



Uniwersytet Rzeszowski  
Kolegium Nauk Medycznych  
Instytut Nauk Medycznych

Lek. Edyta Sawińska

# Ocena poziomu stygmatyzacji wśród pacjentów z chorobami skóry

Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu w  
dyscyplinie nauki medyczne

Promotor: prof. dr hab. n. med. Adam Reich

Zakład i Klinika Dermatologii, Instytut Nauk Medycznych,  
Kolegium Nauk Medycznych Uniwersytetu Rzeszowskiego

Rzeszów, 2024

*Składam najserdeczniejsze podziękowania  
Panu Prof. dr hab. n. med. Adamowi Reichowi  
za ogromną motywację, inspirację i nieocenioną pomoc podczas  
przygotowania tej rozprawy.*

Szczególne podziękowania kieruję również do moich bliskich,  
którzy od zawsze, nieustannie mnie wspierają,  
zarówno w sprawach zawodowych, jak i prywatnych.

# Curriculum Vitae

## Doświadczenie zawodowe i wykształcenie:

- 2024 – obecnie**      **Uniwersytet Rzeszowski, Instytut Nauk Medycznych, Zakład Dermatologii**  
Stanowisko: asystent
- 2022 – obecnie**      **Klinika Dermatologii, Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie**  
Stanowisko: starszy asystent
- 2020 – 2024**      **Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie**  
Stanowisko: asystent
- 2021 – 2016 – 2021**      **Egzamin specjalizacyjny z dermatologii i wenerologii Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Fryderyka Chopina w Rzeszowie**  
Stanowisko: lekarz rezydent, w trakcie specjalizacji z zakresu dermatologii i wenerologii
- 2014 – 2016**      **NZOZ SOKRATES**  
Stanowisko: lekarz rezydent w trakcie specjalizacji z zakresu medycyny rodzinnej
- 2012 – 2014**      **Kliniczny Szpital Woj. Nr 2 w Rzeszowie**  
Stanowisko: lekarz stażysta
- 2006 – 2012**      **Uniwersytet Medyczny w Lublinie**  
Kierunek: lekarski  
Uzyskanie tytułu zawodowego lekarza w 2012 roku.
- 2003 – 2006**      **Liceum Ogólnokształcące im. Tadeusza Kościuszki w Lubaczowie**  
Profil: biologiczno- chemiczny  
Uzyskanie świadectwa maturalnego w 2006 roku.

### **Publikacje pełnotekstowe**

1. Kołcz K., Żychowska M., Sawińska E., Reich A.: Alopecia, Universalis in an Adolescent Successfully Treated with Upadacitinib- A Case Report and Review of the Literature on the Use of JAK Inhibitors in Pediatric Alopecia Areata. *Dermatology and Therapy* 2023;13: 843-856.
2. Szczęch J., Samotij D., Sawińska E., Reich A.; Periorbitale erythematöse Plaques und Papeln bei einem HIV-positiven Patienten. *Der Hautarzt* 2020;71: 711-714.
3. Jaworecka K., Sawińska E., Szczęch J., Reich A.; Choroby wysypkowe u dzieci. Część III – osutki grudkowe. *Standardy Medyczne* 2020;3: 312-325.
4. Sawińska E., Szczęch J., Jaworecka K., Reich A.; Choroby wysypkowe u dzieci. Część II – osutki krostkowe. *Standardy Medyczne* 2020;2: 48-60.
5. Szczęch J., Jaworecka K., Sawińska E., Reich A.; Choroby wysypkowe u dzieci. Część I – osutki pęcherzykowe i pęcherzowe. *Standardy Medyczne* 2019;5: 598-612.
6. Wójcik-Maciejewicz A., Sawińska E., Reich A.; Ryzyko wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych w łuszczycy – obecny stan wiedzy. *Dermatol Rev/Przegląd Dermatologiczny* 2019; 106: 495-506.
7. Opalińska A., Sawińska E., Samotij D., Ostańska E., Gustalik J., Reich A.; Biopsja wycinająca zmiany barwnikowej macierzy paznokcia. *Forum Dermatologicum* 2018; 4(2): 84-86.
8. Sawińska-Wysocka E., Pochwałowska P., Kijowski R., Librant E.: Współwystępowanie ziarniniaka obrączkowego i obumierania tłuszczowatego u chorej z cukrzycą typu I. *Forum Dermatologicum* 2017; 3: 103.
9. Librant E., Wróblewska J., Sawińska-Wysocka E., Kijowski R.: Skórna manifestacja choroby Leśniowskiego-Crohna. *Forum Dermatologicum* 2017; 3: 107.

### **Referaty na konferencjach zagranicznych**

1. Sawińska E., Weremko D., Reich A.: Finkelstein's disease- acute hemorrhagic edema of childhood. "23<sup>nd</sup> ESPD Congress". Kosice (Slovakia), 2-4.05.2024
2. Sawińska E., Żychowska M., Kołcz K., Reich A.: Alopecia universalis in an adolescent – a case report on the use of upadacitinib, JAK inhibitors in pediatric alopecia areata. "22<sup>nd</sup> ESPD Congress". Malaga (Spain), 04-06.05.2023

3. Sawińska E., Dudziak E., Szczęch J., Reich A.: Eruptive xanthoma as a cutaneous manifestation of hiperlipidemia and diabetes. "27<sup>th</sup> EADV Congress". Paris (France), 12-16.09.2018

#### **Referaty na konferencjach krajowych:**

1. E. Sawińska: Stygmatyzacja w łuszczycy i innych chorobach skóry. „Podkarpackie Dni Dermatologii”. Rzeszów, 14-16.03.2024
2. Weremko D., Sawińska E.: Ostry krwotoczny obrzęk dziecięcy (choroba Finkelsteina). „Konferencja naukowo-szkoleniowa Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego”. Rzeszów, 16.12.2023
3. Sawińska E.: Leukemic infiltrate of the nose. „Top Masters in Dermatology”. Rzeszów, 12-14.10.2019
4. Sawińska E.: Naciek białaczkowy skóry nosa. „Bieszczadzkie Spotkania z Dermatologią”. Arłamów, 4-6.09.2019
5. Sawińska E.: Ziarniniakowe zapalenie warg. „Konferencja naukowo-szkoleniowa Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego”. Rzeszów, 26.01.2019
6. Sawińska E.: Liszaj płaski nadżerkowy. „Łuszczycyca – choroba nie tylko skóry”. Rzeszów, 22-23.03.2018
7. Sawińska E.: Dermatoza wywołana. „Konferencja naukowo-szkoleniowa Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego”. Rzeszów, 3.03.2018
8. Sawińska E.: Liszaj płaski nadżerkowy. „Konferencja naukowo-szkoleniowa Oddziału Podkarpackiego Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego”. Rzeszów, 3.03.2018
9. Librant E, Wróblewska J, Sawińska-Wysocka E, Kijowski R: Skórna manifestacja choroby Leśniowskiego-Crohna. „Zjazd Sekcji Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego”. Łódź, 26-28.10.2017
10. Sawińska-Wysocka E., Pochwałowska P, Kijowski R, Librant E: Współwystępowanie ziarniniaka obrączkowatego i obumierania tłuszczowatego u chorej z cukrzycą typu I. „Zjazd Sekcji Forum Młodych Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego”. Łódź, 26-28.10.2017

11. Sawińska-Wysocka E: Segmental nevus spilus. „Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stowarzyszenia Dermatologów Wojskowych”. Jurata, 8-11.06.2017
12. Sawińska-Wysocka E: Choroba pęcherzowa u 11-letniego chłopca, trudności diagnostyczne. „Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Stowarzyszenia Dermatologów Wojskowych”. Jurata, 8-11.06.2017

#### **Aktywność organizacyjna i naukowa**

1. Członek Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego (PTD)
2. Członek Europejskiej Akademii Dermatologii i Wenerologii (EADV, European Academy of Dermatology and Venereology)
3. Członek Europejskiego Towarzystwa Dermatologii Dziecięcej (ESPD, European Society for Pediatric Dermatology)

#### **Informacja o realizacji grantów i projektów naukowych:**

1. Współpraca z Centrum Badań i Usług Biomedycznych WSiIZ : Szkolenia nt. wyprysku kontaktowego, diagnostyki i postępowania w praktyce kosmetologicznej.
2. Współbadacz projektu: „WyRaS – Wykryj Raka Skóry” (POWR.05.01.00-00-0007/18)
3. Współbadacz projektu: PSO Barrier EU (badanie prowadzone w Niemczech, Polsce, Danii i Hiszpanii)

#### **Działalność w ramach Studenckich Kół Naukowych:**

1. Członek Studenckiego Koła Naukowego przy Klinice Pediatrii Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie
2. Członek Koła Naukowego przy Katedrze i Klinice Nefrologii Dziecięcej Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Lublinie

#### **Doświadczenie w badaniach klinicznych jako współbadacz:**

1. 2024- phase 3, blinded, urticaria, BP11-301 (sponsor: CureTeQ)
2. 2024- phase 3, open label, generalized pustular psoriasis, ANB019-302 (sponsor: AnaptysBio)

3. 2024- phase 3, open label, prurigo nodularis, RD.06.SPR.202699 (sponsor: Galderma)
4. 2023-2023- phase 1/2a, blinded, atopic dermatitis, UP0089 (sponsor: UCB)
5. 2022-2024- phase 2, blinded, prurigo nodularis, INCB 18424-319 (sponsor: Incyte)
6. 2023-2024- phase 3, blinded, alopecia areata, I4V-MC-JAIO (sponsor: Eli Lilly)
7. 2022-2024- phase 3B/4, blinded, psoriasis, IM011-220 (sponsor: BMS)
8. 2022-2024- phase 2, blinded, prurigo nodulars, INCB 54707-206 (sponsor: Incyte)
9. 2023-2024- phase 4, open label, atopic dermatitis, M-17923-32 (sponsor:Almirall)
10. 2021-2024- phase 3, open label, atopic dermatitis, DRM06-AD07 (sponsor: Dermira)
11. 2020-2021- phase 3, blinded, atopic dermatitis, RD.06.SPR118161 (sponsor: Galderma)
12. 2020-2021- phase 3, blinded, atopic dermatitis, RD.06.SPR118169 (sponsor: Galderma)
13. 2019-2020- phase 3, blinded, hidradenitis suppurativa, CAIN457M2302 (sponsor: Novartis)
14. 2018-2020 - phase 3, blinded, atopic dermatitis, LP0162-1337 (sponsor: Leo Pharma)
15. 2010-2021- phase 3, blinded, atopic dermatitis, B7451015 (sponsor: Pfizer)
16. 2019-2020 - phase 3, blinded, atopic dermatitis, B7451029 (sponsor: Pfizer)
17. 2018-2020 - phase 2a, blinded, atopic dermatitis, KY1005-CT02 (sponsor: Kymab)
18. 2018-2021 - phase 3, open label, psoriasis, CAIN457A2311 (sponsor: Novartis)
19. 2018-2020 - phase 3, blinded, atopic dermatitis, LP0162-1334 (sponsor: Leo Pharma)
20. 2018-2019 - phase 3, blinded, atopic dermatitis, LP0162-1339 (sponsor: Leo Pharma)
21. 2017-2018 - phase 2a, blinded, prurigo nodularis, RD.03.SPR115828 (sponsor: Galaderma)
22. 2017-2019 - phase 3, blinded/open label, atopic dermatitis, LP0162-1326 (sponsor: Leo Pharma)

## Spis treści

Curriculum Vitae.....	3
1. Wstęp.....	10
1.1. Jakość życia.....	10
1.2. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem .....	12
1.3. Stygmatyzacja.....	16
1.4. Stygmatyzacja w chorobach skóry .....	17
1.5. Samoocena.....	21
1.6. Zaburzenia obrazu ciała .....	22
2. Założenia i cele pracy.....	24
3. Materiały i metody.....	25
3.1. Kryteria włączenia i wyłączenia .....	29
3.2. Przebieg badania .....	29
3.3. Narzędzia badawcze.....	30
3.4. Metodyka analizy statystycznej.....	34
4. Wyniki badań.....	35
4.1. Analiza grupy badanej i kontrolnej.....	35
4.1.1. Ocena poziomu stygmatyzacji .....	35
Mężczyźni z chorobami skóry czuli się w podobnym stopniu napiętnowani, co kobiety ( $p=0,34$ ). .....	36
4.1.2. Zaburzenia obrazu własnego ciała .....	36
4.1.3. Zaburzenia nastroju .....	37
4.1.4. Subiektywna ocena stanu zdrowia .....	38
4.1.5. Ocena poziomu stresu.....	38
4.1.6. Zadowolenie z własnego wyglądu .....	42
4.1.7. Trudności ekonomiczne.....	47
4.1.8. Myśli samobójcze.....	50
4.1.9. Stan cywilny.....	57
4.1.10. Zatrudnienie .....	60
4.1.11. Poziom wykształcenia .....	64
5. Podsumowanie wyników badań.....	68
6. Dyskusja .....	69



7.	Wnioski.....	76
8.	Piśmiennictwo.....	78
9.	Streszczenie .....	86
10.	Abstract.....	88
11.	Spis załączników.....	90

# 1. Wstęp

## 1.1. Jakość życia

Jakość życia jest pojęciem zarówno wieloznacznym jak i wielowymiarowym i jest istotna dla każdego człowieka. Na co dzień bywa ujmowana w różnych kontekstach, wiąże się między innymi z poczuciem szczęścia, satysfakcją z życia, spełnieniem pragnień, zaspokojeniem potrzeb, w tym potrzeby bezpieczeństwa (8). Jakość życia stała się przedmiotem zainteresowania badaczy w różnych dziedzinach nauki. Początkowo pojęcie to miało znaczenie głównie ekonomiczne w związku z posiadanymi dobrami materialnymi, konsumpcją i statusem materialnym (2). Aktualnie jako dobrą jakość życia określa się szczęście osobiste w różnych sferach, także w sferze seksualnej, sukces zawodowy, zadowalający status materialny, poczucie spokoju i stabilizacji życiowej, a także optymistyczne podejście do życia i umiejętność rozwiązywania problemów życiowych (2,3).

Jakość życia budziła zainteresowanie już w czasach starożytnych. Już wtedy wiadomo było, że do najważniejszych elementów ludzkiego życia należały szczęście, samozadowolenie i poczucie spełnienia. Hipokrates rozumiał szczęśliwe życie jako stan wewnętrznej równowagi, Arystoteles – jako czynienie dobra, filozofowie chrześcijańscy – jako poświęcenie, ascezę, cierpienie, a filozofowie Wschodu – jako równowagę między pierwiastkami *ying* i *yang* (4).

Istnieje wiele definicji jakości życia. Według Farquhar można je podzielić na definicje: globalne, złożone, specyficzne, a także mieszane, czyli definicje sformułowane przez ekspertów oraz definicje potoczne (5). Do definicji specyficznych zaliczamy koncepcję „jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia” (*Health related quality of life, HRQoL*). HRQoL odnosi się do subiektywnej oceny stanu zdrowia, następstw objawów lub choroby. Według tej definicji, dobry stan zdrowia to brak ograniczeń w funkcjonowaniu. Jednym z najbardziej znanych jest definicja Schipperera i wsp. (6), którzy określają jakość życia jako „funkcjonalny efekt choroby i konsekwencje jej leczenia z punktu widzenia pacjenta”.

Współczesne pojęcie jakości życia (*quality of life, QoL*) zostało zdefiniowane w latach 70. XX wieku. Pierwotnie miało ono głównie znaczenie ekonomiczne (życie w określonych warunkach bytowych), jednak z biegiem czasu pojawiły się aspekty psychologiczne, socjologiczne, a także medyczne. Ocena jakości życia zależy

od środowiska, populacji, kontekstu. Dla lekarza dobra jakość życia oznacza brak choroby, dla filozofa – stan szczęśliwości, dla biologa – samospełnienie i utrzymanie gatunku, a dla chorego – stan, w którym może on realizować swoje życiowe cele (4).

Jakość życia w medycynie jako pierwszy zaczął badać Campbell, który przy pomocy badań ankietowych przeprowadzonych na populacji dorosłych Amerykanów udowodnił, że związek między warunkami życia, a zadowoleniem z życia jest niejednoznaczny: wraz z poprawą warunków życia nie musi wzrastać zadowolenie, gdyż na odczuwanie zadowolenia wpływają także doświadczenia życiowe (7). Zainteresowanie problematyką jakości życia w medycynie datuje się na lata siedemdziesiąte dwudziestego wieku. W roku 1972 wyodrębniono dwa elementy stanowiące miarę głębokości procesu chorobowego: doświadczane cierpienie oraz mobilność (ograniczenie aktywności). W roku 1977 sformułowanie „*quality of life*” pojawiło się w Index Medicus jako słowo kluczowe. Zainteresowanie tą problematyką wiązało się z nową koncepcją medycyny, odpowiedzialną nie tylko za biologiczne przedłużanie życia pacjentów, ale również za usprawnienie go i uczynienie aktywnym, zbliżonym do życia osób zdrowych. Podniesienie jakości życia pacjentów stało się zatem celem działań terapeutycznych, poza faktem wyleczenia choroby lub utrzymania życia (3).

Jakość życia jest uwarunkowana przez wiele czynników, przy czym największe znaczenie ma tu zdrowie wpływając na jego jakość, zadowolenie z życia i odczuwanie satysfakcji z jego przeżywania. Odmienny wpływ ma natomiast choroba wpływając negatywnie na szereg sfer życia ludzkiego. Wiąże się z dokuczliwymi objawami, obniżającymi komfort życia, takimi jak: osłabienie, ból, niesprawność czy niedołęstwo. W sferze fizycznej następstwem choroby są również uboczne skutki leczenia lub zastosowanej terapii. Chory zmuszony zostaje do ponownego określenia własnej tożsamości, do wytworzenia nowych zachowań seksualnych oraz nawyków higienicznych. Choroba ma także istotne znaczenie materialne i społeczne. W związku z ponoszonymi kosztami leczenia często pogarsza się standard życia oraz poczucie stabilizacji życiowej i bezpieczeństwa chorego. Niejednokrotnie oznacza to trwałe obniżenie poziomu materialnego danej rodziny. Badania związku choroby z jakością życia mają istotne znaczenie dla wybrania odpowiednich działań zdrowotnych. Ocena jakości życia związanej ze zdrowiem umożliwia wybór takiej opcji terapeutycznej, która

pozwała na osiągnięcie optymalnych efektów zdrowotnych. Wyrazem zainteresowania tą problematyką na forum międzynarodowym było powołanie przez Światową Organizację Zdrowia międzynarodowej grupy roboczej celem badania jakości życia (3).

Pojęcie „jakość życia” zostało zdefiniowane przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) jako indywidualny sposób postrzegania przez jednostkę jej pozycji życiowej w kontekście kulturowym, systemie wartości, w którym żyje oraz w odniesieniu do jej zadań, oczekiwań, standardów i zainteresowań, uwarunkowanych środowiskowo (8).

W zakres jakości życia WHO zalicza:

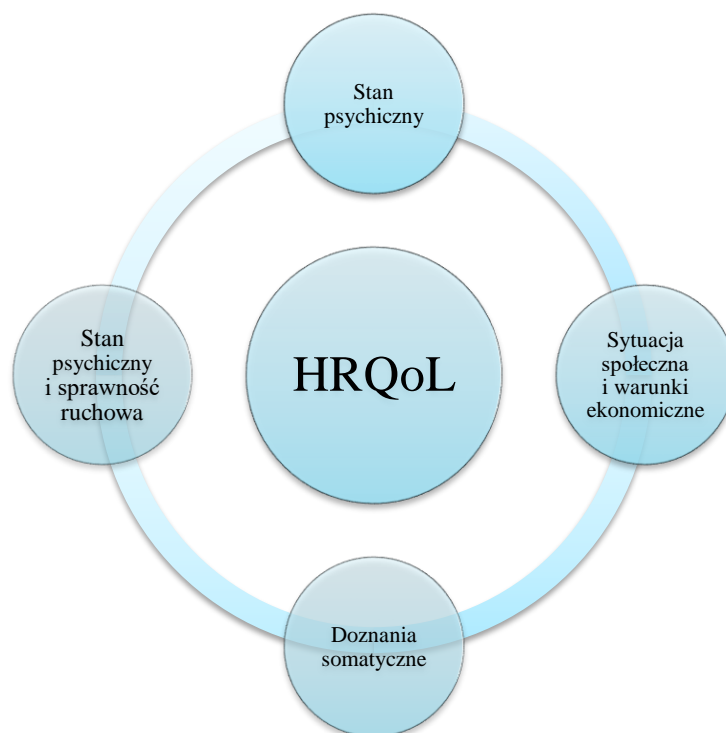
- stan fizyczny,
- stan psychiczny,
- stopień niezależności,
- relacje społeczne,
- środowisko,
- religię, wierzenia, przekonania i poglądy (3).

## **1.2. Jakość życia uwarunkowana zdrowiem**

Rozpatrywanie jakości życia w nawiązaniu do zdrowia i choroby skutkowało wprowadzeniem terminu „jakości życia uwarunkowanej zdrowiem” (HRQoL) (9, 10). Definicja HRQoL opiera się na definicji zdrowia według WHO, zgodnie z którą zdrowie jest to stan pełnego dobrobytu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie jedynie nieobecność choroby. Każdy człowiek, bez względu na rasę, religię, przekonania polityczne, warunki ekonomiczne czy socjalne, ma prawo do najlepszego możliwego stanu zdrowia (11). HRQoL jest to zagadnienie węższe od jakości życia jako takiej, ale w praktyce HRQoL często zastępuje się QoL (4).

W rozwoju oceny jakości życia w medycynie duże znaczenie miały prace Schipperera, który w latach 90. XX wieku zdefiniował HRQoL jako funkcjonalny efekt choroby i jej leczenia odbierany przez chorego (6). Poprzez definicję HRQoL odniósł się do samooceny pacjenta będącego pod wpływem choroby i stosowanego leczenia oraz jego funkcjonowania w podstawowych aspektach: fizycznym, psychicznym, społecznym i duchowym. Odnosił się do całościowego spojrzenia na problemy chorego – w aspekcie medycznym (objawy kliniczne, sprawność ruchowa, stan psychiczny) i pozamedycznym

(funkcjonowanie w pracy, rodzinie, społeczeństwie) (12). Wysoka wartość wskaźnika HRQoL świadczy o tym, że człowiek mimo choroby postrzega siebie jako osobę dobrze funkcjonującą. Niska wartość HRQoL jest natomiast wykładnikiem odczuwanych ograniczeń. (4).



