

Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby

Emotional intelligence in psoriasis patients as a determinant of acceptance of illness

Małgorzata Anna Basińska, Agnieszka Woźniewicz

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

Przeegl Dermatol 2012, 99, 202–209

STRESZCZENIE

SŁOWA KLUCZOWE:

łuszczycyca, inteligencja emocjonalna, akceptacja choroby.

KEY WORDS:

psoriasis, emotional intelligence, acceptance of illness.

Wprowadzenie. Wyniki badań potwierdzają związek inteligencji emocjonalnej z różnymi aspektami funkcjonowania człowieka. Jest ona czynnikiem chroniącym zdrowie psychiczne i fizyczne osoby, pomaga w przystosowaniu do nowych warunków i w konsekwencji przyczynia się do bardziej adaptacyjnego funkcjonowania, także w chorobie. Łuszczycyca, autoagresywnie uwarunkowana przewlekła choroba skóry, może wywierać negatywny wpływ na stan psychiczny pacjenta i na jego funkcjonowanie społeczne, co doprowadza do obniżenia jakości życia.

Cel pracy. Określenie związku pomiędzy inteligencją emocjonalną a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę.

Materiał i metodyka. Grupa badana składała się z 81 osób z łuszczycą (41 kobiet i 40 mężczyzn) w średnim wieku 41 lat (SD = 14,18). Zastosowano kwestionariusz *INTE* Schutte i wsp., Skalę Akceptacji Choroby AIS Felton, Revenson, Hinrichsena i ankietę osobową oraz skale do oceny nasilenia objawów chorobowych.

Wyniki. Nie stwierdzono istotnego statystycznie związku pomiędzy globalną inteligencją emocjonalną a akceptacją choroby w grupie pacjentów z łuszczycą, natomiast wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – czynnik I – korelował pozytywnie z akceptacją choroby.

Wnioski. Inteligencja emocjonalna jako całość nie jest wyznacznikiem akceptacji choroby w grupie pacjentów chorych na łuszczycę, jednak czynnik I – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – wyjaśniał około 9% zmienności akceptacji choroby ($\beta = 0,342$) i może być traktowany jako jej wyznacznik w badanej grupie.

ABSTRACT

Introduction. Studies confirm the relationship of emotional intelligence with various aspects of human functioning. It is a factor protecting the mental and physical health of people, helping them to adapt to new conditions and, consequently, contributes to a 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. The aim of the study was to determine the relationship between emotional intelligence and acceptance of illness by people with psoriasis.

ADRES DO KORESPONDENCJI:

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

Material and methods. The study group consisted of 81 persons with psoriasis (41 women and 40 men) with a mean age of 41 years (SD = 14.18). The study employed the Emotional Intelligence questionnaire of Schutte and colleagues (INTE), the Acceptance of Illness Scale (AIS) by Felton, Revenson and Hinrichsen, a personal questionnaire and a scale to measure psoriasis intensity.

Results. There was no statistically significant relationship between global emotional intelligence and acceptance of the disease in the studied group of patients with psoriasis. However, the use of emotions in thinking and acting (the first factor) correlated positively with acceptance of the disease.

Conclusions. Emotional intelligence as a whole is not a determinant of acceptance of illness in patients with psoriasis. Nevertheless, the first factor (the use of emotions in thinking and acting) explains about 9% of the variability in disease acceptance ($\beta = 0.342$) and can be regarded as its indicator.

WPROWADZENIE

Łuszczycyca i jej związek ze stresem

Łuszczycyca (*psoriasis*) jest przewlekłą, nawrotową i najczęstszą chorobą skóry, choć częstość jej występowania w populacji podlega wahaniom [1, 2]. Na proces chorobowy składa się wiele zmian patogenetycznych zachodzących w skórze człowieka [2]. Podstawowym zjawiskiem występującym w łuszczycy jest proliferacja, czyli nadmierny podział keranocytów, które tworzą warstwę podstawną naskórka, oraz ich przyspieszony i nieprawidłowy cykl różnicowania się [3], będący wynikiem zaburzeń układu immunologicznego [2]. W patogenezie łuszczycy istotną rolę odgrywają czynniki genetyczne [3]. Czynnikiem prowokującym wystąpienie łuszczycy są infekcje, niektóre elementy stylu życia czy zażywane leki [2]. Ponadto czynnikiem powodującym pojawienie się zmian łuszczycowych oraz ich kolejne wysiewy jest stres psychologiczny [4–6]. U około 40–80% pacjentów z łuszczycą do wystąpienia zmian skórnych doszło w wyniku działania niekorzystnych czynników psychospołecznych [7].

