

Sposób postrzegania własnej choroby jako czynnik wyznaczający jej akceptację u osób chorych na łuszczycę

Perception of the disease as determinant of illness acceptance in patients with psoriasis

Marta Adamska^{1 A-F}, Katarzyna Juczyńska^{2 B,E,F}, Joanna Miniszewska^{1 A,C,D,E,F}

¹ Instytut Psychologii Uniwersytetu Łódzkiego

² Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi

Streszczenie

Akceptacja choroby jest dla wielu pacjentów problemem, z którym zmagają się przez cały czas jej trwania. Modyfikacja znaczenia choroby, a poprzez to wzrost jej akceptacji, może pozytywnie wpływać na zaangażowanie pacjentów w proces leczenia i ogólny ich dobrostan.

Celem niniejszej pracy była ocena poziomu akceptacji choroby i analiza sposobu jej postrzegania wśród pacjentów z łuszczycą leczonych szpitalnie i ambulatoryjnie. Badaniem objęto grupę 61 chorych na łuszczycę. Pacjentów podzielono na dwie podgrupy w zależności od trybu leczenia. W badaniu użyto Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Skalę Oceny Własnej Choroby (SOWC), Skalę Subiektywnej Oceny Nasilenia Łuszczycy SAPASI, Wizualną Skalę Analogową VAS.

Badani pacjenci w przeciętnym stopniu akceptowali swą chorobę. Pacjenci w obydwu podgrupach podobnie oceniali swe schorzenie - najczęściej w kategorii zagrożenia, najrzadziej jako korzyść i wartość. W grupie chorych hospitalizowanych odbieranie własnego schorzenia w kategoriach zagrożenia, krzywdy, przeszkody i zakłócenia równowagi życiowej wiązało się negatywnie z akceptacją choroby. W grupie chorych leczonych ambulatoryjnie postrzeganie własnego schorzenia w kategoriach zagrożenia i krzywdy korelowało negatywnie z akceptacją choroby. Ocena choroby w kategorii przeszkody/straty pozwala przewidywać poziom akceptacji chorych na łuszczycę. Uzyskane wyniki potwierdzają słuszność obejmowania pacjentów z łuszczycą pomocą psychologiczną mającą na celu, m.in. zmianę sposobu oceny i spostrzegania swojej sytuacji zdrowotnej.

Słowa kluczowe: akceptacja choroby, postrzeganie choroby, łuszczycza, psychodermatologia

Abstract

Disease acceptance is a problem for many patients which they are struggling with throughout its duration. Modifying the perception and importance of the disease, thus increasing its acceptance, may have a positive impact on patients' involvement in the treatment process and their general well-being.

The aim of our study was to examine the level of disease acceptance and the way of perception of the disease in groups of hospitalized and outpatient psoriasis patients. The study comprised 61 hospitalized and ambulatory-treated psoriasis patients. The following measures were employed: Acceptance of Illness Scale (AIS), The Disease- Related Appraisals Scale (DRAS), Self- administered Psoriasis Area and Severity Index (SAPASI), Visual Analogue Scale (VAS).

The examined patients accepted their illness to an average extent. Patients in both groups similarly assessed their disease - most commonly in life-threatening terms, most rarely in terms of profit and value. In the hospitalized patients' perception of the disease as a life-threatening event, harm, obstacle/loss and importance correlated negatively with the illness acceptance. In the group of ambulatory patients, perceiving of the disease as a life-threatening event and harm, negatively correlated with its acceptance. The assessment of disease in terms of obstacle/loss allowed for predicting the level of its acceptance in patients with psoriasis. The obtained results confirm the validity of psychological interventions in psoriasis patients aimed at modifying the way of assessment and the perception of patient's health situation.

Keywords: illness acceptance, perception of the disease, psoriasis, psychodermatology

Wstęp

Łuszczycza, ze względu na swój przewlekły i nawrotowy charakter, a także stosunkowo długi czas leczenia, jest chorobą wymagającą zaangażowania pacjenta w proces terapeutyczny. Istnieje wiele czynników od których zależy przebieg i efekt terapii, wśród których znaczna część jest zależna od pacjenta, jak na przykład

przestrzeganie zaleceń lekarskich, czy modyfikacja stylu życia mająca na celu unikanie czynników wyzwalających lub nasilających zmiany. Wydaje się to szczególnie istotne, ponieważ pomimo hospitalizacji pacjentów z ciężkimi wysiewami zmian, leczenie tej choroby to w większości leczenie w warunkach ambulatoryjnych, którego powodzenie w dużej mierze zależy od postępowania pacjentów [1, 2, 3, 4, 5].

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że przystosowanie się pacjenta do przewlekłej choroby jest skomplikowanym procesem, na który wpływają wzajemnie oddziałujące uwarunkowania zewnętrzne (wsparcie społeczne, sytuacja życiowa) jak i właściwości jednostki (w tym przekonania na temat własnej choroby i jej znaczenia dla chorego) [6, 7, 8]. Wiąże się ona z uznaniem przez pacjenta faktu wystąpienia choroby, swoistą „zgoda” na związane z nią zmiany w dotychczasowym życiu. Akceptacja choroby jest dla wielu osób problemem, z którym zmagają się przez cały czas jej trwania. Jej brak lub niski poziom prowadzą do niestosowania się do zaleceń lekarzy, prób leczenia się „na własną rękę”, negowania sensu leczenia, a także do poczucia większego dyskomfortu psychicznego [9, 10, 11, 6].

Człowiek chory somatycznie tworzy poznawczy obraz własnej choroby, który odzwierciedla jego położenie życiowe. Obraz choroby jest rezultatem procesów poznawczych polegających na przetworzeniu i kodowaniu wszelkich informacji związanych z chorobą (dotyczących m.in. objawów klinicznych, przyczyn powstania, przebiegu i dynamiki, konsekwencji, sposobu leczenia). Wyobrażenia na temat chorób są zwykle fragmentaryczne, zaś posiadana wiedza jest niewystarczająca [12, 7].

Wydaje się, iż analiza specyfiki zależności między sposobem oceny własnej choroby a stopniem przystosowania do niej może mieć istotne implikacje kliniczne. Modyfikacja znaczenia choroby, a poprzez to wzrost jej akceptacji może pozytywnie wpływać na zaangażowanie pacjentów w proces leczenia, jego przebieg, jak i w konsekwencji na ogólny dobrostan pacjentów.

Cel pracy

Celem badań była próba odpowiedzi na pytanie, czy pacjenci z łuszczycą, leczeni szpitalnie bądź ambulatoryjnie, różnią się pod względem akceptacji choroby. Analizie poddano poziom akceptacji choroby u pacjentów z różnym jej subiektywnie ocenianym nasileniem. Ponadto, podjęto próbę sprawdzenia, jak chorzy z łuszczycą oceniają swe schorzenie i czy istnieją różnice w jego postrzeganiu w zależności od zastosowanego trybu leczenia. Założono, że osoby leczone ambulatoryjnie będą charakteryzowały się większą akceptacją swej choroby, jak również częściej będą ją traktowały w pozytywnych kategoriach. Ponadto założono, że istnieją zależności między sposobem postrzegania własnego schorzenia a jego akceptacją, a także, że znajomość sposobu oceny choroby pozwoli przewidywać poziom jej akceptacji.

