

Zdrowie psychiczne osób z chorobami tkanki łącznej. Ujęcie negatywne i pozytywne oraz wybrane korelaty

Mental health of patients suffering from connective tissue diseases. Negative and positive concept and selected correlates

Lidia Zabłocka-Żytka¹, Michał Wiśniewski²

¹ Instytut Psychologii, Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej w Warszawie

² I Klinika Psychiatryczna, Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

Summary

Aim. The purpose of the research was to assess mental health of people suffering from connective tissue diseases, both in negative terms, i.e., the presence of disorders, and in positive terms – patients' well-being. Due to the specificity of connective tissue diseases, among others their unpredictable course and the pain that often accompanies patients, selected clinical and sociodemographic variables were included in the analyses.

Method. 101 people participated in the study, 81 women and 20 men aged 18 to 57 years, suffering from various connective tissue diseases. Some people completed questionnaires during support group meetings (38.6%), others via the internet. The HADS–M scale was used to examine indicators of mental health in negative terms, the PERMA–Profiler questionnaire was used to assess well-being (an indicator of mental health in positive terms), and the authors' own survey was used to obtain clinical and sociodemographic data.

Results. Subjects suffering from connective tissue diseases are characterized by high severity of anxiety and depressive symptoms. Relationships between mental health and selected clinical and sociodemographic variables were observed, e.g., greater pain is associated with higher rates of anxiety and depression, and lower well-being; the level of well-being increases with age.

Conclusions. It is important to monitor the mental health of people with chronic somatic diseases, including connective tissue diseases, especially in young people at the initial period of the disease, suffering from severe pain, residents of villages and small towns where access to support is limited.

Słowa kluczowe: zdrowie psychiczne, dobrostan psychiczny, choroby tkanki łącznej

Key words: mental health, mental well-being, connective tissue diseases

Wstęp

Choroby tkanki łącznej to grupa chorób o podłożu autoimmunologicznym oraz bliżej nieokreślonej etiologii i niejasnej patogenezie (genetyczne, infekcyjne i środowiskowe podłoża choroby) [1]. Proces chorobowy może obejmować zarówno pojedyncze narządy i układy, jak również całe ich zespoły [1, 2]. W grupie układowych chorób tkanki łącznej, której dotyczy niniejsza praca, najczęściej występującym zaburzeniem jest reumatoidalne zapalenie stawów [3, 4].

Leczenie chorób reumatycznych sprowadza się do stosowania leków z grupy glikokortykosteroidów oraz interferonu alfa. Mają one szereg działań niepożądanych, m.in. w obszarze zdrowia psychicznego – głównie w postaci zaburzeń nastroju i poznawczych. Zaburzenia funkcji poznawczych są niemal powszechne (u 75% chorych w przypadku stosowania glikokortykosteroidów) i obejmują przede wszystkim pogorszenie uwagi i funkcji wzrokowo-przestrzennych oraz osłabienie pamięci [3, 5]. Ich występowanie czy nasilenie zależy od rodzaju choroby. Ponadto farmakoterapia opierająca się na stosowaniu glikokortykosteroidów może zapoczątkować depresję lub nasilać jej objawy. Należy zwrócić również uwagę na fakt, że leczenie osób chorych na reumatoidalne zapalenie stawów ze współwystępującą depresją jest mniej skuteczne [6]. Do innych powikłań psychiatrycznych spowodowanych leczeniem glikokortykosteroidami należy niepokój ruchowy, splątanie oraz zaburzenia orientacji [7]. Przebieg chorób tkanki łącznej (m.in. ich nieprzewidywalność, towarzyszący ból), skutki, jakie powodują w funkcjonowaniu pacjentów (np. ograniczenie sprawności ruchowej), także wiążą się z występowaniem problemów psychologicznych. Wśród najczęściej spotykanych zaburzeń związanych z funkcjonowaniem psychicznym osób doświadczających chorób tkanki łącznej wymienia się zaburzenia nastroju, zaburzenia lękowe, zaburzenia snu, zaburzenia psychotyczne, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia osobowości i zachowania, a także depersonalizację [3]. Z uwagi na to w sposób szczególny należy monitorować zdrowie psychiczne pacjentów z chorobami tkanki łącznej.

Zdrowie psychiczne to stan dobrego samopoczucia, które pozwala na efektywne funkcjonowanie w środowisku, osiągnięcie celów życiowych i pełen samorozwój. Należy jednocześnie brać pod uwagę dwa ujęcia zdrowia psychicznego – negatywne i pozytywne. Zdrowie psychiczne definiowane w paradygmacie negatywnym to brak choroby, zaburzeń psychicznych lub dysfunkcji w sferze psychicznej, których kryteria opisywane są w różnych klasyfikacjach np. ICD-10. Pozytywne ujęcie zdrowia psychicznego nie jest jednoznaczne i odnosi się do takich pojęć jak satysfakcja życiowa, samorealizacja, poczucie szczęścia czy dobrostan psychiczny. To również takie zachowanie i cechy osobowościowe, które związane są ze zdolnością radzenia sobie w trudnych sytuacjach [8, 9]. Przykładem pozytywnego ujęcia zdrowia psychicznego jest teoria dobrostanu i model PERMA autorstwa Martina Seligmana [10, 11]. Dobrostan jest tu rozumiany jako konstrukt, który składa się z niezależnych od siebie i mierzalnych elementów. Model PERMA zakłada pięć obszarów, a mianowicie: pozytywne emocje (P – *positive emotions*), zaangażowanie (E – *engagement*), dobre związki (R – *apostive relationships*), sens/znaczenie (M

– *meaning*) oraz osiągnięcia (*A – accomplishments, achievements*). Poszukiwanie pozytywnych emocji odnosi się nie tylko do terażniejszości, ale także do przeszłości i przyszłości.

Celem prezentowanego badania jest ocena zdrowia psychicznego w ujęciu negatywnym i pozytywnym w grupie dorosłych chorujących na choroby tkanki łącznej oraz jego wybranych korelatów klinicznych (związanych z przewlekłą chorobą somatyczną) i socjodemograficznych. Podjęto próbę odpowiedzi na kilka pytań badawczych:

1. Jakie jest zdrowie psychiczne osób chorujących na choroby tkanki łącznej (zarówno lęk, depresja, jak i dobrostan)?
2. Czy wybrane zmienne kliniczne (rodzaj choroby, czas jej trwania, nasilenie objawów bólowych) różnicują badanych pacjentów pod względem zdrowia psychicznego?
3. Czy wybrane zmienne socjodemograficzne, takie jak płeć, wykształcenie, miejsce zamieszkania, aktywność zawodowa, różnicują badanych w aspekcie zdrowia psychicznego?

