

Ocena związku wybranych parametrów stanu psychicznego z jakością życia pacjentów z chorobami alergicznymi

Evaluation of the relationship between some mental state parameters and the quality of life in patients with allergic diseases

Karina Badura-Brzoza¹, Magdalena Piegza¹, Michał Błachut¹,
Piotr Gorczyca¹, Zenon Brzoza²

¹ Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Katedra Psychiatrii w Tarnowskich Górach

² Uniwersytet Opolski, Instytut Nauk Medycznych, Klinika Chorób Wewnętrznych, Alergologii,
Endokrynologii i Gastroenterologii

Summary

Aim. The aim of the study was to assess the relationship between symptoms of depression, the level of sense of coherence (SOC) and the quality of life in patients with allergic diseases.

Material. The study involved 50 bronchial asthma patients, 72 patients with seasonal allergic rhinitis, and 48 patients with atopic dermatitis. The control group consisted of 50 healthy volunteers.

Methods. The mental status and quality of life were assessed by questionnaires: Short Form-36 Health Status Survey (SF-36), Beck Depression Inventory (BDI), Sense of Coherence-29 (SOC-29).

Results. Mean depression severity values were higher in allergic rhinitis patients and atopic dermatitis patients than in the control group. Patients in the latter group also showed higher rates of depression than those with bronchial asthma. In all study groups, statistically significantly lower values of sense of coherence were demonstrated compared to healthy subjects. There were no differences in the values of sense of coherence, in comparisons between the study groups. In all patient groups, lower values in physical functioning (PCS) of the quality of life scale were observed compared to the control group. The severity of symptoms of depression in all groups showed negative correlations with quality of life parameters and a sense of coherence. In addition, the SOC value correlated negatively with the parameters of mental functioning (MCS) of the quality of life scale.

Conclusions. (1) Patients with atopic dermatitis showed the greatest severity of depressive symptoms. (2) Patients with seasonal allergic rhinitis showed a better quality of life than patients with chronic bronchial asthma and patients with atopic dermatitis. (3) Low level of sense of coherence in patients suffering from allergic diseases and the occurrence of symptoms of depression can worsen the quality of life.

Słowa kluczowe: depresja, poczucie koherencji, jakość życia, choroby alergiczne

Key words: depression, sense of coherence, quality of life, allergic diseases

Wstęp

Wzajemne oddziaływanie czynników psychicznych i somatycznych w rozwoju i przebiegu choroby jest niezaprzeczalnym faktem. Depresja towarzyszy wielu chorobom somatycznym, a na jej pojawienie się może wpływać wiele czynników: cierpienie fizyczne, brak wsparcia ze strony najbliższych, stosunek otoczenia, zmiany w wyglądzie, brak wiedzy o chorobie, zmiana sytuacji bytowej, niepewność dalszych wydarzeń, a także sposób leczenia (efekty uboczne działania leków). Często poruszany jest również problem związku depresji z zaburzeniami hormonalnymi bądź immunologicznymi, jak i w atopowych chorobach alergicznych [1–4]. Do chorób atopowych zaliczamy astmę, alergiczny nieżył nosa oraz atopowe zapalenie skóry, które mogą charakteryzować się przewlekłym przebiegiem i prowadzić do upośledzenia funkcji zajętego narządu. Ponadto jak wynika z badań, osoby dotknięte chorobami alergicznymi są narażone na wystąpienie zaburzeń psychicznych [5]. Objawy psychopatologiczne takie jak lęk, zespół depresyjny czy zaburzenia snu, często będące powikłaniem samej choroby, niekorzystnie wpływają na jej przebieg, a w konsekwencji mogą prowadzić do pogorszenia jakości życia [6–8]. Zaburzeniom depresyjnym może także towarzyszyć niechęć do podejmowania jakichkolwiek działań, w tym stosowania się do zaleceń lekarskich. Przewlekła choroba zawsze jest źródłem stresu, a radzenie sobie z nią przebiega z wykorzystaniem różnych strategii. Sposób radzenia sobie z sytuacją trudną może się wiązać z cechami osobowości chorego, jego umiejętnością pokonywania przeciwności i pogodzenia się z ich wystąpieniem, może zależeć również od zmiennej osobowościowej takiej jak poczucie koherencji. Poczucie koherencji (*Sense of Coherence* – SOC) to właściwość charakteryzująca mechanizmy walki ze stresem. Jest ona definiowana jako takie patrzenie na świat, które pozwala na dostrzeganie i odbieranie otaczających zjawisk w sposób zrozumiały, kontrolowany i sensowny [9, 10]. Traktując chorobę jako stan przewlekłego stresu, u osób o silnym poczuciu koherencji istnieje większe prawdopodobieństwo zachowań adaptacyjnych, prowadzenia zdrowego i higienicznego trybu życia, zwracania uwagi na objawy choroby i przestrzegania zaleceń lekarskich. Elementem koncepcji poczucia koherencji jest założenie, że może ono być istotnie niższe u osób ze schorzeniami somatycznymi i zaburzeniami psychicznymi oraz że może być traktowane jako zmienna istotna w procesie radzenia sobie z chorobą [11].

