

# Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę

## The relationship between strategies of coping with stress and acceptance of illness among patients with psoriasis

Małgorzata Anna Basińska, Arleta Kasprzak

Zakład Psychopatologii i Diagnostyki Klinicznej Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy  
Kierownik: dr hab. n. hum. Małgorzata Anna Basińska, prof. nadzw. UKW

Przeł Dermatol 2012, 99, 692–700

### STRESZCZENIE

#### SŁOWA KLUCZOWE:

strategie radzenia sobie ze stresem, akceptacja choroby, łuszczycyca.

#### KEY WORDS:

strategies of coping with stress, acceptance of illness, psoriasis.

**Wprowadzenie:** Doniesienia z badań potwierdzają związek stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem z różnymi aspektami funkcjonowania człowieka, także w chorobie. Łuszczycyca, autoagresywnie uwarunkowana przewlekła choroba skóry, może wywierać negatywny wpływ na stan psychiczny pacjenta i na jego funkcjonowanie psychospołeczne.

**Cel pracy.** Określenie związku między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę.

**Materiał i metodyka.** Grupa badana składała się z 87 osób z łuszczycą (45 kobiet i 42 mężczyzn) w średnim wieku 41 lat. Zastosowano Kwestionariusz Mini-Cope Carvera, Skalę Akceptacji Choroby – AIS Felton, Revenson, Hinrichsena, ankietę osobową oraz skalę PASI do oceny nasilenia objawów chorobowych.

**Wyniki.** Badani chorzy najczęściej stosują aktywne sposoby radzenia sobie, a najrzadziej unikowe w postaci zażywania substancji psychoaktywnych. Płeć wpływa na stosowane strategie, natomiast wiek i stan zdrowia mierzony skalą PASI nie różnicują stosowanych strategii i akceptacji choroby. Stwierdzono występowanie istotnego statystycznie negatywnego związku między strategią zaprzestania działania i obwiniania siebie a akceptacją choroby w badanej grupie chorych na łuszczycę. Czas trwania schorzenia koreluje z rzadszym stosowaniem strategii zaprzeczania oraz jest predyktorem akceptacji choroby.

**Wnioski.** Rola strategii radzenia w badanej grupie nie okazała się bardzo istotna dla akceptacji łuszczycy. Należy zwracać uwagę na inne zmienne, szczególnie na czas trwania choroby.

### ABSTRACT

**Introduction.** Studies confirm the relationship of coping strategies with various aspects of human functioning. It is a factor in protecting the mental and physical health of people, helping them adapt to new conditions and, consequently, contributes to more adaptive functioning, even in illness. Psoriasis, a chronic autoimmune skin disease, may have a negative impact on the patient's mental state and his social functioning, leading to a reduction in quality of life.

**Objective.** To determine the relationship between strategies of coping with stress and acceptance of illness among people with psoriasis.

**Material and methods.** The study group consisted of 87 persons with psoriasis (45 women and 42 men) with a mean age of 41 years. The stu-

#### ADRES DO KORESPONDENCJI:

dr hab. n. hum.  
Małgorzata Anna Basińska,  
prof. nadzw. UKW  
Instytut Psychologii  
Uniwersytet  
Kazimierza Wielkiego  
ul. Staffa 1  
85-867 Bydgoszcz  
e-mail: mbasinska@ukw.edu.pl

dy employed the Mini-Cope questionnaire of Carvera and colleagues, The Acceptance of Illness Scale (AIS) by Felton, Revenson and Hinrichsen, a personal questionnaire and the PASI scale to measure psoriasis intensity.

**Results.** Patients with psoriasis most frequently use active coping strategies and are least likely to use psychoactive substances – one of the avoidance strategies. Gender differentiated coping strategies, while age and skin condition measured by PASI did not differentiate strategies of coping with stress and acceptance of illness. Statistical analysis showed a significant negative relationship between cessation of action, self-blame and acceptance of illness among people with psoriasis. Illness duration was negatively correlated with denial and was a predictor of acceptance of illness.

**Conclusions.** The role of coping strategies proved not significant for acceptance of illness. It is necessary to pay attention to other variables, in particular illness duration.

---

## WPROWADZENIE

---

### Strategie radzenia sobie ze stresem

Strategie radzenia sobie ze stresem (strategie radzeczne) są elementem procesu radzenia sobie, a oznaczają poznawcze i behawioralne wysiłki skierowane na specyficzne wymagania zewnętrzne i/lub wewnętrzne, które oceniane są jako obciążające lub przekraczające możliwości jednostki [1]. Strategie te, podejmowane w konkretnej sytuacji stresowej, stosowane są w celu zmiany tej sytuacji lub złagodzenia jej skutków. Będący w dyspozycji jednostki i charakterystyczny dla niej zbiór strategii radzenia sobie definiowany jest jako indywidualny styl radzenia sobie [2].

Podstawą klasyfikacji strategii radzenia sobie ze stresem są dwa główne kryteria: modalność radzenia sobie, czyli wysiłki poznawcze lub behawioralne, oraz kryterium funkcjonalne, czyli ukierunkowanie strategii bądź na rozwiązanie problemu, bądź na regulację emocji [3].

Strategie zorientowane na rozwiązanie problemu obejmują wysiłki skierowane na zmianę obiektywnej sytuacji stresowej poprzez zmianę elementów otoczenia lub sposobu interpretacji relacji podmiotu z otoczeniem. Osoby, które stosują te strategie, główny nacisk kładą na problem i jego rozwiązanie, przekształcenie lub zmianę sytuacji. Strategie zorientowane na emocje obejmują wysiłki podejmowane przez osobę w celu przezwyciężenia napięcia emocjonalnego, aby nie utrudniało ono kontaktów z innymi ludźmi i nie złamało odporności psychicznej. Obie kategorie (zadaniowe i emocjonalne) prawie zawsze występują razem [4].