Skóra jest najbardziej zewnętrznie eksponowanym narządem. W kontekście społecznym pełni ona wiele funkcji psychologicznych i z tego powodu wywiera ogromny wpływ na samoocenę, obraz ciała oraz stan psychiczny chorego [8, 9]. Często osoby z łuszczycą nie są w stanie całkowicie pogodzić się ze swoją chorobą i przyjmują wobec niej negatywną postawę, dlatego tak ważne jest, aby zaakceptować chorobę i nauczyć się z nią żyć [10].

Akceptacja choroby

Na sposób przystosowania do choroby i funkcjonowania z nią wskazuje m.in. stopień akceptacji choroby. Jest on emocjonalnym wyznacznikiem sposobu funkcjonowania w chorobie oraz przystosowania się do niej i przejawia się niewielkim nasileniem negatywnych reakcji i emocji. 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 [11]. Pacjenci, którzy osiągnęli opisany wyżej 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, myślą realistycznie i nie oczekują mało prawdopodobnych zdarzeń. Czują się sprawne, samowystarczalne, niezależne i ważne [12]. 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 [13].

Badania nad uwarunkowaniami i skutkami akceptacji choroby, choć niezbyt liczne, wskazują na dwa ważne źródła, którymi są osobowość i właściwości choroby. W osobowości pozytywną rolę odgrywa m.in. dyspozycyjny optymizm w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa [14] oraz małe nasilenie lęku jako cechy i pozytywny nastrój w grupie pacjentów chorych na miastenię [15].

Wrześniewski [16] zwraca uwagę na negatywną rolę i znaczący wpływ wzoru zachowania A (WZA) w trudnościach z akceptacją choroby. Akceptacji choroby szczególnie nie sprzyja rywalizacyjne

podejście do życia cechujące osoby z WZA, zarówno w grupie chorych na cukrzycę typu 1 [17], jak i w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa [18].

W grupie osób z hemofilią i łuszczycą wyznaczono predyktory akceptacji choroby [19]. Płeć, wiek, stan cywilny i poziom wykształcenia nie różnicowały badanych grup pod względem akceptacji choroby. Akceptacja choroby korelowała natomiast z niektórymi elementami obrazu siebie, np. u osób z łuszczycą z optymizmem, przekonaniem, że inni w niewielkim stopniu wpływają na ich zdrowie oraz rzadkim stosowaniem strategii radzenia sobie ze stresem skoncentrowanych na emocjach [20]. Wykazano również, że akceptacja ta wzrasta wraz z wiekiem pacjenta. Dzieje się tak, ponieważ różnorodne dysfunkcje fizjologiczne są bardziej akceptowane społecznie u osób starszych. Pacjenta w średnim wieku spotyka więc mniej aktów nietolerancji ze strony innych ludzi niż nastolatka [21].

Akceptacja choroby pozwala na prawidłowe funkcjonowanie mimo różnorodnych zagrożeń, ograniczeń i problemów, jakie ze sobą niesie utrata zdrowia. Świadomość przyczyn i skutków choroby, a także znajomość możliwych powikłań pozwala chorym na skuteczną samokontrolę oraz stosowanie zachowań prozdrowotnych w celu podniesienia jakości i przedłużenia życia [22]. Nie każda choroba przewlekła musi wpływać na pogorszenie jakości życia. Gdy choroba powoduje uruchomienie indywidualnych zasobów, które pozwalają realizować wytyczone cele i zaspokajać ważne potrzeby, to rezultatem jest jej akceptacja [23]. Procesy i stany emocjonalne są uważane za czynniki, które w znacznym stopniu mogą wpływać na zdrowie człowieka. Emocjonalność traktuje się m.in. jako wskaźnik zasobów do radzenia sobie z trudnościami. Przejawy afektu negatywnego prawdopodobnie wskazują na niedostatek tych zasobów [24].

Inteligencja emocjonalna jako zasób osobisty chorego

Rozwój psychoneuroimmunologii i psychologii zdrowia oraz swoisty bunt, który się pojawił wobec patogenetycznego podejścia klasycznej psychosomatyki, doprowadziły do rozwoju badań identyfikujących i określających elementy osobowości odgrywające rolę modyfikującą w stosunku do czynników ryzyka i pomagające wytrwać w chorobie oraz poradzić sobie z nią i jej skutkami. Czynniki te uzyskały miano zasobów osobistych, w odróżnieniu od deficytów – osłabiających reakcję na stres i pogarszających efektywność radzenia sobie [25]. W psychologii zdrowia nazywane są także potencjałami zdrowia, a na gruncie psychologii stresu – cechami odpornościowymi [26].

