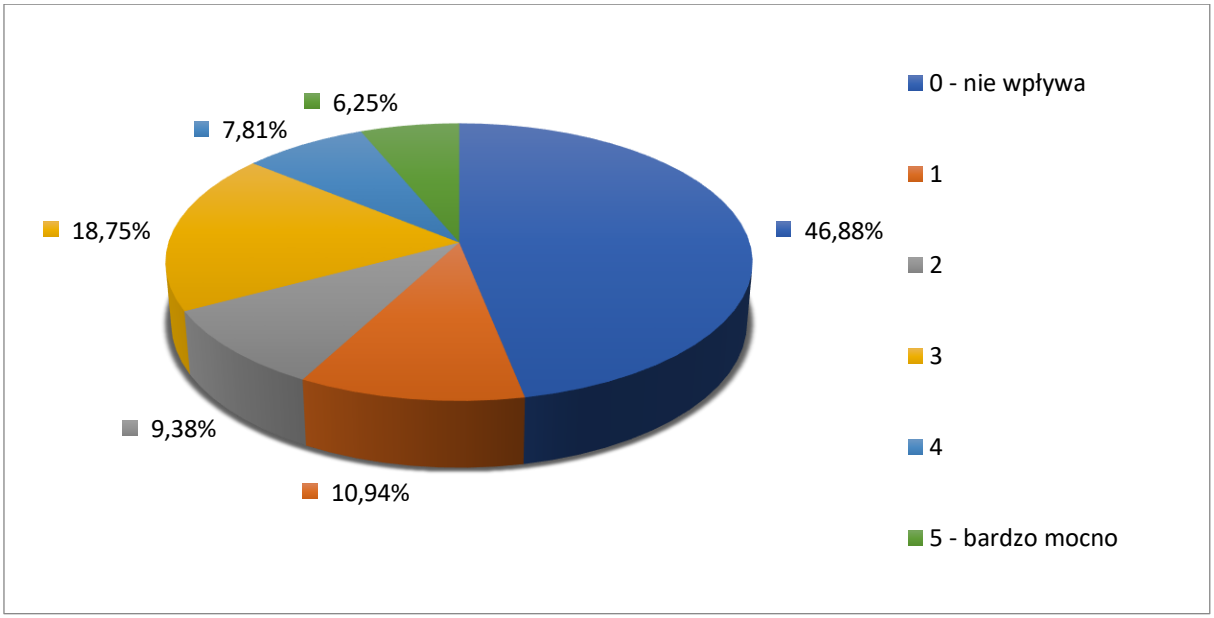
Rycina 17. Wpływ łuszczycy na sposób ubierania się badanych



Rycina 18. Wpływ łuszczycy na życie towarzyskie badanych

Łuszczyca u blisko połowy badanych (46,88%) nie wpływała w ogóle negatywnie na relacje rodzinne i partnerskie. W skali 0 (nie wpływa negatywnie) do 5 (wpływa bardzo mocno negatywnie) uzyskano wynik średni 1,48 (±1,68). Silny negatywny wpływ choroby potwierdziło 15,63% badanych.

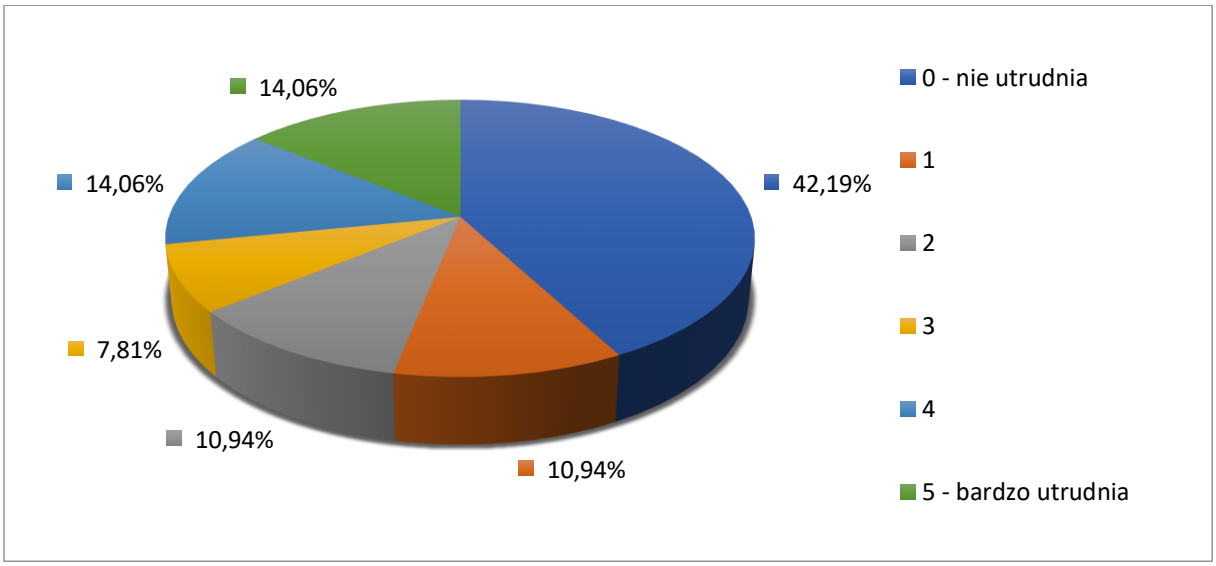
Wyniki obrazuje Rycina 19.



Rycina 19. Wpływ łuszczycy na relacje rodzinne i partnerskie badanych

Łuszczyca w niewielkim stopniu utrudniała życie seksualne badanych. W skali 0 (nie utrudnia) do 5 (bardzo utrudnia) uzyskano wynik średni 1,83 (±1,93). Ankietowani ocenili negatywny wpływ choroby 0- nie wpływa - 42,19%, 1- 10,94%, 2- 10,94% - łącznie 64,07%. Silny negatywny wpływ choroby potwierdziło 14,06% badanych.

Wyniki obrazuje Rycina 20.



Rycina 20. Wpływ łuszczycy na życie seksualne badanych

SAMOOCENA – WYNIKI SKALI SAMOOCENY SES ROSENBERGA

Wynik średni skali SES badanej grupy wynosił 28,06 (±7,00), co stanowiło 70% maksymalnej punktacji. Poziom samooceny był porównywalny dla mężczyzn i kobiet (p=0,827), osób mieszkających na wsi i w mieście (p=0,352), z różnym poziomem wykształcenia (p=0,082). Stwierdzono, że poziom samooceny wzmacniał się z wiekiem badanych z wartości średniej 24,19 (±6,09) w grupie do 25 lat, do wartości 32,50 (±7,00) w grupie 40+. Poziom samooceny był istotnie wyższy dla osób w związku małżeńskim - 30,47 (±5,79) niż stanu kawaler/panna - 25,33 (±7,34). Stwierdzono, że poziom samooceny był znacząco wyższy wśród osób chorujących dłużej niż 20 lat. Wyniki obrazuje Tabela I.