Carver i wsp. [5], nawiązując do klasycznego ujęcia radzenia sobie ze stresem zaproponowanego przez Lazarusa i Folkman, wyodrębnili kilkanaście strategii radzenia sobie ze stresem [6]. Sposoby radzenia sobie, takie jak *aktywne radzenie sobie* i *planowanie*, traktowane są jako strategie skoncentrowane na problemie. *Poszukiwanie wsparcia emocjonalnego* zalicza się do zachowań zaradczych ukierunkowanych na emocje. Z kolei np. *zajmowanie się czymś innym* to zachowanie unikowe [7].

W proces radzenia sobie ze stresem zazwyczaj zaangażowana jest tylko część spośród strategii pozostających w repertuarze jednostki. Ich dobór wyznacza zarówno sytuacja, z jaką jednostka ma do czynienia, jak i właściwości osobowości tej jednostki [4, 8]. Wielu autorów uważa, że elastyczny sposób radzenia sobie ze stresem jest najbardziej efektywny. Strategie wykorzystywane na jednym z etapów procesu radzenia sobie ze stresem mogą być nieprzydatne na innym lub wręcz szkodliwe ze względu na konsekwencje dla dobrostanu, przystosowania się czy rozwoju podmiotu [9].

### Radzenie sobie ze stresem i funkcjonowanie psychospołeczne u chorych na łuszczycę

Łuszczyca (*psoriasis*) to przewlekła i nawrotowa choroba skóry. Jest jedną z najczęstszych dermatoz, choć częstość jej występowania w populacji się zmienia [10, 11]. Należy do chorób dermatologicznych, których wpływ na stan psychiczny pacjenta został w piśmiennictwie najszerzej opisany [12]. Zwykle choroba ujmowana jest w kategoriach silnego fizycznego i psychicznego obciążenia, które wpływa na wszystkie aspekty życia pacjenta – relacje interper-

sonalne, dobre samopoczucie, aktywność społeczną i zawodową. Chorzy są narażeni na doświadczanie silnego i długotrwałego stresu, dlatego podejmują różne strategie radzenia sobie mające na celu obniżenie jego poziomu. Warto zaznaczyć, że strategie, które są skuteczne w krótkim okresie, mogą być szkodliwe w dłuższej perspektywie [13].

Osoby ze schorzeniami dermatologicznymi bardzo często mają poczucie stygmatyzacji i odczuwają silny stres. Częściej także niż populacja ogólna cierpią na różnego typu zaburzenia psychiczne. U wielu chorych łuszczyca współwystępuje z zaburzeniami psychicznymi, przede wszystkim z depresją i zaburzeniami lękowymi [12, 14, 15]. W badaniach nie stwierdzono związków między sposobami radzenia sobie ze stresem a objawami lęku, wykazano natomiast, że objawy depresyjne dodatnio korelują z bezradnością, a ujemnie z myśleniem życzeniowym i zwrotem ku religii. Wysoki stopień bezradności może zatem odgrywać pewną rolę w odsuwaniu się ludzi dotkniętych depresją od ich duchowych przeobrażeń [15].

Obok badań porównawczych z udziałem osób zdrowych i chorych na łuszczycę prowadzone są badania nad różnicami w sposobach radzenia sobie ze stresem u pacjentów z różnego typu schorzeniami dermatologicznymi.

Orzechowska i wsp. [16] dokonali analizy dwóch grup chorych: na łuszczycę oraz trądzik różowaty. Badaniom poddali zarówno strategie radzenia sobie ze stresem, jak i kontrolę emocjonalną. Autorzy odkryli, że pacjenci z łuszczycą charakteryzują się większą zdolnością do kontrolowania sytuacji będących źródłem emocji, właściwą ich percepcją i interpretacją w przeciwieństwie do osób z trądzikiem różowatym. Dodatkowo wykazali, że u chorych na łuszczycę obserwuje się niższy poziom ogólnej pobudliwości emocjonalnej oraz mają oni większą tendencję do stosowania strategii unikania myślenia o problemie. Analiza danych wykonana w obu grupach wykazała, że większa zdolność do kontroli ekspresji emocji wiąże się z rzadszym stosowaniem takich strategii, jak: unikanie sytuacji stresowej, poszukiwanie wzmocnień zastępczych oraz akceptacja pojawiającego się problemu. Wyższy poziom odporności emocjonalnej współwystępuje z częstszym rozwiązywaniem sytuacji stresujących, mniejszym unikaniem poznawczym oraz rzadszą akceptacją sytuacji trudnej, a zdolność do kontrolowania sytuacji emotogennych wiąże się z akceptacją napotkanych problemów w badanych grupach. W przypadku strategii radzenia sobie ze stresem płęć nie różnicowała w sposób istotny osób uczestniczących w badaniu. W powyższych badaniach wykazano, że pozytywne aspekty kontroli emocjonalnej korelują z rzadszym stosowaniem mniej korzystnych strategii radzenia sobie ze stresem [16].

Badania przeprowadzone w ostatnich latach potwierdziły, że przewlekłe choroby dermatologiczne, zwłaszcza łuszczyca, wpływają niekorzystnie na jakość życia pacjentów [12, 17–19]. Chorzy na łuszczycę, którzy są podatni na doświadczanie negatywnych emocji, takich jak zmieszanie, gniew, niezadowolenie, strach, poczucie winy, wrażliwość na stres psychologiczny, niżej oceniają swoją jakość życia [17].

