

Prof. UKSW, dr hab. ks. Jan Bielecki

Prof. UKSW, dr hab. Jacek Kazimierz Zabłocki

Mgr Monika Królikowska

*Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego  
w Warszawie*

## **Style radzenia sobie ze stresem u osób z chorobami dermatologicznymi**

### **Wprowadzenie**

Niewątpliwie, najcenniejszą wartością dla każdego człowieka jest zdrowie. Człowiek zdrowy pomimo różnych trudności potrafi cieszyć się życiem i dobrze funkcjonuje. Ale kiedy stan jego zdrowia ulega poważnemu pogorszeniu, kiedy pojawia się jakaś choroba, jego funkcjonowanie osobiste, intelektualno-psychiczne i społeczne ulega poważnemu zakłóceniu. Często tacy ludzie izolują się od otoczenia walcząc ze sobą samym i z otoczeniem.

Każda choroba przewlekła a w tym także choroba skóry w znacznym stopniu wpływa na codzienne funkcjonowanie człowieka. Objawy towarzyszące schorzeniom skóry są źródłem negatywnych reakcji społeczeństwa. Chorzy na choroby skóry często narażeni są na złośliwe uwagi ze strony otoczenia. W takim przypadku choroba skóry staje się źródłem nieustannego stresu. Stres ten może być spowodowany albo przebiegiem samej choroby, albo różnymi sytuacjami społecznymi. Pojawiające się na skórze zmiany często są przyczyną negatywnej oceny własnego obrazu siebie i mniejszej atrakcyjności. Taka sytuacja może i często wpływać na jakość życia chorego.

Mając na uwadze stres, jaki pojawia się u osób chorych na choroby skórne, jak i negatywną ocenę jakości swego życia, pragniemy w tym artykule odpowiedzieć na pytanie, czy osoby chore na choroby dermatologiczne różnią się od osób zdrowych pod względem stylów radzenia sobie ze stresem.

W tym celu zostało przebadanych 50 chorych na choroby dermatologiczne oraz 50 osób zdrowych. Badania miały charakter indywidualny.

Do zbadania stylów radzenia sobie ze stresem wykorzystano Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS N. S. Endlera i J.D.A. Parkera w polskiej adaptacji Piotra Szczepaniaka, Jana Strelaua i Kazimierza Wrześniewskiego (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2005).

### **1. Charakterystyka chorób skórnych**

Każda choroba w większym lub mniejszym stopniu zaburza funkcjonowanie człowieka. Dzieje się tak szczególnie gdy mamy do czynienia z chorobą przewlekłą. Objawy towarzyszące chorobom przewlekłym w sposób istotny wpływają na psychikę osoby i stają się przyczyną wielu problemów

psychologicznych. Choroby skóry o charakterze przewlekłym – takie jak np. łuszczyca czy atopowe zapalenie skóry, wpływają istotnie na funkcjonowanie i jakość życia osoby chorej. Przewlekła choroba skóry jest niewątpliwie dla chorego sytuacją trudną. W takiej sytuacji zostają uruchomione mechanizmy radzenia sobie ze stresem. Jednak istotną rolę w takich sytuacjach odgrywają cechy osobowości chorego, takie jak np. procesy obronne, temperament, odporność emocjonalna czy poziom tolerancji (por. Kmieć, Broniarczyk-Dyła, 2009, s. 238.) W radzeniu sobie z chorobą przewlekłą wielkie znaczenie ma również budowa, wiek i funkcjonowanie organizmu. Choroby skóry, których objawy manifestują się w sposób widoczny mają istotny wpływ na komfort życia chorej osoby.

### 1.1. Łuszczyca

Jedną z najczęściej występujących chorób skóry jest łuszczyca. Szacuje się, że dotyka 2% polskiej populacji. Częstość jej występowania jest mniej więcej taka sama u kobiet jak i u mężczyzn. Łuszczyca należy do chorób przewlekłych, której przebieg ma charakter nawrotowy. Obraz morfologiczny łuszczycy i nasilenie towarzyszących jej zmian mogą być bardzo różne, począwszy od pojedynczych ognisk aż do obejmujących całą powierzchnię skóry (Jabłońska, Chorzelski, 2002, s. 206). Przyczyna łuszczycy nadal do końca nie zostaje wyjaśniona. Istota tego schorzenia tkwi w nadmiernej liczbie podziału komórek naskórka do której dochodzi w jego warstwie podstawowej a także charakterystyczny dla tego procesu zbyt szybki i nieprawidłowy cykl dojrzewania keratynocytów.

U osób mających predyspozycje genetyczne do zachorowania na łuszczycę zarówno zapoczątkowanie procesu chorobowego jak i kolejne jej nawroty następują w wyniku pojawienia się czynnika endogennego bądź egzogenego mającego charakter czynnika spustowego zapoczątkującego chorobę lub powodującego jej nawrót. Wśród czynników wewnątrzpochodnych najczęściej wymienia się niektóre infekcje bakteryjne, wirusowe, pasożytnicze, zaburzenia hormonalne, wahania poziomu hormonów a także przyjmowania niektórych leków. Natomiast do czynników zewnętrznych zalicza się różnego rodzaju czynniki fizyczne, chemiczne a także choroby skóry o charakterze zapalnym.

