

Małgorzata SALAMON¹
Jan CHODKIEWICZ²
Anna SYSA-JĘDRZEJOWSKA¹
Anna WOŹNIACKA¹

Ocena jakości życia chorych na trądzik różowaty

Quality of life in patients with rosacea

¹Katedra i Klinika Dermatologii i Wenerologii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik:
Prof. dr hab. n. med. Anna Sysa-Jędrzejowska

²Zakład Psychologii Zdrowia, Instytut Psychologii UŁ w Łodzi
Kierownik: Prof. dr hab. Nina Ogińska-Bulik

Dodatkowe słowa kluczowe:

trądzik różowaty
jakość życia
kwestionariusz SF-36

Additional key words:

rosacea
quality of life
SF-36

Praca finansowana z funduszu prac statutowych 503-1019-1 oraz pracy własnej 502-11-577 Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Trądzik różowaty (rosacea) jest przewlekłą i nawrotową chorobą zapalną, najczęściej występującą u kobiet, charakteryzującą się zmianami rumieniowymi, teleangiektazjami, wykwitami o charakterze zapalnym o typie grudek i krost, suchością a także dolegliwościami subiektywnymi pod postacią świądu i pieczenia skóry twarzy. Celem przeprowadzonych badań była ocena porównawcza jakości życia chorych na trądzik i osób zdrowych. Badaniem objęto 40 pacjentów (31 kobiet i 9 mężczyzn) z rozpoznaniem trądzikiem różowatym oraz 40 zdrowych ochotników. Do badania jakości życia wykorzystano uniwersalny kwestionariusz SF-36. Uzyskane wyniki wskazują na istotne obniżenie jakości życia pacjentów w stosunku do grupy kontrolnej, zwłaszcza w zakresie parametrów: ogólny stan zdrowia, żywotność, funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym, zdrowie psychiczne, sprawność fizyczna, funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym i ból. Wyniki badań wskazują na problem niskiej jakości życia chorych i konieczność całościowej opieki nad pacjentem z uwzględnieniem udziału psychologa i grupy wsparcia.

Rosacea is a common chronic inflammatory disorder which occurs most often in middle-aged women characterized by symptoms of facial flushing and a spectrum of clinical signs including erythema, telangiectasia, burning, coarseness of skin and an inflammatory papulopustular eruption resembling acne. The aim of the study was to evaluate the quality of life in people with rosacea and healthy controls. Forty people with rosacea and 40 people without skin lesions were the subjects of the study. The quality of life was measured using standard questionnaire SF-36 (Short Form 36 Health Survey). The obtained results revealed that, in comparison to the control group, patients with rosacea presented reduced quality of life in subgroups: general health, vitality, emotional sphere, physical functioning, mental health and bodily pain. Outcomes show that rosacea plays an important role in patient's quality of life and revealed the need to cooperate with psychologists and support groups.

Wstęp

Pojęcie jakości życia (QoL, *quality of life*) zostało wprowadzone w latach 70. XX wieku. Za prekursorów badań uważa się *Campbella* [4] oraz *Adrewsa* i *Whithey'a* [1], którzy w 1971r. rozpoczęli prace oceniające poziom zadowolenia z życia w społeczeństwie amerykańskim. Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym, dlatego niezwykle trudne jest precyzyjne zdefiniowanie tego terminu. Niewątpliwie służy ona do całościowej oceny położenia życiowego chorego, dając tym samym lepszy wgląd w złożone problemy medyczne w zakresie zdrowia fizycznego, psychicznego oraz środowiska, w którym pacjent funkcjonuje [19].

Wraz z postępem badań nad QoL pojawiła się konieczność uściślenia tego pojęcia do problemów zdrowotnych. W 1990r. *Shipper* wprowadził koncepcję jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia (*HRQL, health related quality of life*), wskazując, iż jest to funkcjonalny efekt choroby i leczenia postrzegany przez pacjenta [20]. Inaczej HRQL można określić jako stan zdrowia

bądź też jego braku, który może w istotny sposób wpływać na życie i funkcjonowanie człowieka, a w efekcie – na subiektywną ocenę jakości życia [11,18]. Obejmuje ona następujące dziedziny: stan fizyczny i sprawność ruchową, stan psychiczny, sytuację społeczną i warunki ekonomiczne a także doznania somatyczne [19]. Koncepcja jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia jest zgodna z definicją zdrowia przyjętą w 1948r. przez Światową Organizację Zdrowia (*WHO – World Health Organization*), która brzmi: „*zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny a nie tylko brak choroby lub zniechęcenia*”.

Początkowo takie podejście do oceny samopoczucia pacjenta stosowano w chorobach nowotworowych, z czasem zaczęło ono dotyczyć coraz większej liczby schorzeń, zwłaszcza przewlekłych, co związane było z nowymi możliwościami terapeutycznymi towarzyszącymi rozwojowi medycyny [6,13]. Stąd też istotne jest, aby poza leczeniem farmakologicznym, zwrócić uwagę na poprawę jakości życia pacjenta.