Celem pracy była ocena związku objawów depresji, poziomu poczucia koherencji z jakością życia w grupie pacjentów z chorobami alergicznymi.

1. Materiał

Badaniami objęto 170 pacjentów, wyodrębniając:

- (1) Grupę 50 chorych na przewlekłą astmę oskrzelową (AO) (24 kobiety i 26 mężczyzn w wieku 18–45 lat, średnia wieku – 30,0 lat). Średni czas trwania choroby wynosił 14,9–8,83 roku. Chorzy w okresie badania pozostawali w fazie kontroli objawów choroby. Objawy astmy kontrolowano wziewnymi glikokortykosteroidami oraz wziewnymi beta₂-mimetykami o przedłużonym działaniu.
- (2) Grupę 72 chorych na sezonowy alergiczny nieżyt nosa (SANN) (37 kobiet i 35 mężczyzn w wieku 18–45 lat, średnia wieku – 28,5 lat). Średni czas trwania choroby wynosił 12,3–4,31 roku. Badanie prowadzono w okresie naturalnej ekspozycji alergenowej. Chorzy pozostawali w stabilnej fazie choroby, której objawy kontrolowano doustnymi lekami przeciwhistaminowymi.
- (3) Grupę 48 chorych na atopowe zapalenie skóry (AZS) (22 kobiety i 26 mężczyzn w wieku 18–47 lat, średnia wieku – 31,0 lat). Średni czas trwania choroby wynosił 11,2–8,77 roku. Objawy choroby kontrolowano doustnymi lekami przeciwhistaminowymi oraz środkami przeciwświądowymi stosowanymi zewnętrznymi.

Z badania wyłączono pacjentów, którzy:

- nie wyrazili zgody na badanie,
- potwierdzili stosowanie steroidów systemowo w ciągu 3 miesięcy poprzedzających badanie,
- wykazywali współistnienie innych chorób przewlekłych (w tym zaburzeń psychicznych).

Wszyscy chorzy byli leczeni w Wojewódzkiej Poradni Alergologicznej w Zabrze.

Grupę kontrolną (K) stanowiło 50 zdrowych ochotników (26 kobiet i 24 mężczyzn w wieku 18–51 lat, średnia wieku – 28,8 roku), odpowiednio dobranych pod względem płci i wieku, niechorujących na żadne choroby przewlekłe.

Komisja Bioetyczna Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach wyraziła zgodę na przeprowadzenie badań.

2. Metody

W ocenie parametrów będących przedmiotem badania zastosowano następujące kwestionariusze samooceny:

- (1) *Inwentarz Depresji Becka* – BDI);
- (2) *Kwestionariusz orientacji życiowej (Sense of Coherence – SOC-29)*;
- (3) *Skalę jakości życia (Short Form-36 – SF-36)*.

W ocenie poziomu depresji użyto *Inwentarza Depresji Becka (Beck Depression Inventory – BDI)*. Jest to narzędzie samooceny umożliwiające stwierdzenie objawów depresji oraz oddające jej nasilenie. Zakres punktacji odpowiedzi dla każdego pytania

jest jednakowy i mieści się w przedziale od 0 do 3 punktów, przy czym większa liczba punktów wskazuje na większe nasilenie ocenianych zmian [12].

W ocenie poczucia koherencji użyto polskiej adaptacji *Kwestionariusza orientacji życiowej SOC-29 (Sense of Coherence 29)* Aarona Antonovsky'ego. Kwestionariusz składa się z 29 pytań i pozwala oszacować w skali punktowej ogólny poziom poczucia koherencji (TOT-SOC) oraz poziom trzech składających się na niego wymiarów: poczucia zrozumienia – PZR (jedenaście pytań), poczucia zaradności – PZ (dziesięć pytań), poczucia sensowności – PS (osiem pytań). Suma punktacji wszystkich trzech podskal odzwierciedla ogólne poczucie koherencji. Uzyskanie wysokiego wyniku oznacza silne poczucie koherencji [8]. Skala nie była standaryzowana, więc nie można odnieść się do norm liczbowych, niemniej jednak z licznych badań wynika, że osiągnięcie około 140–160 punktów oznacza silne poczucie koherencji, 110–130 punktów – średnie, natomiast poniżej 100 punktów – niskie poczucie koherencji [11].