Rycina 1. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia wg Schipperera.

Całościowa ocena jakości życia obejmuje elementy obiektywne (związane z funkcjonowaniem, zwykle oceniane przez personel) i subiektywne (odczucia chorego) (13). Wiele badań wskazuje, że ocena dokonana przez pacjenta często różni się od tej dokonanej przez lekarza, psychologa czy socjologa (14). Z medycznego punktu widzenia lekarz zwykle koncentruje się na aspektach związanych ze stanem chorego i jego bezpieczeństwem, natomiast psycholog i bliscy – na aspektach psychospołecznych, podczas gdy chory – głównie na subiektywnych odczuciach. Dla pacjenta najbardziej istotne są subiektywne odczucia dotyczące jego stanu zdrowia, np. zmniejszenie poziomu bólu czy zmniejszenie poczucia wykluczenia ze społeczeństwa z powodu choroby. Może się też zdarzyć, że na skutek stosowania określonych procedur, mających udowodniony pozytywny wpływ na parametry kliniczne (np. leków), pacjent gorzej ocenia swoje samopoczucie, zdolność funkcjonowania, czy swoją sytuację ekonomiczną, co wpływa

na podejmowane przez niego decyzje zdrowotne, np. stosowanie się do zaleceń terapeutycznych. Dlatego w medycynie coraz częściej, obok obiektywnych parametrów klinicznych, ocenia się wpływ terapii i choroby na jakość życia pacjenta, co pozwala uwzględnić w ocenie również jego punkt widzenia (11).

Jakość życia jest pojęciem indywidualnym, subiektywnym i zmiennym. Człowiek porównuje swoje położenie życiowe ze standardem zbudowanym na podstawie własnych doświadczeń i przyjętego systemu wartości, ale też przez porównania do sytuacji innych osób. Istnieje silny związek między stopniem zaawansowania choroby i stosowanym leczeniem a jakością życia. Ludzie cierpiący na chorobę przewlekłą i postępującą zwykle adaptują się do sytuacji przez obniżenie oczekiwań (15). Sami lub przy wsparciu innych osób (bliskich, wolontariuszy, personelu medycznego) wypracowują strategie radzenia sobie z chorobą, co pozytywnie wpływa na zdolność utrzymywania dobrego samopoczucia (16).

Ocena HRQoL jest zatem wartościowym kryterium oceny efektywności leczenia i korzyści uzyskiwanych przez chorego. Szczególnie istotne znaczenie ma ocena jakości życia u pacjentów dotkniętych chorobami przewlekłymi. Niejednokrotnie są to schorzenia nieuleczalne, dlatego pacjent często musi zmagać się z chorobą i leczeniem do końca życia. Choroba przewlekła niesie ze sobą konsekwencje negatywnie wpływające na różne sfery życia chorego, które mogą mieć charakter tymczasowy lub stały: konieczność zmiany dotychczasowego trybu życia, konieczność stosowania długotrwałego leczenia – często do końca życia, problemy ze zrozumieniem fachowej terminologii medycznej (17, 9, 10). W przypadku takich chorych zachodzą procesy, które powodują, że ich subiektywna ocena stanu zdrowia może się bardzo różnić od oceny obiektywnej: z jednej strony efekt etykietowania („naznaczenie” przez zastosowane leczenie lub chorobę, zmiana postrzegania siebie z osoby zdrowej na chorą – tzw. rola chorego), z drugiej strony adaptacja do ograniczeń związanych z chorobą i przyzwyczajanie się pacjenta do „bycia chorym” (17). Duże znaczenie ma stosunek pacjenta do jego choroby, na który składają się: postrzeganie i ocena jej objawów, poznanie sposobów radzenia sobie z ich następstwami psychicznymi, fizycznymi i społecznymi, a także ocena możliwości normalnego funkcjonowania czy rozpoznanie sposobów umożliwiających uzyskanie kontroli nad chorobą. Bardzo ważna jest osobowość pacjenta, jak również warunki środowiskowe (9).

Ocena stanu zdrowia zależy od wielu czynników, takich jak wiek, płeć, wykształcenie, status ekonomiczny i społeczny, wpływy kulturowe (17, 11). Ocena HRQoL ułatwia zaplanowanie i zorganizowanie doraźnej, a także długofalowej opieki oraz stratyfikację ryzyka zgonu czy dodatkowych hospitalizacji. Ma to szczególne znaczenie w leczeniu schorzeń przewlekłych. Dlatego tak istotna jest ocena jakości życia także u pacjentów z chorobami skóry. Choroba przewlekła wpływa na jakość życia nie tylko z powodu występujących objawów takich jak przewlekły świąd, ból, pieczenie, mrowienie czy stresu związanego z rozpoznaniem, lecz także z powodu uciążliwości długotrwałego leczenia (3). Dodatkowo wpływ na jakość życia ma również fakt, że schorzenia dermatologiczne manifestują się na widocznych częściach ciała, co niejednokrotnie może być powodem wstydu, skrępowania.

W ostatnim ćwierćwieczu systematycznie rośnie znaczenie oceny jakości życia w medycynie – ocena ta stała się elementem codziennej praktyki lekarskiej i przedmiotem wielu badań (18). HRQoL to samoocena chorego odnosząca się do wpływu choroby i zastosowanego leczenia na funkcjonowanie w podstawowych aspektach: psychicznym, fizycznym, społecznym i duchowym. Pomiar jakości życia jest bardzo przydatnym narzędziem oceny wartości procedur medycznych. Do mierników jakości życia należy wskaźnik QALY (*quality-adjusted life years*), czyli przeciętne dalsze trwanie życia skorygowane o ograniczenie aktywności w wyniku choroby lub niepełnosprawności. (4).

Choroby skóry ze względu na to, że zazwyczaj w sposób bezpośredni nie zagrażają życiu pacjentów, są często niesłusznie uważane jedynie za problem kosmetyczny, powodujący niewielkie konsekwencje zdrowotne dla chorych. Bywają bagatelizowane przez społeczeństwo, osoby odpowiedzialne za ochronę zdrowia, decydujące o finansowaniu opieki zdrowotnej, a niejednokrotnie nawet przez lekarzy. Należy podkreślić, że przewlekłe choroby skóry, jak np. atopowe zapalenie skóry czy łuszczyca, przebiegające z okresami remisji i nawrotów, związane z uciążliwymi dolegliwościami somatycznymi, takimi jak świąd, nadmierne złuszczenie się naskórka, oraz koniecznością stosowania długotrwałej terapii miejscowej, wpływają istotnie negatywnie na jakość życia chorych. Proste czynności życia codziennego, takie jak: zakupy czy domowe porządki stają się trudniejsze do samodzielnego wykonania. Ograniczone może być także życie towarzyskie, utrudnione uprawianie sportu, co wiąże się z objawami chorobowymi, a także z poczuciem zakłopotania, wstydu i napiętnowania (19). W rozważaniach

na temat jakości życia pacjentów z przewlekłymi dermatozami należy uwzględnić znaczenie skóry w komunikacji międzyludzkiej, bowiem podstawowymi funkcjami skóry, poza biologiczną, są także percepcja, ekspresja, komunikacja, funkcja estetyczna oraz seksualna (3).

### 1.3. Stygmatyzacja

Stygmatyzacja jest bez wątpienia negatywnym zjawiskiem społecznym odnoszącym się do etykietowania i naznaczania, wiążącym się z potępieniem, w pewnym sensie odrzuceniem osoby lub grupy osób w społeczeństwie. Ludzie różniący się pod pewnymi względami od norm społecznych są często negatywnie odbierani i oceniani przez otoczenie. Stygmatyzacja pochodzi od stygmatu i oznacza uznawanie czegoś za zło, za hańbę, ostre zwykle publiczne potępienie kogoś lub czegoś.

Zjawisko stygmatyzacji znane było już w czasach starożytnych. Słowo „stygma” pochodzi ze starożytnej greki, a polską formą tego wyrazu jest słowo *stygmat* i oznacza „znamię, piętno”. W liczbie mnogiej *stygmaty* oznaczają ślady uważane za odbicie ran Chrystusa, pojawiające się w stanie ekstazy religijnej, w związku z przeżywaniem męki Chrystusa.

„Kainowe piętno” – to związek frazeologiczny pochodzący ze Starego Testamentu. Oznacza piętno, znamię zbrodniarza, mordercy, bratobójcy, zabójcy brata albo rodaka. Biblijny Kain zabił bowiem swego brata Abla z zazdrości o miłość Boga, za co Bóg napiętnował go znamieniem na czole. W literaturze polskiej mamy także do czynienia z piętnem zabójcy – w dramacie Juliusza Słowackiego tytułowa Balladyna, zabójczyni siostry, miała na czole niezmywalne znamię.

Socjolog E. Goffman mianem piętna określa pewien atrybut człowieka, który posiada wartość dyskredytującą osobę w oczach społeczności (20). Z powodu owego stygmatu ludzie są postrzegani jako inni, gorsi, bądź niepełnowartościowi. Goffman uważa, że ludzie tworzą sobie pewną teorię „tłumaczącą niższość napiętnowanego i świadczącą o niebezpieczeństwie, jakie on sobą reprezentuje” (21).

Obecnie piętno definiuje się jako dyskredytację, znak społeczny, lub biologiczny, który odróżnia osobę od innych i zaburza interakcje z nimi (22, 23,24). Stygmatyzowanie ma miejsce wówczas, gdy osoby ze znakiem dyskredytującym są oznaczone przez inną osobę lub grupę. Stają się nośnikami znaków, które ich cechują (25). Czynniki



odpowiedzialny za piętno nie musi być widoczny (26). Piętno może prowadzić do dyskryminacji, dochodząc do momentu, w którym piętnowanym odmawia się praw osobistych

i obywatelskich (27). Wyróżniające cechy mogą powodować dezaprobatę społeczną, a widoczne zmiany mogą stać się przyczyną stygmatyzacji i w konsekwencji prowadzić do znacznego stresu psychicznego i wycofania społecznego (28).

Napiętnowanym można być z powodu płci, koloru skóry, stopnia niepełnosprawności fizycznej czy psychicznej, wyznawanej religii, pochodzenia, widocznych deformacji na ciele oraz różnych chorób (zwłaszcza przewlekłych i nieuleczalnych). Kolejne dyskwalifikujące czynniki to niski status socjo-ekonomiczny, przekonania i wyznawane wartości, sprzeczne z oczekiwaniami społecznymi. Cechami szczególnie widocznymi są otyłość i wychudzenie, podeszły wiek, bezdomność, bezrobocie, wykonywany zawód. (29). Do skutków stygmatyzacji społecznej zaliczyć można: izolację, nieufność, strach, unikanie, wrogość, agresję czy podejrzliwość, ostracyzm, odrzucenie, marginalizację, separację, wykluczenie ze społeczności oraz dyskryminację. (30).

Powszechnie przyjęto, że edukacja społeczeństwa, szczególnie w dzieciństwie, może znacznie zwiększyć jego świadomość, a co za tym idzie zmniejszyć dyskryminację osób chorych. Aby takie cele edukacyjne były skuteczne, społeczeństwo musi być zaangażowane emocjonalnie i intelektualnie. Niektóre programy zachęcają uczestników do lepszego kontaktu ze stygmatyzowanymi ludźmi, aby mogli lepiej zrozumieć podobieństwa i różnice w ich życiu. Wykazano, że zwiększa to pozytywne postawy i zmniejsza postrzegane zagrożenie ze strony osób obciążonych psychicznie (31).

#### **1.4. Stygmatyzacja w chorobach skóry**

Wiele schorzeń jest obecnie uznawanych za piętnujące osoby na nie cierpiące, a wśród nich często są wymieniane choroby skóry. Pacjenci z dolegliwościami skórnymi niejednokrotnie wykazują współistnienie chorób psychicznych, a także obniżoną jakość życia. Choroby skóry mają znaczący wpływ na sposób postrzegania chorych przez otoczenie oraz na ich własne samopoczucie.

Wyróżniamy wiele uwarunkowań, które mogą negatywnie wpływać na dobrostan psychiczny osób chorych dermatologicznie:

- rodzaj choroby, przewlekłość schorzenia,
- rozległość zmian skórnych i ich lokalizacja (czy zmiany są widoczne, czy lokalizują się na twarzy, rękach, klatce piersiowej, narządach płciowych),
- wiek, płeć.

Poczucie stygmatyzacji jest niezwykle często spotykane wśród chorych, zwłaszcza jeśli dana choroba jest „widoczna”. Większość chorób skóry ma charakter przewlekły. Najczęściej występującymi dermatozami są miejscowe infekcje, trądzik, wyprysk czy łuszczyca. Pacjenci z przewlekłą chorobą skóry mogą obawiać się negatywnej oceny i odczuwalnej stygmatyzacji. U pacjentów z widocznymi zmianami skórными istnieje zwiększona obawa przed odrzuceniem społecznym oraz strach przed negatywną oceną ze strony innych osób w grupie rówieśniczej (32,33). Postrzegana stygmatyzacja najlepiej opisana jest jako doświadczenie dezaprobaty społecznej, dyskredytacji lub dewaluacji na podstawie atrybutu czy cechy fizycznej. Pacjenci z przewlekłymi chorobami skóry regularnie zgłaszają doświadczenia związane z odczuwaną stygmatyzacją pod postacią przykrych komentarzy, unikania kontaktu wzrokowego, czy wpatrywania się w nich przez inne osoby z otoczenia.

W ciągu ostatnich dwóch dekad piętnowanie, szczególnie związane ze zdrowiem, zostało podzielone na trzy główne typy oraz dodatkowy czwarty:

- 1) doświadczone lub uchwycone piętno;
- 2) odczuwalne lub postrzegane piętno;
- 3) zinternalizowane lub samo piętno;
- 4) piętno estetyczne (34, 35).

Emocjonalne obciążenie pacjenta chorobami skóry jest ogromne. Widoczność zmian skórnych odgrywa ważną rolę w tym obciążeniu (35,36). Zaburzenia psychiczne u chorych z dermatozami najczęściej mają charakter wtórny. Stygmatyzacja była badana w licznych schorzeniach dermatologicznych i wydaje się stanowić powszechny i ważny problem w dermatologii. Zjawisko stygmatyzacji najczęściej badano u pacjentów z łuszczycą. (23).

Opisuje się liczne zaburzenia psychiczne wśród pacjentów chorujących na łuszczycę, między innymi obniżony nastrój, zaburzenia depresyjne i myśli samobójcze. Są one częstsze u tych chorych w porównaniu z innymi schorzeniami dermatologicznymi czy przewlekłymi chorobami niedermatologicznymi (36). Stygmatyzacja okazała się kluczowym doświadczeniem pacjentów dotkniętych łuszczycą o szerokim wpływie na psychikę oraz funkcjonowanie społeczne (36). Doniesienia dotyczące społecznych konsekwencji łuszczycy pojawiły się po raz pierwszy już w latach 70. XX wieku. Jobling (37) stwierdził, że ponad 80% pacjentów z łuszczycą uważa kłopoty w nawiązywaniu relacji społecznych za najtrudniejszy aspekt swojej choroby.

Podobne wyniki uzyskali Ginsburg & Link (38), którzy wykazali, że prawie wszystkie osoby z łuszczycą (99 badanych na 100 włączonych do badania) doświadczyły w swoim życiu napiętnowania, począwszy od zdarzeń subtelných, takich jak unikanie dotykania lub wpatrywania się w widoczne zmiany skórne, aż do poważnych, takich jak prośba o opuszczenie miejsca zamieszkania. W innym badaniu odnotowano, że 57% pacjentów z łuszczycą miało poczucie, że ludzie patrzą się na ich zmiany skórne i uważają je za zaraźliwe (39). Lu i wsp. (40) stwierdzili, że 79% pacjentów doświadczyło przynajmniej jednego ze zdarzeń opisanych w kwestionariuszu, a 35% doświadczyło ich wszystkich.

Wykazano, że łuszczycą jest najczęstszą chorobą skóry, w której badano zjawisko stygmatyzacji. Badanie Hrehorów i wsp. miało na celu oszacowanie poziomu stygmatyzacji doświadczanej przez pacjentów z łuszczycą oraz przeanalizowanie jej związku z niektórymi parametrami klinicznymi, demograficznymi i psychospołecznymi (41,45). W badaniu stwierdzono, że większość obserwowanych pacjentów odczuwa napiętnowanie z powodu łuszczycy. W badaniu przeprowadzonym przez Bohm i wsp. autorzy przeanalizowali zależności między nasileniem objawów łuszczycy, płcią, stygmatyzacją i jakością życia wśród pacjentów z łuszczycą (36). Doszli do wniosku, że wpływ stygmatyzacji związanej z dolegliwościami skórnymi na jakość życia jest spowodowany zarówno nasileniem objawów choroby, jak i stygmatyzacją, ale wpływ na zdrowie psychiczne wynika głównie z samej stygmatyzacji. Zauważyli, że pomimo faktu, że kobiety i mężczyźni inaczej odczuwają społeczny wpływ łuszczycy, natomiast wpływ stygmatyzacji na jakość życia jest podobny dla obu płci.

W artykule zatytułowanym „Jakość życia pacjentów z łuszczycą i łuszczycowym zapaleniem stawów ze szczególnym naciskiem na doświadczenie stygmatyzacji” autorzy dyskutowali o tym, jak choroby te wpływają na jakość życia pacjentów (41). Podkreślili fakt, że nawet niewielkie ognisko łuszczycy może być powodem poczucia napiętnowania. Sugerowano również, że jakość życia pacjentów z łuszczycą jest porównywalna z innymi przewlekłymi chorobami ogólnoustrojowymi i potencjalnie zagrażającymi życiu. Można to wytłumaczyć wysokim poziomem stygmatyzacji doświadczanym przez tych pacjentów. Autorzy wyraźnie podkreślili, że zarówno jakości życia, jak i stygmatyzacji, nie należy lekceważyć u pacjentów z łuszczycą i należy je brać pod uwagę w procesie terapeutycznym. Perrott i in. donieśli, że ci, którzy rozwinęli łuszczycę w młodszym wieku, częściej doświadczają stygmatyzacji (31). Schmid-Ott G i in. przeanalizowali doświadczenia związane ze stygmatyzacją pacjentów z atopowym zapaleniem skóry i łuszczycą (46,47). Okazało się, że pacjenci z łuszczycą doświadczyli większej stygmatyzacji. W porównaniu z pacjentami prezentującymi zmiany łuszczycowe w różnych lokalizacjach odkryli, że obszar narządów płciowych jest szczególnie istotny dla poczucia piętnowania. Autorzy zasugerowali, że stygmatyzacja powinna być uważana za możliwie najbardziej dotkliwą cechę tych chorób i za wtórne źródło stresu.

W badaniu przeprowadzonym wśród pacjentów z trądzikiem odwróconym analizującym odczucia związane ze stygmatyzacją wykazano, że lokalizacja choroby na odsłoniętych obszarach skóry odgrywa istotną rolę w poziomie stygmatyzacji (41). Przebadano także pacjentów z trądzikiem różowatym i wykazano, że widoczność objawów była czynnikiem odpowiedzialnym za poczucie stygmatyzacji (35, 42). W badaniu analizującym wypadanie włosów u dzieci z rozpoznaną chorobą nowotworową stwierdzono, że łysienie może początkowo mieć większy wpływ na złe samopoczucie niż sama diagnoza (43).

Stosunek do osób z problemami skórnymi może być różny w różnych krajach i kulturach. W artykule na temat skórnej leiszmaniozy w Pakistanie i Afganistanie autorzy skomentowali powszechną praktykę izolowania osób dotkniętych tą chorobą podczas występowania aktywnych zmian (43). Zauważyli, że rodzice zwykle izolują swoje dzieci od innych, w tym rodzeństwa, a nawet od siebie. Co więcej, kobiety cierpiące na tę chorobę są uważane za niegodne zawierania związków małżeńskich i nie są akceptowane nawet przez własną rodzinę. Mimo, że choroba jest uleczalna,

stygmatyzacja społeczna w tym przypadku może stać się przyczyną zaburzeń psychicznych. W niektórych kulturach lęk przed stygmatyzacją z powodu chorób skóry może być przytłaczający (44). Autorzy wyjaśnili, że rodziny cierpiące na niektóre choroby jak trąd, epilepsja i choroby skóry powodujące oszpecenie, zwykle mają trudności z integracją ze społeczeństwem. Takie osoby są uważane za „wyrzutków” lub niosących złe geny i dlatego nie zachęca się do małżeństwa z żadnym z członków takiej rodziny. Podkreślono, że w celu ochrony przyszłości innych, osoby chore trzymane w izolacji i odmawiano im edukacji. W związku z tym dorastały bez szans na zatrudnienie i prowadzenie normalnego życia w przyszłości.

### **1.5. Samoocena**

W 1975 roku samoocenę zdefiniowano jako „ocenę samego siebie, własnej osoby, swoich możliwości, która powstaje przez uogólnianie ocen swojej osoby w różnych sferach” (48). Może się ona opierać na niektórych spostrzeżeniach odnośnie własnej osoby, na przykład posiadanych umiejętnościach i zdolnościach, poziomie inteligencji, urodzie lub może dotyczyć całościowego oglądu własnej osoby. Ocena samego siebie jest funkcją zmienną i może zależeć od okoliczności, w jakich jej dokonujemy. Samoocena globalna wiąże się z całościową i względnie stałą opinią na swój temat, natomiast samoocena obecnie odczuwana jest odczuciem lub efektem sytuacji, w której się bezpośrednio znajdujemy. Niska opinia na temat własnej osoby sprzyja zapadalności na choroby pod wpływem sytuacji stresogennych, natomiast wysoka jest pewnego rodzaju buforem, który niweluje stres, a także pozwala na łatwiejsze zmaganie się z nim w trakcie trwania choroby (48).

