

UDC 616.517:303.62

Natalia Jażdżewska, Halina Tkaczenko, Natalia Kurhaluk

**ANALIZA OPINII KOBIEI I MĘŻCZYŹN
W RÓŻNYM WIEKU NA TEMAT ŁUSZCZYCY**

Natalia Jażdżewska, Halina Tkaczenko, Natalia Kurhaluk

**ANALYSIS OF THE OPINIONS OF WOMEN AND MEN
OF DIFFERENT AGES ABOUT PSORIASIS**

DOI: 10.58407/bht.1.24.12

STRESZCZENIE

Cel pracy: Celem pracy była weryfikacja wiedzy kobiet i mężczyzn w różnym wieku na temat łuszczycy, jej objawów oraz czynników wyzwalających objawy tej choroby.

Metodologia. W badaniu wzięło udział 100 respondentów, u których badano poziom wiedzy dotyczącej łuszczycy, jej objawów oraz czynników wyzwalających objawy tej choroby. Żaden z ankietowanych nie wykazał, że chorował lub choruje na łuszczycę. Wśród badanych było 28 mężczyzn (28 %) i 72 kobiety (72 %), w wieku od 17. do 65. lat. W pracy wykorzystano badanie ankietowe, umożliwiające uzyskanie od respondentów danych na temat wiedzy o łuszczycy. Narzędziem badawczym, które posłużyło do przeprowadzenia badania był anonimowy kwestionariusz ankiety. Badanie polegało na samodzielnym udzielaniu odpowiedzi na pytania ankietowe. Ankieta składała się z dziesięciu różnego rodzaju pytań, które zostały tak skonstruowane, aby motywować badane osoby do udzielania szczerych informacji. Były to zarówno pytania metryczkowe, jak i dotyczące subiektywnych doświadczeń respondentów.

Nowatorstwo naukowe. Na pytanie czy kiedykolwiek respondenci słyszeli o tej chorobie aż 91 osób odpowiedziało twierdząco. Zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn w każdym przedziale wiekowym odsetek osób, które słyszały o łuszczycy wynosił ok. 90 %. Ankietowani poniżej 30. roku życia znali poprawną odpowiedź na pytanie o wiek pojawiania się pierwszych objawów w 70-80 %, w zależności od płci i przedziału wiekowego. Wiedza o zakaźności tej choroby również była zadowalająca, ponieważ w większości grup (nawet 89,5 %) ankietowani odpowiedzieli, że łuszczycy nie jest zaraźliwa (odnotowano nawet 89,5 % poprawnych odpowiedzi). Na pytanie «Jaką chorobą jest łuszczycyca?», w którym chodziło o charakter schorzenia (choroba przewlekła, autoimmunologiczna oraz genetyczna), z wyjątkiem osób w wieku 31-40 lat., którzy udzielili w stu procentach poprawnych odpowiedzi, pozostali ankietowani wybrali poprawną odpowiedź w granicach 26,1–57,9 %. Odpowiadając na pytanie o objawy łuszczycy tylko 27,5 % zaznaczyło poprawnie jej symptomy, natomiast 45,1 % respondentów wybrało objawy atopowego zapalenia skóry. Również odpowiedzi na pytanie o objawy łuszczycy paznokci wykazały niski poziom wiedzy ankietowanych odnośnie tej dolegliwości, ponieważ tylko 20,2 % z nich udzieliło odpowiedzi poprawnych. Jako czynnik wyzwalający objawy łuszczycy, respondenci najczęściej wybierali prawidłowo -stres (30 %), infekcje (28,9 %) oraz uszkodzenia skóry (18,9 %). Mężczyźni i kobiety w każdym przedziale wiekowym najliczniej odpowiadali, że łuszczycyca może być przeciwwskazaniem do zabiegu kosmetycznego, ale w zależności od rodzaju zabiegu, co dało wynik satysfakcjonujący i świadczyło o tym, że ankietowani wiedzieli, iż osoby chore także mogą korzystać z usług kosmetycznych, pomimo zmian skórnych. Ankietowani posiadali zadowalającą wiedzę na temat okresów wyciszenia choroby – prawidłowej odpowiedzi, że w schorzeniu tym występują okresy remisji udzieliło w poszczególnych grupach od 50 % do 100 % osób.

Wnioski. Odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie dotyczącej łuszczycy wykazały, że większość osób (91 %) słyszała o tej chorobie oraz, że posiadają wiedzę na temat wieku pojawienia się pierwszych objawów, zakaźności łuszczycy, czynników wyzwalających, okresów remisji oraz możliwości korzystania z usług gabinetów kosmetycznych. Natomiast w kwestii objawów samej łuszczycy, objawów łuszczycy paznokci oraz odnośnie charakteru choroby ankietowani wykazali znaczący brak wiedzy.

Słowa kluczowe: łuszczycyca, opinia, respondenci, kobiety, mężczyźni

ABSTRACT

Purpose: The study aimed to assess the knowledge of women and men of different ages about psoriasis, its symptoms and factors that trigger psoriasis symptoms.

Methodology. The study involved 100 respondents whose knowledge of psoriasis, its symptoms and factors that trigger psoriasis symptoms was assessed. The respondents included 28 men (28 %) and 72 women (72 %) aged between 17 and 65 years. The tool used in the study was a survey, which allowed data to be collected from respondents about

their knowledge of psoriasis. The research tool used to conduct the study was an anonymous questionnaire. The study involved answering the survey questions independently, without the involvement of the researcher. There were 10 different types of questions in the survey. These included both personal details and questions about the respondents' subjective experiences.

Scientific novelty. When asked if they had ever heard of the condition, 91 respondents said they had. For both women and men in all age groups, the percentage of respondents who had heard of psoriasis was around 90 %. Respondents under 30 knew the correct answer to the question about the age at which symptoms first appear (70-80 %). The question about the contagiousness of the disease also gave satisfactory results: the majority of respondents (up to 89.5 %) answered that psoriasis is not contagious. The question "What disease is psoriasis?", which asked about the aetiology of the disease (chronic, autoimmune and genetic), again showed that, with the exception of respondents aged 31 to 40 who gave only one correct answer, the rest of the respondents (26.1-57.9 %) chose the correct answer. Unfortunately, knowledge of the symptoms of psoriasis is very low, with only 27.5 % of all respondents marking the symptoms of psoriasis. The majority (45.1 %) chose the description of atopic dermatitis. The question about the symptoms of psoriasis of the nail also showed a very low level of awareness among respondents, with only 20.2 % giving the correct answer. When it comes to the factors that trigger the symptoms of the condition in question, the most common answers were stress (30 %), infection (28.9 %) and skin damage (18.9 %), which is correct. Men and women of all ages most often agreed that psoriasis can be a contraindication to cosmetic procedures, but depending on the type of procedure; this gives satisfactory results and proves that people with psoriasis can, according to the respondents, use cosmetic services despite skin changes. The question about periods of remission also showed that respondents had a satisfactory knowledge of this subject, as the correct answer – that there are periods of remission in this disease – was given by the largest number of respondents in each study group (between 50 and 100 %).

Conclusions. The results of our study showed that most respondents (91 %) had heard of psoriasis and were aware of the age at which symptoms first appear, the infectious nature of psoriasis, triggering factors, remission periods and the possibility of using cosmetological procedures. However, the study also revealed a significant lack of knowledge, particularly about the symptoms of psoriasis and psoriasis of the nail and the aetiology of the disease.

Keywords: psoriasis, opinion, respondents, women, men

Wprowadzenie

Łuszczyca, z łac. *Psoriasis* (ICD-10: L40) jest przewlekłym schorzeniem skóry o charakterze nawrotowym, przebiegającym ze stanem zapalnym, charakteryzującym się wyraźnie odgraniczonymi, łuszczącymi się, rumieniowymi blaszkami (Rigon et al., 2021; Lanna et al., 2022). Łuszczycę zakwalifikowano jako chorobę grudek-złuszczającą, której objawy skórne występują głównie na powierzchniach wyprostnych kończyn, w okolicy krzyżowej, na uszach oraz na owłosionej skórze głowy, jednak mogą zajmować każdy inny obszar skóry. Mogą skupiać się w kilku miejscach lub na większości powierzchni skóry (Raharja et al., 2021). W chorobie tej występuje zwiększona proliferacja naskórka, w wyniku której powstają złuszczające się grudki, które ustępują nie pozostawiając po sobie zmian na skórze. Łuszczyca może zajmować całą powierzchnię skóry oraz stawów, co może prowadzić do niepełnosprawności (Jabłońska et al., 2001).

Łuszczyca występuje z jednakową częstotliwością zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Wyróżniono dwa szczyty zachorowań przypadające na okres dojrzewania oraz wiek średni. Zwrócono również uwagę na czynnik genetyczny – choroba występuje rodzinnie. Wśród czynników wyzwalających

wymieniono: urazy, infekcje, leki, stres oraz używki. Występujące blaszki mogą mieć wielkość ok. 1-2 cm lub większą, zajmując nawet całą wyprostną powierzchnię kończyny, mają intensywnie czerwoną barwę, są pogrubiałe, pokryte srebrzystą łuską. Objawy są bardzo różnorodne. Chore powierzchnie skórne są wyraźnie odgraniczone od powierzchni skóry zdrowej (Rycroft et al., 2014).

Poza konwencjonalną definicją choroby skóry, łuszczyca jest obecnie uważana za chorobę ogólnoustrojową (Amanat et al., 2018; Armstrong and Read, 2020). U pacjentów chorych mogą wystąpić zmiany w innych narządach, np. w stawach (Veale and Fearon, 2018) i w układzie sercowo-naczyniowym (Masson et al., 2020). Ponadto pacjenci z łuszczycą są podatni na różne zaburzenia psychiczne, w tym na depresję, stany lękowe (Bangemann et al., 2014), chorobę afektywną dwubiegunową (Chen et al., 2021), zaburzenia osobowości (Rubino et al., 1995) i zaburzenia funkcji poznawczych (Innamorati et al., 2018). Choroba ta może stanowić duże obciążenie fizyczne i psychiczne dla tych pacjentów, negatywnie wpływając na ich stan zdrowia, życie prywatne i karierę zawodową (Hawro et al., 2017). Łuszczyca może znacznie obniżyć jakość życia w zakresie funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i społecznego (De Jager et al., 2011).

Łuszczyca jest jedną z najczęstszych dziedzicznych chorób skóry. Dotyka zarówno mężczyzn, jak i kobiety. Wcześniej pojawia się u kobiet i u osób, u których na podstawie wywiadu rodzinnego stwierdza się występowanie tej choroby u któregoś z przodków lub bliskich krewnych. Przebieg choroby ma rozkład bimodalny, ze szczytami w wieku 30–39 lat i 60–69 lat u mężczyzn oraz z o 10 lat wcześniejszymi szczytami u kobiet (Parisi et al., 2020; Raharja et al., 2021). Szacuje się, że na całym świecie na łuszczycę choruje 60 milionów ludzi, a częstość jej występowania w poszczególnych krajach waha się od 0,05 % dla ogólnej populacji na Tajwanie do 1,88 % w Australii (Parisi et al., 2020). W Wielkiej Brytanii dotyka 1,52 % populacji ogólnej (Raharja et al., 2021). Szacuje się, że choruje na nią ok. 2 % populacji w Polsce, Europie i Stanach Zjednoczonych. Choroba dotyka ludzi wszystkich ras, ale w Azji i zachodniej Afryce występuje ona rzadziej, natomiast bardziej narażona na zachorowanie jest rasa biała. Częściej występuje na obszarach o wysokich dochodach i na obszarach zamieszkiwanych przez populacje starsze (Parisi et al., 2020). Nie ma natomiast jednoznacznych danych ilościowych w związku z łuszczycą wrodzoną u noworodków. Zamiast niej może występować ciężki stan zapalny skóry, mogący przeobrazić się w inne schorzenie, w którym występuje rybia łuska, ale mające inny charakter niż łuszczyca (Wolska, 2009).

Patogeneza łuszczycy jest wieloczynnikowa, przy czym główną rolę odgrywają czynniki genetyczne, szczególnie u osób z łuszczycą plackowatą o wczesnym początku (< 40 lat). Wykazano to w badaniach bliźniaczych, rodzinnych i na dużą skalę na poziomie populacji, w których odziedziczalność oszacowano na 60–90% (Dand et al., 2020). Obecnie zidentyfikowano ponad 60 loci podatności za pomocą badań asocjacyjnych, obejmujących cały genom (Dand et al., 2020). Wiele potencjalnych genów przyczynowych bierze udział w prezentacji antygeny (HLA-C i ERAP1), sygnalizacji NF-kappa B (TNIP1), szlaku interferonu typu 1 (RNF113 i IFIH1), osi interleukiny (IL)-23/Th17 (IL23R, IL12B i TYK2) oraz funkcji bariery skórnej (LCE3). Sugeruje to złożoną interakcję między limfocytami T, komórkami dendrytycznymi i keratynocytami jako prawdopodobną patofizjologię leżącą u podstaw łuszczycy, przy czym oś

IL-23/Th17 jest głównym czynnikiem aktywacji układu odpornościowego, przewlekłego stanu zapalnego i proliferacji keratynocytów (Schön and Erpenbeck, 2018). Wiadomo, że czynniki środowiskowe takie jak otyłość, stres, β -blokery, palenie papierosów i innych używek, i preparaty zawierające sole litu zaostrzają łuszczycę (Budu-Aggrey et al., 2019).

Wyróżnia się dwa główne typy *Psoriasis*. Typ I rozpoczyna się przed 30. rokiem życia i jest sprzężony z ludzkimi antygenami leukocytarnymi HLA-Cw6, B13 i B57, a zmiany skórne w tym typie są rozległe. Typ II natomiast zaczyna się najczęściej między 50. a 70. rokiem życia i jest w mniejszym stopniu sprzężony z antygenem Cw6, natomiast silniej z HLA-Cw2 i B27 (Jabłońska et al., 2001). Różni autorzy nie są zgodni co do wieku, w którym występują szczyty zachorowań. Anna Neneman oraz Zygmunt Adamski twierdzą, że typ I pojawia się między 18. a 22. rokiem życia, zaznaczając również, że występuje on zwykle przed czterdziestką. Przebieg tego typu jest cięższy od innych typów, a choroba występuje rodzinnie. Według Nenemana et al. (2009), szczyt zachorowań na typ II występuje między 55. a 60. rokiem życia, przebieg choroby jest «stabilny», a zmiany występują na mniejszych powierzchniach niż w typie I. Hanna Wolska (2009) podaje, że szczyt zachorowalności na typ II *Psoriasis* przypada między 57. a 60. rokiem życia. Przedstawia ona dane, że ten typ schorzenia występuje genetycznie w 10-30 % przypadków. Wskazuje również na podobieństwo zmian skórnych pomiędzy typami łuszczycy I i II.

Krystyna Romańska-Gocka (2009) wyróżniła typ I łuszczycy, w którym zwróciła uwagę na powiązanie tego typu z antygenem DR7 [(ludzkie cząsteczki MHC klasy II) receptora antygeny ludzkiego głównego układu zgodności tkankowej, klasa II, DR7]. Zmiany łuszczycowe pojawiają się przed 40. rokiem życia i są uogólnione. Przebieg choroby jest cięższy, nawrotowy i bardziej oporny na leczenie niż typ II, który autorka nazwała «*łuszczycą dorosłych*», zaczyna się po 40. roku życia i nie występuje rodzinnie (Romańska-Gocka, 2009).

Kaszuba et al. w *Dermatologii geriatrycznej* (2016) zamieścili poniższą tabelę (Tabela 1), w której porównane zostały przez nich typy łuszczycy – typ I oraz typ II.

Typy łuszczycy (Kaszuba et al., 2016)

Łuszczycyca typu I	Łuszczycyca typu II
Wczesny początek (do 20. r.ż.)	Późny początek (między 40. a 60. r.ż.)
Silny związek z antygenem HLA-Cw6	Brak związku z HLA-Cw6, związek z antygenami HLA-Cw2, B27
Występowanie rodzinne	Zwykle nie występuje rodzinnie
Częste nawroty i zaostrzenia	Raczej stabilny przebieg
Sklonność do uogólniania się zmian	Zmiany skórne ograniczone
Infekcyjne czynniki wyzwalające	Czynniki środowiskowe i nałogi: leki, alkohol, nikotyna
	Wzrost częstości zajęcia stawów i paznokci

Wyniki badań wymienionych autorów są bardzo podobne, jednak można zauważyć niewielkie rozbieżności w przedstawianym przez nich wieku chorych, na który przypadają szczyty zachorowalności, zarówno w I, jak i II typie łuszczycy. Niewątpliwie na zachorowanie na łuszczycę wpływają geny. Wyniki badań genetycznych pomiędzy I i II typem łuszczycy są odmienne. Układ immunologiczny odgrywa znaczącą rolę w łuszczycy, ponieważ w tej jednostce chorobowej aktywowane zostają limfocyty T oraz cytokiny, odpowiedzialne za proliferację komórek. Także komórki Langerhansa migrują do skóry i są obecne w naciekach zapalnych. W reakcji autoimmunologicznej biorą udział również superantygeny, które dotyczą głównie łuszczycy spowodowanej infekcją bakteryjną lub wirusową. Antygenem mogą być wirusy EV-HPV5, a także inne wirusy z grupy EV-HPV, znajdujące się w naskórku zmian łuszczycowych. Wirus może się aktywować przez pobudzenie komórek naskórka do proliferacji. Przyczyną mogą być np.: superantygeny lub zadrapania – wówczas występuje objaw Koebnera. Wirus prawdopodobnie przechodzi do warstwy rogowej z proliferującymi komórkami i tam uzyskuje kapsyd. Wówczas staje się antygenem, przeciw któremu organizm wytwarza przeciwciała. Na dowód, że takie procesy mają miejsce, należałoby odkryć transkrypty białek E6 i E7 EV-HPV w naskórku. Na razie nie udało się jednak potwierdzić tej hipotezy. W łuszczycy występuje również wzmożona angiogeneza. Naczynia krwionośne wykazują wzmożony przepływ krwi i stają się bardziej przepuszczalne, co umożliwia łatwiejsze przedostawanie się komórek zapalnych do skóry. Wynikiem działania superantygenów,

limfocytów T, w tym autoreaktywnych, a także nieznanego autoantygeny, który jest obecny w warstwie rogowej, a którego jeszcze nie poznano, jest wzmożona proliferacja naskórka. Cykl komórkowy w naskórku może być nawet osiem razy krótszy. W łuszczycy występuje zjawisko nazwane parakeratozą. Jest to zachowanie resztek jądra w warstwie rogowej, co świadczy o przyspieszonym i niepełnym rogowaceniu. Należy zwrócić uwagę także na rolę układu nerwowego. Bardzo często na pojawienie się zmian łuszczycowych ma wpływ stres. Zauważono również zwiększoną ilość receptorów dla neuropeptydu powstającego w skórnych nerwach czuciowych. Neuropeptyd ten nazwano substancją P. Ma ona związek z procesami zachodzącymi w łuszczycy (Jabłońska et al., 2001).

