

Hanna Rolka¹, Elżbieta Krajewska-Kułak¹, Małgorzata Dyduch², Krystyna Kowalcuk¹

¹Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

²Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Katowicach

Ocena stopnia akceptacji choroby u młodzieży z trądzikiem

Assessment of degree of illness acceptance in adolescents with acne

STRESZCZENIE

Wstęp. Trądzik jest poważnym problemem natury estetycznej. Długotrwałe utrzymywanie się zmian chorobowych na skórze prowadzi często do powstawania stanów subdepresyjnych zwłaszcza że dotyczy ludzi młodych, którym zależy na wyglądzie zewnętrznym.

Cel pracy. Próba określenia stopnia akceptacji choroby wśród młodzieży w wieku 15–17 lat leczonej z powodu trądziku.

Materiał i metody. W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety oraz Skala Akceptacji Choroby (AIS). Grupę badanych stanowiło 78 nastolatków w wieku 15–17 lat, zamieszkujących region Gliwice–Sosnowiec.

Wyniki. W badanej grupie pacjentów średnie wartości punktowe akceptacji choroby, oceniane za pomocą AIS, wynosiły 24,7 punktu, w tym w grupie młodzieży z bardzo trudną sytuacją społeczno-bytową – 19,7 punktu. Badani podkreślali, że sytuacja finansowa uniemożliwia im korzystanie z zabiegów kosmetycznych, prywatnych porad lekarskich. Kontaktów towarzyskich, głównie z rówieśnikami, unikało 79% dziewcząt i 43% chłopców. Występowanie zmian na skórze i związany z tym (w samoocenie respondentów) mało atrakcyjny wygląd powodowały smutek i żal u 75% respondentów. Przyczyną zażenowania, zawstydenia oraz złego samopoczucia 41% badanych było negatywne zachowanie wobec nich rówieśników. Wykazano istotne statystycznie różnice w akceptacji swojej choroby u osób, u których czas trwania choroby był dłuższy, w grupie młodzieży zgłaszającej trudności finansowe w rodzinie oraz w grupie niesystematycznie leczących się i niewspółpracujących w terapii, w odniesieniu do grupy chorującej do 2 lat niemającej problemów finansowych oraz grupy systematycznie leczącej się i współpracującej w terapii.

Wnioski. Większość młodzieży określiła swoją sytuację materialną jako złą i uniemożliwiającą korzystanie z zabiegów kosmetycznych oraz prywatnych porad lekarskich. Większość respondentów zgłaszała negatywne odczucia, głównie smutku i wstydu. Zdaniem większości ankietowanych rówieśnicy komentowali ich wygląd, wyśmiewali ich, co pogłębiało zażenowanie, zawstydenie oraz złe samopoczucie. Respondenci wykazali akceptację sytuacji zdrowotnej na średnim poziomie. Akceptacja choroby zależała od czasu trwania zmian, sytuacji finansowej rodziny oraz systematyczności w leczeniu.

Problemy Pielęgniarstwa 2010; 18 (1): 47–52

Słowa kluczowe: trądzik pospolicity, młodzież, akceptacja choroby

ABSTRACT

Introduction. Acne is an important problem of esthetic nature. Chronic disorder changes on skin often cause the development of sub-depression in young people in whom appearance is essential.

Aim of the study. Assessment of degree illness acceptance among adolescents aged 15–17 treated due to acne.

Material and methods. In the study, we used diagnostic survey. Authors questionnaire included Acceptance of Illness Scale (AIS). The study group included 78 adolescents aged 15–17 lived in Gliwice-Sosnowiec region.