Zasoby są definiowane na różne sposoby, lecz najkrócej można je określić jako takie elementy, które chronią jednostkę oraz przeciwdziałają negatywnym skutkom doświadczanego stresu, a także pomagają jej w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi [27, 28].

Posiadanie zasobów osobistych nie implikuje ich uruchomienia w zetknięciu z trudną sytuacją, dlatego że w stresie często dochodzi do zmian w percepcji oraz pogorszenia przebiegu czynności poznawczych. Gdy zostaną pobudzone silne emocje, może wręcz nastąpić przejście na inny, filogenetycznie starszy poziom orientacji. Gdy jednak chory uzyska dostęp do posiadanych zasobów, to stają się one ważną zmienną pośredniczącą, mającą modyfikujący wpływ na skutki wydarzeń stresowych [28]. Wyniki badań dowodzą istotnego znaczenia zasobów osobistych dla stanu zdrowia. Nawet przy wysokim obciążeniu stresem ich posiadanie pomaga w utrzymaniu zdrowia. Szczególnie istotną rolę pełnią zasoby osobiste w akceptacji choroby przewlekłej [13, 20]. Można do nich zaliczyć m.in. inteligencję emocjonalną [14, 29].

Termin inteligencja emocjonalna (IE) został wprowadzony w 1990 roku przez amerykańskich psychologów Petera Saloveya i Johna Mayera [31]. Według nich „inteligencja emocjonalna obejmuje umiejętność właściwej percepcji, oceny i wyrażania emocji, umiejętność dostępu do uczuć, zdolność ich generowania w takich momentach, gdy mogą wspomóc myślenie, umiejętność rozumienia emocji i zrozumienie wiedzy emocjonalnej oraz umiejętność regulowania emocji tak, by wspomagały rozwój emocjonalny i intelektualny” [31].

Badacze zadawali sobie pytanie, jaki aspekt kompetencji emocjonalnych chroni ludzi przed stresem, lękiem czy depresją i zarazem pomaga utrzymać pozytywny stan psychiczny [32]. Sposób oceny choroby i emocjonalna odpowiedź na nią wpływają na wszystkie sfery funkcjonowania jednostki, dlatego tak ważne jest określenie roli IE w akceptacji choroby przewlekłej.

Inteligencja emocjonalna ma pozytywny związek z adaptacyjnymi strategiami radzenia sobie, a negatywny z nieadaptacyjnymi [33], więc można oczekiwać jej pozytywnego związku także z akceptacją choroby. Tym bardziej że wiele wyników badań wskazuje na jej powiązanie ze zdrowiem [34–36], a dobra regulacja emocji jest czynnikiem zwiększającym ogólny dobrostan jednostki [37].

Przewlekła choroba sama w sobie jest utratą zasobu, poza tym uruchamia spiralę strat, chociażby z powodu niemożności funkcjonowania według standardów sprzed zachorowania. W takich okolicznościach szczególnie ważne okazują się pozostałe zasoby osobiste. Gdy jednostka je posiada, ma szansę wykorzystać trudną sytuację choroby dla własne-

go dobra. Jeśli jednak tych zasobów jest niewiele, może dojść do szybkiego ich wyczerpania, co przełoży się na pogorszenie stanu zdrowia.

CEL PRACY

Celem badań było określenie związku pomiędzy IE a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. W związku z tym założono, że osoby z wyższą IE będą się charakteryzowały większą akceptacją choroby. Założono ponadto, że IE pełni funkcję predyktora akceptacji choroby. Sprawdzono także, czy ten związek zmienia się, gdy uwzględnimy różnice w stanie zdrowia badanych osób i zmienne demograficzne.

MATERIAŁ I METODYKA

W celu weryfikacji założeń badawczych zastosowano cztery metody: kwestionariusz INTE Schutte i wsp., Skalę akceptacji choroby (AIS) Felton, Revenson i Hinrichsena, ankietę osobową i Skalę oceny nasilenia łuszczycy (PASI) Fredriksson i Pettersson.

Kwestionariusz INTE Schutte i wsp. służy do oceny stopnia nasilenia IE [30]. Składa się on z 33 pozycji testowych wyrażonych w postaci zdań twierdzących. Każda pozycja zaopatrzona jest w 5-punktową skalę. Zliczając zaznaczone przez badanego odpowiedzi zgodnie z kluczem, otrzymuje się tzw. wynik surowy (im jest wyższy, tym wskazuje na bardziej nasiloną IE), który jest następnie przeliczany na wystandaryzowaną skalę stenową. Wersja oryginalna kwestionariusza INTE charakteryzuje się wysoką zgodnością wewnętrzną (α Cronbacha równy 0,87–0,90). Autorzy kwestionariusza INTE przeprowadzili kilka badań poświęconych różnym aspektom jego trafności i ocenili metodę jako trafną [30].