Materiał i metody

Do pomiaru stopnia akceptacji choroby zastosowano Skalę Akceptacji Choroby AIS. Jest ona adaptacją *The Acceptance of Illness Scale* autorstwa B. J. Felton, T. A. Revenson i G. A. Hinrichsen. Autorem polskiej adaptacji

jest Z. Juczyński. Skala zawiera 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia, które sprowadzają się do uznania ograniczeń narzuconych przez chorobę, braku samowystarczalności, poczucia zależności od innych oraz obniżonego poczucia własnej wartości. Akceptacja choroby świadczy o mniejszym nasileniu negatywnych reakcji i emocji związanych z chorobą. Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych, aktualnie chorych. Może mieć zastosowanie do badania akceptacji w każdej chorobie. Badany określa swój aktualny stan w skali pięciostopniowej, od „1- zdecydowanie zgadzam się” do „5- zdecydowanie nie zgadzam się”. Zdecydowana zgoda określa złe przystosowanie do choroby, zaś zdecydowany brak zgody wyraża jej akceptację. Wynik oblicza się sumując wszystkie punkty. Ogólny zakres stopnia akceptacji choroby mieści się w obszarze od 8 do 40 punktów. Niski wynik oznacza brak akceptacji i przystosowania do choroby oraz wysokie poczucie dyskomfortu psychicznego. Natomiast wysoki wynik wskazuje na akceptację własnej choroby i brak negatywnych emocji, które się z nią wiążą. Rzetelność polskiej wersji testu zbliżona jest do rzetelności wersji oryginalnej. α -Cronbacha wynosi dla niej 0,82, zaś wskaźnik stałości test-retest na przestrzeni siedmiu miesięcy 0,69 [6].

Analizy sposobu postrzegania własnego schorzenia dokonano za pomocą Skali Oceny Własnej Choroby SOWC. Skala ta powstała w Zakładzie Psychologii Klinicznej Dorosłych KUL w Lublinie. Jej autorami są K. Janowski i S. Steuden. Skala jest kwestionariuszową metodą do badania subiektywnych znaczeń, jakie pacjent nadaje własnej chorobie. Teoretyczną podstawą do stworzenia tego narzędzia była koncepcja oceny pierwotnej sytuacji w relacji stresowej Lazarusa i Folkman, którą autorzy poszerzyli o ujęcie percepcji choroby Z. J. Lipowskiego [13]. Skala zawiera 47 stwierdzeń, które tworzą siedem podskal. Podskale te wyrażają różne kategorie znaczeniowe, jakie chorzy mogą przypisywać sytuacji własnej choroby: Zagrożenie, Korzyść, Przeszkoda/strata, Wyzwanie, Krzywda, Wartość, Znaczenie. Skala przeznaczona jest do badania osób dorosłych. Chory ustosunkowuje się do podanych stwierdzeń na pięciostopniowej skali (tak- 5 punktów, raczej tak- 4 punkty, nie wiem- 3 punkty, raczej nie- 2 punkty, nie- 1 punkt). Niektóre pytania sformułowane zostały negatywnie, by uniknąć tendencyjności odpowiedzi (tak- 1 punkt, ..., nie- 5 punktów). Wyniki surowe oblicza się sumując punkty dla każdej ze skal. Test może znaleźć zastosowanie zarówno w badaniach naukowych, jak i praktyce klinicznej. Wartości współczynników rzetelności (α -Cronbacha) dla poszczególnych podskal wynoszą od 0,64 do 0,87 [13, 14].

Skala SAPASI jest specjalistycznym narzędziem do pomiaru oceny subiektywnie odczuwanego przez pacjenta nasilenia zmian łuszczycowych na skórze. W jej skład wchodzi rysunek przedstawiający przód i tył sylwetki czło-

wieka, na którym pacjent ma za zadanie wskazać obszary ciała aktualnie dotknięte chorobą. Wynik uzyskuje się bazując na ilości zaznaczonych przez pacjenta obszarów ciała zajętych przez zmiany chorobowe na zarysie sylwetki. SAPASI składa się również z 3 wizualnych analogowych skal, na których pacjent szacuje kolor, grubość i stopień łuszczenia się zmian na skórze na pięciostopniowej skali. Minimalnie uzyskać można 0 punktów, maksymalnie zaś- 72 [15, 16].

Wizualna skala analogowa (*The Visual Analogue Scale*) VAS jest skalą pozwalającą na ogólną ocenę stanu zdrowia bądź aktywność choroby w zakresie od 0 do 100. Najczęściej przedstawiana jest w postaci poziomej linii o długości 100 mm, na której chorzy zaznaczają pionową kreską subiektywnie odczuwany stopień nasilenia choroby. Wynik uzyskuje się mierząc (w milimetrach) odległość od początku skali do miejsca, które zaznaczył chory [17].

Analizę wyników przeprowadzono za pomocą programu SPSS 20 wykorzystując test istotności różnic między średnimi *t-Studenta*, test jednorodności wariancji *ANOVA* oraz test korelacji Pearsona i wielokrotną analizę wariancji.

Badania empiryczne przeprowadzono w okresie październik 2012 r.- maj 2013 r. Objęto nimi grupę chorych na łuszczycę leczonych w Klinice Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi oraz Niepublicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej „Medicus” w Rykach, a także osoby, które nie leczyły się w wyżej wymienionych placówkach, a do badania zgłosiły się na ochotnika. W badaniu wzięły udział osoby leczone tylko metodami standardowymi (z wykluczeniem pacjentów leczonych biologicznie). Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę Komisji Bioetyki Uniwersytetu Łódzkiego

(nr KBBN-UŁ/I/10/2012). Uczestnicy zostali poinformowani o celu, przedmiocie i przebiegu badania i wyrazili na nie zgodę.

Przebadano grupę 61 chorych (39 kobiet i 22 mężczyzn; 63,9% i 36,1%), w wieku od 18 do 82 lat (średnio 47 lat, SD= 16,215). U 90,2% chorych zmiany łuszczycowe występowały na odsłoniętych częściach ciała. W przypadku 47,5% badanych, łuszczycy występowała również u innych członków ich rodzin. W grupie badanych osób, 47,5% cierpiało z powodu dodatkowych chorób przewlekłych. Badaną grupę chorych podzielono na dwie podgrupy - pacjentów hospitalizowanych (33 osoby; 54,1%) i leczonych ambulatoryjnie (28 osób; 45,9%).

Wyniki

Analiza akceptacji choroby w badanej grupie wykazała, że pacjenci z łuszczycą w przeciętnym stopniu akceptują swoją chorobę (tab. 1). Średnie wyniki w obszarze tej zmiennej były nieco wyższe w grupie pacjentów ambulatoryjnych nie różniły się one jednak istotnie statystycznie od wyników uzyskanych przez chorych hospitalizowanych. Istotnych różnic w zakresie akceptacji choroby nie stwierdzono również pomiędzy kobietami i mężczyznami chorującymi na łuszczycę.