Ponieważ jednym z czynników powodujących pojawienie się zmian łuszcycowych oraz ich kolejne nawroty jest stres psychologiczny [20–22], a u około 40–80% pacjentów do wysiewu zmian skórnych doszło w wyniku wystąpienia niekorzystnych czynników psychospołecznych [23] – zagadnienie stresu i radzenia sobie z nim jest szczególnie ważne.

Często osoby z łuszczycą nie są w stanie całkowicie pogodzić się ze swoją chorobą oraz przyjmują wobec niej negatywną postawę, dlatego tak ważne jest, aby ją zaakceptowali i nauczyli się z nią żyć [24].

### Akceptacja choroby

Na sposób przystosowania do choroby i funkcjonowania w niej wskazuje m.in. stopień akceptacji choroby. Jest on emocjonalnym wyznacznikiem sposobu funkcjonowania w chorobie i przystosowania się do niej, przejawia się w niewielkim nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą. Większa akceptacja choroby wskazuje na lepsze przystosowanie i mniejsze poczucie dyskomfortu psychicznego. Zaakceptować własne schorzenie to rozpoznać i zrozumieć ograniczenia oraz straty z niego wynikające [25]. Pacjenci, którzy osiągnęli taki stan, reagują na chorobę znacznie łagodniej niż ci, którzy nie mogą się pogodzić ze złym stanem zdrowia. Osoby pogodzone z własnym stanem zdrowia, pomimo chronicznych dolegliwości, nie oczekują mało prawdopodobnych zdarzeń, myślą realistycznie. Czują się sprawne, samowystarczalne, niezależne i ważne [26]. Akceptacja choroby nie jest wyrazem słabości i rezygnacji, lecz wynika z siły osoby, która przyjmuje i godzi się z tym, na co nie ma wpływu, a taka postawa pomaga jej funkcjonować w chorobie [3]. Akceptacja schorzenia pozwala na prawidłowe funkcjonowanie mimo różnorodnych zagrożeń, ograniczeń i problemów, jakie niesie ze sobą utrata zdrowia [27].

Nie każda choroba przewlekła musi wpływać na pogorszenie jakości życia. Gdy powoduje uruchomienie indywidualnych zasobów i wzrost aktywności własnej, które pozwalają realizować wytyczone cele i zaspokajać ważne potrzeby, to rezultatem jest akceptacja choroby [28]. Sposób radzenia sobie jest uważany za czynnik, który w znacznym stopniu może wpływać na zdrowie człowieka. W badaniach psychologicznych nad funkcjonowaniem osób cierpiących na łuszczycę często pomija się jednak temat

strategii radzenia sobie ze stresem [15]. Poznanie stosowanych sposobów obniżania poziomu stresu w sytuacji choroby, a następnie nauczenie właściwych może bardzo pomóc choremu w przystosowaniu się do zaistniałych warunków zdrowotnych [17].

## CEL PRACY

Głównym celem przedstawionych badań było określenie związku między stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby. Ponadto podjęto próbę sprawdzenia, czy strategię radzenia sobie ze stresem wraz z charakterystykami stanu zdrowia – czasem trwania choroby i nasileniem objawów – są wyznacznikami akceptacji choroby w grupie chorych na łuszczycę.

## MATERIAŁ I METODYKA

Do oceny strategii radzenia sobie ze stresem zastosowano: kwestionariusz Mini-COPE Carvera i wsp., skalę AIS, Skalę Oceny Nasilenia Łuszczycy (ang. *Psoriasis Area and Severity Index* – PASI) Fredriksson i Pettersson i ankietę osobową.

Kwestionariusz Mini-COPE Carvera i wsp. bada 14 strategii radzenia sobie ze stresem: aktywne radzenie sobie – podejmowanie działań zmierzających do poprawienia sytuacji; planowanie – wybór i planowanie działań, które należałoby podjąć w danej sytuacji; pozytywne przewartościowanie – spostrzeganie problemu w bardziej korzystnym świetle; akceptacja – przyjęcie zaistniałej sytuacji i próby zaadaptowania się do niej; poczucie humoru – żartowanie, traktowanie sytuacji jako zabawy; zwrot ku religii – modlenie się i medytowanie w celu znalezienia ukojenia; poszukiwanie wsparcia emocjonalnego – szukanie otuchy, zrozumienia i wsparcia od innych; poszukiwanie wsparcia instrumentalnego – szukanie porady i pomocy od innych; czynności zastępcze – zajmowanie się innymi czynnościami, aby nie myśleć o trudnej sytuacji; zaprzeczanie – odrzucanie faktu zaistnienia sytuacji; wyładowanie – ujawnianie negatywnych emocji; zażywanie substancji psychoaktywnych – zażywanie środków psychoaktywnych dla złagodzenia przykrych emocji; zaprzestanie działań – rezygnacja z podejmowania wysiłków w celu polepszenia sytuacji; obwinianie siebie – krytykowanie i obwinianie siebie za powstałą sytuację. Kwestionariusz ten pozwala określić, które z danych strategii najczęściej stosuje osoba badana. Skala cechuje się wysoką trafnością i rzetelnością [7].