Do oceny jakości życia użyto *36-punktowego skrótego przeglądu zdrowia (Short Form-36 Health Status Survey – SF-36)* J.E. Ware'a w polskiej wersji językowej, po uprzednim uzyskaniu pisemnej zgody autora. Jest to skala generyczna, która pozwala na ocenę jakości życia w przebiegu różnych chorób. Skala ta zawiera 36 pytań dotyczących 8 sfer życia: ogólnego zdrowia (GH), funkcjonowania fizycznego (PF), ograniczeń fizycznych w pełnieniu ról (RP), ograniczeń emocjonalnych w pełnieniu ról (RE), funkcjonowania społecznego (SF), bólu fizycznego (BP), witalności (VT), zdrowia psychicznego (MH), oraz składa się z dwóch podskal ujmujących całościowo funkcjonowanie w wymiarze fizycznym (PCS) i funkcjonowanie w wymiarze psychicznym (MCS). Po użyciu odpowiedniego wzoru przeliczeń otrzymuje się w każdej z domen wynik w skali punktowej od 0 do 100 punktów. Wyższy wynik świadczy o lepszej jakości życia [13, 14]. Skala SF-36 nie jest wystandaryzowana w warunkach polskich (istnieją normy dla populacji amerykańskiej i populacji niektórych krajów zachodnioeuropejskich).

Analiza statystyczna danych

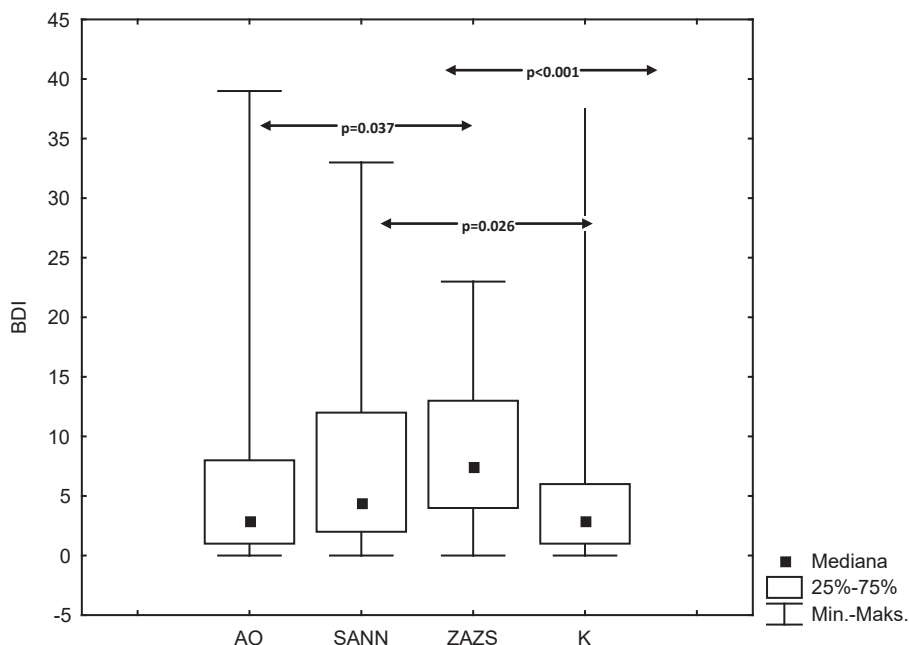
W przeprowadzonych analizach porównawczych danych ilościowych zastosowano testy statystyczne – test Kruskala-Wallisa oraz test *U* Manna-Whitneya, natomiast do oceny związków między danymi wykorzystano test korelacji rang Spearmana. Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$ jako znamiennej statystycznie. Obliczeń dokonano z użyciem programu Statistica 12.0 PL (StatSoft INC., USA).

Wyniki

Grupy badane nie różniły się znamiennej statystycznie pod względem wieku, płci oraz czasu trwania choroby.

Objawy depresji

W porównaniu z grupą ludzi zdrowych (K) w grupie chorych na sezonowy alergiczny nieżyt nosa (SANN), jak i na atopowe zapalenie skóry (AZS) odnotowano znamienne statystycznie większe wartości poziomu depresji ocenianej skalą Becka. Wartości parametrów nasilenia depresji były także znamienne statystycznie większe w grupie chorych na atopowe zapalenie skóry (AZS) w porównaniu z grupą chorych na astmę oskrzelową (AO). W tej ostatniej grupie poziom nasilenia objawów depresji był najniższy spośród wszystkich grup chorych (rys. 1).