Tabela I. Rozkład stopnia stygmatyzacji według skali SES a zmienne demograficzne

Grupa		N	Średnia (±SD)	Mediana	Minimum	Maksimum
OGÓŁEM		**64**	**28,06 (±7,00)**	**27**	**13**	**40**
Płeć (p=0,827)	**Kobiety**	53	28,15 (±6,85)	27	13	40
	Mężczyźni	11	27,64 (±8,05)	26	14	39
Wiek (p=0,001, r(X,Y)=0,4057)	**Do 25 lat**	**16**	24,19 (±6,09)	25,5	13	35
	25-29 lat	**18**	27,50 (±6,97)	26,5	18	40
	30-39 lat	**16**	28,69 (±6,88)	28,5	17	40
	40 lat i więcej	**14**	32,50 (±6,01)	33,5	25	40
Miejsce zamieszkania (p=0,352)	**Wieś**	**21**	29,24 (±6,68)	27	17	40
	Miasto	**43**	27,49 (±7,16)	26	13	40
Stan cywilny (p=0,003, r(X,Y)=0,3690)	**Panna/kawaler**	**30**	25,33 (±7,34)	24,5	13	39
	Zamężna/żonaty	**34**	30,47 (±5,79)	29,5	22	40
Wykształcenie (p=0,082)	**Zawodowe**	**9**	26,44 (±6,98)	26	15	40
	Średnie	**35**	27,09 (±6,93)	26	13	40
	Wyższe	**20**	30,50 (±6,86)	29	19	40
Czas choroby (p=0,022, r(X,Y)=0,2851)	**Do 10 lat**	**19**	26,58 (±5,71)	26	18	39
	11-19 lat	**25**	26,36 (±7,86)	26	13	40
	20 lat i więcej	**20**	31,60 (±5,87)	32	23	40

Badając wpływ jakości życia na poziom samooceny, stwierdzono, że wraz z nasileniem się negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, życie towarzyskie i rodzinne, a także intymne obniżał się poziom samooceny (Tabela II).

Tabela II. Wartość średnie skali SES

Wpływ	**Samopoczucie**	**Codzienne funkcje**	**Życie towarzyskie**	**Życie rodzinne**	**Życie seksualne**
0	35,00	29,24	31,41	30,20	29,78
1	34,00	28,48	28,11	29,17	27,43
2	28,27	26,83	28,29	23,17	28,00
3	29,00	-	28,45	28,42	27,00
4	26,00	-	19,33	22,80	31,11
5	24,14	-	24,20	22,00	21,00
[p]	**<0,001**	**0,269**	**0,003**	**0,004**	**0,032**
[r(X,Y)]	**0,4740**	**NS**	**0,3634**	**0,3519**	**0,2690**

OCENA STOPNIA AKCEPTACJI CHOROBY - WYNIKI SKALI AIS

Otrzymane wyniki dla skali AIS mieściły się w zakresie od 8 do 40 punktów, gdzie wartość średnia wyniosła 27,48 pkt. (±9,07), co określa się jako przeciętny poziom akceptacji choroby (Tabela III).

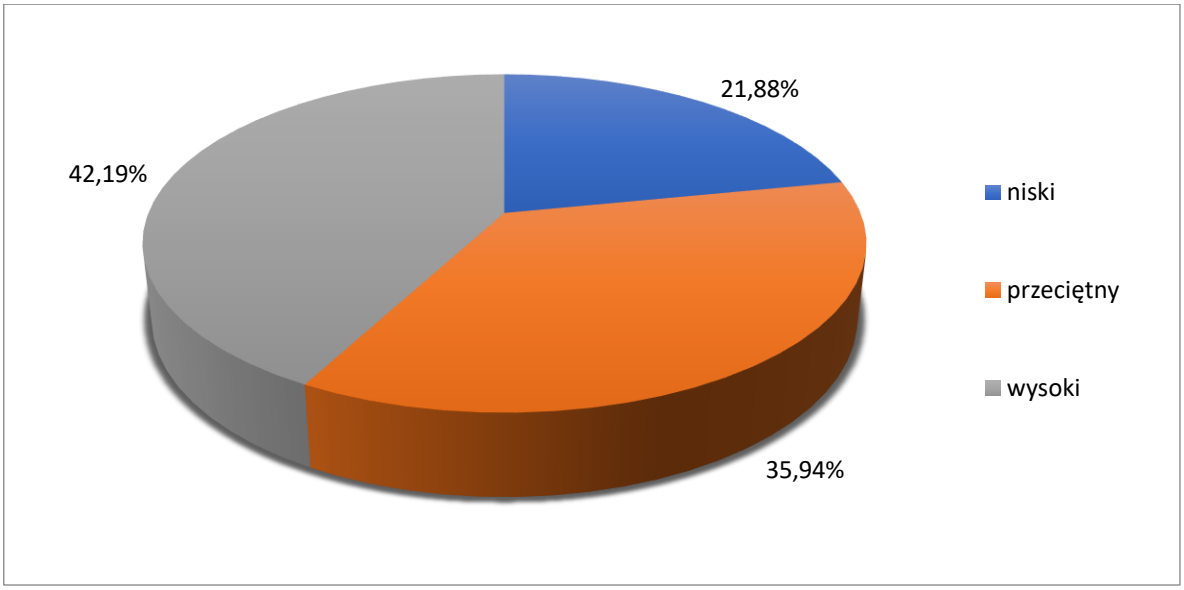
Tabela III. Rozkład stopnia akceptacji łuszczycy przez badanych według skali AIS

Grupa		N	Średnia (±SD)	Mediana	Minimum	Maksimum
OGÓŁEM		**64**	**27,48 (±9,07)**	**29**	**8**	**40**
Płeć (p=0,810)	**Kobiety**	53	27,36 (±9,19)	30	8	40
	Mężczyźni	11	28,09 (±8,87)	28	11	40
Wiek (p=0,683)	**Do 25 lat**	16	25,06 (±7,33)	27	11	39
	25-29 lat	18	32,83 (±6,35)	33	19	40
	30-39 lat	16	24,75 (±10,86)	25	8	38
	40 lat i więcej	14	26,50 (±9,50)	28,5	8	38
Miejsce zamieszkania (p=0,646)	**Wieś**	21	28,24 (±9,14)	29	8	40
	Miasto	43	27,12 (±9,12)	30	8	40
Stan cywilny (p=0,156)	**Panna/kawaler**	30	25,77 (±9,03)	27,5	8	40
	Zamężna/żonaty	34	29,00 (±8,96)	32	8	40
Wykształcenie (p=0,007 r(X,Y)=0,3354)	**Zawodowe**	9	21,89 (±8,01)	24	9	33
	Średnie	35	26,77 (±9,22)	29	8	40
	Wyższe	20	31,25 (±7,93)	32,5	11	40
Czas choroby (p=0,965)	**Do 10 lat**	19	26,79 (±7,77)	29	11	39
	11-19 lat	25	28,64 (±8,76)	32	11	40
	20 lat i więcej	20	26,70 (±10,76)	30	8	40

Poziom akceptacji choroby był porównywalny dla mężczyzn i kobiet (p=0,810), osób w różnym wieku (p=0.683), mieszkających na wsi i w mieście (p=0,646), mających status cywilny kawaler/panna i żonaty/zamężna (p=0,156). Stwierdzono, że dla poziomu akceptacji łuszczycy znaczące było wykształcenie chorego (p=0,007, r(X,Y)=0,3354). Wraz z wyższym wykształceniem badani lepiej akceptowali schorzenie: zawodowe 21,89 pkt. (±8,01) – niski

poziom, 26,77 pkt. (±9,22) – średni poziom, 31,25 pkt. (±7,93) - wysoki poziom akceptacji choroby. Nie wykazano, aby wynik skali AIS był zróżnicowany ze względu na czas trwania choroby (p=0,965) (Tabela III).

Oceniono, że ankietowani chorzy na łuszczycę akceptowali swoją chorobę skóry w większości w stopniu wysokim - 42,19% i przeciętnym - 35,94%. Wyniki obrazuje Rycina 21.