Results. In the study group mean value of illness acceptance assessed by AIS scale was 24.7 scores, in adolescents with poor social conditions was 19.7. These adolescents reported that poor social conditions do not allow to go to cosmetic saloon, and private doctors. Almost 79% females and 43% men avoided contacts with peers. Bad feelings: sorrow and grief due to skin changes and not attractive appearance had 75% of responders. Almost 41% of adolescents experienced embarrassment, shame and discomfort due to agonistic

Adres do korespondencji: dr n. med. Hanna Rolka, Zakład Pielęgniarstwa Ogólnego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, ul. M. Curie-Skłodowskiej 7a, 15–096 Białystok, tel.: (85) 748 55 27 wew. 33, e-mail: haniarolka@op.pl

behavior of peers. Significant differences in illness acceptance were found between the following groups: duration of disease > 5 years and group suffered from 2 years, group with financial problems and group with no financial problems, unsystematically treated adolescents and cooperative adolescents.

Conclusions. Most of adolescents lived in poor social conditions which caused they did not allow to use cosmetics and private doctor visits. Most of responders had bad feelings: sorrow and shame. In opinion of most responders, peers commented their appearance, gibbed, what increased shame and malaise. Responders had mild level of illness acceptance. Illness acceptance was related to duration of skin changes, financial status of family and regularity of treatment.

Nursing Topics 2010; 18 (1): 47-52

Key words: acne, adolescents, acceptance of illness

Wstęp

Trądzik pospolity (*acne vulgaris*) w opinii Wolskiej [1] dotyczy około 80%, a Kaszuby i wsp. [2] nawet 100% populacji między 11. a 30. rokiem życia. Łagodne zmiany typu: trądzik zaskórnikowy, grudkowy i grudkowo-krostkowy obejmują około 85% populacji, a ciężkie postaci (z powikłaniami w postaci blizn i przebarwień) pozostałe 15% [2]. Zmiany są zlokalizowane z reguły w obrębie skóry twarzy (99%), pleców (60%) i okolicy mostkowej (15%) [3, 4]. Rozważa się udział w rozwoju schorzenia wielu zróżnicowanych czynników, w tym między innymi: nadmiernej produkcji łoju przez gruczoły łojowe, rozwoju nieprawidłowej flory bakteryjnej (*Propionibacterium acnes*, *Staphylococcus epidermidis*, *Malassezia furfur*), rogowacenia ujęć mieszków włosowych oraz powstawania stanu zapalnego [3, 4].

Stein i Hollander [5] twierdzą, że skóra stanowi „wspólne pole analiz dermatologów, psychiatrów i psychologów”, ponieważ w wyniku zdolności reagowania na bodźce zmysłowe posiada specyficzną zdolność manifestowania, na przykład zaczerwienieniem, zblednięciem czy wzmocnionym wydzielaniem potu, takich emocji, jak: złość, lęk, wstyd, frustracja. Potwierdza to spostrzeżenia różnych autorów, którzy podkreślają, że skóra pełni nie tylko funkcje ochronne, ale również: estetyczne, komunikacyjne, seksualne, percepcyjne i ekspresyjne, co sprawia, że pacjenci dermatologiczni w sposób szczególny odbierają swój wizerunek oraz nisko oceniają jakość własnego życia (atrakcyjność bądź nieatrakcyjność fizyczną) [6, 7]. Bąk-Sosnowska [8] i Brytek-Matera [9] uważają, że atrakcyjność fizyczna decyduje o tak zwanym pierwszym wrażeniu i jest istotna w nawiązywaniu znajomości oraz kontaktów z innymi ludźmi, a także wpływa na kreowanie samooceny. Negatywna samoocena w zakresie wyglądu zewnętrznego łączy się z kolei z niską samooceną w sferze społecznej (brak poczucia akceptacji otoczenia), poznawczej (brak poczucia kontroli, niska ocena inteligencji, niezdolność realizowania planów życiowych) oraz emocjonalnej (pesymizm, stany obniżonego nastroju) [8, 10].

Choroby skóry, zmieniając wygląd i inne cechy skóry, stają się bardzo silnym komunikatem wysyłanym przez człowieka chorującego do siebie samego oraz innych ludzi, a społeczny odbiór tych schorzeń jest silnie negatywny [11, 12]. Do prawidłowego funkcyjono-

wania każdego chorego, w tym także z problemami dermatologicznymi, wydaje się więc mieć istotne znaczenie zaakceptowanie przez niego własnego schorzenia i wszystkich problemów z nim związanych, takich jak: możliwości nasilenia objawów, występowania procesów remisji i zaostrzenia czy odmiennego postrzegania osoby chorego przez środowisko, w którym funkcjonuje.