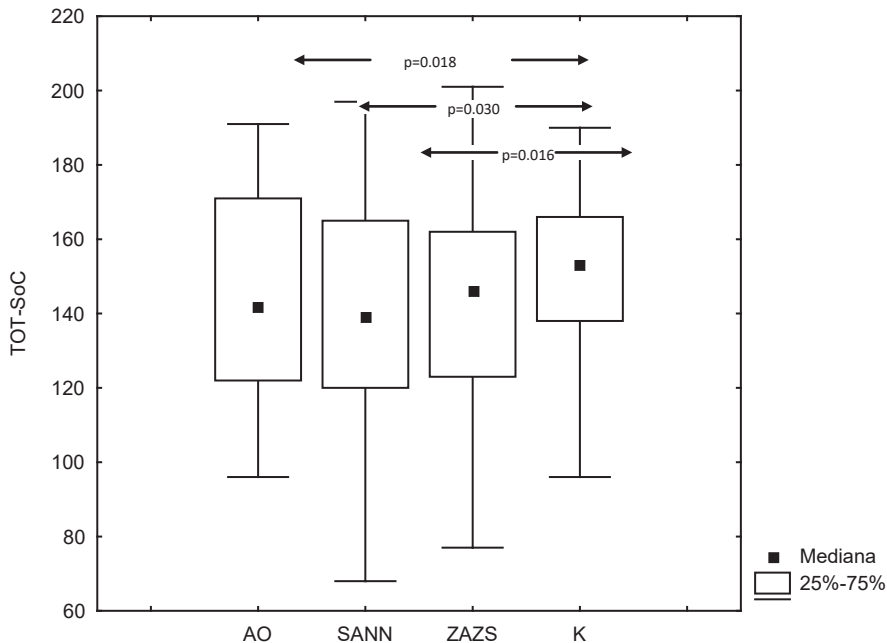


Rysunek 1. Poziom depresji (BDI) w grupach badanych i grupie kontrolnej

AO – astma oskrzelowa; SANN – sezonowy alergiczny nieżyt nosa; ZAZS – zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry; K – grupa kontrolna; zaznaczono różnice znamienne statystycznie $p < 0,05$, test U Manna-Whitneya

Parametry poczucia koherencji

Chorzy we wszystkich grupach badanych wykazywali niższy poziom całkowitego poczucia koherencji (TOT-SOC) w porównaniu z osobami zdrowymi (K). Porównując między sobą grupy badane nie zaobserwowano znamienych statystycznie różnic w wartościach poczucia koherencji (rys. 2).

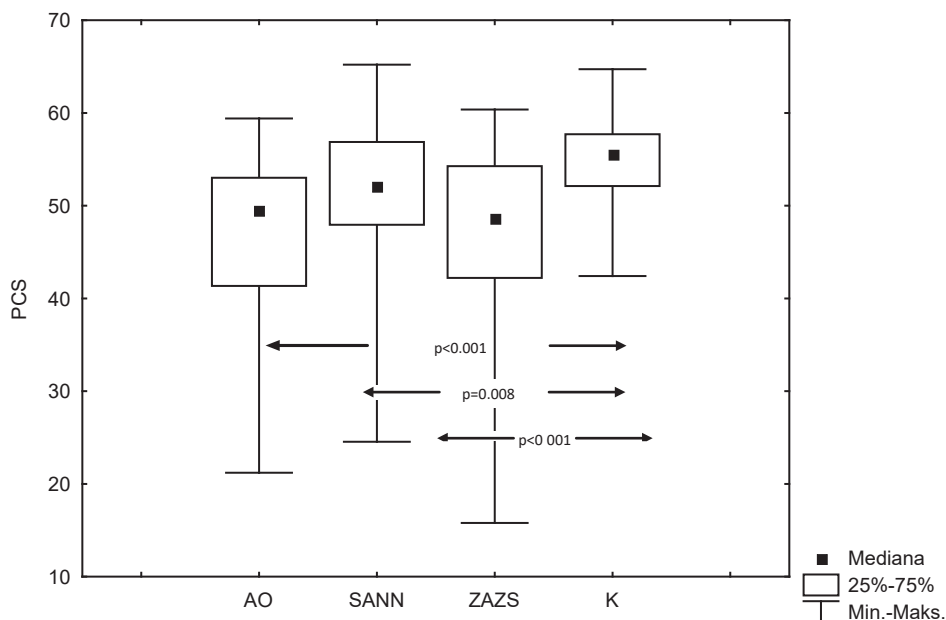


Rysunek 2. Wartości całkowitego poczucia koherencji (TOT-SOC) w grupach badanych i grupie kontrolnej

AO – astma oskrzelowa; SANN – sezonowy alergiczny nieżyt nosa; ZAZS – zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry; K – grupa kontrolna; zaznaczono różnice znamienne statystycznie $p < 0,05$, test U Manna-Whitneya

Ocena jakości życia w grupach badanych

W celu uproszczenia analizy danych w ocenie jakości życia brano pod uwagę skale sumaryczne PSC i MCS. We wszystkich badanych grupach – w grupie chorych na astmę oskrzelową (AO), chorych na sezonowy alergiczny nieżyt nosa (SANN) oraz atopowe zapalenie skóry (AZS) – w porównaniu z grupą osób zdrowych (K) stwierdzono znamienne statystycznie niższe wartości w podskali funkcjonowania w wymiarze fizycznym (PCS) (rys. 3). Porównując poszczególne grupy pacjentów, zaobserwowano w grupie chorych na astmę oskrzelową (AO) oraz w grupie chorych na atopowe zapalenie skóry (AZS) znamienne statystycznie niższe wartości podskali PCS w porównaniu z grupą chorych na sezonowy alergiczny nieżyt nosa (SANN) (rys. 3). Analizując wartości osiągnięte przez badanych w podskali funkcjonowania w wymiarze psychicznym (MCS) nie wykazano różnic znamienych statystycznie zarówno w odniesieniu do grupy kontrolnej, jak i porównując między sobą grupy badane (rys. 4).