Rycina 21. Poziom akceptacji łuszczycy według skali AIS

Badając wpływ jakości życia na poziom akceptacji łuszczycy według skali AIS stwierdzono, że wraz z nasilaniem się negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, życie towarzyskie i rodzinne, a także intymne obniżał się poziom akceptacji choroby (Tabela IV).

Tabela IV. Wartości średnie skali AIS a jakość życia badanych

Wpływ	Samopoczucie	Codzienne funkcje	Życie towarzyskie	Życie rodzinne	Życie seksualne
0	31,50	27,59	29,76	29,03	31,44
1	28,00	30,35	31,44	31,57	26,43
2	30,82	24,67	28,36	23,33	24,00
3	29,64	-	26,09	26,00	29,00
4	26,44	-	19,00	23,00	23,67
5	22,93	-	22,90	25,00	22,11
[p]	**0,032**	**0,231**	**0,010**	**0,047**	**0,002**
[r(X,Y)]	**0,2688**	**NS**	**0,3197**	**0,2629**	**0,3739**

WYSTĘPOWANIE DEPRESJI – WYNIKI SKALI DEPRESJI BECKA

Wynik średni Skali Depresji Becka badanej grupy wynosił 17,97 (±13,51), co ocenia się jako epizod depresji o łagodnym nasileniu.

Poziom depresji był wyższy wśród kobiet niż mężczyzn- odpowiednio: 18,55 (±14,03) i 15,18 (±10,79), jednak uzyskane różnice nie były istotne statystycznie p=0,457.

Najsilniej depresja dotykała osoby w wieku do 25 lat 24,12 (±13,95) i 17,81 (±13,45), gdzie p=0,140.

Nasilenie depresji było najwyższe wśród osób z wykształceniem zawodowym 22,89 (±14,76), p=0,069.

Natomiast najniższą wartość średnią skali Becka zaobserwowano w grupie chorujących najdłużej 20 lat i więcej 13,50 (±12,07), p=0,146.

Wyniki obrazuje Tabela V.

Tabela V. Rozkład nasilenia depresji według skali Becka a zmienne demograficzne

Grupa		N	Średnia (±SD)	Mediana	Minimum	Maksimum
OGÓŁEM		**64**	**17,97 (±13,51)**	**18,5**	**0**	**49**
Płeć (p=0,457)	**Kobiety**	53	18,55 (±14,03)	19	0	49
	Mężczyźni	11	15,18 (±10,79)	14	2	29
Wiek (p=0,078)	Do 25 lat	16	24,12 (±13,96)	27	4	49
	25-29 lat	18	15,22 (±13,68)	12	1	40
	30-39 lat	16	18,63 (±11,31)	20,5	1	37
	40 lat i więcej	14	13,71 (±13,78)	6,5	0	38
Miejsce zamieszkania (p=0,140)	Wieś	21	18,29 (±13,95)	14	1	39
	Miasto	43	17,81 (±13,45)	19	0	49
Stan cywilny (p=0,897)	Panna/kawaler	30	20,63 (±13,92)	22,5	1	49
	Zamężna/żonaty	34	15,62 (±12,88)	10	0	40
Wykształcenie (p=0,069)	Zawodowe	9	22,89 (±14,76)	20	4	49
	Średnie	35	19,08 (±13,26)	21	0	49
	Wyższe	20	13,80 (±12,92)	9	1	39
Czas choroby (p=0,146)	Do 10 lat	19	19,74 (±11,08)	21	2	37
	11-19 lat	25	20,20 (±15,73)	17	1	49
	20 lat i więcej	20	13,50 (±12,07)	7,5	0	38

Badając wpływ jakości życia na poziom depresji według skali Becka stwierdzono, że wraz z nasileniem negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, codzienne

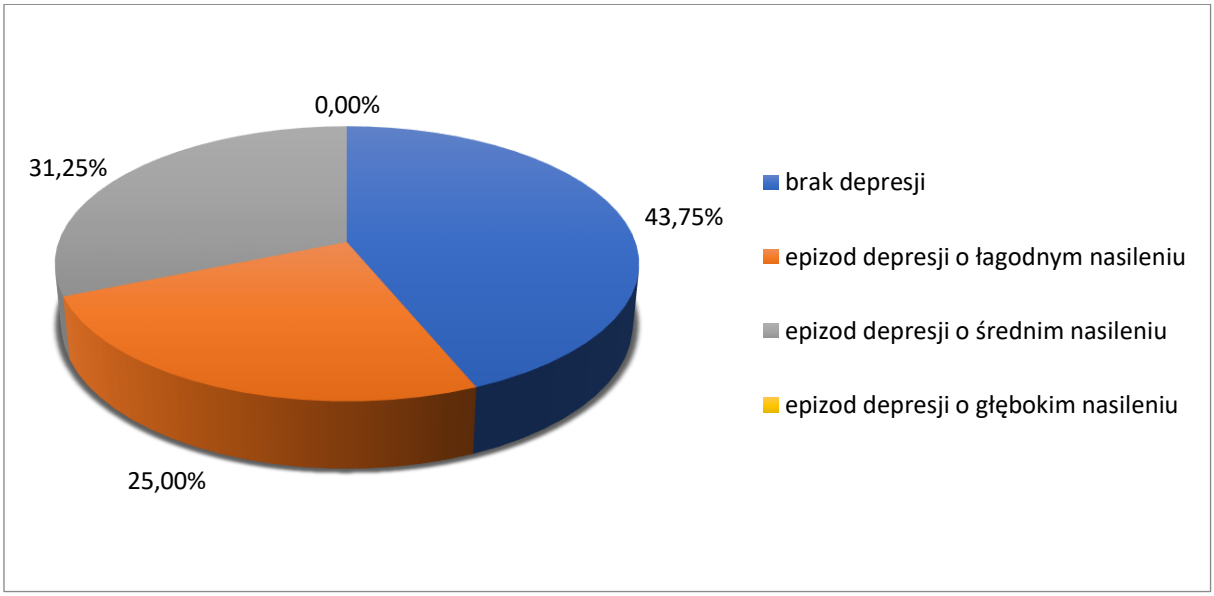
funkcjonowanie, życie towarzyskie i rodzinne nasilały się epizody depresyjne z powodu łuszczycy (Tabela VI).

Tabela VI. Wartości średnie skali Becka a jakość życia badanych

Wpływ	Samopoczucie	Codzienne funkcje	Życie towarzyskie	Życie rodzinne	Życie seksualne
0	8,25	10,88	9,94	12,77	13,81
1	4,00	16,78	15,56	20,71	20,14
2	16,09	24,13	18,43	28,00	18,57
3	13,55	-	20,82	17,83	22,00
4	25,56	-	36,67	25,80	15,33
5	25,00	-	24,40	27,75	28,67
[p]	**<0,001**	**0,001**	**<0,001**	**0,003**	**0,062**
[r(X,Y)]	**0,5161**	**0,3943**	**0,4273**	**0,3404**	**NS**

Oceniono, że depresji doświadczało 56,25% badanych osób z łuszczycą, w tym 25% o stopniu łagodnym, a 31,25% o średnim stopniu nasilenia. Według Skali Depresji Becka problem depresji nie dotyczył 43,75% badanych.

Wyniki obrazuje Rycina 22.



Rycina 22. Poziom depresji według skali Becka

POCZUCIE STYGMATYZACJI – WYNIKI SKALI 6 - STOPNIOWEJ

Wynik średni skali 6-stopniowej badanej grupy wynosił 5,81 (±3,57) i nie różnił się znacząco wśród kobiet i mężczyzn – odpowiednio: 5,85 (±3,42) i 5,64 (±4,43), gdzie p=0,859.