Bardzo ważnym aspektem w etiopatogenezie łuszczycy jest czynnik martwicy nowotworów – TNF- α . Jest on cytokiną, która odgrywa główną rolę w reakcji zapalnej i immunologicznej. Czynnik ten jest wytwarzany przez monocyty, keratynocyty, makrofagi, komórki Langerhansa, komórki tuczne, komórki dendrytyczne oraz przez pobudzone limfocyty T. Czynnik TNF- α aktywuje i zwiększa proces proliferacji komórek naskórka, limfocytów B oraz T, a także wspomaga ich oporność na apoptozę. Badania wykazały, że w trakcie choroby na łuszczycę wzrasta stężenie TNF- α . Czynnik ten jest również miejscem docelowym leków biologicznych (Neneman et al., 2009). Powierzchnia skóry pokrytej zmianami łuszczycowymi jest czterokrotnie, a nawet sześciokrotnie większa od powierzchni skóry zdrowej, a pojedyncze komórki na powierzchni chorej są także większe. W komórkach chorej skóry występuje zwiększona synteza DNA i

częściej zachodzi mitozą niż w komórka skóry zdrowej. Wpływ na zachorowanie ma także zakażenie paciorkowcami i gronkowcami. U 26-97 % dzieci chorych na ostry wysiew *Psoriasis* choroba poprzedzona została zakażeniem paciorkowcami (Romańska-Gocka, 2009).

Zmiany skórne w łuszczycy mają barwę czerwoną lub czerwono-brunatną, są wyraźnie odgraniczone od skóry zdrowej, mają postać płasko-wyniosłych grudek. Występują białosrebrzyste łuski, po zdrapaniu których, uwidacznia się połyskująca powierzchnia – objaw świecy stearynowej, a następnie pojawia się krwawienie w postaci kropelek – objaw Auspitz (Kaszuba et al., 2016). Jest ono skutkiem uszkodzenia naczyń krwionośnych wydłużonych brodawek skóry, które znajdują się tak płytko z powodu bardzo ściętego naskórka. Wczesne wykwity są drobne – mniejsze od jednego centymetra, natomiast zmiany rozwinięte mają wielkość kilku centymetrów i są pokryte srebrzystymi łuskami – blaszkami łuszczycowymi. Ogniska chorobowe szerzą się obwodowo. Mogą występować obrączki, w których częściach środkowych zmiany ustępują. W aktywnej łuszczycy występuje objaw Koebnera – wzdłuż zadrapań naskórka pojawiają się zmiany łuszczycowe po upływie 6-12 dni.

Na skórze głowy bardzo często pojawiają się zmiany zlewające się, pokryte nawarstwionymi łuskami. Włosy zazwyczaj nie są zmienione oraz nie występuje łysienie. Ten charakter łuszczycy może poprzedzać wykwity, które pojawiają się w innych okolicach ciała. W sytuacji, gdy choroba obejmuje narządy płciowe oraz okolice odbytu zazwyczaj pojawiają się zmiany zlewające się, o charakterze wysiękowym. Zmianom skórnym może towarzyszyć łuszczycyca paznokci, ale nie jest to regułą. W przypadku paznokci zmianami łuszczycowymi mogą być: paznokieć naporstkowaty – punktowe wgłębienia, rogowacenie podpaznokciowe, pobruzdowania, zmatowienie płytki, kruchość, pogrubienie lub żółte zabarwienie. U wielu chorych następują okresy remisji pod wpływem promieniowania UV, czyli latem, jednak niektórzy reagują na światło słoneczne odwrotnie i następuje zaostrzenie choroby (Jabłońska et al., 2001). Zmiany chorobowe mogą towarzyszyć przez całe życie chorego lub pojawiać się i znikać. Wykwity mogą występować w małych ilościach, pojedynczo, mogą być małych rozmiarów, ale mogą mieć charakter erytrodermii (Neneman et al., 2009).

Do najczęściej wymienianych czynników zapoczątkujących lub nasilających zmiany chorobowe, a także prowokujących nawroty łuszczycy według Kaszuby et al. (2016) oraz Romańskiej-Gockkiej (2009) należą:

- leki (przeciwmalaryczne, β -blokery, niesteroidowe leki przeciwzapalne, kortykosteroidy, sole litu, progesteron, amiodaron, inhibitory esterazy acetylocholinowej, cymetydyna);
- niebilansowana dieta – duża ilość tłuszczu zwierzęcych;
- używki – alkohol, papierosy;
- stres;
- zaburzenia metaboliczne;
- infekcje;
- menopauza;
- ciąża;
- poród;
- współistniejące choroby autoimmunologiczne (np. Leśniowskiego-Crohna);
- współistniejące choroby dermatologiczne;
- oparzenia;
- ukąszenia owadów;
- skaleczenia, zadrapania;
- rany chirurgiczne;
- promieniowanie UV.

Zmiany chorobowe mogą pojawić się w dowolnym miejscu na ciele i trwać nieprzerwanie przez wiele lat, a nawet przez całe życie, jednak wyodrębniono lokalizacje, w których zmiany te występują bardzo często. Należą do nich takie części ciała jak: łokcie, kolana, kończyny górne i dolne, dłonie, stopy, tułów, owłosiona skóra głowy, okolica łędźwiowo-krzyżowa, fałdy skórne, paznokcie, uszy (Kaszuba et al., 2016; Rycroft et al., 2014).

Łuszczycyca jest nie tylko chorobą, przez którą cierpi ciało, ale również psychika. Objawy i samopoczucie tych osób chorych, mogą być porównywalne do depresji. Ludzie cierpiący na *Psoriasis* mają problemy w społeczeństwie i w pracy. Pacjenci doświadczają odrzucenia przez otoczenie, unikają ludzi i uprawiania sportu (Neneman et al., 2009). Osoby chore na łuszczycę bywają stygmatyzowane i unika się ich, ponieważ brak wiedzy o przyczynach, objawach i zaraźliwości tego schorzenia wywołuje przed chorymi strach. Powoduje to obniżenie nastroju i poczucia własnej wartości. U pacjentów młodych, rozwijających się, może to znacząco wpłynąć na życie emocjonalne, społeczne i intelektualne, pojawia się brak

motywacji. Problemy psychologiczne pacjenta oddziałują także na jego rodzinę (Armstrong and Read, 2020).

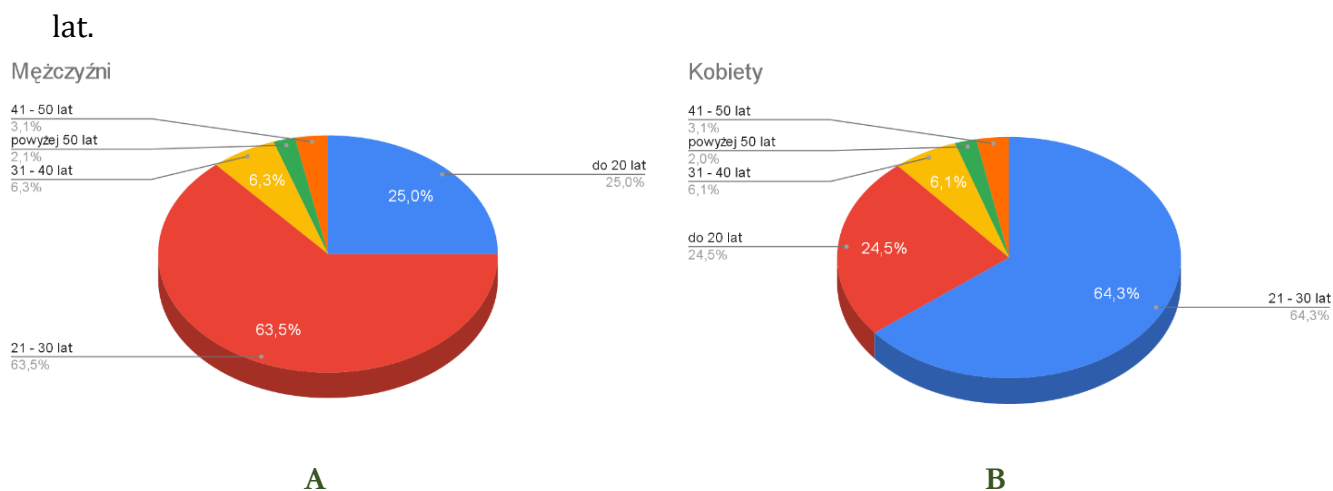
Celem przeprowadzonych badań była weryfikacja wiedzy kobiet i mężczyzn w różnym wieku (dobór losowy nieograniczony), wybranych z populacji do próby na temat łuszczycy. W celu uzyskania danych przeprowadzono badania ankietowe, a odpowiedzi zawarte w kwestionariuszach wykorzystano do testowania hipotez badawczych.

Materiały i metody badań

Materiał źródłowy. W badaniu wzięło udział stu respondentów, u których badano poziom wiedzy dotyczącej łuszczycy, jej objawów, oraz czynników wyzwalających objawy tej choroby. Żaden z ankietowanych nie wykazał, że chorował lub choruje na łuszczycę.

Wśród badanych było 28 mężczyzn (28 %) i 72 kobiety (72 %), w wieku od 17. do 65.

Analiza wiekowa respondentów wykazała, że 63,5 % ankietowanych mężczyzn było w wieku 21-30 lat, 25 % z nich miało poniżej 20. lat, 6,3 % było w przedziale wiekowym 31-40 lat, 3,1 % w przedziale 41-50 lat, a powyżej 50. lat było 2,1 % badanych (ryc. 1A). Wśród kobiet również najliczniejszą grupę stanowiły respondentki w wieku 21-30 lat (64,3%), poniżej 20. lat miało 24,5 % pań, w przedziale wiekowym 31-40 lat było 6,1 % z nich, w przedziale 41-50 lat 3,1 %, a najmniej liczną grupę (2 %) stanowiły kobiety w wieku powyżej 50. roku życia (ryc. 1B).



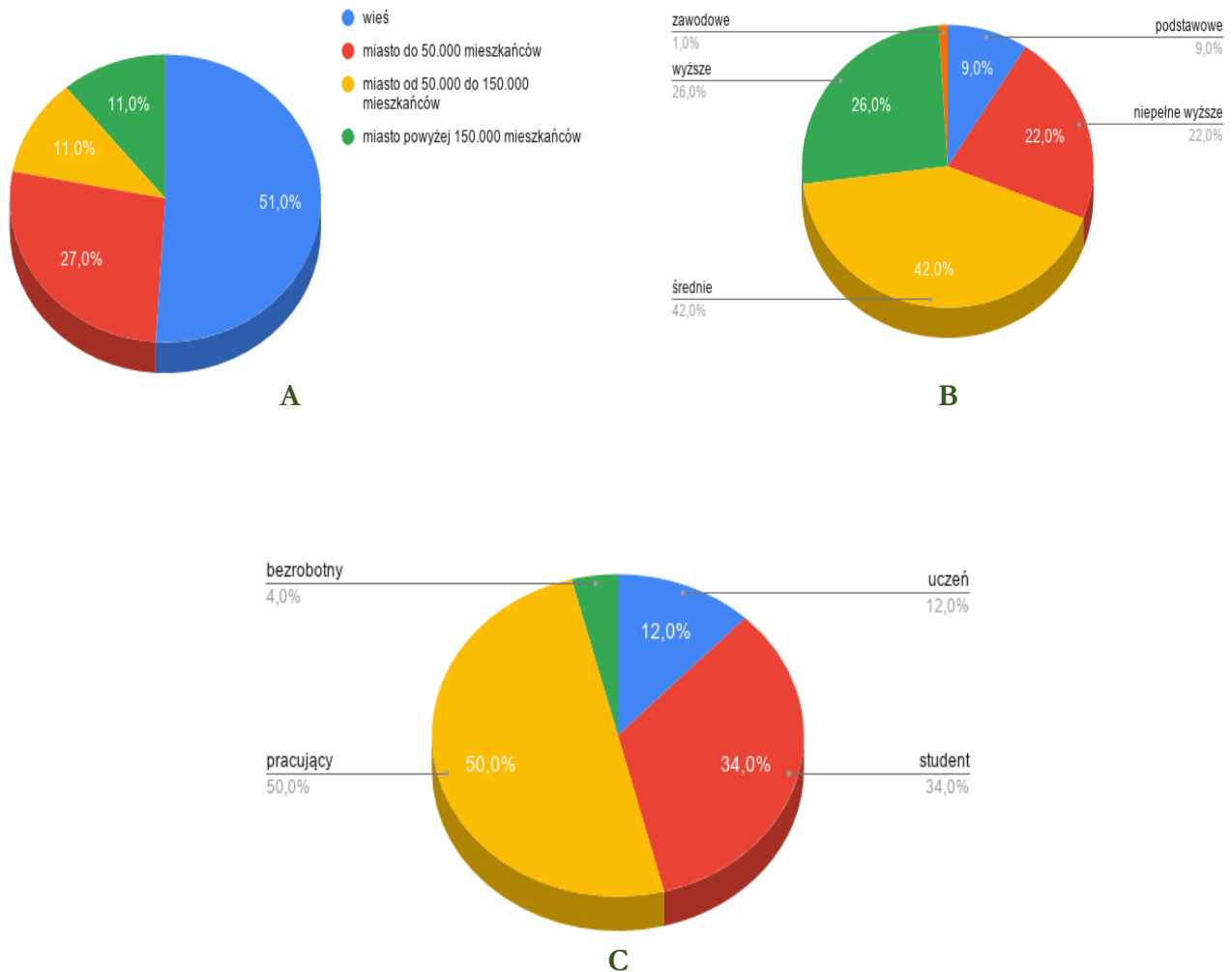
Ryc. 1. Procentowy udział mężczyzn (A) i kobiet (B) ze względu na przedział wiekowy

Ponad połowa ankietowanych (51 %) pochodziła ze wsi. Z miasta liczącego do 50000 mieszkańców pochodziło 27 % respondentów, a po 11 % z nich mieszkało w miastach liczących do 15000 i powyżej 15000 mieszkańców (ryc. 2A).

Najwięcej respondentów miało wykształcenie średnie (42 %), osoby z wykształceniem wyższym stanowiły 26 %, z niepełnym wyższym 22 %, z wykształceniem podstawowym 9 %, a z zawodowym tylko 1 % (ryc.2B). 50 % ankietowanych pracowało, 34 % z nich studiowało, 12 % uczyło się w różnych szkołach, a 4 % stanowiły osoby bezrobotne (ryc. 2C). Respondenci wraz z ankietą otrzymali informację o jej autorze, o celowości oraz anonimowości badania. Ankieta będąca narzędziem badawczym była opracowaniem własnym.

Metoda badawcza. W niniejszej pracy zastosowano metodę badania ankietowego, umożliwiającą uzyskanie od respondentów danych na temat wiedzy o łuszczycy. Narzędziem badawczym był anonimowy kwestionariusz ankiety. Badanie polegało na samodzielnym udzielaniu odpowiedzi na pytania ankietowe bez udziału badacza. Ankieta składała się z dziesięciu pytań, które zostały tak skonstruowane, aby motywować badane osoby do rzetelnego udzielania poszukiwanych informacji. Były to zarówno pytania metryczkowe, jak i dotyczące subiektywnych doświadczeń respondentów. Ankieta zawierała następujące pytania:

1) Czy kiedykolwiek słyszał/a Pan/i o łuszczycy?



Ryc. 2. Udział procentowy ankietowanych ze względu na miejsce zamieszkania (A), ze względu na wykształcenie (B) i sytuację zawodową (C)

2) W jakim wieku występują pierwsze objawy?

3) Czy łuszczyca jest zaraźliwa?

4) Jaką chorobą jest łuszczyca?

5) Jakie są objawy łuszczycy?

6) Jakie są objawy łuszczycy paznokci?

7) Jaki jest najczęstszy czynnik wywołujący objawy łuszczycy?

8) Czy łuszczyca jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych?

9) Czy w łuszczycy występują okresy wyciszenia (remisji)?

10) Co to jest objaw Koebnera?

Odpowiedzi respondentów zostały przeanalizowane z uwzględnieniem płci i wieku. Dla każdego kwestionariusza ankiety obliczono udział procentowy poszczególnych odpowiedzi.