Pojęcie samooceny można zawrzeć w dwóch kategoriach odbioru własnej osoby: jako podmiotu, a także jako czynnika sprawczego. Z jednej strony zakłada postrzeganie siebie jako organizmu, który ma zdolność uczenia się, motywowania do realizacji celów, a także posiadania mechanizmów obronnych i strategii radzenia sobie. W drugim przypadku pojmowanie „ja” jako czynnika sprawczego umożliwia postrzeganie własnego otoczenia oraz zaadoptowania się do niego (49). Neff w swoich badaniach opracowała nowy pogląd, nawiązujący do samooceny (50). Uważa ona, że ważne jest współczujące ustosunkowanie do własnej osoby (*self compassion*), które zdefiniowała jako „bycie otwartym i wrażliwym na własne cierpienie, doświadczając jednocześnie uczucia troski

i życzliwości do samego siebie, przyjmując postawę rozumiejącą i nieoceniającą wobec własnych niedoskonałości i niepowodzeń, uświadamiając sobie, że własne doświadczenie jest częścią powszechnego doświadczenia ludzi” (51). Zdaniem uczonych nadmiernie surowa samokrytyka może prowadzić do znacznego obniżenia samooceny, dlatego współczujące ustosunkowanie się w stosunku do samego siebie może pełnić funkcję samoregulacyjną (51). Osoby przejawiające tę postawę odznaczają się wyższą samooceną globalną i w związku z tym bardziej stabilnym, niezależnym od osiągnięć i okoliczności przekonaniem na swój temat (52).

## **1.6. Zaburzenia obrazu ciała**

Niezadowolenie z wyglądu swojego ciała lub stanu skóry jest w dzisiejszych czasach bardzo powszechne. Większość ludzi nie jest w pełni z niego zadowolona, ale akceptuje i żyje ze świadomością niedoskonałości swojego ciała. Dla niektórych stopień niezadowolenia jest tak wysoki, że zakłóca ich codzienne życie i rutynę. Zjawisko to znane jest jako zaburzenie dysmorficzne ciała (*body dysmorphic disorder*, BDD). BDD jest dobrze znaną jednostką chorobową, którą zalicza się do kategorii zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych i pokrewnych (53). Stan ten występuje u około 2% populacji ogólnej w krajach rozwiniętych. Częstość występowania jest różna u różnych grup pacjentów, a wśród pacjentów dermatologicznych szacuje się ją na co najmniej 11%.

BDD jest niepokojącym stanem, który może dotyczyć dowolnej części ciała i często wiąże się z uczuciem wstydu. Depresja, lęk społeczny i myśli samobójcze są często dolegliwościami towarzyszącymi. Ponadto istnieje wyższy wskaźnik samobójstw wśród pacjentów z BDD w porównaniu do osób nieprezentujących takich zaburzeń. Osoby z BDD często konsultują się z dermatologiem, ale rzadko zasięgają konsultacji psychiatrycznych bądź psychologicznych. Pacjenci z BDD są często nieusatysfakcjonowani leczeniem stosowanym przez „ich lekarza”. Są przekonani, że ich problem jest fizyczny, a nie psychiczny. Ponadto pacjenci z BDD zużywają znaczne zasoby w systemach opieki zdrowotnej i mają trudności z otrzymaniem pomocy (54). Dlatego niezwykle ważne jest, aby klinicyści zrozumieli, kiedy pacjent cierpi na tę chorobę, aby zapewnić mu odpowiednie leczenie, a także umieć rozróżnić stan BDD od bardziej banalnego stanu niezadowolenia z własnego wyglądu.

Coraz częściej intensyfikuje się współdziałanie dermatologów i psychologów w terapiach chorób skóry, a co za tym idzie nie ogranicza się jedynie do leczenia farmakologicznego, ale również stosuje się psychoterapię. W Polsce w 2008 roku utworzono Sekcję Psychodermatologii Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego, której przewodniczącym został prof. dr hab. n. med. Jacek Szepietowski.

## **2. Założenia i cele pracy**

Celem pracy było zbadanie obciążenia psychospołecznego chorobami skóry poprzez ocenę zjawiska stygmatyzacji i zaburzeń dysmorficznych ciała w grupie pacjentów z chorobami skóry w Polsce w porównaniu z grupą kontrolną oraz przedstawienie obecnego stanu wiedzy na temat procesu stygmatyzacji u pacjentów dermatologicznych.

W niniejszej pracy podjęto próbę odpowiedzi na pytania:

- Czy osoby cierpiące na choroby skóry są stygmatyzowane przez społeczeństwo?
- Czy płeć ma wpływ na odczucie stygmatyzacji?
- Jakie inne parametry dobrostanu psychofizycznego korelują z poczuciem stygmatyzacji u pacjentów z chorobami skóry?
- Czy u pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi występują zaburzenia dysmorficzne ciała?
- Czy choroby skóry predysponują do zaburzeń psychicznych oraz myśli samobójczych?



### **3. Materiały i metody**

Przeprowadzono badanie przekrojowe będące częścią międzynarodowego projektu Europejskiego Towarzystwa Dermatologii i Psychiatrii (*European Society for Dermatology and Psychiatry*, ESDaP) porównujące stygmatyzację i postrzeganie obrazu własnego ciała u pacjentów z chorobami skóry w porównaniu z grupą kontrolną.

Pacjenci byli rekrutowani w Przychodni Dermatologicznej w Rzeszowie w roku 2018. Zbadano grupę pacjentów z chorobami skóry i grupę kontrolną tj. bez schorzeń dermatologicznych. Pierwsza grupa liczyła 250 pacjentów w wieku od 13 do 88 lat. Grupa druga liczyła 125 osób w wieku od 18 do 75 lat.

89 pacjentów oraz 29 osób z grupy kontrolnej odmówiło udziału w badaniu z powodu braku czasu, lub ograniczonego zainteresowania.

Charakterystykę demograficzną i dane kliniczne badanych pacjentów oraz grupy kontrolnej podano w tabeli 1. Tabela 2. przedstawia podział na wiek w obu badanych grupach. Tabela 3. przedstawia zestawienie ilościowe chorób dermatologicznych w grupie badanej.

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna i dane kliniczne pacjentów oraz grupy kontrolnej.

	Grupa badana		Grupa kontrolna		
	n	%	n	%	
<b>Stan cywilny</b>					p=0,01
Samotny	85	34,00	27	21,60	
W związku partnerskim	165	66,00	98	78,40	
<b>Wykształcenie:</b>					p=0,00
Podstawowe	50	20,00	4	3,20	
Średnie	90	36,00	32	25,60	
Wyższe	110	44,00	89	71,20	
<b>Zatrudnienie</b>					p=0,00
Pracujący	138	55,20	102	81,60	
Na emeryturze	48	19,20	5	4,00	
Uczeń/student	33	13,20	8	6,40	
Rencista/na zwolnieniu chorobowym	9	3,60	1	0,80	
Bezrobotny	22	8,80	9	7,80	
<b>Status materialny</b>					p=0,14
Niski	80	32,0	29	23,2	
Średni	141	56,4	75	60,0	
Wysoki	29	11,6	21	16,8	

Tabela 2. Podział ze względu na wiek w grupie badanej i kontrolnej.

	Wiek				
	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Minimum	Maksimum
<b>Grupa badana</b>	250	42,7±18,0	42,0	13,0	88,0
<b>Grupa kontrolna</b>	125	37,2±12,2	33,0	18,0	75,0

Porównanie obu grup odnośnie wieku wykazało, że grupa badana była nieco starsza (średnia wieku 42,7 lat, mediana 42 lata), od grupy kontrolnej (średnia wieku 37,2 lat, mediana 33 lata); (p<0,01).

Tabela 3. Zestawienie ilościowe chorób dermatologicznych w grupie badanej.

Jednostka chorobowa	Liczba pacjentów w grupie badanej	%
<b>Choroby grudkowo- złuszczone</b>		
Łuszczyca zwykła	45	18
Liszaj płaski mieszkowy	5	2
Liszaj płaski	4	1,6
Przyluszczyca	2	0,8
Łupież czerwony mieszkowy	1	0,4
<b>Choroby alergiczne skóry i pokrewne</b>		
Atopowe zapalenie skóry	50	20,0
Wyprysk	22	8,8
Pokrzywka	9	3,6
Świerzbaczka guzkowa	8	3,2
Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry	3	1,2
<b>Autoimmunologiczne choroby pęcherzowe</b>		
Opryszczkowate zapalenie skóry	11	4,4
Pęcherzyca	6	2,4
Pemfigoid	6	2,4
Inne schorzenia z akantolizą	1	0,4
<b>Autoimmunologiczne choroby tkanki łącznej</b>		
Podostry skórny toczeń rumieniowaty	8	3,2
Twardzina ograniczona	6	2,4
<b>Choroby rumieniowe</b>		
Rumień guzowaty	5	2
Rumień obrączkowy	3	1,2
<b>Choroby infekcyjne</b>		
Grzybica skóry	9	3,6
Brodawki wirusowe	3	1,2
Kiła	2	0,8
<b>Choroby łojotokowe/ choroby mieszka włosowego</b>		
Trądzik pospolity	14	5,6
Łojotokowe zapalenie skóry	5	2

HS/ ropnie mnogie pach	2	0,8
<b>Nowotwory</b>		
Ziarniniak grzybiasty	3	1,2
Czerniak	1	0,4
Niezłośliwe nowotwory skóry	1	0,4
<b>Inne</b>		
Znamiona barwnikowe	8	3,2
Łysienie niebliznowaciejące	2	0,8
Obumieranie tłuszczowate	2	0,8
Zapalenie skóry wywołane	1	0,4
Nabyte rogowacenie dłoni i stóp (nagniotki)	1	0,4
Świąd psychogeny, bez zmian skórnych	1	0,4

### 3.1. Kryteria włączenia i wyłączenia

Do badania włączano pacjentów, którzy spełnili wszystkie kryteria włączenia do badania oraz nie spełnili żadnego z kryteriów wykluczającego. Kryteria włączenia i wyłączenia z badania w ujęciu tabelarycznym zamieszczono w Tabeli 4.

Tabela 4. Kryteria włączenia i wyłączenia do/z badania.

	Kryteria włączenia	Kryteria wyłączenia
<b>Grupa badana</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• aktywna choroba skóry,</li><li>• umiejętność czytania i pisanie w języku polskim</li><li>• świadoma i dobrowolna zgoda na udział w badaniu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• brak umiejętności czytania i pisanie</li><li>• brak rozpoznania choroby skóry</li><li>• brak zgody na udział w badaniu.</li></ul>
<b>Grupa referencyjna</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• brak zmian skórnych</li><li>• umiejętność czytania i pisanie w języku polskim</li><li>• norma intelektualna</li><li>• świadoma i dobrowolna zgoda na udział w badaniu.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• obecna/ przebyta choroba skóry</li><li>• brak zgody na udział w badaniu.</li></ul>

### 3.2. Przebieg badania

Każdy pacjent wypełnił dedykowane niniejszemu projektowi kwestionariusze przed badaniem klinicznym przez dermatologa. Następnie pacjenci zostali zbadani przez lekarza w Przyklinicznej Poradni Dermatologicznej. Diagnoza kliniczna stawiana była na podstawie Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*International Classification of Diseases, ICD-10*). Nasilenie choroby oceniane było przez lekarza jako „łagodne”, „umiarkowane” lub „ciężkie”.

Rejestrowano również współistniejącą chorobę skóry, jeśli takowa występowała, a także ewentualne inne choroby towarzyszące, takie jak: choroba układu sercowo-naczyniowego, przewlekła choroba płuc, cukrzyca, choroby reumatologiczne i inne.

Lekarz ocenił również występowanie objawów depresji i zaburzeń lękowych u pacjentów.

### 3.3. Narzędzia badawcze

Pacjenci oraz grupa kontrolna wypełnili kwestionariusz uzupełniający (zał. nr 1- Kwestionariusz Pacjenta i zał. nr 2- Kwestionariusz Grupy Kontrolnej). Dostarczył on informacji na temat danych socjodemograficznych, w tym wieku, płci, pochodzenia, wykształcenia, stanu cywilnego, zatrudnienia, dochodu, sytuacji finansowej w ciągu ostatnich 5 lat, obecności stresujących wydarzeń w ciągu ostatnich 6 miesięcy, a także wśród ankietowanych z grupy referencyjnej, cech choroby skóry, takich jak czas trwania, wiek zachorowania, jej nasilenia w ostatnim roku oraz w chwili obecnej (łagodne, umiarkowane, ciężkie) i umiejscowienia zmian skórnych.

Zebrano również dane na temat wagi i wzrostu, obecności świądu w ciągu 24 godzin oraz długości jego trwania (>6 tyg./ <6 tyg.) i jego nasilenia w numerycznej skali oceny świądu (*numeric rating scale, NRS*), w punktacji od 1 do 10 (od najmniejszego do największego nasilenia świądu). Ankietowani określili jakie inne objawy towarzyszą świądowi, mając do wyboru uczucie palenia, kłucia, ból oraz inne, a także jak często w ciągu ostatnich 7 dni doświadczali tych objawów. Raportowano w jakim stopniu w ciągu ostatnich 7 dni świąd wpływał na ich życie codzienne, nastrój, radość z życia, kontakty z innymi ludźmi oraz sen mając do wyboru 5 odpowiedzi spośród „nigdy, nieznacznie, trochę, mocno, bardzo mocno”.

Wszyscy ankietowani udzielili informacji na temat występowania myśli samobójczych w przeszłości, ich częstotliwości, a także stopnia zadowolenia ze swojego wyglądu mając do wyboru 5 odpowiedzi: „bardzo zadowolony” – 4 pkt., „dość zadowolony” – 3 pkt., „mam obojętny stosunek” – 2 pkt., „raczej niezadowolony” – 1 pkt., „bardzo niezadowolony” – 0 pkt. Respondenci odpowiedzieli również na pytanie o występowanie myśli samobójczych oraz w grupie pacjentów czy były one spowodowane chorobą skóry („Czy kiedykolwiek miałeś/aś myśli samobójcze?; „Czy kiedykolwiek miałeś/aś myśli samobójcze z powodu choroby skóry?”).

Wszyscy uczestnicy, zarówno z grupy referencyjnej jak i grupy kontrolnej wypełnili również następujące kwestionariusze, a następnie przekazali je lekarzowi podczas konsultacji:

#### **PHQ-4** (*The Patient Health Questionnaire-4*)

Zaburzenia nastroju były oceniane przez Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (zał. nr 3). Jest to zwalidowany, czteropozycyjny kwestionariusz zawierający dwie pozycje oceniające częstość występowania objawów depresji oraz dwie pozycje oceniające częstość występowania zaburzeń lękowych w ciągu ostatnich 2 tygodni. Jego elementy to pierwsze dwie pozycje „Skali Uogólnionych Zaburzeń Lękowych – 7” (*Generalized Anxiety Disorder 7-item, GAD – 7*) i „Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta – 9” (*The Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9*) (55). Został on opracowany i zatwierdzony przez Kroenke, Spitzer, Williams i Löwe w celu oceny tych zaburzeń. Przewaga skali PHQ-4 nad PHQ-9 i GAD-7 polega na tym, że jest to ultrakrótki skrining umożliwiający dokładny pomiar zarówno lęku, jak i depresji w ograniczonym czasie. Może być on wykorzystany do wskazania osób, wymagających bardziej szczegółowej diagnostyki.

Respondent był pytany o zamartwianie się poszczególnymi problemami w ciągu ostatnich 2 tygodni, mając do wyboru po jednej odpowiedzi na każde pytanie z czterostopniowej skali Likerta (56, 57, 58), przy czym:

*0 pkt. – oznacza w ogóle;*

*1 pkt. – przez kilka dni;*

*2 pkt. – więcej niż połowę dni;*

*3 pkt. – prawie każdego dnia.*

Wyższa punktacja wskazuje na częściej występujące objawy depresji i zaburzeń lękowych.

#### **PSQ** (*Perceived Stigmatisation Questionnaire*)

Kwestionariusz Postrzeganej Stygmatyzacji (PSQ, zał. nr 4) opracowany w Stanach Zjednoczonych, jest ważnym narzędziem do oceny postrzegania zachowań stygmatyzujących wśród pacjentów (59). Zawiera 21 pozycji oceniających postrzegane stygmatyzowanie i doświadczenia społeczne osób ze zmianami w wyglądzie. Jest podzielony na trzy domeny: 1- brak zachowań przyjaznych (pozycje 1, 5, 7, 9, 12, 15, 17 i 20), 2- uczucie zagubienia/przyglądania się (pozycje 3, 4, 6, 10, 13, 14, 19 i 21) i 3- wrogie zachowania (pozycje 2, 8, 11, 16 i 18).

Respondent proszony był o ocenę, jak często doświadczał zachowań stygmatyzacyjnych w 5-stopniowej skali Likerta (59):

*0 pkt. – nigdy;*

*1 pkt. – prawie nigdy;*

*2 pkt. – czasami;*

*3 pkt. – często;*

*4 pkt. – zawsze.*

Całkowity wynik jest obliczany przez dodanie punktów za wszystkie odpowiedzi i podzielenie ich przez całkowitą liczbę pozycji (pozycje 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 i 16 są kodowane wstecznie, ponieważ są sformułowane pozytywnie). Wyższe wyniki wskazują na większą percepcję zachowań stygmatyzujących (60, 61).

### **PSS-10** (*Perceived Stress Scale*)

Stres oceniany był przez Skalę Postrzeganego Stresu (PSS-10, zał. nr 5). Jest to najczęściej stosowany, 10-elementowy kwestionariusz psychologiczny używany do pomiaru postrzeganego stresu o solidnych właściwościach psychometrycznych (62).

Jest to miara stopnia, w jakim określone sytuacje życiowe są oceniane jako stresujące (63). Oceniane były odczucia i myśli pacjenta w ciągu ostatniego miesiąca. Respondenci byli pytani, jak często czuli się w określony sposób.

Pacjenci mieli do wyboru po 5 odpowiedzi na każde pytanie, gdzie:

*0 pkt. – nigdy;*

*1 pkt. – prawie nigdy;*

*2 pkt. – czasami;*

*3 pkt. – często;*

*4 pkt. – bardzo często.*

Aby obliczyć całkowity wynik PSS-10, punktacja za odpowiedzi na cztery pozytywnie określone pytania (pozycje 4,5,7 i 8) musi najpierw zostać odwrócona (tj. 0=>4; 1=>3; 2=>2; 3=>1; 4=>0). Wynik PSS-10 jest następnie uzyskiwany przez zsumowanie wszystkich punktów. Wyższe wyniki wskazują na wyższy poziom odczuwanego stresu.



### **DCQ** (*Dysmorphic Concern Questionnaire*)

Zaburzenia o charakterze BDD (Body Dysmorphic Disorder) zostały ocenione przez Kwestionariusz Obaw Dymorficznych (DCQ, zał. nr 6) składający się z 7 pytań oceniających obawy dotyczące obrazu własnego ciała, w porównaniu z innymi ludźmi (64). Kwestionariusz ten został opracowany przez Oosthuizen i wsp. Wykazano, że jest czułym i specyficznym instrumentem do badań przesiewowych w kierunku BDD. Zastosowano go wśród pacjentów, a także w grupie kontrolnej (65).

Respondenci mieli do wyboru po 4 odpowiedzi na każde pytanie:

*0 pkt. – nigdy;*

*1 pkt. – podobnie jak inni;*

*2 pkt. – bardziej niż inni;*

*3 pkt. – dużo bardziej niż inni.*

Kwestionariusz DCQ można interpretować zgodnie z sumarycznym wynikiem. Wyższe wartości DCQ odpowiadają wyższym obawom dotyczącym wyglądu. Wartości odcięcia reprezentują status diagnostyczny zaburzeń dymorficznych:

- brak obaw dotyczących obrazu własnego ciała 0 pkt.;
- minimalne obawy 1 – 5 pkt.;
- średnio nasilone obawy 6 – 10 pkt.;
- klinicznie znaczące obawy  $\geq 11$  pkt. (66,67).

### **EQ-5D** (*EuroQol Five Dimensions Questionnaire*)

Subiektywna ocena stanu zdrowia (EQ-5D, zał. nr 7) została oceniona przez badanych z wykorzystaniem Kwestionariusza Dotyczącego Zdrowia- wizualnej, analogowej skali EuroQol, czyli znormalizowanego instrumentu oceniającego ogólny stan zdrowia w skali od „0” do „100” (od najgorszego do najlepiej wyobraźalnego stanu zdrowia). Skala ta jest stosowana w różnych schorzeniach i ze względu na istniejące normy populacji jest ceniona przez ekonomistów zdrowia (68).

### **3.4. Metodyka analizy statystycznej**

Do obliczeń statystycznych został wykorzystany arkusz kalkulacyjny Microsoft Excel oraz licencjonowane pakiet statystyczny Statistica v.13.3 (Tibco Software Inc., Kraków).

Początkowo pacjenci zostali skategoryzowani za pomocą statystyk opisowych: średnia, mediana, wartość minimalna, wartość maksymalna, odchylenie standardowe, błąd standardowy. Porównania międzygrupowe w przypadku zmiennych ilościowych przeprowadzono za pomocą testu T Studenta oraz testu U Manna-Whitneya. Hipotezę o niezależności dwóch zmiennych (cech) jakościowych weryfikowano testem niezależności chi-kwadrat ( $\chi^2$ ) Pearsona. Ewentualne zależności pomiędzy badanymi cechami weryfikowano testem rang Spearmana. Za istotne statystycznie przyjęto wartość  $p < 0,05$ .

## 4. Wyniki badań

Badaniem objęto 375 osób, w tym 250 w grupie badanej oraz 125 w grupie referencyjnej.

W celu określenia możliwości wykorzystania wyników przeprowadzonych badań z zastosowaniem kwestionariuszy z odpowiedziami na pytania badawcze oraz weryfikacji hipotez zbadano, czy obydwie grupy – badana i kontrolna są jednolite w odniesieniu do płci. Wyniki testu niezależności chi-kwadrat Pearsona ( $\chi^2$ ) w odniesieniu do płci przedstawia tabela 5. Przedstawione wyniki wskazują na to, że grupa badana i grupa kontrolna były zbliżone pod względem rozkładu płci ( $p=0,12$ ).

Tabela 5. Podział na płeć w grupie badanej i kontrolnej.

Płeć	Grupa badana	Grupa kontrolna
Kobiety	139 (55,6%)	80 (64,0%)
Mężczyźni	111 (44,4%)	45 (36,0%)
Ogółem	250	125
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: $p=0,12$		

### 4.1. Analiza grupy badanej i kontrolnej

Przeprowadzona analiza dotyczyła poziomu stygmatyzacji w odniesieniu do wybranych parametrów klinicznych i demograficznych u osób z grupy badanej oraz kontrolnej.