Cel pracy

Celem badań była próba określenia stopnia akceptacji choroby przez młodzież w wieku 15–17 lat, leczoną z powodu trądziku.

Materiał i metody

Grupę badanych stanowiło 78 osób, w wieku 15–17 lat, korzystających z porady lekarza w ramach akcji: „Wszechstronna pomoc społeczna dla rodzin potrzebujących pomocy finansowej z powodu utraty pracy” organizowanej w regionie Gliwice–Sosnowiec. Badania zostały przeprowadzone wiosną 2009 roku. Młodzież została poinformowana o celu, anonimowości i dobrowolnym uczestnictwie w prowadzonych badaniach.

W badaniu wykorzystano metodę sondażu diagnostycznego. Narzędziem badawczym był autorski kwestionariusz ankiety zawierający: 6 pytań metryczkowych (w tym między innymi: o wiek, płeć, stan materialny rodziny) oraz 15 pytań zasadniczych dotyczących doświadczenia z powodu zaistniałej choroby takich uczuć, jak: wstyd, zakłopotanie oraz akceptacji choroby, odczuwania dyskomfortu związanego z występowaniem zmian na skórze, a także poczucia braku akceptacji przez środowisko.

Dodatkowo zastosowano Skalę Akceptacji Choroby (AIS, *Acceptance of Illness Scale*) opracowaną przez Felton, Revenson i Hinrichsen, zaadaptowaną do warunków polskich przez Juczyńskiego [13]. Skala używana jest do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Im większa akceptacja choroby, tym mniejsze nasilenie negatywnych reakcji i emocji związanych z aktualną chorobą i stosowaną terapią. Skala zawiera osiem stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje stanu zdrowia. Do każdego stwierdzenia przypisano 5 stopni, według których badany określał swój aktualny stan zdrowia, wskazując stosownie do własnych odczuć cy-

frę: 1 — zdecydowanie zgadzam się, 2 — zgadzam się, 3 — nie wiem, 4 — nie zgadzam się lub 5 — zdecydowanie nie zgadzam się. Zaznaczenie odpowiedzi 1 oznaczało złe przystosowanie do choroby, natomiast odpowiedź 5 — pełną akceptację choroby. Suma akceptacji choroby jest miarą wszystkich punktów i mieści się w obszarze 8–40 punktów. Liczba punktów 8–18 oznacza brak akceptacji choroby, 19–29 punktów — średni poziom akceptacji i 30–40 punktów — dobry poziom akceptacji sytuacji zdrowotnej. Uzyskane niskie wyniki wskazują na brak akceptacji choroby i występowanie problemów w sferze emocjonalnej. Wyniki powyżej 19 punktów świadczą o akceptacji choroby i obecnego stanu zdrowia oraz występowaniu pozytywnych emocji towarzyszących przebiegowi procesu chorobowego [13].

Podczas prowadzenia badań poddano analizie także następujące zmienne: płeć, wiek, czas trwania choroby, systematyczne stosowanie leków oraz obciążenie budżetu rodzinnego w związku ze stosowanym leczeniem.

Do analizy statystycznej użyto programu Statistica 7 PL. Wyniki porównywano za pomocą testu Wilcozona. Wartości istotne statystycznie rozważano na poziomie $p < 0,05$.