Ze względu na nominalną skalę pomiaru badanych parametrów scharakteryzowano je

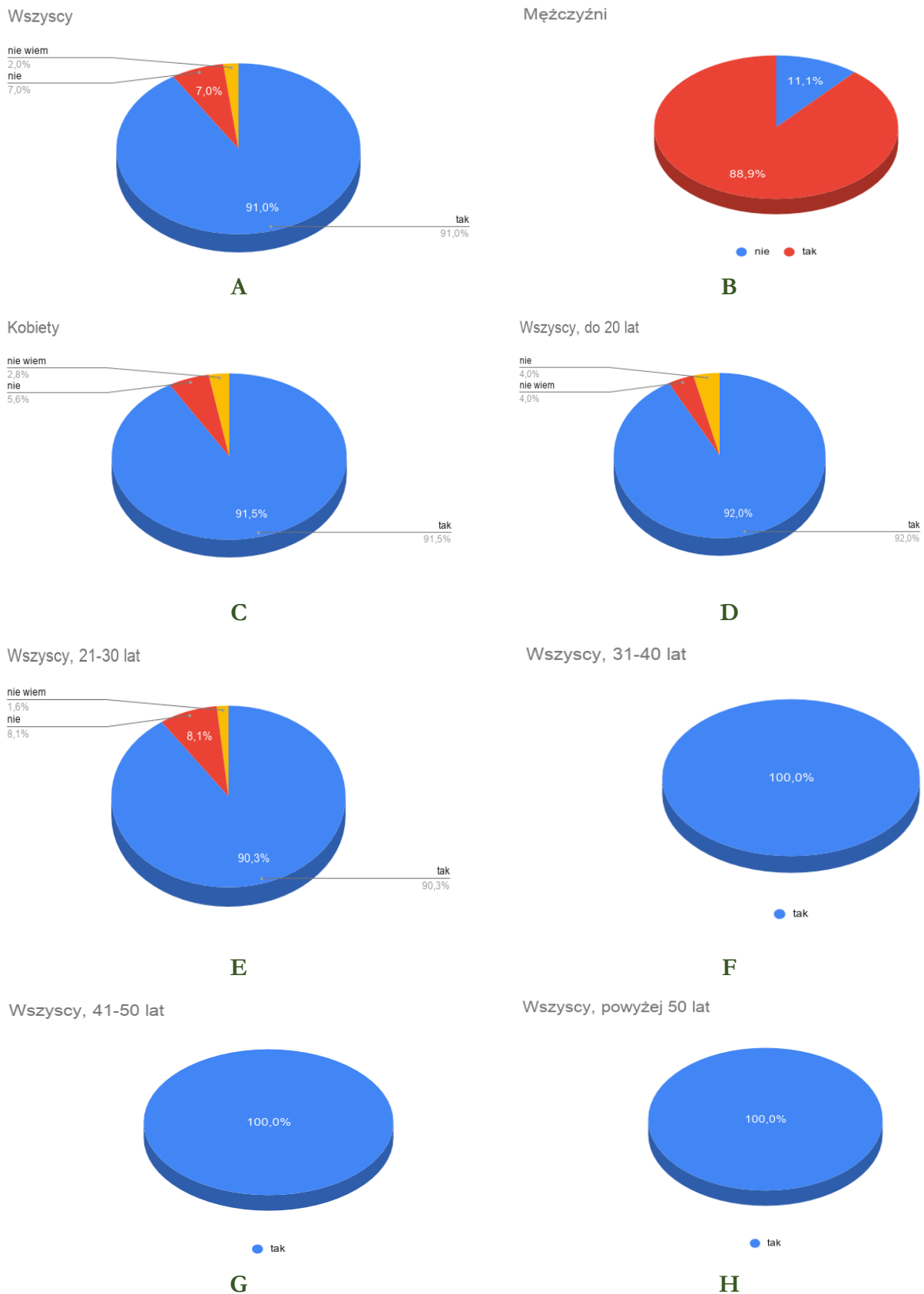
używając licznosci i procentów, które posłużyły do oceny struktury i częstości poszczególnych kategorii odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie.

Uzyskane wyniki poddano analizie opisowej. Zostały opracowane przy użyciu programu Microsoft Excel 2007, którym posłużono się również do wykonania rycin.

Na pytanie «Czy kiedykolwiek słyshał/a Pan/i o łuszczycy?» zdecydowana większość osób, (91 %) odpowiedziała twierdząco, 7 % respondentów nigdy nie słyshało o łuszczycy, a 2 % z nich nie wiedziało, czy słysheli o tym schorzeniu (ryc. 3A). Wśród mężczyzn 88,9 % udzieliło odpowiedzi twierdzącej, a 11,1 % przeczącej (ryc. 3B). Również przeważająca większość kobiet (91,5 %) słyshała o łuszczycy, 5,6 % pań udzieliło odpowiedzi przeczącej, a 2,8 % z nich nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie czy słyshały o tej chorobie (ryc. 3C).

Wyniki badań oraz ich omówienie

Pytanie 1. Czy kiedykolwiek słyszał/a Pan/i o łuszczycy? (ryc. 3)



Ryc. 1. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Czy kiedykolwiek słyszał/a Pani o łuszczycy?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

Analiza odpowiedzi ankietowanych z różnych grup wiekowych wykazała, że kobiety i mężczyźni do 20. roku życia w większości wiedzieli o istnieniu łuszczycy (łącznie 92 %), natomiast pozostali albo o tej chorobie nie słyszeli (4 %), albo nie wiedzieli, czy o niej słyszeli (4 %) (ryc. 3D). Wśród respondentów w wieku 21-30 lat 90,3 % osób udzieliło odpowiedzi twierdzącej, 8,1 % przeczącej, a 1,6 % pytanych nie wiedziało, czy kiedykolwiek słyszeli o łuszczycy (ryc. 3E). Wszystkie osoby powyżej 30. roku życia odpowiedziały, że słyszały o łuszczycy – w tej grupie wiekowej nie padła ani jedna odpowiedź: «nie» oraz «nie wiem» (ryc. 3F).

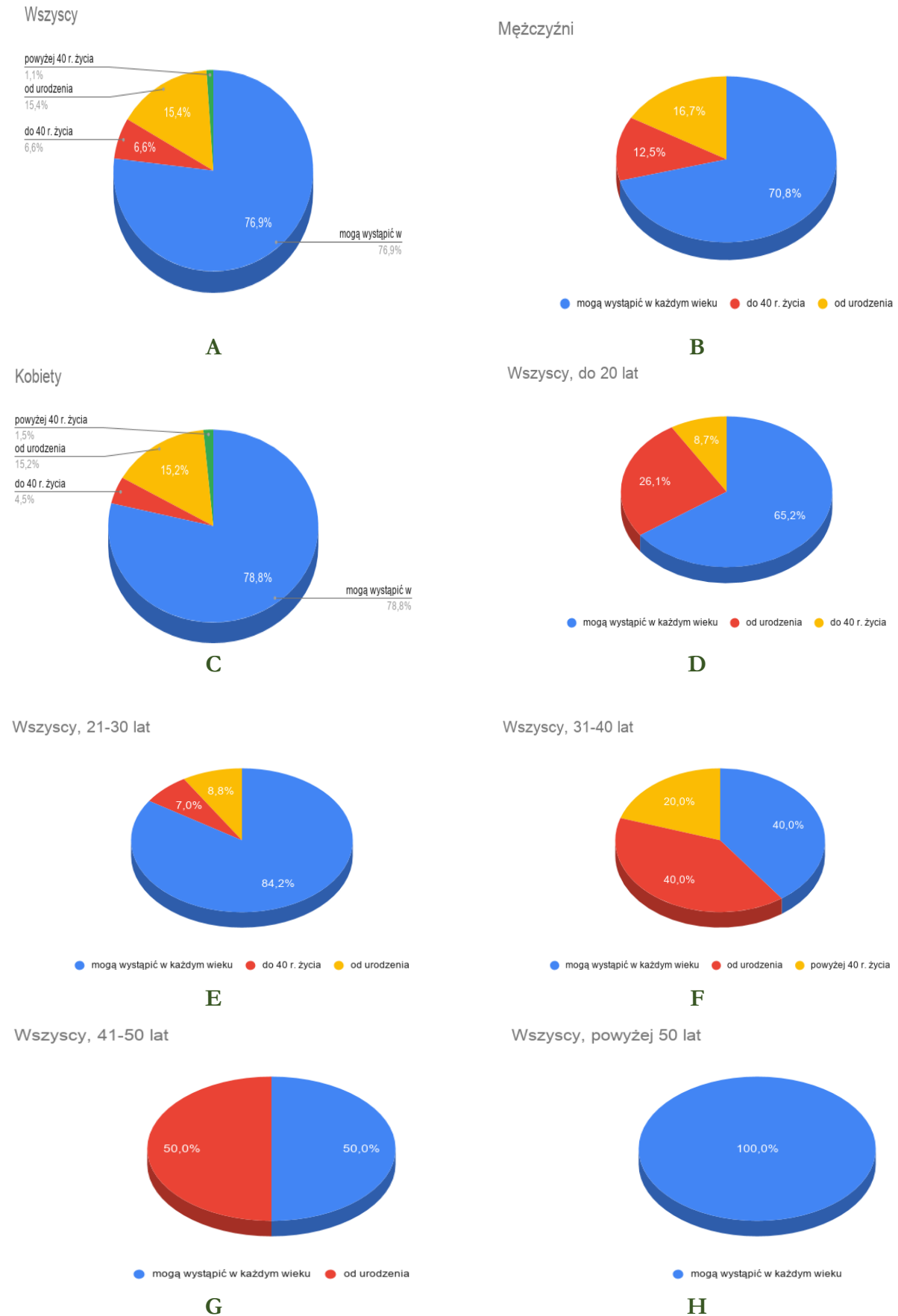
Analiza odpowiedzi na omawiane pytanie dała bardzo zadowalające wyniki, ponieważ wśród kobiet i mężczyzn w różnym wieku najwięcej ankietowanych odpowiedziało, że słyszało o łuszczycy, a wśród badanych w wieku powyżej 30. roku życia, bez względu na płeć, padały tylko odpowiedzi: «tak» (ryc. 3F-H). Fakt, że 90 % uczestników badania zgłosiło, że słyszało o tej chorobie, pokazuje, że łuszczycy jest dość powszechna w odbiorze społecznym.

W łącznej grupie kobiet i mężczyzn 76,9 % ankietowanych na pytanie «*W jakim wieku występują pierwsze objawy?*» odpowiedziało poprawnie – że łuszczycy może wystąpić w każdym wieku. 15,4 % badanych odpowiedziało, że choroba ta występuje od urodzenia, 6,6 % udzieliło odpowiedzi, że do 40. roku życia a 1,1 % – że powyżej 40. roku życia (ryc. 4A). Mężczyźni ze wszystkich grup wiekowych łącznie najliczniej odpowiedzieli poprawnie, mianowicie, że łuszczycy może wystąpić w każdym wieku (70,8 % odpowiedzi), że od urodzenia odpowiedziało 16,7 %, a 12,5 % z nich zaznaczyło odpowiedź, że do 40. roku życia, natomiast żaden z panów nie udzielił odpowiedzi, że choroba ta pojawia się po czterdziestce (ryc. 4B). Także kobiety ze wszystkich grup wiekowych łącznie najliczniej udzieliły poprawnych odpowiedzi, mianowicie, że objawy łuszczycy mogą wystąpić w każdym wieku (78,8 % odpowiedzi), że symptomy choroby występują od urodzenia odpowiedziało 15,2 % pań, że do 40. roku życia – 4,5 %, a 1,5 % kobiet zaznaczyło odpowiedź, że po czterdziestce (ryc. 4C).

Najmłodszy ankietowany, do 20. roku życia, w większości sądzili, że objawy łuszczycy mogą wystąpić w każdym wieku (65,2 % odpowiedzi), 26,1 % z nich odpowiedziało, że choroba ta występuje od urodzenia, a 8,7 % zaznaczyło odpowiedź, że pojawia się do 40. roku życia, natomiast nikt z tej grupy wiekowej nie odpowiedział, że po czterdziestce (ryc. 4D). W przypadku osób w wieku 21-30 lat odpowiedzi na pytania ankiety były bardziej zadowalające niż w przypadku osób najmłodszych, ponieważ 84,2 % respondentów odpowiedziało, że łuszczycy może wystąpić w każdym wieku, natomiast zdecydowanie mniej zaznaczyło odpowiedzi, że występuje od urodzenia i do 40. roku życia (odpowiednio: 8,8 % i 7 %). W tej grupie również nikt nie odpowiedział, że choroba pojawia się po czterdziestce (ryc. 4E). Mniej satysfakcjonujących odpowiedzi udzielili respondenci z grupy wiekowej 31-40 lat, bowiem 40 % z nich odpowiedziało, że łuszczycy może wystąpić w każdym wieku, także 40 % uznało, że występuje od urodzenia, a odpowiedź, że po czterdziestce zaznaczyło 20% respondentów. W porównaniu z ankietowanymi z przedziału wiekowego 21-30 lat liczba poprawnych odpowiedzi z przedziału 31-40 lat wyrażona w procentach była ponad dwukrotnie niższa, a ponadto wśród osób z tej grupy wiekowej po raz pierwszy padły odpowiedzi, że łuszczycy pojawia się po czterdziestce, co nie jest zgodne z prawdą (ryc. 4F). W grupie wiekowej 41-50 lat połowa ankietowanych (50 %) odpowiedziało, że łuszczycy może wystąpić w każdym wieku i również połowa (50 %), że od urodzenia (ryc. 4G). Wszyscy respondenci powyżej pięćdziesiątego roku życia udzielili tylko poprawnych odpowiedzi (ryc. 4H).

W podsumowaniu warto zauważyć, że u respondentów w przedziałach wiekowych 31-40 lat oraz 41-50 lat wiedza odnośnie wieku osób, u których występują objawy łuszczycy była bardzo mała, ponieważ sześć z dziesięciu osób nic na ten temat nie wiedziało. Wszyscy młodsi ankietowani udzielili poprawnych odpowiedzi w około 70-80 %, w zależności od płci i przedziału wiekowego. Najwięcej odpowiedzi poprawnych (100 %) uzyskano od ankietowanych po pięćdziesiątym roku życia (ryc. 4H).

Pytanie 2. W jakim wieku występują pierwsze objawy? (ryc. 4)



Ryc. 4. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «W jakim wieku występują pierwsze objawy?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

Na pytanie «Czy łuszczycyca jest zaraźliwa» 76,7 % ankietowanych mężczyzn i kobiet (łącznie) odpowiedziało, że nie, co było odpowiedzią poprawną. Była to najczęściej zaznaczana odpowiedź, co świadczy o tym, że większość ankietowanych, niezależnie od płci i wieku miała wiedzę na temat zakaźności łuszczycy. Odpowiedzi «nie wiem» udzieliło 14,4 % respondentów, natomiast pozostali (8,9 %) sądzili, że łuszczycą można się zarazić (ryc. 5A). Większość mężczyzn (70,8 %) odpowiedziała, że łuszczycyca nie jest chorobą zakaźną, 20,8 %, że nie ma wiedzy na ten temat, a 8,3 % uważało, że chorobą tą można się zarazić (ryc. 5B). Kobiety udzieliły procentowo więcej odpowiedzi poprawnych niż mężczyźni, ale jednocześnie wśród nich padło więcej odpowiedzi nieprawidłowych, mianowicie 78,5 % pań wiedziało, że łuszczycą nie można się zarazić, ale 12,3 % z nich odpowiedziało, że jest chorobą zakaźną, a 9,2 % kobiet przyznało, że nie ma wiedzy na ten temat (ryc. 5C). W grupie kobiet i mężczyzn (łącznie) do 20. roku życia tylko 50 % ankietowanych na omawiane pytanie odpowiedziało «nie», natomiast pozostałe osoby udzieliły odpowiedzi «tak» i «nie wiem» (odpowiednio 27,3 % i 22,7 %) (ryc. 5D). Wśród respondentów z przedziału wiekowego 21-30 lat 89,5 % osób wiedziało, że łuszczycą nie można się zarazić (był to najbardziej satysfakcjonujący wynik), 8,8 % nie miało na ten temat wiedzy, a 1,8 % udzieliło odpowiedzi błędnej (ryc. 5E). W łącznej grupie kobiet i mężczyzn w wieku 31-40 lat 80 % ankietowanych udzieliło odpowiedzi poprawnych, a pozostali (20 %) nie wiedzieli czy łuszczycyca jest chorobą zakaźną, natomiast nikt nie udzielił odpowiedzi błędnych (ryc. 5F). W grupie wiekowej 41-50 lat połowa respondentów odpowiedziała, że łuszczycyca nie jest chorobą zakaźną, a druga połowa uznała, że można się nią zarazić (po 50 % ankietowanych), natomiast nikt z tej grupy nie udzielił odpowiedzi «nie wiem» (ryc. 5G). Wszyscy ankietowani powyżej pięćdziesiątego roku życia zaznaczyli odpowiedź «nie wiem» (ryc. 5H).

Na podstawie analizy odpowiedzi na pytanie «Czy łuszczycyca jest zaraźliwa?» uzyskano zadowalające wyniki odnośnie wiedzy o zaraźliwości tej choroby u ankietowanych osób – w większości grup respondentów przeważały odpowiedzi, że łuszczycyca nie jest chorobą zakaźną. Kobiety i

mężczyźni w wieku do 20. lat oraz 41-50 lat mieli wiedzę w 50 % (ryc. 5D, 5G), natomiast osoby powyżej pięćdziesiątego roku życia w 100 % nie znały odpowiedzi na to pytanie (ryc. 5H).

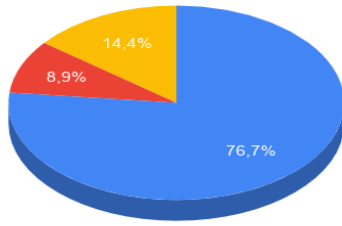
W pytaniu: «Jaką chorobą jest łuszczycyca?» do wyboru były następujące warianty odpowiedzi:

- «autoimmunologiczną»,
- «genetyczną»,
- «przewlekłą»,
- «wszystkie odpowiedzi są prawidłowe».