Dokonano analizy poziomu odczuwanej stygmatyzacji i zaburzeń obrazu własnego ciała, zaburzeń nastroju, subiektywnej oceny stanu zdrowia, poziomu odczuwanego stresu, zadowolenia z własnego wyglądu, występowania trudności ekonomicznych i myśli samobójczych. Ponadto oceniono stan cywilny pacjentów, poziom ich wykształcenia oraz stan zatrudnienia.

#### 4.1.1. Ocena poziomu stygmatyzacji

Pacjenci z grupy badanej charakteryzowali się zdecydowanie wyższym poziomem stygmatyzacji ocenianym za pomocą Kwestionariusza Postrzeganej Stygmatyzacji (PSQ), niż osoby zdrowe ( $p < 0,001$ ). Wyniki badań w podziale na grupy badaną i

referencyjną przedstawia tabela 6, natomiast porównanie kobiet i mężczyzn z chorobami skóry przedstawiono w tabeli 7.

Tabela 6. Statystyki opisowe poziomu stygmatyzacji ocenionej przy pomocy Kwestionariusza PSQ w grupie badanej i kontrolnej.

Grupa	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
badana	250	21,9±12,4	21	0	57	4,3	<0,001
kontrolna	125	16,4±9,7	15	2	43		

Tabela 7. Statystyki opisowe poziomu stygmatyzacji ocenionej przy pomocy Kwestionariusza PSQ w zależności od płci.

Płeć	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
kobiety	139	21,3±12,0	20	0	56	-0,96	0,34
mężczyźni	111	22,8±12,9	22	0	57		

Mężczyźni z chorobami skóry czuli się w podobnym stopniu napiętnowani, co kobiety (p=0,34).

#### 4.1.2. Zaburzenia obrazu własnego ciała

Analizę zaburzeń obrazu własnego ciała przeprowadzono przy pomocy Kwestionariusza Zaburzeń Dymorficznych (DCQ). Zebrane dane wykazały, iż osoby prezentujące schorzenia dermatologiczne w większym stopniu odczuwają zaburzenia dymorficzne własnego ciała w porównaniu do osób zdrowych (p<0,001). Szczegółowe dane zawarto w tabelach 8 i 9.

Tabela 8. Statystyki opisowe zaburzeń dysmorficznych ocenionych przy pomocy Kwestionariusza DCQ w zależności od grupy.

Grupa	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
badana	250	8,3± 4,9	8,0	0,0	19,0	7,6	<0,001
kontrolna	125	4,5± 3,3	4,00	0,00	15,00		

Tabela 9. Statystyki opisowe zaburzeń dysmorficznych ocenionych przy pomocy Kwestionariusza DCQ w grupie badanej w zależności od płci.

Płeć	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min. – Maks.	Statys- tyka t	p
kobiety	139	8,6± 5,1	8	0 - 19	0,95	0,34
mężczyźni	111	8,0±4,7	8	0 - 19		

Nie stwierdzono statystycznie istotnej różnicy pod względem zaburzeń dysmorficznych pomiędzy chorymi kobietami i mężczyznami.

#### 4.1.3. Zaburzenia nastroju

Osoby cierpiące na schorzenia dermatologiczne w większym stopniu odczuwały objawy zaburzeń depresyjnych i lękowych oceniane przy pomocy Kwestionariusza Zdrowia Pacjenta (PHQ-4), niż osoby zdrowe ( $p < 0,001$ ). Wyniki badań w podziale na grupy przedstawiają szczegółowo tabele 10 i 11.

Tabela 10. Statystyki opisowe objawów zaburzeń depresyjnych w grupie badanej i kontrolnej ocenionych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Grupa	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
badana	250	1,8±1,6	2,0	0,0	7,0	5,6	<0,001
kontrolna	125	0,9±1,2	0,0	0,0	4,0		

Tabela 11. Statystyki opisowe objawów zaburzeń lękowych w grupie badanej i kontrolnej ocenionych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Grupa	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
badana	250	1,4±1,6	1,0	0,0	8,0	3,2	<0,001
kontrolna	125	0,8±1,2	0,0	0,0	6,0		

#### 4.1.4. Subiektywna ocena stanu zdrowia

Osoby ze schorzeniami dermatologicznymi znacznie gorzej oceniają ogólny stan swojego zdrowia punktowany przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D w porównaniu do osób, u których chorób dermatologicznych nie stwierdzono. Dane szczegółowo przedstawia tabela 12.

Tabela 12. Statystyki opisowe subiektywnej oceny stanu zdrowia badanego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D w grupie badanej i kontrolnej.

Grupa	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
badana	250	68,7±17,3	70,0	10,0	100,0	-7,4	<0,001
kontrolna	125	82,5±14,8	85,0	20,0	100,0		

#### 4.1.5. Ocena poziomu stresu

Analiza wyników przeprowadzonych badań wykazała statystycznie istotną różnicę pod względem odczuwanego stresu u respondentów z obu grup, przy czym ustalono, iż znacznie częściej odczuwany jest on przez osoby chore. Dane zawarto w tabeli 13 i 14. Do oceny występowania stresu oraz jego nasilenia wykorzystano Kwestionariusz Pacjenta i Kwestionariusz Grupy Kontrolnej, jak i Skalę Postrzeganego Stresu (PSS-10).

Tabela 13. Charakterystyka badanych grup pod względem odczuwanego stresu badanego przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta i Kwestionariusza Grupy Kontrolnej.

Występowanie zdarzeń stresowych w ciągu 6 miesięcy	Grupa badana	Grupa kontrolna
nieobecne	99 (39,6%)	77 (61,6%)
obecne	151 (60,4%)	48 (38,4%)
ogół	250	125
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: $p < 0,001$		

Tabela nr 14. Statystyki opisowe oceny poziomu stresu badanego przy pomocy Skali PSS-10.

Grupa	n	Średnia ± odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
badana	250	17,2 ± 5,0	17,0	4,0	30,0	2,6	<0,001
kontrolna	125	15,6 ± 5,8	16,0	2,0	33,0		

Analiza statystyczna wyników badań pozwoliła ustalić brak statystycznie istotnej różnicy pod względem odczuwanego stresu u kobiet oraz u mężczyzn z grupy badanej ( $p = 0,59$ ), co obrazuje tabela 15. Zarówno kobiety jak i mężczyźni odczuwali stres w podobnym stopniu.

Tabela 15. Charakterystyka kobiet i mężczyzn w badanej grupie pod względem odczuwanego stresu badanego przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Występowanie zdarzeń stresowych w ciągu 6 miesięcy	Grupa badana	
	mężczyźni	kobiety
nieobecne	46 (41,82%)	53 (38,41%)
obecne	64 (58,18%)	87 (62,14%)
ogół	110	140
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: $p = 0,59$		

Analizując zebrane dane zbadano, czy występujący w ciągu ostatnich 6 miesięcy stres wśród grupy badanej miał związek z odczuwaniem objawów depresyjnych, lękowych, z niższą oceną stanu swojego zdrowia, z poczuciem stygmatyzacji oraz objawami zaburzeń dysmorficznych. Szczegółowe dane przedstawiono w tabelach 16 i 17.

Do badania wykorzystano Kwestionariusz Pacjenta, Kwestionariusze PHQ-4, EQ-5D, a także PSQ i DCQ.

Tabela 16. Związek pomiędzy doświadczonym stresem emocjonalnym a nasileniem objawów depresji i zaburzeń lękowych badanych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

<b>Występowanie zdarzeń stresowych w ciągu 6 miesięcy</b>		<b>Nieobecne n=100</b>	<b>Obecne n=150</b>	<b>p</b>
<b>Zaburzenia depresyjne</b>	Średnia ± SD (min-maks)	<b>1,7 ± 1,6</b> (0-6)	<b>2,0 ± 1,6</b> (0-7)	0,12
	Mediana	1	2	
<b>Zaburzenia lękowe</b>	Średnia ± SD (min-maks)	<b>1,0 ± 1,4</b> (0-6)	<b>1,6 ± 1,7</b> (0-8)	0,00
	Mediana	1	1	

Nie wykazano istotnego statystycznie związku między odczuwanym stresem a nasileniem objawów zaburzeń depresyjnych wśród respondentów z grupy badanej, natomiast osoby narażone na stres znacznie częściej prezentowały zaburzenia lękowe w porównaniu do osób, które stresu nie doświadczyły.



Tabela 17. Związek pomiędzy doświadczonym stresem emocjonalnym a samooceną stanu zdrowia, poczuciem stygmatyzacji oraz występowaniem objawów zaburzeń dysmorficznych badanych przy pomocy Kwestionariuszy EQ-5D, PSQ i DCQ.

<b>Występowanie zdarzeń stresowych w ciągu 6 miesięcy</b>		<b>Nieobecne n=100</b>	<b>Obecne n=150</b>	<b>p</b>
<b>Samoocena stanu zdrowia</b>	Średnia ± SD (min-maks)	<b>70,4 ± 15,7</b> (20-100)	<b>67,6 ± 17,9</b> (10-100)	0,21
	Mediana	70	70	
<b>Poczucie stygmatyzacji</b>	Średnia ± SD (min-maks)	<b>18,8 ± 10,0</b> (0-48)	<b>24,0 ± 13,3</b> (0-57)	0,00
	Mediana	18	23	
<b>Występowanie objawów zaburzeń dysmorficznych</b>	Średnia ± SD (min-maks)	<b>7,5 ± 5,0</b> (0-19)	<b>9,0 ± 4,9</b> (0-19)	0,01
	Mediana	7	9	

Wyniki badań statystycznych prowadzonych z zastosowaniem kwestionariuszy EQ-5D, PSQ, DCQ w zakresie związku odczuwanego stresu z gorszą subiektywną oceną stanu zdrowia, odczuciem stygmatyzacji i zaburzeniem obrazu własnego ciała przedstawiają się następująco:

- samoocena stanu zdrowia u respondentów z grupy badanej nie miała związku z doświadczonym stresem;
- osoby doświadczające stresu znacznie częściej czuły się napiętnowane w porównaniu do osób, u których zdarzenia stresowe nie występowały;
- osoby odczuwające stres częściej prezentują objawy zaburzeń dysmorficznych niż osoby, które stresu nie doświadczyły.

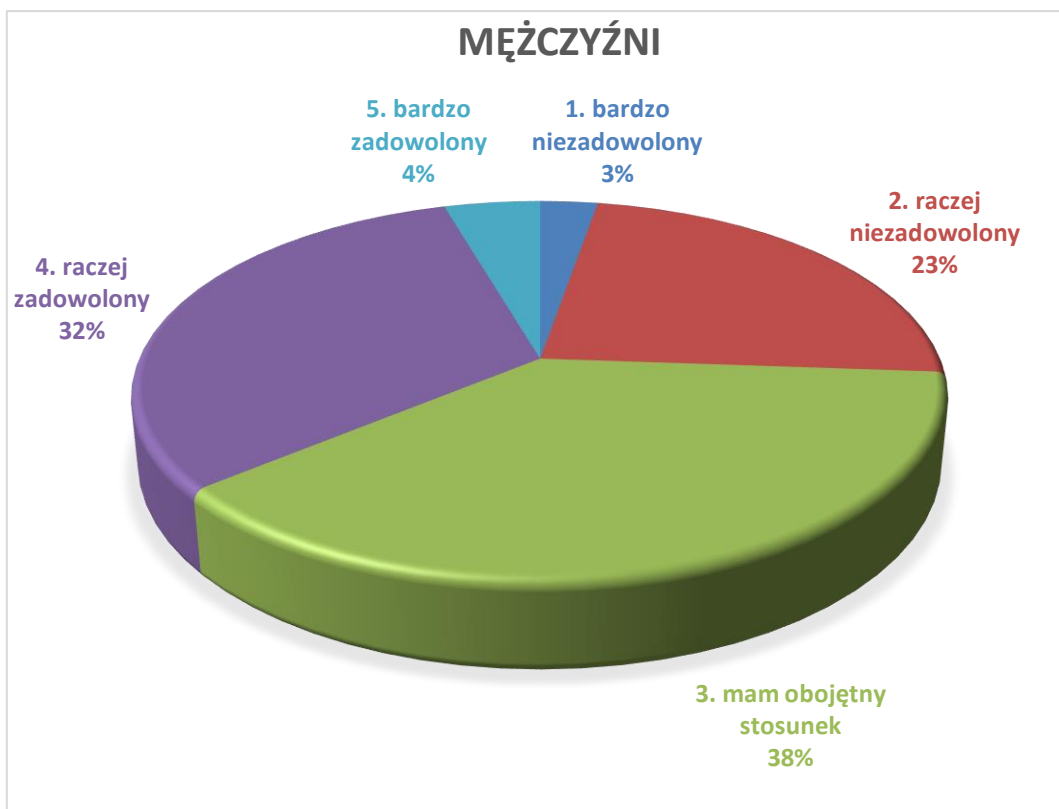
#### 4.1.6. Zadowolenie z własnego wyglądu

Przeprowadzając analizę grupy badanej i kontrolnej odnotowano, iż poziom zadowolenia z własnego wyglądu badany przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta jest znacząco odmienny u respondentów z poszczególnych grup, przy czym jest on znacznie niższy w grupie pacjentów prezentujących schorzenia dermatologiczne ( $p=0,00$ ). Wyniki przedstawiono w tabeli 18.

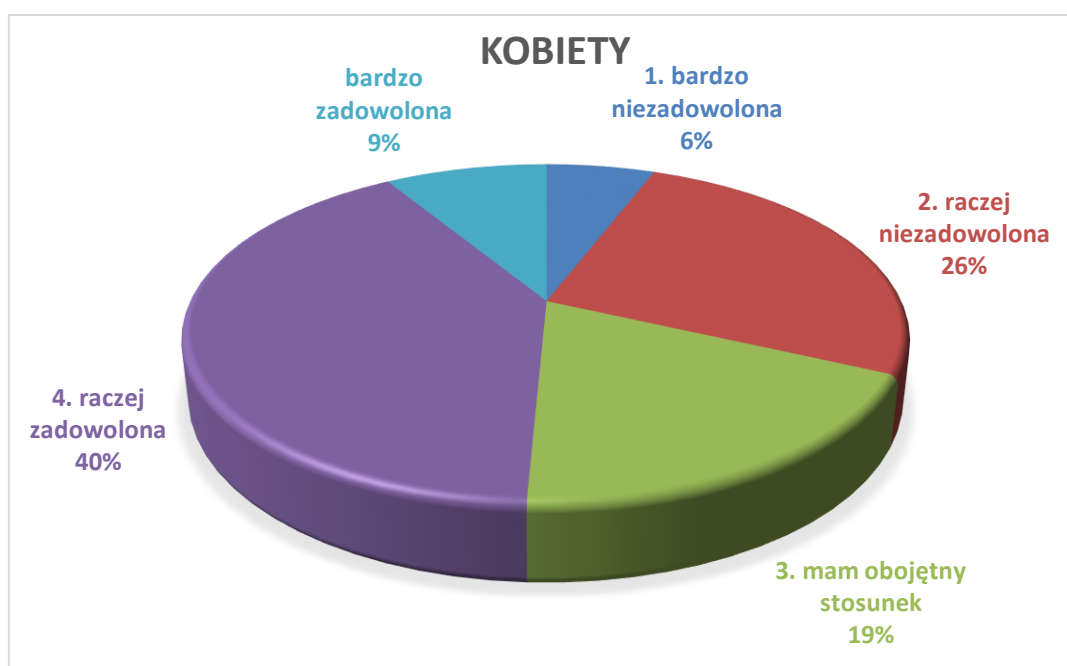
Tabela 18. Charakterystyka badanych grup pod kątem zadowolenia z własnego wyglądu ocenianego przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Poziom zadowolenia z własnego wyglądu	Grupa badana	Grupa kontrolna
bardzo niezadowolony	<b>11</b> (4,4%)	<b>0</b> (0,0%)
raczej niezadowolony	<b>63</b> (25,2%)	<b>12</b> (9,6%)
mam obojętny stosunek	<b>68</b> (27,20%)	<b>26</b> (20,80%)
dość zadowolony	<b>91</b> (36,4%)	<b>61</b> (48,8%)
bardzo zadowolony	<b>17</b> (6,8%)	<b>26</b> (20,8%)
ogółem	250	125
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: $p= 0,00$		

Odnotowano także różnicę w poziomie zadowolenia z własnego wyglądu wśród kobiet i mężczyzn z grupy badanej ( $p=0,01$ ). Odsetek niezadowolonych ze swojego wyglądu kobiet był nieco większy niż mężczyzn. Z drugiej strony paradoksalnie odsetek zadowolonych ze swojego wyglądu kobiet również był większy od mężczyzn. Mogło to wynikać z faktu, iż mężczyźni dużo częściej mieli obojętny stosunek do swojego wyglądu (38% ankietowanych mężczyzn). Szczegółowe dane przedstawiono na rycinach 2 i 3.



Rycina 2. Poziom zadowolenia z własnego wyglądu u mężczyzn z grupy badanej oceniany przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.



Rycina 3. Poziom zadowolenia z własnego wyglądu wśród kobiet z grupy badanej oceniany przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Przeanalizowano także związek zadowolenia z własnego wyglądu u osób z grupy badanej z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi, z samoocena stanu swojego zdrowia, odczuwaną stygmatyzacją, doświadczonym stresem oraz zaburzeniami dysmorficznymi. Szczegółowe dane zawarto w tabelach 19, 20, 21, 22, 23, 24.

Tabela 19. Związek między zadowoleniem z własnego wyglądu a nasileniem objawów zaburzeń depresyjnych badanych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Poziom zadowolenia z własnego wyglądu	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bardzo niezadowolony	11	4,73±1,1	4	3	6	<0,001
raczej niezadowolony	62	2,37±1,57	2	0	6	
obojętny stosunek	68	1,62±1,56	1	0	7	
raczej zadowolony	91	1,46±1,36	1	0	6	
bardzo zadowolony	17	1,24±1,35	1	0	5	

Tabela 20. Związek między zadowoleniem z własnego wyglądu a nasileniem objawów zaburzeń lękowych badanych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Poziom zadowolenia z własnego wyglądu	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bardzo niezadowolony	11	3,64±1,8	4	0	6	<0,001
raczej niezadowolony	62	1,87±1,7	1	0	6	
obojętny stosunek	68	1,15±1,57	1	0	8	
raczej zadowolony	91	0,92±1,17	1	0	6	
bardzo zadowolony	17	1,18±1,47	1	0	5	

Zaobserwowano, że poziom zadowolenia z własnego wyglądu w grupie badanej miał związek z zaburzeniami depresyjnymi, lękowymi. Zaburzenia depresyjne i lękowe częściej występowały u osób niezadowolonych ze swojego wyglądu.

Tabela 21. Związek między zadowoleniem z własnego wyglądu a samooceną stanu zdrowia mierzonego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D.

Poziom zadowolenia z własnego wyglądu	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bardzo niezadowolony	11	52,7±19,4%	60%	20%	80%	<0,001
raczej niezadowolony	62	65,2±14,3%	65%	30%	95%	
obojętny stosunek	68	66,9±18,4%	70%	10%	100%	
raczej zadowolony	91	73,1±15,7%	80%	40%	95%	
bardzo zadowolony	17	77,6±17,9%	80%	30%	100%	

Wykazano również związek zadowolenia z własnego wyglądu z samooceną stanu swojego zdrowia, przy czym osoby niezadowolone, bądź mające obojętny stosunek do swojego wyglądu znacząco gorzej oceniały stan swojego zdrowia.

Tabela 22. Związek między zadowoleniem z własnego wyglądu a odczuciem stygmatyzacji badanym przy pomocy Kwestionariusza PSQ.

Poziom zadowolenia z własnego wyglądu	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bardzo niezadowolony	11	44,0±8,5	45	29	56	<0,001
raczej niezadowolony	62	27,0±13,2	26	0	57	
obojętny stosunek	68	20,7±10,7	19,5	0	43	
raczej zadowolony	91	17,8±10,0	16	1	48	
bardzo zadowolony	17	15,6±6,9	13	3	28	

Wykazano, że osoby niezadowolone i mające obojętny stosunek do swojego wyglądu czują się stygmatyzowane przez społeczeństwo w znacznie większym stopniu.

Tabela 23. Związek między zadowoleniem z własnego wyglądu a odczuwaniem stresu badanym przy pomocy Kwestionariusza PSS-10.

Poziom zadowolenia z własnego wyglądu	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bardzo niezadowolony	11	23,0±3,5	24	16	27	<0,001
raczej niezadowolony	62	18,5±4,5	19	8	26	
obojętny stosunek	68	16,9±5,1	17	4	26	
raczej zadowolony	91	15,7±4,9	15	7	28	
bardzo niezadowolony	17	17,1±5,1	17	8	24	

Tabela 24. Związek między zadowoleniem z własnego wyglądu a nasileniem objawów dysmorficznych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza DCQ.

Poziom zadowolenia z własnego wyglądu	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bardzo niezadowolony	11	14,6±3,2	14	7	19	<0,00
raczej niezadowolony	62	10,9±4,5	12	0	19	
obojętny stosunek	68	7,4±4,4	7	0	19	
raczej zadowolony	91	7,1±4,8	7	0	19	
bardzo niezadowolony	17	6,4±4,4	6	0	14	

Podobne obserwacje dotyczyły związku zadowolenia ze swojego wyglądu z nasileniem stresu i zaburzeń dysmorficznych. Chorzy niezadowoleni z własnego wyglądu oraz mający do niego obojętny stosunek odczuwali stres w znacznie większym stopniu, a także częściej towarzyszyły im zaburzenia dysmorficzne.

#### 4.1.7. Trudności ekonomiczne

Biorąc pod uwagę trudności ekonomiczne respondentów z obu grup zaobserwowano, iż pacjenci dermatologiczni doświadczyli ich w znacznie większym odsetku, co szczegółowo przedstawiono w tabeli nr 25. Do oceny wykorzystano Kwestionariusz Pacjenta i Kwestionariusz Grupy Kontrolnej.

Tabela 25. Charakterystyka badanych grup pod względem trudności ekonomicznych badanych przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta i Kwestionariusza Grupy Kontrolnej.

Trudności ekonomiczne	Grupa badana	Grupa kontrolna
nieobecne	<b>167</b> (66,8%)	<b>104</b> (83,2%)
obecne	<b>83</b> (33,2%)	<b>21</b> (16,8%)
ogół	250	125
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: $p < 0,001$		

Odnotowano, że trudności ekonomiczne wśród grupy badanej mogły mieć związek z gorszą samooceną stanu swojego zdrowia, a także poziomem odczuwanego stresu. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 26 i 27.