Skala akceptacji choroby (AIS) Felton, Revenson i Hinrichsena służy do pomiaru stopnia akceptacji choroby. Narzędzie składa się z 8 twierdzeń, które opisują negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Skala AIS przeznaczona jest do badania osób dorosłych, które są aktualnie chore, przy czym narzędzie to może być wykorzystywane w każdej chorobie. Skala ta ma zadowalające właściwości psychometryczne. Rzetelność mierzona współczynnikiem α Cronbacha wyniosła 0,85, natomiast stałość skali mierzona w odstępach 4 tygodni – 0,64. Trafność diagnostyczna sprawdzona porównaniem wyników skali AIS z oceną efektów leczenia w grupie pacjentów onkologicznych wskazała na istotną korelację (0,42; $p < 0,01$) wyników AIS z oceną efektów leczenia [12].

Głównym celem ankiety osobowej było zebranie i usystematyzowanie podstawowych informacji

o osobie chorej biorącej udział w badaniu i jej stanie zdrowia. Za pomocą Skali oceny nasilenia łuszczycy (PASI) Fredriksson i Pettersson [2] osoby chorujące na łuszczycę same oceniały stopień zaawansowania schorzenia. Obecnie jest ona powszechnie wykorzystywanym i wystandaryzowanym narzędziem oceny nasilenia łuszczycy.

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

Grupę badaną stanowiły osoby z łuszczycą, dla których była ona pierwotną chorobą. Pacjenci wyrazili zgodę na uczestnictwo w badaniu.

Badania wykonano w 2010 roku po wcześniejszym uzyskaniu zgody odpowiedniej Komisji Bioetycznej oraz kierownika Katedry i Kliniki Dermatologii, Chorób Przenoszonych Drogą Płciową i Immunodermatologii Collegium Medicum Uniwersytetu Mikołaja Kopernika. Zostały one przeprowadzone wśród pacjentów szpitala i przychodni.

Przebadano 81 osób – 41 kobiet (51%) i 40 mężczyzn (49%). Średni wiek badanych osób wynosił 41 lat (SD = 14,18), a przedział wiekowy 18–70 lat. Pacjenci byli także bardzo zróżnicowani pod względem wykształcenia (wykształcenie podstawowe 4,94%, zawodowe 30,86%, średnie 35,80%, wyższe 28,40%), pod względem stanu cywilnego przeważał stan małżeński (51,25%), panny lub kawalerowie stanowili 36,25%, wdowcy 12,50%, a rozwodnicy 1,25%.

Wskaźnikami stanu klinicznego badanych pacjentów były: czas trwania choroby, liczba hospitalizacji, nasilenie łuszczycy, powierzchnia ciała zajęta przez zmiany łuszczycowe, współwystępowanie powikłań w przebiegu choroby lub ich brak oraz współwystępowanie innych chorób lub ich brak.

Średni czas trwania łuszczycy wynosił 18,42 roku (SD = 12,97) przy zróżnicowaniu od kilku miesięcy do 52 lat. Pacjentów hospitalizowano średnio 4,43 razy (SD = 9,11) – od 0 do 60 razy. Średnie nasilenie objawów łuszczycy mierzone skalą PASI wynosiło 15,77 punktu (SD = 9,06; przy rozpiętości 2–46 punktów) i wskazywało na umiarkowany stopień nasilenia łuszczycy. Średni odsetek powierzchni ciała zajętej zmianami łuszczycowymi wynosił 9,84 (SD = 5,86; przy rozpiętości 0–24).

WYNIKI

W grupie chorych na łuszczycę stwierdzono przeciętny poziom IE, przy jednoczesnym dużym wewnętrznym zróżnicowaniu wyników (tab. I).

Chore kobiety nie różniły się istotnie statystycznie w zakresie analizowanych zmiennych od chorych mężczyzn. Nie stwierdzono również istotnych

Tabela I. Statystyki opisowe w zakresie analizowanych zmiennych w całej grupie chorych na łuszczycę (N = 81)**Table I.** Descriptive statistics for the analysed variables in all patients with psoriasis (N = 81)

Analizowane zmienne	M	SD	Minimum	Maksimum
inteligencja emocjonalna (ws*)	119,98	12,92	86,00	144,00
inteligencja emocjonalna (wp**)	4,74	1,98	1,00	8,00
inteligencja emocjonalna, czynnik I – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu	19,38	2,80	13,00	25,00
inteligencja emocjonalna, czynnik II – zdolność rozpoznawania emocji	16,73	3,28	9,00	25,00
akceptacja choroby	27,48	8,42	2,00	40,00