Za poprawny wybór przyjęto wariant: «wszystkie odpowiedzi są prawidłowe», ponieważ łuszczycyca jest chorobą zarówno autoimmunologiczną, genetyczną, jak i przewlekłą. 51,6 % spośród wszystkich respondentów odpowiedziało poprawnie, 19,8 % uznało, że łuszczycyca jest chorobą tylko autoimmunologiczną, 15,4 % że jest to choroba przewlekła, a 13,2 % – że genetyczna (ryc. 6A). Podobny wynik uzyskano w grupie mężczyzn – 50 % panów odpowiedziało, że łuszczycyca jest chorobą autoimmunologiczną, przewlekłą i genetyczną, 20,8 % – że jest to schorzenie o podłożu autoimmunologicznym, 16,7 % – że o podłożu genetycznym, a 12,5 % – że jest to choroba przewlekła (ryc. 6B). Kobiety udzieliły podobnych odpowiedzi, mianowicie 53 % z nich zaznaczyło, że wszystkie warianty odpowiedzi są prawidłowe, 19,7 % uznało, że łuszczycyca to przypadłość autoimmunologiczna, 16,7 % – że przewlekła, a 10,6 % – że genetyczna (ryc. 6C). Inaczej odpowiadały osoby z grupy wiekowej do 20. roku życia (wszyscy – kobiety i mężczyźni łącznie). Najwięcej młodych ludzi uznało, że łuszczycyca jest chorobą autoimmunologiczną (39,1 %), 26,1% z nich zaznaczyło wariant, że «wszystkie odpowiedzi są prawidłowe», 21,7 % uznało, że to choroba przewlekła, a 13 %, że genetyczna. Wyniki uzyskane od młodzieży wykazały, że większość młodych osób nie posiadała wiedzy o tym «Jaką chorobą jest łuszczycyca?» (ryc. 6D). W grupie wiekowej 21-30 lat poprawnych odpowiedzi udzieliło 57,9 % respondentów, co dało najbardziej satysfakcjonujący wynik. 15,8 % osób z tej grupy odpowiedziało, że łuszczycyca jest chorobą genetyczną, 14 % – że jest to przypadłość o podłożu autoimmunologicznym, a 12,3 % – że jest to choroba przewlekła (ryc. 6E).

Pytanie 3. Czy łuszczycyca jest zaraźliwa? (ryc. 5)

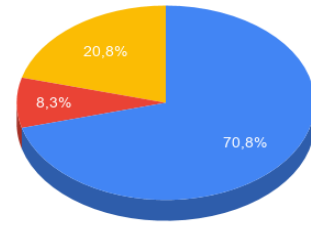
Wszyscy



● nie ● tak ● nie wiem

A

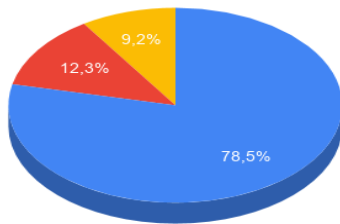
Mężczyźni



● nie ● tak ● nie wiem

B

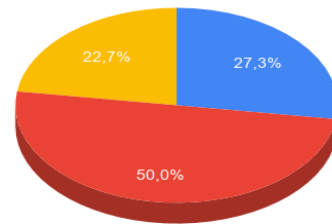
Kobiety



● nie ● nie wiem ● tak

C

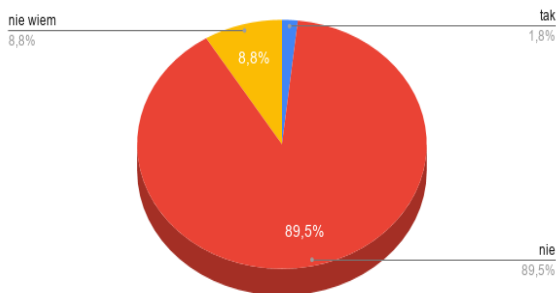
Wszyscy, do 20 lat



● tak ● nie ● nie wiem

D

Wszyscy, 21-30 lat



E

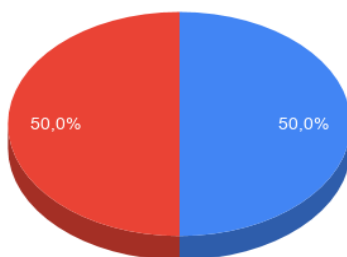
Wszyscy, 31-40 lat



● nie wiem ● nie

F

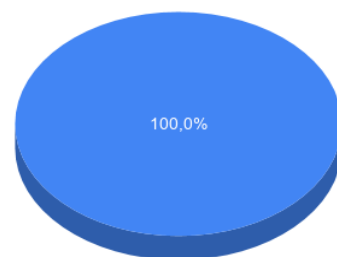
Wszyscy, 41-50 lat



● nie ● tak

G

Wszyscy, powyżej 50 lat



● nie

H

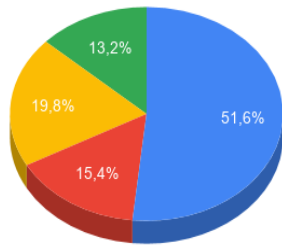
Ryc. 5. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Czy łuszczycyca jest zaraźliwa?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

Pytanie 4. Jaką chorobą jest łuszczyca? (ryc. 6)

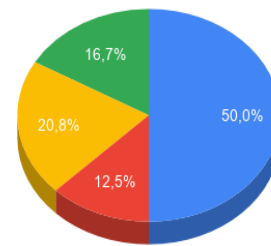
Wszyscy

Mężczyźni



● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe ● przewlekłą ● autoimmunologiczną ● genetyczną

A

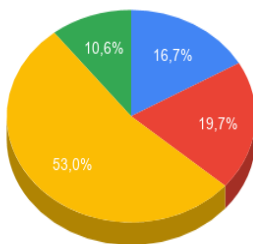


● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe ● przewlekłą ● autoimmunologiczną ● genetyczną

B

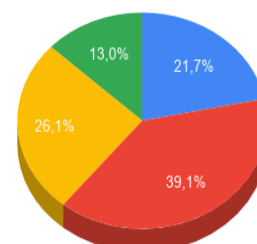
Kobiety

Wszyscy, do 20 lat



● przewlekłą ● autoimmunologiczną ● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe ● genetyczną

C

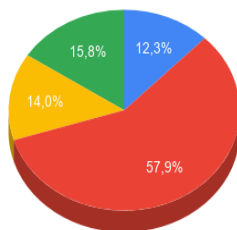


● przewlekłą ● autoimmunologiczną ● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe ● genetyczną

D

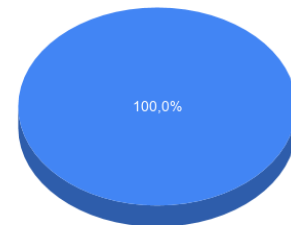
Wszyscy, 21-30 lat

Wszyscy, 31-40 lat



● przewlekłą ● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe ● autoimmunologiczną ● genetyczną

E

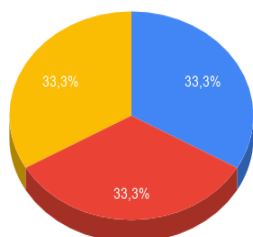


● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe

F

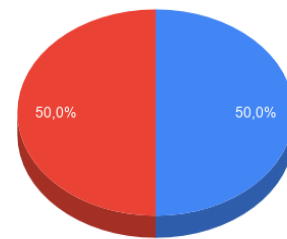
Wszyscy, 41-50 lat

Wszyscy, powyżej 50 lat



● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe ● autoimmunologiczną ● przewlekłą

G



● wszystkie odpowiedzi są prawidłowe ● przewlekłą

H

Ryc. 6. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Jaką chorobą jest łuszczyca?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

Ankietowani w przedziale wiekowym 31-40 lat w 100 % udzielili poprawnych odpowiedzi – wszyscy w tej grupie posiadali wiedzę, że łuszczyca jest jednocześnie chorobą autoimmunologiczną, genetyczną oraz przewlekłą (ryc. 6F). Kobiety i mężczyźni w wieku 41-50 lat zaznaczyli trzy warianty odpowiedzi na omawiane pytanie, mianowicie że jest ona przypadłością: «*autoimmunologiczną*», «*przewlekłą*», oraz że «*wszystkie odpowiedzi są prawidłowe*» (na każdy wariant przypadło po 33,3 % odpowiedzi). Nikt z tej grupy nie udzielił odpowiedzi, że łuszczyca to choroba genetyczna (ryc. 6G). W porównaniu z poprzednimi dwiema grupami, ilość poprawnych odpowiedzi w grupie 41-50 lat była stosunkowo niska, natomiast wyższa była w porównaniu z ilością prawidłowych odpowiedzi udzielonych przez młodzież do 20. roku życia (ryc. 6G). Ankietowani powyżej 50. roku życia w 50 % uznali wszystkie warianty odpowiedzi za prawidłowe, a pozostałe 50% z nich odpowiedziało, że łuszczyca to choroba przewlekła. Nikt w tej grupie nie zaznaczył wariantów, że łuszczyca jest chorobą dziedziczną i autoimmunologiczną (ryc. 6H). Wyniki uzyskane od osób po pięćdziesiątce procentowo były podobne do wyników uzyskanych od ogółu respondentów oraz od badanych podzielonych według płci.

Po dokonaniu analizy odpowiedzi uzyskanych na pytanie: «*Jaką chorobą jest łuszczyca?*» stwierdziliśmy, że oprócz grupy w przedziale wiekowym 31-40 lat, którzy w 100 % udzielili odpowiedzi poprawnych (ryc. 6F), u pozostałych ankietowanych poziom wiedzy był zdecydowanie niższy – prawidłowe warianty w różnych grupach zaznaczyło do 57,9 % respondentów, a najniższy odsetek odpowiedzi prawidłowych uzyskano od najmłodszych ankietowanych, do 20. roku życia (ryc. 6G).

Poprawna odpowiedź na zadane w ankiecie pytanie to: «*czerwonobrunatne, owalne, płaskowyniosłe grudki, pokryte srebrzystoszarą łuską, pieczenie, świąd, ból*» i takiej odpowiedzi udzieliło 27,5 % respondentów. Najwięcej ankietowanych na omawiane pytanie (45,1 %) odpowiedziało, że jest to «*zaczerwienienie, suchość skóry, zakażenia bakteryjne, rumień, grudki, pęcherzyki, łuszczący się naskórek*». Są to jednak symptomy atopowego zapalenia skóry. 25,3 % ankietowanych zaznaczyło, że są to «*okrągłe lub owalne łuszczące się zmiany, czerwone, nasilone zmiany na obwodzie wykwitu,*

świąd» (objawy grzybicy skóry). Najmniej osób (2,2 %) odpowiedziało, że symptomami łuszczycy są «*zaczerwienienie, obrzęk skóry, grudki, pęcherzyki, z których sączy się płyn*» (egzema) (ryc. 7A). Wśród mężczyzn również najwięcej odpowiedzi (58,3 %) było nieprawidłowych, odnoszących się do atopowego zapalenia skóry (AZS). Odpowiedź prawidłową zaznaczyło 16,7 % panów i również 16,7 % z nich zaznaczyło objawy grzybicy skóry. Najmniej (8,3 %) respondentów wśród płci męskiej wybrało odpowiedź prawidłową (ryc. 7B). Również najwięcej kobiet (39,4 %) wybrało odpowiedź nieprawidłową, wskazującą objawy AZS. Poprawnie odpowiedziało 31,8 % pań, a 28,8 % zaznaczyło symptomy grzybicy, natomiast żadna z ankietowanych kobiet nie wybrała objawów egzemy (ryc. 7C). Wśród młodzieży do 20. roku życia najwięcej osób (43,5 %) za objawy łuszczycy uważało «*zaczerwienienie, suchość skóry, zakażenia bakteryjne, rumień, grudki, pęcherzyki, łuszczący się naskórek*» (są to objawy atopii – AZS), 26,1 % z tej grupy za objawy uznało grzybicę, a 4,3 % wybrało symptomy wyprysku kontaktowego, czyli egzemy (zaczerwienienie, obrzęk skóry, grudki, pęcherzyki, z których sączy się płyn). Natomiast odpowiedzi poprawnych udzieliło tylko 26,1 % najmłodszych ankietowanych (ryc. 7D). Odpowiedzi ankietowanych z przedziału wiekowego 21-30 lat różniły się nieznacznie od poprzednich. Najwięcej odpowiedzi wskazywało na AZS (43,9 %), 28,1 % osób odpowiedziało poprawnie, 26,3 % zaznaczyło objawy grzybicy, a pozostali (1,8 %) – objawy egzemy (ryc. 7E). Respondenci w wieku 31-40 lat również w większości (60 % ankietowanych) wybrali objawy atopii zamiast łuszczycy. Pozostałe odpowiedzi wskazywały na symptomy łuszczycy oraz grzybicy (po 20 % odpowiedzi) (ryc. 7F). Ankietowani w wieku 41-50 lat wykazali się największą wiedzą, ponieważ 66,7 % osób z tej grupy zaznaczyło odpowiedź poprawnie, 33,3 % z nich pomyliło łuszczycę z atopowym zapaleniem skóry, natomiast nikt nie zaznaczył innych odpowiedzi, co dało najlepszy wynik w skali całej ankiety (ryc. 7G). Ankietowani po pięćdziesiątce wybrali symptomy AZS oraz grzybicy (po 50 % dla każdego wariantu). Nikt w tej grupie nie udzielił poprawnej odpowiedzi, co dało najgorszy wynik wśród wszystkich respondentów i co mocno kontrastuje z odpowiedziami osób z przedziału 41-50 lat (ryc. 7H).

Pytanie 5. Jakie są objawy łuszczycy? (ryc. 7)



Ryc. 7. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Jakie są objawy łuszczycy?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

Pytanie dotyczące objawów łuszczycy ukazało znaczący brak wiedzy na ten temat wśród ankietowanych, ponieważ z wyjątkiem osób z grupy wiekowej 41-50 lat pozostali respondenci z innych grup nie udzielili największej ilości poprawnych odpowiedzi – najwięcej osób zaznaczyło symptomy atopowego zapalenia skóry (45,1 %), a tylko 27,5 % objawy łuszczycy (ryc. 7).

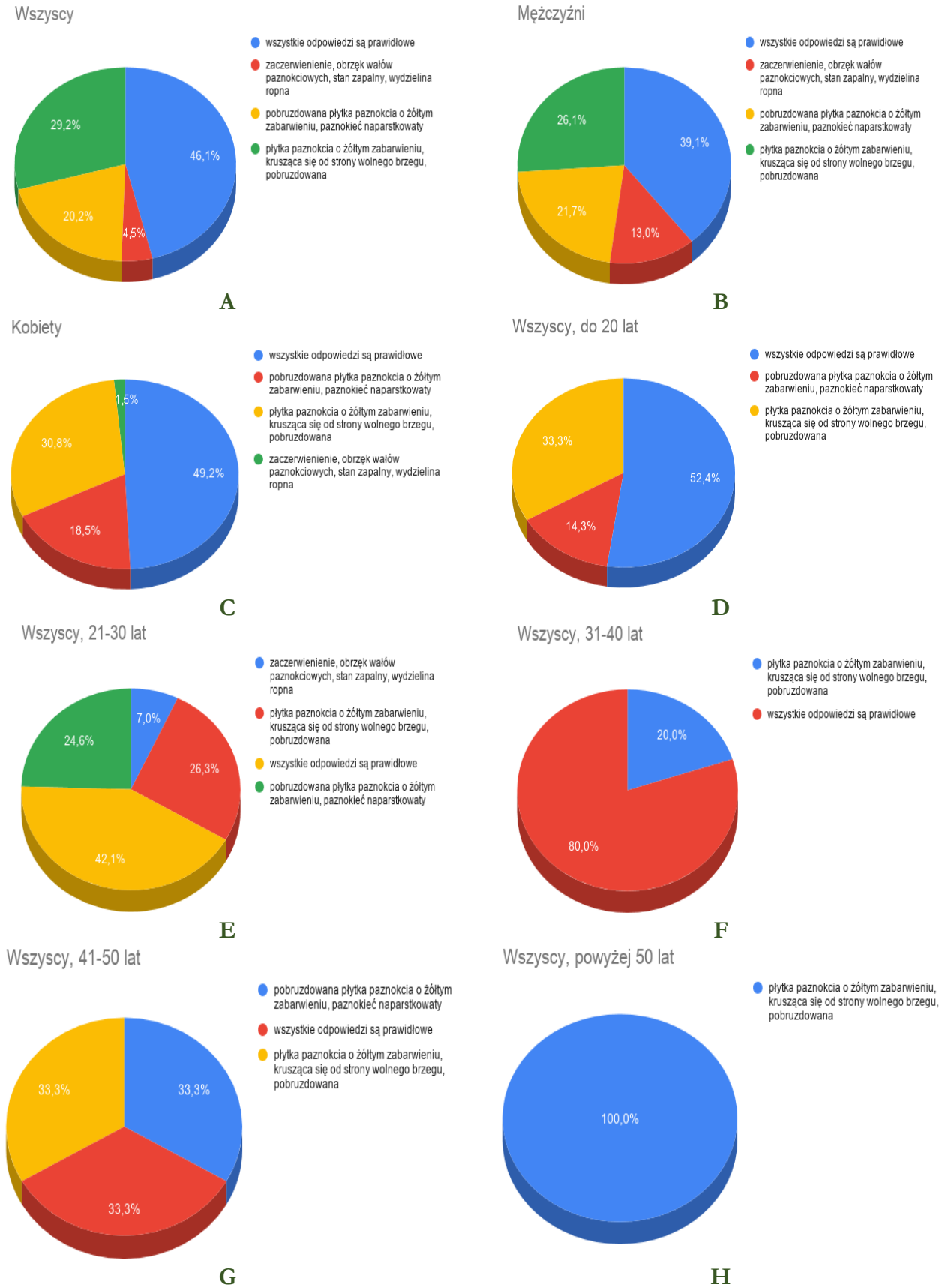
Spośród wszystkich ankietowanych najwięcej osób (46,1 %) zaznaczyło odpowiedź, że wszystkie warianty są prawidłowe – tzn. *«zaczerwienienie, obrzęk wałów paznokciowych, stan zapalny, wydzielina ropna»* (objawy zanokcicy), *«pobruzdowana płytką paznokcia o żółtym zabarwieniu, paznokieć naporstkowaty»* (łuszczycy paznokci) oraz *«płytką paznokcia o żółtym zabarwieniu, krusząca się od strony wolnego brzegu, pobruzdowana»* (grzybica paznokci), 29,2 % ankietowanych z tej grupy wybrało symptomy grzybicy, 20,2 % odpowiedziało poprawnie (pobruzdowana płytką paznokcia o żółtym zabarwieniu, paznokieć naporstkowaty), a 4,5 % zaznaczyło objawy zanokcicy (ryc. 8A). Wśród mężczyzn sytuacja wyglądała podobnie, mianowicie najwięcej spośród nich (39,1 %) zaznaczyło odpowiedź, że wszystkie warianty są prawidłowe, a pozostali wybrali także objawy grzybicy, łuszczycy i zanokcicy (odpowiednio: 26,1 %, 21,7 % oraz 13 % odpowiedzi) (ryc. 8B). Kobiety odpowiadały podobnie jak mężczyźni – najczęściej wybierały wariant, że *«wszystkie odpowiedzi są prawidłowe»* (49,2 %), objawy grzybicy wybrało 30,8 % pań, łuszczycy 18,5 %, a zanokcicy 1,5 % (ryc. 8C). W najmłodszej grupie ankietowanych, do 20. roku życia, najwięcej odpowiedzi (52,4 %) przypadło na wariant *«wszystkie odpowiedzi są prawidłowe»*, 33,3 % młodych osób pomyliło łuszczycę z grzybicą, a jedynie 14,3 % z nich odpowiedziało poprawnie, natomiast nikt z tej grupy nie zaznaczył objawów zanokcicy (ryc. 8D). W grupie wiekowej 21-30 lat 42,1 % respon-