Niektórzy autorzy podkreślają znaczenie czynnika psychologicznego np. stres, napięcie psychiczne, konflikty emocjonalne, czy specyficzne cechy osobowości, które mogą mieć wpływ na powstanie łuszczycy jak i jej przebieg.

Wyróżnia się cztery typy łuszczycy:

1. Łuszczyca zwykła – pierwotny wykwit stanowi drobna gródka, która rozszerzając się obwodowo tworzy blaszkę łuszcycową. Występuje najczęściej na skórze głowy owłosionej, kolanach, łokciach, okolicy krzyżowej oraz na wyprostowanych powierzchniach kończyn. W przypadku zajęcia ponad 90% skóry całej powierzchni ciała człowieka dochodzi do tzw. erythrodermii.

2. Łuszczyca krostkowa – może występować jako osobna postać łuszczycy, towarzyszyć zmianom typowym dla łuszczycy zwykłej lub rozwinąć się w wyniku silnego stanu zapalnego w przebiegu łuszczycy zwykłej. Ten typ częściej występuje u kobiet i pojawia się w późniejszym wieku. Najczęstsza lokalizacja zmian skórnych to ręce i stopy.

3. Łuszczycza stawowa – występuje u 5-30% chorych ze zmianami na skórze. Dolegliwości ze strony stawów mogą wyprzedzić zmiany skórne, co ma miejsce u 10-15% pacjentów. Zapaleniu stawów nie muszą towarzyszyć zmiany na skórze i odwrotnie. Odmiana stawowa łuszczycy może prowadzić nawet do inwalidztwa.

4. Erytrodermia łuszczycowa – ma miejsce w przypadku zajęcia przez zmiany ponad 90% skóry całej powierzchni ciała (Łuczkowska, Żaba, 2011, s. 168).

W przebiegu każdej z wymienionych odmian łuszczycy zmianom skórnym mogą towarzyszyć zmiany w obrębie paznokci, ale mogą one stanowić również jedyny objaw choroby. Łuszczycza paznokci występuje u około 1/3 osób chorych na łuszczycę. Paznokcie zmienione chorobą posiadają naporstkowe wgłębienia, bruzdy, podpaznokciowe rogowacenie, zgrubienie i zmatowienie płytki paznokciowej oraz kruchość i żółte zabarwienia (Jabłońska, Chorzelski, 2002, s. 210).

## 1.2. Atopowe zapalenie skóry

Atopowe zapalenie skóry jest przewlekłą, wrodzoną i nawrotową chorobą skóry. Towarzyszą jej charakterystyczne zmiany skórne oraz uporczywy świąd. Istotą tej choroby jest nieprawidłowa reakcja immunologiczna w odpowiedzi na różne bodźce występujące w środowisku. Jest to choroba o podłożu dziedzicznym, która daje o sobie znać już w dzieciństwie. Częstość występowania atopowego zapalenia skóry wśród osób dorosłych zamieszkujących miasta szacuje się na około 1,5% (Bartoszek, 2010, s. 68).

Dużą rolę w powstawaniu atopowego zapalenia skóry odgrywają predyspozycje genetyczne oraz czynniki środowiskowe. Poza uwarunkowaną genetycznie zaburzoną reakcją immunologiczną duże znaczenie w powstawaniu tej choroby odgrywają specyficzne cechy skóry takie jak: tendencja do rogowacenia mieszkowego oraz suchość, tendencja do skurczu drobnych naczyń objawiająca się w formie liniowego zbladnięcia miejsca potarcia, a także obniżenie progu odczuwanego świądu i zbyt duża wrażliwość skóry na działanie różnych nie swoistych bodźców. Częstymi czynnikami wywołującymi również to schorzenie są alergeny wziewne a wśród nich kurz, roztocza i pyłki, pokarmy a także niektóre drożdżaki i bakterie. Z kolei wlna i detergenty to czynniki najczęściej powodujące podrażnienia u osób chorych (Jabłońska, Chorzelski, 2002, s. 181).

Wyróżnia się dwie fazy atopowego zapalenia skóry:

- typ wypryskowy, dotyczący niemowląt oraz małych dzieci. Zmiany zlokalizowane są na twarzy i dalszych częściach schorzeń. W ciężkich przypadkach możliwe jest zajęcie przez stany zapalne całej skóry ciała powodujące erytrodermię.
- typ liszajowaty, inaczej ogniskowy bądź też uogólniony, występuje u dzieci, młodzieży i osób dorosłych. Pojawia się na ograniczonych powierzchniach skóry a zmiany zlokalizowane są w dołkach łokciowych i podkolanowych. Może powodować zajęcie większej powierzchni skóry doprowadzając do erytrodermi (Silny, Czarnecka-Operacz, Gliński, Samochocki, Jenerowicz, 2010, s. 372).