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, *ws – wynik surowy, otrzymany przez zliczenie zaznaczonych odpowiedzi udzielonych przez badanego,

**wp – wynik przeliczony – zamiana wyniku surowego na wystandaryzowaną skalę stenową

Tabela II. Istotność różnic między średnimi ze względu na czas trwania choroby**Table II.** The significance of differences between mean values due to duration of the disease

Analizowane zmienne	Krótszy czas chorowania (M = 8,02)		Dłuższy czas chorowania (M = 28,82)		t	p
	M	SD	M	SD		
inteligencja emocjonalna (ws)	116,65	13,54	123,58	11,46	-2,468	0,016
inteligencja emocjonalna (wp)	4,20	2,05	5,33	1,76	-2,631	0,010

M – średnia, SD – odchylenie standardowe, t – wynik w teście t-Studenta, p – poziom istotności, ws – wynik surowy, otrzymany przez zliczenie zaznaczonych odpowiedzi udzielonych przez badanego, wp – wynik przeliczony – zamiana wyniku surowego na wystandaryzowaną skalę stenową

statystycznie różnic w zakresie analizowanych zmiennych między starszymi i młodszymi chorymi.

Uwzględniając kolejną zmienną – czas trwania choroby – stwierdzono istotną statystycznie różnicę w nasileniu IE. Osoby chorujące dłużej cechowały się wyższą IE (tab. II).

Biorąc pod uwagę kolejne zmienne – nasilenie łuszczycy mierzone wskaźnikiem PASI i odsetek zajętej powierzchni ciała – nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic w zakresie analizowanych zmiennych.

Związek między inteligencją emocjonalną a akceptacją choroby

W grupie chorych na łuszczycę stwierdzono istotny statystycznie związek między jednym z czynników IE – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – a akceptacją choroby. Drugi z jej czynników – zdolność rozpoznawania emocji – oraz ogólna

IE nie ujawniły istotnego statystycznie związku z akceptacją choroby (tab. III). Im osoby badane potrafiły lepiej wykorzystywać emocje w myśleniu i działaniu, tym bardziej akceptowały sytuację, w jakiej się znalazły. Analizy z uwzględnieniem płci wykazały, że związek ten był istotny tylko w grupie chorych kobiet.

Analizując związek IE z akceptacją choroby przy uwzględnieniu wieku badanych, można stwierdzić, że związek ten miał inny charakter w grupie młodszych i starszych pacjentów. W grupie młodszej nie zaobserwowano związku istotnego statystycznie ($r = 0,30$; $p = 0,057$), a w grupie starszej wiekiem czynnik I – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – korelował pozytywnie z akceptacją choroby ($r = 0,37$; $p = 0,018$). W przypadku czynnika II – zdolność rozpoznawania emocji i ogólna IE – nie odnotowano istotnego statystycznie związku z akceptacją choroby. Pacjenci starsi byli bardziej skłonni akceptować

Tabela III. Związek między inteligencją emocjonalną i jej składowymi a akceptacją choroby w całej grupie oraz z uwzględnieniem płci**Table III.** The relationship between emotional intelligence and its constituents and the acceptance of the disease in the whole group and by gender

Inteligencja emocjonalna	Cała grupa AIS	Kobiety AIS	Mężczyźni AIS
wynik surowy	0,141	0,405	-0,075
	$p = 0,209$	$p = 0,009$	$p = 0,644$
czynnik I – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu	0,336	0,560	0,099
	$p = 0,002$	$p = 0,000$	$p = 0,542$

AIS – akceptacja choroby, p – poziom istotności

chorobę, gdy potrafili wykorzystywać swoje emocje w myśleniu i działaniu.

Otrzymane wyniki zostały potwierdzone w analizie regresji wielokrotnej. Inteligencja emocjonalna jako całość nie wyjaśniała akceptacji choroby, natomiast podczas rozbicia IE na czynniki potwierdzono predykcyjny charakter dla akceptacji choroby czynnika I (wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu), który wyjaśniał około 9% jej zmienności (skorygowany $R^2 = 0,092$; $p = 0,009$ i $\beta = 0,342$; $p = 0,002$ dla AIS). Czynniki II (zdolność rozpoznawania emocji) nie pełnił w badanej grupie chorych roli predykcyjnej dla akceptacji choroby.