Wyniki

Największą grupę — 69,2% (54 z 78 osób) stanowili respondenci pochodzący ze wsi zlokalizowanych w okolicach Gliwic i Sosnowca, korzystający ze świetlicy Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Sosnowcu. Wśród respondentów dominowały dziewczęta — 78% (61 z 78 osób). Większość młodzieży — 83,3% (65 z 78 osób) określiła swoją sytuację materialną jako złą, a 16,7% (13 z 78 osób) jako średnią. Trudna sytuacja społeczno-ekonomiczna badanych była spowodowana utratą pracy przynajmniej jednego z opiekunów prawnych. Respondenci podkreślali również, że sytuacja finansowa uniemożliwia im korzystanie z zabiegów kosmetycznych oraz prywatnych porad lekarskich. W przypadku 16,7% badanych (13 z 78 osób) leczenie było stosowane okresowo, tylko wówczas, kiedy następowało znaczne nasilenie zmian na skórze. Dyskomfort związany z występowaniem zmian na skórze zgłaszało ogółem 74,4% (58 z 78 osób) respondentów, w tym negatywnych odczuć, głównie smutku i wstydu, doznawało 78,7% dziewcząt (48 z 61 osób) i 41,2% chłopców (7 z 17 osób). Kontaktów towarzyskich (rezygnacja z pójścia na dyskotekę czy wyjścia ze znajomymi do klubu) unikało 46% (36 z 78 osób). Tylko 6,4% badanych (5 z 78 osób) z powodu występujących zmian na skórze nie uczęszczało na basen i nie uprawiało sportu. Większość dziewcząt — 72,1% (44 z 61 osób) w celu poprawienia wyglądu skóry przed wyjściem z domu stosowało korektory. Zdaniem większości ankietowanych — 39,7% (31 z 78 osób), rówieśnicy komentowali między sobą ich wygląd, szydzili z nich, co pogłębiało u nich zażenowanie, zawstydzenie oraz złe samopoczucie.

Podstawą oceny stopnia akceptacji choroby były wyniki badań uzyskane za pomocą AIS. Suma wszystkich uzyskanych punktów, będąca miarą stopnia akceptacji choroby, mieściła się w badanej grupie w przedziale 18–34 punktów (tab. 1). Średni wynik w całej badanej grupie pacjentów w ocenie AIS wyniósł $24,7 \pm 2,61$ punktów, w tym w grupie młodzieży z bardzo trudną sytuacją społeczno-bytową — $19,7 \pm 1,43$ punktów. Nieco lepszą akceptację zmian skórnych w przebiegu trądziku wykazywali chłopcy ($24,3 \pm 3,1$ pkt), młodzież w wieku 15–16 lat ($24,7 \pm 2,61$ pkt), u której zmiany na skórze występowały od 4 do 5 lat ($27,2 \pm 4,17$ punktów) oraz badani, którzy deklarowali lepszą sytuację finansową ($22,9 \pm 3,77$ pkt). Lepiej zaadaptowana do sytuacji zdrowotnej była także młodzież systematycznie stosująca leczenie ($27,9 \pm 4,15$ pkt). Wykazano istotne statystycznie różnice w akceptacji swojej choroby pomiędzy osobami chorującymi do 2 lat a powyżej 5 lat ($p = 0,0018$). Osoby, u których czas trwania choroby był dłuższy, wykazywały mniejszy stopień akceptacji choroby. Stwierdzono także istotne statystycznie różnice dotyczące niższej akceptacji choroby pomiędzy grupą osób niesystematycznie leczących się i niewspółpracujących w terapii, w odniesieniu do grupy czyniącej to systematycznie i współpracującej z lekarzem ($p < 0,001$) oraz pomiędzy grupą młodzieży zgłaszającą trudności finansowe w rodzinie a grupą niemającą takich problemów ($p < 0,001$) (tab. 1).