## 2. Psychologiczne aspekty chorób skóry

Choroby skóry, często ze względu na nieuleczalny i przewlekły charakter stanowią poważny problem zarówno natury medycznej jak i psychologicznej. Pomiedzy chorobami skóry a czynnikami psychicznymi istnieją wzajemne powiązania. Czynniki psychologiczne np. silny stres mogą stanowić jedną z przyczyn tworzenia się i nasilania zmian skórnych towarzyszących chorobie dermatologicznej. Choroby skóry mogą zakłócać funkcjonowanie psychologiczne osoby powodując obniżenie u niej poczucie własnej wartości (Kieć-Świerczyńska, Dudek i inni, 2006 s. 553).

Choroby dermatologiczne w większości przypadków nie stanowią bezpośredniego zagrożenia życia człowieka. Jednak często powodują zmianę wyglądu osoby chorej a tym samym wpływają na postrzeganie własnej osoby oraz jej odbiór przez otoczenie. Zmiany w wyglądzie zewnętrznym stają się często przyczyną lęku innych osób przed kontaktami z chorym. Sama osoba chora może unikać kontaktu z innymi ludźmi z obawy przed ich negatywnymi reakcjami, co może wpływać na jej stan psychiczny (Pietrzak, Jankowski, Lechowska-Mazur, Krasowska, 2006, s. 15-16).

Większość chorób skóry manifestuje swoje objawy w sposób widoczny dla otoczenia, co może być przyczyną zmiany dotychczasowego komfortu życia chorego. Choroby dermatologiczne w konsekwencji mogą w pewnym stopniu upośledzać jakość życia, zakłócając pełnienie różnych ról społecznych (Korabel, Dudek, i inni, 2008, s. 248). Pojawiające się na skórze kolejne zmiany wywołują u chorej osoby różnorodne reakcje psychologiczne, a przede wszystkim jak już wyżej wspomnieliśmy lęk, złość i zawstydzenie. Chory postrzega siebie jako osobę mniej atrakcyjną, co znajduje odbicie w jego samoocenie. Odbierane ze strony otoczenia negatywne reakcje nieakceptacji, odrazy czy dystansu są przyczyną zmiany stosunku do otoczenia i powodują wycofanie się z dotychczasowej aktywności zarówno społecznej jak i zawodowej. W wielu przypadkach choroba wymusza zmianę dotychczasowych zainteresowań, postaw czy celów życiowych. Niejednokrotnie utrudnia a nawet uniemożliwia wykonywanie pracy zawodowej (por. Majkowicz, Bartosińska, 2011, s. 24).

Zarówno łuszczyca jak i atopowe zapalenie skóry zaliczane są do chorób dermatologicznych, w których istnieją zaburzenia psychofizjologiczne. Często obserwuje się zależność między pojawieniem się lub stopniem nasilenia zmian na skórze a stanem psychicznym osoby chorej. Przeżywany stres i wewnętrzne napięcia a także przeżywane konflikty prowadzą do niesprzyjających zmian aż do zmian patologicznych skóry (Pietrzak, Janowski, i inni, 2006, s. 14).

Chorzy na łuszczycę często ukrywają swoją chorobę przed otoczeniem, która uniemożliwia realizację ważnych potrzeb życiowych (Pietrzak i inni, 2006, s. 15-16). Z tej racji choroby dermatologiczne wyciskają swoje piętno na jakości życia osoby chorej. Są to sytuacje bardzo trudne i wiążą się prawie zawsze z frustracją, co jest źródłem wielkiego stresu. Łuszczyca i atopowe zapalenie skóry zalicza się do chorób dermatologicznych, w których istnieją zaburzenia psychofizjologiczne. Istnieje, zatem zależność pomiędzy pojawieniem się zmian na skórze a stanem psychicznym osoby chorej. Doświadczany stres oraz wewnętrzne napięcia prowadzą do zmian fizjologicznych organizmu do których zalicza się zmiany patologiczne skóry (Pietrzak i inni, 2006, s. 14). Te zmiany skóry informują o stanie zdrowia człowieka co

z kolei może wyrażać jego stany emocjonalne i kształtować samoocenę oraz spostrzeganie przez otoczenie. Dlatego leczenie chorób skóry powinno koncentrować się nie tylko na aspektach somatycznych ale także psychologicznych (Bogacewicz i inni, 2008, s. 223).