Adres do korespondencji:
Anna Woźniacka
Klinika Dermatologii UM w Łodzi
94-115 Łódź, ul. Krzemieniecka 5
Tel.: +42 686 79 81
e-mail: woźniacka@bmp.net.pl

Obecnie zagadnienie to jest coraz szerzej podnoszone w odniesieniu do chorób skóry. Szpecący charakter wielu dermatoz, przewlekły, często nawrotowy przebieg, oporność na stosowaną terapię, wpływają na relacje z otoczeniem oraz komfort życia chorych, a tym samym obniżają jakość życia.

Trądzik różowaty (*rosacea*) jest przewlekłą chorobą zapalną o nie w pełni poznanej etiologii, występującą przede wszystkim u kobiet w 3. i 4. dekadzie życia. Dane piśmiennictwa wskazują że dotyczy 0,5-2% populacji [3,8]. Obraz kliniczny zmian skórnych jest niejednorodny i zależy od czasu trwania procesu oraz postaci klinicznej. Wykwity zlokalizowane są głównie w obrębie skóry twarzy. Zgodnie z wytycznymi *National Rosacea Society* opublikowanymi w 2002 roku, rozpoznanie trądziku opiera się głównie na kryteriach morfologicznych. Do charakterystycznych zmian skórnych należy rumień przemijający (*flushing*), rumień trwały, teleangiektazje, jak również wykwity typowo zapalne takie jak: grudki, krosty lub guzki, przekrwienie spojówek, ogniska obrzękowe i zmiany przerostowe o typie „*phyma*”. Wśród zgłaszanych przez chorych dolegliwości wymienić należy: świąd, uczucie pieczenia lub klucia. Lokalizacja zmian w obrębie skóry twarzy, a także przewlekły i nawrotowy charakter choroby wydaje się wpływać na jakość życia pacjentów z *rosacea*.

Stąd też celem przeprowadzonych badań była ocena jakości życia z uwzględnieniem wpływu chorób współistniejących, wieku, płci oraz postaci klinicznej trądziku różowatego.

Materiał i metodyka

Badaniem objęto grupę 40 chorych na trądzik różowaty (31 kobiet i 9 mężczyzn) w wieku od 28-82 lat (średnio 50,71 lat, SD=10,36), leczonych ambulatoryjnie w Klinice Dermatologii i Wenerologii UM w Łodzi w latach 2005-2007. Rozpoznanie ustalano w oparciu o kryteria opracowane przez *National Rosacea Society*. Chorych badano przedmiotowo, podmiotowo a także wykonano badania laboratoryjne (morfologia, badanie ogólne moczu, przeciwciała przeciwjądrowe - ANA, aminotransferaza asparaginianowa, aminotransferaza alaninowa). Grupę kontrolną stanowiło 40 ochotników bez objawów trądziku różowatego, odpowiednio dobranych pod względem płci i wieku.

Dla określenia wpływu chorób współistniejących na wartości poszczególnych parametrów oceniających jakość życia analizę statystyczną przeprowadzono dwukrotnie, tj. w całej badanej grupie (40 osób chorych na trądzik, 40 osób grupy porównawczej) i po wyeliminowaniu osób mających choroby współistniejące (24 osoby chore na trądzik i 34 osoby grupy kontrolnej).

Ocena zależności jakości życia od podtypu klinicznego choroby przeprowadzona była u 11 chorych z postacią rumieniową z teleangiektazjami (*erythematotelangiectatic rosacea - ETR*) i 25 z grudkowo-krostkową (*papulopustular rosacea - PPR*). Dwóch chorych z odmianą przerostową (*phymatous rosacea - PR*) i dwóch z postacią oczną (*ocular rosacea - OR*) nie zostało objętych analizą ze względu na małą liczebność grupy.

Wszyscy uczestnicy wyrazili dobrowolną zgodę na udział w badaniu, które uzyskało akceptację Komisji Bioetyki przy Uniwersytecie Medycznym w Łodzi.

Charakterystykę grupy badanej i kontrolnej z uwzględnieniem chorób współistniejących przedstawia tabela I.

Do oceny jakości życia wykorzystano uniwersalny kwestionariusz SF-36 (Short Form-36), numer licencji: F1-080906-27644. Kwestionariusz złożony jest z 8 podskal składających się łącznie z 36 pytań, które umożli-

Tabela I
Charakterystyka grupy chorych i grupy kontrolnej.
Socioeconomical characteristic of rosacea and control group.