Dyskusja

Choroby przewlekłe, jak podkreśla Hołub [14], niosą ze sobą wiele niedogodności zarówno obiektywnych (długotrwała konieczność zażywania leków, stały kontakt z placówkami opieki zdrowotnej, prowadzenie odpowiedniego, najczęściej bardziej rygorystycznego stylu życia), jak i subiektywnych (cała gama przeżyć psychicznych). Wszystko to może negatywnie wpływać na funkcjonowanie emocjonalne i psychiczne człowieka, być potężnym źródłem doświadczanego stresu i powodować pogorszenie jakości życia chorych [14]. Z jednej strony, podstawową reakcją człowieka, który dowiedział się o swojej chorobie przewlekłej, jest stres psychologiczny, a z drugiej, mimo poważnych ograniczeń spowodowanych dolegliwościami, dążenie do zachowania względnej sprawności fizycznej i podejmowanie prób przystosowania się do nowej sytuacji życiowej. Chory uruchamia mechanizmy obronne, które sprzyjają zmniejszeniu poczucia zagrożenia i podwyższeniu pozytywnej samooceny. Sękowska dzieli je na negatywne: agresję, regresję, ucieczkę, projekcję, rezygnację i tłumienie, oraz pozytywne: racjonalizm, kompensację i transformację [15].

Podobne zależności mogą powodować choroby skóry. W piśmiennictwie coraz częściej pojawiają się publikacje omawiające zagadnienie związku czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych u pacjentów

Tabela 1. Ocena stopnia akceptacji choroby**Table 1.** Assessment of illness acceptance

Badane zmienne		Uzyskany wynik w AIS			
		Średnia	Maks.	Min.	Mediana
Wiek	15–16 lat	24,7 ± 2,61	34	18	21
	16–17 lat	23,5 ± 3,26	34	19	21
		p = 0,087			
Płeć/Gender	Dziewczęta	22,8 ± 3,13	32	18	22,5
	Chłopcy	24,3 ± 3,10	30	19	24
		p = 0,0834			
Czas występowania zmian	≤ 2 lat	26,1 ± 3,86	35	20	21,75
	2–3 lata	23,9 ± 3,67	34	18	21,75
	4–5 lat	27,2 ± 4,17	35	20	21,75
	> 5 lat	21,6 ± 2,99	27	18	18
		≤ 2 lat v. 2–3 lata p = 0,973			
		≤ 2 lat v. 4–5 lat p = 0,439			
		≤ 2 lat v. > 5 lat p = 0,0018			
Systematyczność terapii/ współpraca w leczeniu	Tak	27,9 ± 4,15	36	21	21,75
	Nie	23,4 ± 2,73	36	18	21,5
		p < 0,001			
Problemy finansowe utrudniające terapię	Tak	19,7 ± 1,43	31	10	18
	Nie	22,9 ± 3,77	31	18	21,75
		p < 0,001			

AIS (Acceptance of Illness Scale) — Skala Akceptacji Choroby

z chorobami skóry. W opinii Kieć-Świerczyńskiej i wsp. [16] czynniki psychologiczne (stres, negatywne emocje) z jednej strony wpływają na powstawanie i zaostrzenie się zmian skórnych (np. w przebiegu pokrzywki, atopowego zapalenia skóry, bielactwa nabytego), lecz z drugiej strony wywołują zakłócenia w funkcjonowaniu psychologicznym i mogą być skutkiem niektórych chorób skóry (łuszczyca, atopowe zapalenie skóry) [11]. Koo i Lebowhl [17] dzielą zaburzenia psychodermatologiczne na: zaburzenia psychofizjologiczne (trądzik, łysienie plackowate, atopowe zapalenie skóry, łuszczy-

ca, trądzik różowaty, łojotokowe zapalenie skóry, pokrzywka przewlekła), pierwotne zaburzenia psychiczne (parazytozy, dysmorfobia, *trichotillomania*, *dermatitis artefacta*) oraz wtórne zaburzenia psychiczne (łysienie plackowate, trądzik ropowiczy, naczylniki, rybia łuska, łuszczyca, bielactwo). Nyklewicz podkreśla, że w przypadku pacjentów ze schorzeniami skóry zmiany wyglądu lub jedynie mniemanie pacjenta o zaistniałej zmianie w znacznym stopniu wpływają na sposób postrzegania siebie „jako osoby mniej atrakcyjnej, gorszej od innych, a niekiedy wręcz odrażającej” [11].

W obecnym badaniu większość respondentów (70%) twierdziła, że odczuwa dyskomfort z powodu zmian na skórze, a 40% z nich było przekonanych, że rówieśnicy komentują między sobą ich wygląd lub wyśmiewają się z nich.