Tabela 26. Związek pomiędzy obecnymi trudnościami ekonomicznymi pacjentów a samooceną stanu zdrowia ocenianego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D.

Trudności ekonomiczne	n	Średnia ± odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	167	<b>71,9±15,9</b>	70	20	100	4,2	0,00
obecne	83	<b>62,5±18,0</b>	60	10	100		

Tabela 27. Związek pomiędzy obecnymi trudnościami ekonomicznymi pacjentów a odczuwanym stresem ocenianym przy pomocy Kwestionariusza PSS-10.

Trudności ekonomiczne	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	167	16,6±5,0	17	4	28	2,4	0,02
obecne	83	18,2±5,0	19	7	27		

Osoby doświadczające trudności ekonomicznych oceniały gorzej stan swojego zdrowia, ponadto poziom odczuwanego przez nie stresu był znacząco wyższy w porównaniu do osób, które problemów materialnych nie doświadczyły.

Przeprowadzona analiza grupy badanej dotyczyła także związku występowania trudności ekonomicznych z objawami zaburzeń lękowych, depresyjnych, ze świadem, stygmatyzacją i objawami zaburzeń dysmorficznych ciała. Szczegółowe dane zawarto w tabelach 28, 29, 30, 31, 32.

Tabela 28. Związek pomiędzy obecnymi trudnościami ekonomicznymi a objawami zaburzeń lękowych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Trudności ekonomiczne	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	167	1,2±1,6	1	0	8	-1,7	0,08
obecne	83	1,6±1,6	1	0	6		

Tabela 29. Związek pomiędzy obecnymi trudnościami ekonomicznymi a objawami zaburzeń depresyjnych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Trudności ekonomiczne	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	167	1,8±1,6	1	0	7	-0,9	0,38
obecne	83	2,0±1,6	2	0	6		



Zaobserwowano, że trudności ekonomiczne pacjentów wydawały się nie mieć związku z objawami zaburzeń lękowych i depresyjnych. W prawdzie osoby ich doświadczające miały wyższą punktację oceniającą te czynniki, jednak nie było to istotne statystycznie.

Podobne obserwacje dotyczyły związku trudności ekonomicznych wśród pacjentów z odczuwaniem świądu, poczuciem stygmatyzacji czy zaburzeniami dysmorficznymi.

Tabela 30. Związek pomiędzy obecnymi trudnościami ekonomicznymi a odczuwanym świądem badanym przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Trudności ekonomiczne	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	167	8,8±5,3	9	0	20	-1,7	0,09
obecne	83	10,1±5,2	10,5	0	20		

Nie wykazano związku między występowaniem problemów materialnych u pacjentów a nasileniem świądu. Osoby te odczuwały świąd w większym stopniu, jednak okazało się to nieistotne statystycznie.

Tabela 31. Związek pomiędzy obecnymi trudnościami ekonomicznymi a odczuciem stygmatyzacji badanym przy pomocy Kwestionariusza PSQ.

Trudności ekonomiczne	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	167	20,9±12,8	19	0	57	-1,9	0,06
obecne	83	24,0±11,2	23	0	56		

Nie stwierdzono pozytywnej korelacji pomiędzy trudnościami ekonomicznymi a odczuwaniem stygmatyzacji wśród pacjentów. W prawdzie osoby ich doświadczające częściej czuły się napiętnowane, jednak nie było to statystycznie istotne.

Tabela 32. Związek pomiędzy obecnymi trudnościami ekonomicznymi a objawami zaburzeń dysmorficznych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza DCQ.

Trudności ekonomiczne	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	167	8,4±5,1	8	0	19	0,3	0,77
obecne	83	8,2± 4,8	8	0	19		

Podobnie, nie wykazano istotnej statystycznie korelacji między trudnościami ekonomicznymi występującymi u pacjentów a obecnością objawów zaburzeń dysmorficznych.

#### 4.1.8. Myśli samobójcze

Analizując wyniki przeprowadzonych badań dowiedziono, iż pacjenci cierpiący na choroby dermatologiczne zdecydowanie częściej wykazują myśli samobójcze, w porównaniu do osób z grupy kontrolnej, co szczegółowo przedstawia tabela 33.

Tabela 33. Charakterystyka badanych grup pod kątem występowania myśli samobójczych badanych przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta i Kwestionariusza Grupy Kontrolnej.

Występowanie myśli samobójczych	Grupa badana	Grupa kontrolna
nieobecne	217 (86,8%)	117 (93,6%)
obecne	33 (13,2%)	8 (6,4%)
ogół	250	125
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: p=0,04		

Zaobserwowano również, iż nie ma statystycznie istotnej różnicy w występowaniu myśli samobójczych u kobiet i mężczyzn z grupy badanej (p=0,35). Dane przedstawiono w tabeli 34.

Tabela 34. Charakterystyka kobiet i mężczyzn w badanej grupie pod kątem występowania myśli samobójczych badanych przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Występowanie myśli samobójczych	Grupa badana	
	mężczyźni	kobiety
nieobecne	<b>93</b> (84,4%)	<b>124</b> (88,5%)
obecne	<b>17</b> (15,6%)	<b>16</b> (11,5%)
ogół	110	140
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: $p=0,35$		

Prowadząc analizę grupy badanej pod kątem występowania myśli samobójczych próbowano ustalić ich zależność z obecnością zaburzeń depresyjnych, lękowych, samooceną stanu zdrowia, uczuciem stygmatyzacji, odczuwanym stresem, świadem, a także z objawami zaburzeń dymorficznych. Szczegółowe dane przedstawiają tabele 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41.

Tabela 35. Zależność między występowaniem myśli samobójczych a obecnością objawów zaburzeń depresyjnych badanych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia $\pm$ odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	216	<b>1,6</b> $\pm$ 1,4	1	0	6	7,5	0,00
obecne	34	<b>3,6</b> $\pm$ 1,9	4	1	7		

Tabela 36. Zależność między występowaniem myśli samobójczych a obecnością objawów zaburzeń lękowych badanych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia $\pm$ odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	216	<b>1,1</b> $\pm$ 1,4	1	0	6	-6,3	0,00
obecne	34	<b>2,9</b> $\pm$ 2,1	2	0	8		

W grupie osób deklarujących myśli samobójcze nasilenie objawów zaburzeń depresyjnych i lękowych było istotnie wyższe.

Tabela 37. Związek między występowaniem myśli samobójczych a samooceną stanu zdrowia badanego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	216	<b>70,1</b> ±17,1	70	10	100	2,6	0,01
obecne	34	<b>61,7</b> ±14,7	60	30	90		

U pacjentów, u których stwierdzono obecność myśli samobójczych, samoocena stanu zdrowia była niższa w porównaniu do osób, u których myśli samobójcze nie występowały.

Podobne obserwacje dotyczyły związku występowania myśli samobójczych u pacjentów z odczuciem stygmatyzacji, nasileniem stresu, obecnością zaburzeń dysmorficznych czy towarzyszącym świadem.

Tabela 38. Zależność między występowaniem myśli samobójczych a odczuciem stygmatyzacji mierzonej przy pomocy Kwestionariusza PSQ.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	216	<b>20,3</b> ±10,9	20	0	49	-5,7	0,00
obecne	34	<b>32,9</b> ±16,0	33	4	57		

Pacjenci, u których występowały myśli samobójcze w znacznie większym stopniu byli stygmatyzowani przez społeczeństwo, w porównaniu do osób, u których myśli te nie występowały.

Tabela 39. Zależność między występowaniem myśli samobójczych a nasileniem stresu badanym przy pomocy Kwestionariusza PSS-10.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	216	16,5±5,0	17	4	28	-4,6	0,00
obecne	34	20,7±3,7	21	12	27		

Grupa osób deklarujących myśli samobójcze charakteryzowała się wyższym poziomem odczuwanego stresu.

Tabela 40. Związek między występowaniem myśli samobójczych a obecnością objawów zaburzeń dysmorficznych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza DCQ.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	216	7,8±4,8	7	0	19	-5,1	0,00
obecne	34	12,4±4,8	13	2	19		

Tabela 41. Zależność między występowaniem myśli samobójczych a odczuwaniem świądu ocenianego przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	216	8,8±5,0	9	0	20	-3,3	0,00
obecne	34	12,0±6,0	13	0	20		

Pacjenci zgłaszający występowanie myśli samobójczych, w większym stopniu odczuwali objawy zaburzeń dysmorficznych, a także częściej odczuwali świąd w porównaniu do osób, u których myśli samobójcze nie występowały.

Część pacjentów, u których stwierdzono obecność myśli samobójczych podkreślała, że miały one związek z chorobami skóry.

Analizując wyniki przeprowadzonych badań próbowano ustalić zależność między występowaniem myśli samobójczych z powodu schorzeń dermatologicznych a objawami zaburzeń depresyjnych, lękowych, samooceną stanu zdrowia, uczuciem stygmatyzacji, towarzyszącym stresem, a także objawami zaburzeń dymorficznych i odczuwaniem świądu.

Tabela 42. Zależność między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a obecnością objawów zaburzeń depresyjnych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

<b>Występowanie myśli samobójczych</b>	<b>n</b>	<b>Średnia ±odch. standardowe</b>	<b>Mediana</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Statystyka t</b>	<b>p</b>
nieobecne	228	1,7±1,5	1	0	6	-7,2	0,00
obecne	22	4,2±1,7	4	1	7		

Tabela 43. Zależność między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a obecnością zaburzeń lękowych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

<b>Występowanie myśli samobójczych</b>	<b>n</b>	<b>Średnia ±odch. standardowe</b>	<b>Mediana</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>Statystyka t</b>	<b>p</b>
nieobecne	228	1,2±1,4	1	0	6	-6,6	0,00
obecne	22	3,5±2,0	4	0	8		

U osób zgłaszających występowanie myśli samobójczych z powodu choroby skóry objawy zaburzeń lękowych i depresyjnych były bardziej nasilone w porównaniu do osób nie raportujących tych myśli.

Tabela 44. Związek między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a samooceną stanu zdrowia mierzonego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D.

Występowanie myśli samobójczych z powodu choroby skóry	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	228	<b>69,9</b> ±17,0	70	10	100	3,0	0,00
obecne	22	<b>58,0</b> ±13,0	60	30	80		

Pacjenci zgłaszający związek myśli samobójczych z ich schorzeniem dermatologicznym zwykle gorzej oceniali stan swojego zdrowia.

Tabela 45. Zależność między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a poczuciem stygmatyzacji badanej przy pomocy Kwestionariusza PSQ.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	228	<b>20,5</b> ±11,2	20	0	49	-6,7	0,00
obecne	22	<b>38,5</b> ±15,2	39	4	57		

Osoby zgłaszające występowanie myśli samobójczych z powodu choroby skóry znacząco częściej czuły się stygmatyzowane przez społeczeństwo.

Kolejne obserwacje dotyczyły korelacji występowania myśli samobójczych z powodu choroby skóry z nasileniem stresu, zaburzeń dysmorficznych i obecnością świądu.

Tabela 46. Zależność między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a nasileniem stresu badanym przy pomocy Kwestionariusza PSS-10.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	228	16,6±4,9	17	4	28	-4,5	0,00
obecne	22	21,7±3,5	22	15	27		

Zaobserwowano istotny statystycznie związek między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a odczuwaniem stresu, przy czym jego poziom był u tych respondentów istotnie wyższy.

Tabela 47. Zależność między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a zaburzeniami obrazu własnego ciała ocenianymi przy pomocy Kwestionariusza DCQ.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	228	7,9±4,8	8	0	19	-5,5	0,00
obecne	22	14,0±3,9	14,5	6	19		

Tabela 48. Zależność między występowaniem myśli samobójczych z powodu choroby skóry a obecnością świądu ocenianego przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Występowanie myśli samobójczych	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
nieobecne	228	8,7±5,0	9	0	20	-4,8	0,00
obecne	22	14,4±5,5	16	1	20		

Pacjenci zgłaszający występowanie myśli samobójczych mających związek z chorobą skóry w większym stopniu odczuwali objawy zaburzeń dysmorficznych, a także częściej odczuwali świąd w porównaniu do osób, u których myśli samobójcze nie występowały.



#### 4.1.9. Stan cywilny

Kolejne porównania dotyczyły stanu cywilnego respondentów. Analiza grupy badanej i kontrolnej wykazała, iż w grupie pacjentów osoby samotne stanowiły znacznie większy odsetek.

Tabela 49. Charakterystyka stanu cywilnego respondentów badanych grup ocenianego przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta i Kwestionariusza Grupy Kontrolnej.

Stan cywilny	Grupa badana	Grupa kontrolna
wolna/y	<b>86</b> (34,4%)	<b>27</b> (21,6%)
w związku małżeńskim/ w związku partnerskim	<b>164</b> (65,6%)	<b>98</b> (78,4%)
ogół	250	125

Test niezależności chi-kwadrat Pearsona:  $p=0,00$

Prowadząc analizę grupy pacjentów badano także związek między stanem cywilnym a występowaniem zaburzeń depresyjnych, lękowych, samooceną stanu zdrowia, towarzyszącym świadem, poczuciem stygmatyzacji, odczuwanym stresem oraz obecnością zaburzeń obrazu własnego ciała. Dane przedstawiają tabele 50-56.

Tabela 50. Związek między stanem cywilnym a objawami zaburzeń depresyjnych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Stan cywilny	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statystyka t	p
wolna/y	85	<b>1,6</b> ±1,5	1	0	6	2,1	0,03
w związku	165	<b>2,0</b> ±1,7	1	0	7		

Tabela 51. Związek między stanem cywilnym a objawami zaburzeń lękowych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Stan cywilny	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
wolna/y	85	1,1±1,5	1	0	6	2,6	0,03
w związku	165	1,5±1,6	1	0	8		

Zaobserwowano istotną zależność między stanem cywilnym a występowaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych, przy czym zaburzenia te częściej dotyczyły osób będących w związku.

Tabela 52. Zależność między stanem cywilnym a samooceną stanu zdrowia mierzonego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D.

Stan cywilny	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
wolna/y	85	72,5±14,6	70	40	100	2,4	0,01
w związku	165	67,0 ±18,1	70	10	100		

Zaobserwowano pozytywną korelację między stanem cywilnym a samooceną stanu zdrowia, przy czym był on niżej oceniany przez osoby pozostające w związku partnerskim.

Tabela 53. Zależność między stanem cywilnym a odczuwaniem świądu ocenianym przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Stan cywilny	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
wolna/y	85	8,2±5,3	8	0	20	2,2	0,02
w związku	165	9,8±5,8	11	0	20		

Stwierdzono istotny związek między stanem cywilnym a odczuwaniem świądu u osób chorych dermatologicznie. Świąd był bardziej nasilony u osób będących w związku.

Tabela 54. Zależność między stanem cywilnym a odczuwaną stygmatyzacją ocenianą przy pomocy Kwestionariusza PSQ.

Stan cywilny	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
wolna/y	85	20,8±11,5	20	5	57	20,8	0,31
w związku	165	22,5±12,9	21,5	0	56		

Analizując związek między stanem cywilnym chorych a odczuwaną przez nich stygmatyzacją stwierdzono, że osoby pozostające w związku były nieco bardziej dyskryminowane, jednak nie było to statystycznie istotne.

Tabela 55. Zależność między stanem cywilnym a poziomem odczuwanego stresu ocenianego przy pomocy Kwestionariusza PSS-10.

Stan cywilny	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
wolna/y	85	16,5±4,9	17	7	26	1,3	0,18
w związku	165	17,4±5,1	18	4	28		

Tabela 56. Związek między stanem cywilnym a objawami zaburzeń dysmorficznych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza DCQ.

Stan cywilny	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	Statys- tyka t	p
wolna/y	85	7,7±5,1	7	0	19	1,7	0,09
w związku małżeńskim	165	8,8±4,9	9	0	19		

Nie wykazano pozytywnej korelacji między stanem cywilnym pacjentów a występowaniem stresu i zaburzeń obrazu własnego ciała. Zaburzenia te dotyczyły częściej osób będących w związku, jednak związek ten nie był statystycznie istotny.

#### 4.1.10. Zatrudnienie

Analizując badane grupy pod kątem zatrudnienia wykazano, iż wśród osób dotkniętych schorzeniami dermatologicznymi znacznie mniejszy odsetek stanowiły osoby zatrudnione, natomiast większy odsetek stanowiły osoby bezrobotne, przebywające na emeryturze i na zwolnieniu chorobowym. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 57.

Tabela 57. Charakterystyka badanych grupy pod kątem zatrudnienia ocenianego z zastosowaniem Kwestionariusza Pacjenta i Kwestionariusza Grupy Kontrolnej.

Stan zatrudnienia	Grupa badana	Grupa kontrolna
bezrobotny	22 (8,8%)	9 (7,2%)
emeryt	48 (19,2%)	5 (4,0%)
na zwolnieniu chorobowym	9 (3,6%)	1 (0,8%)
uczeń/student	33 (13,2%)	8 (6,4%)
zatrudniona/y	138 (55,2%)	102 (81,6%)
ogółem	250	125
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: $p=0,00$		

Prowadząc analizę grupy pacjentów badano także zależność między ich stanem zatrudnienia a występującymi u nich objawami zaburzeń depresyjnych, lękowych, samooceną stanu zdrowia, odczuwaną stygmatyzacją, świadem, objawami zaburzeń dysmorficznych, a także nasileniem stresu. Szczegółowe dane przedstawiono w tabelach 58 - 64.

Tabela 58. Związek między stanem zatrudnienia a występowaniem objawów zaburzeń depresyjnych badanych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Stan zatrudnienia	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bezrobotny	22	1,8±1,5	2	0	6	0,11
emeryt	48	1,8±1,6	2	0	6	
na zwolnieniu chorobowym	9	3,3±2,1	3	0	6	
uczeń/student	33	1,8±1,8	1	0	6	
zatrudniona/y	138	1,8±1,6	1,5	0	7	

Tabela 59. Związek między stanem zatrudnienia a występowaniem objawów zaburzeń lękowych ocenianych z zastosowaniem Kwestionariusza PHQ-4.

Stan zatrudnienia	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bezrobotny	22	1,5±1,6	1	0	6	0,11
emeryt	48	1,5±1,2	1	0	6	
na zwolnieniu chorobowym	9	2,7±2,1	2	0	6	
uczeń/student	33	1,2±1,9	1	0	6	
zatrudniona/y	138	1,2±1,5	1	0	8	

Nie stwierdzono istotnego związku między stanem zatrudnienia i objawami zaburzeń depresyjnych czy lękowych. Osoby przebywające na zwolnieniu chorobowym w większym stopniu odczuwały te dolegliwości, jednak nie było to statystycznie istotne.

Tabela 60. Związek między stanem zatrudnienia a samooceną stanu zdrowia badanego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D.

<b>Stan zatrudnienia</b>	<b>n</b>	<b>Średnia ±odch. standardowe</b>	<b>Mediana</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>p</b>
bezrobotny	22	<b>67,5±15,0</b>	70	40	90	0,00
emeryt	48	<b>59,9±17,2</b>	60	20	100	
na zwolnieniu chorobowym	9	<b>55,0±15,8</b>	50	10	80	
uczeń/student	33	<b>78,0±13,5</b>	80	50	100	
zatrudniona/y	138	<b>71,0±16,7</b>	70	10	100	

Stwierdzono istotną statystycznie korelację między stanem zatrudnienia a oceną stanu zdrowia pacjentów. Osoby przebywające na zwolnieniu chorobowym oraz emeryci oceniali stan swojego zdrowia znacznie gorzej.

Tabela 61. Związek między stanem zatrudnienia a odczuwaną stygmatyzacją mierzoną przy pomocy Kwestionariusza PSQ.

<b>Stan zatrudnienia</b>	<b>n</b>	<b>Średnia ±odch. standardowe</b>	<b>Mediana</b>	<b>Min.</b>	<b>Maks.</b>	<b>p</b>
bezrobotny	22	<b>17,3±7,7</b>	15,5	5	29	0,02
emeryt	48	<b>23,7±11,5</b>	24,5	2	50	
na zwolnieniu chorobowym	9	<b>32,6±16,8</b>	35	9	56	
uczeń/student	33	<b>23,2±14,6</b>	21	6	57	
zatrudniona/y	138	<b>21,1±12,1</b>	21	0	53	

Zaobserwowano także pozytywny związek stanu zatrudnienia z odczuciem stygmatyzacji wśród pacjentów z chorobami skóry, przy czym było ono istotnie wyższe u osób przebywających na zwolnieniu chorobowym.

Tabela 62. Zależność między stanem zatrudnienia a odczuciem świadem ocenianym przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Stan zatrudnienia	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bezrobotny	22	8,4±4,6	9	0	15	0,01
emeryt	48	10,4±5,3	11	0	20	
na zwolnieniu chorobowym	9	14,4±6,5	16	0	20	
uczeń/student	33	7,8±5,7	8	0	20	
zatrudniona/y	138	9,0±5,0	9	0	20	

Pozytywna korelacja dotyczyła również stanu zatrudnienia i odczuwania świadu, przy czym zdecydowanie bardziej był on nasilony u osób przebywających na zwolnieniu chorobowym i u emerytów.

Tabela 63. Związek między stanem zatrudnienia a nasileniem objawów zaburzeń dysmorficznych badanych z zastosowaniem Kwestionariusza DCQ.

Stan zatrudnienia	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bezrobotny	22	6,9±4,6	6	1	19	0,37
emeryt	48	8,5±5,0	10	0	19	
na zwolnieniu chorobowym	9	10,2±4,8	11	0	17	
uczeń/student	33	7,6±6,2	6	0	19	
zatrudniona/y	138	8,6±4,7	9	0	19	

Tabela 64. Związek między stanem zatrudnienia a nasileniem stresu mierzonego przy pomocy Kwestionariusza PSS-10.

Stan zatrudnienia	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
bezrobotny	22	17,6±4,3	18,5	7	24	0,22
emeryt	48	17,5±5,1	18	6	26	
na zwolnieniu chorobowym	9	20,7±4,1	20	15	27	
uczeń/student	33	16,6±5,5	17	7	26	
zatrudniona/y	138	16,8±5,0	17	4	28	

Nie stwierdzono statystycznie istotnego związku między stanem zatrudnienia pacjentów a występowaniem zaburzeń dysmorficznych i odczuwaniem stresu. Osoby przebywające na zwolnieniu chorobowym wyżej punktowały te czynniki, jednak nie było to istotne statystycznie.