Tabela 1. Średnie wartości akceptacji choroby w badanych grupach pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych oraz w grupie kobiet i mężczyzn

	Akceptacja choroby			
	M	SD	t	p
Szpital N=33	26,55	8,00	-0,37	0,716
Ambulatorium N= 28	27,25	6,84		
Kobiety N= 39	26,85	7,49	-0,03	0,975
Mężczyźni N= 22	26,91	7,52		

Tabela 2. Średnie wartości akceptacji choroby w zależności od subiektywnej oceny nasilenia choroby

SAPASI		Akceptacja choroby		ANOVA	
Wyniki	N	M	SD	F	p
Niskie	23	29,22	6,346	1,915	0,156
Przeciętne	22	25,64	8,191		
Wysokie	16	25,19	7,378		
Ogółem	61	26,87	7,435		
VAS		Akceptacja choroby		ANOVA	
Wyniki	N	M	SD	F	p
Niskie	25	28,56	7,360	0,998	0,375
Przeciętne	18	25,89	6,057		
Wysokie	17	25,71	8,865		
Ogółem	60	26,95	7,471		

Tabela 3. Średnie wartości w zakresie postrzegania własnej choroby w badanych grupach pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych

Choroba jako	Szpital (N= 33)		Ambulatorium (N= 28)		t	p
	M	SD	M	SD		
Zagrożenie	23,94	9,411	23,43	9,375	0,212	0,833
Korzyść	14,30	5,742	12,43	4,598	1,390	0,170
Wyzwanie	19,09	5,575	19,57	5,051	-0,350	0,728
Krzywdą	18,33	7,712	20,39	6,585	-1,110	0,271
Wartość	14,76	5,574	14,18	6,236	0,383	0,703
Znaczenie	17,42	4,617	17,71	4,689	-0,243	0,809
Przeszkoda/strata/	21,3636	10,20055	21,6786	9,91091	-0,122	0,904

Subiektywna ocena nasilenia zmian chorobowych na skórze okazała się również nie różnicować badanych pacjentów pod względem akceptacji choroby (tab. 2). Chorzy z różnie subiektywnie oszacowanym nasileniem łuszczycy mierzonym za pomocą skal SAPASI i VAS nie różnili się między sobą w zakresie tej zmiennej.

Jeśli chodzi o sposób postrzegania własnego schorzenia, badane grupy pacjentów również nie różniły się od siebie istotnie w tej kwestii, co oznacza, że chorzy hospitalizowani i leczeni pozaszpitalnie mieli podobne odczucia co do własnej choroby (tab. 3). Analiza średnich wyników uzyskanych w SOWC pozwala wysnuć wniosek, że pacjenci z łuszczycą, bez względu na tryb leczenia, najczęściej odbierali swą chorobę jako zagrożenie. Najrzadziej łuszczycą była postrzegana w kategoriach korzyści i wartości.

Związek między sposobem postrzegania choroby a jej akceptacją

W obydwu badanych grupach chorujących na łuszczycę stwierdzono istotne statystycznie zależności między badanymi zmiennymi (tab. 4). W grupie chorych hospitalizowanych odbieranie własnego schorzenia w kategoriach zagrożenia, krzywdy, przeszkody i zakłócenia równowagi życiowej wiązało się negatywnie z akceptacją choroby (najsilniejsza korelacja dotyczyła zależności akceptacji z oceną choroby w kategoriach przeszkody i straty). Oznacza to, że pacjenci ci oceniający swą chorobę jako zagrożenie, krzywdę, przeszkodę i sytuację zaburzającą normalne funkcjonowanie, mniej ją akceptują. W grupie chorych leczonych ambulatoryjnie tylko po-

strzeganie własnego schorzenia w kategoriach zagrożenia i krzywdy współistniało negatywnie z akceptacją choroby.

Ostatnim etapem analiz była próba ustalenia wyznaczników akceptacji własnej choroby spośród różnych sposobów jej oceny (tab. 5). W tym celu posłużono się regresją krokową, wprowadzając kolejno do równania te kategorie oceny własnej choroby, które wykazały istotne związki z jej akceptacją. Ze względu na porównywalny poziom akceptacji oraz niewielką liczebność grupy badawczej analiz dokonano dla pacjentów ambulatoryjnych i hospitalizowanych łącznie. Okazało się, że jedynie ocena choroby w kategorii przeszkody/straty pozwala przewidywać poziom akceptacji chorych na łuszczycę (wyjaśnia ona niemal 25% zmienności wyników; $p=0,000$; $F(1,59)= 20,640$). Pozostałe zmienne związane z oceną schorzenia okazały się być zbyt słabo związane z akceptacją choroby by mogły zostać włączone do modelu.

Omówienie wyników

Analiza poziomu akceptacji choroby w badanej grupie chorujących na łuszczycę wykazała, że pacjenci z łuszczycą, niezależnie od trybu leczenia, jakemu są poddawani, w przeciętnym stopniu akceptują swoją przypadłość. Wyniki uzyskane w badanych grupach chorych hospitalizowanych ($M= 26,55$; $SD= 8$) i leczonych ambulatoryjnie ($M= 27,25$; $SD= 6,835$) były nieco wyższe od wartości uzyskanych w badaniach innych grup klinicznych, w tym chorych na cukrzycę, hemofilię, stwardnienie rozsiane, pacjentów dializowanych, z przewlekłym bólem, mężczyzn po zawale mięśnia sercowego oraz młodzieży z trądzikiem. Jednocześnie, poziom akceptacji choroby u pacjentów z łuszczycą był niższy niż w grupie kobiet z rakiem sutka lub macicy [6, 18, 19].

Tabela 4. Współczynniki korelacji między sposobem postrzegania choroby a jej akceptacją w badanych podgrupach pacjentów hospitalizowanych i leczonych ambulatoryjnie

	Szpital	Ambulatorium
Choroba jako	Akceptacja choroby	Akceptacja choroby
Zagrożenie	-0,412*	-0,503**
Korzyść	-0,300	-0,101
Wyzwanie	-0,257	-0,187
Krzywdą	-0,415*	-0,388*
Wartość	-0,080	-0,182
Znaczenie	-0,555**	-0,105
Przeszkoda/strata	-0,614**	-0,365

* $p<0,05$; ** $p<0,05$

Tabela 5. Wyniki analizy regresji – wyznaczniki akceptacji choroby

	R ²	B	SE B	Beta	t	Istotność
Choroba jako przeszkoda/strata	0,246	-0,379	0,083	-0,509	-4,543	0,000
Wartość stała		32,265	5,217		6,185	0,000

R²- współczynnik korelacji wielokrotnej/*multiple regression analysis coefficient*

B- współczynnik B/*factor B*

SE B- błąd standardowy/*standard error of B*

Beta- współczynnik Beta/*beta coefficient*

t- wartość statystyki t/*t- test value*

W badaniu wykazano, że przynależność do grupy pacjentów leczonych szpitalnie i ambulatoryjnie nie różnicuje osób badanych w zakresie akceptowania własnego schorzenia. Średnie wyniki w obszarze tej zmiennej były nieco wyższe w grupie pacjentów ambulatoryjnych, nie różniły się one jednak istotnie statystycznie od wyników uzyskanych przez chorych hospitalizowanych. Wyniki uzyskane w Skali Akceptacji Choroby wskazują również, że w badanej grupie chorych z łuszczycą kobiety nie różniły się od mężczyzn w zakresie akceptowania własnego schorzenia. Wyniki te znajdują potwierdzenie w literaturze przedmiotu [5, 19, 20].