Parametry socjoekonomiczne	Chorzy na trądzik różowaty		Grupa kontrolna	
	N=40		N=40	
	N	%	N	%
Płeć				
Mężczyźni	9	22,5	9	22,5
Kobiety	31	77,5	31	77,5
Wykształcenie				
podstawowe/zawodowe	4	10	4	10
średnie	17	42,5	20	50
wyższe	19	47,5	16	40
Stan cywilny				
kawaler/panna	2	5	2	5
żonaty/mężatka	32	80	30	75
rozwidziony/a	4	10	4	10
wdowiec/wdowa	2	5	4	10
Utrzymanie				
praca	22	55	26	65
renta/emerytura	13	32,5	12	30
inne (zasilek, opieka społeczna)	5	12,5	2	5
Choroby współistniejące				
Choroby układu kostno-stawowego	13	32,5	2	5,5
Choroby układu krążenia	11	27,7	3	7,5
Choroby układu pokarmowego	6	15	0	0
Inne	4	10	1	2,5
Brak	24	60	34	85

wiąją ocenę profilu jakości życia badanego (tabela II). W ocenie ogólnego stanu zdrowia uwzględniono także współistnienie innych chorób.

Uzyskane wyniki punktowe przeliczano zgodnie z instrukcją, a odpowiedzi przedstawiono w skali od 0 do 100 punktów. Rezultat 100 punktów oznacza najlepsze z możliwych funkcjonowanie w danej sferze zdrowia (pełnia zdrowia - 100%), a 0 - najgorsze (bardzo ciężki stan zdrowia). Odpowiedzi dotyczące stanu zdrowia badanego ocenianego w ciągu ostatnich 4 tygodni (*standard form*). Dodatkowo otrzymane wyniki przedstawiono za pomocą 2 parametrów - PCS (*Physical Component Summary*) oraz MCS (*Mental Component Summary*). Umożliwiło to, za pomocą jedynie dwóch całosciowych parametrów, ocenę i interpretację uzyskanych wyników w danej grupie bez konieczności odnoszenia się do 8 podskal. Obliczane one były jako suma iloczynów punktów uzyskanych w kolejnych podskalach i podanych w instrukcji współczynników. Na wartość PCS największy wpływ mają podskale PF, RP, BP, GH, zaś na wartość MCS - VT, SF, RE, MH. Uzyskane wyniki w grupie pacjentów z *rosacea* odniesiono do uzyskanych wartości w grupie kontrolnej. W analizach statystycznych wykorzystano test t *Studenta* dla prób niezależnych oraz współczynnik korelacji *r Pearsona*. Obliczeń dokonano przy użyciu pakietu STATISTICA 6. Korelację uznawano za istotną statystycznie przy $p < 0,05$.

Wyniki

U pacjentów z trądzikiem różowatym prawie wszystkie oceniane parametry były istotnie statystycznie niższe aniżeli w grupie kontrolnej, $p < 0,05$ (tabela III). Jedynie w zakresie podskali funkcjonowanie społeczne (SF) nie wykazano różnic istotnych sta-

tystycznie. Średnie wartości pomiaru wahały się w granicach od 53,50 (ogólny stan zdrowia) do 75,87 (sprawność fizyczna). Natomiast w porównywanej grupie osób zdrowych parametry te były istotnie wyższe i wynosiły od 61,41 (ogólny stan zdrowia) do 92,00 (funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym). Odchylenie standardowe w zakresie wartości ocenianych parametrów było zróżnicowane i wynosiło od 16,69 (ogólny stan zdrowia) do 43,49 (funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym). U osób zdrowych najniższe odchylenie standardowe obserwowano dla parametru ogólnego stanu zdrowia (16,14), natomiast najwyższe (26,89) dla parametru funkcjonowanie społeczne.

Wyłączenie osób ze współistniejącymi chorobami wpłynęło na wzrost wartości bezwzględnych badanych parametrów oceniających jakość życia (tabela IV). Nadal jednak były one niższe w stosunku do grupy porównawczej. Potwierdza to istotne obniżenie jakości życia u pacjentów z trądzikiem różowatym w podskalach: sprawność fizyczna, funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym, ból, ogólny stan zdrowia, żywotność, funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym, zdrowie psychiczne. Podobnie jak powyżej, nie odnotowano istotności statystycznej w przypadku funkcjonowania socjalnego.

W przeprowadzonych badaniach wyka-

Tabela II
Podskale zawarte w kwestionariuszu SF-36.
 Content for items in SF-36 scales.

Podskale	Liczba pytań opisująca podskale	Zakres punktacji	Problematyka pytań
Sprawność fizyczna (PF - Physical Functioning)	10	10-30	Wykonywanie czynności wymagających wysiłku o różnej intensywności, takich jak np. sporty wyczynowe, spacer, wchodzenie po schodach, ubieranie się
Funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym (RP - Role Physical)	4	4-20	Wpływ zdrowia fizycznego na codzienną aktywność i wykonywaną pracę
Ból (BP - Bodily Pain)	2	2-12	Obecność bólu, jego natężenie oraz wpływ na codzienną pracę
Ogólny stan zdrowia (GH - General Health)	5	5-25	Ocena własnego stanu zdrowia w porównaniu do innych osób i do stanu sprzed roku
Żywołność (VT - Vitality)	4	4-20	Uczucie pełni życia i energii oraz wyczerpania i zmęczenia
Funkcjonowanie socjalne (SF - Social Functioning)	2	2-10	Wpływ stanu zdrowia fizycznego i emocjonalnego na kontakty z otoczeniem
Funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym (RE - Role Emotional)	3	3-15	Wpływ problemów emocjonalnych na wykonywanie codziennych czynności i pracy
Stan psychiczny (MH - Mental Health)	5	5-25	Uczucie zdenerwowania, przygnębienia, smutku, szczęścia

Tabela III
Porównanie jakości życia w grupie chorych na trądzik różowaty z grupą kontrolną.
 The comparison of quality of life between rosacea patients and healthy controls.