#### 4.1.11. Poziom wykształcenia

Dowodzono, iż badane grupy znacznie różniły się pod względem wykształcenia, przy czym wśród respondentów z grupy badanej większy odsetek stanowiły osoby z wykształceniem podstawowym i średnim, natomiast niższy z wykształceniem wyższym.

Tabela 65. Charakterystyka badanych grup pod kątem poziomu wykształcenia ocenianego z zastosowaniem Kwestionariusza Pacjenta i Kwestionariusza Grupy Kontrolnej.

Poziom wykształcenia	Grupa badana	Grupa kontrolna
podstawowe	50 (20,0 %)	4 (3,2 %)
średnie	90 (36,0%)	32 (25,6 %)
wyższe	110 (44 %)	89 (71,2 %)
ogółem	250	125
Test niezależności chi-kwadrat Pearsona: p= 0,00		



Przeanalizowano również zależność między poziomem wykształcenia osób z grupy badanej a występowaniem u nich zaburzeń depresyjnych, lękowych, samoocena stanu zdrowia, postrzeganą stygmatyzacją, odczuwanym stresem, zaburzeniami dysmorficznymi oraz towarzyszącym świadem. Szczegółowe dane przedstawiają tabele 66 – 72.

Tabela 66. Zależność między poziomem wykształcenia a nasileniem zaburzeń depresyjnych badanych z zastosowaniem Kwestionariusza PHQ-4.

Wykształcenie	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
podstawowe	50	1,9±1,7	2	0	7	0,00
średnie	90	2,3±1,7	2	0	6	
wyższe	110	1,5±1,4	1	0	6	

Tabela 67. Zależność między poziomem wykształcenia a nasileniem zaburzeń lękowych ocenianych przy pomocy Kwestionariusza PHQ-4.

Wykształcenie	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
podstawowe	50	1,6±1,8	2	0	8	0,02
średnie	90	1,6±1,6	1	0	6	
wyższe	110	1,0±1,4	1	0	6	

W wyniku przeprowadzonej analizy zaobserwowano statystycznie istotny związek między poziomem wykształcenia a występowaniem zaburzeń depresyjnych i lękowych. Zaburzenia te obserwowano częściej u osób z wykształceniem podstawowym i średnim.

Tabela 68. Zależność między poziomem wykształcenia a samooceną stanu zdrowia mierzonego przy pomocy Kwestionariusza EQ-5D.

Wykształcenie	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
podstawowe	50	63,3±19,3	65	10	95	0,00
średnie	90	67,4±16,8	70	20	100	
wyższe	110	72,4±15,8	70	30	100	

Pozytywna korelacja dotyczyła również poziomu wykształcenia oraz samooceny stanu zdrowia pacjentów. Osoby z wykształceniem podstawowym i średnim istotnie gorzej oceniały stan swojego zdrowia.

Tabela 69. Zależność między poziomem wykształcenia a odczuciem stygmatyzacji ocenianej z zastosowaniem Kwestionariusza PSQ.

Wykształcenie	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
podstawowe	50	21,8±11,7	22,5	0	56	0,7
średnie	90	22,8±13,3	21	0	57	
wyższe	110	21,3±12,1	18	1	54	

Nie zaobserwowano istotnego związku między poziomem wykształcenia a odczuwaniem stygmatyzacji.

Tabela 70. Zależność między poziomem wykształcenia a nasileniem stresu ocenianym z zastosowaniem skali PSS-10.

Wykształcenie	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
podstawowe	50	18,2±5,4	19	7	28	0,01
średnie	90	17,8±4,7	18	7	27	
wyższe	110	16,1±5,0	16	4	26	

Zaobserwowano statystycznie istotny związek między poziomem wykształcenia a odczuwaniem stresu, przy czym osoby z wykształceniem podstawowym i średnim odczuwały stres w większym stopniu, niż osoby z wykształceniem wyższym.

Tabela 71. Zależność między poziomem wykształcenia a nasileniem zaburzeń dysmorficznych mierzonych przy pomocy Kwestionariusza DCQ.

Wykształcenie	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
podstawowe	50	8,6±5,1	9,5	0	19	0,87
średnie	90	8,5±5,7	9	0	19	
wyższe	110	8,2±4,4	8	0	19	

Tabela 72. Zależność między poziomem wykształcenia a odczuwaniem świądu ocenianego przy pomocy Kwestionariusza Pacjenta.

Wykształcenie	n	Średnia ±odch. standardowe	Mediana	Min.	Maks.	p
podstawowe	50	9,0±5,8	10,5	0	20	0,87
średnie	90	9,3±5,3	9	0	20	
wyższe	110	9,4±5,2	9,5	0	20	

Nie zaobserwowano istotnego związku między poziomem wykształcenia a nasileniem zaburzeń dysmorficznych i odczuwaniem świądu wśród pacjentów.

## 5. Podsumowanie wyników badań

W wyniku przeprowadzonych badań zaobserwowano, że:

- osoby cierpiące na choroby skóry są stygmatyzowane przez społeczeństwo,
- poziom stygmatyzacji wśród pacjentów dermatologicznych nie zależy od płci,
- poczucie stygmatyzacji wśród pacjentów z chorobami skóry pozytywnie koreluje z odczuwanym stresem, niezadowoleniem z własnego wyglądu, przebywaniem na zwolnieniu lekarskim czy na emeryturze, natomiast nie dostarczono dowodów na korelację z trudnościami ekonomicznymi, stanem cywilnym wolnym, czy niższym poziomem wykształcenia,
- u pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi częściej występują zaburzenia dysmorficzne ciała w porównaniu z osobami bez tych schorzeń,
- osoby cierpiące na schorzenia dermatologiczne zdecydowanie częściej przejawiają zaburzenia lękowe i depresyjne,
- pacjenci z chorobami skóry częściej prezentują myśli samobójcze niż osoby zdrowe.

## 6. Dyskusja

Stygmatyzacja wydaje się być częstym i ważnym problemem wśród pacjentów dermatologicznych. Napiętnowanie i zaburzenia wizerunku własnego ciała są potężnymi miernikami obciążenia chorobami dermatologicznymi.

Powszechnie wiadomo, że u niektórych osób ze schorzeniami dermatologicznymi mogą rozwinąć się zaburzenia psychiczne z powodu defektów fizycznych. Konsekwencje ich mogą być spotęgowane przez stygmatyzację podczas społecznych interakcji, gdy inni ludzie negatywnie oceniają osobę z widoczną odmiennością, co skutkuje stratami społecznymi lub materialnymi.

Osoby z defektami wynikającymi np. z powodu chorób skóry często zgłaszają dostrzeganie u innych stygmatyzujących zachowań, takich jak np. bycie poproszonym o opuszczenie miejsca publicznego, zastraszanie, ale też mogą być one bardziej subtelne np. unikanie kontaktu wzrokowego, przyglądanie im się, negatywne komentarze, zachowania unikające, dokuczanie czy naśmiewanie się. Takie zachowania mogą prowadzić do dalszego odczuwania dyskomfortu, lęku społecznego, zaburzeń obrazu własnego ciała i niskiej samooceny co skutkuje izolacją społeczną.

Doświadczenie stygmatyzacji jest znanym predyktorem jakości życia (69, 70, 71). Nie tylko upośledza funkcjonowanie psychospołeczne, wiąże się z cierpieniem psychicznym, obniżoną samooceną i wstydem (72), ale również stanowi barierę dla optymalnej opieki zdrowotnej biorąc pod uwagę jej negatywny wpływ na zachowania związane z poszukiwaniem zdrowia, przestrzegania zaleceń terapeutycznych i zaangażowanie w opiekę (73). Postrzegana stygmatyzacja odnosi się do świadomości jednostek na temat negatywnych postaw i praktyk związanych z określonym stanem (74).

Zgodnie z prowadzonymi wcześniej obserwacjami wśród pacjentów dermatologicznych odnośnie wpływu choroby skóry na zaburzenia psychiczne nasze aktualne dane wyraźnie wskazują, że zarówno poczucie stygmatyzacji jak i zaburzenia obrazu własnego ciała są ważnym problemem większości chorych dermatologicznie. Wykazano, że kwestionariusze PSQ i DCQ, którymi posługiwałam się w niniejszym badaniu są wartościowymi instrumentami do oceny postrzeganej stygmatyzacji i BDD wśród pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi.

W niniejszym badaniu brano pod uwagę szerokie spektrum chorób skóry, jednak obserwacje były podobne do opisywanych u chorych na łuszczycę.

Potwierdziłam, że pacjenci z grupy badanej mieli znacznie większe postrzeganie zachowań stygmatyzujących (mediana 21 w kwestionariuszu PSQ na 84 pkt. możliwe do uzyskania), niż osoby z grupy kontrolnej (mediana 15 w kwestionariuszu PSQ), przy czym nieoczekiwanie najwyższy wynik osiągnął mężczyzna. Zdecydowanie największą grupę osób wśród ankietowanych pacjentów stanowili chorzy na atopowe zapalenie skóry, łuszczycę, wyprysk alergiczny i trądzik. Jak powszechnie wiadomo zmiany kliniczne w przebiegu tych schorzeń bardzo często lokalizują się w miejscach widocznych, np. na twarzy, co mogło pogłębiać odczucie stygmatyzacji.

W wielośrodkowym badaniu prowadzonym w 17 krajach Europejskich (74), w tym w Polsce, w którym próbowano zidentyfikować predyktory stygmatyzacji u pacjentów dermatologicznych wykazano, że może być ona przewidywana przez zmienne socjodemograficzne, takie jak młodszy wiek, płeć męska, bycie singlem, a także związane z chorobą np. dłuższy czas jej trwania, większe nasilenie, obecność świądu, ale również związane z rokowaniem ogólnym oraz czynniki psychologiczne jak np. wyższy poziom odczuwanego stresu, obecność myśli samobójczych, obawy dysmorficzne, czy mniejsze zadowolenie z wyglądu.

Omawiając płeć jako predyktor postrzeganej stygmatyzacji- dowody nie są spójne.

Jak większości autorów (41), w niniejszym badaniu również nie udało się stwierdzić różnic w poziomie stygmatyzacji między kobietami a mężczyznami.

Dodatkowo pacjenci z chorobami skóry znacznie częściej prezentują zaburzenia obrazu własnego ciała, na co w szczególnej mierze mogła mieć wpływ widoczność zmian chorobowych lub występowanie ich w okolicach intymnych, co z kolei mogło wywołać lub nasilić u nich objawy lęku i depresji.

Co ciekawe zarówno kobiety jak i mężczyźni w podobnym stopniu odczuwali zaniepokojenie swoim wyglądem, co może w dzisiejszych czasach wynikać z faktu, iż mężczyźni przywiązują coraz większą wagę do swojego wyglądu czy tężyzny fizycznej, częściej chcą czuć się atrakcyjnie.

Przeprowadzona przeze mnie analiza dotyczyła poziomu stygmatyzacji w kontekście wybranych parametrów klinicznych i demograficznych.

Stan cywilny jest jednym z aspektów, które mogą mieć wpływ na stygmatyzację. Osoby z populacji pacjentów częściej były stanu wolnego (34% w grupie badanej i 21,6% w grupie kontrolnej), co w przypadku niniejszego badania nie miało związku ze stygmatyzacją czy zaburzeniami obrazu własnego ciała, w przeciwieństwie do danych zaprezentowanych w 17 europejskich krajach (74).

Kolejnym aspektem mogącym mieć związek ze stygmatyzacją jest wykształcenie osób chorych.

W grupie pacjentów zdecydowanie więcej osób miało wykształcenie podstawowe (20% w grupie pacjentów i 3,2% w grupie kontrolnej) i mniej osób uzyskało wykształcenie wyższe (44% vs. 71,2%). Być może miało na to wpływ schorzenie dermatologiczne, zwłaszcza jeżeli choroba rozpoczęła się w wieku młodocianym czy nastoletnim, kiedy to podejmowane są decyzje odnośnie dalszej edukacji. Ponadto niższy poziom wykształcenia mógł nasilać objawy obniżonego nastroju czy zaburzeń lękowych u tych pacjentów. W naszej analizie nie wykazano związku niższego poziomu wykształcenia z odczuwaną stygmatyzacją czy BDD.

Zatrudnienie jest kolejnym ciekawym tematem w odniesieniu do wpływu choroby skóry na życie pacjenta. Potwierdzono w licznych badaniach, że jedna z najczęstszych chorób skóry jaką jest łuszczyca jest schorzeniem negatywnie wpływającym na zdolność do pracy w znaczącej grupie pacjentów, zatem należy ją uznać za chorobę, która nie tylko obniża jakość życia pacjentów, ale także może potencjalnie obniżyć ich produktywność (75).

W odniesieniu do stygmatyzacji wśród naszych pacjentów zaobserwowaliśmy pozytywną korelację między jej odczuciem a przebywaniem na zwolnieniu chorobowym, czy emeryturze. W grupie pacjentów zdecydowanie mniejszą część stanowiły osoby pracujące (55,2% vs. 81,6%), co mogło wynikać z faktu, że średnia wieku w tej grupie była nieco wyższa, a co za tym idzie większa część osób z tej grupy pozostawała na emeryturze. Dodatkowym czynnikiem mógł być fakt, że więcej osób z tej grupy

przebywało na rencie, bądź zwolnieniu chorobowym i to właśnie te osoby czuły się bardziej stygmatyzowane oraz częściej odczuwały świąd.

Ginsburg i Link stwierdzili, że zatrudnieni pacjenci mieli niższy poziom stygmatyzacji, mieli mniejsze oczekiwanie na odrzucenie, poczucie winy i wstydu oraz byli mniej wrażliwi na postawy innych (76). Natomiast Heherów i in. nie zaobserwowali pozytywnej korelacji między poczuciem stygmatyzacji a stanem zatrudnienia (41).

Pacjenci z chorobami skóry, zwłaszcza jeśli nasilenie choroby jest średnio-ciężkie lub ciężkie, gdy choroba trwa długo, zdecydowanie częściej niż populacja ogólna mogą cierpieć na zaburzenia lękowe czy depresyjne (77), mogą mieć obniżony nastrój, nie są w stanie odczuwać przyjemności z wykonywania różnych czynności, nie są w stanie przestać się zamartwiać. Może się to odzwierciedlać w gorszej ocenie swojego zdrowia, co też zaobserwowano w naszym badaniu.

Według Szepietowskiego i wsp. częstość występowania depresji wśród pacjentów leczonych dermatologicznie waha się od 8% do 60% (78). W jednym z badań przeprowadzonych przy użyciu kwestionariusza Becka u 67% pacjentów leczących się dermatologicznie oraz u 12% pacjentów w grupie kontrolnej stwierdzono objawy depresyjne (79).

Praca Śpili i wsp. pokazuje, że symptomy lęku i depresji są istotnymi objawami klinicznymi w badanej grupie chorych. Poziom lęku (mierzonego przy pomocy skali HADS A) i depresji (mierzonej przy pomocy skali HADS D) był istotnie wyższy u pacjentów dermatologicznych ( $p < 0,05$ ). Kobiety znacznie gorzej radziły sobie z chorobą oraz wykazywały mniejsze zrozumienie dla swojej sytuacji (80).

Badania Hrehorów i wsp. potwierdzają występowanie depresji w przebiegu chorób skóry. Stwierdzono w nich, że objawy depresji (18–29,5%) i zaburzenia lękowe (9–44%) częściej występują w grupie chorych na trądzik w porównaniu z populacją ogólną (81).

Stygmatyzacja jest ważnym elementem tego, jak pacjenci postrzegają swoją chorobę i jaki wpływ ma ona na ich życie codzienne. Stygmatyzacja może determinować stopień upośledzenia jakości życia jak i depresję. Ścisły związek między stygmatyzacją a depresją został wspomniany przez Gupta i wsp. (82).



Wyniki przedstawionego badania dodatkowo wykazały pozytywną korelację między odczuwanym stresem a poczuciem stygmatyzacji. Stres w chorobach skóry stanowi złożony problem, ponieważ z jednej strony choroba skóry może powodować stres i obniżony nastrój, aż do zaburzeń depresyjnych, a z drugiej strony stres i lęk mogą pogarszać stan skóry (83).

Na podstawie analizy wyników badania można zauważyć, że znacznie większa grupa pacjentów doświadczyła stresu w ciągu ostatnich 6 miesięcy w porównaniu z grupą kontrolną, co mogło przyczynić się do wystąpienia u nich objawów lękowych.

Osoby te miały również obniżony nastrój oraz prezentowały częściej objawy depresyjne, jednak nie było to statystycznie istotne. Narażenie na stres dodatkowo mogło potęgować u nich poczucie stygmatyzacji, zaburzeń obrazu własnego ciała oraz lęk, z drugiej strony tak samo odczuwanie napiętnowania oraz zaburzeń dysmorficznych mogło być predyktorem stresu.

Pacjenci mogą różnić się reaktywnością na stresujące wydarzenia życiowe i związaną z nimi psychologiczną reakcją na stres, co z kolei może wpływać na wyniki leczenia. Można sugerować, że osoby bardziej wrażliwe na stygmatyzację, mogą być również bardziej wrażliwe na stres. Wykazano, że uporczywe zamartwianie się nasila afektywną i fizjologiczną aktywację układu hormonalnego i odpornościowego, wpływając negatywnie na nasilenie choroby (84, 85).

Schorzenia dermatologiczne, jak wiadomo potęgują niezadowolenie z własnego wyglądu zarówno u kobiet jak i u mężczyzn. Zdecydowanie znacznie większa grupa pacjentów była „bardzo niezadowolona” i „raczej niezadowolona” ze swojego wyglądu. Osoby ze zmianami skórnymi niezadowolone ze swojego wyglądu częściej miewają obniżony nastrój i prezentują objawy lękowe, co może skutkować w poczuciu bycia chorym, czego odzwierciedleniem jest niższa ocena stanu swojego zdrowia. Dodatkowo osoby niezadowolone ze swojego wyglądu częściej dostrzegają podczas kontaktów społecznych zachowania stygmatyzujące jak np. wrażenie przyglądania się, zachowania unikające, dokuczanie. Osoby te znacznie częściej odczuwają stres i przesadne zaniepokojenie swoim wyglądem, co może prowadzić do zaburzeń obrazu własnego ciała.

Biorąc pod uwagę trudności ekonomiczne respondentów, chorzy doświadczyli ich w większym stopniu niż osoby zdrowe. Może się to wiązać z faktem, iż osoby te częściej przebywały na zwolnieniu chorobowym, rencie, były nieaktywne zawodowo, ponosiły większe wydatki na leczenie lub miały trudnościami z utrzymaniem zatrudnienia z powodu choroby.

Osoby te odnosiły częściej wrażenie napiętnowania przez otoczenie, dodatkowo częściej odczuwały świąd towarzyszący chorobom dermatologicznym, co mogło wynikać z gorszego dostępu do środków redukujących świąd, jak np. preparaty emolientowe czy leki. Nie udowodniono jednak w tym przypadku istotności statystycznej.

Warto spojrzeć na pacjentów dermatologicznych jako na grupę zwiększonego ryzyka występowania myśli czy zachowań samobójczych. Choroby dermatologiczne mogą być istotnym czynnikiem zwiększającym częstość występowania myśli samobójczych. W przedstawionym badaniu myśli samobójcze zdecydowanie częściej dotyczyły pacjentów. Można przypuszczać, że mogło mieć na to wpływ nasilenie choroby, długość jej trwania, a także widoczność zmian chorobowych. Ponadto myśli samobójcze mogły być wynikiem napiętnowania przez osoby z otoczenia, traktowania ich jak odmieńców. Myśli suicydialne mogły być również wynikiem znacznie obniżonego nastroju, poczucia beznadziejności, ciągłego zamartwiania się, czego doświadczyli pacjenci dermatologiczni. Dodatkowym czynnikiem mającym związek z występowaniem myśli samobójczych u pacjentów dermatologicznych był towarzyszący im świąd, będący nieodzownym objawem wielu schorzeń skóry. Dane te potwierdzone zostały w niniejszym badaniu.

Osoby chore zgłaszające myśli samobójcze z powodu chorób skóry istotnie gorzej oceniały stan swojego zdrowia co być może potęgowało te myśli. Ich poczucie choroby było znacznie większe. Dodatkowo częstsze występowanie u nich myśli samobójczych mogło być wynikiem przewlekłego stresu, obecności świądu skóry, a także przesadnych obaw dotyczących swojego wyglądu, aż do zaburzeń obrazu własnego ciała.

Podsumowując, choroby skóry stanowią problem nie tylko pod względem leczenia, ale również wiążą się ze znaczącym obciążeniem psychicznym zarówno dla pacjentów jak ich bliskich. Stygmatyzacja jest ważnym aspektem w chorobach skóry, którego

często doświadczają nasi pacjenci i może znacznie pogorszyć ich jakość życia, przyczynić się do obniżenia nastroju, zaburzeń depresyjnych czy lękowych, a nawet prowadzić do myśli samobójczych. Z całą pewnością pacjenci dermatologiczni wymagają holistycznego podejścia terapeutycznego z uwzględnieniem strategii przeciw piętnowaniu. Istnieje potrzeba dalszych badań w dziedzinie stygmatyzacji w dermatologii. Nasze próby pomocy pacjentom dermatologicznym powinny koncentrować się nie tylko na poprawie leczenia, ale również na podnoszeniu świadomości społeczeństwa, że większość schorzeń skóry nie jest zaraźliwa i są to choroby podobne do wielu innych schorzeń przewlekłych.

## 7. Wnioski

Przeprowadzone badanie potwierdziło przypuszczenia, że pacjenci cierpiący na choroby skóry są stygmatyzowani przez społeczeństwo, ponadto przejawiają zaburzenia psychiczne, obniżony nastrój, dolegliwości o charakterze BDD. Częściej też zgłaszają występowanie myśli samobójczych. Z tego względu można przypuszczać, że wymagają leczenia specjalistycznego w pionie psychologicznym/psychiatrycznym w stopniu porównywalnym do leczenia zmian skórnych. Pomocy w tej kwestii wymagają zarówno pacjenci płci żeńskiej jak i męskiej, którzy w podobnym stopniu czują się stygmatyzowani.

Wyniki tej pracy miały na celu poszerzenie wiedzy na temat obciążenia psychospołecznego chorobami skóry zarówno na poziomie populacji, jak i na poziomie indywidualnym. Poszerzono wiedzę na temat stygmatyzacji i dyskryminacji pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi.