dentów odpowiedziało, że wszystkie opcje są prawidłowe, 26,3 % osób z tej grupy sądziło, że symptomem łuszczycy jest żółte zabarwienie płytki paznokcia, kruszenie się płytki od strony wolnego brzegu oraz pobruzdowanie (objawy grzybicy), 24,6 % udzieliło poprawnej odpowiedzi, a 7 % zaznaczyło objawy zanokcicy (ryc. 8E). W grupie wiekowej 31-40 lat 80 % ankietowanych jako prawidłowe zaznaczyło wszystkie opcje, natomiast pozostali (20 %) wybrali grzybicę paznokci. W grupie tej nikt nie zaznaczył symptomów łuszczycy ani zanokcicy. Był to najgorszy wynik ankiety, ponieważ nikt nie zaznaczył poprawnej odpowiedzi (ryc. 8F).

Ankietowani z przedziału wiekowego 41-50 lat zaznaczyli objawy łuszczycy, grzybicy oraz wariant *«wszystkie odpowiedzi są prawidłowe»* (po 33,3 % odpowiedzi na każdą z opcji). Nikt z tej grupy nie zaznaczył symptomów zanokcicy. Był to najbardziej zadowolający wynik ankiety, pomimo iż poprawnie odpowiedziało tylko 33,3 % osób z tej grupy (ryc. 8G). Wszyscy respondenci po pięćdziesiątce udzielili błędnych odpowiedzi, ponieważ wybrali objawy grzybicy (ryc. 8H).

Odpowiedzi na pytanie *«Jakie są objawy łuszczycy paznokci?»*, zaznaczone przez osoby biorące udział w ankiecie, wykazały, znaczący brak wiedzy u respondentów na temat łuszczycy paznokci. W żadnej z badanych grup nie przeważały odpowiedzi prawidłowe odnośnie łuszczycy paznokci, zazwyczaj ilościowo sytuowały się na miejscu trzecim w różnych grupach. Spośród osób z przedziału wiekowego 31-40 lat oraz spośród osób po pięćdziesiątce w odpowiedzi na omawiane pytanie nikt nie wybrał wariantu – objawy łuszczycy (ryc. 8F, 8H). Najlepszy wynik uzyskali ankietowani z przedziału wiekowego 41-50 lat, spośród których 33,3 % osób wybrało odpowiedź poprawną, ale jednocześnie taka sama ilość osób z tego przedziału wybrała odpowiedzi błędne (ryc. 8G).

Pytanie 6. Jakie są objawy łuszczycy paznokci? (ryc. 8)



Ryc. 8. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Jakie są objawy łuszczycy paznokci?», z uwzględnieniem płci oraz wieku.

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek.

Na pytanie: «*Jaki jest najczęstszy czynnik wyzwalający objawy łuszczycy?*» można było udzielić następujących odpowiedzi: «*leki*», «*zła dieta*», «*używki*», «*czynniki atmosferyczne*», «*stres*», «*uszkodzenia skóry*» oraz «*infekcje*». Wśród wszystkich ankietowanych najczęściej (30 %) osób zaznaczyło odpowiedź «*stres*», co było wyborem poprawnym, ponieważ wśród wielu czynników wyzwalających objawy łuszczycy, stres jest najczęstszym z nich. Nie oznacza to jednak, że gdy ktoś zaznaczył inną odpowiedź, to popełnił błąd. 28,9 % badanych zaznaczyło infekcje, 18,9 % – uszkodzenia skóry, 10 % – złą dietę, 5,6 % – leki, a po 3,3 % osób wybrało używki i czynniki atmosferyczne (ryc. 9A, Tabela 2).

Mężczyźni ze wszystkich przedziałów wiekowych łącznie jako czynnik wyzwalający objawy łuszczycy w większości zaznaczyli infekcje (41,7 %), na drugim miejscu wśród ich odpowiedzi znalazł się stres (20,8 %), a następnie uszkodzenia skóry (12,5 %), używki i czynniki atmosferyczne (po 8,3 %) oraz zła dieta i leki (po 4,2 %) (ryc. 9B). Wśród kobiet ze wszystkich przedziałów wiekowych łącznie stres znalazł się na pierwszym miejscu wśród czynników wyzwalających objawy łuszczycy – wariant ten zaznaczyło 33,8 % pań. 23,1 % kobiet zaznaczyło infekcje, 21,5 % – uszkodzenia skóry, 12,3 % – złą dietę, 6,2 % – leki, 1,6 % – czynniki atmosferyczne, a 1,5 % – używki (ryc. 9C). Odpowiedzi kobiet i mężczyzn na omawiane pytanie znacznie się różniły.

Wśród mężczyzn używki znalazły się na czwartym miejscu ze względu na ilość zaznaczeń, natomiast wśród kobiet wariant ten znalazł się na miejscu ostatnim – siódmym, gdyż zaznaczyło go najmniej pań. Czynniki atmosferyczne na podstawie wyboru mężczyzn znalazły się na miejscu trzecim, natomiast na podstawie wyboru kobiet – na miejscu szóstym. Zła dieta i leki na podstawie wyboru panów uplasowały się na miejscu szóstym (wariant ten zaznaczyło najmniej panów), natomiast na podstawie wyboru pań zła dieta zajęła miejsce czwarte, a leki miejsce piąte (Tabela 2).

Wśród młodzieży do 20. roku życia 40,9 % młodych ludzi jako czynnik wyzwalający łuszczycę zaznaczyło infekcje, 22,7 % z nich zaznaczyło uszkodzenia skóry, 18,2 % stres, 9,1 % złą dietę oraz po 4,5 % leki i używki. Nikt z tej grupy nie wybrał odpowiedzi «*czynniki atmosferyczne*» (ryc. 9D). Wśród respondentów w wieku 21-30 lat 33,3 % osób jako czynnik wyzwalający łuszczycę wybrało stres, 26,3 % z nich wybrało infekcje, 17,5 % uszkodzenia skóry, 8,8 % złą dietę, a 7 % leki. Natomiast czynniki atmosferyczne i używki zaznaczyło najmniej osób (po 3,5 %) (ryc. 9E). Odpowiedzi ankietowanych do dwudziestego roku życia oraz z przedziału wiekowego 21-30 lat bardzo różniły się między sobą. Podobne procentowo były tylko wybory wariantów «*zła dieta*» (wszyscy do 20.r.ż – 9,1 %; wszyscy 21-30 lat – 8,8 %) oraz «*leki*» (wszyscy do 20.r.ż. -4,5 %; wszyscy 21-30 lat – 7 %) (Tabele 2 i 3).

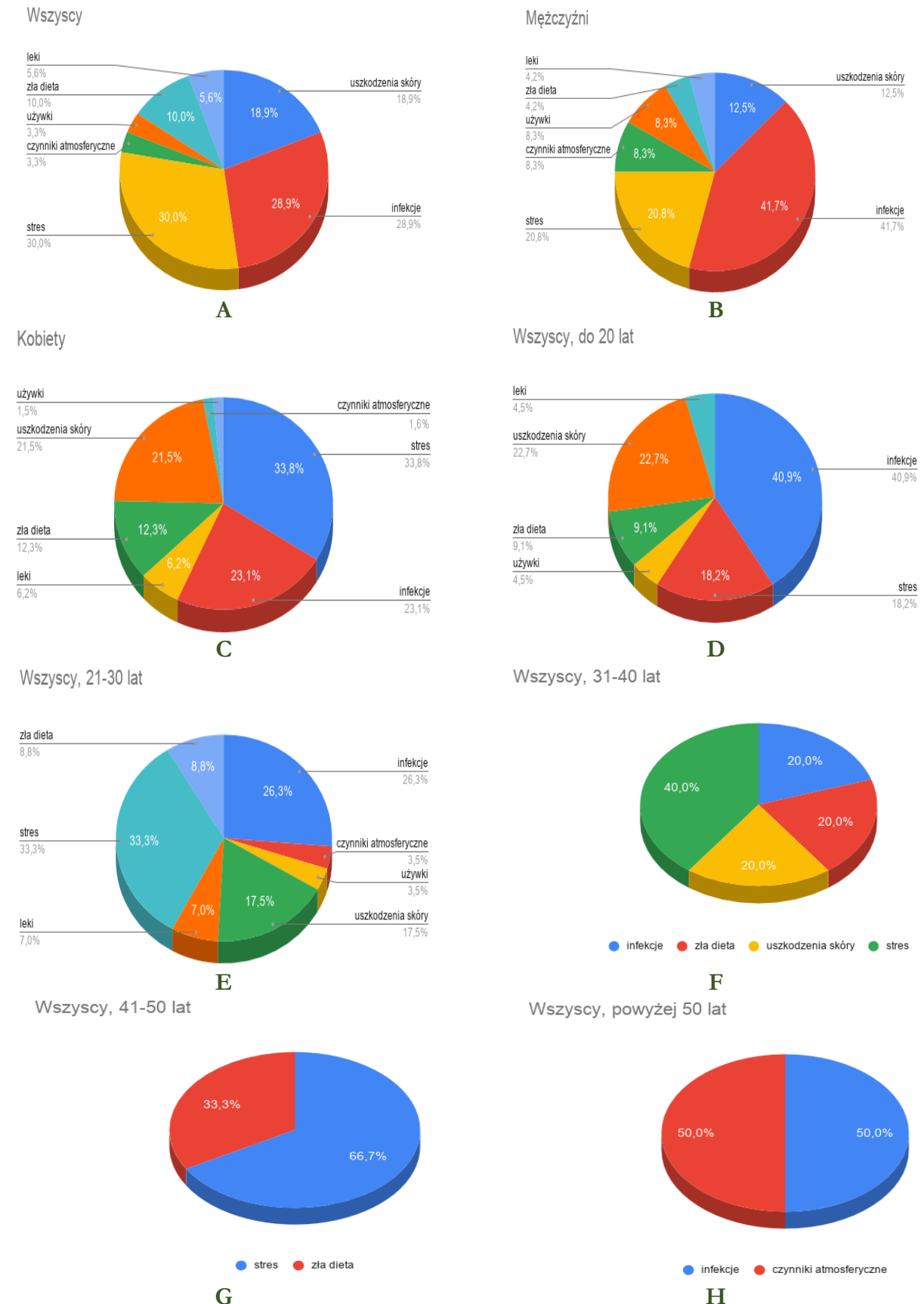
Tabela 2

Liczba porządkowa odpowiedzi według ilości ich udzielania

Czynniki	Liczba porządkowa odpowiedzi wg ilości ich udzielania*							
	wszyscy	mężczyźni	kobiety	wszyscy, do 20 lat	wszyscy, 21-30 lat	wszyscy, 31-40 lat	wszyscy, 41-50 lat	wszyscy, powyżej 50 lat
leki	5	5	5	5	5	-	-	-
zła dieta	4	5	4	4	4	2	2	-
używki	6	4	7	5	6	-	-	-
czynniki atmosferyczne	6	4	6	-	6	-	-	1
stres	1	2	1	3	1	1	1	-
uszkodzenia skóry	3	3	3	2	3	2	-	-
infekcje	2	1	2	1	2	2	-	1

Notatka: *– liczba 1 oznacza, że udział procentowy danego wariantu odpowiedzi był najwyższy, a liczba 7 – że udział procentowy danego wariantu był najniższy. Pozostałe liczby oznaczają udziały pośrednie

Pytanie 7. Jaki jest najczęstszy czynnik wyzwalający objawy łuszczycy? (ryc. 9)



Ryc. 9. Udział procentowy ankietowanych w odpowiedzi na pytanie: «Jaki jest najczęstszy czynnik wyzwalający objawy łuszczycy?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

Tabela 3

Procentowy udział poszczególnych wariantów odpowiedzi na pytanie «Jaki jest najczęstszy czynnik wyzwalający objawy łuszczycy?», wybranych przez osoby ankietowane

Czynniki	Procentowe ilości udzielanych odpowiedzi							
	wszyscy	mężczyźni	kobiety	wszyscy, do 20 lat	wszyscy, 21-30 lat	wszyscy, 31-40 lat	wszyscy, 41-50 lat	wszyscy, powyżej 50 lat
leki	5,6	4,2	6,2	4,5	7	-	-	-
zła dieta	10	4,2	12,3	9,1	8,8	20	33,3	-
używki	3,3	8,3	1,5	4,5	3,5	-	-	-
czynniki atmosferyczne	3,3	8,3	1,6	-	3,5	-	-	50
stres	30	20,8	33,8	18,2	33,3	40	66,7	-
uszkodzenia skóry	18,9	12,5	21,5	22,7	17,5	20	-	-
infekcje	28,9	41,7	23,1	40,9	26,3	20	-	50

W grupie wiekowej 31-40 lat ankietowani zaznaczyli tylko cztery warianty odpowiedzi – «stres» (40 %) oraz «infekcje», «zła dieta» i «uszkodzenia skóry» (po 20 % każdy wariant). Nikt w tej grupie nie wybrał wariantów «leki», «używki» oraz «czynniki atmosferyczne» (ryc. 9F). Tylko dwie opcje wybrali ankietowani z przedziału wiekowego 41-50 lat – 66,5 z nich odpowiedziało, że najczęstszym czynnikiem wyzwalającym łuszczycę jest stres, a 33,3 % za czynnik wyzwalający uznało złą dietę. Innych odpowiedzi w tej grupie nie udzielono (ryc. 9G). Respondenci po pięćdziesiątce również wybrali tylko dwa warianty odpowiedzi – «infekcje» oraz «czynniki atmosferyczne» (po 50 % badanych na każdy z wariantów) (ryc. 9H).

Odpowiedzi na pytanie dotyczące najczęstszego czynnika wyzwalającego łuszczycę ukazały, że wśród respondentów, wyniki były bardzo zróżnicowane pod względem ilości udzielanych odpowiedzi, zarówno biorąc pod uwagę procent badanych w danej grupie, jak i liczbę porządkową przypisaną danemu wariantowi (w kolejności od najczęściej udzielanej odpowiedzi). Ukazują to odpowiednio: Tabela 2 i Tabela 3.

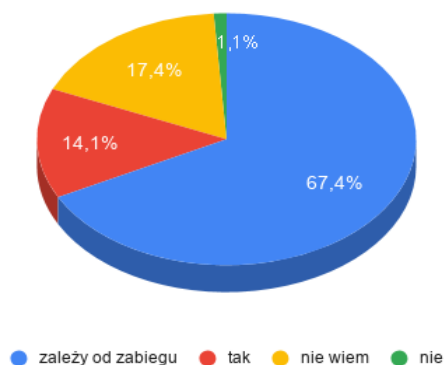
Na pytanie: «Czy łuszczycy jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych?» poprawnie, że zależnie od zabiegu odpowiedziało 67,4 % ankietowanych, 17,4 % z nich udzieliło odpowiedzi «nie wiem», 14,1 % uznało, że choroba ta jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych, a tylko 1,1 % recenzentów uważało, że łuszczycy przeciwwskazania nie stanowi (ryc. 10A). 60 % mężczyzn na zadane pytanie odpowiedziało, że zależnie od tego jaki zabieg ma zostać wykonany, 32 % panów odpowiedziało, że nie ma wiedzy na ten temat, a po 4 % z nich udzieliło odpowiedzi «tak» oraz «nie» (ryc. 10B). 70,1 % kobiet na omawiane pytanie odpowiedziało, że w zależności od rodzaju planowanego zabiegu, 17,9 % pań uważało, że łuszczycy jest przeciwwskazaniem, a 11,9 % z nich nie miało na ten temat wiedzy. Żadna z ankietowanych kobiet nie zaznaczyła odpowiedzi «nie» (ryc. 10C). W grupie wiekowej do 20. roku życia 75 % młodych osób odpowiedziało poprawnie, 16,7 % z nich nie miało na ten temat wiedzy, a 8,3 % uznało, że łuszczycy jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych. W tej grupie respondentów nikt nie zaznaczył odpowiedzi «nie» (ryc. 10D).