Podskale	Grupa chorych; N=40		Grupa kontrolna; N=40		t	p
	M	SD	M	SD		
PF - sprawność fizyczna	75,87	18,25	90,25	11,69	-4,15	0,00001
RP - funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym	60,00	42,29	90,00	24,54	-3,88	0,0002
BP- ból	54,75	24,80	72,05	20,02	-3,40	0,001
GH- ogólny stan zdrowia	53,50	16,69	61,41	16,14	-2,14	0,03
VT- żywotność	59,06	20,79	72,75	19,68	-3,00	0,003
SF - funkcjonowanie socjalne	64,06	23,71	69,87	26,89	-1,01	n.s
RE - funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym	62,00	43,49	92,00	24,10	-3,81	0,0002
MH - zdrowie psychiczne	68,75	23,28	84,35	22,80	-3,00	0,003
PCS - ogólna ocena zdrowia fizycznego	44,69	11,10	52,16	5,99	-3,74	0,0003
MCS - ogólna ocena zdrowia psychicznego	43,07	14,40	52,39	12,81	-3,05	0,003

Tabela IV
Porównanie jakości życia w badanych grupach po wyłączeniu osób z chorobami towarzyszącymi.
 The comparison of quality of life in rosacea patients and healthy volunteers (without persons with concomitant diseases).

Podskale	Grupa chorych N=24		Grupa kontrolna N=34		t	p
	M	SD	M	SD		
PF - sprawność fizyczna	81,66	17,04	90,90	10,18	-2,55	0,01
RP - funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym	72,91	38,95	92,42	20,23	-2,46	0,01
BP - ból	62,08	23,40	74,54	6,97	-2,33	0,02
GH - ogólny stan zdrowia	50,41	14,58	62,72	16,77	-2,88	0,005
VT - żywotność	62,23	21,21	74,62	18,68	-2,33	0,02
SF - funkcjonowanie socjalne	68,22	21,48	72,34	23,74	-0,67	n.s.
RE - funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym	58,33	43,12	91,91	20,46	-3,91	0,0002
MH - zdrowie psychiczne	72,29	23,86	87,87	20,11	-2,66	0,009
PCS - ogólna ocena zdrowia fizycznego	48,27	8,92	52,56	5,55	-2,23	0,02
MCS - ogólna ocena zdrowia psychicznego	43,10	14,76	53,67	11,17	-3,07	0,003

ziano istnienie ujemnej, statystycznie istotnej korelacji pomiędzy oceną własnej kondycji fizycznej ($r=-0,55$, $p<0,05$), odczuwanymi ograniczeniami związanymi z stanem somatycznym ($r=-0,37$, $p<0,05$), odczuwaniem bólu ($r=-0,36$, $p<0,05$) oraz ogólną oceną zdrowia fizycznego ($r=-0,52$, $p<0,05$), a wiekiem (tabela V). Zależności takich nie obserwowano w grupie kontrolnej.

Dokonano również porównania jakości życia pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn z rosacea (tabela VI).

W grupie kobiet z trądzikiem różowatym wykazano istotne statystycznie obniżenie jakości życia w podskalach: sprawność fizyczna, funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym, ból, żywotność, funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym, zdrowie psychiczne. Nie odnotowano istotności statystycznej w przypadku funkcjonowania społecznego i ogólnego stanu zdrowia. W grupie mężczyzn z trądzikiem różowatym nie obserwowano takiej zależności.

Oceniając zależność między postacią kliniczną a jakością życia wykazano istnienie zależności istotnej statystycznie jedynie w odniesieniu do pacjentów z postacią grudkowo-krostkową trądziku różowatego a ogólnym stanem zdrowia. Uzyskano takie same wyniki średnie dla podskal: sprawność fizyczna, ból zdrowie psychiczne.

Wyniki uzyskane w zakresie pozostałych domen dla postaci grudkowo-krostkowej były niższe w porównaniu do postaci rumieniowo-naczyniowej z wyjątkiem domen dotyczących funkcjonowania związanego ze stanem fizycznym i ogólnej oceny zdrowia fizycznego, ale nie uzyskały progu istotności statystycznej. Uzyskane wyniki zawarto w tabeli VII.