Najniższy stopień stygmatyzacji otrzymano w grupie wiekowej 40+ 5,14 (±3,57), gdy najwyższych wśród badanych 30-39 lat 6,25 (±3,45). Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (p=0,572).

Nieznacząco wyższy wynik średni uzyskali mieszkańcy miast niż wsi – odpowiednio: 5,95 (±3,78) i 5,53 (±3,16), gdzie p=0,655.

Wyższe poczucie stygmatyzacji z powodu łuszczycy odczuwały osoby z wykształceniem zawodowym 7,56 (±4,36), p=0,200. Natomiast niższe poczucie stygmatyzacji odczuwały osoby chorujące najdłużej: 20 lat i więcej 4,70 (±3,79), p=0,403.

Wyniki obrazuje Tabela VII.

Tabela VII. Rozkład stopnia stygmatyzacji wśród badanych według skali 6-stopniowej

Grupa		N	Średnia (±SD)	Mediana	Minimum	Maksimum
OGÓŁEM		**64**	**5,81 (±3,57)**	**5**	**0**	**14**
Płeć (p=0,859)	**Kobiety**	**53**	5,85 (±3,42)	6	0	14
	Mężczyźni	**11**	5,64 (±4,43)	4	1	14
Wiek (p=0,572)	**Do 25 lat**	**16**	6,19 (±3,73)	5	1	14
	25-29 lat	**18**	5,61 (±3,74)	5	1	14
	30-39 lat	**16**	6,25 (±3,45)	6,5	0	11
	40 lat i więcej	**14**	5,14 (±3,57)	5	1	11
Miejsce zamieszkania (p=0,655)	**Wieś**	**21**	5,53 (±3,16)	6	0	13
	Miasto	**43**	5,95 (±3,78)	5	1	14
Stan cywilny (p=0,102)	**Panna/kawaler**	**30**	5,03 (±3,48)	4	0	14
	Zamężna/żonaty	**34**	6,50 (±3,56)	6	1	14
Wykształcenie (p=0,200)	**Zawodowe**	**9**	7,56 (±4,36)	9	1	13
	Średnie	**35**	5,60 (±3,65)	5	0	14
	Wyższe	**20**	5,40 (±2,96)	6	1	11
Czas choroby (p=0,403)	**Do 10 lat**	**19**	5,63 (±2,85)	5	1	11
	11-19 lat	**25**	6,84 (±3,73)	7	1	14
	20 lat i więcej	**20**	4,70 (±3,79)	4	0	11

Badając wpływ jakości życia na poziom poczucia stygmatyzacji według skali 6-stopniowej stwierdzono, że wraz z nasilaniem się negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, codzienne funkcjonowanie, życie towarzyskie i rodzinne, a także intymne nasilało się poczucie stygmatyzacji z powodu łuszczycy.

Wyniki obrazuje Tabela VIII.

Tabela VIII. Wartości średnie skali 6- stopniowej a jakość życia badanych

Wpływ	**Samopoczucie**	**Codzienne funkcje**	**Życie towarzyskie**	**Życie rodzinne**	**Życie seksualne**
0	1,75	3,53	3,35	4,47	4,41
1	3,25	5,87	4,33	4,14	4,00
2	4,09	7,38	4,64	6,17	5,43
3	6,91	-	9,09	6,67	7,20
4	6,69	-	7,67	10,20	7,33
5	7,93	-	8,80	10,25	9,44
[p]	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
[r(X,Y)]	**0,5229**	**0,4244**	**0,5985**	**0,5283**	**0,5082**

POCZUCIE STYGMATYZACJI – WYNIKI SKALI 33 - STOPNIOWEJ

Wynik średni skali 33- stopniowej badanej grupy wynosił 80,25 (±24,48) i nie różnił się znacząco wśród kobiet i mężczyzn- odpowiednio: 80,42 (±24,35) i 79,45 (±26, 30), gdzie p=0,907.

Wyniki obrazuje Tabela IX.

Tabela IX. Rozkład stopnia stygmatyzacji wśród badanych według skali 33-stopniowej

Grupa		N	Średnia (±SD)	Mediana	Minimum	Maksimum
OGÓŁEM		**64**	**80,25 (±24,48)**	**84,5**	**29**	**127**
Płeć (p=0,0907)	**Kobiety**	53	80,42 (±24,35)	85	29	127
	Mężczyźni	11	79,45 (±26,30)	76	34	123
Wiek (p=0,357)	**Do 25 lat**	**16**	86,63 (±21,07)	88	34	123
	25-29 lat	**18**	75,56 (±25,85)	74,5	33	127
	30-39 lat	**16**	84,06 (±24,33)	85	29	122
	40 lat i więcej	**14**	76,64 (±26,51)	80	36	127
Miejsce zamieszkania (p=0,689)	**Wieś**	**21**	78,48 (±22,56)	83	29	116
	Miasto	**43**	81,12 (±25,58)	85	33	127
Stan cywilny (p=0,475)	**Panna/kawaler**	**30**	82,60 (±26,43)	85,5	29	127
	Zamężna/żonaty	**34**	78,18 (±22,82)	82	33	127
Wykształcenie (p=0,134)	**Zawodowe**	**9**	83,67 (±18,44)	89	53	102
	Średnie	**35**	83,97 (±26,68)	88	29	127
	Wyższe	**20**	72,20 (±21,69)	75,5	33	113
Czas choroby (p=0,055)	**Do 10 lat**	**19**	84,79 (±20,36)	84	34	127
	11-19 lat	**25**	85,56 (±23,38)	93	42	127
	20 lat i więcej	**20**	69,30 (±26,83)	61,5	29	122

Najniższy stopień stygmatyzacji otrzymano w grupie wiekowej 25-29 lat 75,56 (±25,85) oraz 40+ 76,64 (±26,51). Uzyskane różnice nie były istotne statystycznie (p=0,357).

Nieznacząco wyższe poczucie stygmatyzacji z powodu łuszczycy mieli mieszkańcy miast niż wsi- odpowiednio: 81,12 (±25,58) i 78,48 (±22,56), gdzie p=0,689.

Niższe poczucie stygmatyzacji według skali 33- stopniowej miały osoby w związku małżeńskim (p=0,475), z wykształceniem wyższym (p=0,134), chorujące dłużej niż 20 lat (p=0,055).

Wyniki obrazuje Tabela IX.

Badając wpływ jakości życia na poziom poczucia stygmatyzacji według skali 33-stopniowej stwierdzono, że wraz z nasileniem się negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, codzienne funkcjonowanie, życie towarzyskie i rodzinne, a także intymne nasilało się poczucie stygmatyzacji z powodu łuszczycy (Tabela X).

Tabela X. Wartości średnie skali 33- stopniowej a jakość życia badanych

Wpływ	**Samopoczucie**	**Codzienne funkcje**	**Życie towarzyskie**	**Życie rodzinne**	**Życie seksualne**
0	49,00	62,41	54,65	67,67	64,70
1	56,13	81,39	76,56	72,14	85,29
2	70,18	91,79	82,71	93,33	84,14
3	77,18	-	90,82	84,25	90,40
4	90,00	-	90,67	113,40	85,89
5	102,14	-	108,90	115,75	108,67
[p]	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**	**<0,001**
[r(X,Y)]	**0,6881**	**0,4708**	**0,7255**	**0,6239**	**0,5786**

W poszczególnych domenach 33- stopniowej skali badani najsilniej odczuwali stygmatyzację ze względu na odczuwanie odrzucenia, a także wrażliwość na opinię innych, poczucie winy i wstydu, poczucie bycia gorszym.