Subiektywna ocena nasilenia zmian chorobowych na skórze okazała się również nie różnicować badanych pacjentów pod względem akceptacji choroby. Chorzy z różnie subiektywnie oszacowanym nasileniem łuszczycy mierzonym za pomocą skal SAPASI i VAS nie różnili się między sobą w zakresie tej zmiennej. Podobne wyniki można odnaleźć w innych badaniach [5, 20]. Tak więc, samo nasilenie zmian wydaje się mieć umiarkowane znaczenie w procesie przystosowania do choroby, na co wskazywali już m.in. Papadopoulos i Bor [21].

Istnieje wiele przesłanek mówiących o tym, że sposób postrzegania własnej choroby może mieć wpływ na sam proces chorowania oraz leczenia danego schorzenia. W prezentowanej analizie badane grupy pacjentów nie różniły się od siebie istotnie w tej kwestii, co oznacza, że chorzy hospitalizowani i leczeni pozaszpitalnie mieli podobne odczucia co do własnego schorzenia. Rezultaty te są odmienne od wartości uzyskanych w badaniach Janowskiego [14], w których pacjenci z łuszczycą różniący się typem leczenia uzyskali istotnie różne wyniki w czterech podskalach: pacjenci hospitalizowani zdecydowanie częściej niż ambulatoryjni postrzegali swą chorobę jako zagrożenie, przeszkodę i krzywdę, czerpiąc z niej jednocześnie więcej wtórnych korzyści [14]. Analiza średnich wyników uzyskanych w SOWC w niniejszym badaniu pozwala wysnuć wniosek, że badani pacjenci z łuszczycą, bez względu na tryb leczenia, najczęściej odbierali swą chorobę jako zagrożenie. Zważając na charakterystykę choroby jaką jest łuszczycyca, wynik ten wydaje się być uzasadniony. Łuszczycyca z racji swego przewlekłego charakteru i uciążliwego przebiegu, zakłóca stan równowagi w życiu pacjenta i często destabilizuje je. Nierzadko pozbawia także chorego poczucia bezpieczeństwa i wywołuje lęk o jego własne zdrowie i przyszłość. Najbardziej łuszczycyca była postrzegana przez badanych w kategoriach korzyści i wartości. Może to oznaczać, iż choroba przynosi w ich odczuciu niewiele wtórnych zysków. Nie traktowali jej także w kategoriach wartości, która pomaga odkryć sens życia. Być może, ze względu na istnienie szpecących łuszczycowych zmian skórnych, chorzy nie spodziewają się współczucia u innych, lecz raczej odrzucenia, co nie sprzyja osiągnięciu korzyści

z choroby w postaci zainteresowania i troski. Łuszczycyca, jako choroba niezagrażająca bezpośrednio życiu, może również nie odgrywać roli w jego przewartościowaniu [14].

Wykazano, że niektóre spośród badanych zmiennych wiążą się istotnie statystycznie z prezentowanym przez osoby z łuszczycą poziomem akceptacji choroby. Korelacje te były zróżnicowane w grupach pacjentów hospitalizowanych i ambulatoryjnych. Wśród pacjentów hospitalizowanych ocena własnego schorzenia w kategoriach zagrożenia, krzywdy, przeszkody/straty i znaczenia negatywnie wiązała się z akceptacją łuszczycy. Wynik ten nie może dziwić- traktowanie swego schorzenia w tak negatywnych kategoriach nie może powodować dobrego przystosowania do niego. Ale już wiedza o sposobie traktowania swojego położenia życiowego pozwala na zweryfikowanie tego, czy jest ono słuszne. Okazało się również, że w grupie pacjentów ambulatoryjnych nasilenie łuszczycy mierzone skalą VAS ujemnie korelowało z akceptacją choroby. Dziwić może fakt, że podobnej zależności nie znaleziono u pacjentów hospitalizowanych. Tryb leczenia związany jest często z nasileniem objawów, zatem hospitalizacja pacjenta oznaczałaby duże natężenie zmian, a co za tym idzie- gorszy stosunek do schorzenia i jego akceptacji. Z drugiej jednak strony, do szpitala trafiają często pacjenci, którzy nie mają dużego nasilenia zmian, lecz nie radzą sobie oni z kontrolą czynników zaostrzających chorobę lub czują się bezradni w obliczu nawet niewielu zmian chorobowych. Czasami również ilość zmian na skórze może być niewielka (biorąc po uwagę ocenę lekarza), ale są one wyjątkowo odporne na leczenie ambulatoryjne lub występują w obszarach trudno leczących się (np. podeszwy stóp). Możliwe jest również, że pojedyncze, ale zaawansowane zmiany np. na dłoniach wyłączają pacjenta z aktywności zawodowej i zostaje wtedy, mimo stosunkowo małego nasilenia zmian łuszczycowych, podany leczeniu szpitalnemu. Pacjenci ci, pomimo niskiego wyniku w SAPASI/VAS, mogą również inaczej oceniać swą chorobę, co z kolei może mieć wpływ na zróżnicowanie grupy pacjentów hospitalizowanych pod względem akceptacji choroby. Co więcej, pacjenci mający niewiele zmian skórnych (zarówno ambulatoryjni, jak i hospitalizowani), lecz z uwagi na ciężki przebieg choroby leczeni lekami immunosupresyjnymi czy retinoidami, są uświadamiani o powadze tego sposobu leczenia i związanymi z nim obostrzeniami w życiu codziennym (np. unikanie zakażeń i infekcji, fotoprotekcja, często obowiązkowa antykoncepcja), co również może wpływać na ich ocenę choroby. Bo choć jest ona opanowana w danej chwili, to leczenie które otrzymują jest uciążliwe. Poza tym, być może część pacjentów która w chwili badania miała mało zmian, w przeszłości doświadczyła dużych wysiewów i to pamięć o nich mogła modyfikować ogólne nastawienie do choroby.

W ambulatoryjnej grupie badawczej wykazano również negatywne zależności między postrzeganiem choroby w kategoriach zagrożenia i krzywdy, a jej akceptacją. Wynika z nich, że pacjentom leczonym pozaszpitalnie równie trudno jest zaakceptować zjawisko, które wywołuje lęk, destabilizuje aktualną sytuację życiową i jest traktowane jako niezасłużona kara. W literaturze, na negatywny związek oceny choroby somatycznej w kategoriach przeszkody i kary za grzechy wskazują również badania Pawłowskiej i in. [22], w których taka ocena poznawcza współwystępowała z większym nasileniem lęku i niepokoju w grupie klinicznej kobiet z guzami jajnika i mięśniakami macicy.