Omówienie

Psychodermatologia jest nową dziedziną medycyny obejmującą zagadnienia dotyczące dermatoz łączących w sobie występowanie zaburzeń psychicznych z dolegliwościami ze strony skóry. Wśród nich dużą grupę stanowią zaburzenia psychosomatyczne takie jak: atopowe zapalenie skóry, łuszczyca, trądzik pospolity, w których do zaostrzenia objawów dochodzi pod wpływem stresu.

Trądzik różowaty również zaliczany jest do chorób psychosomatycznych. W badaniach prowadzonych przez *Puchalskiego* i *Szlendaka* aż 91%, a w pracy *Gernand* około 72% pacjentów wiązało wystąpienie zmian skórnych z wydarzeniami stresowymi (rozwód, problemy w pracy, śmierć bliskiej osoby) [7, 16]. Wielu badaczy wskazuje, iż niewątpliwym wpływem na stan psychiczny chorych może mieć także przewlekły, często niepoddający się leczeniu, nawrotowy przebieg choroby [9]. Dodatkowym czynnikiem, który wpływa na psychikę pacjenta, jest umiejscowienie zmian w okolicy, która jest zawsze widoczna.

W dostępnym piśmiennictwie brak jest natomiast danych porównawczych podejmujących problem oceny jakości życia pacjentów z trądzikiem różowatym w odniesieniu do osób zdrowych. W pracy wykorzystano kwestionariusz ogólny, którego niewątpliwą zaletą jest powszechność, czułość i porównywalność uzyskanych wyników.

Tabela V

Współczynniki korelacji między wiekiem a jakością życia w grupie osób z trądzikiem różowatym i w grupie kontrolnej.

Correlation between age and quality of life in rosacea and control group.

Podskale	Grupa chorych N=24		Grupa kontrolna N=34	
	r	p	r	p
PF- sprawność fizyczna	-0,55	0,05	0,17	n.s
RP- funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym	-0,37	0,05	-0,05	n.s
BP- ból	-0,36	0,05	0,08	n.s
GH- ogólny stan zdrowia	-0,05	n.s	-0,05	n.s
VT- żywotność	-0,19	n.s	-0,03	n.s
SF- funkcjonowanie socjalne	-0,09	n.s	0,04	n.s
RE- funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym	-0,09	n.s	-0,26	n.s
MH- zdrowie psychiczne	-0,16	n.s	0,01	n.s
PCS- ogólna ocena zdrowia fizycznego	-0,52	0,05	0,13	n.s
MCS- ogólna ocena zdrowia psychicznego	-0,08	n.s	-0,11	n.s

Tabela VI

Porównanie jakości życia pomiędzy grupą kobiet i mężczyzn z rosacea a grupą kontrolną.

The comparison of quality of life between women and men with rosacea and controls.

Podskale	Kobiety			Mężczyźni		
	Rosacea N=31 M	Zdrowe N=34 M	p<	Rosacea N=9 M	Zdrowi N=31 M	p<
PF- sprawność fizyczna	74,35	89,70	0,001	81,11	95,00	n.s
RP- funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym	56,45	88,23	0,005	72,22	100,0	n.s
BP- ból	51,61	71,17	0,005	65,55	80	n.s
GH- ogólny stan zdrowia	53,38	62,64	n.s	53,88	58,33	n.s
VT- żywotność	58,06	73,71	0,05	62,50	71,87	n.s
SF- funkcjonowanie socjalne	64,51	71,32	n.s	62,50	66,67	n.s
RE- funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym	58,06	89,21	0,05	66,67	94,44	n.s
MH- zdrowie psychiczne	67,58	82,64	0,05	70,0	81,67	n.s
PCS- ogólna ocena zdrowia fizycznego	43,61	51,76	0,05	48,41	54,40	n.s
MCS- ogólna ocena zdrowia psychicznego	42,88	52,60	0,05	43,74	51,22	n.s

Tabela VII

Porównanie jakości życia pomiędzy pacjentami z postacią rumieniowo-naczyniową a grudkowo-krostkową trądziku różowatego.

The comparison of quality of life between patients with erythematotelangiectatic and papulopustular rosacea.

Podskale	Postać trądziku różowatego				p
	rumieniowo-naczyniowa N=11		grudkowo-krostkowa N=25		
	M	SD	M	SD	
PF- sprawność fizyczna	71,81	19,40	77,20	18,77	n.s
RP- funkcjonowanie związane ze stanem fizycznym	47,72	43,95	67,00	39,34	n.s
BP- ból	55,45	26,22	56,00	23,63	n.s
GH- ogólny stan zdrowia	64,09	16,56	49,60	15,34	0.05
VT- żywotność	59,09	18,41	60,50	20,63	n.s
SF- funkcjonowanie socjalne	67,04	28,65	64,50	21,55	n.s
RE- funkcjonowanie związane ze stanem psychicznym	63,64	25,80	60,00	21,90	n.s
MH- zdrowie psychiczne	73,18	22,39	70,60	21,09	n.s
PCS- ogólna ocena zdrowia fizycznego	42,75	11,24	45,57	11,57	n.s
MCS- ogólna ocena zdrowia psychicznego	46,25	14,46	43,31	14,15	n.s

Jest to narzędzie zalecane również do prowadzenia badań pacjentów z chorobami skóry [2]. Kwestionariusz SF-36 został stworzony przez Ware'a i wsp. w Stanach Zjednoczonych [21,22] a obecnie jest stosowany na całym świecie. Walidacji w Polsce dokonał Jarema i wsp. [10]. O jego popularności świadczy fakt przetłumaczenia na 55 języków oraz ponad 6200 prac wykonanych z jego użyciem, dostępnych w bazie *Medline*. Słabą stroną jest jednak brak możliwości oceny czynników charakterystycznych dla danej jednostki chorobowej i nieprecyzyjny charakter pytań.