Skala AIS (ang. *Acceptance of Illness Scale*), którą opracowali Felton, Revenson i Hinrichsen, do warunków polskich została zaadaptowana przez Juczyń-

skiego. Pozwala ona na ocenę stopnia akceptacji choroby przez pacjenta. Akceptacja schorzenia przejawia się w mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą i stosowaną terapią. Im większa jest akceptacja schorzenia, tym mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje stanu zdrowia. Do każdego stwierdzenia osoba badana ustosunkowuje się, wskazując odpowiednią cyfrę od 1 – zdecydowanie zgadzam się, do 5 – zdecydowanie nie zgadzam się. Zaznaczenie odpowiedzi numer 1 oznaczało złe przystosowanie do choroby, natomiast odpowiedzi numer 5 – pełną akceptację schorzenia. Suma akceptacji choroby jest miarą wszystkich punktów i mieści się w obszarze 8–40 punktów. Za niski wynik uważa się wartości poniżej 20 punktów, który oznacza brak lub niską akceptację i przystosowanie się do choroby oraz silne uczucie dyskomfortu psychicznego, natomiast wartości powyżej 30 punktów świadczą o wysokiej lub pełnej akceptacji [26].

Za pomocą PASI oceniany jest stopień zaawansowania schorzenia. Skala służy do oceny ciężkości stanu klinicznego łuszczycy. Łączy w sobie ocenę nasilenia takich objawów skórnych, jak: rumień, naciek, złuszczenie, a także szacunkową ocenę powierzchni ciała zajętej przez zmiany skórne [10]. Objawy ocenia się według pięciopunktowej skali (0–4 punktów), gdzie 0 oznacza brak objawów, a 4 punkty – bardzo duże ich nasilenie. Końcowy wynik może wynosić 0–72 punktów. Im wyższy jest wynik, tym cięższa postać łuszczycy. Wartość PASI do 10 punktów oznacza małe nasilenie zmian łuszczycowych, 10–50 punktów – umiarkowane nasilenie łuszczycy, a powyżej 50 punktów – duże nasilenie tej choroby.

Głównym celem ankiety osobowej było zebranie i usystematyzowanie podstawowych informacji o osobie chorej i jej stanie zdrowia.

Badania wykonano na oddziale szpitalnym i w poradni po uzyskaniu zgody Komisji Etycznej i kierownika Kliniki. Miały one charakter anonimowy i były dobrowolne. Badaniami objęto 87 osób leczonych z powodu łuszczycy. Grupa badana składała się z 45 (52%) kobiet i 42 (48%) mężczyzn. Średni wiek osób badanych wynosił 40,92 roku [średnie odchylenie (ang. *standard deviation* – SD) 13,77] przy rozpiętości 18–70 lat. Mężczyźni i kobiety nie różnili się istotnie między sobą pod względem wieku ( $M_K = 40,16$  roku i  $M_M = 41,66$  roku). Większość badanych miała wykształcenie średnie ( $n = 31$ ; 36%), zawodowe ( $n = 29$ ; 33%) lub wyższe ( $n = 23$ ; 26%). Pozostałe 4 osoby (5%) miały wykształcenie podstawowe. Ponad połowa ( $n = 46$ ; 53%) pozostawała w związku małżeńskim, a pozostali byli jeszcze wolni ( $n = 30$ ; 35%) lub już wolni ( $n = 10$ ; 12%).

Większość badanych osób deklarowała niepowikłany przebieg choroby ( $n = 66$ ; 76%), a pozostałe skarżyły się na występowanie różnych powikłań w przebiegu łuszczycy ( $n = 21$ ; 24%). Średni czas trwania schorzenia wynosił 17,88 roku ( $SD = 12,77$ ) przy rozpiętości od kilku miesięcy do 52 lat. Większość pacjentów chorowała tylko na łuszczycę ( $n = 78$ ; 90%), a pozostali cierpieli dodatkowo z powodu innych schorzeń ( $n = 9$ ; 10%). Średni wynik PASI wyniósł 15,77 ( $SD = 9,17$ ) przy rozpiętości 2–46 punktów, co wskazuje na umiarkowane nasilenie łuszczycy.

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą programu Statistica 10,0 z wykorzystaniem testu istotności różnic między średnimi *t*-Studenta, testu korelacji Pearsona oraz analizy regresji wielokrotnej.

## WYNIKI

Badani pacjenci najczęściej stosowali strategię aktywne – planowanie i aktywne radzenie sobie ze stresem, a najrzadziej strategię unikową – zażywanie substancji psychoaktywnych (tab. I).

U badanych chorych obserwowano przeciętnie nasiloną akceptację choroby ( $M = 27,46$ ,  $SD = 8,58$ ) przy rozpiętości 2–40 punktów, co świadczy o dużym zróżnicowaniu akceptacji choroby w badanej grupie. Chorzy różnili się między sobą w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem ze względu na płeć (tab. II). Kobiety istotnie rzadziej niż mężczyźni stosowały poczucie humoru, a istotnie częściej wyładowanie.

W zakresie akceptacji choroby nie stwierdzono istotnych statystycznie różnic w badanej grupie między

kobietami ( $M_K = 26,49$ ,  $S_D = 8,01$ ) i mężczyznami ( $M_M = 28,41$ ,  $SD = 9,09$ ). Pacjenci nie różnili się między sobą na poziomie istotnym statystycznie w zakresie stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem i akceptacji choroby ze względu na wiek (młodszy i starsi) oraz ze względu na stopień nasilenia objawów mierzonych skalą PASI, natomiast istotnie się różnili ze względu na czas trwania choroby. Osoby chorujące dłużej ( $M_{DL} = 0,80$ ,  $SD = 0,62$ ) zdecydowanie rzadziej stosowały strategię zaprzeczania niż osoby chorujące krócej ( $M_{KR} = 1,19$ ,  $SD = 0,71$ ,  $t = -2,76$ ,  $p = 0,007$ ).

## Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby

Analizując związek między stosowanymi strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby, stwierdzono występowanie negatywnej korelacji tylko z dwoma strategiami: zaprzestaniem działań i obwinianiem siebie (tab. III). Chorzy, którzy radzili sobie ze stresem poprzez stosowanie zaprzestania działań i obwiniania siebie, cechowali się niższą akceptacją choroby.

W celu pogłębienia analizy związku strategii radzenia sobie ze stresem z akceptacją choroby zastosowano analizę regresji wielokrotnej, która pozwoliła na wyłonienie wyznaczników akceptacji choroby spośród stosowanych strategii oraz charakterystyk demograficznych i stanu zdrowia badanych pacjentów (tab. IV). Zmienne włączone do modelu razem w niewielkim stopniu pozwoliły na przewidywanie akceptacji choroby badanych osób – model jest na granicy istotności i wyjaśnia około 14% zmienności

Tabela I. Statystyki opisowe dla analizowanych strategii radzenia sobie ze stresem w badanej grupie pacjentów ( $n = 87$ )

Table I. Descriptive statistics for the analyzed variables in the study group ( $n = 87$ )

Strategie radzenia sobie	M	SD	Minimum	Maksimum
aktywne radzenie sobie	2,01	0,63	0,00	3,00
planowanie	2,02	0,66	0,00	3,00
pozytywne przewartościowanie	1,62	0,49	0,50	3,00
akceptacja	1,87	0,67	0,00	3,00
poczucie humoru	0,85	0,62	0,00	2,50
zwrot ku religii	0,87	0,91	0,00	3,00
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1,68	0,71	0,50	3,00
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,65	0,70	0,00	3,00
zajmowanie się czymś innym	1,56	0,80	0,00	3,00
zaprzeczanie	1,00	0,69	0,00	3,00
wyładowanie	1,32	0,70	0,00	3,00
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,51	0,72	0,00	3,00
zaprzestanie działań	0,86	0,67	0,00	3,00
obwinianie siebie	1,25	0,79	0,00	3,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe

**Tabela II.** Istotność różnic między średnimi w zakresie nasilenia stosowanych strategii radzenia sobie ze stresem ze względu na płeć badanych**Table II.** The significance of differences between means due to severity of coping strategies used by gender of the respondents

Strategie radzenia sobie	Kobiety (n = 43)		Mężczyźni (n = 44)		t	p
	M	SD	M	SD		
aktywne radzenie sobie	2,03	0,68	1,99	0,60	0,34	0,736
planowanie	2,01	0,62	2,03	0,69	-0,16	0,874
pozytywne przewartościowanie	1,62	0,55	1,63	0,42	-0,08	0,934
akceptacja	1,83	0,72	1,91	0,61	-0,58	0,562
poczucie humoru	0,66	0,62	1,03	0,56	-2,91	0,005
zwrot ku religii	1,05	0,95	0,69	0,84	1,84	0,069
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	1,77	0,73	1,59	0,68	1,17	0,247
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	1,74	0,75	1,56	0,65	1,25	0,216
zajmowanie się czymś innym	1,71	0,83	1,41	0,76	1,76	0,082
zaprzeczanie	1,02	0,73	0,98	0,65	0,31	0,757
wyładowanie	1,48	0,70	1,16	0,68	2,15	0,034
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,40	0,68	0,61	0,75	-1,43	0,157
zaprzestanie działań	0,90	0,67	0,82	0,68	0,53	0,596
obwinianie siebie	1,38	0,78	1,13	0,79	1,54	0,127

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wynik w teście t-Studenta, p – poziom istotności

akceptacji choroby (skorygowany  $R^2 = 0,139$ ,  $F(19,62) = 1,69$ ,  $p < 0,063$ ). Spośród włączonych zmiennych czas trwania choroby okazał się wyznacznikiem jej akceptacji w badanej grupie. Gdy choroba trwała dłużej, pacjentom cierpiącym na łuszczycę łatwiej było ją akceptować.

## OMÓWIENIE

Analizując przebieg procesu chorowania, obecnie uwzględnia się także wewnętrzną aktywność podmiotu, czyli radzenie sobie [3], gdyż każda choroba niesie specyficzne problemy psychologiczne. W związku z tym stosowane sposoby radzenia sobie z trudnościami w interakcji ze skłonnością do określonego sposobu reagowania emocjonalnego i behawioralnego mogą wpływać na sposób chorowania. Wyniki badań pokazują, że indywidualne radzenie sobie i wkładany w nie wysiłek kształtuje skutki choroby i jej przebieg [29, 30].

Najnowsze dane uzyskane przez Zahera i wsp. [15] dowodzą, że osoby z łuszczycą w porównaniu z osobami zdrowymi różnią się w sposób istotny pod względem stosowanych metod radzenia sobie ze stresem. Po pierwsze, chorzy ci cechują się większą bezradnością. Po drugie, występuje u nich większa tendencja do zaprzeczania trudnościom (ang. *denial*), mają większą skłonność do psychicznego odrywania się od sytuacji trudnej (ang. *mental disengagement*) oraz rzadziej akceptują swoją chorobę. W badaniach Zahera i wsp. wykazano, że chorzy na łuszczycę w sytuacji stresu są w większym stopniu

skłonni zwracać się w kierunku religii. Zależności takiej nie ujawniły dane uzyskane w Wielkiej Brytanii [31] – przyczyną tego stanu rzeczy mogą być różnice kulturowe. Przedstawione w tym doniesieniu wyniki są podobne do rezultatów otrzymanych przez Brytyjczyków. Chorzy na łuszczycę częściej stosowali aktywne strategie radzenia sobie, które