W przewidywaniu wskaźnika akceptacji choroby w badanej grupie pacjentów istotne okazało się postrzeganie własnej kondycji w kategoriach przeszkody/straty. Im częściej badani traktowali chorobę w kategoriach przeszkody/straty, tym mniejszym wskaźnikiem jej akceptacji mogli się cechować.

Uzyskane wyniki w zakresie akceptacji ograniczeń związanych z łuszczycą uzasadniają, często podkreślaną w literaturze podmiotu, celowość niesienia interdyscyplinarnej pomocy pacjentom dermatologicznym. Pomoc psychologiczna może być niezwykle przydatna w aktywnym radzeniu sobie z chorobą, lepszym przystosowaniu się do niej, aktywowaniu wewnętrznych sił do walki. W przypadku pacjentów dermatologicznych, może być ona również doskonałym wsparciem w przełamywaniu barier w kontaktach z innymi ludźmi, pokonywaniu wstydu, konstruowaniu pozytywnego obrazu siebie, lepszym radzeniu sobie ze stresem, a co za tym idzie, również w podniesieniu ogólnej oceny jakości życia [7, 20, 23, 24, 25, 26]. Zaprezentowane badania podkreślają znaczenie subiektywnej oceny własnej choroby oraz oceny jej znaczenia dla człowieka chorego. W celu niesienia pomocy chorym dermatologicznie

warto skoncentrować się więc na ich własnych przekonaniach o położeniu życiowym oraz sposobie, w jaki postrzegają swoją chorobę. Istotnym elementem interwencji pomocowej może być weryfikacja słuszności przekonań odnośnie tego, czy faktycznie zmiany skórne stanowią przeszkodę w realizacji celów i zadań życiowych chorego i poszukiwanie możliwości innego spojrzenia na własną sytuację. Olbrzymią rolę odgrywa tu lekarz i sposób, w jaki przekaże choremu informacje na temat jego kondycji a także, czy upewni się, jaką wiedzę posiada chory na temat swojego stanu zdrowia. Jak wspomniano wcześniej, najczęściej przekonania na temat własnej choroby są fałszywe i fragmentaryczne, niespójność przekonań z obiektywnym stanem prowadzi do błędnej oceny własnego życiowego położenia, a co za tym idzie, niskiego poziomu akceptacji choroby. W odniesieniu do przewlekłych chorób somatycznych coraz częściej akcentuje się znaczenie profesjonalnych oddziaływań psychoterapeutycznych mających na celu uzyskanie akceptacji swej kondycji przez pacjenta. Jest to o tyle istotne, że w przypadku stanów chronicznych, ciągła walka z nawrotami oraz częste oczekiwanie na „cud” całkowitego wyzdrowienia może prowadzić do wyczerpania, bezradności, a w konsekwencji do różnego rodzaju zaburzeń afektywnych [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31].

Wnioski

1. Sposób postrzegania choroby może mieć wpływ na poziom jej akceptacji.
2. Słuszne wydaje się obejmowanie pacjentów z łuszczycą pomocą psychologiczną, mającą na celu wzmocnienie akceptacji choroby i zmianę postrzegania negatywnych przekonań na jej temat.

Introduction

Psoriasis, due to its chronic and recurrent nature as well as its relatively long treatment time, is a disease that requires the patients to be involved in the therapeutic process. There are many factors that determine the course and treatment effect, a huge part of which depends on the patient, for example: adherence to medical dispositions or lifestyle modification aimed at avoiding triggers or factors worsening the lesions. It is worth noticing that even though patients with severe lesion breakouts are hospitalized, in majority of cases the treatment is carried out on the outpatient basis. The treatment success largely depends on the behavior of patients [1, 2, 3, 4, 5].

The literature emphasizes that patients' adaptation to a chronic disease is a complex process that is influenced by external interacting factors (social support, life situation) as well as the features of individuals (including beliefs about their disease and its significance for them) [6, 7, 8]. It involves the patient's recognition of the disease, a kind of "consent" to the associated changes in one's life. Acceptance of the disease is a problem that many people struggle with throughout its duration. The lack or low level of acceptance causes a failure to follow medical dispositions, attempts of treating themselves "on their own", denying the sense of treatment, as well as a greater mental discomfort [9, 10, 11, 6].

A person with a somatic disease creates a cognitive self-image that reflects his/her situation in life. The image of the disease is the result of cognitive processes involving the processing and encoding of all information associated with the disease (including its clinical symptoms, their causes, course and dynamics, consequences, treatment). Ideas about the disease are usually fragmentary and the knowledge about it is insufficient [12, 7].

It seems that the analysis of a specific nature of the relationship between the method of self-assessment of the disease and the degree of adaptation to it may have important clinical implications. The change of the importance of the disease and, thus, increasing acceptance of it can positively influence the patients' involvement in the treatment process, its course as well as, in consequence, the general welfare of patients.

Aim

The aim of this study is to answer the question whether patients with psoriasis, hospitalized or treated on an outpatient basis, differ in terms of acceptance of the disease. The level of acceptance of the disease in patients with varying, subjectively assessed severity was analysed. In addition, an attempt was made to determine how patients with psoriasis assessed their condition and whether there were differences in the perception, depending on

the mode of treatment. It was assumed that people treated on an outpatient basis would be characterized by a greater acceptance of their disease as well as they are more likely to perceive the disease in a positive way. In addition, it was assumed that there was a relationship between the perception of their disease and its acceptance as well as that the knowledge of how to assess the disease would enable anticipating the level of its acceptance.

Material and methods

The Acceptance of Illness Scale (AIS) was used to measure the degree of acceptance of the disease. It is an adaptation of The Acceptance of Illness Scale by B.J. Felton, T.A. Revenson and G.A. Hinrichsen. Polish adaptation was prepared by Z. Juczyński. The scale consists of 8 statements describing negative consequences of ill health that are reduced to the recognition of the limitations imposed by the disease, lack of self-sufficiency, a sense of dependence on others and reduced self-esteem. The acceptance of the disease shows less intense negative reactions and emotions associated with the disease. The scale is designed to test current adult patients. It can be used to test the acceptance of any disease. The test determines the current condition on a five-point scale, ranging from "1 = I strongly agree" to "5 = I strongly disagree". Strong agreement expressed defines bad adaptation to the disease and strong disagreement expresses its acceptance. The result is calculated through adding up the points. The overall scope of the acceptance of the disease ranges from 8 to 40 points. A low score indicates a lack of acceptance and adaptation to the disease and a high sense of psychological discomfort. In contrast, a high score indicates the acceptance of the disease and lack of negative emotions that are associated with it. Reliability of the Polish version of the test is similar to the reliability of the original version. Cronbach's α is 0.82 for it and the test-retest reliability indicator within seven months - 0.69 [6].