Próbę stworzenia pierwszego specyficznego kwestionariusza (RosaQoL), dokładniej określającego jakość życia pacjentów chorych na trądzik różowaty, podjęła Nicholson [15]. Kwestionariusz zbudowano w odniesieniu do specyficznego narzędzia jakim jest Skindex-29. Główny nacisk położono na odniesienie pytań do trzech domen: objawów, emocji i funkcjonowania chorych na trądzik różowaty.

Uzyskane wyniki własne wskazują na istotne statystycznie obniżenie jakości życia pacjentów we wszystkich podskalach, poza funkcjonowaniem społecznym. Ogólne obniżenie jakości życia odzwierciedlają istotnie statystycznie niższe wartości współczynników MCS i PCS osiągnięte w grupie pacjentów z rosacea w stosunku do grupy kontrolnej (43,07 vs. 52,39, p=0,003 oraz 44,69 vs. 52,16 p=0,0003). Wskazuje to na znacząco niższą własną ocenę funkcjonowania tak fizycznego jak i psychicznego. Uwagę zwracają również wyższe w grupie pacjentów z trądzikiem wartości odchylenia standardowego w większości podskal SF-36, co przemawia za dużym zróżnicowaniem wpływu choroby na stan somatyczny i psychiczny pacjentów (zwłaszcza w odniesieniu do odczuwanych ograniczeń związanych z stanem fizycznym i psychicznym).

Trądzik różowaty jest chorobą przewlekłą i nieakceptowaną kosmetycznie. Świadomość niekorzystnego wyglądu, trudność w doborze makijażu korygującego, unikanie czynników zaostrzających, takich jak gwałtowne zmiany temperatury, promieniowanie UV, unikanie niektórych pokarmów oraz trudności w doborze metod terapeutycznych niewątpliwie wpływają na „poczucie choroby”. W tej grupie pacjentów nie zaobserwowano jednak zaburzeń w funkcjonowaniu społecznym, doprowadzających do ograniczeń i alienacji w życiu zawodowym, rodzinnym czy kontaktach z innymi ludźmi. Wydaje się więc, że zmiany skórne w przebiegu trądziku różowatego mogą być powodem obniżonej samooceny, ograniczeń zdrowia psychicznego, pełniłości życia, lecz w niewielkim stopniu wpływają na kontakty z innymi ludźmi. W tym przypadku problem choroby jest raczej problemem jednostki, często nieakceptowanym i „duszonym” w sobie, doprowadzającym do obniżonej samooceny, frustracji i stanów lękowych. Zmiany w niewielkim jednak stopniu wpływają na kontakty społeczne. Wynikać to może najprawdopodobniej z faktu, iż problem zmian skórnych w obrębie twarzy jest marginalizowany przez otoczenie i pozostaje bez wpływu na odbiór osoby chorej. Tym samym relacje z otoczeniem, mimo zahamowań wewnętrznych ze

strony chorego, są poprawne.

Świadomość choroby, obecność widocznych zmian skórnych w miejscu ekspozycywnym wydaje się być bezpośrednim powodem niskiej ogólnej oceny własnego zdrowia i znacznie obniżonej aktywności życiowej. Potwierdzeniem tej tezy jest stwierdzenie nasilenia objawów lękowych i depresyjnych, mniejszego zadowolenia ze stanu własnego zdrowia, większego natężenia skarg na dolegliwości somatyczne i problemy w codziennym funkcjonowaniu w tej grupie chorych [5].

Na parametry jakości życia wpływają różnorodne czynniki, wśród których niewątpliwie istotną rolę pełnią choroby współistniejące. W badaniach własnych wykazano, że są one powodem dodatkowego obniżenia jakości życia u chorych na trądzik.

Wykazane istotne statystycznie ujemne zależności między wiekiem a oceną własnej kondycji fizycznej, odczuwanymi ograniczeniami związanymi ze stanem somatycznym, odczuwaniem bólu oraz oceną zdrowia fizycznego, wskazują na postępującą wraz z upływem czasu gorszą ocenę własnych możliwości fizycznych przy niezmiennym stanie zdrowia psychicznego. W grupie kontrolnej nie obserwowano takiej zależności. Związek ten można tłumaczyć faktem, iż wraz z wiekiem obniża się znaczenie atrakcyjności fizycznej, choroba zlokalizowana w obrębie skóry twarzy w mniejszym stopniu wpływa więc na stan psychiczny. Pozostaje jednak stan choroby przewlekłej, tzw. „poczucie choroby” związane z koniecznością wizyt lekarskich, stosowaniu preparatów leczniczych i kosmetycznych, co może wpływać na ocenę zdrowia fizycznego.