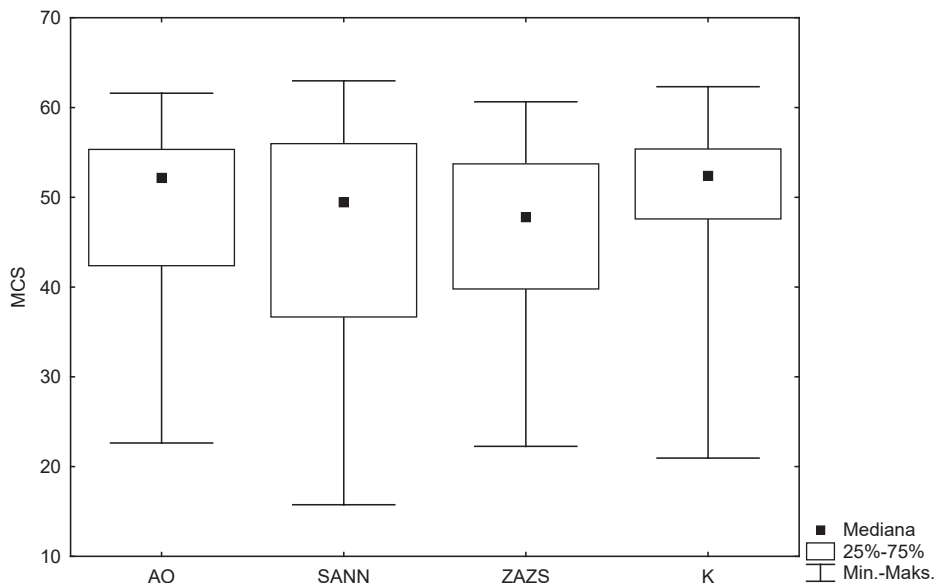


Rysunek 3. Wartości podskali PCS (funkcjonowanie w wymiarze fizycznym) w grupach badanych i grupie kontrolnej

AO – astma oskrzelowa; SANN – sezonowy alergiczny nieżyt nosa; ZAZS – zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry; K – grupa kontrolna; zaznaczono różnice statystycznie $p < 0,05$, test U Manna-Whitneya

Zależności między badanymi parametrami

We wszystkich badanych grupach odnotowano znamienne statystycznie ujemne korelacje między wartościami podskali funkcjonowania w wymiarze psychicznym (MCS) oraz wymiarze fizycznym (PCS) kwestionariusza SF-36 a wartościami nasilenia objawów depresji. Ponadto we wszystkich badanych grupach obserwowano znamienne statystycznie dodatnie korelacje między wartościami podskali funkcjonowania w wymiarze psychicznym (MCS) kwestionariusza SF-36 a wartościami parametrów poczucia koherencji. Wartości podskali funkcjonowania w wymiarze fizycznym (PCS) nie korelowały znamienne statystycznie z poszczególnymi parametrami poczucia koherencji. We wszystkich badanych grupach stwierdzono ponadto znamienne statystycznie ujemne korelacje między wartościami parametrów poczucia koherencji a nasileniem objawów depresji (tab. 1–3).



Rysunek 4. Wartości podskali MCS (funkcjonowanie w wymiarze psychicznym) w grupach badanych i grupie kontrolnej

AO – astma oskrzelowa; SANN – sezonowy alergiczny nieżyt nosa; ZAZS – zespół atopowego wyprysku/zapalenia skóry; K – grupa kontrolna; zaznaczono różnice znamienne statystycznie $p > 0,05$, test U Manna-Whitneya

Tabela 1. Wartości współczynnika R korelacji rang Spearmana w grupie chorych na astmę oskrzelową (AO) w wypadku zależności, dla których stwierdzono znamienność statystyczną ($p < 0,05$, test korelacji rang Spearmana)

	PCS	MCS	TOT-SOC
BDI	-0,38	-0,55	-0,69
TOT-SOC	n.s.	0,65	-

PCS – podskala funkcjonowania w wymiarze fizycznym; MCS – podskala funkcjonowania w wymiarze psychicznym; TOT-SOC – całkowity poziom poczucia koherencji; BDI – nasilenie depresji

Tabela 2. Wartości współczynnika R korelacji rang Spearmana w grupie chorych na sezonowy alergiczny nieżyt nosa (SANN) w wypadku zależności, dla których stwierdzono znamienność statystyczną ($p < 0,05$, test korelacji rang Spearmana)