Material i metody

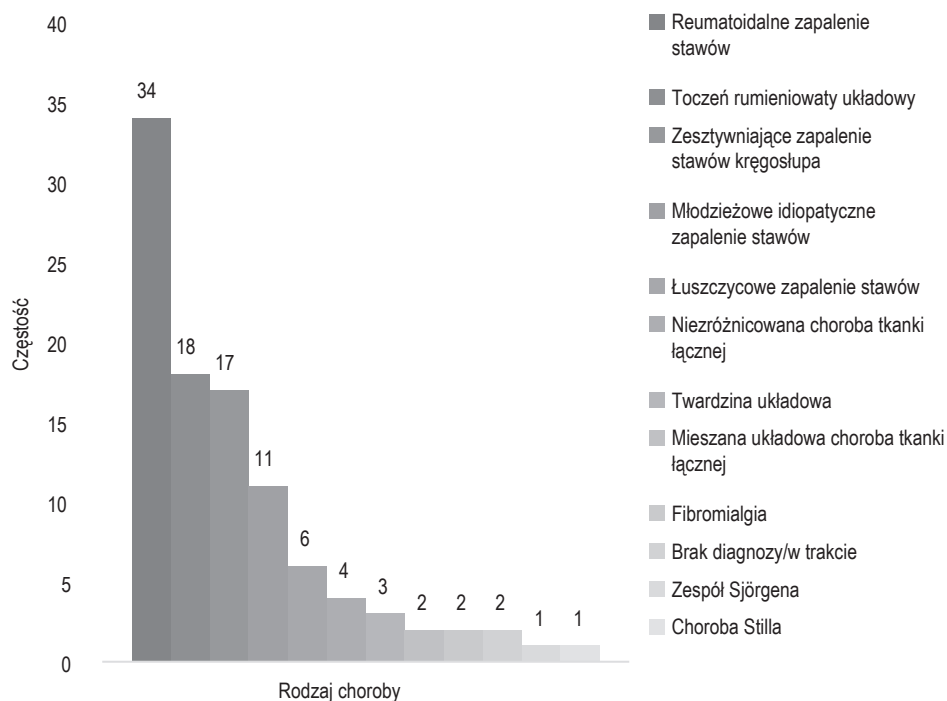
W badaniu wzięło udział 101 osób, w tym 81 kobiet i 20 mężczyzn w wieku od 18 do 57 lat ($M = 33,03$; $SD = 8,07$). Nierównoliczność grup wiąże się między innymi ze specyfiką występowania chorób oraz procentowo większym udziałem kobiet w grupach wsparcia. Badanie zostało przeprowadzone metodą „papier–ołów” (39 osób, członkowie Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”) oraz internetowo (62 osoby) za pomocą platformy Profitest.pl w okresie od listopada 2018 r. do lutego 2019 r. Badani *online* należeli do internetowej grupy wsparcia zrzeczającej osoby z chorobami tkanki łącznej, na forum której został umieszczony link do kwestionariuszy. Kryterium włączenia do grupy badanej była deklaracja danej osoby dotycząca chorowania na jedną z chorób tkanki łącznej oraz gotowość do udziału w badaniu i utożsamianie się z badaną grupą.

Wszyscy uczestnicy wyrazili zgodę na udział w badaniu, nie otrzymali wynagrodzenia. Większość osób badanych mieszkała w mieście oraz miała średnie bądź wyższe wykształcenie i była aktywna zawodowo. W czasie badania wszystkie osoby pozostawały pod opieką ambulatoryjną specjalistów. Dokładne dane dotyczące zmiennych socjodemograficznych przedstawiono w tabeli 1.

Tabela 1. Charakterystyka socjodemograficzna osób badanych

Zmienna		Wartości
Płeć:	Kobiety Mężczyźni	N = 81 (80,2%) N = 20 (19,8%)
Wiek (w latach):	Kobiety Mężczyźni	M = 33,03 SD = 8,07 min = 18 max = 57 skośność = 0,28 kurtoza = -0,232 M = 33,68 SD = 7,96 M = 30,4 SD = 8,19
Rodzaj badania:	Badanie „papier–ołówki” Badanie internetowe	N = 39 (38,6%) N = 62 (61,4%)
Wykształcenie:	Podstawowe Gimnazjalne Zasadnicze zawodowe Średnie Wyższe	N = 0 N = 1 (1%) N = 5 (5%) N = 43 (42,6%) N = 52 (51,5%)
Miejsce zamieszkania:	Wieś Miasto do 50 tys. mieszkańców Miasto 50–100 tys. mieszkańców Miasto 100–250 tys. mieszkańców Miasto powyżej 250 tys. mieszkańców	N = 17 (16,8%) N = 14 (13,9%) N = 16 (15,8%) N = 18 (17,8%) N = 36 (35,6%)
Stan cywilny:	Kawaler/panna Żonaty/zamężna Rozwiedziony/a Wdowiec/wdowa	N = 44 (43,6%) N = 47 (46,5%) N = 9 (8,9%) N = 1 (1%)
Sytuacja zawodowa:	Uczę się/studuję Pracujący/a Bezrobotny/a Niezdolny/a do pracy	N = 20 (19,8%) N = 65 (64,4%) N = 8 (7,9%) N = 8 (7,9%)

Najwięcej osób badanych deklarowało, iż choruje na reumatoidalne zapalenie stawów, toczeń rumieniowaty układowy, zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa oraz młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów. Szczegółowe dane prezentuje rycina 1.



Rycina 1. Częstość występowania deklarowanych chorób tkanki łącznej w badanej grupie

Czas trwania choroby w badanej grupie wynosił od 0,5 roku do 50 lat ($M = 8,94$; $SD = 8,75$). Większość osób badanych pozostawała w związku ($N = 81$, 80,2%).

W badaniu zastosowano kilka kwestionariuszy, w tym:

1. Własną ankietę socjodemograficzną, w której znajdowały się pytania dotyczące m.in. zmiennych demograficznych, np. płeć, wiek, stan cywilny, aktywność zawodowa, oraz klinicznych, jak rodzaj choroby czy czas jej trwania.
2. Kwestionariusz PERMA-Profil (PL) autorstwa Butler i Kern [12], w polskiej adaptacji Kossakowskiej, Kern i Seligmana do oceny poczucia szczęścia i psychologicznego dobrostanu. Zawiera on 23 pytania, na które odpowiedzi są kodowane na dziesięciostopniowej skali (0 – nigdy, 10 – zawsze). Narzędzie składa się z dziewięciu podskal: pozytywne emocje, zaangażowanie, relacje, sens, osiągnięcia, negatywne emocje, zdrowie, samotność, szczęście. Wynik ogólny mieści się w przedziale 0–10. Im wyższy wynik, tym wyższy dobrostan psychiczny.
3. Skalę HADS–M autorstwa Zigmond i Snaith, w polskiej wersji opracowanej przez Majkowicza, de Walden-Gałuszko oraz Chojnicką-Szawłowską [13], do pomiaru lęku, depresji i agresji. Skala ta zawiera 16 stwierdzeń i korzysta z czterostopniowej skali określającej nasilenie występowania danego zachowania, myśli, uczuć czy reakcji. Odpowiedziom przypisane są punkty od 0 do 3. Dla skali lęku i depresji wynik mieszczący się w przedziale 0–7 jest uważany za normę, 8–10 oznacza

po granicze zaburzeń lękowych/depresyjnych, a wynik równy 11 i więcej wskazuje na przypadki kliniczne.

Uzyskano zgodę na wykorzystanie wszystkich narzędzi w przeprowadzonym badaniu oraz zgodę Komisji Etyki na realizację badań.

Wyniki

Do analiz otrzymanych danych wykorzystano pakiet statystyczny IBM SPSS Statistics w wersji 25. Normalność rozkładów analizowanych zmiennych sprawdzono za pomocą testu Shapiro–Wilka. W celu określenia różnic między grupami wykorzystano test H Kruskala–Wallisa. Dla zmiennych o rozkładach normalnych, spełniających warunek równoliczności grup zastosowano test statystyczny t -Studenta dla prób niezależnych, a w przypadku braku normalności rozkładu test rangowy U Manna–Whitneya. Określając zależności między zmiennymi, dla zmiennych ilościowych posiadających rozkład normalny zastosowano analizę współczynnika korelacji r -Pearsona. W przypadku zmiennych mierzonych na skali porządkowej oraz nieposiadających rozkładu normalnego wykorzystano nieparametryczny współczynnik korelacji ρ Spearmana.