W najmniejszym stopniu współczynnik stygmatyzacji kształtowały zmienne: pozytywne nastawienie i tajemniczość. Wykazano, że wszystkie domeny znacząco wpływały na wynik ogólny 33- stopniowej skali.

Wyniki obrazuje Tabela XI.

Tabela XI. Wartości średnie skali 33- stopniowej w poszczególnych domenach

Domena	Zakres	Średnia	±SD	%	p	r(X,Y)
Odczuwanie odrzucenia	**0-40**	**24,72**	**±6,93**	**61,80%**	**0,8874**	**<0,001**
Odczuwanie bycia gorszym	**0-30**	**15,98**	**±6,06**	**53,30%**	**0,9151**	**<0,001**
Wrażliwość na opinię innych	**0-25**	**13,81**	**±4,73**	**55,20%**	**0,8444**	**<0,001**
Wina i wstyd	**0-25**	**13,96**	**±3,86**	**55,80%**	**0,4190**	**<0,001**
Pozytywne nastawienie	**0-20**	**10,01**	**±3,06**	**50,00%**	**0,5597**	**<0,001**
Tajemniczość	**0-25**	**11,59**	**±4,07**	**46,40%**	**0,6293**	**<0,001**

KORELACJE POMIĘDZY SKALAMI STANDARYZOWANYMI

Stwierdzono, że wyniki wszystkich analizowanych skal korelowały ze sobą.

Pomiędzy wynikami skali SES i AIS wykazano korelację dodatnią, co oznacza, że wyższy poziom samooceny przekładał się na wyższy poziom akceptacji łuszczycy.

Natomiast w przypadku korelacji AIS i SES ze skalami poczucia stygmatyzacji 6-stopniową i 33-stopniową uzyskane korelacje były ujemne czyli spadek samooceny i akceptacji choroby związany był ze wzrostem poczucia stygmatyzacji z powodu łuszczycy.

Korelacje ujemne stwierdzono również pomiędzy AIS i SES a skalą depresji Becka, co oznacza, że wraz ze spadkiem samooceny i akceptacji choroby nasilały się u badanych epizody depresyjne.

Natomiast w zakresie skali Becka oraz 6-stopniowej i 33-stopniowej stwierdzono korelacje dodatnie- wraz z poczuciem stygmatyzacji nasilał się problem zaburzeń depresyjnych badanych.

Wyniki obrazuje Tabela XII.

Tabela XII. Analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi skalami

Skale	**SES**	**AIS**	**6-stopniowa**	**33-stopniowa**	**Skala Becka**
SES		**0,2782**	**-0,2584**	**-0,5219**	**-0,7347**
		p=0,026	**p=0,039**	**p<0,001**	**p<0,001**
AIS	**0,2782**		**-0,2573**	**-0,2909**	**-0,3401**
	p=0,026		**p=0,038**	**p=0,020**	**p=0,006**
6-stopniowa	**-0,2584**	**-0,2573**		**0,6602**	**0,4048**
	p=0,039	**p=0,038**		**p<0,001**	**p=0,001**
33-stopniowa	**-0,5219**	**-0,2909**	**0,6602**		**0,6313**
	p<0,001	**p=0,020**	**p<0,001**		**p<0,001**
Skala Becka	**-0,7347**	**-0,3401**	**0,4048**	**0,6313**	
	p<0,001	**p=0,006**	**p=0,001**	**p<0,001**	

PODSUMOWANIE

Stygmatyzacja to zjawisko społeczne cechujące się etykietowaniem, naznaczaniem i piętnowaniem jednostek. Niewątpliwie w czasie kultu idealnego ciała, skóry, wyglądu itp. łuszczyca jest chorobą, która zaburza nienaganny obraz ciała.

Zmiany łuszczycowe są widoczne i mogą występować praktycznie na każdym miejscu skóry. Należy stwierdzić, że osoby zmagające się z łuszczycą dotyka zjawisko stygmatyzacji. Warto wspomnieć, że piętnowanie może być przyczyną do braku akceptacji choroby, braku poczucia własnej wartości, akceptacji samego siebie co może prowadzić do depresji chorego, przyczyniać się do powstawania myśli samobójczych, a nawet do chęci popełnienia samobójstwa.

W badaniach własnych kobiety stanowiły 82,81% badanych, natomiast mężczyźni 17,19%. Za pomocą skal - 33 i 6 stopniowej zbadano poziom stygmatyzacji badanej grupy. Mimo tak dużej różnicy między ilością kobiet do mężczyzn zaskakujące jest, że z badań nie wynikają znaczące różnice. Średni wynik Skali 6-stopniowej wyniósł 5,81 (±3,57) i nie różnił się znacząco wśród kobiet i mężczyzn – odpowiednio: 5,85 (±3,42) i 5,64 (±4,43). Różnice pojawiły się natomiast, gdy pod uwagę wzięto wiek respondentów. Najniższy stopień stygmatyzacji otrzymano w grupie wiekowej 40+, 21,87% badanych, gdy najwyższych wśród badanych 30-39 lat 25%. Po analizie wyników Skali 33-stopniowej wynik średni wynosił 80,25 (±24,48) i nie różnił się znacząco wśród kobiet i mężczyzn. Najniższy stopień stygmatyzacji wykazano u 28,12% w grupie wiekowej 25-29 lat oraz 40+ 21,87%. Najwyższy natomiast stopień stygmatyzacji dotyczy 25% badanych w grupie wiekowej 30-39 lat. W przypadku obu skal stwierdzić można, że badając wpływ jakości życia na poziom poczucia stygmatyzacji stwierdzono, że wraz z nasileniem się negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, codzienne funkcjonowanie, życie towarzyskie i rodzinne, a także intymne nasilało się poczucie stygmatyzacji z powodu łuszczycy.

Z kolei w badaniach Zięciaka, Rzepy i wsp. [67], wykazano, że większość osób dotkniętych dermatozą cechowało przeciętne poczucie stygmatyzacji. Bardzo niskie poczucie stygmatyzacji wykazało około 2% badanych, 20% respondentów niskie a około 6% wysokie. Nie odnotowano wśród płci męskiej bardzo niskiego poczucia stygmatyzacji, które charakterystyczne okazało się dla kobiet 4%. U około 18% mężczyzn i 23% kobiet niskie, natomiast poczucie powyżej przeciętnego u 71% mężczyzn i 73% kobiet, zaś u 11% mężczyzn wysokie.

W badaniach przeprowadzonych na potrzeby niniejszej pracy wykorzystano skalę samooceny SES. Objęta badaniem grupa respondentów uzyskała wynik średni skali SES 28,06 (±7,00), co stanowiło 70% maksymalnej punktacji. Poziom samooceny był porównywalny dla mężczyzn i kobiet. Dzięki skali SES stwierdzono, że poziom samooceny wzmacniał się z wiekiem badanych. Stwierdzono, że poziom samooceny był znacząco wyższy wśród osób chorujących dłużej niż 20 lat. Istotnie wyższy poziom samooceny był dla osób w związku małżeńskim 30,47 (±5,79) niż stanu kawaler/panna 25,33 (±7,34). Stwierdzono, że poziom samooceny był znacząco wyższy wśród osób chorujących dłużej niż 20 lat. Badając wpływ jakości życia na poziom samooceny, stwierdzono, że wraz z nasileniem się negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, życie towarzyskie i rodzinne, a także intymne obniżał się poziom samooceny.