**Tabela III.** Istotność korelacji między stosowanymi strategiami radzenia sobie a akceptacją choroby w badanej grupie chorych  
**Table III.** The significance of correlations between coping strategies used and acceptance of illness in the study group

Strategie radzenia sobie	Akceptacja choroby	
	r	p
aktywne radzenie sobie	0,030	0,782
planowanie	0,086	0,428
pozytywne przewartościowanie	0,173	0,110
akceptacja	0,164	0,128
poczucie humoru	0,058	0,594
zwrot ku religii	-0,038	0,729
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,070	0,521
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	0,044	0,683
zajmowanie się czymś innym	0,026	0,814
zaprzeczanie	-0,065	0,549
wyładowanie	0,127	0,241
zażywanie substancji psychoaktywnych	-0,041	0,706
zaprzestanie działań	-0,250	0,019
obwinianie siebie	-0,273	0,011

r – wskaźnik korelacji r-Pearsona, p – poziom istotności

**Tabela IV.** Wyniki analizy regresji wielokrotnej dla zmiennej akceptacja choroby w grupie badanych chorych  
**Table IV.** Results of multiple regression analysis for acceptance of illness in the study group

Zmienne włączone do modelu	b*	Bł. std. – z b*	b	Bł. std. – z b	t(62)	p
			26,97	7,610	3,54	0,001
czas chorowania [lata]	0,325	0,142	0,22	0,096	2,28	0,026
aktywne radzenie sobie	-0,105	0,163	-1,43	2,223	-0,64	0,524
planowanie	-0,007	0,176	-0,09	2,321	-0,04	0,968
pozytywne przewartościowanie	0,155	0,147	2,79	2,644	1,06	0,295
akceptacja	0,032	0,147	0,42	1,954	0,22	0,830
poczucie humoru	-0,055	0,136	-0,77	1,891	-0,41	0,686
zwrot ku religii	-0,059	0,121	-0,59	1,199	-0,49	0,626
poszukiwanie wsparcia emocjonalnego	0,114	0,136	1,39	1,664	0,83	0,407
poszukiwanie wsparcia instrumentalnego	-0,026	0,150	-0,32	1,842	-0,17	0,862
zajmowanie się czymś innym	-0,091	0,130	-1,00	1,425	-0,70	0,487
zaprzeczanie	-0,033	0,138	-0,41	1,733	-0,24	0,813
wyładowanie	0,249	0,143	3,07	1,760	1,74	0,086
zażywanie substancji psychoaktywnych	0,018	0,146	0,22	1,748	0,13	0,900
zaprzestanie działań	-0,168	0,145	-2,13	1,840	-1,16	0,252
obwinianie siebie	-0,166	0,139	-1,84	1,531	-1,20	0,235
pleć	0,178	0,136	3,08	2,357	1,31	0,196
wiek	-0,178	0,143	-0,11	0,091	-1,25	0,217
liczba hospitalizacji	-0,240	0,129	-0,24	0,128	-1,87	0,066
PASI – wynik ogólny	-0,216	0,128	-0,20	0,121	-1,69	0,097

b\* – wynik regresji wielorakiej, Bł. std. – z b\* – błąd wyniku regresji wielorakiej, b – współczynnik regresji, Bł. std. – z b – błąd standaryzowanego współczynnika regresji, t(62) – wartość statystyki, p – poziom istotności

obejmują wysiłki skierowane na zmianę obiektywnej sytuacji stresowej przez korektę elementów otoczenia lub sposobu interpretacji relacji podmiotu z otoczeniem, a rzadziej unikowe. Być może należy zgodzić się z interpretacją Zahera, że przyczyna tych różnic tkwi w kulturze.

Znaczenie przewagi aktywnych strategii radzenia sobie jest szczególnie ważne z punktu widzenia psychoneuroimmunologicznego, gdyż poddawanie się (ang. *giving up*) jest niekorzystnym sposobem radzenia sobie ze stresem, gdy staje się głównym sposobem zachowania w sytuacji trudnej. Subiektywnie zaś takie zachowanie jest odczuwane jako bezradność i beznadziejność i może utrudniać proces zdrowienia [3, 32]. Metaanalizy 43 badań [33] dostarczyły wyników umożliwiających porównanie skuteczności unikowych i nieunikowych strategii radzenia sobie ze stresem. Stwierdzono, że w dłuższym czasie bardziej korzystne dla adaptacji są strategie nieunikowe, gdyż związki unikania z napięciem oraz z depresją były wyraźne. Szczególnie negatywnie oceniono ten sposób radzenia sobie ze stresem w związku z chroniczną chorobą i wydarzeniami interpersonalnymi. Wraz z upływem czasu unikowy sposób radzenia sobie ze stresem może prowadzić do wyczerpania

zasobów psychologicznych i fizycznych, redukując możliwości przystosowawcze jednostki [34].

Stosowanie aktywnych strategii radzenia sobie koreluje z zasobami osobistymi, np. z prężnością (ang. *resiliency* – definiowana jest jako względnie trwała cecha osobowości, która warunkuje elastyczność poznawczą i emocjonalną oraz umożliwia jednostce dostosowanie własnego postępowania do okoliczności) [35]. Dzięki takim wynikom można pośrednio wnioskować o sile osobowości, znając stosowane przez jednostkę strategie radzenia sobie ze stresem.