	PCS	MCS	TOT-SOC
BDI	-0,36	-0,80	-0,82
TOT-SOC	n.s.	0,74	-

PCS – podskala funkcjonowania w wymiarze fizycznym; MCS – podskala funkcjonowania w wymiarze psychicznym; TOT-SOC – całkowity poziom poczucia koherencji; BDI – nasilenie depresji

Tabela 3. Wartości współczynnika R korelacji rang Spearmana w grupie chorych na atopowe zapalenie skóry (AZS) w wypadku zależności, dla których stwierdzono znamienność statystyczną ($p < 0,05$, test korelacji rang Spearmana)

	PCS	MCS	TOT-SOC
BDI	-0,36	-0,76	-0,70
TOT-SOC	n.s.	0,66	-

PCS – podskala funkcjonowania w wymiarze fizycznym; MCS – podskala funkcjonowania w wymiarze psychicznym; TOT-SOC – całkowity poziom poczucia koherencji; BDI – nasilenie depresji

Dyskusja

Zaburzenia emocjonalne towarzyszą wielu schorzeniom somatycznym, szczególnie tym o przewlekłym przebiegu, a do takich należą choroby alergiczne. W przeprowadzonym badaniu, porównując występowanie objawów depresji między grupami chorych cierpiących na różne choroby alergiczne, stwierdzono większe nasilenie depresji w grupie chorych na atopowe zapalenie skóry w porównaniu z grupą kontrolną osób zdrowych, jak i z grupą chorych na astmę. Różnica ta może wynikać z jednej strony z większej „przewlekłości” objawów w atopowym zapaleniu skóry niż w astmie, co pomimo występowania obu chorób w fazie kontroli objawów może powodować większe oddziaływanie przeżytych zaostrzeń na stan psychiczny chorych z atopowym zapaleniem skóry. Jednocześnie poczucie „ulgi” u chorych na astmę w okresie stabilizacji przebiegu choroby być może przekłada się w większym stopniu na zmniejszenie objawów depresyjnych, na co wskazywałyby tendencje do najmniejszego nasilenia depresji w tej grupie chorych w porównaniu z pozostałymi grupami. Z drugiej strony istotna wydaje się też możliwość wpływu gorszego stanu psychicznego na obraz zmian skórnych w przebiegu atopowego zapalenia skóry [15]. Zmiany w zakresie stanu psychicznego, jak i sam przewlekły przebieg choroby podstawowej mogą mieć istotny wpływ na jakość życia.

Jak wykazano w niniejszej analizie, we wszystkich grupach badanych występowanie objawów depresji korelowało z obniżeniem jakości życia w domenach funkcjonowania i fizycznego (PCS), i psychicznego (MCS). Wyniki te są zbieżne z danymi uzyskanymi w innych badaniach [16–18]. W badaniach Jonesa i wsp. objawy depresji oceniane skalą *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) u chorych na astmę oskrzelową wykazywały większy stopień korelacji z parametrami jakości życia aniżeli z parametrami czynności płuc. Również u chorych na atopowe zapalenie skóry obserwowano negatywne korelacje między stopniem nasilenia dolegliwości chorobowych i objawami depresji a parametrami określającymi jakość życia [19, 20]. Związek objawów depresji z chorobami alergicznymi jest wieloczynnikowy. Oprócz wpływu na jakość życia zaburzenia te mogą utrudniać proces leczenia, przyczyniając się do trudności we współpracy z lekarzem, nadużywania leków w wypadku obecności objawów lękowych towarzyszących depresji czy też niedoceniania konieczności ich stosowania w wyniku depresyjnej oceny rzeczywistości [21, 22].

Warto również zwrócić uwagę, że objawy depresji mogą mieć istotny wpływ na efektywność działania leków stosowanych w chorobach alergicznych [23, 24]. Choroba

wywołuje poczucie zagrożenia, bezradności, niepewności, utrudnia realizację celów życiowych oraz niekorzystnie zmienia obraz własnej osoby [25]. Skuteczne zmaganie się ze stresem, chorobą, kalectwem zależne jest od wielu czynników, między innymi od wyboru adekwatnej czynności zaradczej, która może mieć związek z poczuciem koherencji [26, 27]. W niniejszym badaniu we wszystkich grupach chorych wartości całościowego poczucia koherencji były niższe niż u osób zdrowych. Jednocześnie nie obserwowano różnic między grupami badanymi. Czy fakt przewlekłej choroby może być jednym z czynników sprawczych obniżenia poczucia koherencji? Większość badanych zmagająca się z chorobą alergiczną od wielu lat, a więc na pewno w okresie kształtowania się parametrów poczucia koherencji. W pewnym sensie możemy mieć do czynienia z mechanizmem „błędnego koła”: przewlekła choroba prowadzi do wykształcenia niższego poczucia koherencji, które z kolei upośledza zdolności chorego do radzenia sobie z tą chorobą. Należy zwrócić uwagę na to, że niezależnie od rodzaju choroby alergicznej stopień obniżenia parametrów poczucia koherencji był podobny. Wnioskować więc można, że mniej istotny jest rodzaj objawów chorobowych, stopień, w jakim zagrażają życiu czy uciążliwości, jakie powodują. Ważny w kształtowaniu się poczucia koherencji może być sam fakt obecności choroby przewlekłej, tego, że jest się mniej sprawnym, ma się jakiś „defekt”.