Łuszczyca to choroba, która może powodować i być przyczyną negatywnej samooceny i krytycznego obrazu samego siebie. Według Jankowiak, Kowalewskiej i wsp. [68] łuszczycy mają obniżony obraz siebie i samoocenę, co jest wyrazem poczucia stygmatyzacji [68]. Również w innych badaniach Jankowiak, Kowalewska, Khvorik i wsp. [69]. wykazują, iż dotknięci chorobą uważali często swoje ciała za nieczyste, w dużym stopniu odczuwali wstyd, poczucie winy oraz uważali siebie za osoby wadliwe [69].

Grupa osób objętych badaniem własnym udzieliła również odpowiedzi na pytania zawarte w skali AIS za pomocą, której zbadano poziom akceptacji choroby przez chorych na łuszczycę. Wartość średnia wyniosła 27,48 pkt. (±9,07), co określa się jako przeciętny poziom akceptacji choroby. Poziom akceptacji choroby był porównywalny dla mężczyzn i kobiet, osób w różnym wieku, mieszkający w mieście i na wsi itp. Wysoki stopień akceptacji choroby prezentowali chorzy w 42,19%, przeciętny natomiast 35,94% a 21,88% niski. Spośród wszystkich stwierdzeń akceptacji choroby zawartych w kwestionariuszu uczestnicy badania najwyżej ocenili 2 „*choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół*” oraz *„problemy ze zdrowiem sprawiają, że jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę*”.

Zielińska- Więczkowska i Pietrzak [70], w swoich badaniach na temat związku akceptacji choroby z jakością życia osób cierpiących na łuszczycę, wykazali, że średni wynik badanej grupy wynosił 30,37 (±7, 936) co ocenia się jako wysoki stopień akceptacji choroby. Według AIS zdecydowaną akceptację swojej choroby wykazało 62,4% ankietowanych. Niewiele ponad ¼ chorych 27, 7% akceptowała w stopniu przeciętnym swoją dermatozę, a nie akceptowała 10, 9% badanych [70].

Uzyskane w powyższym badaniu wyniki pokrywają się w pewnej części z wynikami badań własnych, ponieważ w obu badaniach ankietowani najwyżej ocenili te same stwierdzenia skali AIS tj. „*choroba sprawia, że jestem ciężarem dla swojej rodziny i przyjaciół*" i „*problemy ze zdrowiem sprawiają, ze jestem bardziej zależny od innych niż tego chcę*".

Do zbadania depresji wśród respondentów objętych badaniem przeprowadzonym na potrzeby niniejszej pracy wykorzystany został Inwentarz Depresji Becka. Średni wynik skali Becka respondentów z badań własnych wynosił 17,97 (±13,51), co ocenia się jako epizod depresji o łagodnym nasileniu. Oceniono, że depresji doświadczało 56,25% chorych, w tym 25% o łagodnym stopniu, a 31,25% o średnim stopniu nasilenia. Według DBI problem depresji nie dotyczył 43,75% pacjentów chorych na łuszczycę. Poziom depresji był wyższy wśród kobiet niż mężczyzn. Badając wpływ jakości życia na poziom depresji według skali Becka stwierdzono, że wraz z nasileniem się negatywnego wpływu choroby na stan emocjonalny, codzienne funkcjonowanie, życie towarzyskie i rodzinne nasilały się epizody depresyjne z powodu łuszczycy.

Badania Łakuty i Przybyły-Basisty [71], wykazały wśród objetych badaniem łuszczyków objawy depresyjne o przeciętnym nasileniu. Najmocniej depresja towarzyszyła 22,3% chorych, którzy przyznają się do posiadania myśli samobójczych. 40,4% badanych uzyskało wynik świadczący o braku symptomów depresji natomiast 43,5% uzyskało wynik wskazujący na łagodne nasilenie depresji a epizod o umiarkowanym nasileniu wykazało 16,1% respondentów.

W badaniu własnym do oceny jakości życia posłużyły pytania własne. Łuszczyca silnie wypływała na samopoczucie emocjonalne badanych. Najczęściej wybierano stopień: 5- bardzo mocno 21,88% i 4- mocno 25,00%, gdy na ocenę: 0- wcale wskazało 6,25% ankietowanych. Łuszczyca w małym stopniu wpływała negatywnie na życie towarzyskie badanych, (ankietowani ocenili negatywny wpływ choroby na 0- nie wpływa 26,56%, 1- 14,06%, 2- 21,88% - łącznie 62,50%). Silny negatywny wpływ choroby na jakość życia potwierdziło 15,63% badanych u połowy badanych nie wpływała negatywnie na ich relacje rodzinne i partnerskie i tylko w niewielkim stopniu utrudniała życie seksualne, ponieważ według ponad 60% choroba nie miała ona negatywnego wpływu na intymne stosunki. Wpływ łuszczycy na codzienne życie ankietowani ocenili różnorodnie. Często modyfikowali swój ubiór, aby zasłonić zmiany łuszczycowe zawsze 18,75%, bardzo często 14,06%, często 28,13%.

W badaniach Kanikowskiej [72], wykazano, że łuszczyca w różnym stopniu miała negatywny wpływ na relacje z innymi ludźmi. Dla 46% badanych „trochę”, dla 19% „bardzo” zaś „bardzo mocno” dla 6%, łuszczyca utrudniała kontakty z innymi ludźmi. Natomiast nie odczuwało wpływu choroby na relacje międzyludzkie 29% ankietowanych. Również u Kanikowskiej [72], ponad połowa (53%) biorących udział w badaniu nie zadeklarowała żadnego złego wpływu choroby na relacje rodzinne, ale większość przyznała, że łuszczyca negatywnie wpływała na ich życie seksualne. Większość chorych w różnym stopniu modyfikowało swój ubiór, aby ukryć chorobę. Autorka podaje się, że około $^{2}/_{3}$ badanych przyznało, że choroba w dużym stopniu przyczyniała się do sposobu i rodzaju ich ubioru [72].

WNIOSKI

Analiza zebranego w toku badań materiału pozwoliła na wysunięcie następujących wniosków:

1. Objawy łuszczycy pogarszały samopoczucie chorych.
2. Łuszczyca negatywnie wpływała na stan emocjonalny, codzienne funkcjonowanie, życie towarzyskie i rodzinne, a także intymne respondentów.
3. Łuszczyca obniżała poziom samooceny i akceptacji choroby oraz nasilała poczucie stygmatyzacji i występowanie epizodów depresyjnych.
4. Łuszczyca wywierała znaczący wpływ na jakość obniżając ją.