Badani chorzy cechują się średnią akceptacją choroby. Wynik ten jest wyższy od uzyskanego w badaniach przez Zalewską i wsp. [36]. Wyższy poziom akceptacji koreluje z bardziej optymistycznym podejściem do życia, mniejszym przeświadczeniem o wpływie innych na własne zdrowie oraz rzadszym stosowaniem strategii radzenia sobie zorientowanych na przeżywanie emocji, które sprzyjają dbaniu o stan zdrowia. Pacjenci, u których obserwuje się większą tendencję do zaprzeczania trudnościom (ang. *denial*), rzadziej akceptują swoją chorobę [15]. Podobny wynik uzyskano w niniejszej pracy. Im więcej jest unikowego radzenia sobie, tym mniejsza akceptacja choroby. Te wyniki potwierdzają znacze-

nie akceptacji choroby – nie jest to postawa rezygnacyjna, lecz adekwatne przystosowanie się do zaistniałej sytuacji.

Ranga uzyskanego związku między radzeniem sobie a akceptacją nie jest jednak zbyt pewna, gdyż wyniki te nie zostały potwierdzone w analizie regresji wielokrotnej. Wyznacznikiem akceptacji choroby okazuje się czas trwania choroby, który także koreluje negatywnie ze strategią zaprzeczania. Rola stanu klinicznego w akceptacji schorzenia w badaniach jest bardzo zróżnicowana [3]. Przykładowo w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa stwierdzono związek czasu jej trwania z funkcjonowaniem w chorobie. Im dłużej trwała choroba, tym częściej pacjenci z chorobą Gravesa-Basedowa podejmowali odpowiednie zachowania prozdrowotne, a na poziomie poznawczym narastało u nich przekonanie, że nie są sami w stanie kontrolować swojego zdrowia. Podobne wyniki uzyskano także w grupie osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów. Wraz z upływem czasu trwania choroby kobiety zachowywały się bardziej niejednoznacznie: stawały się zmienne i martwiące, a zarazem wytrwałe i pogodzone z życiem. U mężczyzn obserwowano większą liczbę zachowań adaptacyjnych [37].

Stan kliniczny wyrażony nasileniem objawów mierzonych skalą PASI także nie różnicował ani stosowanych strategii radzenia sobie, ani akceptacji choroby. Jak pokazują wyniki, nie zawsze stan kliniczny ujawnia związki z psychologicznym funkcjonowaniem pacjentów. Na przykład, poziom stężenia hormonów tarczycy nie różnicował osób z autoagresywnymi chorobami tarczycy w zakresie akceptacji choroby [3].

Okazało się, że płeć istotnie różnicuje stosowanie strategii radzenia sobie, a wiek nie. Wyniki badań podkreślają jego istotną rolę w wyjaśnianiu funkcjonowania psychologicznego w niektórych chorobach, np. w cukrzycy typu 1, w reumatoidalnym zapaleniu stawów, a w innych nie [3, 38]. Różnice płciowe w populacji dotyczą przede wszystkim nasilenia ogólnej wrażliwości, wyższego poziomu neurotyzmu i mniejszej pewności siebie w grupie kobiet [38, 39]. Wyniki badań klinicznych potwierdzają, że kobiety zgłaszają więcej skarg na stan zdrowia [40]. Ma to przełożenie na poziom biochemiczny, gdyż w sytuacji stresowej, pomimo podobnego stężenia wolnego kortyzolu u kobiet i mężczyzn, zauważono różnicujący wpływ płci na system immunologiczny w wyniku modulacji wrażliwości glukokortykosteroidów przez produkcję cytokin [41]. Kobiety i mężczyźni także inaczej spostrzegają sposoby utrzymania zdrowia [42].

Uzyskane wyniki uzasadniają celowość obejmowania pacjentów z łuszczycą pomocą psychologiczną zmierzającą do modelowania strategii radzenia

sobie ze stresem oraz budowania u chorych pozytywnych postaw. Mogą one pozwolić pacjentowi przystosować się do choroby, aktywnie uczestniczyć w procesie leczenia oraz podnieść ocenę jakości swojego życia [17, 18, 29].

## Piśmiennictwo

1. **Lazarus R.S., Folkman S.:** Stress, appraisal and coping. Springer-Verlag, New York, 1986.
2. **Heszen-Niejodek I.:** Teoria stresu psychologicznego i radzenia sobie. [w:] Psychologia. Podręcznik akademicki. J. Strelau (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2000, 465-492.
3. **Basińska M.A.:** Funkcjonowanie psychiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2009.
4. **Bartkowiak G.:** Człowiek w pracy. Od stresu do sukcesu w organizacji. Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne, Warszawa, 2009.
5. **Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K.:** Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol* 1989, 56, 267-283.
6. **Scheier M.F., Carver C.S.:** A model of behavioral self-regulation: translating intention into action. [w:] *Advances in experimental social psychology*. L. Berkowitz (red.), Academic Press, New York, 1988, 303-346.
7. **Juczyński Z., Ogińska-Bulik N.:** Narzędzia pomiaru stresu i radzenia sobie ze stresem. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa, 2009.
8. **Ogińska-Bulik N., Juczyński Z.:** Osobowość, stres a zdrowie. Difin, Warszawa, 2010.
9. **Dolińska-Zygmunt G.:** Behawioralne wyznaczniki zdrowia – zachowania zdrowotne. [w:] *Podstawy psychologii zdrowia*. G. Dolińska-Zygmunt (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001, 33-70.
10. **Janowski K.:** Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem w łuszczycy. Wydawnictwo Polihymnia, Lublin, 2006.
11. **Langner A., Stąpór W.:** Łuszczyca – etiopatogeneza i leczenie. [w:] *Współczesne leczenie wybranych chorób skóry*. A. Langer, W. Stąpór (red.), Ośrodek Informacji Naukowej Polfa, Warszawa, 2003, 82-100.
12. **Tyc-Zdrojewska E., Trznadel-Grodzka E., Kaszuba A.:** Wpływ przewlekłych chorób skóry na jakość życia pacjentów. *Dermatol Klin* 2011, 13, 155-160.
13. **Kimball A.B., Gieler U., Linder D., Sampogna F., Warren R.B., Augustin M.:** Psoriasis: is the impairment to a patient's life cumulative? *J EADV* 2010, 24, 989-1004.
14. **Leibovici V., Canetti L., Yahalomi S., Cooper-Kazaz R., Bonne O., Ingber A. i inni:** Well being, psychopathology and coping strategies in psoriasis compared with atopic dermatitis: a controlled study. *J EADV* 2009, 24, 897-903.
15. **Zaher H.A.E.M., Amin M.E., Rakhawy M.Y.:** Coping with depression and anxiety in patients with psoriasis. *Egypt J Psychiatr* 2010, 31, 57-63.
16. **Orzechowska A., Talarowska M., Wysokiński A., Gruszczyński W., Zboralski K.:** Wybrane czynniki psychologiczne w łuszczycy i trądziku różowatym. *Dermatol Klin* 2009, 11, 17-20.
17. **Bogaczewicz A., Sobów T., Bogaczewicz J., Sysa-Jędrzejowska A., Woźniacka A.:** Neurotyczność negatywnie koreluje z radzeniem sobie ze stresem u chorych na łuszczycę. *Dermatol Klin* 2011, 13, 229-233.