W przedziale wiekowym 21-30 lat 63,2 % ankietowanych odpowiedziało, że to, czy łuszczyca jest przeciwwskazaniem, zależy od rodzaju zabiegu, 19,3 % z nich nie miało na ten temat wiedzy, 15,8 % uważało, że jest przeciwwskazaniem, a pozostali – 1,8 % zaznaczyli odpowiedź «nie» (ryc. 10E). Respondenci z grupy 31-40 lat w większości odpowiedzieli poprawnie (66,7 poprawnych odpowiedzi), a pozostali zaznaczyli odpowiedzi: «tak» oraz «nie wiem» (po 16,7 % na każdą odpowiedź). W grupie tej nikt nie udzielił odpowiedzi: «nie» (ryc. 10F). Wszyscy ankietowani z grupy 41-50 lat odpowiedzieli poprawnie – że zależy od rodzaju zabiegu, czy łuszczyca stanowi przeciwwskazanie do jego wykonania (ryc. 10G). Respondenci po pięćdziesiątce udzielili tylko dwóch wariantów odpowiedzi – «zależy od zabiegu» oraz «tak» (po 50 % odpowiedzi na każdą opcję) (ryc. 10H).

Na pytanie «Czy łuszczyca jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych?» większość ankietowanych z poszczególnych grup udzieliła odpowiedzi poprawnych. Tylko w grupie osób po pięćdziesiątce poprawne odpowiedzi nie przeważały, ale i tak było ich zadowalająco dużo, bo 50 %, a pozostałe 50 % dotyczyło tylko jednego innego wariantu (ryc. 10H). W przedziale wiekowym 41-50 lat badani zaznaczyli tylko odpowiedzi poprawne, natomiast w pozostałych grupach 60-75 % stanowiły odpowiedzi «zależy od zabiegu» co dało całkiem zadowalający wynik (ryc. 10G). Poza tym w niektórych grupach nikt nie zaznaczył odpowiedzi, że łuszczyca nie jest przeciwwskazaniem do wykonania zabiegu kosmetycznego (ryc. 10).

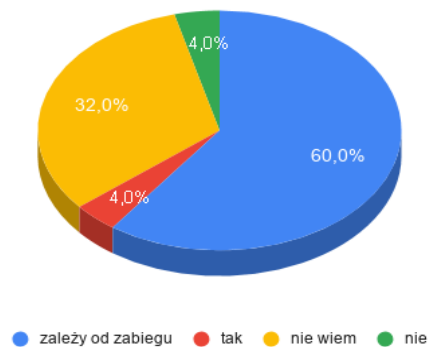
Pytanie 8. Czy łuszczyca jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych? (ryc. 10)

Wszyscy



A

Mężczyźni



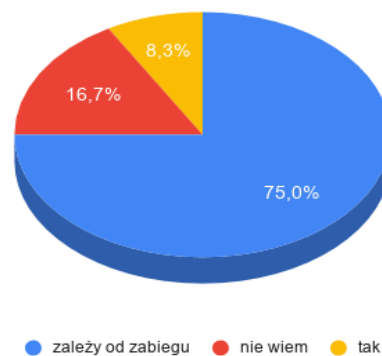
B

Kobiety



C

Wszyscy, do 20 lat



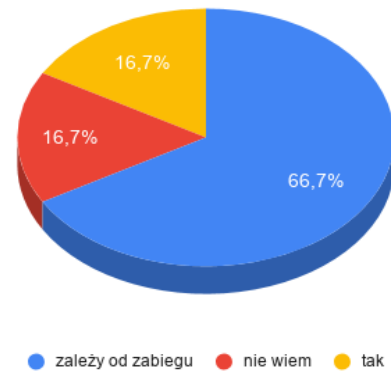
D

Wszyscy, 21-30 lat



E

Wszyscy, 31-40 lat



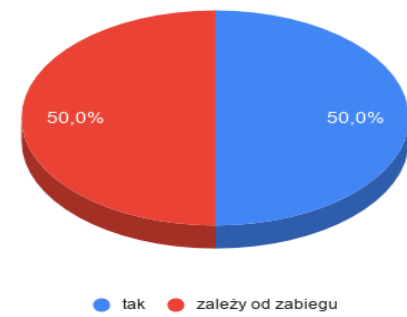
F

Wszyscy, 41-50 lat



G

Wszyscy, powyżej 50 lat



H

Ryc. 10. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Czy łuszczyca jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

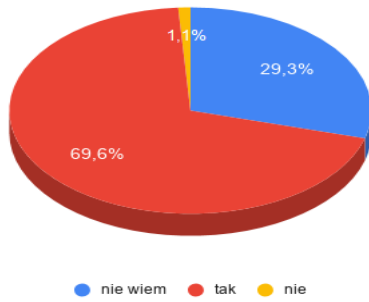
Odpowiedzi ankietowanych na pytanie «Czy w łuszczycy występują okresy wyciszenia?» w przeważającej części były poprawne – 69,6 % spośród wszystkich respondentów zaznaczyło odpowiedź poprawną, to znaczy potwierdzili, iż w tej chorobie remisje występują, 29,3 % ankietowanych nie posiadało na ten temat wiedzy, a tylko 1,1 % z nich uważało, że remisje nie występują (ryc. 11A). 52 % ankietowanych mężczyzn udzieliło odpowiedzi poprawnych, a 48 % z nich odpowiedzi na to pytanie nie znało. Żaden z panów nie udzielił odpowiedzi: «nie» (ryc. 11B). Także większość kobiet (76,1 %) odpowiedziała poprawnie, 22,4 % pań nie miało wiedzy na ten temat, a 1,5 % z nich zaznaczyło odpowiedzi błędne (ryc. 11C). Młodzież do lat 20. w 50 % odpowiedziała, że w łuszczycy występują okresy wyciszenia. Duża grupa młodych osób (45,8 %) nie miała na ten temat wiedzy, a 4,2 % z nich zaznaczyło odpowiedź «nie» (ryc. 11D). W przedziale wiekowym 21-30 lat 73,7 % badanych uważało, że łuszczyca to

choroba, w której pojawiają się okresy remisji, natomiast pozostali (26,3 %) nie posiadali na ten temat wiedzy. Nikt w tej grupie nie udzielił odpowiedzi: «nie» (ryc. 11E). W przedziale 31-40 lat 83,3 % osób wybrało opcję: «tak», 16,7 % – «nie wiem» i nie zaznaczono ani jednego wariantu: «nie» (ryc. 11F). Ankietowani w wieku 41-50 lat oraz po pięćdziesiątce udzielili tylko poprawnych odpowiedzi (ryc. 11G, 11H).

Na pytanie «Czy w łuszczycy występują okresy wyciszenia?» uzyskaliśmy bardzo zadowalające odpowiedzi, ponieważ w każdej z badanych grup przeważająca część respondentów odpowiedziała prawidłowo (od 50 % do 100 % odpowiedzi «tak» w poszczególnych grupach). Wszystkie osoby powyżej 41. lat zaznaczyły tylko odpowiedzi prawidłowe, a część osób młodszych zaznaczyła również «nie wiem» oraz «nie». Warianty błędne ankietowani wybrali tylko w trzech grupach (ryc. 11).

Pytanie 9. Czy w łuszczycy występują okresy wyciszenia (remisja)? (ryc. 11)

Wszyscy



A

Mężczyźni



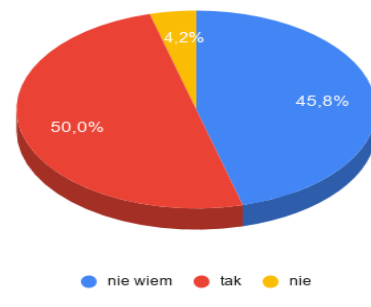
B

Kobiety



C

Wszyscy, do 20 lat



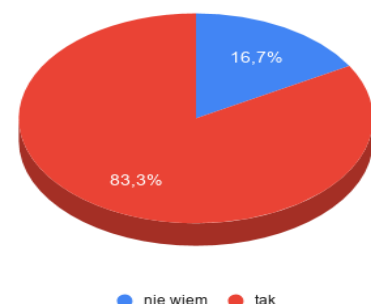
D

Wszyscy, 21-30 lat



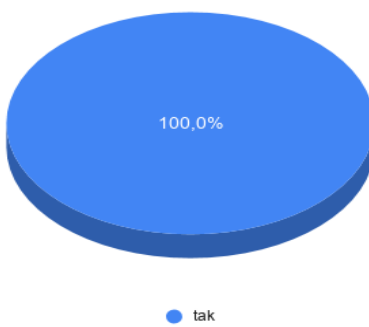
E

Wszyscy, 31-40 lat



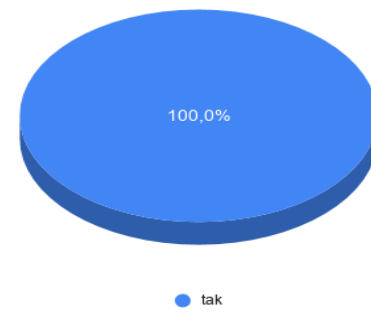
F

Wszyscy, 41-50 lat



G

Wszyscy, powyżej 50 lat



H

Ryc. 11. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Czy w łuszczycy występują okresy wyciszenia?», z uwzględnieniem płci oraz wieku

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek

Na pytanie «*Co to jest objaw Koebnera?*» ankietowani mieli do wyboru cztery warianty odpowiedzi:

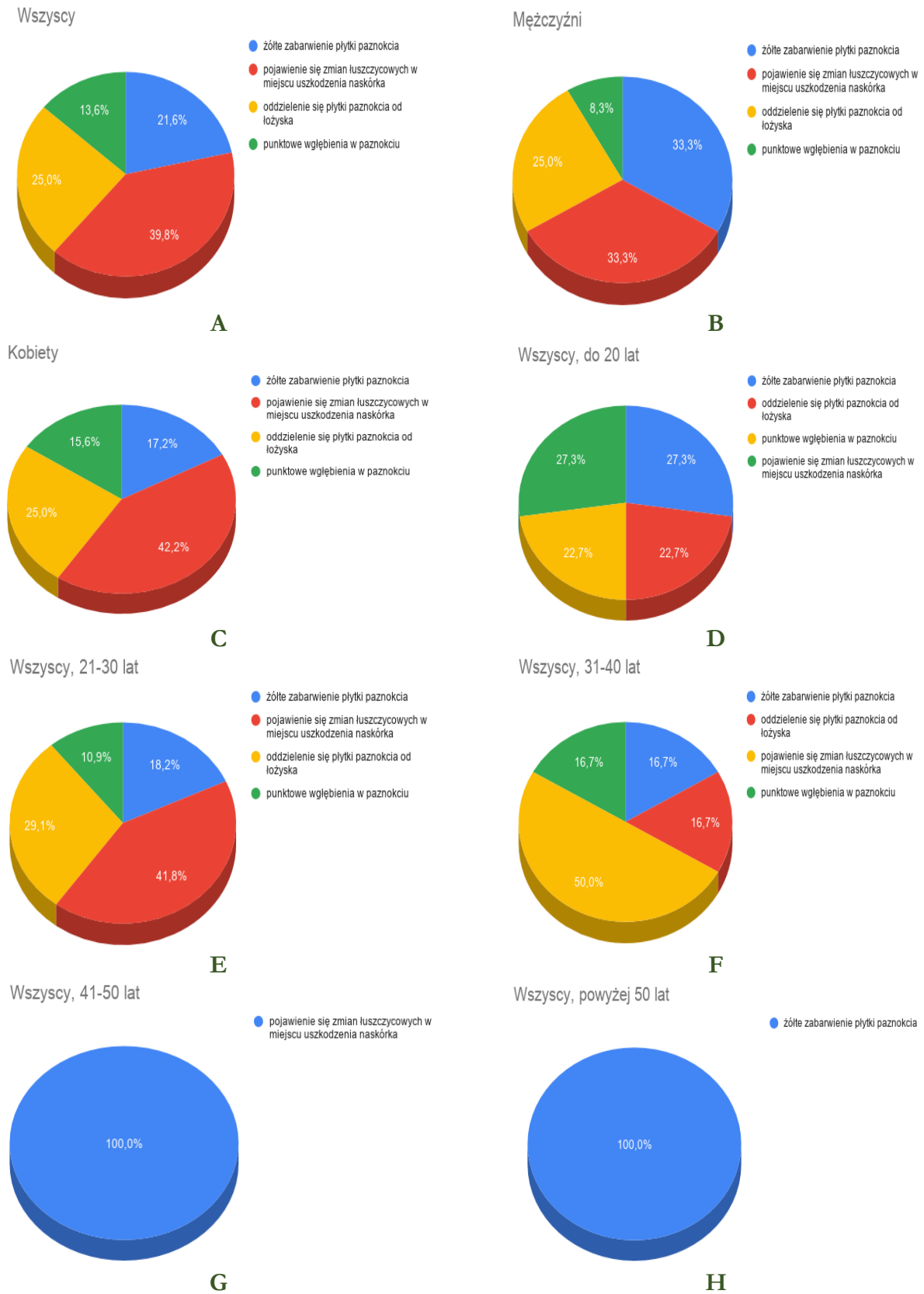
- «*pojawienie się zmian łuszczykowych w miejscu uszkodzenia naskórka*» (odpowiedź poprawna – symptomy objawu Koebnera),
- «*żółte zabarwienie płytki paznokcia*»,
- «*oddzielenie się płytki paznokcia od łożyska*» (onycholioza),
- «*punktowe wgłębienia w paznokciu*» (paznokieć naparskowaty).

Jak wykazały wyniki naszych badań, 39,8 % ankietowanych na omawiane pytanie udzieliło odpowiedzi poprawnej, 25 % z nich zaznaczyło objawy onycholiozy, 21,6 % uznało, że objawem Koebnera jest żółte zabarwienie płytki paznokciowej, a pozostali (13,6 %) uznali, że są to punktowe wgłębienia w paznokciu (ryc. 12A). Mężczyźni (wszystkie ankietowane roczniki) wybrali wariant poprawny i żółte zabarwienie paznokcia (po 33,3 % na każdy wariant), 25 % z nich zaznaczyło onycholiozę, a 8,3 % paznokieć naparskowaty (ryc. 12B). Kobiety procentowo udzieliły więcej poprawnych odpowiedzi niż mężczyźni, mianowicie 42,2 % pań wybrało symptomy objawu Koebnera, 25 % – onycholiozę, 17,2 % – żółte zabarwienie płytki, a 15,6 % – paznokieć naparskowaty (ryc. 12C). Młodzież do 20. roku życia najliczniej zaznaczyła warianty – symptomy objawu Koebnera oraz żółte zabarwienie paznokcia (27,3 % na każdy wariant), a poza tym młode osoby wybrały także opcje «*oddzielenie się płytki paznokcia od łożyska*» i «*punktowe wgłębienia w paznokciu*» (22,7 % na każdą opcję) (ryc. 12D). Mężczyźni i kobiety w wieku 21-30 lat najliczniej wybrali odpowiedź poprawną, to znaczy «*pojawienie się zmian łuszczykowych w miejscu uszkodzenia naskórka*» (41,8 % zaznaczeń tego wariantu). 29,1 % osób z tej grupy zaznaczyło onycholiozę, 18,2 % – żółte zabarwienie płytki, a 10,9 % – paznokieć naparskowaty (ryc. 12E). W grupie 31-40 lat 50 % ankietowanych odpowiedziało poprawnie, a także zostały zaznaczone pozostałe trzy warianty odpowiedzi (po 16,7 % wyborów na każdy wariant) (ryc. 12F). Respondenci w wieku 41-50 lat w 100 % odpowiedzieli poprawnie, zaznaczając symptomy objawu Koebnera, natomiast osoby po pięćdziesiątce w 100 % zaznaczyły wariant błędny, mianowicie «*żółte zabarwienie płytki paznokcia*» (ryc. 12G).

Wyniki przeprowadzonej przez nas ankiety wykazały u większości jej uczestników znaczący brak wiedzy odnośnie objawu Koebnera. Wyjątek stanowili respondenci z grupy 41-50 lat, którzy w stu procentach wybrali poprawny wariant (w grupie tej nie padła ani jedna błędna odpowiedź). Najgorszy wynik uzyskali pięćdziesięciolatekowie i osoby starsze, ponieważ wśród nich nikt nie odpowiedział poprawnie. W pozostałych grupach prawidłowe warianty odpowiedzi na pytanie o objaw Koebnera zaznaczyło od 27,3 % do 50 % respondentów (ryc. 12).

Ocena wiedzy i zainteresowania chorych na łuszczycę własną chorobą w związku z licznymi doniesieniami o wpływie tej dermatozy na samoocenę i jakość życia pacjentów została przeprowadzona przez Chodorowską et al. (2006). Analiza odpowiedzi otrzymanych od respondentów przez wymienioną autorkę i jej współpracowników wykazała, że elementarną wiedzę na temat łuszczycy pacjenci zdobywają od lekarzy, jednakże zbyt krótki czas przeznaczony na poradę uniemożliwia lekarzom przeprowadzenie kompleksowej edukacji. Uzyskane przez chorych informacje często nie są w pełni przez nich zrozumiałe i zapamiętane, dlatego bardzo ważne wydaje się samodzielne poszukiwanie informacji dodatkowych w książkach edukacyjnych, broszurach czy też w Internecie. Dla pacjentów ankietowanych przez Chodorowską i jej współpracowników podstawowym źródłem informacji o łuszczycy byli lekarze, a jedynie osoby z wyższym wykształceniem istotnie statystycznie częściej korzystały z Internetu ($p < 0,05$), literatury fachowej ($p < 0,01$) i porad farmaceuty ($p < 0,05$). Większość ankietowanych mężczyzn odpowiadała twierdząco na pytanie dotyczące negatywnego wpływu choroby na ich relacje z otoczeniem (65,75 %, $p < 0,05$). Z kolei większość ankietowanych kobiet była świadoma możliwości wystąpienia choroby u potomstwa. Wśród czynników zaostrzających przebieg choroby najczęściej wymieniano stres (43,27 %). Z przeprowadzonego przez Chodorowską i współpracowników badania wynika, że płeć, wiek, poziom wykształcenia, czy miejsce zamieszkania pacjentów nie wpływają na poziom ich wiedzy na temat własnej choroby (różnice nieistotne statystycznie).