PIŚMIENNICTWO

1. Włodarkiewicz A. (red.): Dermatochirugia, Wrocław, Wydawnictwo Cornetis, 2009.
2. Schemat budowy skóry [https://pl.wikipedia.org/wiki/Sk%C3%B3ra] (dostęp 28.08.2020).
3. Maciejewski R., Torres K.: Anatomia czynnościowa. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2007.
4. Padlewska K.: Medycyna estetyczna i kosmetologia. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2019.
5. Laudańska H.: Budowa i funkcje skóry [w:] Dermatologia i wenerologia d;a pielęgniarek, Krajewska-Kułak E. (red.), Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2006: 6-10.
6. Budowa naskórka [https://pl.wikipedia.org/wiki/Nask%C3%B3rek] (dostęp 28.08.2020).
7. Mieszek włosowy z włosem [https://pl.wikipedia.org/wiki/W%C5%82os] (dostęp 28.08. 2020).
8. Rzepa T.: Choroby skóry jako niszczące piętno [w:] Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry, pod red. Rzepy T., Szepietowskiego J., Żaby R. Wrocław, Wydawnictwo Cornetis, 2011:13-21.
9. Kaszuba A., Uczniak S., Kaszuba A.: Łuszczyca [w:] Dermatologia geriatryczna, pod red. Szepietowskiego J., Adamskiego Z. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2016: 171.
10. Koo J.Y.M., Lee Chai S.: Psychocutaneous Medicine. New York, Marcel Dekker, 2003.
11. Zalewska-Jankowska A., Błaszczyk H.: Choroby Skóry. Warszawa, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2009.
12. Adamski Z., Neneman A.: Łuszczyca zwyczajna [w]: Dermatologia Praktyczna, pod red. Kaszuby A., Maj J., Poznań, Wydawnictwo Czelej, 2016: 115, 135.
13. Weller R., Hunter J., Savin J., Dahl M.: Dermatologia Kliniczna. Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2011.
14. Szechiński J., Kucharz E.J.: Łuszczycowe zapalenie stawów [w:] Interna Szczeklika, pod red. Gajewskiego P. Kraków, Medycyna Praktyczna, 2015: 1905–1010.
15. Kucharz E.J., Stajszczyk M., Batko B. i wsp.: Zastosowanie sekukinumabu w leczeniu chorych na łuszczycowe zapalenie stawów - stanowisko ekspertów Polskiego Towarzystwa Reumatologicznego i Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. Forum Reumatologiczne, 2017, 3(2), 119- 125.
16. Zarządzenie Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne wraz z załącznikami.

17. Antosik K., Krzęcio-Nieczyporuk E., Kurowska-Socha B.: Rola diety i żywieniu w leczeniu łuszczycy. Hygeia Public Health, 2017, 52(2), 131-137.
18. Stawczyk M., Szczerkowska-Dobosz A., Komorowska O. i wsp.: Znaczenie diety w łuszczycy- przewlekłej układowej chorobie zapalnej. Forum Zaburzeń Metabolicznych, 2011, 2(3), 205-212.
19. https://www.medme.pl/artykuly/dieta-w-luszczycy-czyli-co-i-jak-jesc,34365.html (dostęp 26.05.2020).
20. Owczaryk-Saczonek A., Placek W.: Dieta w łuszczycy [w:] Dieta w chorobach skóry, pod red. Placek W. Czelej, Lublin, 2015 : 130 - 156.
21. Kisielnicka A., Szczerkowska-Dobosz A.: Łuszczyca a otyłość – implikacje kliniczne. Dermatologia po Dyplomie, 2019, 02, 7.
22. Szczęsny J.: Nadwaga i łuszczyca. https://www.termedia.pl/dermatologia/Nadwaga-i-luszczyca,10126.html (dostęp 26.08.2020).
23. Szczęsny J.: Nadwaga i otyłość może wywołać łuszczycę. https://www.termedia.pl/dermatologia/Nadwaga-i-otylosc-moze-wywolac-luszczyce,9422.html (dostęp 26.08.2020).
24. Wnęk D.: Dieta w łuszczycy. Medycyna Praktyczna https://www.mp.pl/pacjent/dieta/diety/diety_w_chorobach/135720,dieta-w-luszczycy (dostęp 27.08.2020).
25. Michalak I., Kaszuba A.: Łuszczyca i choroby kręgu łuszczycy [w:] Dermatologia. Poradnik lekarza praktyka, pod red: Kaszuby A., Adamskiego Z., Lublin, Wydawnictwo Czelej, 2012: 122.
26. Christophers E.: Psoriasis – epidemiology and clinical spectrum. Clinical and Experimental Dermatolody, 2001, 26, 314-320.
27. Raychaudhuri S.P., Forber E.M.: The prevalence of psoriasis in the world. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2001, 15, 16-17.
28. Chandran V., Raychaudhuri S.P.: Geoepidemiology and environmentalfactors of psoriasis and psoriaticarthritis. Journal of Autoimmunity, 2010, 34, J314-J321.
29. Ferrandiz C., Bordas X., Garcia-Patos V., Puig S., Pujol R., Smandia A.: Prevalence of psoriasis in Spain. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, 2001, 15, 20-23.
30. Gelfand J.M., Weinstein R., Porter S.B., Neimann A.L., Berlin J.A., Margolis D.J.: Prevalence and treatment of psoriasis in the United Kingdom: a population-basedstudy. Archives of Dermatology, 2005, 141, 1537-1541.

31. Schafer T.: Epidemiology of psoriasis. Review and the German perspective. Dermatology, 2006, 212, 327-337.
32. Kurd S.K., Gelfand J.M.: The prevalence of previouslydiagnosed and undiagnosedpsoriasis in US adults: results from NHANES 2003-2004. Journal of the American Academy of Dermatology, 2009, 60, 218-224.
33. Borzęcki A., Koncewicz A., Raszewska-Famielec M., Dudra-Jastrzębska M.: Epidemiology of psoriasis in the years 2008–2015 in Poland. Dermatology Review, 2018, 105(6), 693-700. doi:10.5114/dr.2018.80837.
34. Marshall G. (red.): Słownik socjologii i nauk społecznych. Warszawa, Wydawnictwo Naukowe PWN, 2005.
35. Krakus K.: Psychologiczne i społeczne konsekwencje stygmatyzacji na przykładzie osób chorujących przewlekle. Edukacja Etyczna, 2015, 10, 55-67.
36. Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańsk, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 2005.
37. Kosche M.: Ocena stygmatyzacji w świetle zasad życia społecznego. Seminare. Poszukiwania Naukowe, 2011, 29, 123-136.
38. Corrigan P.W., Watson A.C.: Understanding the impact of stigma on people with mentalillness. World Psychiatry, 2002, 1(1), 16–17.
39. Major B., O'Brien L.T.: The SocialPsychology of Stigma. Annual Review of Psychology, 2005, 56, 393.
40. Kępiński A.: Rytm Życia. Warszawa, Wydawnictwo Sagittarius, 1992.
41. Ogłodek E., Araszkiewicz A., Placek W.: Stygmatyzacja osób chorych na łuszczycę. Zdrowie Publiczne, 2009, 3, 335-337.
42. Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., Baranowska A. i wsp.: Problem stygmatyzacji w dermatologii. Dermatologia Kliniczna, 2012, 3, 181-184.
43. Łuczkowska M., Żaba R.: Łuszczyca [w:] Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry, pod red. Rzepy T., Szepietowskiego J., Żaby R. Wrocław, Wydawnictwo Cornetis, 2011: 166-170.
44. Hrehorów E., Szepietowski J., Reich A. i wsp.: Narzędzia do oceny stygmatyzacji u chorych na łuszczycę: polskie wersje językowe. Dermatologia Kliniczna, 2006, 8(4), 254.
45. Rolka H., Kowalewska B., Jankowiak B.: Jakość a jakość życia w ujęciu historycznym [w:] Jakość życia w naukach medycznych i społecznych, tom 1, pod red. Kowalewskiej B., Jankowiak B., Rolka H., Krajewskiej- Kułak E. Białystok, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, 2017: 31-34.