Zdrowie psychiczne badanych chorujących na choroby tkanki łącznej

Średnie wyniki nasilenia objawów lęku, depresji (ujęcie negatywne) oraz poszczególnych wymiarów dobrostanu psychicznego (ujęcie pozytywne) prezentuje tabela 2.

Tabela 2. Średnie wyniki badanej grupy w różnych wskaźnikach zdrowia psychicznego

	Zmienna	Kobiety (N = 81)		Mężczyźni (N = 20)		Ogółem (N = 101)	
		M	SD	M	SD	M	SD
Skala HADS–M	Lęk	10,42	4,32	9,55	4,05	10,25	4,26
	Depresja	7,18	4,28	6,10	3,61	6,96	4,16
	Agresja	3,99	1,77	4,00	1,56	3,99	1,72
Kwestionariusz PERMA–Profil	Pozytywne emocje	5,56	1,75	5,37	1,48	5,52	1,69
	Zaangażowanie	5,64	1,74	5,82	1,55	5,67	1,70
	Relacje	6,28	1,83	6,57	1,52	6,34	1,77
	Sens	5,40	2,04	5,47	1,80	5,42	1,98
	Osiągnięcia	5,53	1,64	6,07	1,43	5,63	1,61
	Negatywne emocje	5,84	1,77	5,03	1,53	5,68	1,75
	Zdrowie	3,63	1,55	3,48	1,69	3,60	1,57
	Samotność	4,84	2,42	4,35	1,95	4,74	2,34
	Szczęście	5,62	2,26	5,65	1,90	5,62	2,18
Ogólny dobrostan psychiczny	5,67	1,60	5,82	1,41	5,70	1,56	

Wyniki otrzymane w skali HADS–M wskazują na obecność klinicznych objawów zaburzeń lękowych oraz pogranicze zaburzeń depresyjnych. Z kolei analiza dobrostanu psychicznego wskazuje na relacje interpersonalne na najwyższym poziomie, zaś zdrowie – na najniższym.

Związki między zdrowiem psychicznym a wybranymi zmiennymi klinicznymi

Zdrowie psychiczne badanych chorujących na choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem rodzaju choroby

Przeprowadzono analizę statystyczną, polegającą na sprawdzeniu średnich wyników uzyskanych w poszczególnych wskaźnikach zdrowia psychicznego, zarówno w ujęciu negatywnym, jak i pozytywnym, z uwzględnieniem rodzaju choroby. Pod uwagę wzięto cztery najliczniejsze grupy, tj. osoby deklarujące zachorowanie na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS), toczeń rumieniowaty układowy (SLE), młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów (MIZS) oraz zeszytniające zapalenie stawów kręgosłupa (ZZSK). Analiza testem *H* Kruskala–Wallisa wykazała istotne statystycznie różnice w poczucia sensu pomiędzy analizowanymi grupami. Wykazano również występowanie różnic na poziomie tendencji statystycznej w poziomie lęku, ogólnym dobrostanie psychicznym, zaangażowaniu oraz poczuciu szczęścia. Szczegółowe wyniki zaprezentowano w tabeli 3.

Tabela 3. Średnie wyniki we wskaźnikach zdrowia psychicznego z podziałem na rodzaj deklarowanej choroby

	Zmienna	RZS (N = 34)			SLE (N = 18)			MIZS (N = 11)			ZZSK (N = 17)			Wynik testu <i>H</i> Kruskala– Wallisa
		M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	
Skala HADS–M	Lęk	9,62	4,95	10,00	9,39	4,15	9,50	13,00	2,86	12,00	10,24	3,33	9,00	H(3) = 7,368; <i>p</i> < 0,061
	Depresja	6,59	4,49	6,00	6,06	3,83	5,50	8,45	4,30	8,00	7,00	4,49	7,00	H(3) = 1,878; n.s.
	Agresja	3,91	1,80	4,00	3,78	2,05	4,00	4,91	0,94	5,00	3,59	1,66	4,00	H(3) = 3,993; n.s.
Skala PERMA–Profil	Pozytywne emocje	5,67	1,96	6,00	5,69	1,79	6,00	4,39	1,36	4,33	5,63	1,24	5,67	H(3) = 6,178; n.s.
	Zaangażowanie	5,80	1,86	5,83	6,20	1,65	6,17	4,48	1,31	5,00	5,63	1,52	5,33	H(3) = 7,192; <i>p</i> < 0,066
	Relacje	6,44	1,83	6,67	6,83	1,89	7,17	6,64	1,53	6,67	6,25	1,78	7,00	H(3) = 0,979; n.s.
	Sens	5,83	2,13	6,00	5,85	1,87	5,83	4,00	1,69	4,00	5,31	1,73	5,33	H(3) = 8,124; <i>p</i> < 0,05
	Osiągnięcia	5,75	1,65	5,33	5,96	1,55	6,00	4,76	1,49	4,67	5,69	1,51	6,00	H(3) = 4,351; n.s.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Skala PERMA-Profil	Negatywne emocje	5,58	1,91	6,00	5,89	1,67	5,67	6,64	1,48	6,33	5,25	1,44	5,33	H(3) = 4,530; n.s.
	Zdrowie	3,63	1,80	3,33	3,78	1,40	4,00	2,67	1,53	2,67	3,69	1,27	3,00	H(3) = 4,299; n. s.
	Samotność	4,50	2,46	4,00	5,06	2,13	5,00	5,45	2,38	5,00	4,82	2,10	4,00	H(3) = 1,406; n.s.
	Szczęście	5,65	2,60	6,00	6,17	1,95	6,50	4,27	2,10	5,00	6,00	1,62	6,00	H(3) = 6,910; $p < 0,075$
	Ogólny dobrostan psychiczny	5,86	1,81	6,10	6,12	1,54	6,13	4,76	1,31	4,94	5,75	1,41	5,94	H(3) = 6,601; $p < 0,086$

n.s. – wynik nieistotny statystycznie

W celu sprawdzenia różnic w powyższych obszarach przeprowadzono porównanie średnich wyników za pomocą testu rangowego *U* Manna–Whitneya. W badanych grupach to pacjenci chorujący na młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów charakteryzują się gorszym zdrowiem psychicznym:

- W porównaniu z chorującymi na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) mają istotnie wyższy lęk, $U = 107,00$; $p < 0,05$, mniejsze poczucie sensu życia, $U = 91,00$; $p < 0,05$, są mniej zaangażowani, $U = 104,00$; $p < 0,05$, oraz doświadczają mniejszego poczucia szczęścia, $U = 112,5$; $p < 0,05$.
- W porównaniu z osobami z toczniem rumieniowatym układowym cechują się wyższym lękiem, $U = 40,50$; $p < 0,01$, niższym poczuciem sensu, $U = 43,00$; $p < 0,05$, mniejszym zaangażowaniem, $U = 38,00$; $p < 0,01$, mniejszym poczuciem szczęścia, $U = 44,00$; $p < 0,05$, oraz niższym ogólnym dobrostanem psychicznym, $U = 38,50$; $p < 0,05$.
- W porównaniu z osobami z ZZSK odczuwają większy lęk, $U = 43,00$; $p < 0,05$, a także cechują się niższym poziomem szczęścia, $U = 41,00$; $p < 0,05$, i ogólnego dobrostanu psychicznego, $U = 50,00$; $p < 0,05$.