Problematyką zależności pomiędzy chorobami skóry a czynnikami psychicznymi zajmowali się m.in. następujący autorzy: Kieć-Świerczyńska (2006, 2008), B. Dudek (2006), Kręcisz (2006, 2008), Świerczyńska-Machura (2006, 2008), W. Dudek (2006-2008), Granczarek (2006), Turczyn (2006). Badania dotyczące jakości życia osób chorych na łuszczycę prowadzili także: Kowalewska (2010), Krajewska-Kulak (2010), Wrońska (2010), Niczyporuk (2010), Sobolewski (2010, s. 106-113) a także: Hrehorów, Reich i Szepietowski (2007, s. 19-21). Badania prowadzili również: Jankowiak, Bartoszewicz, Borzęcki (2003, s. 21-27).

Badania nad zależnością chorych na atopowe zapalenie skóry a jakością życia prowadzili także m.in. Teresiak, Czarnecka-Operacz, Janerowicz (2006, s. 250-257).

Basińska, Kasprzak (2012, 692-697) przeprowadziły badania, których celem była analiza związku pomiędzy strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby chorych na łuszczycę. Z przeprowadzonych badań wynika, że problematyka chorób skóry jest wciąż aktualnym zagadnieniem, którym zajmują się nie tylko lekarze, ale także i psychologowie.

### **3. Charakterystyka stresu**

#### **3.1. Koncepcja stresu**

Stres jest nieodłącznym elementem życia ludzkiego. Towarzyszy człowiekowi w różnych sferach życia. Dlatego skłania psychologów do zajmowania się tym zagadnieniem, który ma ogromny wpływ na funkcjonowanie człowieka. Za pionierów problematyki stresu uznaje się Claude Bernarda oraz Waltera Cannona, twórcę teorii homeostazy (Łosiak, 2007, s. 8; Terelak, 2008 s. 22-25).

Poglądy ww. badaczy wywarły duży wpływ na fizjologa Hansa Selyego, który wniósł wielki wkład do problematyki stresu. Selye podkreślał biologiczny charakter stresu rozumiejąc go jako reakcje organizmu na wymagania jakie spotyka. Stres rozumiał jako zespół niespecyficznych zmian zachodzących w organizmie (Selye, 1960, s. 17-19). Selye wyróżnił:

- Lokalny Zespół Adaptacyjny (LAS – Local Adaptation Syndrome) do którego zalicza zmiany specyficzne zachodzące w miejscu zadziałania stresora;
- Ogólny Zespół Adaptacyjny (GAS – General Adaptation Syndrome) do którego należą zmiany uogólnione, niespecyficzne, niezależne bezpośrednio od charakteru działającego bodźca. Zespół tych zmian stanowi istotę stresu opisywanego przez Selyego.

Obejmuje on trzy stadia:

- Stadium reakcji alarmowej w którym następuje mobilizacja sił obronnych organizmu do zwalczania czynnika szkodliwego. Wyróżnia się tutaj fazę szoku podczas której obserwuje się

wpływ czynnika działającego na organizm, pojawienie się sygnałów pobudzenia w celu obrony albo wskaźników uszkodzenia organizmu. Druga faza tego stadium to faza przeciwdziałania szokowi, do której zalicza się reakcje obronne i współwystępujące wraz z nimi zmiany w funkcjach fizjologicznych organizmu. W przypadku bardzo silnego stresora odporność organizmu może obniżyć się do zera i spowodować jego śmierć.

- Stadium odporności to faza w której organizm znajduje się w stanie adaptacji do działającego stresora. Organizm osiąga poziom odporności powyżej normy.
- Stadium wyczerpania następuje w wyniku zbyt silnego bądź długotrwałego działania szkodliwego bodźca, na skutek czego dochodzi do utraty zdolności obronnych. Mogą tu wystąpić reakcje patologiczne, prowadzące do śmierci w przypadku dalszego działania stresora (tamże, s. 38-41; Oniszczenko, 1998, s. 13; Terelak, 2008, s. 27-28).

Selye dostrzegając wszechobecność stresu w swoich późniejszych pracach zmodyfikował jego definicję. Stres wg niego jest niespecyficzną reakcją organizmu na wymagania stawiane z zewnątrz (Selye, 1977, s. 25-27). Uważa również, że nie zawsze działanie stresora na organizm musi powodować negatywne skutki. Pewien poziom stresu może działać korzystnie na organizm, może powodować motywację człowieka do działania i zdobywania zamierzonych celów (tamże, s. 29-30).

### **3.2. Odporność na stres i radzenie sobie ze stresem**

Problematyka stresu dotyczy adaptacji człowieka do stresu za pomocą dwóch pojęć: odporność na stres (*resistance to stress*) oraz radzenie sobie ze stresem (*coping stress*). Pojęcie odporność na stres zostało zaczerpnięte z biologii i jest pojęciem analogicznym do odporności immunologicznej funkcjonującej w naukach biologicznych. W związku z tym możemy wyróżnić odporność na stres naturalną (gatunkową lub osobniczą) będącą genetycznie uwarunkowaną zdolnością organizmu do radzenia sobie ze stresem oraz odporność nabytą rozumianą jako umiejętność radzenia sobie ze stresem, rozumianą jako odporność nabyta czynna. Oba te rodzaje odporności wzajemnie się uzupełniają (Terelak, 2008, s. 289-294).