Przedstawione wyniki są tylko wypadkową pewnego zakresu wartości. Wpływ choroby na parametry poczucia koherencji jest odmienny u różnych chorych. Istotne jest jednak to, w jakim stopniu wpływ ten poprzez poczucie koherencji będzie kształtował parametry charakteryzujące chorobę, jak będzie oddziaływał na ewentualne objawy dodatkowe i jej następstwa. Ponieważ większość chorób alergicznych ma swój początek w dzieciństwie, parametry poczucia koherencji mogą być w tej grupie chorych traktowane nie tylko jako elementy odpowiedzialne za sposoby radzenia sobie z chorobą, ale także jako elementy przez nią kształtowane. W przedstawionej analizie zaobserwowano mniejsze nasilenie depresji przy wyższych wartościach parametrów jakości życia u chorych wykazujących wysokie wartości poczucia koherencji. Tak więc osoby, u których wykształciło się niższe poczucie koherencji, mogą prawdopodobnie częściej i intensywniej doświadczać obniżenia jakości życia, a także częściej mogą się u nich pojawiać zaburzenia emocjonalne [28–31].

Wnioski

1. Pacjenci z atopowym zapaleniem skóry wykazywali największe nasilenie objawów depresyjnych.
2. Chorzy na sezonowy alergiczny nieżyt nosa lepiej oceniali swoją jakość życia niż chorzy na przewlekłą astmę oskrzelową i chorzy na atopowe zapalenie skóry.
3. We wszystkich grupach badanych niskie poczucie koherencji oraz występowanie objawów depresji współistniało z gorszą jakością życia.

Ograniczenia pracy

W pracy nie uwzględniono wpływu leków zarówno antyalergicznym, jak i wzwiewnych steroidów na występowanie objawów depresyjnych oraz ocenę jakości życia.

Piśmiennictwo

1. Sher L. *Life events, cortisol, and depression*. Psychother. Psychosom. 2003; 72(5): 289–290.
2. Suarez EC, Krishnan RR, Lewis JG. *The relation of severity of depressive symptoms to monocyte-associated proinflammatory cytokines and chemokines in apparently healthy men*. Psychosom. Med. 2003; 65(3): 362–368.
3. Trikojat K, Luksch H, Rösen-Wolff A, Plessow F, Schmitt J, Buske-Kirschbaum A. *“Allergic mood” – Depressive and anxiety symptoms in patients with seasonal allergic rhinitis (SAR) and their association to inflammatory, endocrine, and allergic markers*. Brain Behav. Immun. 2017; 65: 202–209.
4. Dowlati Y, Herrmann N, Swardfager W, Liu H, Sham L, Reim EK i wsp. *A meta-analysis of cytokines in major depression*. Biol Psychiatry 2010; 67(5): 446–457.
5. Tzeng NS, Chang HA, Chung CH, Kao YC, Chang CC, Yeh HW i wsp. *Increased risk of psychiatric disorders in allergic diseases: A nationwide, population-based, cohort study*. Front. Psychiatry 2018; 9: 133.
6. Yepes-Nuñez J, Gómez-García C, Espinosa-Herrera Y, Cardona-Villa R. *Health-related quality of life in children and adults with respiratory allergy in Colombia: Prospective study*. Allergol. Immunopathol. (Madr.). 2012; 40(6): 379–384.
7. Dziekanski M, Taise de Freitas M. *Quality of life in pediatric patients with allergic rhinitis treated at the medical clinic of integrated education – Unisul*. Int. Arch. Otorhinolaryngol. 2017; 21(4): 371–376.
8. Jarosz M, Syed S, Błachut M, Badura Brzoza K. *Emotional distress and quality of life in allergic diseases*. Wiad. Lek. 2020; 73(2): 370–373.
9. Antonovsky A. *The sense of coherence as a determinant of health*. W: Materazzo JD red. *Behavioural health. A handbook of health enhancement and disease prevention*. New York: John Wiley, New York, 114-129.
10. Antonovsky A, Sagy S. *The development of a sense of coherence and its impact on responses to stress situations*. J. Soc. Psychol. 1986; 126(2): 213–225.
11. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować?* Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1995.
12. Parnowski T, Jernajczyk W. *Inwentarz depresji Becka w ocenie nastroju osób zdrowych i chorych na choroby afektywne*. Psychiatr. Pol. 1977; 11(4): 383–393.
13. Ware JE Jr. *SF-36 health survey manual and interpretaton guide*. Boston: The Health Institute New England Medical Center; 1993.
14. Ware JE Jr., Kosinski MA. *SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A manual for Users of Version 1, Second Edition*. Lincoln, RI: Quality Metric; 2001.
15. Meštrović-Štefekov J, Novak-Bilić G, Kuna M, Pap N, Lugović-Mihić L. *Psychological stress in patients with atopic dermatitis*. Acta Dermatovenerol. Croat. 2018; 26(4): 297–303.
16. Badura-Brzoza K, Zajac P, Brzoza Z, Kasperska-Zajac A, Matysiakiewicz J, Piegza M i wsp. *Psychological and psychiatric factors related to health-related quality of life after total hip replacement – Preliminary report*. Eur. Psychiatry 2009; 24(2): 119–124.
17. Bedolla-Barajas M, Pulido-Guillén NA, Vivar-Aburto B, Morales-Romero J, Ortiz-Peregrina JR, Robles-Figueroa M. *Is suicidal ideation associated with allergic asthma and allergic rhinitis?* J. Bras. Pneumol. 2018; 44(1): 31–35.
18. Muñoz-Cano R, Ribó P, Araujo G, Giralt E, Sanchez-Lopez J, Valero A. *Severity of allergic rhinitis impacts sleep and anxiety: Results from a large Spanish cohort*. Clin. Transl. Allergy 2018; 8: 23–28.