Związek między zdrowiem psychicznym a czasem trwania choroby

Nie zaobserwowano zależności między czasem trwania choroby a lękiem i depresją oraz ogólnym dobrostanem psychicznym. Stwierdzono natomiast istnienie słabej, dodatniej korelacji między czasem trwania choroby a poczuciem zdrowia, $rs = 0,270$; $p < 0,01$, co oznacza, że dłuższy czas trwania choroby wiąże się z poczuciem lepszego stanu zdrowia w badanej grupie.

Zdrowie psychiczne a objawy choroby tkanki łącznej i odczuwany ból

Przeanalizowano związek między zdrowiem psychicznym a objawami choroby tkanki łącznej. Istnieje umiarkowana dodatnia zależność między bólem odczuwanym w chorobie a depresją, $rs = 0,321$; $p < 0,001$, oraz słaby dodatni związek z poziomem

lęku, $r_s = 0,266$; $p < 0,01$. Większy ból wiąże się ze zwiększonym odczuwaniem lęku oraz objawów depresji. Szczegółowe wyniki prezentuje tabela 4.

Tabela 4. Związki między objawami choroby i odczuwanym bólem a wskaźnikami dobrostanu psychicznego

Zmienna	Współczynnik korelacji ρ Spearmana					
	Kobiety (N = 81)		Mężczyźni (N = 20)		Ogółem (N = 101)	
	Objawy choroby	Ból	Objawy choroby	Ból	Objawy choroby	Ból
Pozytywne emocje	-0,083	-0,193	-0,190	-0,361	-0,104	-0,242*
Zaangażowanie	-0,132	-0,259*	-0,219	-0,449*	-0,150	-0,284**
Relacje	-0,018	-0,237*	-0,573**	-0,158	-0,082	-0,226*
Sens	-0,059	-0,205	-0,451*	-0,358	-0,123	-0,238*
Osiągnięcia	-0,264*	-0,337**	-0,418	-0,477*	-0,292**	-0,340**
Negatywne emocje	0,056	0,125	-0,020	0,620**	0,049	0,180
Zdrowie	-0,265*	-0,393**	-0,153	-0,371	-0,223*	-0,412**
Samotność	-0,146	0,133	0,518*	0,329	-0,063	0,168
Szczęście	-0,034	-0,229*	-0,370	-0,192	-0,081	-0,240*
Ogólny dobrostan psychiczny	-0,122	-0,278*	-0,340	-0,360	-0,161	-0,297**

** Korelacja istotna na poziomie 0,01 (dwustronnie).
* Korelacja istotna na poziomie 0,05 (dwustronnie).

Wraz ze wzrostem nasilenia bólu zmniejsza się poczucie ogólnego dobrostanu psychicznego. Poza tym nasilenie objawów choroby w grupie badanych mężczyzn wiąże się ze słabiej ocenianymi relacjami interpersonalnymi, mniejszym poczuciem sensu, a także większą samotnością. Z kolei silniejszy ból jest związany z mniejszym zaangażowaniem, niższym poczuciem osiągnięć oraz większym nasileniem odczuwanych negatywnych emocji.

Związki między zdrowiem psychicznym a wybranymi zmiennymi socjodemograficznymi

Zdrowie psychiczne chorych na choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem charakteru badania (online i stacjonarnie)

Osoby biorące udział w badaniu stacjonarnym deklarują niższą w porównaniu z badanymi internetowo depresyjność i większy dobrostan psychiczny. Ponadto są bardziej zaangażowane, lepiej oceniają swoje osiągnięcia, doświadczają mniej negatywnych emocji, natomiast gorzej oceniają swój stan zdrowia. Wyniki przedstawiono w tabeli 5.

Tabela 5. Średnie wyniki w poszczególnych wymiarach zdrowia psychicznego w podziale ze względu na rodzaj badania

	Zmienna	Badanie internetowe				Badanie stacjonarne				Wynik testu
		N	M	SD	Me	N	M	SD	Me	
Skala HADS-M	Lęk	62	10,69	4,61	11,00	39	9,54	3,58	10,00	U = 985,00; n.s.
	Depresja	62	7,76	4,31	7,00	38	5,66	3,57	6,00	U = 833,50; $p < 0,05$
	Agresja	62	4,11	1,76	4,00	39	3,79	1,67	4,00	U = 1065,00; n.s.
Kwestionariusz PERMA-Profil	Pozytywne emocje	62	5,27	1,76	5,33	39	5,92	1,51	6,00	U = 961,00; $p < 0,083$
	Zaangażowanie	62	5,33	1,76	5,33	39	6,22	1,46	6,00	U = 848,00; $p < 0,05$
	Relacje	62	6,20	1,81	6,67	39	6,56	1,71	7,00	U = 1055,00; n.s.
	Sens	62	5,16	2,09	5,33	39	5,83	1,74	5,67	U = 955,00; $p < 0,076$
	Osiągnięcia	62	5,36	1,81	5,00	39	6,07	1,10	6,00	U = 906,00; $p < 0,034$
	Negatywne emocje	62	5,92	1,80	6,00	39	5,29	1,60	5,33	U = 943,00; $p < 0,063$
	Zdrowie	62	3,35	1,58	3,17	39	3,99	1,49	4,00	U = 886,00; $p < 0,05$
	Samotność	62	4,81	2,53	5,00	39	4,64	2,02	4,00	U = 1154,00; n.s.
	Szczęście	62	5,27	2,33	6,00	39	6,18	1,82	6,00	U = 963,50; $p < 0,082$
	Ogólny dobrostan psychiczny	62	5,43	1,68	5,42	39	6,13	1,26	6,00	U = 916,00; $p < 0,05$

n.s. – wynik nieistotny statystycznie

Zdrowie psychiczne chorych na choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem wieku

Zaobserwowano związek jedynie między wiekiem a niektórymi składowymi dobrostanu psychicznego. Im starsze osoby, tym wyżej oceniają przeżywane emocje pozytywne, sens życia, zdrowie i szczęście, jednocześnie przeżywają mniej emocji negatywnych. Szczegółowe analizy prezentuje tabela 6.

Tabela 6. Wiek a zdrowie psychiczne chorych na choroby tkanki łącznej

	Współczynnik korelacji
Zmienna	Wiek
Lęk	$r = -0,161$; n.s.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Depresja	$r_s = -0,079$; n.s.
Agresja	$r_s = -0,142$; n.s.
Pozytywne emocje	$r = 0,258$; $p < 0,01$
Zaangażowanie	$r = 0,121$; n.s.
Relacje	$r_s = -0,112$; n.s.
Sens	$r = 0,214$; $p < 0,05$
Osiągnięcia	$r = 0,069$; n.s.
Negatywne emocje	$r = -0,202$; $p < 0,05$
Zdrowie	$r_s = 0,343$; $p < 0,001$
Samotność	$r_s = -0,021$; n.s.
Szczęście	$r_s = 0,226$; $p < 0,05$
Ogólny dobrostan psychiczny	$r = 0,150$; n.s.

n.s. – wynik nieistotny statystycznie

Zdrowie psychiczne chorych na choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem płci

Płeć nie różnicuje badanych pod względem zdrowia psychicznego. W badanej grupie kobiety cechowały się wyższym lękiem i depresyjnością niż mężczyźni, jednak nie są to różnice istotne na poziomie statystycznym (lęk: $U = 735,50$; n.s.; depresyjność: $U = 687,50$; n.s.). Podobnie nie zaobserwowano różnic w poziomie dobrostanu ($U = 790,00$; n.s.) między chorującymi kobietami i mężczyznami.