Uzyskane wyniki własne wskazują, iż problem obniżonej jakości życia dotyczy tylko kobiet z trądzikiem różowatym. Mężczyźni nie przywiązują takiej wagi do swojego wyglądu jak kobiety i obecność widocznych wykwitów w obrębie twarzy pozostaje bez większego wpływu na ich jakość życia. Potwierdzają to badania *Lim i Tan* [14] prowadzone wśród studentów ze zmianami o typie trądziku pospolitego, które wykazały, iż zasadniczy wpływ na psychologiczną konstytucję chorego mają jego cechy osobowości – pacjenci przykładający dużą wagę do wyglądu wykazywali większe zaburzenia emocjonalne i gorzej oceniali jakość życia. W badaniu tym jednocześnie wykazano brak zależności pomiędzy oceną psychologiczną badanych a stopniem nasilenia zmian skórnych, co znajduje również potwierdzenie w naszych obserwacjach w grupie chorych na *rosacea*. Nie odnotowano bowiem istotnych statystycznie zależności w odniesieniu do poszczególnych postaci trądziku różowatego (ETR, PPR). Istotną statystycznie korelację zaobserwowano jedynie wśród pacjentów z postacią grudkowo-krostkową w odniesieniu do ogólnej oceny zdrowia. Wydaje się więc, że w ocenie jakości życia badanych znaczenia nabiera sam fakt kosmetycznie nieakceptowanego stanu zlokalizowanego w obrębie skóry twarzy, przewlekłość i nawrotowość procesu i związane z tym poczucie „bycia chorym” a nie charakter zmian (grudki, krosty, rumień, zmiany przerostowe). Podobną zależność zaobserwowała *Gernand*, która wykazała, iż za-

burzenia emocjonalne i objawy depresyjne nie zależą od stopnia intensywności zmian skórnych [7].

Trudno odnieść uzyskane wyniki do badań oceniających jakość życia przy użyciu SF-36 w innych chorobach skóry ze względu na odmienny charakter i lokalizację zmian, wiek pacjentów, długość leczenia, obecność chorób współistniejących, a także inne warunki socjoekonomiczne badanych grup pacjentów. W pracy *Rinaldi* i wsp. [17], oceniającej jakość życia pacjentów z układową postacią tocznia rumieniowatego (SLE) średnie wartości podskala są zaskakująco wyższe w porównaniu do uzyskanych własnych wyników w grupie pacjentów z *rosacea*. Jedyne ogólne stany zdrowia oraz energia i vitalność są zarówno w grupie pacjentów z trądzikiem jak i pacjentów z toczniem uzyskały podobną wartość (GH- 53,50 vs 53,1 oraz VT 59,06 vs 56,6). W przeciwieństwie do grupy włoskiej *Kulczycka* [12] w swoim badaniu w grupie chorych na SLE w populacji polskiej uzyskała wyniki znacznie niższe od prezentowanych powyżej i znacząco niższe we wszystkich podskalach w porównaniu do wyników własnych, uzyskanych w grupie pacjentów z *rosacea* (PF - 55,4 vs 75,87, RP - 8,7 vs 60,00, BP - 39,3 vs 54,75, GH - 45,7 vs 53,50, VT - 49,5 vs 59,06, SF - 56,5 vs 64,06, RE - 11,5 vs 62,00, MH - 51,8 vs 68,75). Uzyskane wyniki wskazują na niewątpliwą rolę parametrów społecznych, ekonomicznych i kulturowych w ocenie jakości życia i potwierdzają znacząco niższą jakość życia pacjentów z układową postacią tocznia rumieniowatego w porównaniu do pacjentów z trądzikiem różowatym.

Trudno jest wyjaśnić wskazywaną przez chorych komponentę bólową. Pytania składające się na poszczególne podskale są czasem nieprecyzyjne, nie odnoszą się do oceny jakości życia poprzez pryzmat choroby, a niekiedy mogą być mylnie interpretowane przez pacjentów (poprzez podwójne zaprzeczenia). Domena „ból” zbudowana jest w oparciu jedynie o dwa pytania, które brzmią: „jak bardzo odczuwał Pan/Pani w ciągu ostatnich 4 tygodni ból fizyczny”, „jak bardzo w ciągu ostatnich 4 tygodni ból przeszkadzał Panu/Pani w normalnej pracy”. Pytania o dolegliwości bólowe mogą nawiązywać na przykład do bólu głowy, zęba czy bólów związanych ze zmianami zwyrodnieniowymi kręgosłupa. Średnia wieku ankietowanych to 50,71 lat, SD=10,36. Wydaje się więc prawdopodobne, że ta grupa wiekowa może zgłaszać dolegliwości bólowe, które nie są objawem klinicznym trądziku różowatego, nie mają charakteru przewlekłego, a jedynie napadowy i przemijający.