19. Jones PW, Baveystock CM, Littlejohns P. *Relationships between general health measured with the Sickness Impact Profile and respiratory symptoms, physiological measures, and mood in patients with chronic airflow limitation.* Am. Rev. Respir. Dis. 1989; 140(6): 1538–1543.
20. Thyssen JP, Hamann CR, Linneberg A, Dantoft TM, Skov L, Gislason GH i wsp. *Atopic dermatitis is associated with anxiety, depression, and suicidal ideation, but not with psychiatric hospitalization or suicide.* Allergy 2018; 73(1): 214–220.
21. Simpson EL, Guttman-Yassky E, Margolis DJ, Feldman SR, Qureshi A, Hata i wsp. *Association of inadequately controlled disease and disease severity with patient-reported disease burden in adults with atopic dermatitis.* JAMA Dermatol. 2018; 154(8): 903–912.
22. Brown ES, Sayed N, Van Enkevort E, Kulikova A, Nakamura A, Khan DA i wsp. *A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of escitalopram in patients with asthma and major depressive disorder.* J. Allergy Clin. Immunol. Pract. 2018; 6(5): 1604–1612.
23. Viswanathan M, Golin CE, Jones CD, Ashok M, Blalock SJ, Wines RC i wsp. *Interventions to improve adherence to self-administered medications for chronic diseases in the United States: A systematic review.* Ann. Intern. Med. 2012; 157(11): 785–795.
24. Ellis AK, Rafeiro E, Day JH. *Quality of life indices may be predictive of placebo and medication response to treatment for allergic rhinitis.* Ann. Allergy Asthma Immunol. 2001; 86(4): 393–396.
25. Joanna Kłudkowska, Roman Nowicki. *Wpływ atopowego zapalenia skóry na jakość życia pacjentów i ich rodzin.* Alergia Astma Immunologia 2013; 18(1): 21–24.
26. Badura-Brzoza K, Piegza M, Błachut M, Ścisło P, Leksowska A, Gorczyca P. *Ocena wpływu wybranych czynników psychicznych i socjodemograficznych na jakość życia pacjentów ze schizofrenią.* Psychiatr. Pol. 2012; 46(6): 975–984.
27. Potoczek A. *Differences in sense of coherence in difficult and aspirin-induced asthma and it's links with severity of panic and depressive symptoms in subgroups of women and men.* Psychiatr. Pol. 2011; 45(2): 197–209.
28. Grosso A, Pesce G, Marcon A, Piloni D, Albicini F, Gini E i wsp. *Depression is associated with poor control of symptoms in asthma and rhinitis: A population-based study.* Respir. Med. 2019; 155: 6–12.
29. Badura-Brzoza K, Piegza M. *Sense of coherence in selected allergic diseases.* Wiad. Lek. 2018; 71(9): 1774–1776.
30. Koszorú K, Borza J, Gulácsi L, Sárdy M. *Quality of life in patients with atopic dermatitis.* Cutis. 2019; 104(3): 174–177.

Adres: Karina Badura-Brzoza
Katedra Psychiatrii
Wydział Nauk Medycznych w Zabrze
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
42-600 Tarnowskie Góry, ul. Pyskowicka 49
e-mail: kbbrzoza@sum.edu.pl

Otrzymano: 5.06.2019
Zrecenzowano: 17.08.2020
Otrzymano po poprawie: 7.09.2020
Przyjęto do druku: 29.09.2020