Zdrowie psychiczne chorych na choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem wykształcenia

Badane osoby z niższym wykształceniem charakteryzują się istotnie wyższym lękiem ($t(99) = 2,184$; $p < 0,05$) i depresji ($U = 942,00$; $p < 0,05$) w porównaniu z pacjentami po studiach. Stwierdzono również, że nasilenie pozytywnych emocji u osób z wyższym wykształceniem jest na poziomie statystycznym istotnie większe niż w grupie osób z niższym wykształceniem ($t(99) = 2,320$; $p < 0,05$; $d = 0,46$). Osoby z wyższym wykształceniem charakteryzują się większym (na poziomie tendencji statystycznej) poczuciem sensu ($t(99) = 1,762$; $p < 0,081$; $d = 0,35$), a także ogólnym dobrostanem psychicznym ($t(99) = -1,878$; $p < 0,063$; $d = 0,37$). Wyniki szczegółowe prezentuje tabela 7.

Tabela 7. Średnie wyniki wskaźników zdrowia psychicznego w podziale ze względu na wykształcenie

Zmienna	Wykształcenie wyższe (N = 52)			Wykształcenie podstawowe i średnie (N = 49)			Wynik testu
	M	SD	Me	M	SD	Me	
Lęk	9,37	4,33	9,00	11,18	4,02	11,00	$t(99) = 2,184$; $p < 0,05$; $d = 0,43$
Depresja	6,06	4,07	6,00	7,94	4,07	7,50	$U = 942,00$; $p < 0,05$
Agresja	3,77	1,74	4,00	4,23	1,69	4,00	$U = 1071,50$; n.s.
Pozytywne emocje	5,89	1,61	6,00	5,13	1,71	5,00	$t(99) = -2,320$; $p < 0,05$; $d = 0,46$
Zaangażowanie	5,89	1,79	5,83	5,44	1,58	5,33	$t(99) = 1,331$; n.s.
Relacje	6,58	1,72	6,67	6,08	1,80	6,67	$U = 1075,00$; n.s.
Sens	5,75	1,93	5,50	5,06	1,99	5,33	$t(99) = -1,762$; $p < 0,081$; $d = 0,35$
Osiągnięcia	5,85	1,69	6,00	5,41	1,49	5,33	$t(99) = -1,375$; n.s.
Negatywne emocje	5,72	1,73	6,00	5,63	1,78	5,67	$t(99) = -0,263$; n.s.
Zdrowie	3,78	1,71	4,00	3,41	1,40	3,00	$U = 1100,50$; n.s.
Samotność	4,64	2,26	4,50	4,86	2,43	4,00	$U = 1205,00$; n.s.
Szczęście	5,92	2,16	6,00	5,31	2,18	6,00	$U = 1065,50$; n.s.
Ogólny dobrostan psychiczny	5,98	1,58	6,00	5,41	1,50	5,33	$t(99) = -1,878$; $p < 0,063$; $d = 0,37$

t – test t-Studenta

d – siła efektu, d Cohena

U – test U Manna-Whitneya

n.s. – wynik nieistotny statystycznie

Zdrowie psychiczne chorych na choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem aktywności zawodowej

Poziom depresyjności jest istotnie wyższy w grupie osób niepracujących / niezdolnych do pracy. Osoby aktywne zawodowo są także bardziej zaangażowane, lepiej oceniają relacje interpersonalne, doświadczają większego poczucia sensu oraz lepiej oceniają swoje osiągnięcia i poczucie zdrowia. Wyniki szczegółowe przedstawiono w tabeli 8.

Tabela 8. Średnie wyniki wskaźników zdrowia psychicznego w podziale ze względu na sytuację zawodową

Zmienna	Osoby nieaktywne zawodowo (N = 16)			Osoby pracujące / uczące się (N = 85)			Wynik testu U Manna-Whitneya
	M	SD	Me	M	SD	Me	
Lęk	11,00	4,79	12,50	10,11	4,17	10,00	U = 571,00; n.s.
Depresja	9,38	4,69	10,00	6,50	3,91	6,50	U = 420,50; p < 0,05
Agresja	4,38	1,96	5,00	3,92	1,68	4,00	U = 547,50; n.s.
Pozytywne emocje	4,92	1,22	4,17	5,64	1,66	5,67	U = 496,00; p < 0,086
Zaangażowanie	4,69	1,72	4,50	5,86	1,64	5,67	U = 424,00; p < 0,05
Relacje	5,38	1,62	5,50	6,52	1,75	6,67	U = 412,50; p < 0,05
Sens	4,63	2,12	4,67	5,57	1,93	5,67	U = 462,50; p < 0,05
Osiągnięcia	4,50	2,12	3,83	5,85	1,41	6,00	U = 380,50; p < 0,01
Negatywne emocje	5,67	2,24	6,17	5,68	1,65	5,67	U = 618,00; n.s.
Zdrowie	2,90	1,40	2,67	3,73	1,57	4,00	U = 464,00; p < 0,05
Samotność	5,56	2,88	7,00	4,59	2,21	4,00	U = 507,00; n.s.
Szczęście	5,25	2,27	5,00	5,69	2,17	6,00	U = 600,50; n.s.
Ogólny dobrostan psychiczny	4,89	1,65	4,69	5,85	1,51	5,94	U = 441,50; p < 0,05

n.s. – wynik testu nieistotny statystycznie

Zdrowie psychiczne chorych na choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem miejsca zamieszkania

Osoby badane mieszkające na wsi cechują się najwyższym lękiem, depresją, negatywnymi emocjami oraz samotnością, a także najgorzej oceniają relacje interpersonalne. W celu określenia, jakie różnice występują między grupami, wykonano test rangowy U Manna-Whitneya. Ze względu na niewielkie różnice w skali określającej miejsce zamieszkania analizę przeprowadzono dla trzech grup: osób mieszkających na wsi oraz w małym i dużym mieście. Szczegółowe dane prezentuje tabela 9.