18. **Bogaczewicz A., Sobów T., Bogaczewicz J., Sysa-Jędrzejowska A., Woźniacka A.:** Psychologiczne uwarunkowania jakości życia chorych na łuszczycę: doniesienia wstępne. *Dermatol Klin* 2010, 12, 205-210.
19. **Lee Y.W., Park E.J., Kwon I.H., Kim K.H., Kim K.J.:** Impact of psoriasis on quality of life: relationship between clinical response to therapy and in health-related quality of life. *Ann Dermatol* 2010, 22, 389-396.
20. **Pakran J., Riyaz N., Nandakumar G.:** Determinants of quality of life in psoriasis patients: a cluster analysis of 50 patients. *Indian J Dermatol* 2011, 56, 689-693.
21. **Juszkiewicz-Borowiec M.:** Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry. *Przeł Dermatol* 1999, 86, 61-65.
22. **Kimyai-Asadi A., Usman A.:** The role of psychological stress in skin disease. *J Cutan Med Surg* 2001, 5, 140-145.
23. **Saez-Rodriguez M., Noda-Cabrera A., Alvalez-Tejera S., Guimera-Martin-Neda F., Dorta-Alom S., Escoda-Garcia M. i inni:** The role of psychological factors in palmo-plantar pustulosis. *JEADV* 2002, 16, 325-327.
24. **Gupta M.A., Gupta A.K.:** Psychodermatology: an update. *J Am Acad Dermatol* 1996, 34, 1030-1046.
25. **Keogh A.M., Feehally J.:** A quantitative study comparing adjustment and acceptance of illness in adults on renal replacement therapy. *Am Nephrol Nurs Assoc J* 1999, 26, 471-477.
26. **Juczyński Z.:** Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa, 2001.
27. **Bishop G.D.:** Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 2000.
28. **Łuczak-Wawrzyniak J., Szczepańska M., Skrzypczak J.:** Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby. *Przeł Menopauz* 2007, 11, 329-335.
29. **Revenson T.A., Felton B.J.:** Disability and coping as predictors of psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *J Consult Clin Psychol* 1989, 57, 344-348.
30. **Aldwin C.M., Park C.L.:** Coping and physical health outcomes: an overview. *Psychol Health* 2004, 19, 277-281.
31. **Fortune D.G., Richards H.L., Griffiths C.E.M., Main C.J.:** Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *Br J Clin Psychol* 2002, 41, 157-174.
32. **Sheridan C., Radmacher S.A.:** Psychologia zdrowia: wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia. Instytut Psychologii Zdrowia, Warszawa, 1998.
33. **Suls J., Fletcher B.:** The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: a meta-analysis. *Health Psychol* 1985, 4, 249-288.
34. **Folkman S., Lazarus R.S.:** Coping as mediator of emotions. *J Pers Soc Psychol* 1988, 54, 466-475.
35. **Błazejewicz L.:** Prężność jako wyznacznik radzenia sobie u osób chorych na łuszczycę. Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2012 (niepublikowana praca magisterska).
36. **Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J.:** Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *JEADV* 2007, 21, 235-242.
37. **Basińska M.A.:** Reumatoidalne zapalenie stawów. Obraz psychologiczny. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2006.
38. **Russell M., Karol D.:** The 16 PF fifth edition administrator's manual. Institute for Personality and Ability Testing, Champaign, 1994.
39. **McCrae R.R., Costa P.T.:** Osobowość dorosłego człowieka: perspektywa teorii pięcioczynnikowej. Wydawnictwo WAM, Kraków, 2005.
40. **Kroenke K., Spitzer R.L.:** Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 1998, 60, 150-155.
41. **Rohleder N., Schommer N.C., Hellhammer D.H., Engel R., Kirschbaum C.:** Sex differences in glucocorticoid sensitivity of proinflammatory cytokine production after psychosocial stress. *Psychosom Med* 2001, 63, 966-972.
42. **Taylor S., Klein L.C., Lewis B.P., Gruenewald T.L., Gurung R.A., Updegraff J.A.:** Behavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight. *Psychol Rev* 2000, 107, 411-429.

Otrzymano: 20 VIII 2012 r.

Zaakceptowano: 14 XI 2012 r.