The analysis of the perception of the disease was made using the Own Disease Assessment Scale (SOWC). This scale was created at the Department of Adult Clinical Psychology of the Catholic University in Lublin by K. Janowski and S. Steuden. The scale is a questionnaire method for the study of subjective meanings that patients associate with their own diseases. The theoretical basis for the creation of this tool was the concept of the initial assessment of a stress-relevant situation by Lazarus and Folkman, expanded by the authors with the perception of the disease by Lipowski Z. J. [13]. The scale contains 47 statements that form seven subscales. These subscales express different categories of meaning that patients can assign to their own disease: Threat, Benefit, Obstacle / Loss, Challenge, Harm, Value, Meaning. The scale is designed to test adults. Patients address the following

statements on a five-point scale (yes, 5 points, rather yes - 4 points, I don't know - 3 points, rather not - 2 points, no - 1 point). Some of the questions were worded negatively, to avoid bias responses (yes - 1 point, ..., no - 5 points). Raw results are calculated by aggregating points for each of the scales. The test can be used in both research and clinical practice. Values of reliability coefficients (Cronbach's α) for individual subscales range from 0.64 to 0.87 [13, 14].

The SAPASI scale is a specialized tool for measuring the assessment of patients' subjectively perceived severity of psoriasis on the skin. It includes a drawing of the front and back of the human figure, in which patients are to select the areas of the body that are currently affected. Results are obtained basing on the number of the areas of the body selected by patients as covered with lesions in the outline of the figure. SAPASI also consists of three visual analogue scales on which patients assess the color, thickness and degree of desquamation of the skin lesions on a five-point scale. The minimum score possible is 0 points, the maximum - 72 [15, 16].

The Visual Analogue Scale (VAS) is a scale used to provide an overall assessment of the health condition or disease activity from 0 to 100. It is most commonly presented in the form of a horizontal line with a length of 100 mm, at which patients draw a vertical line to indicate the subjectively perceived severity of their disease. Results are obtained by measuring (in millimetres) the distance from the beginning of the scale to the point that the patient indicated [17].

The analysis of the results was performed using the SPSS20 software with the significance test of differences between Student's t-test and the homogeneity of variance ANOVA test and Pearson correlation multiple analysis of variance.

The empirical research was conducted from October 2012 to May 2013. The study involved a group of patients with psoriasis, treated at the Department of Dermatology and Venereology, Medical University of Lodz and the Non-public Health Care "Medicus" in Ryki as well as people who had not been treated in the above-mentioned facilities and who volunteered to participate. The study involved those treated only with standard methods (with

the exception of patients treated biologically). The study was approved by the Bioethics Committee of the University of Lodz (No. KBBN-UŁ/1/10/2012). The participants were advised of the purpose, subject matter, conduct of the study and gave their consent.

A group of 61 patients (39 women and 22 men; 63.9% and 36.1%) was examined, aged from 18 to 82 years (mean age 47 years, SD = 16.215). In case of 90.2% of patients, psoriatic lesions appeared on the exposed parts of the body. In case of 47.5% of the respondents, psoriasis was also reported in other members of their families. Among the respondents, 47.5% suffered from more chronic diseases. The group of patients was divided into two - patients hospitalized (33 people; 54.1%) and outpatients (28 patients; 45.9%).

Results

The analysis of disease acceptance in the study group showed that patients with psoriasis accepted their disease to an average extent (Table 1). The average results in the area of this variable were slightly higher in the group of outpatients. They did not, however, significantly differ from the results obtained by the hospitalized patients. There were no significant gender differences in terms of disease acceptance between men and women suffering from psoriasis.

Subjective assessment of the severity of skin lesions did not differentiate patients in terms of acceptance of the disease, either (Table 2). Patients with different subjective severity assessment of psoriasis, as measured by the VAS and SAPASI scales, did not differ from one another in terms of the variable.

Table 1. Mean AIS values in psoriasis patients in relation to treatment procedure and sex

	Acceptance of illness			
	M	SD	t	p
In-patients (N=33)	26.55	8.00	-0.37	0.716
Out-patients (N= 28)	27.25	6.84		
Women (N= 39)	26.85	7.49	-0.03	0.975
Men (N= 22)	26.91	7.52		

Table 2. Mean AIS values depending on self-reported severity of illness

SAPASI		Acceptance of illness		ANOVA	
Scores	N	M	SD	F	p
low	23	29.22	6.346	1.915	0.156
average	22	25.64	8.191		
high	16	25.19	7.378		
total	61	26.87	7.435		
VAS		Acceptance of illness		ANOVA	
Scores	N	M	SD	F	p
low	25	28.56	7.360	0.998	0.375
average	18	25.89	6.057		
high	17	25.71	8.865		
total	60	26.95	7.471		

When it comes to the perception of the disease, the studied groups of patients did not differ significantly from one another in this matter, either, which means that patients hospitalized and outpatients felt the same way about their own disease (Table 3). Analysis of the average SOWC results obtained allows for the conclusion that patients with psoriasis, regardless of the mode of treatment, usually perceived their disease as a threat. Least likely psoriasis was perceived in terms of benefits and values.

The relationship between the perception of the disease and its acceptance

Both treatment groups with psoriasis showed statistically significant relationships between the studied variables (Table 4). In the hospitalized group, the patients perceiving the disease as a threat, a harm, an obstacle and imbalance of life were associated negatively with the acceptance of the disease (the strongest correlation was related to the relationship of acceptance with disease assessment in terms of an obstacle and a loss). This means that patients assessing their disease as a threat, a harm,

an obstacle and a situation disrupting their normal functioning accepted it to a lesser extent. In the group of outpatients, only perception of the disease as a threat and a harm coexisted negatively with acceptance of the disease.

The last stage in the analysis was an attempt to determine self-acceptance determinants of disease acceptance among different assessment methods (Table 5). For this purpose, stepwise regression was used with progressive introduction into the equation of those categories of assessment of the disease which showed significant relationships with its acceptance. Due to the comparable level of acceptance and the small size of the study group, research analysis was performed for outpatients and patients hospitalized together. It turned out that perceiving the disease only as an obstacle / a loss can predict the level of acceptance of people with psoriasis (it explains almost 25% of the variability of results; $p = 0.000$; $F(1.59) = 20.640$). Other variables associated with the assessment of the disease proved to be too weakly related to the acceptance of the disease to be included in the model.

Table 3. Mean DRAS values in examined in- and out- patients

Illness as	In-patients N= 33		Out-patients N= 28		t	p
	M	SD	M	SD		
Threat	23.94	9.411	23.43	9.375	0.212	0.833
Profit	14.30	5.742	12.43	4.598	1.390	0.170
Challenge	19.09	5.575	19.57	5.051	-0.350	0.728
Harm	18.33	7.712	20.39	6.585	-1.110	0.271
Value	14.76	5.574	14.18	6.236	0.383	0.703
Importance	17.42	4.617	17.71	4.689	-0.243	0.809
Obstacle/loss	21.3636	10.20055	21.6786	9.91091	-0.122	0.904

Table 4. Correlation between the subjective perception of the disease and its acceptance in patients with psoriasis

Illness as	In- patients	Out- patients
	Illness acceptance	Illness acceptance
Threat	-0.412*	-0.503**
Profit	-0.300	-0.101
Challenge	-0.257	-0.187
Harm	-0.415*	-0.388*
Value	-0.080	-0.182
Importance	-0.555**	-0.105
Obstacle/ loss	-0.614**	-0.365