Tabela 9. Średnie wyniki we wskaźnikach zdrowia psychicznego w podziale na miejsce zamieszkania

Zmienna	Wieś			Miasto do 50 tys. mieszkańców (N = 14)			Miasto 50–100 tys. mieszkańców (N = 16)			Miasto 100–250 tys. mieszkańców (N = 18)			Miasto powyżej 250 tys. mieszkańców (N = 36)			
	N	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me	M	SD	Me
Lęk	17	12,24	4,24	12,00	10,93	3,25	11,00	9,44	3,22	9,50	11,22	4,01	12,00	8,92	4,77	10,00
Depresja	16	9,38	4,50	9,00	7,86	4,13	7,00	5,69	3,40	6,00	8,00	3,43	7,00	5,58	4,12	7,00
Agresja	17	4,53	1,55	4,00	3,93	1,69	4,00	3,75	1,29	4,00	4,61	1,61	5,00	3,56	1,95	4,00
Pozytywne emocje	17	5,06	1,73	4,33	5,17	1,57	5,33	5,98	1,62	6,17	5,39	1,33	5,50	5,75	1,90	5,67
Zaangażowanie	17	5,37	1,81	5,33	4,98	1,61	5,17	6,02	1,20	6,17	5,81	1,61	6,33	5,86	1,89	5,67
Relacje	17	5,14	1,65	4,67	5,24	1,54	5,17	6,81	1,90	7,17	6,59	1,47	6,67	7,00	1,57	6,67
Sens	17	4,71	2,44	5,00	4,90	1,72	5,33	5,79	1,54	5,67	5,28	1,86	5,50	5,85	2,02	5,33
Osiągnięcia	17	5,33	1,59	5,00	5,48	1,47	5,17	5,77	1,50	6,17	5,17	1,69	5,50	6,01	1,66	5,67
Negatywne emocje	17	6,39	1,98	7,00	5,95	1,56	5,83	4,85	1,56	4,83	6,17	1,35	6,00	5,36	1,80	5,67
Zdrowie	17	3,86	1,60	3,67	4,12	1,69	4,67	3,40	1,39	3,50	3,56	1,45	3,67	3,38	1,66	3,67
Samotność	17	6,29	2,37	7,00	4,36	1,34	5,00	4,50	2,03	4,00	4,50	2,66	4,50	4,39	2,39	4,00
Szczęście	17	5,00	2,65	5,00	4,79	2,08	5,00	6,25	2,02	7,00	5,72	1,60	6,00	5,92	2,25	6,00
Ogólny dobrostan psychiczny	17	5,10	1,71	4,89	5,09	1,40	5,22	6,10	1,30	5,94	5,66	1,25	5,94	6,06	1,70	5,89

Analiza wykazała, że chorzy mieszkający na wsi cechują się większą samotnością niż osoby z miast do 50 tys. mieszkańców: $U = 62,00$; $p < 0,05$. Osoby te w porównaniu z mieszkańcami dużych miast odczuwają również silniejszy lęk: $U = 182,50$; $p < 0,05$, mają więcej objawów depresji: $U = 148,50$; $p < 0,01$, a także cechują się niższym ogólnym dobrostanem psychicznym: $U = 214,00$; $p < 0,08$. Ponadto gorzej oceniają relacje interpersonalne: $U = 137,00$; $p < 0,001$, doświadczają więcej negatywnych emocji: $U = 209,50$; $p < 0,065$, a także są bardziej samotne niż osoby mieszkające w mieście powyżej 250 tys. mieszkańców: $U = 171,50$; $p < 0,01$.

Omówienie wyników

Światowa Organizacja Zdrowia [14] definiuje zdrowie jako pełny dobrostan w sferze psychicznej, fizycznej i społecznej człowieka. Zatem istotny jest każdy element zdrowia i zachwianie równowagi w jakimkolwiek jego obszarze może mieć wpływ na inne wymiary zdrowia. Przykładem są przewlekłe choroby somatyczne, a wśród nich choroby tkanki łącznej (choroby reumatyczne, kolagenozy), które mogą wiązać się m.in. ze zdrowiem psychicznym osoby na nie chorującej. Przeprowadzone badania miały na celu ocenę zdrowia psychicznego w ujęciu negatywnym, czyli obecność wskaźników psychopatologicznych, oraz pozytywnym – dobrostan psychiczny chorujących na wybrane choroby tkanki łącznej z uwzględnieniem niektórych zmiennych klinicznych i socjodemograficznych.

W kontekście negatywnego ujęcia zdrowia psychicznego, osoby badane cechują się podwyższonym lękiem oraz depresją. Otrzymane dane są zgodne z prowadzonymi wcześniej badaniami [3, 15]. Nasilenie lęku wśród badanych pacjentów świadczy o występowaniu klinicznych objawów zaburzeń lękowych, zaś wyniki w skali depresji mogą sugerować pograniczne zaburzeń depresyjnych.

Warto jednak zwrócić uwagę, że zaburzenia lękowe i depresyjne mają podłoże wieloczynnikowe. W przebiegu chorób o podłożu zapalnym stwierdza się współwystępowanie depresji. W związku z tym u osób badanych zaburzenia lękowe i depresyjne mogą być także wynikiem postępującego procesu zapalnego. Według teorii zapalnej depresji w zaburzeniach tego rodzaju obserwuje się aktywację układu immunologicznego i występowanie procesu zapalnego w ośrodkowym i obwodowym układzie nerwowym. Zwiększone występowanie cytokin prozapalnych związane jest z pojawieniem się charakterystycznych objawów depresji, między innymi obniżonego nastroju, lęku i drażliwości. Cytokiny prozapalne są czynnikiem, który wpływa na działanie systemu serotonergicznego i osi podwzgórze – przysadka – nadnercza, których aktywność jest istotna w przebiegu depresji. Uczestniczą one także w komunikacji między układem immunologicznym a neurotransmiterami i układem endokrynologicznym [16, 17]. Tradycyjne leki przeciwreumatyczne wpływają na związek między stanem zapalnym a depresją u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów [18]. Ponadto glikokortykosteroidy stosowane u pacjentów z chorobami tkanki łącznej mogą powodować skutki uboczne w postaci objawów psychopatologicznych [19].

W badanej grupie zaobserwowano, że osoby dłużej chorujące lepiej oceniają swoje zdrowie psychiczne, co jest interesujące i sprzeczne z danymi z literatury [20]. Możliwe,

że sytuacja ta jest związana z adaptacją do choroby oraz zdolnością do radzenia sobie z problemami wynikającymi z doznawanych dolegliwości. W badaniu własnym wzięły udział osoby z różnym rozpoznaniem, między innymi z młodzieńczym idiopatycznym zapaleniem stawów, toczniem rumieniowatym układowym czy zeszywniającym zapaleniem stawów kręgosłupa. Mimo że wszystkie te schorzenia należą do grupy chorób reumatycznych, specyfika każdej z nich jest inna, a na poczucie zdrowia mogą wpływać różne czynniki wynikające z przebiegu choroby. Prawdopodobnie istotny jest także fakt, że w badaniu własnym wzięły udział głównie osoby we wczesnej i średniej dorosłości, w większości dobrze funkcjonujące mimo choroby przewlekłej i zrzeszone w stowarzyszeniu, które oferuje szeroki wachlarz wsparcia w radzeniu sobie z chorobą.

Do grupy czynników, które mogą mieć związek z pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego, zalicza się silny ból spowodowany chorobą [21]. Otóż, u 50% pacjentów doświadczających przewlekłych dolegliwości bólowych stwierdza się współwystępowanie zaburzeń depresyjnych [22]. Badania własne również potwierdziły, że nasilony ból wiąże się z wyższą depresją i lękiem. Warto zauważyć, że sam przebieg chorób reumatycznych jest nieprzewidywalny, a brak skutecznego sposobu zmniejszenia doznawanych dolegliwości bólowych może dodatkowo pogłębiać poczucie braku kontroli nad swoim stanem zdrowia i procesem leczenia. Jak sugerują wyniki badań, osoby przekonane, że mają poczucie kontroli nad własnym życiem, są mniej narażone na wystąpienie zaburzeń emocjonalnych [23]. Można więc przypuszczać, że podobna zależność występuje także w badanej grupie, a to mogłoby stanowić wyjaśnienie współwystępowania silnego bólu oraz trudności w obszarze zdrowia psychicznego. Zaburzenia lękowe i depresyjne mogą być związane nie tylko z trudnym przebiegiem choroby oraz ponoszonymi kosztami fizycznymi i emocjonalnymi. Doświadczanie silnego stresu, nieprzewidywalność choroby, postępujące ograniczenie aktywności lub poczucie niepełnosprawności mogą mieć negatywny wpływ na stan zdrowia psychicznego osób z tym rozpoznaniem [24].