Można oczekiwać, że wyniki przeprowadzonego badania będą miały wpływ na postępowanie kliniczne wśród pacjentów z chorobami skóry, umożliwiając dermatologom zrozumienie niezaspokojonych potrzeb ich pacjentów w celu lepszego planowania odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Wydaje się, że kultura, wpływy społeczne odgrywają dużą rolę w odczuwaniu stresu, w oparciu o powszechne przekonania, że choroby skóry są zakaźne lub są konsekwencją złej higieny. Wiadomo też, że odczucie stygmatyzacji może być bardziej powszechne wśród pacjentów z chorobami przewlekłymi. Ponadto odczuwanie stygmatyzacji jest wzmożone, gdy fizyczne i psychiczne samopoczucie jest gorsze, gdy poziom odczuwanego stresu jest wyższy oraz gdy pacjenci zgłaszają większe niezadowolenie ze swojego wyglądu. W związku z tymi czynnikami funkcjonowanie w życiu codziennym może być utrudnione.

Biorąc pod uwagę różnice międzyosobnicze, wcześniej przeprowadzone badania wśród pacjentów z chorobami skóry wykazały, że doświadczenie postrzeganej stygmatyzacji może być nasilone u pacjentów młodszych, tych, którzy nie mają partnera, z niższym poziomem wykształcenia, jednak w powyższym badaniu nie udało się stwierdzić takiej zależności.

Potrzebne są dalsze badania w dziedzinie stygmatyzacji w warunkach dermatologicznych oraz istnieje potrzeba stworzenia specjalnego programu/programów przeciw stygmatyzacji dla pacjentów cierpiących na schorzenia skóry. Umożliwi to pracownikom służby zdrowia opracowanie procedur badań przesiewowych i interwencyjnych w celu lepszego wsparcia pacjentów w radzeniu sobie z doświadczeniami związanymi ze stygmatyzacją.

Zaleca się dodatkową ocenę psychologiczną i wielodyscyplinarne postępowanie, gdy pacjenci zgłaszają obciążenie psychiczne z powodu poczucia stygmatyzacji, biorąc pod uwagę związek z postrzeganą stygmatyzacją, myślami samobójczymi, cierpieniem psychicznym stwierdzonym, zarówno w tym, jak i we wcześniej prowadzonych badaniach.

## 8. Piśmiennictwo

1. Stelcer B.: Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielęg Pol.*, 2001; 2: 227-233.
2. Bańka A.: Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: Bańka A.: *Psychologia jakości życia*. Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005: 11-79.
3. Bronikowska-Kolasa A., Borzęcki A., Szponar A., Maciąg J., Cielica W.: Ocena wybranych aspektów jakości życia pacjentów z łuszczycą za pomocą kwestionariusza WHOQOL-100. *Borgis - Nowa Medycyna*, 2008; 3: 4-11.
4. Radecka B.: Jakość życia uwarunkowana zdrowiem – znaczenie i sposoby oceny u chorych na nowotwory. *Curr Gynecol Oncol*, 2015; 13 (3): 172–179.
5. Farquhar M.: Definitions of quality of life: a taxonomy. *J Adv Nurs*, 1995; 22: 502-508.
6. Schipper H., Clinch J.J., Olweny C.L.M.: Quality of life studies: Definitions and conceptual issues. In: Spilker B. (ed) *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*, 2<sup>nd</sup> ed. New York; Lippincott-Raven, 1996; 17 (6): 548-549.
7. Campbell A., Converse P. E., Rodgers W. L.: *Quality of American Life: : Perceptions, Evaluations, and Satisfactions*. Inter-university Consortium for Political and Social Research, 1976; 56: 283-285.
8. Choi J., Koo J.Y.M.: Quality of life issues in psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 2003; 49: 57-61.
9. Cramer J.A., Spilker B. *Quality of life and pharmacoeconomics. An introduction*. Lippincott-Raven, Philadelphia 1998: 274.
10. Klocek M., Kawecka-Jaszcz K.: Jakość życia osób z nadciśnieniem tętniczym. W: Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne*. Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006; 179-184.
11. Turska W., Skowron A.: Metodyka oceny jakości życia. *Farm Pol*, 2009; 65(8): 572-580.
12. Gill TM, Feinstein AR: A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA*, 1994; 272: 619–626.

13. Muldoon M.F., Barger S.D., Flory J.D., Manuck S.B.: What is quality of life measurements measuring? *BMJ*, 1998; 316: 542–545.
14. Janse A.J., Gemke R.J., Uiterwaal C.S., Uiterwaal C.S., Van der Tweel I., Kimpen J.L., Sinnema G.: Quality of life: patients and doctors don't always agree: a meta-analysis. *J Clin Epidemiol*, 2004; 57: 653–661.
15. Nordeson A., Engström B., Norberg A.: Self-reported quality of life for patients with progressive neurological diseases. *Qual Life Res*, 1998; 7: 257–266.
16. Felton B.J., Revenson T.A.: Coping with chronic illness: a study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *J Consult Clin Psychol*, 1984; 3: 343–353.
17. Tobiasz- Adamczyk B.: Geneza zdrowia, koncepcje i ewolucja pojęcia jakości życia. W: Kawecka-Jaszcz K., Klocek M., Tobiasz-Adamczyk B. *Jakość życia w chorobach układu sercowo-naczyniowego. Metody pomiaru i znaczenie kliniczne.* Wydawnictwo Medyczne Termedia, Poznań 2006: 9-42.
18. Testa M.A., Simonson D.C.: Assessment of quality-of-life outcomes. *N Engl J Med*, 1996; 334: 835–840.
19. Finlay A.Y.: Quality of life indices. *Indian J of Dermatol Venerol and Leprol*, 2004; 70(3): 143-146.
20. Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007: 16.
21. Goffman E.: Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2007: 21.
22. Dimitrov D., Matusiak Ł., Szepietowski J.C.; Stigmatization in Arabic psoriatic patients in the United Arab Emirates – a cross sectional study; *Adv Dermatol Allergol*, 2019; 36 (4):425–430.
23. Dimitrov D., Szepietowski J.C.: Stigmatization in dermatology with a special focus on psoriatic patients; *Postepy Hig Med Dosw*, 2017; 71: 1015-1022.
24. Jankowiak B, Kowalewska B, Fiodaravich Khvorik D, Krajewska- Kułak E., Niczyporuk W.: The level of stigmatization and depression of patients with psoriasis. *Iran J Public Health*, 2016; 45(5): 690-2.
25. Richards H.L., Fortune D.G., Main C.J., Griffiths C.E.: Stigmatization and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, 2003; 149: 209-11.

26. Richards H.L., Fortune D.G., Griffiths C.E., Main C.J.: The contribution of perceptions of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*, 2001; 50: 11-5.
27. Falk G.: *Stigma: How We Treat Outsiders*. Prometheus Books, New York 2001: 173-288.
28. Halioua B., Cribier B., Frey M., Tan J.: Feelings of stigmatization in patients with rosacea. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2017; 31: 163-8.
29. Lawrence J.W., Rosenberg L., Rimmer R.B., Thombs B.D., Fauerbach J.A.: Perceived stigmatization and social comfort: validating the constructs and their measurement among pediatric burn survivors. *Rehabil. Psychol.*, 2010; 55: 360-371.
30. Kosche M.; Ocena stygmatyzacji w świetle zasad życia społecznego; *Seminare. Poszukiwania naukowe*, 2021; 29: 123-136.
31. Perrott S.B., Murray A.H., Lowe J., Mathieson C.M.: The psychosocial impact of psoriasis: physical severity, quality of life, and stigmatization. *Physiol. Behav.*, 2000; 70: 567-571.
32. Dalgard F.J., Bewley A., Evers A.W., Gieler U., Lien L., Sampogna F., Ständer S., Tomas-Aragones T., Vulink N., Kupfer J.: Stigmatisation and body image impairment in dermatological patients: protocol for an observational multicentre study in 16 European countries; *BMJ Open*, 2018; 8(12): e024877. Published online 2018 Dec 22.
33. Chernyshov P.V.; Stigmatization and self-perception in children with atopic dermatitis; *Clin Cosmet Investig Dermatol.*, 2016; 9: 159–166. Published online 2016 Jul 21.
34. Richards H.L., Fortune D.G., Main C.J., Griffiths C.E.: Stigmatization and psoriasis. *Br. J. Dermatol.*, 2003; 149: 209-211.
35. Böhm D., Schwanitz P., Stock Gissendanner S., Schmid-Ott G., Schulz W.: Symptom severity and psychological sequelae in rosacea: results of a survey. *Psychol. Health Med.*, 2014; 19: 586-591.
36. Böhm D., Stock Gissendanner S., Bangemann K., Snitjer I., Werfel T., Weyergraf A., Schulz W., Jäger B., Schmid-Ott G.: Perceived relationships between severity



- of psoriasis symptoms, gender, stigmatization, and quality of life. *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.*, 2013; 27: 220-226.
37. Jobling R.: Psoriasis – a preliminary questionnaire study of sufferer’s subjective experience. *Clin Exp Dermatol*, 1976; 1: 233–236.
  38. Ginsburg I.H., Link B.G.: Psychosocial consequence of rejection and stigma feelings in psoriatic patients. *Int J Dermatol*, 1993; 32: 587–591.
  39. Ramsay B., O’raegan M.: A survey of the social and psychological effects of psoriasis. *Br J Dermatol*, 1989; 118: 195–201.
  40. Lu Y., Duller P., van der Valk P.G.M., Evers A.W.M.: Helplessness as predictor of perceived stigmatization in patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Dermatol Psychosom*, 2003; 4: 146–150.
  41. Hrehorów E., Salomon J., Matusiak L., Reich A., Szepietowski J.C.: Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta Derm. Venereol.*, 2012; 92: 67-72.
  42. Liasides J., Apergi F.S.: Predictors of quality of life in adults with acne: the contribution of perceived stigma. Conference Paper, *Eur. Proc. Social. Behav. Sci.*, 2015.
  43. Mansur A.T., Aydingoz I.E., Artunkal H.S.: A childhood case of trichotillomania associated with body dysmorphic disorder and stigmatization due to outstanding red hair. *Int. J. Trichology*, 2013; 5: 56-57.
  44. Premkumar R., Kar B., Rajan P., Richard J.: Major precipitating factors for stigma among stigmatized vitiligo and psoriasis patients with brown-black skin shades. *Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol.*, 2013; 79: 703-705.
  45. Hrehorów E., Szepietowski J., Reich A., Evers A.W., Ginsburg I.H.: Instruments for stigmatization evaluation in patients suffering from psoriasis: Polish language versions. *Dermatol. Klin.*, 2006; 8: 253-258.
  46. Schmid-Ott G., Burchard R., Niederauer H.H., Lamprecht F., Künsebeck H.W.: Stigmatization and quality of life of patients with psoriasis and atopic dermatitis. *Hautarzt*, 2003; 54,: 852-857.
  47. Schmid-Ott G., Jaeger B., Kuensebeck H.W., Ott R., Lamprecht F.: Dimensions of stigmatization in patients with psoriasis in a “Questionnaire on Experience with Skin Complaints.” *Dermatology*, 1996; 193: 304-310.

48. Fila-Jankowska A.: Samoocena autentyczna. Co ukrywamy sami przed sobą. Warszawa: Wydawnictwo SWPS „Academika”, 2009: 15-45.
49. Leary M.R., Tate E.B., Adams C.E., Allen A.B., Hancock J.: Self-compassion, and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *J. Pers Soc Psychol*, 2007; 92: 887-904.
50. Neff K.: Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2003; 2: 85-101.
51. Dzwonkowska I.: Współczucie wobec samego siebie (self compassion) jako moderator wpływu samooceny globalnej na afektywne funkcjonowanie ludzi. *Psychologia społeczna*, 2011; 1: 67-80.
52. Dzwonkowska I., Lachowicz-Tabaczek K., Łaguna M.: Samoocena i jej pomiar. Polska adaptacja skali SES M. Rosenberga. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2008:164-176.
53. Herbst I., Jemec G.B.E.: Body Dysmorphic Disorder in Dermatology: a Systematic Review; *Psychiatric Quarterly*, 2020; 91: 1003–1010.
54. Brohede S., Wyon Y., Wingren G., Wijma B., Wijma K.: Body dysmorphic disorder in female Swedish dermatology patient. *Int J Dermatol.*, 2017; 56(12): 1387-1394.
55. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B., Löwe B.: An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. *Psychosomatics*, 2009; 50: 613–621.
56. Löwe B., Wahl I., Rose M. et al: A 4-item measure of depression and anxiety: validation and standardization of the Patient Health Questionnaire-4 (PHQ-4) in the general population. *J Affect Disord*, 2010; 122: 86–95.
57. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B.: The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. *Med Care*, 2003; 41: 1284–1292.
58. Löwe B., Kroenke K., Gräfe K.: Detecting, and monitoring depression with a two-item questionnaire (PHQ-2). *J Psychosom Res*, 2005; 58: 163–171.
59. Lawrence J.W., Rosenberg L., Rimmer R.B., Thombs B.D., Fauerbach J.A.: Perceived stigmatization and social comfort: validating the constructs and their measurement among pediatric burn survivors. *Rehabil. Psychol.*, 2010; 55: 360-371.

60. Lawrence J.W., Fauerbach J.A., Heinberg L.J., Doctor M., Thombs B.D.: The reliability and validity of the Perceived Stigmatization Questionnaire (PSQ) and the Social Comfort Questionnaire (SCQ) among an adult burn survivor sample. *Psychol Assess.* 2006; 18(1): 106-11
61. Lawrence J.W., Rosenberg L., Mason S., Fauerbach J.A.: Comparing parent and child perceptions of stigmatizing behavior experienced by children with burn scars. *Body Image* Volume 8, Issue 1, January 2011: 70-73
62. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R.: A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior* 1983: 385-396
63. Cohen S., Williamson G.: Perceived stress in a probability sample of the United States. W: S. Spacapan, S. Oskamp (Eds.): *The Social Psychology of Health*. Sage, Newbury Park, CA, 1988: 31-67.
64. Ritter V., Fluhr J.W., Schliemann-Willers S., Elsner P., Strauss B., Stangier U.: Body dysmorphic concerns, social adaptation, and motivation for psychotherapeutic support in dermatological outpatients. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft*, 2016; 14(9): 901–908.
65. Schieber K., Kollei I., de Zwaan M., Martin A.: The Dysmorphic Concern Questionnaire in the German General Population: Psychometric Properties and Normative Data. *Aesthetic Plast Surg.* 2018; 42(5): 1412-1420.
66. Stangier U., Janich C., Adam-Schwebe S., Berger P., Wolter M.: Screening for body dysmorphic disorder in dermatological outpatients. *Dermatol Psychosom*, 2023; 4: 66–71.
67. Mancuso S.G., Knoesen N.P., Castle D.J.: The Dysmorphic Concern Questionnaire: a screening measure for body dysmorphic disorder. *Aust N Z J Psychiatry*, 2010; 44: 535–542.
68. Balestroni G., Bertolotti G.: EuroQol-5D (EQ-5D): an instrument for measuring quality of life. *Monaldi Arch Chest Dis.*, 2012; 78(3):155-9.
69. Dimitrov D., Szepietowski J.C.: Stigmatization in dermatology with a special focus on psoriatic patients. *Advances Hygiene Exper Med*, 2017; 71: 1115–1122.
70. Richards H.L., Fortune D.G., Griffiths C.E., Main C.J.: The contribution of perceptions of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*, 2001; 50:11–15.

71. Wittkowski A., Richards H.L., Griffiths C.E., Main C.J.: The impact of psychological and clinical factors on quality of life in individuals with atopic dermatitis. *J Psychosom Res*, 2004; 57: 195–200.
72. Germain N., Augustin M., François C., Legau K., Bogoeva N., Desroches M., et al.: Stigma in visible skin diseases – a literature review and development of a conceptual model. *J Eur Acad Dermatol*, 2021; 35: 1493–1504.
73. Stangl A.L., Earnshaw V.A., Logie C.H., van Brakel W., Simbayi L.C., Barré I., et al.: The Health Stigma and Discrimination Framework: a global, crosscutting framework to inform research, intervention development, and policy on health-related stigmas. *BMC Med*, 2019; 17:31.
74. Van Beugen S., Schut C., Kupfer J., Bewley A.P., A. Finlay Y., Gieler U., Thompson A.R., Gracia-Cazaña T., Balieva F., Ferreira B.R., Jemec G.B., Lien L., Misery L., Marron S.E., Ständer S., Zeidler C., Szabó C., Szepietowski J.C., Reich A., Elyas A., Altunay I.K., Legat F.J., Grivcheva-Panovska V., Romanov D.V., Lvov A.N., TitecaG., Sampogna F., Vulink N.C., Tomás-Aragones L., Evers A.W.M., Dalgard F.J.: Perceived Stigmatization among dermatological Outpatients Compared with Controls: An Observational Multicentre Study in 17 European Countries; *Acta Derm Venereol.*, 2023; 22: 103
75. Zimoląg I., Reich A., Szepietowski J.C.: Influence of psoriasis on the ability to work. *Acta Derm Venereol*, 2009; 89: 575–576.
76. Ginsburg I.H., Link B.G.: Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *J Am Acad Dermatol*, 1989; 20: 53–63.
77. Tyc-Zdrojewska E., Trznadel-Grodzka E., Kaszuba A.: Wpływ przewlekłych chorób skóry na jakość życia pacjentów. *Dermatol Klin*, 2011; 13: 155-160.
78. Szepietowski J., Pacan P., Reich A., Grzesiak M.: Zaburzenia psychiczne u osób z chorobami skóry. W: *Psychodermatologia*. Szepietowski J, Pacan P, Reich A., Grzesiak M. Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, Wrocław 2012; 145-153.
79. Golpour M., Hosseini S., Khoademlo M., Ghasemi M., Ebadi A., Koohkan F., Shahmohammadi S.: Depression and anxiety disorders among patients with psoriasis: a hospital-based case-control study. *Dermatol Res Pract*, 2012; 1: 1-5.

80. Śpila B., Jazienicka I., Pucula J.: Analiza czynników psychogennych u chorych na schorzenia skóry. *Dermatol Klin*, 2004; 6: 137-141.
81. Hrehorów E., Reich A., Szepietowski J.: Jakość życia chorych na łuszczycę: zależność od świądu, stresu i objawów depresyjnych. *Dermatol Klin*, 2007; 9: 19-23.
82. Gupta M., Gupta A.: Age, and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *Int J Dermatol*, 1995; 34: 700–703.
83. Reich A., Szepietowski J.C., Wiśnicka B., Pacan P.: Does stress influence itching in psoriatic patients? *Dermatol Psychosom*, 2003; 4: 151–155.
84. Verhoeven E.W., Kraaimaat F.W., Jong E.M., Schalkwijk J., van de Kerkhof P.C., Evers A.W.: Effect of daily stressors on psoriasis: a prospective study. *J Invest Dermatol*, 2009; 129: 2075–2077.
85. Evers A.W., Verhoeven E.W., Kraaimaat F.W., de Jong E.M., de Brouwer S.J., Schalkwijk J., et al.: How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis. *Br J Dermatol*, 2010; 163: 986–991.

## 9. Streszczenie

Stygmatyzacja, czyli etykietowanie to zjawisko wiążące się z potępieniem osoby lub grupy osób w społeczeństwie. Wiele schorzeń jest obecnie uznawanych za piętnujące osoby na nie cierpiące, a wśród nich często wymieniane są choroby skóry. Pacjenci z dolegliwościami skórnymi mogą często wykazywać współistnienie chorób psychicznych, a także obniżoną jakość życia. Choroby skóry mają znaczący wpływ na sposób postrzegania chorych przez otoczenie, a także na ich własne samopoczucie.

Stygmatyzacja i zaburzenia wizerunku ciała są ważnymi miernikami obciążenia chorobami dermatologicznymi. Zjawiska te wydają się być częstym i ważnym problemem wśród pacjentów dermatologicznych. Są to schorzenia znacznie obniżające jakość życia pacjentów, a więc wpływającą także na ich stan zdrowia psychicznego.

### **Założenia:**

Celem przedstawionej pracy było zbadanie obciążenia psychospołecznego chorobami skóry poprzez ocenę zjawiska stygmatyzacji i zaburzeń dysmorficznych ciała w grupie pacjentów z chorobami skóry w Polsce w porównaniu z grupą kontrolną. Zgodnie z wiedzą literaturową założono, iż osoby chore charakteryzują się wyższym odczuciem stygmatyzacji i zaburzeń obrazu własnego ciała w porównaniu do osób zdrowych.

### **Material i metody:**

Badaniem objęto 250 pacjentów Przychodni Dermatologicznej w wieku od 13 do 88 lat oraz 125 osób zdrowych w wieku od 18 do 75 lat. Do badania został wykorzystany zestaw kwestionariuszy zawierający: Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta (PHQ-4) na podstawie którego oceniane były zaburzenia nastroju pod postacią objawów depresji oraz zaburzeń lękowych, Kwestionariusz Postrzeganej Stygmatyzacji (PSQ) oceniający postrzegane stygmatyzowanie i doświadczenia społeczne osób z chorobami skóry, Kwestionariusz Dysmorficzny (DCQ) oceniający zaburzenia o charakterze BDD, Kwestionariusz (PSS) używany do pomiaru postrzeganego stresu, Wizualna Analogowa Skala Stanu Zdrowia (EQ5D) wykorzystywana do oceny przez badanych ich ogólnego stanu zdrowia. Następnie pacjenci zostali zbadani i zdiagnozowani przez lekarza w Przychodni Dermatologicznej. Na podstawie uzyskanych wyników została

oceniona częstość występowania zaburzeń o charakterze BDD, depresji i zaburzeń lękowych oraz różnice w poziomie stygmatyzacji u pacjentów w porównaniu z grupą kontrolną

### **Wyniki:**

Pacjenci z chorobami skóry są stygmatyzowani przez społeczeństwo, a poziom stygmatyzacji jest podobny u obu płci. Poczucie stygmatyzacji wśród pacjentów z chorobami skóry pozytywnie koreluje z odczuwanym przez nich stresem, niezadowoleniem z własnego wyglądu, przebywaniem na zwolnieniu lekarskim czy na emeryturze, natomiast nie dostarczono dowodów na korelację z trudnościami ekonomicznymi, stanem cywilnym wolnym, czy niższym poziomem wykształcenia.