Wyniki badań Czyż i Miękoś-Zydek [18] wskazują, że trądzik może powodować zaburzenia psychospołeczne, pod postacią występowania trudności interpersonalnych, problemów rodzinnych, kontaktów towarzyskich. Może wywoływać także zaburzenia w sferze emocjonalno-zachowawczej, objawiające się występowaniem słabego kontaktu wzrokowego, małomównością, nieśmiałością i zamknięciem w sobie, występowaniem stanów lękowych, zachowaniami kompulsywnymi, nasileniem depresji, złości, a nawet samookaleczaniem się [18].

Wyniki obecnych badań potwierdzają ten fakt, ponieważ 46% respondentów unikało kontaktów towarzyskich.

W innych, wcześniejszych, badaniach własnych [19] prowadzonych w grupie osób z trądzikiem wykazano, że dla ponad połowy ankietowanych osób zmiany trądzikowe stanowiły problem w nawiązywaniu nowych znajomości z płcią przeciwną, ale nie wpływały na kontakty seksualne. Respondenci w większości nie akceptowali swego wyglądu, a trądzik wzmagał u nich nieśmiałość, drażliwość, wstydlivość, poczucie niższej wartości. Co drugi ankietowany był zdania, że jego jakość życia jest obniżona, a stopień jej obniżenia pozostawał w związku z płcią, wiekiem i miejscem zamieszkania [19]. W innych badaniach własnych [6] wykazano różnice w odczuwaniu problemów związanych z trądzikiem w zależności od miejsca zamieszkania respondenta. Dolegliwości skórne respondentów z Krakowa, w porównaniu z osobami z Białegostoku, statystycznie znacząco częściej powodowały większe zakłopotanie, przeszkadzały w robieniu zakupów, wykonywaniu prac domowych lub ogrodniczych, uprawianiu sportu, współżyciu seksualnym, wpływały na życie osobiste młodzieży lub spędzanie wolnego czasu oraz stanowiły problem w kontakcie z partnerem lub partnerką [6]. Zmiany skórne w przebiegu trądziku nie wpływały na sposób ubierania się chorego, naukę lub pracę, a ich leczenie na utrzymanie porządku w domu lub nadmierne zaabsorbowanie [6].

Podstawowym warunkiem powrotu do zdrowia i podjęcia walki z przypadłościami mającej na celu poprawę własnego stanu jest akceptacja przez pacjenta choroby [13, 20]. Brak pogodzenia się z nią jest wynikiem wyboru pasywnych strategii radzenia sobie z chorobą i niskiej samooceny, przejawia się nasileniem negatywnych reakcji i emocji, co zwiększa dyskomfort psychiczny i zmniejsza możliwości przystosowawcze chorego [13, 20]. Wskaźnik akceptacji choroby wykazuje ujemną korelację z natężeniem stresu oraz z zewnętrznym umiejscowieniem kontroli zdrowia, a dodatnią — z poczuciem własnej wartości i skuteczności

oraz ze wskaźnikiem subiektywnej oceny własnego zdrowia [21, 22].

Na podstawie danych z literatury potwierdza się, że istnieje duża zależność między płcią a poczuciem choroby [8]. W opinii Ziętkiewicz i Brudnowskiego [4] chłopcy lepiej niż dziewczęta znoszą chorobę. W ich badaniach trądzik stanowił problem dla ponad 85% dziewcząt i tylko 50% chłopców [4]. W badaniach Smitharda i wsp. [23] także potwierdzono dużą zależność między płcią a poczuciem choroby. Trądzik okazał się większym problemem dla dziewcząt, co w odczuciu autorów ma związek z większymi wymaganiami związanymi z atrakcyjnym wyglądem kobiety w dzisiejszym społeczeństwie [23].