Termin radzenie sobie ze stresem został wprowadzony do literatury w latach 60-tych dwudziestego wieku. Najbardziej znaną definicję radzenia sobie ze stresem sformułowali Lazarus i Folkman. Pod pojęciem tym kryje się szereg wysiłków podejmowanych na skutek określonej oceny danej sytuacji. Radzenie sobie ze stresem jest rozumiane jako celowa forma aktywności organizmu. Lazarus i Folkman wyróżnili dwie funkcje radzenia sobie ze stresem, zorientowaną na problem i skoncentrowaną na emocjach. Mogą one przyjmować różną formę, ale zawsze dążą do zmiany sytuacji, usunięcia przeszkody, wyeliminowania przyczyny lub do poprawy samopoczucia i uwolnienia się od negatywnych emocji wywołanych przez stres. Stosowanie różnych form radzenia sobie ze stresem zależy od tego czego dotyczy dana sytuacja oraz od jej oceny poznawczej (za: Łosiak, 2008, s. 87-91).

Radzenie sobie ze stresem może być ujmowane w kategorii procesu, strategii lub stylu. Pod pojęciem radzenia sobie w kategorii procesu rozumie się ciągłą ocenę poznawczą sytuacji oraz posiadanych przez jednostkę możliwości. Ujęcie radzenia sobie w kategoriach strategii oznacza stosownie do obiektywnych cech sytuacji oraz własnych możliwości sposoby radzenia sobie ze stresem. Natomiast radzenie sobie w kategorii stylu to utrwalona dyspozycja jednostki związana z jej osobowością (Terelak, 2008, s. 347).

Poszukiwanie indywidualnych uwarunkowań zachowania w sytuacji stresowej doprowadziło do sformułowania pojęcia stylu radzenia sobie ze stresem. Wśród różnych koncepcji stylów radzenia sobie ze stresem należy wspomnieć o dwóch poznawczo-behawioralnych stylach wyróżnionych przez Suzanne Miller. Zalicza się do nich styl konfrontacyjny i unikowy. Pierwszy polega na dążeniu przez jednostkę do konfrontacji z sytuacją będącą źródłem stresu. Drugi styl unikowy skupia się na odwracaniu uwagi od stresora i reakcji człowieka. Dochodzi do pomijania, odrzucania, wypierania, zaprzeczania informacjom dotyczących stresowego wydarzenia oraz chronienia przed nimi poprzez angażowanie się w inne formy aktywności nie będące źródłem stresu (za: Heszen, Sęk, 2008, s. 715-716).

Norman S. Endler i James D.A. Parker proponują wprowadzenie trzeciego stylu skoncentrowanego na unikaniu. Wyróżniają zatem:

- Styl skoncentrowany na zadaniu charakteryzujący osoby, które w trudnej sytuacji podejmują wysiłek mający na celu rozwiązanie problemu na skutek przekształcenia poznawczego lub zmianę sytuacji powodującej stres.
- Styl skoncentrowany na emocjach polegający na koncentracji na własnej osobie i reakcjach emocjonalnych związanych z trudną sytuacją.
- Styl skoncentrowany na unikaniu, oznacza osobę, która w sytuacji stresowej nie myśli o problemie i nie skupia na nim swojej uwagi. Może on przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (Endler, Parker, 1990, s. 845; Terelak, 2008, s. 307).

Podsumowując można stwierdzić, że na stosowanie przez człowieka stylów radzenia sobie ze stresem mają wpływ strategie jakie on posiada. Im więcej strategii różnego typu posiada jednostka tym elastyczniej i skuteczniej będzie stosowała style radzenia sobie ze stresem.

### **3.3. Kwestionariusz Radzenia Sobie ze Stresem (CISS)**

Kwestionariusz CISS składa się z 48 stwierdzeń dotyczących zachowań w sytuacjach stresowych. Osoba badana ustosunkowuje się do każdego stwierdzenia na pięciostopniowej skali określając częstotliwość z jaką podejmuje daną aktywność w sytuacjach trudnych. Wyniki przedstawiane są w trzech skalach wyznaczających różne style radzenia sobie ze stresem (Strelau, Jaworowska, Wrześniewski, Szczepaniak, 2005, s. 16).



Skala pierwsza – styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ) wyznacza styl radzenia sobie ze stresem polegający na podejmowaniu zadań. Charakteryzuje on osoby, które trudną sytuację rozwiązują poprzez podejmowanie zadań lub planowanie rozwiązania tej trudności. Skala druga – styl skoncentrowany na emocjach (SSE) opisuje osoby, które w sytuacji stresowej koncentrują się na przeżywaniu emocji w danym momencie. W ten sposób osoby dążą do zmniejszenia napięcia emocjonalnego. Skala trzecia – styl skoncentrowany na unikaniu (SSU) charakteryzuje osoby, które w sytuacji trudnej starają się odwrócić swoje myśli i przeżycia od źródła stresu. Ten styl może przyjmować dwie formy: angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ) lub poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT) (tamże, 2005, s. 17). Kwestionariusz ten pozwala na oznaczenie stylu jakim badana osoba posługuje się w sytuacji trudnej (tamże, s. 18-19).