Związek między inteligencją emocjonalną i jej składowymi a akceptacją choroby przy uwzględnieniu stanu zdrowia

W podgrupie chorych na łuszczycę przebiegającą bez powikłań stwierdzono istotny statystycznie związek między jednym z czynników IE – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – z akceptacją choroby ($r = 0,43$; $p = 0,001$). Drugi z jej czynników – zdolność rozpoznawania emocji – i ogólna IE nie ujawniły istotnego statystycznie związku z akceptacją choroby w obu podgrupach, tzn. z powikłaniami i bez powikłań. Gdy choroba przebiegała łagodnie, to IE pomagała w jej akceptacji, ale gdy przebieg był powikłany, malała jej rola pomocnicza w zaakceptowaniu choroby.

Gdy weźmie się pod uwagę odsetek zajętej powierzchni ciała, to czynnik I – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – korelował pozytywnie z akceptacją choroby w podgrupie z większym odsetkiem zajętej powierzchni ciała ($r = 0,43$; $p = 0,007$). Chorzy, którzy potrafili wykorzystywać emocje w myśleniu i działaniu, łatwiej akceptowali chorobę.

Przy uwzględnieniu czasu trwania choroby i nasilenia łuszczycy także czynnik I – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – pozytywnie korelował z akceptacją choroby w podgrupach z dłuższym czasem chorowania i mniejszym nasileniem łuszczycy (tab. IV). Osobom potrafiącym wykorzystywać emocje w myśleniu i działaniu łatwiej było akceptować chorobę, gdy chorowały dłużej, a łuszczycy była mniej nasiloną.

Wszystkie wyodrębnione aspekty stanu klinicznego razem nie odgrywały roli predykcyjnej dla akceptacji choroby.

OMÓWIENIE

Znaczenie IE nie jest, przynajmniej na razie, w pełni poznane. Wiele argumentów przemawia jednak za tym, że istotnie wpływa ona na efektywność radzenia sobie w wielu sytuacjach życiowych [30]. Obecnie pojawia się wiele doniesień i wyników badań potwierdzających związki IE z różnymi aspektami funkcjonowania człowieka [38, 39], ale jej rola regulacyjna nie jest dostatecznie poznana.

Inteligencja emocjonalna nie jest jednorodnym konstruktem, lecz składa się z kilku czynników, których znaczenie także jest zróżnicowane [40]. Czynniki I IE – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu – koreluje pozytywnie z akceptacją choroby. Wydaje się, że zdolność rozpoznawania emocji, gdy nie ma ona praktycznego zastosowania w życiu, nie odgrywa ważnej roli w funkcjonowaniu chorych. Dopiero umiejętność związana z pragmatycznym wykorzystaniem tej wiedzy może, jak pokazują przedstawione wyniki, pełnić funkcję zasobu. Należy zwrócić uwagę, że tylko kobietom i osobom starszym wykorzystanie emocji w myśleniu i działaniu ułatwia zaakceptowanie choroby. Dla mężczyzn i młodszych osób chorych na łuszczycę IE nie jest zasobem.

Rola stanu zdrowia także okazała się zróżnicowana dla związku między IE a akceptacją choroby. Chorym potrafiącym wykorzystywać emocje w myśleniu i działaniu łatwiej było akceptować chorobę, gdy chorowali dłużej, a łuszczycy była mniej nasiloną, a także niezależnie od natężenia objawów i zajęcia większego obszaru ciała. Gdy objawy chorobowe były bardzo nasilone, to siła ich wpływu na akceptację choroby była tak duża, że IE nie była w stanie pomóc choremu. Także czas trwania choroby cechował się swoją dynamiką. Trzeba pamiętać, że początek przewlekłej, niemożliwej do wyleczenia choroby jest zawsze szokiem i okresem, w którym trudniej korzystać z posiadanych zasobów psychicznych. Podobne wyniki uzyskano w grupie chorych endo-

Tabela IV. Związek między inteligencją emocjonalną i jej składowymi a akceptacją choroby w grupie z krótszym i dłuższym czasem trwania choroby oraz przy uwzględnieniu nasilenia łuszczycy

Table IV. The relationship between emotional intelligence and its constituents and the acceptance of the disease in the group with shorter and longer duration and severity of psoriasis

Inteligencja emocjonalna	Krótszy czas trwania choroby (n = 40)	Dłuższy czas trwania choroby (n = 40)	Większe nasilenie łuszczycy (n = 37)	Mniejsze nasilenie łuszczycy (n = 41)
czynnik I – wykorzystywanie emocji w myśleniu i działaniu	0,264 $p = 0,099$	0,398 $p = 0,011$	0,263 $p = 0,116$	0,395 $p = 0,011$

p – poziom istotności

krynologicznie [13]. Wśród pacjentów zarażonych wirusem HIV także IE nie korelowała istotnie z wyznacznikami przystosowania do choroby [41].