Table 5. Predictors of illness acceptance in the examined psoriasis patients

	R ²	B	SE B	Beta	t	Significance
Illness as obstacle/ loss	0.246	-0.379	0.083	-0.509	-4.543	0.000
Constant value		32.265	5.217		6.185	0.000

R²- multiple regression analysis coefficient

B- factor B

SE B- standard error of B

Beta- beta coefficient

t- t- test value

Discussion

Analysis of the level of acceptance of the disease in the group with psoriasis showed that patients with psoriasis, regardless of the treatment mode, accepted their disease to an average extent. The results obtained in the study groups of patients hospitalized ($M = 26.55$; $SD = 8$) and outpatients ($M = 27.25$; $SD = 6.835$) were slightly higher than the values obtained in clinical trials of other groups, including diabetes, hemophilia, multiple sclerosis, dialysis patients with chronic pain, men after myocardial infarction and adolescents with acne. At the same time, acceptance of the disease in patients with psoriasis was lower than in the group of women with breast or uterine cancer [6, 18, 19]. The study showed that belonging to a group of hospitalized patients and outpatients does not differentiate subjects with regard to accepting their disease. The average results in the area of this variable were slightly higher in the group of outpatients; however, they did not differ significantly from the results obtained by hospitalized patients. The results obtained in the Acceptance of Illness Scale also show that in the group of patients with psoriasis, women did not differ from men in terms of acceptance of their condition. These findings are confirmed in the literature [5, 19, 20].

Subjective assessment of the severity of skin lesions did not distinguish patients in terms of acceptance of the disease, either. Patients with different subjective assessment of psoriasis severity, as measured by the SAPASI and VAS scales, did not differ from one another in terms of this variable. Similar results can be found in other studies [5, 20]. Thus, the very severity of lesions seems to be of moderate importance in the process of adaptation to the disease, as Papadopoulos and Bor pointed out in their studies [21].

There are many reasons indicating that the way patients perceive their condition themselves can have an impact on both the course and the treatment of the disease. In the presented analysis, the studied groups of patients did not differ significantly from one another in this respect, which means that patients hospitalized and outpatients had similar feelings about their disease. These results are different from the values obtained in the studies by Janowski [14], in which patients with psoriasis, with different modes of treatment, obtained significantly different results in four subscales: patients hospitalized more often than outpatients perceived their disease as a threat, an obstacle and a harm, while seeing more benefits [14]. The analysis of the average results obtained in the SOWC in this study, allows for the conclusion that patients with psoriasis, regardless of the mode of treatment, usually perceived their disease as a threat. Considering the characteristics of psoriasis, the result seems to be justified. Psoriasis, due to its chronic nature and oppressive course, interferes with a state of equilibrium in the life of patients

and often destabilizes them. It also often deprives patients of the sense of security and causes fear for their own health and future. Patients were least likely to see psoriasis in terms of benefits and values. This might suggest that the disease brings them a few secondary gains. They do not treat the disease in terms of value which helps to discover the meaning of life. Perhaps, due to the existence of unsightly psoriatic skin lesions, patients expect no sympathy from others, thinking others would reject them instead. This is not conducive to benefits of the disease in the form of interest and concern. Although psoriasis is not a life-threatening condition, it may also not play a role in life reassessment [14].

It has been shown that some of the variables investigated are significantly related to the level of disease acceptance presented by people with psoriasis. There were different correlations in hospitalized patients and outpatients. The hospitalized individuals thought of their condition as a threat, a harm, an obstacle / a loss and the importance was negatively associated with acceptance of psoriasis. This can hardly be surprising – treating the condition in such negative terms cannot cause good adaptation to it. The knowledge about the way of treating their life situation allows for verifying whether it is correct. It was also found that, in the group of outpatients, psoriasis severity measured by VAS negatively correlated with the disease acceptance. It is surprising that a similar relationship was found in hospitalized patients. Treatment mode is often associated with the severity of symptoms, hospitalization would, therefore, mean high intensity of lesions and worse attitude towards the disease and its acceptance. On the other hand, patients at hospitals often do not have severe lesions but they cannot cope with controlling the aggravating factors of the disease or feel helpless in the face of even a few lesions. Sometimes, the number of lesions on the skin can be small (taking into account medical assessment) but they are extremely resistant to patient treatment or appear in areas difficult to heal (e.g. soles). It is also possible that single but severe lesions, e.g. on the hands, exclude patients from work and they are then, despite the relatively low intensity of psoriatic lesions, treated at hospital. These patients, despite their low score in SAPASI / VAS, may also differently assess their disease, which may, in turn, affect the differentiation of patients hospitalized in terms of acceptance of the disease. Moreover, patients with few lesions (both outpatients and hospitalized ones), but treated with immunosuppressants or retinoids due the severe course of their disease, are made aware of the seriousness of this method of treatment and the related limitations in everyday life (e.g. avoiding infections, photoprotection, frequent mandatory contraception), which also may affect their assessment of the disease. One of the reasons for that is the

treatment they receive is onerous. Besides, some of the patients with few lesions during examination, might have suffered large outbreaks in the past and the memory of them could modify the general attitude towards the disease.

The outpatient study group also showed a negative relationship between the perception of the disease as a threat and harm and its acceptance. Results show that it is equally difficult for outpatients to accept the phenomenon that causes anxiety, destabilizes the current situation in life and is regarded as undeserved punishment. In the literature, the negative association of somatic disease assessment in terms of an obstacle and a penalty for the sins is also evidenced in the study by Pawłowska et al. [22] in which such a cognitive assessment coexisted with a higher degree of fear and anxiety in a clinical group of women with ovarian tumours and uterine fibroids.

In anticipation of the acceptance rate of the disease in the group of patients, the perception of health condition in terms of an obstacle / a loss was found significant. The more often the subjects treated the disease in terms of an obstacle / a loss, the lower the indicator of its acceptance was.

The results obtained for the acceptance of the limitations associated with psoriasis justify the desirability of providing interdisciplinary aid to dermatological patients, as it is often highlighted in the literature of the subject. Psychological support can be extremely useful in patient's active coping with the disease, better adapting to it, activating the inner strength to fight. In the case of dermatological patients, it may also be of great assistance in overcoming barriers in dealing with other people, overcoming shame, constructing a positive self-image, better coping with stress, and thus, also in raising the overall quality of life [7, 20, 23, 24, 25, 26]. The presented studies emphasize the importance of the subjective assessment of own disease and the assessment of its relevance to patients. In order to help dermatological patients, attention should be paid to their own beliefs about their life situation and the way they perceive their disease. An important element of such an intervention can be some aid aimed at verifying the validity of beliefs regarding whether lesions actually constitute an obstacle to the achievement of the objectives and tasks of the lives of patients and searching other possibilities to look at their situation. Physicians play a huge role and the way in which they provide patients with information about their condition and whether they make sure what knowledge patients have about their health. As mentioned earlier, beliefs about their disease are most often false and fragmented; inconsistency of the beliefs with the objective condition causes an incorrect assessment of life situation, and thus, a low level of acceptance of the disease. In relation to chronic somatic diseases, the importance of professional psychotherapeutic interactions is being increas-

ingly emphasized, as they are aimed at obtaining patients' acceptance of their condition. This is all the more important that, in the case of chronic conditions, constant struggle with frequent relapses and waiting for the "miracle" of complete recovery can lead to exhaustion, helplessness, and consequently, to various types of affective disorders [25, 26, 27, 28, 29, 30, 31].