### 3.4. Grupa badawcza

Grupę badawczą stanowiło 50 osób z chorobami dermatologicznymi z tego 40 osób chorych na łuszczycę oraz 10 osób chorych na atopowe zapalenie skóry. Grupa kontrolna wynosiła 50 osób zdrowych. Wiek badanych mieścił się między 25 a 29 rokiem życia. Najwięcej badanych posiadało wykształcenie średnie a kilka osób (5) zawodowe. Udział w badaniu miał charakter dobrowolny i anonimowy a badania były przeprowadzone w sposób indywidualny.

## 4. Analiza psychologiczna wyników badań

Celem naszych badań i analizy jest udzielenie odpowiedzi na pytanie czy osoby chore na choroby skóry różnią się pod względem stylów radzenia sobie ze stresem od osób zdrowych. W tym celu dokonano porównania stylów radzenia sobie ze stresem tych dwóch grup. Na podstawie otrzymanych wyników starano się udzielić odpowiedź czy istnieją różnice między osobami z chorobami skóry i zdrowymi w stylach radzenia sobie ze stresem. W obliczeniach zastosowano test ANOVA i U-Manna-Whitneya. Wyniki badań przedstawia poniższa tabela.

Tabela 1a. Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem osób chorych dermatologicznie i osób zdrowych

Zmienna	Choroba skóry	Brak choroby skóry	Porównanie chorych ze zdrowymi	Porównanie AZS z łuszczycą
Styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ)	M=53,88; SD=8,11	M=56,36; SD=8,11	F(1; 98)=2,34; p=0,129	Z= -0,36; p=0,716

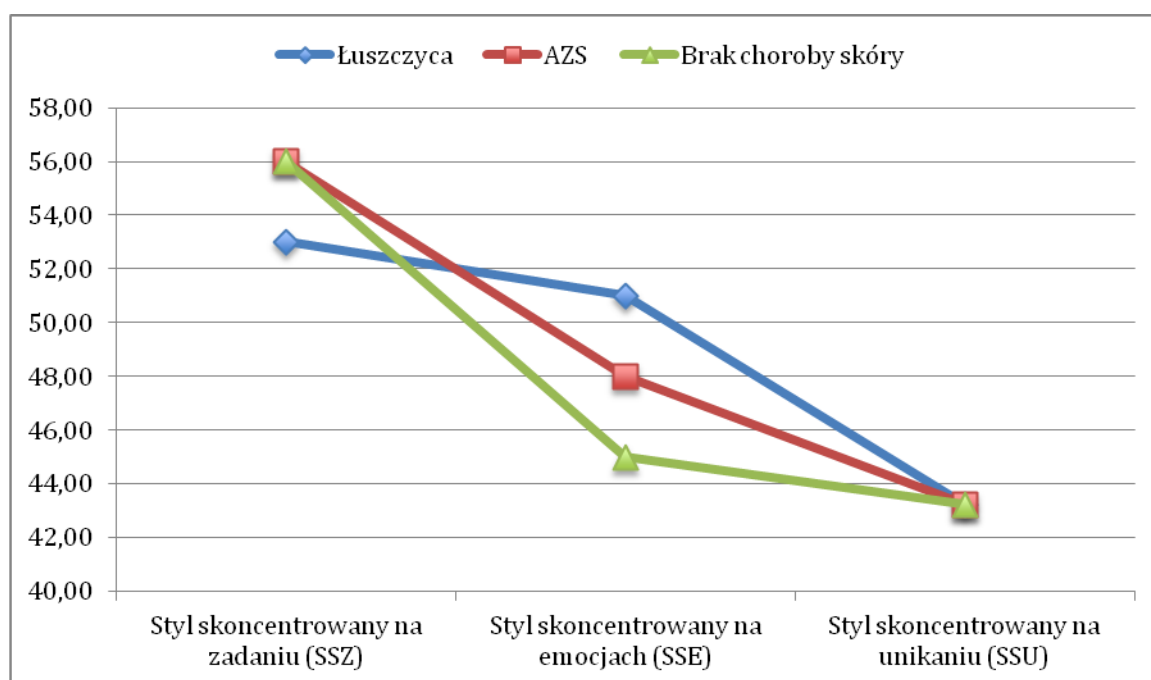


Tabela 1b. Porównanie stylów radzenia sobie ze stresem osób chorych dermatologicznie i osób zdrowych