Jak kilkakrotnie podkreślono w niniejszym artykule, zdrowie psychiczne to nie tylko brak chorób czy zaburzeń psychicznych, stąd warto zwrócić uwagę na fakt, w jakim stopniu osoby chorujące są zadowolone ze swojego życia. Dobrostan psychiczny, który jest jednym ze wskaźników zadowolenia z życia, również ulega obniżeniu w przebiegu choroby [20]. Analiza stanu zdrowia psychicznego badanych w tym aspekcie wykazała, że najlepiej oceniają oni relacje interpersonalne, najslabiej zaś zdrowie. Nie wykazano jednak zależności między nasileniem objawów choroby a ogólnym dobrostanem psychicznym w całej badanej grupie. Zauważono natomiast, że silniejsze dolegliwości bólowe wiążą się z niższym dobrostanem psychicznym, w tym ze słabiej ocenianymi osiągnięciami i poczuciem zdrowia. Może to wskazywać na fakt, że osoby doświadczające silnego bólu zmuszone są do ograniczenia aktywności społecznej i zawodowej, a to uniemożliwia im realizowanie stawianych sobie celów.

Wiek badanych chorych okazał się istotny jedynie w aspekcie dobrostanu. Im starsi pacjenci, tym przeżywają więcej emocji pozytywnych, lepiej oceniają sens życia, własne zdrowie i szczęście. Rzadziej też odczuwają negatywne emocje.

Interesujące wyniki otrzymano w grupie badanych mężczyzn. Mianowicie mężczyźni, którzy doświadczają większych dolegliwości związanych z chorobą, słabiej oceniają

relacje interpersonalne, są bardziej samotni i cechują się mniejszym poczuciem sensu życia, a doświadczanie silnego bólu wiąże się u nich z mniejszym zaangażowaniem i odczuwaniem większego natężenia negatywnych emocji. Możliwe, że z powodu choroby mężczyźni mogą postrzegać siebie jako niepełnowartościowych oraz rezygnują z aktywności społecznej i rzadziej uczestniczą w spotkaniach towarzyskich, co przekłada się na zgłaszane przez nich trudności. Choroby reumatyczne często ograniczają codzienne funkcjonowanie, w tym także możliwość aktywności społeczno-zawodowej [25].

Równie ważny okazał się poziom wykształcenia. Osoby badane mające wyższe wykształcenie cechują się lepszym zdrowiem psychicznym, czyli odczuwają większy dobrostan psychiczny, częściej doświadczają pozytywnych emocji oraz mają większe poczucie sensu życia, a także odczuwają mniejszy lęk i zgłaszają mniej objawów depresyjnych. Badanie wykazało również, że w grupie chorych z niższym wykształceniem występują zaburzenia depresyjne. Należy pamiętać, że te osoby cechują się gorszym stanem zdrowia niż osoby z wyższym wykształceniem, a to może wiązać się ze słabszym zdrowiem psychicznym [26]. Warto jednak zwrócić uwagę na fakt, że pacjenci z wyższym wykształceniem chorujący na reumatoidalne zapalenie stawów lepiej oceniają swoją sferę fizyczną [20], a niski poziom wiedzy i wykształcenia wiąże się z gorszą samoopieką w chorobie [27].

Brak zatrudnienia i długotrwałe bezrobocie wiążą się z pogorszeniem jakości życia i stanu zdrowia. Sytuacja ta dotyczy w szczególności osób młodych [26]. Otrzymane wyniki potwierdziły, że pacjenci aktywni zawodowo cechują się wyższym dobrostanem psychicznym, a w szczególności są bardziej zaangażowani, lepiej oceniają relacje interpersonalne, mają większe poczucie sensu życia, a także lepiej oceniają swoje osiągnięcia i poczucie zdrowia. Osoby nieaktywne zawodowo cechują się większą depresyjnością. W grupie tej stwierdzono również występowanie klinicznych objawów zaburzeń depresyjnych. Ten obszar życia pacjentów wydaje się szczególnie istotny, ponieważ aktywność zawodowa w grupie pacjentów ma związek z ich uspołecnieniem [28]. Brak pracy wiąże się nie tylko z niższym dobrostanem psychicznym, ale również z mniejszym poczuciem własnej wartości, społeczną izolacją czy w końcu depresją [29, 30]. Osoby z chorobami reumatycznymi czują się zmarginalizowane na rynku pracy, a także odczuwają lęk przed koniecznością zmiany lub rezygnacji z pracy zawodowej z powodu narastających dolegliwości chorobowych [25]. Taka sytuacja może mieć miejsce również w przypadku badanej grupy, a to przekłada się na doświadczane trudności psychologiczne.

W badaniach własnych ankietowani różnili się poziomem zdrowia psychicznego w kontekście miejsca zamieszkania oraz sposobu przeprowadzenia badania. Słabsze zdrowie psychiczne prezentują mieszkańcy małych miejscowości i wsi. Możliwe, że jest to związane z dostępnością do wsparcia, zarówno specjalistów, jak i szeroko pojętej sieci społecznej, np. pacjentów, czy zawodowej. Z tym ostatnim prawdopodobnie może wiązać się fakt, że osoby wypełniające kwestionariusze stacjonarnie charakteryzowały się lepszym zdrowiem psychicznym w porównaniu z wypełniającymi je *online*. Badani stacjonarnie wypełniali arkusze podczas jednego ze spotkań stowarzyszenia, którego celem jest m.in. dostarczanie wsparcia emocjonalnego i edukacja. Stowarzyszenia i grupy wsparcia częściej działają w większych miejscowościach.

Wnioski

Podjmując analizę otrzymanych danych i próbę formułowania wniosków należy pamiętać o tym, że badane osoby deklarowały diagnozę choroby i na tej podstawie włączane były do grupy. Deklarowane diagnozy nie były weryfikowane przez lekarza. Wnioski, z uwzględnieniem powyższego faktu, są następujące:

1. Osoby badane deklarujące zachorowanie na choroby tkanki łącznej charakteryzują się wysokim lękiem, co wskazuje na występowanie klinicznych objawów zaburzeń lękowych w badanej grupie. Poziom depresyjności badanych świadczy o pograniczu zaburzeń depresyjnych.
2. Osoby dłużej chorujące lepiej oceniają swoje zdrowie (jeden z wymiarów dobrostanu).
3. Osoby odczuwające silniejszy ból doświadczają silniejszego lęku, zgłaszają więcej objawów depresji, a także mają poczucie niższego dobrostanu psychicznego.
4. Z wiekiem zwiększa się satysfakcja, poczucie sensu i subiektywne poczucie zdrowia oraz pozytywnych emocji, zaś zmniejsza się poziom odczuwanych emocji negatywnych.
5. Osoby badane mające wyższe wykształcenie oraz aktywne zawodowo cechują się wyższym dobrostanem psychicznym.
6. Badani mieszkający we wsiach i mniejszych miejscowościach charakteryzują się słabszym zdrowiem psychicznym.
7. Badanych wypełniających ankiety *online* charakteryzuje słabsze zdrowia psychiczne.
8. Ze względu na charakter chorób tkanki łącznej istotne jest monitorowanie zdrowia psychicznego pacjentów, zarówno kontrola wskaźników zaburzeń zdrowia psychicznego (ujęcie negatywne), jak i analiza dobrostanu (ujęcie pozytywne).
9. W sposób szczególny należy zwrócić uwagę na pacjentów w początkowym okresie chorowania, odczuwających silny ból i ograniczenia związane ze skutkami choroby podstawowej, osoby młode, z niższym wykształceniem, nieaktywne zawodowo oraz ze słabszym dostępem do źródeł wsparcia, np. mieszkańców mniejszych miejscowości.