Conclusions

1. Perception of the disease can affect the level of its acceptance.

2. It seems advisable for patients with psoriasis to be provided with psychological help, aimed at strengthening their acceptance of the disease and changing their perception of negative beliefs about it.

References

- Pastuszka M., Tyc-Zdrojewska E., Uczniak S., et al. Current concepts of aetiopathogenesis of psoriasis. *Postep Derm Alergol*, 2011; 26 (Suppl. 3): 117-131.
- Rieder E., Tausk F. Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *Int J Dermatol*, 2012; 51: 12-26.
- Basińska M., Drozdowska M. Emotional intelligence as an indicator of satisfaction with life of patients with psoriasis. *Postep Derm Alergol*, 2013; XXX, 6: 365-372.
- Reich A., Szepietowski J. Postępowanie z chorymi na łuszczycę: ocena postaw i zachowań lekarzy oddziałów dermatologicznych w codziennej praktyce lekarskiej. *Dermatol Klin*, 2011; 13 (2): 57-68.
- Zalewska A., Miniszewska J., Chodkiewicz J., et al. Acceptance of chronic illness in psoriasis vulgaris patients. *JEADV*, 2007; 21: 235-242.
- Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Warszawa; Pracownia Testów Psychologicznych: 2001.
- Studen S., Janowski K. Schorzenia psychodermatologiczne. *Przegl Dermatol*, 2002; 89: 175-183.
- Chodkiewicz J. Problem akceptacji choroby u osób uzależnionych od alkoholu. Znaczenie zasobów osobistych. *Folia Psychologica, Acta Universitatis Lodziensis*, 2004; 8 (24): 123-133.
- Miniszewska J., Chodkiewicz J., Ograczyk A., Zalewska A. Optimism as a predictor of health related quality of life in psoriatics. *Postepy Dermatol Alergol*, 2013; 30 (2): 91-95.
- Basińska M. A., Woźniwicz A. Inteligencja emocjonalna chorych na łuszczycę jako wyznacznik akceptacji choroby. *Przegl Dermatol*, 2012; 99 (3): 202-209.
- Basińska M. A., Drozdowska M. Type A behavior in individuals with Psoriasis as a determinant of acceptance of the illness. *Postępy Dermatol Alergol*, 2012; 29 (6): 432-439.
- Heszen I. *Psychologia zdrowia*. Warszawa; PWN: 2012.
- Janowski K., Steuden S., Kuryłowicz J., Nieśpiałowska-Steuden M. The Disease- Related Appraisals Scale: a tool to measure subjective perception of the disease situation. W: Janowski K., Steuden S., red. *Biopsychosocial Aspects of Health and Disease*. Vol. 1. Lublin; CPPP Scientific Press: 2009, s. 108-125.
- Janowski K. *Osobowościowe uwarunkowania radzenia sobie ze stresem łuszczycy*. Lublin; Wydawnictwo Polihymnia: 2006.
- Sampogna F., Sera F., Mazzotti E., Pasquini P., i wsp. Performance of the Self-administered Psoriasis Area and Severity Index in Evaluating Clinical and Sociodemographic Subgroups of Patients With Psoriasis. *Arch Dermatol*, 2003; 139: 353-358.

16. Sampogna F, Tabolli S, Abeni D, the IDI Multipurpose Psoriasis Research on Vital Experiences (IMPROVE) investigators. The impact of changes in clinical severity on psychiatric morbidity in patients with psoriasis: a follow up study. *Br J Dermatol*, 2007; 157: 508-513.
17. Kulczycka L, Sysa-Jędrzejowska A, Robak E. Jakość życia chorych na układowy toczень rumieniowaty ze szczególnym uwzględnieniem metodyki badań. *Postepy Hig Med Dosw*, 2007; 61: 472-477.
18. Rolka H, Krajewska-Kułak E., Dyduch M., Kowalczyk K. Ocena stopnia akceptacji choroby u młodzieży z trądzikiem. *Probl Piel*, 2010; 18 (1): 47-52.
19. Miniszewska J, Wałęcka-Matyja K, Zalewska A. Osobowościowe korelaty akceptacji choroby w łuszczycy i hemofilii. W: Rzepa T., Szepietowski J., Żaba R., red. *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław; Wydawnictwo Cornetis: 2011, s. 35-41.
20. Basińska M. A., Kasprzak A. Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przeegl Dermatol*, 2012; 99 (6): 692-700.
21. Papadopoulos L., Bor R. *Psychological Approaches to Dermatology*. London; The British Psychological Society: 1999.
22. Pawłowska B., Międlar K, Biały-Międlar K., Dziurzyńska E. Niepokój a postawy wobec choroby u pacjentek z guzami jajnika i mięśniakami macicy. *Curr Probl Psychiatri*, 2012; 13 (3): 209-215.
23. Miniszewska J, Juczyński Z, Ograczyk A., Zalewska A. Health-related Quality of Life in Psoriasis: Important Role of Personal Resources. *Acta DermVenereol*, 2013; 93 (5): 551-556.
24. Bogaczewicz A, Sobów T, Bogaczewicz J, Sysa-Jędrzejowska A, i wsp. Neurotyczność negatywnie koreluje z radzeniem sobie ze stresem u chorych na łuszczycę. *Dermatol Klin*, 2011; 13(4): 229-233.
25. White C. *Cognitive behaviour therapy for chronic medical problems. A guide to assessment and treatment in practice*. Chichester; John Wiley and Sons: 2001.
26. Shenefelt P. D. Biofeedback, cognitive-behavioral methods, and hypnosis in dermatology: Is it all in your mind? *Dermatol Ther*, 2003; 16: 114-122.
27. Chodkiewicz J., Miniszewska J. Aktualne zastosowania i perspektywy rozwoju terapii poznawczo-behavioralnej. *Psychotr Pol*, 2006; 2: 279-290.
28. Bogaczewicz J, Kuryłek A., Sysa-Jędrzejowska A., Woźniacka A., i wsp. Aspekt psychologiczny w leczeniu chorób skóry. *Dermatol Klin*, 2007; 9 (4): 263-267.
29. Pacan P., Szepietowski J, Kiejna A. Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy. *Przeegl Dermatol*, 2002; 5 (89): 401-408.
30. Ogłodek E., Araszkiewicz A., Placek W. Stygmatyzacja chorych na łuszczycę. *Zdr Publ*, 2009; 119 (3): 335-337.
31. Kostyła M., Tabała K., Kocur J. Illness acceptance degree versus intensity of psychopathological symptoms in patients with psoriasis. *Postep Dermatol Alergol*, 2013; XXX, 3: 134-139.

Correspondence address

dr Joanna Miniszewska
Zakład Psychologii Zdrowia UŁ
ul. Smugowa 10/12, 91-433 Łódź, tel. +48 42 665 55 23
e-mail:jminisz@poczta.onet.pl