Zmienna	Choroba skóry	Brak choroby skóry	Porównanie chorych ze zdrowymi	Porównanie AZS z łuszczycą
Styl skoncentrowany na emocjach (SSE)	M=50,88; SD=9,20	M=45,28; SD=9,59	F(1; 98)=8,88; p=0,004	Z= -1,23; p=0,219
Styl skoncentrowany na unikaniu (SSU)	M=43,94; SD=7,99	M=43,22; SD=9,63	F(1; 94,7)=0,17; p=0,685 Z= -0,17; p=0,863	Z= -0,22 p=0,827
Angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ)	M=20,84 SD=5,22	M=19,84; SD=5,44	F(1; 98)=0,88; p=0,350	Z= -0,22 p=0,827
Poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT)	M=15,08 SD=4,04	M=15,76; SD=4,43	F(1; 98)=0,64; p=0,424	Z= -0,91; p=0,361

Analizując otrzymane wyniki na poziomie ufności 0,95 można powiedzieć, że osoby z chorobami dermatologicznymi różnią się od osób zdrowych poziomem Stylu skoncentrowanego na emocjach ( $F(1;98) = 8,88$ ;  $p = 0,004$ ;  $\eta^2 = 0,083$ ), natomiast nie różnią się w zakresie Stylu skoncentrowanego na zadaniu ( $F(1; 98) = 2,34$ ;  $p = 0,129$ ) ani Stylu skoncentrowanego na unikaniu ( $F(1; 94,7) = 0,17$ ;  $p = 0,685$ ;  $Z = -0,17$ ;  $p = 0,63$ ) i jego podskal (ACZ:  $F(1; 98) = 0,88$ ;  $p = 0,350$ ; PKT:  $F(1; 98) = 0,64$ ;  $p = 0,424$ ). Choroba skóry tłumaczy 8,3% zróżnicowania Stylu skoncentrowanego na emocjach. Rodzaj choroby skóry z prawdopodobieństwem 0,95 nie ma znaczenia dla stylu radzenia sobie ze stresem.

Wykres 1. Średnie wyniki w poszczególnych skalach Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS u osób z chorobami dermatologicznymi i u osób zdrowych



Średni wynik SSE jest wyższy w grupie osób chorych ( $M = 50,88$ ;  $SD = 9,20$ ) niż w grupie kontrolnej ( $M = 45,28$ ;  $SD = 9,59$ ). Chorzy uzyskali również wyższy średni wynik SSU ( $M = 43,94$ ;  $SD = 7,99$ ) niż osoby zdrowe ( $M = 43,22$ ;  $SD = 9,63$ ), wyższy średni wynik ACZ ( $M = 20,84$ ;  $SD = 5,22$ ) w porównaniu do zdrowych ( $M = 19,84$ ;  $SD = 5,44$ ), a także niższy wynik średni SSZ ( $M = 53,88$ ;  $SD = 8,11$ ) niż w grupie kontrolnej ( $M = 56,36$ ;  $SD = 8,11$ ) oraz niższy średni wynik PKT ( $M = 15,08$ ;  $SD = 4,04$ ) w porównaniu do osób zdrowych ( $M = 15,76$ ;  $SD = 4,43$ ). Różnice istotne statystycznie pomiędzy osobami z chorobą skóry i zdrowymi otrzymano jedynie dla Stylu skoncentrowanego na emocjach ( $F(1; 98) = 8,88$ ;  $p = 0,004$ ), zaś w pozostałych przypadkach różnic takich nie stwierdzono (SSZ:  $F(1; 98) = 2,34$ ;  $p = 0,129$ ; SSU:  $F(1; 94,7) = 0,17$ ;  $p = 0,685$ ; Z:  $Z = -0,17$ ;  $p = 0,863$ ; ACZ:  $F(1; 98) = 0,88$ ;  $p = 0,350$ ; PKT:  $F(1; 98) = 0,64$ ;  $p = 0,424$ ). Otrzymane wyniki pokazują, że w zakresie Stylu skoncentrowanego na zadaniu, najwyższy średni wynik uzyskiwały osoby zdrowe zaś najniższe osoby chore na łuszczycę. Natomiast w przypadku stylu skoncentrowanego na emocjach najwyższy średni wynik uzyskiwały osoby chore na łuszczycę. Najniższy zaś otrzymały osoby z atopowym zapaleniem skóry. Gdy idzie o Styl skoncentrowany na unikaniu, to najwyższy wynik średni osiągnęły osoby z atopowym zapaleniem skóry, zaś najniższy osoby zdrowe. Świadczy to o tym, że rodzaj choroby skóry w tym przypadku nie ma znaczenia dla stylu radzenia sobie ze stresem.