Ponadto u pacjentów ze schorzeniami dermatologicznymi częściej występują zaburzenia dysmorficzne ciała w porównaniu z osobami bez tych schorzeń. Dodatkowo częściej przejawiają oni zaburzenia lękowe i depresyjne, a także częściej prezentują myśli samobójcze niż osoby zdrowe.

### **Wnioski:**

Pacjenci cierpiący na choroby skóry, którzy przejawiają zaburzenia psychiczne, obniżony nastrój, dolegliwości o charakterze BDD, którzy są stygmatyzowani przez społeczeństwo wymagają leczenia specjalistycznego w pionie psychologicznym/psychiatrycznym w stopniu porównywalnym do leczenia zmian skórnych. Pacjenci dermatologiczni bez wątplenia wymagają całościowego podejścia terapeutycznego z uwzględnieniem strategii przeciw piętnowaniu. Wyniki badania być może przyczynią się do poprawy warunków leczenia oraz opieki nad pacjentem dermatologicznym, a tym samym do uzyskania szybszej remisji choroby i poprawy jakości życia pacjentów.

## **10. Abstract**

### **Background:**

Stigmatization, or labeling, is a phenomenon involving the condemnation of a person or group of people in society. Many conditions are now considered stigmatizing to those who suffer from them, and skin diseases are often mentioned among them. Patients with skin ailments can often exhibit comorbid mental illnesses, as well as a reduced quality of life. Skin diseases have a significant impact on how patients are perceived by those around them, as well as on their own well-being.

Stigmatization and body image disturbances are important measures of the burden of dermatological diseases. These phenomena appear to be a frequent and important problem among dermatological patients. These are conditions that significantly reduce patients' quality of life, thus also affecting their mental health.

### **Assumptions:**

The aim of the presented study was to investigate the psychosocial burden of skin diseases by assessing the phenomenon of stigma and body dysmorphic disorder in a group of patients with skin diseases in Poland compared to a control group. In accordance with the knowledge of the literature, it was assumed that sick people are characterized by higher feelings of stigma and body image disorders compared to healthy people.

### **Material and methods:**

The study included 250 patients of the Dermatology Outpatient Clinic, aged 13 to 88 years, and 125 healthy subjects, aged 18 to 75 years. A set of questionnaires was used for the study, including: Patient Health Questionnaire (PHQ-4) on which mood disorders in the form of depressive symptoms and anxiety disorders were assessed, Perceived Stigma Questionnaire (PSQ) assessing the perceived stigma and social experiences of people with skin diseases, Dysmorphic Questionnaire (DCQ) assessing BDD-like disorders, Questionnaire (PSS) used to measure perceived stress, Visual Analog Health Status Scale (EQ5D) used to have subjects assess their overall health. Patients were then examined



and diagnosed by a physician at the Future Dermatology Clinic. Based on the results, the prevalence of BDD, depression and anxiety disorders was assessed, as well as differences in the level of stigma in patients compared to the control group.

### **Results:**

Patients with skin diseases are stigmatized by society, and the level of stigma is similar in both sexes. The sense of stigma among patients with skin diseases positively correlates with their perceived stress, dissatisfaction with their appearance, being on sick leave or retired, while no evidence was provided for a correlation with economic hardship, marital status free, or lower education level

In addition, patients with dermatological conditions are more likely to have body dysmorphic disorders compared to those without these conditions. In addition, they are more likely to manifest anxiety and depressive disorders, and more likely to present suicidal thoughts than healthy individuals.

### **Conclusions:**

Patients with skin diseases who manifest psychological disorders, depressed mood, BDD-like complaints, who are stigmatized by society require specialized treatment in the psychological/psychiatric vertical to a degree comparable to the treatment of skin lesions. Dermatological patients undoubtedly require a holistic therapeutic approach including strategies against stigma. The results of the study will perhaps contribute to improving the conditions of treatment and care of dermatological patients, thereby achieving faster remission of the disease and improving the quality of life of patients.

## **11. Spis załączników**

Załącznik nr 1 – Kwestionariusz Pacjenta

Załącznik nr 2 – Kwestionariusz Grupy Kontrolnej

Załącznik nr 3 – Kwestionariusz Zdrowia Pacjenta, PHQ-4

Załącznik nr 4 – Kwestionariusz Postrzeganej Stygmatyzacji, PSQ

Załącznik nr 5 – Skala Postrzeganego Stresu, PSS-10

Załącznik nr 6 – Kwestionariusz Zaburzeń Dymorficznych, DCQ

Załącznik nr 7 - Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia EQ-5D

## Kwestionariusz

(We wszystkich pytaniach proszę postawić krzyżyk w kratce obok wybranej odpowiedzi, może Pan/Pani pominąć pytania, na które nie chce Pan/Pani odpowiadać.)

Wiek: \_\_\_\_\_ lat

Płeć: Mężczyzna  Kobieta

W jakim kraju się Pan/Pani urodził/a? \_\_\_\_\_

Z którego kraju Pan/Pani pochodzi? \_\_\_\_\_

Od jak dawna mieszka Pan/Pani w (nazwa kraju)? \_\_\_\_ lat

Jakie jest Pana/Pani najwyższe wykształcenie? \_\_\_\_\_

Jaki jest Pana/Pani stan cywilny?

Kawaler/Panna

Zamężny/a / w związku partnerskim

Czy mieszka Pan/Pani ze swoim partnerem? Tak  Nie

Czy Pan/Pani pracuje?

Zatrudniony

Uczeń/Student

Na zwolnieniu chorobowym

Na emeryturze

Bezrobotny

Jaki jest dochód Pana/Pani gospodarstwa domowego?

Niski

Średni

Wysoki

Czy doświadczył/a Pan/Pani poważnych problemów finansowych w ciągu ostatnich 5 lat?

Tak  Nie

**Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy w Pana/Pani życiu miały miejsce jakieś stresujące wydarzenia (poważna choroba, śmierć bliskiego przyjaciela lub członka rodziny, wypadek, rozwód lub inne wydarzenia)?**

Tak  Nie

**W przybliżeniu, ile Pan/Pani waży? \_\_\_\_\_**

**ile ma Pan/Pani wzrostu? \_\_\_\_\_**

**W jakim wieku (orientacyjnie) zaczęła się Pana/Pani choroba skóry? \_\_\_\_\_ lat**

**Jakie było nasilenie Pana/Pani choroby skóry w ciągu ostatniego roku?**

Łagodnie

Umiarkowane

Ciężkie

**Jak bardzo nasiloną jest Pana/Pani choroba skóry w chwili obecnej?**

Łagodnie

Umiarkowanie

Ciężko

**Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani myśli samobójcze? Tak  Nie**

**Jeśli tak: jak często się to zdarza?**

Każdego dnia

Raz na tydzień

Raz na miesiąc

Kilka razy w roku

**Czy kiedykolwiek miał Pan/Pani myśli samobójcze z powodu stanu skóry?**

Tak  Nie

**Jeśli tak: jak często się to zdarza?**

Każdego dnia

Raz na tydzień

- Raz na miesiąc
- Kilka razy w roku

**Jak często dochodziło u Pana/Pani do zaostrzenia choroby skóry w ostatnim roku?**

- Codziennie
- Co tydzień
- Co miesiąc
- Kilka razy w ciągu roku

**W jakich miejscach ma Pan/Pani obecnie nasilenie zmian skórnych? (można zaznaczyć kilka odpowiedzi)**

- Twarz/szyja
- Skóra owłosiona głowy
- Kończyny górne
- Tułów
- Kończyny dolne
- Okolica narządów płciowych
- Inne okolice

**Jak bardzo jest Pan/Pani zadowolony/a ze swojego wyglądu?**

- Bardzo zadowolony/a
- Dość zadowolony/a
- Mam obojętny stosunek
- Raczej niezadowolony/a
- Bardzo niezadowolony/a

**Czy odczuwa Pan/Pani obecnie świąd (w ciągu ostatnich 24 godzin)?**

- Tak  Nie

**Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na następujące pytania:**

**Od jak dawna utrzymuje się u Pana/Pani świąd?**

- Krócej niż 6 tygodni

6 tygodni lub dłużej



**Jak bardzo nasilony jest Pana/Pani świąd?** (proszę zaznaczyć w X w odpowiednim polu)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Brak świądu

Najgorszy możliwy do wyobrażenia świąd

**Proszę określić jakie jeszcze odczucia towarzyszą świądowi**

**Tylko świąd** Tak  Nie

**Palenie** Tak  Nie

**Kłucie** Tak  Nie

**Ból** Tak  Nie

**Inne** Tak  Nie

*Ten kwestionariusz dotyczy ostatnich 7 dni. Proszę wybrać tylko jedną odpowiedź do każdego pytania*

<b>Jak często doświadczył/a Pan/Pani świądu, palenia, klucia, mrowienia lub bólu skóry?</b>	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
<b>W jakim stopniu świąd negatywnie wpływa na Pana/Pani życie codzienne (np. jeśli z jego powodu musi Pan/Pani nosić</b>	W ogóle	Nieznacznie	Trochę	Mocno	Bardzo mocno

<b>szczególne ubrania), czas wolny i/lub pracę?</b>					
<b>W jakim stopniu świąd sprawia, że czuje się Pan/Pani gorszy w kontaktach z innymi ludźmi (np. zakłopotany/a, niepewny/a)?</b>	W ogóle	Nieznaczenie	Trochę	Mocno	Bardzo mocno
<b>W jakim stopniu świąd ma negatywny wpływ na Pana/Pani sen?</b>	W ogóle	Nieznaczenie	Trochę	Mocno	Bardzo mocno
<b>W jakim stopniu świąd wywiera wpływ na radość z życia i nastrój?</b>	W ogóle	Nieznaczenie	Trochę	Mocno	Bardzo mocno

**Dla lekarza**

**Rozpoznanie dermatologiczne I (ICD-10) \_\_\_\_\_**

**Nasilenie:**

Łagodne

Umiarkowane

Ciężkie

**Rozpoznanie dermatologiczne II (ICD-10) \_\_\_\_\_**

**Nasilenie:**

Łagodnie

Umiarkowane

Ciężkie

**Czy dostrzegasz objawy zaburzeń depresyjnych u pacjenta?** Tak Nie

**Czy dostrzegasz objawy zaburzeń lękowych u pacjenta?** Tak Nie

**Czy pacjent leczony jest z powodu choroby przewlekłej?**

Schorzenia sercowo-naczyniowe Tak  Nie

Przewlekła choroba płuc Tak  Nie

Cukrzyca Tak  Nie

Choroby reumatologiczne Tak  Nie

Inne schorzenia Tak  Nie  *Jeśli tak, proszę*

*uściślić:* \_\_\_\_\_



Numer identyfikacyjny- \_\_\_\_\_

Ośrodek \_\_\_\_\_

Data \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

### Kwestionariusz

*(We wszystkich pytaniach proszę postawić krzyżyk w kratce obok wybranej odpowiedzi, może Pan/Pani pominąć pytania, na które nie chce Pan/Pani odpowiadać)*

Wiek: \_\_\_\_\_ lat

Płeć: Mężczyzna  Kobieta

W jakim kraju się Pan/Pani urodził/a? \_\_\_\_\_

Z którego kraju Pan/Pani pochodzi? \_\_\_\_\_

Od jak dawna mieszka Pan/Pani w (nazwa kraju)? \_\_\_ lat

Jakie jest Pana/Pani wykształcenie? \_\_\_\_\_

### Jaki jest Pana/Pani stan cywilny?

Kawaler/Panna

Zamężny/a / w związku partnerskim

Czy mieszka Pan/Pani ze swoim partnerem? Tak  Nie

### Czy Pan/Pani pracuje?

Zatrudniony

Uczeń/Student

Na zwolnieniu chorobowym

Na emeryturze

Bezrobotny

### Jaki jest dochód Pana/Pani gospodarstwa domowego?

Niski

Średni

Wysoki

**Czy doświadczył/a Pan/Pani poważnych problemów finansowych w ciągu ostatnich 5 lat?**

Tak  Nie

**Czy w okresie ostatnich 6 miesięcy w Pana/Pani życiu miały miejsce jakieś stresujące wydarzenia (poważna choroba, śmierć bliskiego przyjaciela lub członka rodziny, wypadek, rozwód lub inne wydarzenia)?**

Tak  Nie

**W przybliżeniu, ile Pan/Pani waży? \_\_\_\_\_**

**ile ma Pan/Pani wzrostu? \_\_\_\_\_**

**Czy leczy się Pan/Pani z powodu jakiejś choroby przewlekłej?**

Choroby skóry Tak  Nie

Schorzenia sercowo-naczyniowe Tak  Nie

Przewlekła choroba płuc Tak  Nie

Cukrzyca Tak  Nie

Choroby reumatologiczne Tak  Nie

Inne schorzenia Tak  Nie  *Jeśli tak, proszę uściślić:*

\_\_\_\_\_

**Czy kiedykolwiek miał/a Pan/Pani myśli samobójcze?**

Tak  Nie

**Jeśli tak: jak często się to zdarza?**

Każdego dnia

Raz na tydzień

Raz na miesiąc

Kilka razy w ciągu roku

**Ogólnie jak bardzo jest Pan/Pani zadowolony/a ze swojego wyglądu?**

Bardzo zadowolony/a

Dość zadowolony/a

Mam obojętny stosunek

Raczej niezadowolony/a

Bardzo niezadowolony/a

**Czy odczuwa Pan/Pani obecnie świąd (w ciągu ostatnich 24 godzin)?**

Tak  Nie

**Jeśli tak, proszę odpowiedzieć na następujące pytania:**

**Od jak dawna utrzymuje się u Pana/Pani świąd?**

Krócej niż 6 tygodni

6 tygodni lub dłużej

**Jak bardzo nasilony jest Pana/Pani świąd? (proszę zaznaczyć w X w odpowiednim polu)**

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Brak świądu

Najgorszy możliwy do wyobrażenia świąd

**Proszę określić jakie jeszcze odczucia towarzyszą świądowi**

**Tylko świąd** Tak  Nie

**Palenie** Tak  Nie

**Kłucie** Tak  Nie

**Ból** Tak  Nie

**Inne** Tak  Nie

**PHQ-4** (*The Patient Health Questionnaire*)**Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania**

Jak często martwił/a się Pan/Pani poniższymi problemami w ciągu ostatnich 2 tygodni?

(proszę zakreślić kółkiem wybraną odpowiedź)

1.	Niewielkie zainteresowanie lub odczuwana przyjemność z wykonywania różnych czynności	<i>W ogóle</i>	<i>Przez kilka dni</i>	<i>Więcej niż połowę dni</i>	<i>Prawie każdego dnia</i>
2.	Odczuwał/a Pan/Pani obniżony nastrój, depresję lub uczucie beznadziejności	<i>W ogóle</i>	<i>Przez kilka dni</i>	<i>Więcej niż połowę dni</i>	<i>Prawie każdego dnia</i>
3.	Odczuwał Pan/Pani zdenerwowanie, niepokój lub czuł/a się Pan/Pani „na krawędzi”?	<i>W ogóle</i>	<i>Przez kilka dni</i>	<i>Więcej niż połowę dni</i>	<i>Prawie każdego dnia</i>
4.	Nie był/a Pan/Pani w stanie przestać się zamartwiać?	<i>W ogóle</i>	<i>Przez kilka dni</i>	<i>Więcej niż połowę dni</i>	<i>Prawie każdego dnia</i>

PSQ (*Perceived Stigmatisation Questionnaire*)

**Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania odnośnie do tego, jakie odczucia towarzyszą kontaktom z innymi ludźmi (proszę zakreślić kółkiem najbardziej adekwatną odpowiedź)**

1.	Ludzie unikają patrzenia na mnie	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
2.	Nieznajomi wydają się zaskoczeni lub przestraszeni, gdy mnie widzą	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
3.	Ludzie nie wiedzą, co do mnie powiedzieć	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
4.	Ludzie mi współczują	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
5.	Ludzie nie wiedzą, jak zachowywać się w mojej obecności	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
6.	Ludzie odwracają się, by spojrzeć na mnie jeszcze raz	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
7.	Nieznajomi wpatrują się we mnie	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
8.	Ludzie wydają się zakłopotani moim wyglądem	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
9.	Ludzie czują się swobodnie w moim towarzystwie*	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>

10.	Nieznajomi są grzeczni wobec mnie*	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
11.	Nieznajomi mówią mi “cześć” *	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
12.	Ludzie są wobec mnie przyjaźni	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
13.	Ludzie, których nie znam uśmiechają się do mnie w przyjazny sposób*	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
14.	Ludzie są dla mnie uprzejmi*	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
15.	Ludzie są dla mnie mili*	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
16.	Ludzie traktują mnie z szacunkiem*	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
17.	Ludzie nazywają mnie po imieniu	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
18.	Ludzie się ze mnie naśmiewają	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
19.	Ludzie się nade mną znęcają	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
20.	Ludzie się ze mnie śmieją	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>
21.	Ludzie się mnie czepiają	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Zawsze</i>

**PSS-10** (*Perceived Stress Scale*)

Poniższe pytania dotyczą Pana/Pani odczuć i myśli w **ciągu ostatniego miesiąca** (proszę zaznaczyć odpowiedź, która wydaje się najbardziej adekwatna).

W ciągu ostatniego miesiąca jak często Pan/Pani...

1.	był/a zdenerwowany powodu czegoś, co wydarzyło się niespodziewanie?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
2.	czuł/a, że nie potrafi kontrolować ważnych wydarzeń w życiu?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
3.	czuł/a się nerwowo/a i zestresowany/a?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
4.	czuł/a pewność, że poradzi sobie ze swymi problemami osobistymi?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
5.	czuł/a, że sprawy przebiegają po Pana/Pani myśli?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
6.	czuł/a, że nie jest w stanie poradzić sobie ze wszystkimi rzeczami, które ma Pan/Pani do zrobienia?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
7.	był/a w stanie panować nad irytacją?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
8.	czuł/a, że wszystko ma Pan/Pani pod kontrolą?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>

9.	czuł/a złość z powodu spraw, które były poza Pana/Pani kontrolą?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>
10.	czuł/a, że trudności nawarstwiają się tak bardzo, że nie jest Pan/Pani w stanie sobie poradzić z nimi?	<i>Nigdy</i>	<i>Prawie nigdy</i>	<i>Czasami</i>	<i>Często</i>	<i>Bardzo często</i>



DCQ (*Dysmorphic Concern Questionnaire*)

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania dotyczące odczuć związanych ze swoim ciałem (proszę zaznaczyć kółkiem odpowiedź, która wg Pana/Pani jest odpowiednia)

## Czy kiedykolwiek...

1.	<b>Był/a Pan/Pani zaniepokojony/a pewnymi aspektami swego wyglądu?</b>	Nigdy	Podobnie, jak inni	Bardziej niż inni	Dużo bardziej niż inni
2.	<b>Uważał/a się Pan/Pani za osobę nieprawidłowo zbudowaną/zniekształconą?</b> (nos/włosy/skóra/narządy płciowe/budowa ciała)	Nigdy	Podobnie, jak inni	Bardziej niż inni	Dużo bardziej niż inni
3.	<b>Uważał Pan/Pani swe ciało za funkcjonujące w sposób nieprawidłowy? (nieprzyjemny zapach ciała, wzdęcia, pocenie się)</b>	Nigdy	Podobnie, jak inni	Bardziej niż inni	Dużo bardziej niż inni
4.	<b>Konsultował/a się Pan/Pani lub odczuwał/a potrzebę konsultacji z chirurgiem plastycznym lub dermatologiem lub lekarzem innej specjalności z powodu powyższych problemów?</b>	Nigdy	Podobnie, jak inni	Bardziej niż inni	Dużo bardziej niż inni
5.	<b>Inni ludzie mówili Panu/Pani, że jest Pan/Pani osobą normalną pomimo faktu, iż Pan/Pani był/a</b>	Nigdy	Podobnie, jak inni	Bardziej niż inni	Dużo bardziej niż inni

	<b>przekonany, że coś jest nie tak z wyglądem lub funkcjonowaniem ciała?</b>				
6.	<b>Poświęcał/a Pan/Pani wiele czasu martwiąc się defektem w wyglądzie lub funkcjonowaniem ciała?</b>	Nigdy	Podobnie, jak inni	Bardziej niż inni	Dużo bardziej niż inni
7.	<b>Poświęcał/a Pan/Pani wiele czasu ukrywając defekty wyglądu lub funkcjonowania ciała?</b>	Nigdy	Podobnie, jak inni	Bardziej niż inni	Dużo bardziej niż inni



Załącznik nr 7

## **Kwestionariusz Dotyczący Zdrowia**

**wersja polska do użytku w Polsce**

*(Polish version for Poland)*

Chcielibyśmy wiedzieć jak dobre lub jak złe jest Pana/Pani zdrowie  
DZISIAJ.

Ta skala jest ponumerowana od 0 do 100.

100 oznacza najlepsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić.

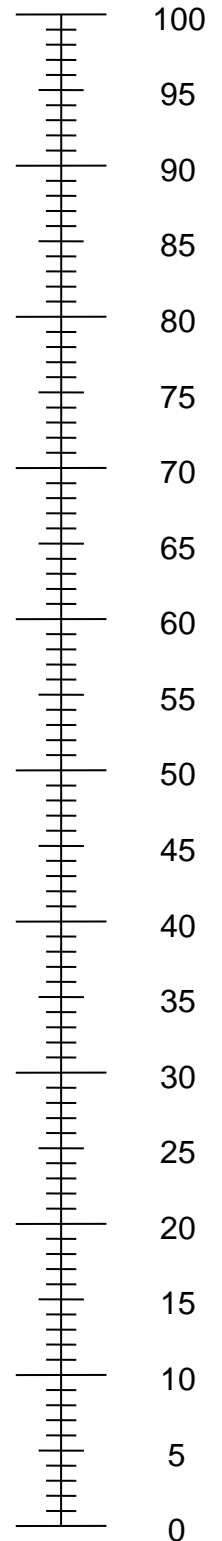
0 oznacza najgorsze zdrowie jakie można sobie wyobrazić.

Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) miejsce na skali, które pokazuje jakie jest  
Pana/Pani zdrowie DZISIAJ.

Teraz liczbę, którą zaznaczył/a Pan/i na skali proszę wpisać w okienko  
poniżej.

PANA/PANI ZDROWIE DZISIAJ =

Najlepsze zdrowie  
jakie można sobie  
wyobrazić



Najgorsze zdrowie  
jakie można sobie  
wyobrazić