Już wcześniej badacze otrzymywali wyniki, które wykazywały brak znaczenia IE dla złagodzenia relacji między kłopotami dnia codziennego a napięciem jako wyznacznikiem stresu [42]. Wyniki te wskazują, że globalne ujmowanie IE może być błędem, że należy analizować jej czynniki, ponieważ ich rola jest różna w zależności od ich natury. Zdaniem Schutte i wsp. [34] IE jest powiązana z lepszym zdrowiem, jednak wykonane metaanalizy wskazują, że w większym stopniu ze zdrowiem psychicznym niż fizycznym [43]. Inteligencja emocjonalna pozwala zrozumieć związek między stresem a zdrowiem psychicznym w depresji, desperacji i myślach samobójczych. Analizy wykazały związek z tymi aspektami życia psychicznego czynników IE – silnej emocjonalnej percepcji i niskich możliwości w zarządzaniu emocjami [44].

Podsumowując, można stwierdzić, że IE jest czynnikiem chroniącym zdrowie psychiczne i fizyczne, pomaga w przystosowaniu do nowych warunków i w konsekwencji przyczynia się do bardziej adaptacyjnego funkcjonowania. Należy jednak pamiętać, że szczególną opieką psychologiczną powinny być objęte osoby młode, w początkowym stadium choroby i te, u których występują nasilone objawy, bo jest im znacznie trudniej korzystać z posiadanych zasobów.

Piśmiennictwo

- Langner A., Stąpór W.: Łuszczycyca – etiopatogeneza i leczenie. [w:] Współczesne leczenie wybranych chorób skóry. A. Langer, W. Stąpór (red.), Ośrodek Informacji Naukowej Polfa, Warszawa, 2003, 82-100.
- Janowski K.: Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem w łuszczycy. Wydawnictwo Polihymnia, Lublin, 2006.
- Łuczowska M., Żaba R.: Łuszczycyca. Przew Lek 2005, 7, 38-49.
- Juskiewicz-Borowiec M.: Udział stresu w etiopatogenezie wybranych chorób skóry. Przeg Dermatol 1999, 86, 61-65.
- Kimyai-Asadi A., Usman A.: The role of psychological stress in skin disease. J Cutan Med Surg 2001, 5, 140-145.
- Saez-Rodriguez M., Noda-Cabrera A., Alvarez-Tejera S., Guimera M., Neda F., Dorta-Alom S. i inni: The role of psychological factors in palmoplantar pustulosis. JEADV 2002, 16, 325-327.
- Gupta M.A., Gupta A.K.: Psychodermatology: an update. J Am Acad Dermatol 1996, 34, 1030-1046.
- Czubalski K.: Psychologiczne i psychosomatyczne aspekty chorób skóry a postępowanie lekarza dermatologa. [w:] Psychologia lekarska. M. Jarosz (red.), Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 1988, 452-459.
- Dooley G., Finlay A.Y.: Personal construct system of psoriatic patients. Clin Exp Dermatol 1990, 15, 401-405.
- Kowalewska K., Stefanowicz P., Ruman T., Frączyk T., Rode W., Szewczuk Z.: Electron capture dissociation mass spectrometric analysis of lysine-phosphorylated peptides. Biosci Rep 2010, 30, 433-443.
- 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.
- Juczyński Z.: Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa, 2001.
- Basińska M.A.: Funkcjonowanie psychiczne pacjentów w wybranych chorobach endokrynologicznych. Uwarunkowania somatyczne i osobowościowe. Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2009.
- Basińska M.A., Zalewska-Rydzkowska D., Wolańska P., Junik R.: Dyspozycyjny optymizm a akceptacja choroby w grupie osób z chorobą Gravesa-Basedowa. Endokrynol Pol 2008, 59, 23-29.
- Bilińska M.M., Sitek E.J.: Jakość życia i akceptacja choroby w miastennii. Post Psychiatr Neurol 2007, 16, 139-143.
- Wrześniewski K.: Udział zmiennych psychologicznych w powstawaniu chorób somatycznych – propozycja modelu integracyjnego. PTL 1989, 44, 443-445.
- Głowacki S.M.: Wzór zachowania A osób chorych na cukrzycę typu I, a ich funkcjonowanie w chorobie. Niepublikowana praca magisterska, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 2007.
- Basińska M.A.: Wzór zachowania A osób z chorobą Gravesa-Basedowa jako predyktor akceptacji choroby. Polskie Forum Psychologiczne 2011, 16, 29-43.
- Miniszewska J., Wałęcka-Matyja K.: Wyznaczniki akceptacji choroby w hemofilii i łuszczycy – doniesienia wstępne. XXXII Zjazd Naukowy Polskiego Towarzystwa Psychologicznego 22-25 września, Kraków 2005.
- Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., Narbutt J.: Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. JEADV 2007, 21, 235-242.
- Harrison T., Stuifbergen A., Adachi E., Becker H.: Marriage, impairment and acceptance in persons with multiple sclerosis. West J Nurs Res 2004, 26, 266-285.
- Bishop G.D.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Astrum, Wrocław, 2000.
- Łuczak-Wawrzyniak J., Szczepańska M., Skrzypczak J.: Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby. Prz Menopauzal 2007, 11, 329-335.
- Leventhal H., Patrick-Miller L.: Emocje a choroby somatyczne – przyczyny i wskaźniki podatności na zachorowanie. [w:] Psychologia emocji. M. Lewis, J.M. Haviland-Jones (red.), Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2005, 657-675.
- Sęk H.: Wprowadzenie do psychologii klinicznej. Wydawnictwo Naukowe „Scholar”, Warszawa, 2001.
- Heszen I., Sęk H.: Psychologia zdrowia. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007.
- Poprawa R.: Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem. [w:] Podstawy psychologii zdrowia. G. Dolińska-Zygmunt (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław, 2001, 143-155.
- Mudyń K.: Czy można mieć zasoby nie mając do nich dostępu? Problem dostępności zasobów. [w:] Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki. Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2003, 63-77.
- Andruszkiewicz A., Basińska M.A.: Inteligencja emocjonalna pielęgniarek a typy zachowań i przeżyć w pracy. [w:] Zdrowie – stres – choroba w wymiarze psychologicznym. H. Wrona-Polańska (red.), Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2008, 75-85.