Potwierdzają to także wyniki obecnych badań własnych. Odczuwanie smutku i wstydu związanego z chorobą zgłaszało 78,7% dziewcząt i 41,2% chłopców, a większość dziewcząt nie wychodziła z domu bez zrobienia makijażu. Z jednej strony mogło to być spowodowane faktem, że dziewczęta stanowiły większą część badanej grupy. Z drugiej strony, niezależnie od strefy geograficznej, dziewczęta wcześniej wchodziły w okres dojrzewania i dlatego też pierwsze objawy trądziku i dyskomfort z tym związany występuje u nich 1–2 lata wcześniej niż u chłopców. Poza tym, we współczesnym społeczeństwie nadal większe wymagania związane z atrakcyjnym wyglądem stawia się kobietom niż mężczyznom.

Badając poziom akceptacji choroby za pomocą AIS, stwierdzono, że respondenci wykazali akceptację sytuacji zdrowotnej na średnim poziomie, który w interpretacji AIS obejmuje zakres 19–29 punktów. W akceptacji choroby nie wykazano istotnej statystycznie zależności od wieku, płci, czasu trwania zmian oraz sytuacji finansowej rodziny, mimo że stwierdzono nieco lepszą akceptację choroby w grupie młodzieży w wieku 15–16 lat, u chłopców (w grupie, w której zmiany na skórze występowały od 3–4 lat) oraz gdy rodziny respondentów miały lepszą sytuację finansową.

Porównując uzyskany średni wynik AIS (24,7 pkt) w badanej grupie młodzieży z trądzikiem ze średnimi wynikami tej skali w grupie innych chorych z zaburzeniami somatycznymi, można zauważyć, że kształtuje się on na poziomie podobnym do: kobiet z migreną (24,23 pkt), chorych ze stwardnieniem rozsianym (24,59 pkt) [21], chorych z niewydolnością nerek (24,5 pkt) i chorobą niedokrwienną serca (23,5 pkt) [24] oraz pacjentów z cukrzycą (24,81 [21] lub 23,3 [24] pkt).

Zalewska i wsp. zastosowali AIS w badaniach 100 osób z łuszczycą [25]. Wartości punktowe AIS mieściły się w średnim zakresie i wynosiły u mężczyzn — 26,51 punktu, u kobiet — 26,56 punktu, u osób z PASI (*psoriasis activity and severity index*) poniżej 11 — 26,15 punktu, a u chorych z PASI co najmniej 11 — 26,85 punktu. W grupie osób z chorobą trwającą do 15 lat — 26,78 punktu, a powyżej 15 lat — 26,20 punktu [25].

Reasumując, należy podkreślić, że atrakcyjność fizyczna bez względu na płeć stała się we współczesnej kulturze niezwykle ważnym wymaganiem społecznym. W związku z tym objawy kliniczne towarzyszące chorobie, wpływające na wygląd pacjenta, mogą przyczynić się do zmniejszenia jego atrakcyjności interpersonalnej, rodzić brak akceptacji własnego wyglądu i osoby, co w efekcie może prowadzić do trwałych zaburzeń funkcjonowania społecznego oraz emocjonalnego [11].

Każdy chory, bez względu na rodzaj schorzenia, powinien czuć atmosferę aprobaty. Musi wiedzieć, że ma wokół siebie osoby, na których pomoc może zawsze liczyć. Konieczna jest także nauka akceptacji stanu, w jakim się znalazł.

Nie ma zbyt wielu badań akceptacji choroby w grupie chorych z problemami dermatologicznymi, dlatego powinno się je kontynuować na większej grupie respondentów oraz w odniesieniu do innych dermatoz.

Wnioski

- Większość młodzieży określiła swoją sytuację materialną jako złą i podkreślała, że uniemożliwia korzystanie z zabiegów kosmetycznych oraz prywatnych porad lekarskich.
- Większość respondentów zgłaszało odczuwanie negatywnych doznań, głównie smutku i wstydu.
- Zdaniem większości ankietowanych rówieśnicy komentują ich wygląd, co pogłębia u nich zażenowanie, zawstydzenie oraz złe samopoczucie.
- Respondenci wykazywali akceptację sytuacji zdrowotnej na średnim poziomie.
- Akceptacja choroby zależała od czasu trwania zmian, sytuacji finansowej rodziny oraz systematyczności w leczeniu.