### Podsumowanie

Celem niniejszego opracowania było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy osoby, które chorują na choroby skórne, różnią się od osób zdrowych pod względem stylów radzenia sobie ze stresem. Na podstawie otrzymanych wyników badań możemy stwierdzić, że obie grupy badawcze różnią się istotnie jedynie Stylem skoncentrowanym na emocjach. Oznacza to, że w sytuacjach stresowych wykazują tendencję do koncentracji na własnych przeżyciach emocjonalnych np. na złości czy poczuciu winy. Osoby koncentrujące się na tym stylu radzenia sobie ze stresem mają tendencje do myślenia życzeniowego i do fantazjowania. Działania takie mają na celu zmniejszenie napięcia emocjonalnego związanego z sytuacją stresową. Czasami jednak, mogą powiększać poczucie stresu i powodować wzrost napięcia lub przygnębienie (Szczepaniak, Strelau, Wrześniewski, 1996, s. 192-193). Natomiast wyniki badań nie wykazały istotnych różnic w innych stylach radzenia sobie ze stresem.

### Bibliografia:

- Bartoszek B. (2010). Atopowe zapalenie skóry (AZS) jako choroba psychosomatyczna: analiza badań. *Studia z Psychologii w KUL*, 16, 57-74.
- Basińska M.A., Kasprzak A. (2012). Związek między strategiami radzenia sobie ze stresem a akceptacją choroby w grupie osób chorych na łuszczycę. *Przegląd Dermatologiczny*, 99 (6), 692-700.
- Bogacewicz J., Kuryłek A., Woźniacka A., Sysa-Jędrzejowska A., Zalewska Janowska A. (2008). Techniki relaksacyjne w psychodermatologii. *Dermatologia Kliniczna*, 10 (4), 223-225.

- Endler N.S., Parker J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (5), 844-854.
- Heszen I., Sęk H., (2008). *Zdrowie i stres*. W: J. Strelau, D. Doliński (red.). *Psychologia*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, 681-734.
- Jabłońska S., Chorzeliski T. (2002). *Choroby skóry*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Jankowiak B., Krajewska-Kulak E., Bartoszewicz A., Łukaszuk C., Niczyporuk C., Borzęcki A. (2003). Wybrane parametry oceny jakości życia pacjentów z łuszczycą. *Dermatologia Kliniczna*, 5 (1), 21-27.
- Kieć-Świerczyńska M., Dudek B., Kręcisz B., Świerczyńska-Machura D., Dudek W., Garnczarek A., Turczyn K. (2006). Rola czynników psychologicznych i zaburzeń psychicznych w chorobach skóry. *Medycyna Pracy*, 57 (6), 551-555.
- Kmieć M., Broniarczyk-Dyła G. (2009). Aspekty psychologiczne związane z atopowym zapaleniem skóry. *Dermatologia Kliniczna*, 11 (4), 237-240.
- Korabel H., Dudek D., Jaworek A., Wojas-Pelc A. (2008). Psychodermatologia: psychologiczne i psychiatryczne aspekty w dermatologii. *Przegląd Lekarski*, 65 (5), 244-248.
- Kowalewska B., Krajewska-Kulak E., Wrońska I., Niczyporuk W., Sobolewski M. (2010). Samoocena jakości życia przez pacjentów z problemami skórnyimi. *Dermatologia Kliniczna*, 12 (2), 106-113.
- Łosiak W. (2007). *Natura stresu*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Łuczowska M., Żaba R. (2011). *Łuszczycy*. W: T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba (red.). *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis, 166-172.
- Majkowicz M., Bartosińska A., (2011). Ocena jakości życia w chorobach dermatologicznych – koncepcje i narzędzia pomiaru. W: T. Rzepa, J. Szepietowski, R. Żaba (red.). *Psychologiczne i medyczne aspekty chorób skóry*. Wrocław: Cornetis, 22-29.
- Oniszczenko W. (1998). *Stres to brzmi groźnie*. Warszawa: Wydawnictwo Żak.
- Pietrzak A., Jankowski K., Lechowska-Mazur I., Krasowska D. (2006). Łuszczycy jako przewlekła choroba skóry w kontekście psychologicznym. *Nowa Medycyna*, 1, 14-19.
- Selye H. (1977). *Stres okielznany*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Selye H. (1960). *Stress życia*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Silny W., Czarnecka-Operacz M., Gliński W., Samochocki Z., Jenerowicz D. (2010). Atopowe zapalenie skóry – współczesne poglądy na patomechanizm oraz metody postępowania diagnostyczno-leczniczego. Stanowisko grupy specjalistów Polskiego Towarzystwa Dermatologicznego. *Postępy Dermatologii i Alergologii*, 27 (5), 365-383.
- Strelau J., Jaworowska A., Wrześniewski K., Szczepaniak P. (2005). *Kwestionariusz Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych CISS*. Warszawa. Pracownia Testów Psychologicznych.
- Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. (1996). Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Parkera. *Przegląd Psychologiczny*, 39 (1), 192-193.

Terelak J.F. (2008). Człowiek i stres. Bydgoszcz: Oficyna Wydawnicza BRANTA.

Teresiak E., Czarnecka-Operacz M., Janerowicz D. (2006). Wpływ nasilenia stanu zapalnego skóry na jakość życia rodzinnego chorych na atopowe zapalenie skóry. Postępy Dermatologii i Alergologii, 23 (6), 249-257.