Pytanie 10. Co to jest objaw Koebnera? (ryc. 12)



Ryc. 12. Udział procentowy odpowiedzi ankietowanych na pytanie: «Co to jest objaw Koebnera?», z uwzględnieniem płci oraz wieku.

Notatka: «Wszyscy» – ogół ankietowanych bez podziału na płeć czy wiek.

Analiza poziomu wiedzy społeczeństwa polskiego o autoimmunologicznych jednostkach chorobowych na przykładzie łuszczycy zwykłej została przeprowadzona przez Haassengier et al. (2015). W pracy tych autorek tylko 34 % osób ze zbadanej populacji zadeklarowało, że nie miałoby obaw przed związaniem się z osobą cierpiącą na łuszczycę. 66 % osób tworzyło grupę, w której badani, albo odczuwali lęk przed związkiem z osobą chorą na łuszczycę, albo nie potrafili w żaden sposób do takiego związku się ustosunkować. 90 % ankietowanych było świadomych faktu, że łuszczycyca wpływa na jakość życia chorych. W analizach dotyczących kwestii zawodowych 35 % ankietowanych Polaków wyraziło wątpliwości w związku z zatrudnieniem pracownika chorego na łuszczycę. Postawa ta świadczyć może o braku tolerancji, a przede wszystkim braku świadomości na temat tej jednostki chorobowej. 21 % ankietowanych nie potrafiło odpowiedzieć na pytanie, czy uściśnęliby choremu dłoń, czym wyrazili lęk przed chorobą. 7 % ankietowanych nie podałyby ręki osobie chorej na łuszczycę, natomiast większa część ankietowanych (72 %) zadeklarowała brak obaw przed uściśnięciem ręki chorego. Blisko co trzeci Polak nie wiedział, że łuszczycyca nie jest chorobą zakaźną (Haassengier et al., 2015).

Celem pracy Sommera et al. (2018) było zbadanie percepcji i oceny łuszczycy wśród populacji niemieckiej. Reprezentatywne badanie telefoniczne przeprowadzono wśród 2001 osób dorosłych przy użyciu standardowego kwestionariusza. Analizy dotyczące miejsca zamieszkania, wieku, płci i poziomu wykształcenia przeprowadzono opisowo. Jak wykazały wyniki badań tych autorów, dziewięćdziesiąt trzy procent rozmówców uznało tę chorobę za znaczne obciążenie dla dotkniętych nią osób; 59 % stwierdziło, że dostępne są skuteczne leki na łuszczycę; 9 % uznało tę chorobę za zaraźliwą. Dziesięć procent stwierdziło, że nie chciałoby mieszkać w tym samym gospodarstwie domowym, co osoba dotknięta chorobą; 23 % nie chciałoby dzielić tego samego basenu; a 27 % nie chciałoby utrzymywać osobistych relacji z osobą dotkniętą chorobą. Dwanaście procent rozmówców stwierdziło, że znają uchwałę WHO w sprawie łuszczycy; 6 % że wiedzą o Światowym Dniu Łuszczycy i 3 % że są obeznani

z kampanią «*Bitte berühren*» («*Proszę dotknąć*»).

Postrzeganie łuszczycy w populacji ogólnej charakteryzuje się deficytami wiedzy i uprzedzeniami wobec osób nią dotkniętych. Zakres i możliwe predyktory postaw stygmatyzujących pozostają niejasne. Ocena uprzedzeń i stygmatyzacji osób chorych na łuszczycę oraz identyfikacja zmiennych socjodemograficznych i związanych z postawą, które odpowiadają za stygmatyzację była przeprowadzona przez Sommer et al. (2020). Większość ankietowanych (74 %) uważała, że osoby chore na łuszczycę znajdują się w niekorzystnej sytuacji. Podobnie większość respondentów (69 %) stwierdziła, że większość ludzi uważa łuszczycę za obrzydliwą chorobę, i nie chce dotykać osób na nią chorych (59 %), uważając, że osoby chore na łuszczycę powinny bardziej o siebie dbać (45 %). «Chęć nawiązania relacji z osobą dotkniętą chorobą» (OR = 0,330, P = 0,029), wyższy wiek (OR = 1,027, P < 0,001) i płeć męska (OR = 1,263, P = 0,034) okazały się istotnie powiązane ze stwierdzeniem «łuszczycyca jest obrzydliwa», a wykształcenie (OR = 1,648, P = 0,016) i niższy wiek (OR = 0,847, P < 0,001) były istotnie powiązane ze stwierdzeniem, że «muszą lepiej o siebie dbać». Dane te wskazują, że stygmatyzacja chorób skóry jest nadal utrwalona. Praca tych autorów wskazuje też na potrzebę podejmowania działań przeciwko stygmatyzacji osób dotkniętych łuszczycą. Wyniki sugerują, że należy wziąć pod uwagę płeć, wiek i poziom wykształcenia oraz związaną z tym wiedzę zdrowotną grup docelowych (Sommer et al., 2020). W 2019 roku Pearl i współpracownicy porównali stygmatyzujące postawy wobec łuszczycy wśród laików i studentów medycyny (Pearl et al., 2019). Stażyści medyczni zgłaszali mniej stygmatyzujących postaw niż inne osoby, co wskazuje, że kampania edukacyjna na temat łuszczycy wśród społeczeństwa może pomóc w zmniejszeniu stygmatyzacji pacjentów cierpiących na tą chorobę.

Czynniki predykcyjne postrzeganej stygmatyzacji u pacjentów z łuszczycą badali van Beugen et al. (2017). Wyniki przez nich uzyskane wykazały, że postrzegana stygmatyzacja jest powszechna w przypadku łuszczycy i można ją przewidzieć na podstawie zmiennych socjodemograficznych, związanych z chorobą i osobowością. Te zmienne predykcyjne wskazują, którzy pacjenci są szczególnie

podatni na postrzeganą stygmatyzację, co można wykorzystać w leczeniu. Udowodniono, że stopień stygmatyzacji chorych na łuszczycę można przewidzieć za pomocą kilku czynników, w tym zmiennych socjodemograficznych, związanych z chorobą i zmiennych osobowości (Zhang et al., 2021). Wśród zmiennych socjodemograficznych płeć jest korelowała z poziomem napiętnowania w niektórych badaniach (Jankowiak et al., 2020, 2021), a w innych – nie (Zięciak et al., 2017; Kowalewska et al., 2020). Niższe wykształcenie (van Beugen et al., 2017), brak wiedzy zawodowej (Pearl et al., 2019) i zamieszkiwanie na wsi (Jankowiak et al., 2016) wiązały się z wyższym poziomem stygmatyzacji, co może być wtórne do niedostatecznego zrozumienia łuszczycy (Hrehorów et al., 2012).

Wśród zmiennych związanych z chorobą wykazano, że wiek zachorowania koreluje z poczuciem stygmatyzacji, a pacjenci z wczesnym początkiem choroby byli bardziej podatni (Ginsburg and Link, 1989; Gupta and Gupta, 1995; Perrott et al., 2000). Napiętnowanie społeczne związane z łuszczycą bardziej negatywnie wpływa na osoby we wcześniejszej dorosłości, które właśnie nawiązały swoje relacje społeczne i skontaktowały się z szerszym gronem osób (Gupta and Gupta, 1995). Dlatego lekarze powinni zwrócić szczególną uwagę na dzieci i młodzież. Poza tym w niektórych badaniach rozmieszczenie zmian skórnych i nasilenie choroby wydają się być powiązane ze stygmatyzacją (Böhm et al., 2013; Hawro et al., 2017; van Beugen et al., 2017; Łakuta et al., 2018). Zmiany skórne w narażonych obszarach wiązały się z wyższym poziomem stygmatyzacji, zwiększając ryzyko wykluczenia społecznego i pogarszając jakość życia pacjentów. Dlatego w trakcie leczenia należy uwzględnić rozkład zmian oraz ogólne nasilenie choroby, a łuszczycę w narażonych obszarach wymaga szczególnej uwagi. Co więcej, stwierdzono, że osobowość typu D jest powiązana ze stygmatyzacją, prawdopodobnie na skutek zahamowania emocji lub zachowania spowodowanego strachem przed dezaprobatą (van Beugen et al., 2017). Ludzie należący do osobowości typu D mają tendencję do odczuwania negatywnych emocji (negatywna emocjonalność) np. gniewu, lęku. Wykazują pesymistyczne podejście do życia. Odczuwają ciągłe napięcie, zamartwiają się oraz brak im

poczucia bezpieczeństwa. W rezultacie może być konieczne przeprowadzenie badania przesiewowego osobowości typu D w celu oceny poziomu stygmatyzacji wśród pacjentów. Badanie odpowiednich czynników predykcyjnych zapewniło ramy dla pacjentów z wysokim ryzykiem napiętnowania, promując procedury przesiewowe i interwencyjne w celu dalszego wdrażania dostosowanego leczenia opartego na dowodach naukowych (van Beugen et al., 2017).

Stygmatyzację zdefiniowano jako przypisanie danej osobie biologicznych lub społecznych dyskredytujących spostrzeżeń, odróżniających ją od innych w społeczeństwie (Dimitrov and Szepietowski, 2017a,b). Poczucie stygmatyzacji jest częste u pacjentów dermatologicznych, takich jak łuszczycy, bielactwo nabyte i trądzik, głównie z powodu widocznych zmian skórnych, niewystarczającego zrozumienia chorób przez społeczeństwo oraz innych czynników kulturowych lub społecznych (Hayes and Koo, 2010; Dimitrov and Szepietowski, 2017a). Już w latach pięćdziesiątych Susskind i McGuire informowali, że pacjenci z łuszczycą mogą być narażeni na ciekawość, wrogość i wstręt ze względu na «nieczystą skórę» i obawy społeczne dotyczące zakaźności (Susskind and McGuire, 1959). Rozgłos «łuszczycy jako choroby niezakaźnej» mógłby zmniejszyć obciążenie tych pacjentów (Coles and Ryan, 1975). W 2018 r. w światowym badaniu wzięło udział 8338 pacjentów z łuszczycą o różnym stopniu – od umiarkowanej do ciężkiej z 31. krajów (Armstrong et al., 2018). 84 % respondentów doświadczyło dyskryminacji i/lub upokorzenia związanego z łuszczycą, co miało negatywny wpływ na pracę, intymność i stan zdrowia. Pacjenci z łuszczycą mogą doświadczać trudności społecznych i psychologicznych w codziennym życiu, zwłaszcza gdy muszą odsłonić swoje ciało (Vardy et al., 2002). Pacjenci cierpiący na zaburzenia psychiczne mogą stracić nadzieję i poczucie utraty kontroli nad chorobą, co pogarsza odpowiedź na leczenie (Vardy et al., 2002; Fortune et al., 2003). W ostatnich latach prowadzi się coraz więcej badań nad związkiem pomiędzy stygmatyzacją, cechami socjodemograficznymi, zmiennymi związanymi z chorobą i zaburzeniami psychicznymi u pacjentów z łuszczycą. Do oceny poziomu stygmatyzacji pacjentów z łuszczycą można wykorzystać zarówno kwestionariusze specyficzne dla

dermatologii, jak i samej łuszczycy (Dimitrov and Szepietowski, 2017b; Dimitrov et al., 2019).

Podsumowanie

Na pytanie *Czy kiedykolwiek słyszał/a Pan/i o łuszczycy?* prawie wszyscy ankietowani (91 %) odpowiedzieli, że o chorobie tej słyszeli, w tym «tak» odpowiedziało 88,9 % mężczyzn, 91,5 % kobiet oraz wszystkie osoby po 30. roku życia.

Większość respondentów (76,9 %) wiedziała, że objawy łuszczycy mogą wystąpić w każdym wieku, a tylko w przypadku osób między 31. a 50. rokiem ilość poprawnych odpowiedzi była wyraźnie niższa (40 %-50 %).

76,7 % badanych wiedziało, że nie muszą obawiać się zarażenia łuszczycą, ponieważ nie jest ona chorobą zakaźną. Jedynie co druga osoba w wieku do dwudziestu lat oraz 41-50 lat potrafiła odpowiedzieć poprawnie na pytanie *Czy łuszczycyca jest zaraźliwa?*, a respondenci powyżej 50. roku życia nie posiadali na ten temat wiedzy.

Na pytanie *Jaką chorobą jest łuszczycyca?* badani w wieku 31-40 lat w stu procentach odpowiedzieli poprawnie, mianowicie, że jest chorobą przewlekłą, genetyczną i autoimmunologiczną. Natomiast w pozostałych grupach poziom wiedzy na ten temat był niższy, bowiem ilość poprawnych odpowiedzi nie przekraczała 57,9 % (wyniki dla grupy 21-30 lat) – spośród wszystkich respondentów łącznie właściwy wariant wybrało 51,6 % osób, w tym 50 % mężczyzn i 53 % kobiet.

Objawy łuszczycy znało tylko 27,5 % ankietowanych, w tym 16,7 % mężczyzn i 31,8 % kobiet, a wyższy poziom wiedzy na ten temat (66,7 %) odnotowano tylko w grupie 41-50 lat. Również stosunkowo niski poziom wiedzy reprezentowali ankietowani w przypadku pytania o objawy łuszczycy paznokci, ponieważ tylko 20,2 % z nich zaznaczyło właściwy wariant odpowiedzi, w tym 21,7 % mężczyzn i 18,5 % kobiet, a najlepiej wypadły odpowiedzi w grupie 41-50 lat, w której 33,3 % osób wybrało wariant poprawny.

Wśród czynników wyzwalających objawy łuszczycy ankietowani najliczniej wybierali stres (30 %), infekcje (28,9 %) oraz uszkodzenia skóry (18,9 %). U kobiet odsetek takich odpowiedzi wynosił kolejno: 33,8 %, 23,1 % i 21,5 %, natomiast u mężczyzn na pierwszym miejscu uplasowały się infekcje (41,7 %), a następnie stres (20,8 %) i uszkodzenia skóry (12,5 %).

W przypadku pytania *Czy łuszczycyca jest przeciwwskazaniem do zabiegów kosmetycznych?* 67,4 % ankietowanych uznało, że to zależy od rodzaju zabiegu kosmetycznego, w tym 70,1 % kobiet i 60 % mężczyzn zaznaczyło ten poprawny wariant.

Na pytanie *Czy w łuszczycy występują okresy wyciszenia?* 69,6 % respondentów odpowiedziało poprawnie, mianowicie, że występują. Taki wariant odpowiedzi wybrały w stu procentach osoby w wieku powyżej 40. lat.

W przypadku pytania o objaw Koebnera właściwe warianty odpowiedzi wybrało tylko 39,8 % ankietowanych, w tym 42,2 % kobiet i 33,3 % mężczyzn. Najlepszy wynik uzyskały osoby w wieku 41-50 lat (100 % poprawnych odpowiedzi), a najgorszy – młodzież do dwudziestego roku życia (27,3 % poprawnych odpowiedzi).

Z przeprowadzonej ankiety wynika, że większość ankietowanych słyszała o łuszczycy oraz wiedziała, że pierwsze jej objawy mogą wystąpić w każdym wieku. Respondenci zdawali sobie też sprawę tego, że łuszczycyca nie jest chorobą zakaźną, że występują w niej okresy remisji, oraz z tego, że przeciwwskazania do zabiegu kosmetycznego, zależą od samego zabiegu. Potrafili także wskazać najczęstsze czynniki wyzwalające objawy tej choroby, jakimi są stres, infekcje i uszkodzenia skóry. Należy jednak zwrócić uwagę, że nie posiadali wiedzy o tym, że łuszczycyca jest chorobą przewlekłą, genetyczną oraz autoimmunologiczną i nie wiedzieli co to jest objaw Koebnera. Najgorsze wyniki uzyskano w odpowiedziach na pytania o objawy samej łuszczycy oraz o objawy łuszczycy paznokci.