46. Miękos-Zydek B., Ryglewska-Cho A.: Jakość życia pacjentów z łuszczycą. Postępy Dermatologii i Alergologii, 2006, 6, 273–277.
47. Szepietowski J., Pacan P., Reich A.: Jakość życia i stygmatyzacja w chorobach skóry [w] Psychodermatologia, pod red. Pacan P., Reich A. Wrocław, Akademia Medyczna im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, 2012: 155-168.
48. Michalak A.,Krawczyk K., Bocian R., Okraszewski J., Wroński K.: Jakość życia. Ginekologia Praktyczna, 2009, 2, 33-36.
49. Kluczek I.: Jakość opieki pielęgniarskiej w oczach pacjenta na podstawie badań własnych, VII Sympozjum „Jakość w opiece zdrowotnej", Mazowieckie Forum Dyskusyjne, Maków Mazowiecki, 12-13.06.2008. 130-132.
50. Juźwicka M., Ślisarz R., Szewczyk M., Tafelski M., Beuth W.: Satysfakcja pacjenta z opieki medycznej w szpitalnych oddziałach zabiegowych. Annales Universitatis Mariae Curie – Sklodowska, 2005, 7-supl., 16, Sect. D, 68-72.
51. Kondras A.: Psychologia kliniczna. Warszawa, Wydawnictwo PWN, 1984, 288-312.
52. Szyguła- Jurkiewicz B., Kowalska M., Mościński M.: Jakość życia jako element oceny stanu zdrowia i efektywności leczenia chorych ze schorzeniami układu sercowo-naczyniowego. Folia Cardiologia Excerpta, 2011, 1(60), 62-71.
53. Ratkowski W., Grabowska-Skorb P., Bzdawski M., i wsp.: Jakość życia osób w pierwszej dekadzie wieku emerytalnego, aktywnych i nieaktywnych fizycznie z aglomeracji trójmiejskiej. Journal of Health Sciences, 2013, 3(16), 37-56.
54. Dziurowicz-Kozłowska A.: Wokół pojęcia jakości życia. Psychologia Jakości Życia, 2002, 2, 77.
55. Patelewicz M., Drabowicz T.: Jakość życia- globalnie i lokalnie. Pomiar i wizualizacja. Łódź, Uniwersytet Łódzki, 2016.
56. Broda G.: Jakość życia – ważny pomiar zdrowia. Kardiologia Polska, 2009, 10, 1086-1087.
57. Jakuszkowiak K., Cubała J.W.: Psychodermatologia w codziennej praktyce lekarskiej. Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej, 2004, 3, 107, 111.
58. Kowalik S., Ratajska A., Szmaus A.: W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanej ze stanem zdrowia [w:] Jakość w naukach medycznych, pod red. Wołowicka J. Poznań, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej w Poznaniu, 2001: 17-29.
59. Gschnait F.: Gdy masz problemy ze skórą, Warszawa, Wydawnictwo Bauer-Weltbild Media, 2004.

60. Ginsburg I., Link B.: Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. Journal of the American Academy of Dermatology, 1989, 20, 53 -63.
61. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K.: Inwentarz Depresji Becka. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2018.
62. Steer RA; Clark DA; Beck AT; Ranieri WF. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. Behaviour Research and Therapy, 1999, 37, 183-90.
63. Łaguna M., Lachowicz-Tabaczek K., Dzwonkowska I.: Skala Samooceny SES Morrisa Rosenberga- polska adaptacja metody. Psychologia Społeczna, 2007, 2,02(04), 164-167.
64. Dzwonkowska I., Lachowicz – Tabaczek K., Łaguna M.: Samoocena i jej pomiar. SES. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008.
65. Felton B.J., Revenson T.A., Hinrichsen G.A.: Skala Akceptacji choroby [w:] Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia, Juczyński Z. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2012, 162 – 166.
66. Rolka. H., Krajewska-Kułak E., Kułak W. i wsp.: Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. Doniesienie wstępne. Problemy Pielęgniarstwa, 2009, 17(3), 178-183.
67. Zięciak T., Rzepa T., Król J., Żaba R.: Poczucie stygmatyzacji a objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. Psychiatria Polska, 2017, 51(6), 1153-1160.
68. Jankowiak B., Kowalewska B., Krajewskiej- Kułak E. i wsp.: Stygmatyzacja i jakość życia pacjentów z łuszczycą. Dermatology and Therapy, 2020, 10(2), 285–296.
69. Jankowiak B., Kowalewska B., Khvorik D. i wsp.: Poziom stygmatyzacji i depresji u pacjentów z łuszczycą Iranian Journal of Public Health, 2016, 45(5), 690–692.
70. Zielińska- Więczkowska H., Pietrzak N.: Akceptacja choroby i jej związek z jakością życia pacjentów z łuszczycą. Medycyna Rodzinna, 2018, 21(1), 3-9.
71. Łakuta P., Przybyła-Basista H.: Rola stygmatyzacji oraz przekonań o rozwoju depresji u chorych na łuszczycę. Polskie Forum Dermatologiczne, 2016, 21(3), 447-463.
72. https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/show-content/publication/edition/118550?id=118550 (dostęp 25.05.2020).

WYKAZ FOTOGRAFII

Fotografia 1a i b.	Łuszczyca plackowata	25
Fotografia 2.	Łuszczyca krostkowa dłoni	26
Fotografia 3.	Łuszczyca paznokci rąk i stóp	27

WYKAZ RYCIN

Rycina 1.	Schemat budowy skóry	15
Rycina 2.	Budowa naskórka	18
Rycina 3.	Mieszek włosowy z włosem	21
Rycina 4.	Struktura badanych ze względu na płeć	43
Rycina 5.	Struktura badanych ze względu na płeć	43
Rycina 6.	Struktura badanych ze względu na stan cywilny	44
Rycina 7.	Struktura badanych ze względu na miejsce zamieszkania	44
Rycina 8.	Struktura badanych ze względu na poziom wykształcenia	44
Rycina 9.	Rodzaje łuszczycy zdiagnozowane u badanych	45
Rycina 10.	Wiedza badanych na temat występowania łuszczycy w rodzinie	45
Rycina 11.	Występowanie łuszczycy w rodzinie badanych	46
Rycina 12.	Czas trwania choroby u badanych	46
Rycina 13.	Częstotliwość spożywania wybranych produktów przez badanych	48
Rycina 14.	Dolegliwości chorobowe utrudniające badanym codziennie funkcjonowanie	48
Rycina 15.	Łuszczyca jako źródło złego samopoczucia w ocenie badanych	49
Rycina 16.	Wpływ łuszczycy na codzienne funkcjonowanie badanych	49
Rycina 17.	Wpływ łuszczycy na sposób ubierania się badanych	50
Rycina 18.	Wpływ łuszczycy na życie towarzyskie badanych	50
Rycina 19.	Wpływ łuszczycy na relacje rodzinne i partnerskie badanych	51
Rycina 20.	Wpływ łuszczycy na życie seksualne badanych	51
Rycina 21.	Poziom akceptacji łuszczycy według skali AIS	55
Rycina 22.	Poziom depresji według skali Becka	58

WYKAZ TABEL

Tabela I.	Rozkład stopnia stygmatyzacji według skali SES a zmienne demograficzne	52
Tabela II.	Wartość wskaźnika SES	53
Tabela III.	Rozkład stopnia akceptacji łuszczycy przez badanych według skali AIS	54
Tabela IV.	Wartości średnie skali AIS a jakość życia badanych	56
Tabela V.	Rozkład nasilenia depresji według skali Becka a zmienne demograficzne	57
Tabela VI.	Wartości średnie skali Becka a jakość życia badanych	58
Tabela VII.	Rozkład stopnia stygmatyzacji wśród badanych według skali 6-stopniowej	59
Tabela VIII.	Wartości średnie skali 6- stopniowej a jakość życia badanych	60
Tabela IX.	Rozkład stopnia stygmatyzacji wśród badanych według skali 33-stopniowej	61
Tabela X.	Wartości średnie skali 33- stopniowej a jakość życia badanych	62
Tabela XI.	Wartości średnie skali 33- stopniowej w poszczególnych domenach	63
Tabela XII.	Analiza korelacji pomiędzy poszczególnymi skalami	64

ISBN 978-83-955921-4-0