Piśmiennictwo

1. Kwiatkowska B, Raciborski F, Maślińska M, Kłak A, Gryglewicz J, Samel-Kowalik P. *Wczesna diagnostyka chorób reumatycznych – ocena obecnej sytuacji i rekomendacje zmian*. Warszawa: Instytut Reumatologii w Warszawie; 2014.
2. Kontny E, Maśliński W. *Zaburzenia immunologiczne w patogenezie chorób reumatycznych*. W: Zimmermann-Górska I. red. *Reumatologia kliniczna*, t. 1. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2008. s. 103–132.
3. Jasiewicz A, Samochowiec, J. *Zaburzenia psychiczne w chorobach tkanki łącznej*. *Psychiatria* 2011; 8(2): 39–45.
4. Zimmermann-Górska I. *Choroby reumatyczne. Podręcznik dla studentów*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich; 1989.

5. Celińska-Löwenhoff M, Musiał J. *Zaburzenia psychiczne w chorobach autoimmunologicznych – problemy diagnostyczno-terapeutyczne*. Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 1029–1042.
6. Kwiatkowska B, Przygodzka M, Konopińska E, Dąbrowska J, Sikorska-Siudek K. *Depresja u chorych na reumatoidalne zapalenie stawów*. Reumatologia 2011; 49(2): 138–141.
7. Bolanos SH, Khan DA, Hanczyc M, Bauer MS, Dhanani N, Brown ES. *Assessment of mood states in patients receiving long-term corticosteroid therapy and in controls with patient-rated and clinician-rated scales*. Ann. Allergy Asthma Immunol. 2004; 92(5): 500–505.
8. Kluczyńska S. *Zdrowie psychiczne – wybrane definicje i koncepcje wyjaśniające*. W: Sokołowska E, Zabłocka-Żytka L, Kluczyńska S, Wojda-Kornacka J red. *Zdrowie psychiczne młodych dorosłych. Wybrane zagadnienia*. Warszawa: Difin SA; 2015. S. 25–39.
9. Czabała JC. red. *Zdrowie psychiczne: zagrożenia i promocja*. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000.
10. Seligman MEP. *Prawdziwe szczęście. Psychologia pozytywna a urzeczywistnienie naszych możliwości trwałego spełnienia*. Poznań: Media Rodzina; 2005.
11. Seligman MEP. *Pelnia życia. Nowe spojrzenia na kwestie szczęścia i dobrego życia*. Poznań: Media Rodzina; 2011.
12. Butler J, Kern ML. *The PERMA–Profiler: A brief multidimensional measure of flourishing*. International Journal of Wellbeing 2016; 6(3): 1–48.
13. Majkowicz M. *Praktyczna ocena efektywności opieki paliatywnej – wybrane techniki badawcze*. W: Majkowicz M, de Walden-Gałuszko K red. *Ocena jakości opieki paliatywnej w teorii i praktyce*. Gdańsk: Akademia Medyczna, Zakład Medycyny Paliatywnej; 2000 S. 21–42.
14. WHO. *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: WHO; 2005.
15. Kossakowska AB. *Objawy depresji u osób z reumatoidalnym zapaleniem stawów*. Rozprawa doktorska. Białystok: Akademia Medyczna w Białymstoku; 2004.
16. Dregan A, Matcham F, Harber-Aschan L, Rayner L, Brailean A, Davis K i wsp. *Common mental disorders within chronic inflammatory disorders: a primary care database prospective investigation*. Ann. Rheum. Dis. 2019; 78(5): 688–695.
17. Gałecki P. *Teoria zapalna depresji – podstawowe fakty*. Psychiatria 2012; 9(2): 68–75.
18. Lanquillon S, Krieg JC, Bening-Abu-Shach U, Vedder H. *Cytokine production and treatment response in major depressive disorder*. Neuropsychopharmacology 2000; 22(4): 370–379.
19. Isik A, Koca SS, Ozturk A, Mermi O. *Anxiety and depression in patients with rheumatoid arthritis*. Clin. Rheumatol. 2007; 26(6): 872–878.
20. Sierakowska M, Matys A, Kosior A, Ołatrzevska B, Kita J, Sierakowski S i wsp. *Ocena jakości życia pacjentów z reumatoidalnym zapaleniem stawów*. Reumatologia 2006; 44(6): 298–303.
21. Wasilewski D, Wojnar M, Chatizow J. *Depresja a ból: ogólnopolskie badanie epidemiologiczne*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(3): 435–445.
22. Ruoff GE. *Depression in the patient with chronic pain*. J. Fam. Pract. 1996; 43(6): 25–25.
23. Poprawa R. *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: Dolińska-Zygmunt G red. *Elementy psychologii zdrowia*. Wrocław: Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego; 2001. S. 103–141.
24. Margaretten M, Julian L, Katz P, Yelin E. *Depression in patients with rheumatoid arthritis: description, causes and mechanisms*. International Journal of Clinical Rheumatology 2011; 6(6): 617–623.
25. Cekiera R. *Aktywność społeczno-zawodowa osób z chorobami reumatologicznymi*. Warszawa: Ogólnopolskie Stowarzyszenie Młodych z Zapalnymi Chorobami Tkanki Łącznej „3majmy się razem”; 2017.

26. Kowalczyk R, Merk W, Krystyan TM, Lew-Starowicz Z. *Pojęcie zdrowia psychicznego i seksualnego*. W: Kowalczyk R, Tritt RJ, Lew-Starowicz Z red. *LGB. Zdrowie psychiczne i seksualne*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL; 2016. S. 14–57.
27. Katz PP. *Eduaction and self-care activities among persons with rheumatoid arthritis*. Soc. Sci. Med. 1998; 46: 1057–1066.
28. Sulima R. *Pracowitość*. W: Bogunia-Browska M red. *Fundamenty dobrego społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak; 2015. S. 121–145.
29. Arendt Ł, Hryniewicka A, Kukulak-Dolata I, Rokicki B. *Bezrobocie – między diagnozą a działaniem. Poradnik dla pracowników służb społecznych*. Warszawa: Centrum Zasobów Ludzkich; 2012.
30. Chirkowska-Smolak T. *Podstawowe założenia interwencji psychologicznej wśród bezrobotnych*. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny 1997; 59(3): 151–163.

Adres: Lidia Zabłocka-Żytka
Instytut Psychologii
Akademia Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
e-mail: lzablocka@aps.edu.pl

Otrzymano: 13.09.2019
Zrecenzowano: 27.11.2019
Otrzymano po poprawie: 12.12.2019
Przyjęto do druku: 18.01.2020