References

Amanat, M., Salehi, M., & Rezaei, N. (2018). Neurological and psychiatric disorders in psoriasis. *Reviews in the neurosciences*, 29(7), 805–813. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2017-0108>

- Armstrong, A. W., & Read, C. (2020). Pathophysiology, clinical presentation, and treatment of psoriasis: a review. *JAMA*, 323(19), 1945–1960. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.4006>
- Armstrong, A., Jarvis, S., Boehncke, W. H., Rajagopalan, M., Fernández-Peñas, P., Romiti, R., Bewley, A., Vaid, B., Huneault, L., Fox, T., Sodha, M., & Warren, R. B. (2018). Patient perceptions of clear/almost clear skin in moderate-to-severe plaque psoriasis: results of the clear about psoriasis worldwide survey. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 32(12), 2200–2207. <https://doi.org/10.1111/jdv.15065>
- Bangemann, K., Schulz, W., Wohlleben, J., Weyergraf, A., Snitjer, I., Werfel, T., Schmid-Ott, G., & Böhm, D. (2014). Depression and anxiety disorders among psoriasis patients: protective and exacerbating factors. *Der Hautarzt; Zeitschrift für Dermatologie, Venerologie, und verwandte Gebiete*, 65(12), 1056–1061. <https://doi.org/10.1007/s00105-014-3513-9>. (in German).
- Böhm, D., Stock Gissendanner, S., Bangemann, K., Snitjer, I., Werfel, T., Weyergraf, A., Schulz, W., Jäger, B., & Schmid-Ott, G. (2013). Perceived relationships between severity of psoriasis symptoms, gender, stigmatization and quality of life. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 27(2), 220–226. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3083.2012.04451.x>
- Budu-Aggrey, A., Brumpton, B., Tyrrell, J., Watkins, S., Modalsli, E. H., Celis-Morales, C., Ferguson, L. D., Vie, G.Å., Palmer, T., Fritsche, L. G., Løset, M., Nielsen, J. B., Zhou, W., Tsoi, L. C., Wood, A. R., Jones, S.E., Beaumont, R., Saunes, M., Romundstad, P. R., Siebert, S., ... Paternoster, L. (2019). Evidence of a causal relationship between body mass index and psoriasis: A mendelian randomization study. *PLoS medicine*, 16(1), e1002739. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002739>
- Chen, M., Jiang, Q., & Zhang, L. (2021). The prevalence of bipolar disorder in autoimmune disease: a systematic review and meta-analysis. *Annals of palliative medicine*, 10(1), 350–361. <https://doi.org/10.21037/apm-20-2293>
- Chodorowska, G., Bryczek, M., Dąbrowska-Członka, M., & Bartosińska, J. (2006). To what extent are psoriasis patients interested in their disease? – preliminary examination. *Advances in Dermatology and Allergology*, XXIII(4), 186-191. (in Polish)
- Coles, R. B., & Ryan, T. J. (1975). The psoriasis sufferer in the community. *The British journal of dermatology*, 93(1), 111–113. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2133.1975.tb06486.x>
- Dand, N., Mahil, S. K., Capon, F., Smith, C. H., Simpson, M. A., & Barker, J. N. (2020). Psoriasis and Genetics. *Acta dermato-venereologica*, 100(3), adv00030. <https://doi.org/10.2340/00015555-3384>
- De Jager, M. E. A., De Jong, E. M. G. J., Evers, A. W. M., Van De Kerkhof, P. C. M., & Seyger, M. M. B. (2011). The burden of childhood psoriasis. *Pediatric dermatology*, 28(6), 736–737. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1470.2011.01489.x>
- Dimitrov, D., & Szepietowski, J. C. (2017a). Stigmatization in dermatology with a special focus on psoriatic patients. *Postepy higieny i medycyny doswiadczalnej (Online)*, 71(0), 1115–1122. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.6879>
- Dimitrov, D., & Szepietowski, J. C. (2017b). Instruments to assess stigmatization in dermatology. *Postepy higieny i medycyny doswiadczalnej (Online)*, 71(0), 901–905. <https://doi.org/10.5604/01.3001.0010.5607>

- Dimitrov, D., Matusiak, Ł., Evers, A., Jafferany, M., & Szepietowski, J. (2019). Arabic language skin-related stigmatization instruments: Translation and validation process. *Advances in clinical and experimental medicine: official organ Wroclaw Medical University*, 28(6), 825–832. <https://doi.org/10.17219/acem/102617>
- Fortune, D. G., Richards, H. L., Kirby, B., McElhone, K., Markham, T., Rogers, S., Main, C. J., & Griffiths, C. E. (2003). Psychological distress impairs clearance of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of dermatology*, 139(6), 752–756. <https://doi.org/10.1001/archderm.139.6.752>
- Ginsburg, I. H., & Link, B. G. (1989). Feelings of stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 20(1), 53–63. [https://doi.org/10.1016/s0190-9622\(89\)70007-4](https://doi.org/10.1016/s0190-9622(89)70007-4)
- Gupta, M. A., & Gupta, A. K. (1995). Age and gender differences in the impact of psoriasis on quality of life. *International journal of dermatology*, 34(10), 700–703. <https://doi.org/10.1111/j.1365-4362.1995.tb04656.x>
- Haassengier, V., Zborowska, A., & Rozensztrauch, A. (2015). Analysis of the level of knowledge of the Polish society about autoimmune diseases on the example of psoriasis vulgaris - preliminary report. In I. Uchmanowicz, J. Rosińczuk, & B. Jankowskiej-Polańskiej (Eds.), *Scientific research in nursing and midwifery*, (pp 1-10). T. 2. Wydawnictwo Continuo. (in Polish)
- Hawro, M., Maurer, M., Weller, K., Maleszka, R., Zalewska-Janowska, A., Kaszuba, A., Gerlicz-Kowalczyk, Z., & Hawro, T. (2017). Lesions on the back of hands and female gender predispose to stigmatization in patients with psoriasis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 76(4), 648–654.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.10.040>
- Hayes, J., & Koo, J. (2010). Psoriasis: depression, anxiety, smoking, and drinking habits. *Dermatologic therapy*, 23(2), 174–180. <https://doi.org/10.1111/j.1529-8019.2010.01312.x>
- Hrehorów, E., Salomon, J., Matusiak, L., Reich, A., & Szepietowski, J.C. (2012). Patients with psoriasis feel stigmatized. *Acta dermato-venereologica*, 92(1), 67–72. <https://doi.org/10.2340/00015555-1193>
- Innamorati, M., Quinto, R.M., Lester, D., Iani, L., Graceffa, D., & Bonifati, C. (2018). Cognitive impairment in patients with psoriasis: A matched case-control study. *Journal of psychosomatic research*, 105, 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.011>
- Jabłońska, S., & Chorzelski, T. (2001). *Skin diseases*. Wydawnictwo PZWL. (in Polish)
- Jankowiak, B., Kowalewska, B., Fiodaravich Khvorik, D., Krajewska-Kułak, E., & Niczyporuk, W. (2016). The level of stigmatization and depression of patients with psoriasis. *Iranian journal of public health*, 45(5), 690–692.
- Jankowiak, B., Kowalewska, B., Krajewska-Kułak, E., & Khvorik, D.F. (2020). Stigmatization and quality of life in patients with psoriasis. *Dermatology and therapy*, 10(2), 285–296. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00363-1>
- Jankowiak, B., Kowalewska, B., Krajewska-Kułak, E., Kowalczyk, K., & Khvorik, D.F. (2021). The sense of stigmatization in patients with plaque psoriasis. *Dermatology (Basel, Switzerland)*, 237(4), 611–617. <https://doi.org/10.1159/000510654>
- Kaszuba, A., Szepietowski, J., & Adamski, Z. (2016). *Dermatologia geriatryczna*. Wydawnictwo Czelej.

- Kowalewska, B., Cybulski, M., Jankowiak, B., & Krajewska-Kułak, E. (2020). Acceptance of illness, satisfaction with life, sense of stigmatization, and quality of life among people with psoriasis: a cross-sectional study. *Dermatology and therapy*, 10(3), 413–430. <https://doi.org/10.1007/s13555-020-00368-w>
- Lanna, C., Galluzzi, C., Zangrilli, A., Bavetta, M., Bianchi, L., & Campione, E. (2022). Psoriasis in difficult to treat areas: treatment role in improving health-related quality of life and perception of the disease stigma. *The Journal of dermatological treatment*, 33(1), 531–534. <https://doi.org/10.1080/09546634.2020.1770175>
- Łakuta, P., Marcinkiewicz, K., Bergler-Czop, B., Brzezińska-Wcisło, L., & Słomian, A. (2018). Associations between site of skin lesions and depression, social anxiety, body-related emotions and feelings of stigmatization in psoriasis patients. *Postępy dermatologii i alergologii*, 35(1), 60–66. <https://doi.org/10.5114/pdia.2016.62287>
- Masson, W., Lobo, M., & Molinero, G. (2020). Psoriasis and cardiovascular risk: a comprehensive review. *Advances in therapy*, 37(5), 2017–2033. <https://doi.org/10.1007/s12325-020-01346-6>
- Neneman, A., & Adamski, Z. (2009). Aspekty kliniczne i epidemiologiczne zaburzeń ogólnoustrojowych u chorych na łuszczycę. *Forum Medycyny Rodzinnej*, 3(6), 449.
- Parisi, R., Iskandar, I. Y. K., Kontopantelis, E., Augustin, M., Griffiths, C. E. M., Ashcroft, D. M., & Global Psoriasis Atlas (2020). National, regional, and worldwide epidemiology of psoriasis: systematic analysis and modelling study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 369, m1590. <https://doi.org/10.1136/bmj.m1590>
- Pearl, R. L., Wan, M. T., Takeshita, J., & Gelfand, J. M. (2019). Stigmatizing attitudes toward persons with psoriasis among laypersons and medical students. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 80(6), 1556–1563. <https://doi.org/10.1016/j.jaad.2018.08.014>
- Perrott, S. B., Murray, A. H., Lowe, J., & Mathieson, C. M. (2000). The psychosocial impact of psoriasis: physical severity, quality of life, and stigmatization. *Physiology & behavior*, 70(5), 567–571. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(00\)00290-0](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(00)00290-0).
- Raharja, A., Mahil, S. K., & Barker, J. N. (2021). Psoriasis: a brief overview. *Clinical medicine (London, England)*, 21(3), 170–173. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2021-0257>
- Rigon, R. B., de Freitas, A. C. P., Bicas, J. L., Cogo-Müller, K., Kurebayashi, A. K., Magalhães, R. F., & Leonardi, G. R. (2021). Skin microbiota as a therapeutic target for psoriasis treatment: Trends and perspectives. *Journal of cosmetic dermatology*, 20(4), 1066–1072. <https://doi.org/10.1111/jocd.13752>
- Romańska-Gocka, K. (2009). Farmakoterapia łuszczycy. *Farmacja Polska*, 65(9), 647–654.
- Rubino, I. A., Sonnino, A., Pezzarossa, B., Ciani, N., & Bassi, R. (1995). Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychological reports*, 77(2), 547–553. <https://doi.org/10.2466/pr0.1995.77.2.547>
- Rycroft, R. J. G., Robertson, S. J., & Wakelin, S. H. (2014). *Dermatologia*. Wydawnictwo PZWL. (in Polish)

- Schön, M. P., & Erpenbeck, L. (2018). The Interleukin-23/Interleukin-17 axis links adaptive and innate immunity in psoriasis. *Frontiers in immunology*, 9, 1323. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2018.01323>.
- Sommer, R., Mrowietz, U., Radtke, M. A., Schäfer, I., von Kiedrowski, R., Strömer, K., Enk, A., Maul, J.T., Reich, K., Zander, N., & Augustin, M. (2018). What is psoriasis? – Perception and assessment of psoriasis among the German population. *Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft = Journal of the German Society of Dermatology: JDDG*, 16(6), 703–710. <https://doi.org/10.1111/ddg.13539>
- Sommer, R., Topp, J., Mrowietz, U., Zander, N., & Augustin, M. (2020). Perception and determinants of stigmatization of people with psoriasis in the German population. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV*, 34(12), 2846–2855. <https://doi.org/10.1111/jdv.16436>
- Susskind, W., & McGuire, R. J. (1959). The emotional factor in psoriasis. *Scottish medical journal*, 4, 503–507. <https://doi.org/10.1177/003693305900401007>
- van Beugen, S., van Middendorp, H., Ferwerda, M., Smit, J.V., Zeeuwen-Franssen, M.E., Kroft, E.B., de Jong, E.M., Donders, A.R., van de Kerkhof, P.C., & Evers, A.W. (2017). Predictors of perceived stigmatization in patients with psoriasis. *The British journal of dermatology*, 176(3), 687–694. <https://doi.org/10.1111/bjd.14875>
- Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life in psoriasis patients. *The British journal of dermatology*, 147(4), 736–742. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2133.2002.04899.x>
- Veale, D. J., & Fearon, U. (2018). The pathogenesis of psoriatic arthritis. *Lancet (London, England)*, 391(10136), 2273–2284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30830-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30830-4).
- Wolska, H. (2009). *Psoriasis*. Wydawnictwo PZWL. (in Polish)
- Zhang, H., Yang, Z., Tang, K., Sun, Q., & Jin, H. (2021). Stigmatization in patients with psoriasis: A Mini Review. *Frontiers in immunology*, 12, 715839. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2021.715839>
- Zięciak, T., Rzepa, T., Król, J., & Żaba, R. (2017). Stigmatization feelings and depression symptoms in psoriasis patients. *Poczucie stygmatyzacji a objawy depresyjne u osób chorych na łuszczycę. Psychiatria polska*, 51(6), 1153–1163. <https://doi.org/10.12740/PP/68848>

Наталія Яжджевська, Галина Ткаченко, Наталія Кургалюк

ОПИТУВАННЯ ЖІНОК І ЧОЛОВІКІВ РІЗНОГО ВІКУ ЩОДО ПСОРИАЗУ

АНОТАЦІЯ

Мета: Метою дослідження було оцінити знання жінок і чоловіків різного віку щодо псоріазу, його симптомів та факторів, що провокують симптоми псоріазу.

Методологія. Всього в дослідженні взяли участь 100 респондентів. Перевірявся рівень знань про псоріаз, його симптоми та фактори, що провокують симптоми псоріазу. Серед респондентів було 28 чоловіків (28 %) та 72 жінок (72 %) віком від 17 до 65 років. В дослідженні використано анонімне анкетування. Дослідження передбачало самостійні відповіді на запитання без участі дослідника. Опитування складалося з 10 різних питань. Вони включали як особисті дані, так і запитання про суб'єктивний досвід респондентів.

Наукова новизна. Аналіз результатів нашого дослідження показав, що на запитання, чи чули респонденти коли-небудь про це захворювання, аж 91 респондент відповіли ствердно. Серед жінок і чоловіків у всіх вікових групах відсоток респондентів, які чули про псоріаз, становив приблизно 90 %. Респонденти віком до 30 років знали правильну відповідь на питання про те, у якому віці з'являються перші симптоми цієї хвороби

(70-80 %). Питання про заразність цього захворювання також дало задовільні результати: більшість опитуваних груп (до 89,5 %) відповіли, що псоріаз не є заразним. На запитання «Яким захворюванням є псоріаз?», у якому було запитано про етіологію захворювання (хронічна, аутоімунна, генетична), виявлено, що, крім респондентів віком від 31 до 40 років, які дали лише правильні відповіді, тільки 26,1–57,9 % респондентів обрали правильну відповідь. На жаль, знання про симптоми псоріазу дуже низькі, тобто серед усіх респондентів лише 27,5 % відзначили правильні симптоми псоріазу. Більшість респондентів (45,1 %) обрали симптоми atopічного дерматиту. Відповіді на питання про симптоми псоріазу нігтів також показали дуже низьку поінформованість респондентів, оскільки лише 20,2 % з них дали правильні відповіді. Серед факторів, що викликають симптоми даного захворювання, респонденти найчастіше вибирали стрес (30 %), інфекції (28,9 %) та пошкодження шкіри (18,9 %). Чоловіки та жінки всіх вікових груп найчастіше погоджувалися з тим, що псоріаз може бути протипоказанням до косметичних процедур, але залежно від типу процедури; це дає задовільні результати і доводить, що люди з псоріазом, на думку респондентів, також можуть користуватися послугами косметичних салонів, незважаючи на зміни шкіри. Запитання про періоди ремісії також засвідчило, що респонденти мають задовільні знання з цього предмету, тому що правильну відповідь – що при цьому захворюванні є періоди ремісії – дала найбільша кількість респондентів у кожній групі респондентів (від 50 до 100 %).

Висновки. Результати нашого дослідження показали, що більшість респондентів (91 %) чули про псоріаз і знають вік, у якому з'являються перші симптоми, мають уявлення про відсутність заразності псоріазу, провокуючі фактори, періоди ремісії, можливість використання косметологічних процедур у хворих. Однак дослідження також показало значний брак знань, особливо щодо симптомів псоріазу та псоріазу нігтів, а також етіології захворювання.

Ключові слова: псоріаз, опитування, респонденти, жінки, чоловіки

Received: 12.02.2024. **Accepted:** 07.03.2024. **Published:** 20.05.2024.

Ви можете цитувати цю статтю так:

Cite this article in APA style as:

Jażdżewska N., Tkaczenko H., Kurhaluk N. Analiza opinii kobiet i mężczyzn w różnym wieku na temat łuszczycy. *Biota. Human. Technology*. 2024. №1. С. 143-175.

Jażdżewska, N., Tkaczenko, H., & Kurhaluk, N. (2024). Analysis of the opinions of women and men of different ages about psoriasis. *Biota. Human. Technology*, 1, 143-175. (in Polish)

Information about the authors:

Jażdżewska N. [*in Ukrainian: Яжджевська Н.*] ¹, Student, email: natalia.jazdzewska@interia.pl
ORCID: 0009-0007-1275-7528

Department of Rehabilitation and Wellness, Institute of Health Sciences, Pomeranian University in Słupsk
22B Arciszewskiego Street, Słupsk, 76-200, Poland

Tkaczenko H. [*in Ukrainian: Ткаченко Г.*] ², Dr. of Biol. Sc., Prof., email: halina.tkaczenko@apsl.edu.pl
ORCID: 0000-0003-3951-9005 Scopus-Author ID: 16032082200

Department of Zoology, Institute of Biology, Pomeranian University in Słupsk
22B Arciszewskiego Street, Słupsk, 76-200, Poland

Kurhaluk N. [*in Ukrainian: Кургальюк Н.*] ³, Dr. of Biol. Sc., Prof., email: natalia.kurhaluk@apsl.edu.pl
ORCID: 0000-0002-4669-1092 Scopus-Author ID: 55520986600

Department of Animal Physiology, Institute of Biology, Pomeranian University in Słupsk
22B Arciszewskiego Street, Słupsk, 76-200, Poland

¹ Data collection.

² Study design, data collection, statistical analysis, manuscript preparation, funds collection.

³ Study design, statistical analysis, manuscript preparation.