Przedstawione wyniki badań mają charakter wstępny i sugerują konieczność podjęcia szerszych analiz obejmujących większą grupę pacjentów. Przeprowadzone badania wskazują również na konieczność stosowania ankiet przeznaczonych dla konkretnej jednostki chorobowej uwzględniające odrębności stwierdzone w badaniu podmiotowym i przedmiotowym.

Obserwacje własne potwierdzają wpływ choroby na psychikę pacjentów z trądzikiem różowatym czego wyrazem jest obniżona jakość życia. Sugeruje to konieczność całościowej opieki nad pacjentem uwzględniają-

cej udział psychologa i uczestnictwo w grupie wsparcia.

Piśmiennictwo

1. **Andrews F.M., Whitley S.B.:** Social Indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality. Plenum Press, New York 1976.
2. **Both H., Essink-Bot M.L., Busschbach J. et al.:** Critical review of generic and dermatology-specific health-related quality of life instruments. *J. Invest. Dermatol.* 2007, 127, 2726.
3. **Buechner S.A.:** Rosacea: an update. *Dermatology* 2005, 210, 100.
4. **Campbell A., Converse P.E., Rodgers W.L.:** The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions. Russell Sage Foundation, New York 1976.
5. **Chodkiewicz J., Salamon M., Miniszewska J. i wsp.:** Psychospołeczne aspekty funkcjonowania osób chorych na trądzik różowaty. *Przegl. Lek.* 2008, 01,
6. **Farnik-Brodzińska M., Pierzchała W.:** Znaczenie badań jakości życia w przewlekłych chorobach układu oddechowego w aspekcie holistycznego pojęcia medycyny. *Wiad. Lek.* 1998, 51, 316.
7. **Gernand A.:** Badanie czynników emocjonalnych oraz cech osobowości u chorych z trądzikiem różowatym, rozprawa doktorska, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2004.
8. **Górkiewicz-Petkowiak A.:** Trądzik różowaty- etiopatogeneza i leczenie, *Przegl. Dermatol.* 2007, 94, 373.
9. **Gupta M.A., Gupta A.K., Chen S.J., et al.:** Comorbidity of rosacea and depression: an analysis of the National Ambulatory Medical Care Survey and National Hospital Ambulatory Care Survey-Outpatient Department data collected by the U.S. National Center for Health Statistics from 1995 to 2002. *Br. J. Dermatol.* 2005, 153, 1176.
10. **Jarema M., Bury L., Koniecznyńska Z. i wsp.:** Porównanie oceny jakości życia chorych na schizofrenię objętych różnymi formami opieki psychiatrycznej. *Psychiatr. Pol.* 1998, 31, 585.
11. **Juczyński Z.:** Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
12. **Kulczycka L.:** Ocena jakości życia pacjentów chorujących na układowy tocznia rumieniowaty-Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych. Uniwersytet Medyczny w Łodzi, 2008
13. **Kulczycka L., Sysa-Jędrzejowska A., Robak E.:** Jakość życia chorych na układowy tocznia rumieniowaty ze szczególnym uwzględnieniem metodyki badań. *Postępy Hig. Med. Dośw.* 2007, 61, 472.
14. **Lim C.C., Tan T.C.:** Personality, disability and acne in college students. *Clin. Exp. Dermatol.* 1991, 16, 371.
15. **Nicholson K., Abramova L., Chren M. et al.:** A pilot quality-of-life instrument for acne rosacea. *J. Am. Acad. Dermatol.* 2007, 57, 213.
16. **Puchalski Z., Szendlak K.:** Niektóre cechy osobowości u pacjentów z alopecia areata, rosacea i lichen planus. *Przegl. Dermatol.* 1983, 70, 515.
17. **Rinaldi S., Ghisi M., Iaccarino L., et al.:** Influence of coping skills on health-related quality of life in patients with systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum.* 2006, 55, 427.
18. **Schipper H.L., Clinch J., Powell V.:** Definitions and conceptual issues. Quality of life assessments in clinical trials. Raven Press, New York 1990; 11.
19. **Walden-Gałuszko K.:** Jakość życia w chorobie nowotworowej. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1999.
20. **Walden-Gałuszko K.:** Jakość życia chorych z dusznością. [w:] Jassem E. red. Dusznosc i zaawansowanych stanach chorobowych - przyczyny i postępowanie. Via Medica, Gdańsk 2003: 231-233.
21. **Ware J.E. Jr, Gandek B., Kosinski M. et al.:** The equivalence of SF-36 summary health scores estimated using standard and country-specific algorithms in 10 countries: results from the IQOLA Project. *International Quality of Life Assessment. J. Clin. Epidemiol.* 1998, 51, 1167.
22. **Ware J.E., Kosinski M., Dewey J.E.:** How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2000.