30. **Jaworowska A., Matczak A.:** Kwestionariusz Inteligencji Emocjonalnej. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa, 2001.
31. **Mayer J.D., Salovey P.:** Czym jest inteligencja emocjonalna? [w]: *Rozwój emocjonalny a inteligencja emocjonalna*. P. Salovey, D.J. Sluyter (red.), Dom Wydawniczy Rebis, Poznań, 1999, 21-70.
32. **Ciarrochi J., Scott G.:** The link between emotional competence and well-being: a longitudinal study. *Br J Guidance Counsel* 2006, 34, 231-243.
33. **Mikolajczak M., Petrides K.V., Hurry J.:** Adolescents choosing self-harm as an emotion regulation strategy: the protective role of trait emotional intelligence. *Br J Clin Psychol* 2009, 48, 181-193.
34. **Schutte N.S., Malouff J.M., Thorsteinsson E.B., Bhullar N., Rooke S.E.:** A meta-analytic investigation of the relationship between emotional intelligence and health. *Pers Individ Dif* 2007, 42, 921-933.
35. **Hawro M., Hawro T., Zalewska-Janowska A.:** Inteligencja emocjonalna i jej znaczenie w chorobie somatycznej – analiza ujęć teoretycznych i sposobów oceny. *Dermatol Estet* 2010, 70 [dostępny 28.07.2011] www.aktiv-press.2a.pl/pl/dermatologia/archive/summary/70339.html
36. **Zalewska-Janowska A.:** Psychodermatologia w alergologii. *Alerg Astma Immunol* 2010, 15, 109-117.
37. **Gross J.J., John O.P.:** Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003, 85, 348-362.
38. **Bar-On R., Brown J.M., Kirkcaldy B.D., Thome E.P.:** Emotional expression and implications for occupational stress: an application of the emotional quotient inventory (EQ-i). *Pers Individ Dif* 2000, 28, 1107-1118.
39. **Basińska M.A., Jaskólska J., Piórowski K.:** Inteligencja emocjonalna a typy zachowań i przeżyć w pracy w grupie żołnierzy zawodowych. *Polskie Forum Psychologiczne* 2007, 12, 80-92.
40. **Palmer B., Donaldson C., Stough C.:** Emotional intelligence and life satisfaction. *Pers Individ Dif* 2002, 33, 1091-1100.
41. **Willard S.:** Relationship of emotional intelligence and adherence to combination antiretroviral medications by individuals living with HIV disease. *JANAC* 2006, 17, 16-26.
42. **Day A.L., Therrien D.L., Carroll S.A.:** Predicting psychological health: assessing the incremental validity of emotional intelligence beyond personality, type A behaviour, and daily hassles. *Eur J Pers* 2005, 19, 519-536.
43. **Martins A., Ramalho N., Morin E.:** A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Pers Individ Dif* 2010, 49, 554-564.
44. **Ciarrochi J., Deane F.P., Anderson S.:** Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Pers Individ Dif* 2002, 32, 197-209.

Otrzymano: 9 II 2012 r.
Zaakceptowano: 14 V 2012 r.