Piśmiennictwo

- Wolska H. Choroby łojotokowe. W: Błaszczuk-Kostanecka M., Wolska H. (red.). Dermatologia w praktyce. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2005; 144–154.
- Kaszuba A., Trznadel-Budżko E., Czyż P. Etiopatogeneza i współczesne metody miejscowego leczenia trądziku pospolitego. Nowa Klinika 2008; 15: 304–310.
- Urbanowski S. Choroby gruczołów łojowych i potowych. W: Krajewska-Kułak E. (red.). Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 67–73.
- Ziętkiewicz M., Brudnowski D. Trądzik młodzieńczy — analiza porównawcza dziewcząt i chłopców. Post. Dermatol. Alergol. 2003; 5: 311–315.

- Stein D.J., Hollander E. Dermatology and conditions related to obsessive-compulsive disorder. J. Am. Acad. Dermatol 1992; 26: 237–242.
- Krajewska-Kułak E., Krajewska K., Popik M. i wsp. Zastosowanie wskaźnika DLQI w ocenie jakości życia młodzieży z trądzikiem pospolitym. Dermatol. Klin. 2006; 8: 23–26.
- Miniszewska J., Chodkiewicz J., Zalewska A. Psychodermatologia — nowe wyzwanie dla psychologii. Now. Psychol. 2004; 3: 21–29.
- Bąk-Sosnowska M. Między ciałem a umysłem. Wydawnictwo IMPULS, Kraków 2009.
- Brytek-Matera A. Obraz ciała — obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym. Spółka Akcyjna Difin, Warszawa 2008.
- Bańka A. Psychologia jakości życia. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005.
- Nyklewicz W. Zapewnienie komfortu psychicznego pacjentowi z chorobą skóry W: Krajewska-Kułak E. (red.). Dermatologia i wenerologia dla pielęgniarek. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006: 420–431.
- Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F., Wasilewski B. Zaburzenia psychosomatyczne w praktyce lekarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1995: 111–113.
- Felton B.J., Revenson T.A., Hionrichsen G.A. (adaptacja Juczynski Z.) Skala akceptacji choroby AIS. W: Juczynski Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychoonkologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009: 162–166.
- Hołub G. Etyczna problematyka chorób przewlekłych. Med. Prakt. 2007; 2: 166–168.
- Sękowska Z. Pedagogika w lecznictwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982.
- Kieć-Świerczyńska M., Dudek B., Kręcisz B. i wsp. Rola czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach skóry. Med. Prakt. 2006; 6: 551–555.
- Koo J.Y., Lebwohl A. Psychodermatology: the mind and skin connection. Am. Fam. Physician 2001; 64: 1873–1879.
- Czyż P., Miękoś-Zydek B. Współczesne poglądy na etiopatogenezę ciężkich postaci trądzika pospolitego ze szczególnym uwzględnieniem aspektów psychologicznych. Nowa Klinika 1999; 6: 1122–1127.
- Rolka H., Lewko J., Kuprianowicz M. i wsp. Wpływ zmian trądzikowych na wybrane parametry jakości życia. Dermatologia Kliniczna 2008; 10 (1): 15–19.
- Salmon P. Psychologia w medycynie. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002.
- Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych. Probl. Hig. Epidemiol. 2008; 4: 467–470.
- Sękowska Z. Pedagogika w lecznictwie. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1982.
- Smithard A., Glazebrook C., Williams H.C. Acne prevalence, knowledge about acne and psychological morbidity in midadolescence: a community-based study. Br. J. Dermatol. 2001; 145: 274–279.
- Niedzielski A., Humieniuk E., Błaziak P., Fedoruk P. Stopień akceptacji choroby w wybranych chorobach przewlekłych. Wiad. Lek. 2007; 5–6: 224–227.
- Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J. Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. 2007; 21: 235–242.